



Alcaldía de Medellín

Volumen 5, Suplemento 1, enero – junio 2010
ISSN 1909 -1265

Alonso Salazar Jaramillo
Alcalde

María del Pilar Pastor Durango
Secretaria de Salud

Sonia Ester Bedoya Muñoz
Subsecretaria de Salud Pública

Gloria Inés Garro Cossio
Subsecretaria de Planeación

Gloria Emilse Urrego Urrego
Subsecretaría de Gestión Administrativa

Omar Benigno Perillo Ballesteros
Subsecretaria de Aseguramiento

María del Pilar Pastor Durango
Editorial

Diseño, diagramación e impresión
D'vinni S.A.

Información general de la revista

La Revista Salud Pública de Medellín presenta artículos científicos en el campo de la salud colectiva. Su aporte se orienta a los diferentes condicionantes, tanto del sector salud como de otros sectores que estén involucrados con la salud de las poblaciones, con el objeto de que sirvan tanto en la definición de estrategias, como en la toma de decisiones y contribuyan a impactar positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía.

Salud Pública de Medellín

Revista de la Secretaría de Salud
Municipio de Medellín
Volumen 5, suplemento 1, enero junio de 2010

Diseño carátula y contra-carátula: Secretaría de Salud de Medellín
Foto portada por: María del Rosario Jiménez Gómez

La revista Salud Pública de Medellín publica artículos con base en la revisión anónima por pares y se adhiere a las políticas, criterios y recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICMJE) La revista Salud Pública de Medellín tiene un tiraje de 1000 ejemplares que en su mayoría son distribuidos gratuitamente entre personal e instituciones de salud y de la educación.

Para canje, compra o suscripción diríjase a:

Calle 44 # 52-165 – Piso 4
Centro Administrativo La Alpujarra -Palacio Municipal-
Secretaría de Salud Municipio de Medellín
Subsecretaría de Salud Pública

Dirección electrónica: secre.salud@medellin.gov.co
Precio del ejemplar \$17.000, suscripción (un año) \$30.000

La revista puede descargarse gratuitamente del sitio <http://www.medellin.gov.co/salud/index.jsp>

Derechos reservados de autor. Queda prohibida la reproducción parcial o total del material gráfico y editorial de la publicación sin previa autorización escrita del editor. Las opiniones y comentarios aquí expresados son responsabilidad exclusiva del autor o autores del artículo y no comprometen a la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.

Sistematización del Proyecto Sol y Luna

Año 2010

Equipo de trabajo en la preparación del documento

Joaquín G. Gómez Dávila
Docente, investigador y Director Centro NACER / Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia
María Dolores Castro Mantilla
Consultora, Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia
A. Virginia Camacho Hübner
Asistencia Técnica
Asesora Médica en Salud Sexual y Reproductiva,
Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Salud de la Familia y Comunidad, OMS Ginebra - Suiza.
Organización Mundial de la Salud

Equipo de trabajo de la Sistematización: recolección y análisis de la información

Magda Palacio Hurtado,
Consultora en Salud Sexual y Reproductiva
Clara M. Restrepo Moreno,
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Antioquia
Olga L. Restrepo Espinosa,
Departamento de Pediatría, Universidad de Antioquia
Alonso Escobar Ospina
NACER, Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia

El equipo de investigación agradece los valiosos comentarios y aportes recibidos de las siguientes personas, los cuales han sido incorporados a lo largo del documento.

Sonia Bedoya Muñoz
Subsecretaria de Salud Pública
Secretaría de Salud
Municipio de Medellín
Diva Janneth Moreno López
Consultora Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes
Ministerio de la Protección Social

CONTENIDO

Hernán Rodríguez González
Profesional Nacional Salud de la mujer, materno-neonatal, calidad y seguridad del paciente.
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Oficina de la Representación en Colombia

Matilde Maddaleno
Asesora Regional en Salud y Desarrollo de los Adolescentes
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C. Estados Unidos de Norte América

John Jairo Zuleta Tobón
Departamento de Obstetricia y Ginecología - Facultad de Medicina
Centro NACER, Salud Sexual y Reproductiva
Universidad de Antioquia

Julián Vargas Jaramillo
Coordinador Técnico
Departamento de Obstetricia y Ginecología - Facultad de Medicina
Centro NACER, Salud Sexual y Reproductiva
Universidad de Antioquia

Nancy Eliana Gallo Restrepo
Investigadora socia
Consultora independiente

Deborah Caro
Directora de Cultural Practice, Maryland. Estados Unidos de Norte América

*La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o los recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

Este informe contiene la opinión colectiva de un grupo nacional e internacional de profesionales y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

LISTA DE CUADROS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	8
SIGLAS Y ABREVIATURAS	10
EDITORIAL.....	12
RESUMEN.....	14
I. INTRODUCCION	20
II. PROPÓSITO Y METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN	22
Propósito	23
Metodología.....	23
Definición del eje de la sistematización.....	24
Contextualización y reconstrucción histórica del PSL	24
Análisis de las intervenciones y sus componentes.....	24
Desarrollo de instrumentos, recolección, análisis de la información y sistematización	25
Procesamiento de la información	25
Identificación de hallazgos, lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones.....	25
Discusión de la información preliminar en un taller de actores	25
Elaboración y revisión del informe preliminar	26
Elaboración del informe final.....	26
III. ANTECEDENTES.....	26
La salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.....	29
El contexto y factores subyacentes al embarazo adolescente en Medellín	29
Acceso a métodos anticoncepción: persisten las brechas entre el conocimiento y uso	32
Inicio de relaciones sexuales	34
Aborto.....	35

VIH/SIDA	36
Violencia sexual	37
Marco normativo nacional de la salud sexual y reproductiva	38
El sistema de salud colombiano	42
IV. PROYECTO SOL Y LUNA: UNA RESPUESTA INNOVADORA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN	44
Descripción del proyecto.....	44
Intervenciones del proyecto	53
1 Componente 1: Fortalecimiento de la oferta.....	54
2 Componente 2: Movilización masiva y sensibilización	78
3 Componente 3: Investigación, monitoreo y evaluación.....	81
V. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES	84
Atención y prevención del embarazo adolescente	87
Educación y sensibilización sobre la sexualidad y la SSR de los/las adolescentes	91
VI. PRINCIPALES HALLAZGOS Y LECCIONES APRENDIDAS	99
Principales Hallazgos.....	99
Lecciones aprendidas.....	107
VII. RECOMENDACIONES	112
VIII. CONCLUSIONES.....	118
REFERENCIAS	121
Anexos al informe final	128
Anexo 1 Matriz de reconstrucción histórica	129
Anexo 2 Personas entrevistadas	138
Anexo 3 Guías de entrevistas.....	141
Anexo 4 Matrices de procesamiento de datos.....	158
Anexo 5 Lista de participantes grupo de trabajo: discusión de recomendaciones y lecciones aprendidas.....	167

Cuadros

Cuadro 1: Conocimiento y uso de métodos modernos de anticoncepción entre los adolescentes.....	33
Cuadro 2: Subregión Andina: edad mediana a la primera relación sexual y a la primera unión.	35
Cuadro 3: América Latina: prevalencia del VIH/SIDA entre jóvenes de 15 a 24 años, 2005	36
Cuadro 4: Características socio demográficas de las comunas 1, 2, 3 y 4	49
Cuadro 5: Distribución del presupuesto por componente y otros gastos.....	52
Cuadro 6: Personas e instituciones que participaron en la capacitación.....	54
Cuadro 7: Resultados del Pre test y Post test	60
Cuadro 8: Porcentaje de crecimiento de conocimiento de SSR.....	61
Cuadro 9: Distribución de población directiva y docentes, según sexo, comuna 1, 2, 3 y 4. Año 2007.	63
Cuadro 10: Características generales de la población atendida en el proyecto Sol y Luna. Medellín 2006 – 2007.....	71
Cuadro 11: Relación entre algunas características de la población y el embarazo durante la adolescencia de las mujeres atendidas en el proyecto Sol y Luna. Medellín 2007.	72
Cuadro 12: Actividades individuales acumuladas a Diciembre 2007.....	76
Cuadro 13: Oferta métodos anticonceptivos Proyecto Sol y Luna.	76
Cuadro 14: Actividades comunitarias.....	77

Gráficos

Gráfico 1: Porcentaje de partos en madres adolescentes en las comunas de Medellín, según Índice de Desarrollo Humano. 2006.	30
Gráfico 2: Total instituciones educativas atendidas por comuna.	62
Gráfico 3: Consolidado total jóvenes atendidos por comuna. Año 2007	62
Gráfico 4: Población asistente distribuida por sexo. Comuna 1, 2, 3 y . Año 2007.....	63
Gráfico 5: Distribución por edad de las y los adolescentes con historia clínica diligenciada. Proyecto Sol y Luna. Medellín, Noviembre 2006 – Diciembre 2007.....	71
Gráfico 6: Edad de la primera relación sexual en la población adolescente atendida en el proyecto Sol y Luna. Medellín, 2006-2007.	74

Figuras

Figura 1: Proyecto Sol y Luna.....	45
Figura 2: Zonas del proyecto.....	48

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ANEC	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ARS	Administradoras de Régimen Subsidiado
A y S	Asesorías y Soluciones Integrales en Salud
ASCODES	Asesorías y Consultorías en Desarrollo Social y Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAP	Conocimientos Actitudes y Prácticas
CIDN	Convención Internacional de los Derechos del Niño
CIJD	Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CRES	Comisión de Regulación en Salud
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONHU	Convenio Hipólito Unanue
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EMTELCO	Empresa de Telecomunicaciones
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FCI	Family Care International
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantías
ICV	Índice de Calidad de Vida
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEC	Información, Educación y Comunicación
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicio
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAPIPOS	Manual de Procesos y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS	Organismo Regional Andino de Salud
PEA	Población Económicamente Activa
POS	Plan Obligatorio de Salud
PSL	Proyecto Sol y Luna
SIA	Sistema Informático del Adolescente
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBEN	Sistema de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SIVIGILA	Sistema de Información para la Vigilancia de Eventos de Interés Público en salud Pública
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SSM	Secretaría de Salud de Medellín
SSR	Salud sexual y reproductiva
TAC	Test de Actitudes
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto Sol y Luna
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en inglés)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (en inglés)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

EDITORIAL

La salud es la posibilidad de disfrutar la vida, es el resultado de hábitos, condiciones y estilos de vida que favorezcan la reflexión sobre el hombre como ser íntegro y el desarrollo de las capacidades de autorregulación y preservación individual y colectiva.

Si bien nuestra sociedad avanza de manera positiva en la interpretación de la salud como un bien integral que involucra todas las dimensiones del ser humano y reconoce la promoción de la salud como una estrategia que a mediano y largo plazo puede elevar los indicadores de calidad de vida y reducir el alto costo que hoy tiene la atención en salud, también es cierto que la prevención y la detección temprana requieren de mayores compromisos por parte de la sociedad y del Estado.

En este contexto, la salud sexual y reproductiva es una dimensión humana donde las personas se reconocen, relacionan y desarrollan su capacidad crítica para ejercer sus derechos y determinar conductas que no afecten la calidad de vida y les permitan disfrutar a plenitud cada una de las etapas de su ciclo vital. Para las y los adolescentes es un tema fundamental, pues en esta etapa se incrementan las inquietudes y la curiosidad por vivir nuevas experiencias y nuevas relaciones en su entorno social.

La Secretaría de Salud de Medellín en cumplimiento del Plan Municipal de salud "Medellín es salud para la vida", viene desarrollando diferentes estrategias que permitan reducir la tasa de fecundidad en adolescentes, a través de los componentes de información, comunicación y educación, que de acuerdo a modelos aplicados en otros países, tienen un gran impacto en la formación de actitudes preventivas y de autocuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Alcaldía de Medellín, en el año 2006, con la dirección de la Secretaría de Salud y el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, puso en marcha el Programa Sol y Luna dirigido al grupo de adolescentes, en cuatro comunas de la ciudad, seleccionadas por su vulnerabilidad expresada en alta movilidad social, pobreza, violencia intrafamiliar, sexual, de género y social, y mayor frecuencia de embarazo adolescente.

Dicho programa, partió de la construcción de una línea de base que construyó la Administración Municipal y que nos ha permitido tener información precisa y confiable de la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en la ciudad; se orienta al fortalecimiento de

la capacidad crítica de este grupo, les brinda información abierta, precisa e incluyente para superar los mitos y barreras, y busca la manera más eficaz de relacionar conductas de riesgo con situaciones que pueden afectar la salud, el bienestar y el proyecto de vida.

En esta edición presentamos los resultados de este innovador programa, resaltando los logros positivos en los y las adolescentes beneficiarios, así como los retos que tiene la Ciudad para que a través del desarrollo de sus capacidades, la disponibilidad de información confiable y oportuna, y con una oferta de servicios accesibles, ejerzan sus derechos y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida y a interpretar que sin

salud no hay desarrollo individual, económico, social, ni político.

Por supuesto, sigue siendo un reto permanente para la Administración y para todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, avanzar en el desarrollo de la política en salud sexual y reproductiva y proporcionar una oferta de servicios que los y las adolescentes aprovechen y logre mantenerlos como usuarios continuos, para lo cual se requiere del compromiso y articulación de todas las instituciones y entidades responsables.

MARIA DEL PILAR PASTOR DURANGO
Secretaria de Salud

RESUMEN

La Secretaría de Salud de Medellín consideró necesario llevar a cabo la sistematización del proyecto Sol y Luna (PSL) para identificar lecciones aprendidas que contribuyan al fortalecimiento de las políticas públicas y a la reorientación de los programas y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, asegurando los enfoques de derechos, equidad e igualdad.

El PSL fue una iniciativa muy importante tomando en cuenta que en Medellín, el embarazo en adolescentes es de alta prevalencia, y uno de los más altos en Colombia. Las comunas o barrios donde se implementaron las distintas intervenciones, se caracterizan por una alta movilidad social, pobreza, violencia intrafamiliar, sexual y de género e inseguridad ciudadana producto de la pobreza, violencia política y de actividades ilícitas.

El proyecto, fue diseñado e implementado en las Comunas 1, 2, 3 y 4 de la ciudad de Medellín (Antioquia - Colombia) entre noviembre del 2006 y marzo del 2008. Fue co-financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia Española de Cooperación Internacional, y el Municipio de Medellín. El objetivo fue reducir en 25% la tasa de embarazo adolescente (92.8 por mil, según línea de base 2006) y mejorar el conocimiento de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva e infecciones de transmisión sexual.

Se trató de un proyecto piloto, con tres componentes: 1) La atención para la prevención del embarazo adolescente mediante la creación de centros de salud diferenciados y una línea telefónica para responder a necesidades de información y orientación en diferentes temas de SSR; 2) La búsqueda de legitimidad de la sexualidad juvenil mediante la movilización social y la educación en salud sexual y reproductiva y 3) La información científica, la evaluación y el monitoreo. El propósito de la sistematización fue ampliar intervenciones sostenibles, innovadoras y participativas en la atención de SSR para adolescentes.

Los destinatarios del proyecto pertenecieron a la población adolescente de Medellín con edades comprendidas entre los 10 y 19 años y habitantes de las Comunas uno, dos, tres y cuatro, en los barrios Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez. Según datos de la Secretaría de Salud de Medellín (2005) estas comunas presentaban las más altas tasas de fecundidad de adolescentes en Medellín. De acuerdo con la Línea de Base del PSL, estos hogares se caracterizaban por una conducta de dominación patriarcal,

pese a que las mujeres tenían un rol importante en el sustento, la educación y orientación de sus hijos/as. En cuanto a las actitudes hacia la maternidad y la paternidad joven, padres e hijos (as) estuvieron en acuerdo en que los jóvenes no deben ser madres y padres en esa etapa de la vida, pues ese hecho no garantiza una relación estable en la pareja, y trunca los proyectos de vida de los/las jóvenes. (Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES 2006).

Los factores de vulnerabilidad expresados por adolescentes, padres y profesores fueron el escaso acceso y oportunidades de información, orientación y atención adecuada en SSR, aunados a la desconfianza hacia los servicios de salud, a la violencia, a la falta de empoderamiento y a la no visibilización y aceptación de los adolescentes como sujetos de derechos y al ejercicio libre, seguro y responsable de su sexualidad. (ibíd.)

Es en este contexto que la Secretaría de Salud de Medellín propuso el proyecto Sol y Luna como una respuesta a las necesidades expresadas por los/las adolescentes y su entorno social. El proyecto se genera a partir de la conformación de la Red de Prevención del Embarazo y bajo el liderazgo de la primera dama de la Alcaldía. En la Red de Prevención del Embarazo participaron representantes de las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil incluyendo a los/las adolescentes.

Las intervenciones del proyecto se diseñaron con un enfoque integral que diera cumplimiento a los objetivos planteados. Este enfoque estuvo orientado a consolidar servicios de salud para adolescentes, al cambio en actitudes y comportamientos de las y los adolescentes y de su entorno social, a la salud sexual y reproductiva y a la sensibilización en torno a los derechos sexuales y reproductivos. En suma, comprendió acciones tanto en la oferta (servicios accesibles y de calidad para los/las adolescentes) como en la demanda (educación comunitaria, comunicación y sensibilización).

Un eje importante del proyecto fue el enfoque de derechos en torno a la sexualidad, con acciones orientadas hacia el reconocimiento de la sexualidad adolescente por parte de los adultos y acciones destinadas al empoderamiento de los/las adolescentes hacia el ejercicio de una sexualidad sana y responsable.

Después de su ejecución, el gobierno municipal de Medellín, facilitó la continuidad del PSL, transfiriendo la experiencia a la Empresa de Salud Estatal: METROSALUD, institución que participó desde el comienzo en esta iniciativa. Esta transferencia ha sido crucial para la sostenibilidad e institucionalización de los servicios diferenciados para adolescentes, lo que ha motivado la necesidad de conocer a profundidad elementos de la ejecución del PSL desde su concepción hasta sus resultados. Actualmente, se implementa en 33 servicios de la red de servicios bajo la gerencia de METROSALUD.

El análisis generado por la sistematización del PSL, permite decir que el PSL posicionó el embarazo adolescente como un asunto de salud pública y de co-responsabilidad con la sociedad civil. También abogó por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desde distintas estrategias y alentó un proceso de legitimación y reconocimiento de la sexualidad de los/las adolescentes en el mundo de los adultos, así como de los y las adolescentes. No obstante, hay que mencionar que buena parte de las actividades del PSL orientadas al cambio de actitudes hacia la SSR en proveedores de salud, padres de familia, profesores, formadores de opinión y los propios adolescentes tomará, sin duda alguna, más tiempo de lo que fue previsto. Estos resultados muestran, que mas allá de analizar esta experiencia, se hace necesaria una mirada de continuidad y reforzamiento a las actividades integrales encaminadas por Sol y Luna para el logro de los objetivos propuestos.

Entre los principales resultados de este proyecto destacan:

• **El PSL impactó las políticas públicas de salud locales y de educación, ofreciendo estrategias e innovaciones para el abordaje de la SSR para adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad:** Introducción por primera vez de servicios diferenciados para adolescentes; el liderazgo y voluntad de la Secretaría de Salud de Medellín; el enfoque integral con acciones en educación, salud, comunicación y abogacía; la amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los de última generación y que durante la ejecución del PSL, con un estudio de factibilidad el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud del Ministerio de la Protección Social, mediante acuerdo 380 del 14 de diciembre de 2007, los incluye en el Plan Obligatorio de Salud (POS); la Red de Prevención del Embarazo Adolescente como un espacio de participación y discusión de la SSR de los/las adolescentes; la legitimación de la sexualidad de adolescentes y jóvenes incluido el ejercicio de sus derechos sexuales

• **Se crearon servicios de salud sexual y reproductiva como una estrategia para la atención y prevención del embarazo adolescente en la ciudad de Medellín:** Incluyó actividades de orientación, atención por personal capacitado, confidencialidad y privacidad, horarios adecuados, contar con una amplia gama de métodos anticonceptivos, entre otros. Aunado a esto, la disposición de una línea telefónica para consultas de los/las adolescentes, la coordinación con otros proyectos para el fortalecimiento de los servicios a través de estrategias de ampliación de cobertura, por ejemplo con el proyecto Colombia y con PROFAMILIA se coordinaron actividades en torno a tamizaje de VIH/SIDA.

• **La importancia de tener en cuenta el ámbito socio-cultural en los barrios, las familias y las escuelas:** Aspectos como la violencia, las brechas generacionales, la falta de información y las actitudes y comportamientos negativos hacia la SSR fueron factores que actuaron como barreras para una atención

adecuada en SSR para los/las adolescentes. Las intervenciones relacionadas con la campaña masiva de sensibilización: "Sexo a lo bien", las intervenciones educativas con los circuitos pedagógicos y las actividades comunitarias en los barrios por parte de las enfermeras, ayudaron en el inicio de una apertura y cuidados para la SSR de los/las adolescentes.

• **La incorporación de los derechos, género y empoderamiento:** se considera que la inclusión de estos enfoques en los contenidos educativos y de capacitación de las diversas intervenciones, mostró tendencias positivas. Sin embargo, todavía no se visibilizan resultados robustos, por lo que se considera la necesidad de reforzar estos aspectos en el futuro. Asimismo, la participación de los adolescentes varones en el programa fue reducido, lo que contribuye a reforzar la desigualdad de géneros creando un ambiente desfavorable de negociación para las mujeres.

• **La sostenibilidad e institucionalización del proyecto:** La voluntad política para la continuidad del proyecto fue un elemento importante para su institucionalización. La estrategia "CONSENSOS" apuntó a la sostenibilidad, articulación e institucionalización. Logró sensibilizar y firmar compromisos con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), sin embargo una vez concluido el proyecto, el proceso de institucionalización en el sector privado no se ha concluido.

En cuanto a las principales lecciones aprendidas se encuentran:

I. El proyecto confirma la alta necesidad insatisfecha de anticoncepción en la población adolescente.

II. La participación de otros actores institucionales como las empresas promotoras de salud debe asegurarse desde el diseño del proyecto para garantizar que las intervenciones exitosas del modelo se traduzcan en un beneficio equitativo para los y las jóvenes.

III. La participación de representantes de organizaciones juveniles es clave, especialmente porque son generadores de la difusión de las estrategias educativas y preventivas entre pares y para otros grupos sociales.

IV. En situaciones de violencia sexual y vulnerabilidad de los derechos de SSR, se debe contar con una oferta integral de calidad y confidencialidad. Esta es una respuesta al riesgo de violencia de género en el que se debaten las jóvenes que viven en estas comunas, y es percibida como una estrategia de prevención y manejo de la violencia sexual.

V. Los servicios son más efectivos y tienen una mayor demanda cuando se brinda a los y las adolescentes la posibilidad de expresar sus inquietudes, intereses y necesidades de acuerdo con sus percepciones de las problemáticas ligadas al ejercicio de la sexualidad en su medio.

VI. El proyecto contó con respaldo político y económico de la nueva administración municipal, también contó con la aprobación del tránsito de proyecto al programa en la red pública que atiende a la población vulnerable. No obstante, el modelo no fue apropiado totalmente, esto se debió en parte a que el proyecto original fue diseñado un tanto en la periferia del sistema de aseguramiento en salud. Los efectos de este vacío se reflejan en la falta de apropiaciones presupuestales para componentes centrales como acceso libre y oportuno, la movilización social, el uso de vallas y medios de comunicación, y actividades de promoción y prevención desde los servicios de salud, que es lo que se ha realizado en todo el país y ahora son de obligatorio cumplimiento por el Decreto 3039 de 2007 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública- 2007-2011, y la Res 425/08 plan de intervenciones colectivas.

VII. Algunas iniciativas como la de CONSENSOS ejecutada por PSL, para generar mecanismos de coordinación con las empresas promotoras de salud y proyectos locales como el de prevención del VIH/SIDA de PROFAMILIA

son promisorias en el contexto del sistema de salud colombiano.

VIII. Se valora la participación inicial de las y los adolescentes en el diseño del proyecto, ya que es un requisito fundamental para el éxito y posicionamiento del proyecto. Sin embargo, se considera una debilidad la no continuidad y esfuerzos encaminados a fortalecer esta participación social. Actualmente el municipio de Medellín está orientando esfuerzos en consolidar los procesos de participación social.

IX. La inversión en campañas de comunicación masiva o actividades educativas fuera del ámbito de los servicios clínicos, se identificó como un componente importante del marco de intervenciones. La generación de mecanismos de sostenibilidad de estas actividades deben formar parte de los procesos de institucionalización.

El estudio también ofrece amplias recomendaciones que pueden ser concentradas en:

- **En relación con el diseño y la sostenibilidad del proyecto:** La generación de mecanismos institucionales para enfrentar los desafíos en términos de sostenibilidad y costo relacionados a la atención integral y participación de los/las adolescentes debe ser tomado en cuenta en los procesos de transferencia de este tipo de iniciativas que debe incluir presupuestos asignados en los planes de las comunidades interesadas en mantener este abordaje

Si bien el contar con un componente de evaluación de impacto fue importante para este proyecto, la implementación de las actividades de evaluación debe tomar en cuenta no solo la temporalidad de los periodos de ejecución del proyecto, sino también diseños metodológicos adecuados que permitan medir con mayor validez los cambios atribuibles o no a las intervenciones implementadas.

Para futuros proyectos o iniciativas, se debe establecer que los equipos conductores de los

proyectos formen parte de la planta de personal regular de la institución ejecutora y contemplar recursos para su permanencia por un tiempo adicional, más allá de la fecha de conclusión del proyecto, y así facilitar el establecimiento de mecanismos hacia una transferencia regulada.

Es recomendable que en el diseño de un proyecto de esta magnitud forme parte de los objetivos aspectos vinculados con la gestión, productos y resultados. En el nivel externo implica la conformación de alianzas estratégicas de carácter intersectorial, con instituciones, redes y/o personas de la sociedad civil y la academia. En el nivel interno, debe asegurar la continuidad y uso de las herramientas generadas por el proyecto como por ejemplo el Sistema de Información adaptado del CLAP/OPS, para el monitoreo regular de los servicios para los/las adolescentes, y la medición de la efectividad de las intervenciones en curso.

Más aun, sería recomendable estudiar los dos modelos ejecutados (proyecto inicial y proyecto transferido) con el objetivo de analizar las similitudes y diferencias, e identificar recomendaciones puntuales de ambos procesos. En la primera fase del proyecto, el financiamiento provenía de recursos externos y en la actualidad los fondos provienen de la red pública de salud. Sin embargo, en el modelo actual, las actividades de prevención y promoción se diluyen y están básicamente concentradas en la provisión de servicios de salud. Los procesos de sistematización periódica incluyendo la producción de informes regulares, también forma parte de los productos del proyecto, ya que contribuyen sustantivamente a la generación sistematizada de aprendizajes y conocimientos.

- **En relación con los servicios de atención diferenciada:** El garantizar una amplia gama de métodos anticonceptivos facilita la libre elección. Si bien los implantes subdérmicos son una alternativa adecuada para las adolescentes, no hay que perder de vista la

premisa anterior. Es recomendable hacer énfasis en la doble protección, y poner a disposición la anticoncepción de emergencia, especialmente por el contexto socio-cultural donde viven los y las adolescentes beneficiarios de este programa.

Desarrollar sistemas de monitoreo de la calidad, que incluya estándares e indicadores de la provisión de servicios, con análisis de género y derechos.

- **En relación con la capacitación del personal de salud:** La evaluación de la calidad y pertinencia del modelo de capacitación y su implementación es un aspecto que requiere inversión de recursos técnicos y financieros. Si en este proyecto la capacitación del personal de salud fue calificada como buena, se observó que el programa adoleció de un componente de acompañamiento y evaluación continua. Para futura referencia es importante contar con todas las especificidades del programa, especialmente para réplicas posteriores. Los actores/as clave entrevistados recomendaron la incorporación de módulos específicos de capacitación orientados a la atención de adolescentes, en los diversos programas de pre-grado existentes en el departamento. Esto último con el objetivo de ampliar la masa crítica de profesionales dedicados a la atención de las y los adolescentes.

- **En relación con los derechos y el empoderamiento:** La violencia en todas sus formas, pero sobre todo, la violencia sexual contra la mujer, el consumo de alcohol y el uso de sustancias psicoactivas son temas que emergen como estructurales y que afecta a los-as adolescentes. Tomar en cuenta este contexto es importante en los abordajes de esta problemática. Se hace necesario mantener el enfoque de igualdad género, respeto a la diversidad, y continuar los esfuerzos y enfatizar más en el involucramiento de los jóvenes y su participación. Esto implica que el programa debe apuntar a ir, más allá de la oferta de servicios de anticoncepción y transitar hacia el

pleno reconocimiento de los derechos de los/ las jóvenes a la educación, a la participación, a ser informados y a recibir servicios de calidad desde una perspectiva de la autonomía como parte del ejercicio responsable y sano de la sexualidad.

Asegurar la continuidad de las estrategias de participación social con el involucramiento efectivo de los/las adolescentes en todas sus etapas. Legitimar la participación de la sociedad civil en los programas de prevención de embarazo adolescentes, es esencial, la misma

que debe garantizar la participación activa de los y las adolescentes.

Continuar con procesos educativos como los circuitos pedagógicos, donde las iniciativas destinadas al desarrollo de recursos audiovisuales como expresión de la reflexión de las y los jóvenes en torno a temas de salud sexual y reproductiva. Un aprendizaje importante es considerar la prevención de toda forma de violencia como tema central de reflexión y educación permanente.

I. INTRODUCCION

El presente contiene el informe final de la sistematización del Proyecto Sol y Luna, implementado en las Comunas 1, 2 3 y 4 de la ciudad de Medellín (Antioquia - Colombia) durante noviembre del 2006 a diciembre 2008. Se trató de un proyecto piloto para la prevención del embarazo adolescente con tres componentes: 1) La atención para la prevención del embarazo adolescente mediante la creación de centros de salud diferenciados y una línea telefónica para responder a necesidades de información y orientación en diferentes temas de SSR; 2) La búsqueda de legitimidad de la sexualidad juvenil mediante la movilización social y la educación en salud sexual y reproductiva y 3) La información científica, la evaluación y el monitoreo.

Fue una iniciativa muy importante tomando en cuenta que el embarazo en adolescentes en esta ciudad es considerado uno de los más altos del país y que las comunas o barrios donde se implementaron las distintas intervenciones, se caracterizan por una alta movilidad social, pobreza, violencia intrafamiliar, sexual y de género e inseguridad ciudadana producto de la violencia política y de actividades ilícitas. En este contexto, el proyecto Sol y Luna representó un reto de implementación.

De la misma manera la iniciativa responde a mandatos internacionales, por ejemplo la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia para la salud y desarrollo de niños y adolescentes (WHA56.21, 2003) que insta a los gobiernos a fortalecer y expandir esfuerzos para luchar por una cobertura completa de servicios y promover el acceso a una amplia gama de información sobre salud para adolescentes, y la resolución CD40.R16 del Consejo Directivo de la OPS sobre la salud de adolescentes, donde los gobiernos reconocen formalmente las necesidades diferenciadas de la población joven y aprueban un marco y plan de acción. (OPS, OMS 2008)

El proyecto Sol y Luna fue liderado por la Secretaría de Salud de Medellín y co-financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID y por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo – AECID. Actualmente, el proyecto se implementa en 33 servicios de salud de la Empresa de Salud Estatal METROSALUD.

Las intervenciones llevadas a cabo por Sol y Luna representaron esfuerzos significativos encaminados a la prevención del embarazo adolescente con acciones intersectoriales y de participación social, que ameritan su estudio y difusión. En esta línea, la Secretaria de Salud de Medellín encargó a

la Universidad de Antioquia y al Centro NACER la sistematización del proyecto Sol y Luna para identificar intervenciones sostenibles, innovadoras y participativas en la prevención y atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes. Los resultados de la sistematización servirán a la Secretaría de Salud de Medellín a METROSALUD y a otras instituciones públicas y privadas locales y nacionales para que replicar, mejorar y adecuar esta experiencia de acuerdo con las necesidades de los adolescentes.

La sistematización se llevó a cabo durante octubre de 2009 a mayo 2010 y comprendió la identificación y definición del eje de sistematización, la contextualización y reconstrucción histórica del proyecto, el análisis de las intervenciones y sus componentes, el desarrollo de guías y aplicación de entrevistas individuales y grupos focales, el procesamiento de la información proveniente de las entrevistas, la identificación de hallazgos, lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones, la discusión de la información preliminar en un taller de actores, la elaboración y difusión de un informe preliminar para su revisión y la elaboración del informe final.

La metodología consistió en la descripción y análisis retrospectivo del proyecto utilizando fuentes secundarias (informes y otros documentos del proyecto) provistas por la Secretaría de Salud de Medellín. Esta información fue ampliada con entrevistas a actores clave. Más de 40 personas fueron entrevistadas, incluyendo tomadores de decisiones, enfermeras y proveedores de servicios de salud, consultores/as, adolescentes, profesores y padres de familia.

Este informe ha sido organizado en capítulos. Los dos primeros corresponden a la introducción y metodología, el tercero contextualiza la situación de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes en Colombia y en Medellín en particular, visibiliza el principal marco normativo de soporte a las acciones y respuestas a las necesidades de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. Igualmente

hace una descripción del sistema de salud colombiano con el fin de contextualizar la ley de seguridad social y la organización del sistema y la red proveedora de servicios en sus distintos niveles de atención. El cuarto capítulo describe el proyecto Sol y Luna resaltando su diseño, enfoque y proceso histórico. En esta parte se describen las principales intervenciones del proyecto y cómo estas estuvieron vinculadas con la prestación de servicios diferenciados para adolescentes. El quinto capítulo analiza las intervenciones relacionadas con 1. La atención y prevención del embarazo adolescente y 2. La educación y sensibilización sobre la sexualidad y la SSR de los/las adolescentes, apuntando ambas a identificar las mejoras o no en el acceso de los/las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva, a la educación y prevención de la SSR y al empoderamiento y ejercicio de su sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Los apartados seis a ocho identifican los principales hallazgos, las lecciones aprendidas, obstáculos y facilitadores. Presentan recomendaciones y conclusiones.

Finalmente el informe incluye a manera de Anexos: guías, matrices y cuadro de participantes que colaboraron en las entrevistas.

Generar conocimiento es fundamental para mejorar las estrategias relacionadas a la salud de los/las adolescentes. Para ello, la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a promover la recolección y el uso de datos sobre la salud de adolescentes y jóvenes desglosados por edad, sexo y grupo étnico, el uso del análisis basado en el género y la aplicación de nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica). Todo lo anterior, tiene el propósito de fortalecer la planificación, la entrega y la vigilancia de planes, políticas y programas nacionales, así como fomentar el desarrollo de iniciativas colaborativas de investigación que puedan ofrecer las evidencias necesarias para establecer y difundir programas e intervenciones efectivas y adecuadas al desarrollo de los/las adolescentes y jóvenes. (OPS/OMS 2008)

Este proceso de sistematización es el resultado de un esfuerzo colectivo y consensado desde el inicio hasta la finalización del presente informe. Cabe resaltar que al tratarse de una metodología retrospectiva, se hace énfasis en los elementos críticos identificados en la implementación del proyecto. La metodología incluyó la recolección de información, la identificación de actores clave y la discusión

de los objetivos de la sistematización. El Proyecto Sol y Luna presenta la oportunidad de compartir diversas lecciones, es por ello, que el presente informe no debe considerarse como un informe cerrado, sino más bien, como el inicio de un proceso de aprendizaje y de generación de conocimiento en algunas áreas específicas.

II. PROPÓSITO Y METODOLOGÍA DE LA SISTEMATIZACIÓN

Propósito

Con el propósito ampliar intervenciones sostenibles, innovadoras y participativas en la atención de SSR para adolescentes, la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) consideró necesario llevar a cabo la sistematización del proyecto Sol y Luna (PSL) para identificar lecciones aprendidas que contribuyan al fortalecimiento de las políticas públicas, a reorientar los programas y servicios con enfoques de derechos y equidad.

Metodología

La práctica de "sistematización" es reconocida como un proceso permanente de acumulación y de creación de conocimientos a partir de la -experiencia que resulta- de la puesta en marcha de una intervención/intervenciones en una realidad social concreta. Es considerada, como un primer nivel de teorización sobre la práctica. Por lo tanto, denota una articulación entre la teoría y práctica. Por un lado, apunta a mejorar la práctica, a partir de las enseñanzas que genera la intervención y por otro lado, aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta de utilidad para entender y transformar la realidad. (CEAAL – PERU 1992)

Por lo tanto, al ser la sistematización un proceso de reflexión-acción, la misma permite: la reconstrucción de la experiencia de trabajo, mejorar la práctica, derivar lecciones aprendidas, así como facilitar la comunicación de sus resultados a otros interesados directos en

llevar adelante procesos similares; siendo el énfasis además, la necesidad del aprendizaje colectivo. Entre las preguntas esenciales que un proceso de sistematización debe intentar responder se incluye: ¿Qué se hizo? ¿Cómo?, ¿Por qué?, ¿Para quién? ¿Qué contradicciones influenciaron la práctica o fueron generadas por ésta y cómo se resolvieron? ¿Qué factores dinamizaron el proyecto y cuales obstaculizaron su implementación? (Yopo 1998).

Para la sistematización del PSL se planteó un análisis retrospectivo con una metodología participativa antes, durante y después de la sistematización.

El proceso metodológico consistió en:

1. Definición del eje de sistematización
2. Contextualización y reconstrucción histórica del PSL
3. Análisis de las intervenciones y sus componentes.
4. Desarrollo de guías de entrevistas individuales y grupos focales
5. Procesamiento de la información proveniente de las entrevistas
6. Identificación de hallazgos, lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones
7. Discusión de la información preliminar en un taller de actores
8. Elaboración de un informe preliminar
9. Elaboración del informe final

Definición del eje de la sistematización

El eje de la sistematización fue el "Acceso y uso de servicios de calidad en SSR para adolescentes con énfasis en la consejería y provisión de métodos anticonceptivos como parte de las estrategias de prevención del embarazo adolescente".

De manera tal que fueron los servicios de salud del proyecto el punto de referencia alrededor de los cuales giraron las pautas de la reconstrucción histórica del proyecto, el ordenamiento de la información, el análisis crítico y la elaboración de conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas.

Contextualización y reconstrucción histórica del PSL

El periodo de sistematización abarcó el periodo de duración del proyecto 2006-2008 e incluyó todas sus fases: desde el diseño, las intervenciones, análisis de resultados y evaluaciones respectivas. También, se analizó el contexto político, cultural y social donde se insertó el proyecto, esto es en las Comunas 1, 2, 3 y 4 de la ciudad de Medellín.

La reconstrucción cronológica del desarrollo de la experiencia se hizo con base en la revisión documental en donde se respondió a las siguientes preguntas:

- I. ¿Quiénes intervinieron en el diseño, intervención y evaluaciones?
- II. ¿Cuáles fueron de las principales etapas del proceso?
- III. ¿Cómo era la situación antes del proyecto?
- IV. ¿Cómo se desarrolló el proceso?
- V. ¿Cuál es la situación después del proyecto?
- VI. ¿Cuál fue el presupuesto asignado para el proyecto o cual fue el costo del mismo?

VII. ¿Cuáles conceptos o enfoques guiaron el proyecto?

Para esta reconstrucción se desarrolló una matriz que visualizó la reconstrucción histórica del PSL. (Anexo 1) Esta reconstrucción se hizo con base en la revisión y análisis documental.

Análisis de las intervenciones y sus componentes

Se hizo una descripción y análisis de las principales intervenciones del PSL con base en la siguiente guía:

1. Desarrollo de la intervención
2. Descripción breve de la intervención
3. Diseño
4. Implementación: quienes, lugares, elementos clave
5. Principales enfoques, conceptos, abordajes
6. Población objetivo, actores clave y su participación
7. Innovaciones
8. Alianzas/coordinación con otras instituciones estatales no estatales
9. Acciones/intervenciones con la población adolescente y en los servicios de SSR
10. Logro de resultados
11. Metodología: descripción, evidencias, facilitadores/obstaculizadores
12. Evaluación y Monitoreo
13. Sostenibilidad
14. Apropiación
15. Institucionalización y financiamiento
16. Lecciones aprendidas
17. Recomendaciones

Desarrollo de instrumentos, recolección, análisis de la información y sistematización

Para complementar la información de las fuentes secundarias se desarrollaron instrumentos para entrevistas destinadas a los/las actores fundamentales que participaron del proceso de implementación del modelo de intervención. Se entrevistaron más de 40 personas provenientes de entidades gubernamentales del sector salud y educación, entidades privadas de salud, tomadores de decisiones, consultores, proveedores de salud y usuarios/os de los servicios. Se llevaron a cabo grupos focales con adolescentes, profesores y padres de familia de las comunas donde se llevó a cabo el PSL. (Anexo 2 y 3)

Procesamiento de la información

Una vez concluidas las entrevistas, se procesaron los datos en una matriz cuyas variables fueron las mismas utilizadas para el análisis de las intervenciones. (Anexo 4)

Identificación de hallazgos, lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones

La información proveniente de las fuentes secundarias y de las entrevistas permitió la

identificación de hallazgos, lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones.

Discusión de la información preliminar en un taller de actores

En Abril de 2010 se discutieron los principales hallazgos, lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones en un grupo de trabajo circunscrito a actores clave participantes del proyecto. Esto permitió ampliar, mejorar y orientar de una manera consensuada los resultados preliminares de la sistematización. (Anexo 5)

Elaboración y revisión del informe preliminar

Se elaboró una versión preliminar para circular entre actores clave con el objetivo de contar con un informe final sólido, de calidad y coherente que sirviera como herramienta orientadora para fortalecer el modelo de atención en SSR en Medellín (Antioquia) y otros departamentos de Colombia.

Elaboración del informe final

El informe final incorporó las observaciones, comentarios y nuevas informaciones provenientes del proceso de revisión del informe preliminar.

III. ANTECEDENTES

La situación de vulnerabilidad de los/las adolescentes y jóvenes en Colombia está relacionada con múltiples factores asociados a pobreza, exclusión social, desigualdades e inequidades. La información al respecto puede ser muy amplia y no es propósito de esta sistematización. No obstante, vale la pena resaltar datos que puedan contextualizar brevemente esta situación.

Indicador	Descripción
Población	<p>El total de la población colombiana de 0-24 años de edad es de 20'319.413 que representa el 44% de la población. Unos 11'914,639 tienen entre 10 y 24 años y representa el 28% de la población. (CENSO 2005)</p> <p>En Medellín, de acuerdo con el censo del 2005, la población es de 2'223.078. Se registra que los y las adolescentes (10 a 19 años) representan el 17% de la población, llegando a una cifra de 352.971. (Plan de Atención Básica de la Ciudad de Medellín 2004-2007)</p>
Pobreza y miseria	<p>Según el último censo poblacional del 2005 del total de 20'319,413 entre 0-24 años, 9'143,346 son pobres que equivalen al 45% de este grupo y 3'454,300 están en miseria (17%). (DANE 2005)</p> <p>En Medellín el censo del 2005 estimó que el 0,9% (5.161) de los hogares tenían ingresos mensuales entre 0 a 90 \$US para cubrir los gastos básicos del hogar y el 53,5% (25.779) de los hogares no alcanzaban a cubrir los gastos básicos. (DANE 2005)</p> <p>En Medellín y su área metropolitana la tasa de desempleo de la población de 18 a 24 años de edad fue del 34,9 por ciento. Eso significa que de 385 mil jóvenes en ese rango de edad que viven en la ciudad, 95.467 estaban desocupados, equivalente al 31 por ciento del total de desempleados. En el caso de los hombres entre 18 y 24 años, la tasa de desempleo a marzo del 2009 fue del 28,8 por ciento (42.403) y para las mujeres fue de 41.9 por ciento (53.064). (DANE 2009)</p>
Escolaridad	<p>Los datos del Censo 2005 indican que la escolarización ha mejorado, sin embargo, todavía se enfrentan problemas relacionados con las tasas de deserción en la secundaria que alcanzan 60%. Según el DANE "Mientras en 1973 la tasa de asistencia para el rango de edad de 5 a 6 años fue de 11,1%, en el 2005 esta tasa se ubica en 78,0%. Para el rango de edad de 7 a 11 años la tasa de asistencia pasó de 58,5% en 1973 a 92,0% en el 2005. Para la población entre los 12 y 17 años la tasa de asistencia en 1973 fue 57,4%, y en el 2005 registró 77,8%. Para el rango de edad de 5 a 17 años la tasa de asistencia pasó de 50,8% en 1973 a 83,3% en el 2005. Para la población entre los 18 a 24 años, la tasa de asistencia en 1973 fue 19,1%, mientras en el 2005 es de 27,1%". (DANE 2005)</p> <p>En Medellín los datos indican que: 9,2% de las niñas de 13 años o más no saben leer y el 9,6% de los hombres mayores de 13 años o más no saben leer, que corresponde al 9,4% del total de la población de 13 años o más que no sabe leer. Entre las principales causas por las cuales, este grupo no se encuentran estudiando en el momento de la encuesta se identificaron: 33,2% por altos costos, 37,1% porque necesita trabajar, 6,9 por falta de cupos escolares % y 6,8 (n=9233) por que las niñas estaban embarazadas. (DANE 2005)</p>

Indicador	Descripción
Empleo	Para el período 2001-2005, prácticamente la mitad de los desempleados y las desempleadas era población joven. Los adolescentes y las adolescentes representaron en promedio el 5.26% de los desempleados y las desempleadas totales mientras que las personas adultas menores aportaron el 42.23%. Las tasas de desempleo fueron de 31.30% y 28.68% para los adolescentes y las adolescentes y personas adultas menores, respectivamente, que al compararlas con la tasa para los mayores de 26 años (7.27%) indican que el desempleo es mucho más grave dentro de la juventud que para la población económicamente activa (PEA) de mayor edad" (Pedraza 2008) En Medellín En relación con el trabajo y ocupación, para el año 2006 se registraba un incremento de seis personas en el índice de ocupación de la población en general. Tanto para hombres como para mujeres la ocupación sigue creciendo en el sector informal, al que se inscribe más de la mitad de las personas ocupadas. (Secretaría de Medellín, ASCODES 2006)
Conflicto armado	Colombia es el cuarto país del mundo con más niños vinculados al conflicto armado. Algunas entidades reportan 7,000 otros 14,000 niños o adolescentes son reclutados por los grupos armados ilegales. Trescientos cuarenta y ocho niños son desplazados diariamente como consecuencia del conflicto y doce mueren cada día debido al conflicto. (Care International 2008) En Medellín, los reportes muestran una importante asociación entre morbi-mortalidad y violencia. Según datos de la Oficina de Asesoría de Paz y Convivencia de Medellín, para el 2006 existían más de 8.500 personas agrupadas en más de 200 grupos armados de diversos tipos: guerrilla, paramilitares, bandas, combos y el narcotráfico. Los jóvenes toman parte del conflicto, pero ya desde los objetivos e intereses del grupo armado. (Secretaría de Medellín, ASCODES 2006). Otro aspecto importante en el análisis de la ciudad de Medellín es la situación de la población desplazada, ya que se ha reportado que 60.459 personas provienen de otros municipios y departamentos, aunque se estima que esta población podría ser hasta el doble de la registrada. (Alcaldía de Medellín 2004)
Violencia basada en género y generación	El trabajo infantil y la violencia intrafamiliar siguen registrando magnitudes preocupantes. Cerca de 176.000 niños (3,8%) entre 7 y 11 años trabajan. (Consejería Presidencial para la Política Social 2002) La violencia intrafamiliar presentó un aumento de 33% entre 1996 y 2000, al pasar de 51 mil a 68 mil casos. En el año 2002 se reportaron 21.180 casos de violencia sexual (Fiscalía General de la Nación) cada 24 minutos o 58 por día. Dos millones de padres admiten por encuesta que maltratan a sus hijos. Cerca de 14.000 menores de 18 años son judicializados cada año por infracciones a la ley penal (38 por día). De esa cifra el 30% son privados de la libertad (4,200 11 por día, cada 2 horas). De estos últimos el 90% son de estratos 1 y 2 (3780, 10 por día cada 2 horas). De los y las adolescentes y jóvenes que son víctimas de la violencia sexual: el 80% de los casos ocurren al interior del hogar y en el 59% la víctima es una niña o mujer joven que no denuncia porque por un lado no conoce los procedimientos a seguir, y por otro la respuesta adecuada para la atención de la violencia sexual. (Ministerio de la Protección Social, Servicios de Salud Amigables 2008) En Medellín, la violencia es un serio problema. No solo se enfrenta la violencia social o socio-política; hay otras violencias que merecen especial interés como es el caso de la intrafamiliar. En las zonas nororiental y noroccidental, la violencia intrafamiliar es consecuencia de la marginalidad y de los fuertes roles patriarcales. (Gallo 2008)
Cobertura en salud	En cuanto a la cobertura en Salud, definida en Colombia como afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el gobierno reporta "una expansión notable de alrededor del 4% a 43% de la población pobre (1992-1997). No obstante la menor afiliación se reporta en el grupo de menores de 1 año con 45,6%. El otro grupo etario con porcentajes de afiliación más bajos es de 18 a 22 años (el 50,8% no estaban afiliados en el 2000), edad en la que los jóvenes pasan de la afiliación familiar a la afiliación individual, exceptuando los que aún están estudiando o son discapacitados. La cobertura en salud de Medellín (2005-2008) es del 56,9% para el contributivo, el 16,7% del subsidiado, 1,7% de regímenes especiales y el resto de la población son no afiliados al sistema. (DANE 2005)

Indicador	Descripción
Tasa de suicidio y Consumo de sustancias ilegales.	La tasa de suicidio en niños, niñas y adolescentes está en aumento. En el 2003, presentaba tasas de suicidio por 100,000 de 4.5 y 7.2 entre adolescentes varones y mujeres que tienen 15-17 años. En ese año los suicidios en menores de 15 años fueron 66 (cada 5 días): 28 masculinos (cada 12 días) y 38 femeninos (cada 9 días) y 230 intentos de suicidio en menores de 10 a 13 años (cada 1 y ½ día). En Medellín, del total de suicidios de la ciudad (n=103) durante el año 2003, el 49,5% (n=51) ocurrieron en jóvenes de 15 a 24 años. (Secretaría de Salud de Medellín 2004) "La primeras sustancias ilegales de consumo entre los jóvenes escolarizados de Medellín son: marihuana con un 12,4%, seguida por el nitrito de amilo, de butilo o deisobutilo llamado popper con el 10,8% y la cocaína con el 6,6%. Estos resultados duplican las cifras de consumo en el departamento de Antioquia, pero se encontró que las cifras de consumo en Medellín, son inferiores a las encontradas para la región Valle de Aburrá, en donde se reporta consumo de marihuana en el último año en el 17,2% de los escolares, popper en el 18,6% y cocaína en el 8,7%". (Zapata 2008)

La salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes

El contexto y factores subyacentes al embarazo adolescente en Medellín

Colombia al igual que otros países de América Latina, enfrenta la problemática del embarazo adolescente. Por su magnitud y debido, sobre todo, a las consecuencias para la salud de los y las adolescentes y su futuro desarrollo, el embarazo en adolescentes es considerado un grave problema de salud pública. En Medellín, diversos estudios han mostrado que las principales problemáticas que enfrentan los/las jóvenes hoy son las que tienen que ver directamente con su salud sexual y reproductiva, entre ellos los embarazos no deseados o tempranos, que ocurren fuera o dentro del matrimonio, y que pueden ser producto de relaciones sexuales forzadas; las infecciones de transmisión sexual, los abortos practicados en condiciones de riesgo y la violencia sexual entre otros. (Gallo 2008)

Un estudio realizado en América Latina (Conde-Agudelo, Belizan y Lammers 2005), mostró entre sus resultados una fuerte asociación entre el riesgo para la salud de las madres y la edad

temprana en el embarazo. Este estudio incluyó más de 850.000 mujeres y controló por 16 factores de confusión, como la paridad y el nivel educativo, mostrando que las adolescentes menores de 16 años tenían cuatro veces más probabilidad de morir que las mujeres entre 20-24 años de edad (OR 4.09, 95% CI 3.86-4.34). Así mismo, el Sistema de Información para la Vigilancia de Eventos de Interés Público en salud (SIVIGILA) en Colombia, reportó para el año 2008, que el 14% del total de las muertes maternas ocurrieron en adolescentes menores de 19 años.

Sin duda muchos esfuerzos se han realizado para la prevención del embarazo en la adolescencia con mayor o menor éxito, no obstante, si bien la fecundidad general ha descendido significativamente en todos los países de América Latina, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad) se ha estancado o ha descendido moderadamente y en algunos países como Colombia y Ecuador, incluso aumentó. (ORAS-CONHU 2009) Un problema que es causa de gran preocupación por esta situación, es el aborto inseguro en la adolescencia. Se ha observado que entre un 25 y un 30% de los embarazos de adolescentes terminan en aborto. (Ibíd.) Aunque esta incidencia no es diferente en el resto de las mujeres de otras edades, las condiciones en que se da un aborto en las adolescentes pueden ser

más adversas y tener un impacto de más largo plazo.

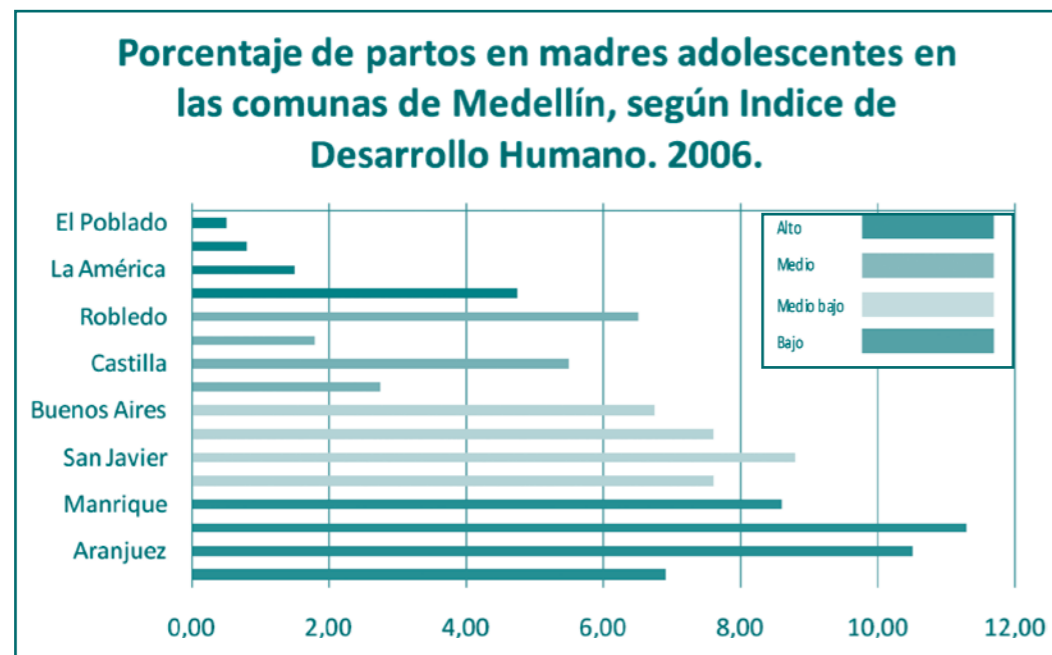
En Colombia, en los últimos 14 años, se ha presentado un incremento en el porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005), la tasa de fecundidad de adolescentes es de 90 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años, siendo en la zona urbana de 79 nacimientos y en la zona rural de 128 nacimientos por mil mujeres. (Secretaría de Salud de Medellín, ASCODES 2006)

En la ciudad de Medellín, la segunda del país, el embarazo adolescente es uno de los

principales problemas de salud pública, pues un 21,6% de los nacimientos ocurre en adolescentes. (ENDS 2005). Así mismo, en esta ciudad la tasa de fecundidad específica de adolescentes entre 15 y 19 años de edad es de 75 nacimientos vivos por 1000 mujeres.

Como se observa en el siguiente gráfico, las tasas de fecundidad de madres adolescentes entre 10 y 19 años son más altas en las comunas pobres de Medellín, tales como Popular, Aranjuez y Villa Hermosa —que también tienen las tasas más altas de violencia en todas sus formas, siendo más bajas en comunas con niveles socioeconómicos altos como Laureles y El Poblado. (Gallo 2008)

Gráfico 1: Porcentaje de partos en madres adolescentes en las comunas de Medellín, según Índice de Desarrollo Humano. 2006.



Fuentes: Secretaría de Salud de Medellín. Planeación Municipal IDH 2006.

*Rangos del IDH construido a partir de los cuartiles

Por otro lado, el embarazo adolescente trasciende al ámbito de la salud para la madre adolescente y su hijo/a. En la actualidad, se reconoce que las determinantes del embarazo adolescente están relacionadas con factores sociales, económicos y culturales. Ser pobre y en condiciones de vulnerabilidad puede ser una causa y consecuencia del embarazo adolescente, con resultantes sociales y económicos profundamente negativos tanto para las/los adolescentes, sus hijos y la sociedad; y que se traduce en su escolarización, inserción laboral y social, afectando su potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía. (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Por otro lado, Rodríguez (2008) explica que la fecundidad adolescente alta en el contexto actual podrían explicarse por: "a) la reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a las/los adolescentes como sujetos sexualmente activos, porque producto de esta negación se restringe su acceso a medios anticonceptivos y a conocimientos y prácticas sexuales seguras; b) la desigualdad, porque acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para las/los más pobres, y "con ello reduce el costo de la maternidad/paternidad temprana y, simultáneamente, eleva su valor como mecanismo para dotar de sentido a la vida".

El Estado del Arte sobre la situación de la SSR de los/las adolescentes en Medellín- Colombia, realizado por el PSL (Gallo 2008) concluye que es posible asociar el embarazo adolescente, al menos, a tres tipos de causas:

Causas estructurales:

- Condiciones socioeconómicas de marginalidad urbana y rural, tanto de mujeres como de hombres.
- Situaciones y grupos de riesgo: mujeres y hombres dedicados a la prostitución, incluida la explotación sexual, además del abandono infantil.

- Situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento que contribuye a una mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva de las poblaciones afectadas y presiona formas de relación de las/los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción.
- Situación de exclusión social de las y los adolescentes en relación a los servicios de educación, salud y el empleo; las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza.

Causas socioculturales:

- Creencias y prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad; a la feminidad y la masculinidad, como asuntos centrales a los proyectos de vida de los y las adolescentes y únicos destinos de realización personal.
- Identidades femeninas y masculinas centradas en la búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad.
- Personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad.
- Déficit en la autoestima y la autonomía femenina, en especial, para negociar medidas de autoprotección en salud sexual y reproductiva.
- Afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, vinculados al reconocimiento por parte del otro y de los grupos de amigos.
- Ausencia y marginalidad masculina de los servicios y tareas de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre sexualidad, consejería en salud sexual y servicios de anticoncepción.

Causas institucionales:

- Condiciones críticas de la vida en familia: escasa comunicación intergeneracional; figuras significativas adultas ausentes y pobre modelos de imitación o cuestionables desde el punto de vista ético, como referentes de identidad; violencia intrafamiliar contra las niñas, abuso sexual y patrones adultos hacia el hecho de ser madre sola.
- Sobre-exigencia en su crecimiento; iniciación temprana a asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza; ausencia de los adultos y pobreza.

- Marginalidad femenina y masculina de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales.
- Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos y el ejercicio pleno de los mismos.
- Desconocimiento de los derechos en salud y acceso limitado a los recursos institucionales de justicia y protección.

Acceso a métodos anticoncepción: persisten las brechas entre el conocimiento y uso

En América Latina se presenta el fenómeno de una marcada discrepancia entre el conocimiento de los métodos modernos de anticoncepción y su uso. El cuadro siguiente permite apreciar que el grado de conocimiento de tales métodos es generalizado entre los adolescentes, superando ampliamente el 90%.

Cuadro 1: Conocimiento y uso de métodos modernos de anticoncepción entre los adolescentes

País	Conocimiento	Uso actual por adolescentes		
		Total	Total	No unidas sexualmente activas
Bolivia	92,1	n.d.	26,3	18,7
Chile	n.d.	67,0	n.d.	n.d.
Colombia	99,3	n.d.	47,1	66,1
Ecuador	97,0	47,0	n.d.	n.d.
Perú	97,3	n.d.	41,2	n.d.
Venezuela	90,0	33,9	n.d.	n.d.

Fuentes: Para Ecuador corresponde a adolescentes en general. Para el resto corresponde a mujeres. Fuentes: Bolivia, ENDSA 2003; Chile, ENJ 2006; Colombia, ENDS 2005; Ecuador, ENDEMAIN 2004; Perú, ENDES 2005 y Ministerios de Salud; Venezuela, ENPOFAM 1998 (Citado en Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Región Subandina ORAS-CONHU 2009).

"Son diversas las hipótesis en torno a esta discrepancia entre conocimiento y uso, centrándose los principales enfoques en torno a posibles limitaciones de acceso a la anticoncepción, generalmente limitada por factores económicos y barreras institucionales, pero con importante incidencia de elementos culturales y comportamientos sociales (como timidez u oposición de la pareja) en varios casos" (Rodríguez 2008. Citado en Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Región Sub-andina ORAS-CONHU 2009).

En el caso de Colombia, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005 reportó que dentro de las principales razones para no usar anticonceptivos, las/los adolescentes, se identificaron: la oposición de la pareja (12%), los problemas de acceso y costo (11%) y la falta de conocimiento (7%). (PROFAMILIA 2005)

Otra información proveniente de la Dirección General de Salud Pública (2004) señala que:

- La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años en el país es de 18%.
- Entre los más usados se reportan los tradicionales y folklóricos en un 22%, condón 18%, retiro 17% y píldora 17%. Las farmacias son la fuente principal de abastecimiento de métodos en 68% de adolescentes, solo en un 12% aparecen las instituciones de salud gubernamentales, 5% EPS-IPS, 4% PROFAMILIA y 2% médicos particulares.
- Solo el 48% de adolescentes usuarias reciben información sobre efectos secundarios y solo a una de cada tres de estas les indicaron que hacer en caso de presentarse esos efectos
- Las que reciben más información al respecto son las usuarias del DIU (76%), inyección (49%) y píldora (37%)
- Existen una serie de mitos y temores en torno al uso de métodos. Con respecto al uso del condón las razones de no usarlo son:
 - Riesgo de que se rompa o quede mal puesto.
 - Quita el romance (necesidad de interrupción).
 - Preferible el riesgo.
 - Temor al Rechazo de la pareja.
 - Temor a que la pareja se siente agredida.
 - Pensar que es VIH +.
 - Incómoda- sensación.

- La creencia de los hombres de que al tener relaciones con mujeres vírgenes los protegerá de infecciones.
- La percepción de que es un método efectivo para prevención de ITS, y si se usa otro método de anticoncepción no es necesario.
- Sobre los métodos hormonales se cree que:
 - Manchan la piel, engordan, deforman las venas y pueden producir esterilidad que evidencian el poco acceso a información con calidad
 - Una de las principales barreras de acceso a los métodos anticonceptivos son el factor económico y las experiencias negativas que muchos adolescentes han vivido cuando consultan a las instituciones de salud en donde se sienten estigmatizados, rechazados y su confidencialidad es irrespetada.

Inicio de relaciones sexuales

Mientras que en la mayoría de los países desarrollados la actividad sexual en la adolescencia se inicia y luego se continúa bajo condiciones de protección anticonceptiva, en gran parte de los países de América Latina, incluida Colombia, la iniciación sexual se caracteriza por ocurrir a una edad temprana y por la falta de protección anticonceptiva. La información disponible sobre la iniciación sexual de las personas de la Subregión Andina ilustra el hecho que las mujeres andinas inician su vida sexual alrededor de los 18 años de edad, mientras que los hombres lo hacen, en promedio, hacia los 17 años. Cuadro 2: Subregión Andina: edad mediana a la primera relación sexual y a la primera unión.

En Colombia, la proporción de mujeres de 25 a 49 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años pasó de 8% en 2000 a 11% en 2005 (PROFAMILIA 2005)

El Ministerio de la Protección Social de Colombia, reportó que en la zona urbana la edad de la primera relación sexual ocurre un año más tarde que en la zona rural. Las mujeres sin ninguna educación inician la vida sexual a los 16 años y se va incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo, hasta 20 años entre las que tienen educación superior. En Antioquia la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales reportado por mujeres entre los 25-49 años fue de 18 años. (ENDS PROFAMILIA 2005)

Primera relación sexual	Primera unión (mujeres)		
	Mujeres	Hombres	
Bolivia	18,6	17,3	20,6
Chile	16,2	17,8	n.d.
Colombia	17,8	17,1	21,7
Ecuador	19,2	n.d.	19,6
Perú	19,2	16,8	21,7
Venezuela	16,2	17,8	20,7

Fuentes: Bolivia, ENDSA 2003; Chile, ENJ 2001; Colombia, ENDS 2005; Ecuador, ENDEMAIN 2004; Perú, ENDES 2005; Venezuela, ENPOFAM 1998. Notas: 1 25-49 años. 2 20-64 años. 3 20-49 años. (Citado en Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Región Sub-Andina ORAS-CONHU 2009)

Aborto

Se cuenta con escasa información que dé cuenta de la situación de los/las adolescentes y el aborto. Se conoce que una fracción muy importante de la fecundidad registrada entre las adolescentes es no deseada. En Colombia, Guzmán et al. (2001), reportaron que a fines de los noventa el 82,5% del total de embarazos no deseados en adolescentes terminó en aborto. (Citado en UNFPA 2009) La OMS indica que un tercio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto tienen menos de 20 años (Citado en Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Región Sub-Andina ORAS-CONHU 2009).

VIH/SIDA

En la morbilidad por enfermedades transmisibles, el VIH/SIDA cobra creciente importancia. Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la más alta prevalencia de dicha enfermedad entre jóvenes de 15 a 24 años, al 2004, se da en los países de Centroamérica, mostrando que los países de la Subregión Andina presentan niveles que fluctúan entre "medio alto" y "bajo".

Cuadro 3: América Latina: prevalencia del VIH/SIDA entre jóvenes de 15 a 24 años, 2005 (tasa por cada 10.000 jóvenes)

Nivel	Países
Nivel bajo (entre 6 y 20 por 10.000)	Bolivia, Nicaragua
Nivel medio bajo (entre 18 y 30 por 10.000)	Chile, Costa Rica, Ecuador, México
Nivel medio (entre 24 y 50 por 10.000)	Paraguay, Brasil, Uruguay
Nivel medio alto (entre 36 y 70 por 10.000)	Argentina, Colombia, Perú, Venezuela
Nivel alto (entre 54 y 90 por 10.000)	El Salvador, Guatemala, Panamá
Nivel alto (entre 90 y 150 por 10.000)	Honduras

Fuente: Estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2006, Ginebra, 2006. (Citado en ORAS-CONHU 2009)

En Colombia la incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres. Entre 1986 y 2000, la proporción de hombres a mujer infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer. Esta proporción es particularmente preocupante en la región de la Costa Atlántica (Bolívar) en donde esta proporción está en 3 a 1.

Según informe presentado por el Ministerio de la Protección Social correspondiente al período 2003-2005, el total de casos notificados de infección por VIH y SIDA desde 1983 hasta el 31 de diciembre del 2005 ascendió a 46.815 casos de los cuales 28.060 corresponden a personas con VIH, 10.283 con SIDA y 7.055 muertes a causa del SIDA. En Antioquia se registraron 7.977 casos.

La epidemia del VIH/SIDA en Colombia se encuentra confinada a grupos definidos de población altamente vulnerables. Para el año 2004, la prevalencia nacional en la población de 15 a 49 años se estimó en 7 por cada mil habitantes de este grupo de edad. Lo anterior, ha llevado a realizar un análisis minucioso de las características de la epidemia en Colombia, intensificar los programas preventivos y de atención a los grupos más vulnerables y focalizar la intervención en los adolescentes y la población adulta joven. Cerca del 60% de los casos reportados corresponden a personas entre los 15 y 34 años de edad, donde el 77% son hombres. (Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA 2008-2011)

En el país, el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa. La alta fragilidad de la mujer colombiana ante la epidemia del VIH/SIDA está determinada por:

- El contexto cultural machista que le asigna relaciones sexuales sometidas por el hombre.

- El abuso sexual dentro y fuera de la familia.
- La historia de inequidad de género y de diferencia social, económica, educativa y laboral.
- La permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales.
- La bisexualidad de sus compañeros estables.
- Las exigencias del "rol" femenino de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio autocuidado. El permanente aumento del número de mujeres cabeza de familia. El desplazamiento forzoso es otro aspecto que está afectando más a los menores de edad y a las mujeres, generando desapego, manutención, marginalidad y propiciando el trabajo sexual forzado. Lo anterior se comprueba al mirar la razón de casos hombre: mujer la cual ha pasado de 20:1 al inicio de la epidemia a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003. (Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA 2008-2011).

Violencia sexual

El embarazo y la maternidad adolescentes se relacionan directamente con la ausencia de derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo de menores de edad. Una alta proporción de embarazos adolescentes son no deseados, muchos se originan en situaciones de abuso de menores, y sobre todo de falta de responsabilidad de los progenitores masculinos frente a la pareja y la paternidad (CEPAL/ UNICEF 2007).

Según informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina una de cada tres mujeres es víctima de violencia. El 33% informa haber sufrido abuso sexual y el 45% amenazas por parte de su pareja. Si bien las manifestaciones de la violencia contra las mujeres son múltiples, se ha constatado internacionalmente que la

violencia intrafamiliar y sexual, en particular la ejercida por su pareja, es una de las más frecuentes, deja secuelas muy graves y enfrenta a las mujeres a una situación de mayor indefensión (Citado en Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Región Sub-Andina? ORAS –CONHU 2009).

El Ministerio de la Protección Social (2007) en Colombia, reporta un gran subregistro de la violencia y de abuso sexual en el país; las cifras conocidas sólo representan el 5% de los casos ocurridos. Según informe de dictámenes anuales del Instituto Nacional de Medicina Legal se reporta un caso cada 7.5 minutos. Las mujeres y los menores de edad son quienes más sufren las violencias intrafamiliar y sexual. En las adolescentes desplazadas por la violencia, una de las consecuencias más relevantes es la alta fecundidad que puede alcanzar cifras alrededor del 30%, representando 10 puntos porcentuales más alta que las del promedio nacional.

El 80% de los casos ocurre al interior del hogar y el agresor es un familiar o conocido. En 59% de los casos ocurren en niñas y mujeres jóvenes. Las víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, no les creen, y por falta de una respuesta adecuada. Los adolescentes refieren además no conocer los procedimientos a seguir en estos casos. (Ministerio de la Protección social 2007)

La violencia está enraizada en las relaciones de poder basadas en género. En 2006, en Colombia, la proporción de mujeres alguna vez unidas que han sufrido algún tipo de control, por parte del esposo o compañero fue del 65,7%, la proporción de mujeres que alguna vez unidas han sufrido violencia física por parte del compañero o esposo fue de 39,0%. La proporción de mujeres entre los 15 a 49 años de edad que han sufrido alguna vez violencia física por parte de alguna persona fue de 16,0%. (Ibíd)

Los motivos de la violencia entre pareja son muy variados, entre estos se mencionan: la intolerancia y el machismo 33,0%, la infidelidad y los celos 32,0%, alcoholismo 16,0%, la situación socioeconómica 4,0%, la crianza de los hijos y la separación 4,0%. (Ibíd)

Marco normativo nacional de la salud sexual y reproductiva

El marco normativo colombiano asume los mandatos internacionales que respaldan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en un marco de justicia y equidad. Entre estos mandatos se encuentran:

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)
- La Conferencia Internacional de Población (1984) en México
- La Conferencia Internacional de la Mujer (1985) en Nairobi
- La Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN)
- La Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo (1992) en Río de Janeiro
- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) en Viena
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) en Cairo
- La IV Conferencia Mundial de la Mujer (1995) en Beijing
- La Declaración del Milenio (2000) que establece los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)
- Cumbre Mundial de las Naciones Unidas (2005) en Nueva York
- La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (CIJD) (2008)

Es evidente que las políticas públicas con sus normas y programas son las llamadas a generar un proceso importante de transformación social, inclusión y equidad, y a garantizar el bienestar y calidad de vida de su población.

Colombia posee una amplia legislación referente a los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva enmarcados en la Constitución Política del Estado de 1991. Entre estos marcos normativos cabe señalar:

Normatividad	Conceptualización
La Constitución Política del Estado (1991)	Es explícita en reconocer el derecho a tomar decisiones reproductivas, y a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos. Igualmente, reconoce la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres. Establece los derechos de las mujeres a tomar una decisión libre, personal y privada para procrear dentro o fuera del matrimonio. Señala como deber del Estado el proporcionar la información y los medios necesarios para que las mujeres ejerzan sus derechos en condiciones seguras.
La reforma del sector salud, creó el Sistema General de La Seguridad Social SGSSS.	Conocida como Ley 100 de 1993. En ella el SGSSS amplía el marco de la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva (SSR) e introduce nuevos actores que sobrepasan el modelo materno-infantil propio del sistema nacional de salud. El SGSSS, prioriza la población vulnerable y garantiza el aseguramiento de las gestantes de esta población en el régimen subsidiado y su manejo a través del plan obligatorio de salud (POS). Este nuevo sistema, establece la SSR como evento de interés en salud pública cuya demanda debe ser inducida por el sistema. Determina fuentes de financiación para los planes de beneficio en acciones individuales y colectivas de los regímenes contributivo y subsidiado, tanto para los no asegurados como para la población en desplazamiento. Además, adelanta la normativa de garantía de la calidad y las normas técnicas de protección específica (atención del parto, planificación familiar), las de detección temprana (alteraciones del embarazo), las de atención y recuperación (Complicaciones maternas: HTA y hemorragias, ETS, VIH SIDA, maltrato) y guías de atención en SSR para el POS. Los hijos menores de 18 años fueron reconocidos como beneficiarios de la cobertura familiar del SGSSS.
Política Nacional de SSR (2003)	Esta política pública, formulada en el 2003, es la respuesta institucional a las recomendaciones originadas en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y en la Constitución Política colombiana. Tiene como principios orientadores la concepción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), los derechos humanos, la equidad social y de género, y el empoderamiento de la mujer entre otros. Allí se señalaron los temas prioritarios para el caso de Colombia: salud sexual y reproductiva de las adolescentes y los adolescentes, maternidad segura, planificación familiar, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva VIH/ SIDA, y violencia doméstica y sexual.
Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales CONPES	El CONPES fija las metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en el 2015. Estas se proponen mejorar la SSR de las mujeres y "Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%". Fija como meta el incremento de la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa de 59 a 75%, y entre la población de 15 a 19 años de 38.3 a 65%. Para tal efecto, en el 2007, aprobó la inclusión de algunos métodos temporales de anticoncepción en el plan de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado (Condón masculino de látex, métodos hormonales orales e inyectables de progestágeno combinado con un estrógeno hasta los métodos hormonales de solo progestágeno, implante subdérmico de levonorgestrel) y adoptó la Norma Técnica que incrementa la oferta anticonceptiva moderna para hombres, mujeres y parejas en edad fértil a fin contribuir a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la disminución de gestaciones no deseadas y la mortalidad materna.

Normatividad	Conceptualización
Ley 1098 de 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia.	Esta ley define como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años de edad y reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Es consistente con la política nacional de SSR porque promueve los DSR de los y las adolescentes, tiene en cuenta la perspectiva de género, reconoce el rol que desempeña la familia en el grupo social para alcanzar la equidad e insta a la comunidad educativa para la formación de la salud sexual y reproductiva y la vida en pareja.
Sentencia C355 Interrupción voluntaria del embarazo -IVE.	Esta sentencia, emitida en el 2006, despenaliza el aborto como delito cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produce en los siguientes casos: (i) constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) existe grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentido, o de incesto.
Decreto 3039 de 2007 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010)	Este Plan es coherente con la normativa anterior y establece las estrategias para mejorar la SSR. Estas estrategias son: 1. Promoción de la salud y la calidad de vida; 2 y 3. Prevención de riesgos, recuperación y superación de daños; 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento y entre sus objetivos se encuentra mejorar la SSR de la población.

Además de estas leyes, la Ley 294 de 1996 reformada por la Ley 575 de 2000 sobre Violencia Intrafamiliar cita lo pertinente a las audiencias, conciliaciones, medidas de protección preventiva y resolutive y lo referente a las obligaciones de los funcionarios competentes en la atención de la violencia intrafamiliar. Es importante mencionar el Proyecto Nacional de Educación Sexual de 1992 que compromete a las instituciones educativas a brindar educación, desde el grado tercero de primaria al onceavo grado, en temas de educación sexual acordes con las necesidades y características psíquicas, físicas y afectivas de los alumnos de dichos grados, normado mediante Resolución 3353 de 1993 y ahora ejecutado mediante el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía

Por otra parte, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva busca incluir la salud sexual y reproductiva dentro de del Sistema General de Salud y Seguridad Social del País,

tanto para población asegurada como para población atendida en la red pública. (A y S 2008)

Las normas de SSR, anteriormente mencionadas, buscan reducir la fecundidad por debajo de 2,4 hijos por mujer al final de su vida fértil y detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Las normas y guías técnicas para la prestación de servicios integrales de SSR se enfocan en la promoción y prevención así como en la atención, particularmente en lo relacionado con los métodos de planificación familiar, cáncer de cuello uterino, maltrato contra la mujer y el menor incluida la violencia sexual, atención del embarazo y detección temprana de sus complicaciones, atención del parto y del puerperio, detección y atención de ITS y del VIH/SIDA.

Las normas y la política nacional de SSR han contado con recursos asignados para su

El sistema de salud colombiano

En la década de los 90 se inician procesos de reformas en América Latina, con énfasis en la descentralización y la disminución del papel del Estado en la prestación de servicios públicos incluyendo la salud. En 1991 en Colombia, la nueva Constitución Política del Estado, en sus Artículos 48 y 49, reconoció el derecho a la salud y a la seguridad social para todos los habitantes del territorio nacional.

En este contexto de Reforma, la Ley 10 de la descentralización cedió la responsabilidad de la salud a los municipios y la Ley 60 estableció la descentralización de competencias y de recursos en salud y educación. En el año 2001 la Ley 60 es derogada y sustituida por la Ley 715, que estableció tanto los recursos de financiación como las competencias de los entes territoriales en salud: Nación, Departamentos, Distritos y Municipios según su categoría.

Con la aprobación de la Ley 100 de 1993, se inicia en Colombia un proceso de cambios en la administración y prestación de los servicios de salud. Hasta entonces el esquema era dicotómico de carácter monopólico y fragmentado, en el que por un lado existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otro lado, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población, sin embargo la cobertura era solo del 40%. (Ministerio de Salud 1994) Cerca de un 25% de la población no tenía acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación directa que provenía de su bolsillo. (DANE 1992)

En consecuencia, la Ley 100, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de transformar el sistema de salud fragmentado en un sistema único de aseguramiento universal, basado en la competencia regulada entre aseguradoras (públicas o privadas) denominadas Empresas Promotoras

difusión en todas las entidades territoriales, empresas promotoras de salud, aseguradoras de régimen subsidiado, agencias de cooperación internacional, sociedades científicas y organizaciones de la comunidad. El Ministerio de la Protección Social y los entes territoriales asignan anualmente recursos para garantizar que la capacitación se lleve a cabo, existen informes públicos que dan cuenta de las actividades realizadas. La difusión es realizada en cascada, el Ministerio realiza la capacitación directamente o contrata instituciones para que la realice a través de talleres; asisten a estos las personas responsables de las actividades de promoción de la salud de las entidades territoriales y las empresas promotoras de salud (EPS). No hay evidencia de que la capacitación garantice el nivel de conocimiento adquirido, ni que este conocimiento asegure competencias. La capacitación en los subsecuentes niveles de la cascada es asumida por las direcciones territoriales de salud con recursos propios o por el equipo de trabajo de las EPS. El Ministerio hace seguimiento a la capacitación en los procesos de gestión en los entes territoriales.

El departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín cuentan con normativas locales respaldatorias a las políticas nacionales y a su vez para los programas y proyectos que abordan las problemáticas de la salud sexual y reproductiva y de los adolescentes en particular.

Las políticas locales reconocen la situación de vulnerabilidad de los y las adolescentes y jóvenes: "Los asuntos que afectan la salud mental y física juveniles aparecen como los más importantes: el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas, la iniciación temprana a la sexualidad con el creciente riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, el maltrato físico y psicológico a que están sometidos en el ámbito familiar en el que observan desintegración y ausencia de una educación en valores, la bulimia y la anorexia asociadas a los modelos de consumo, programas y proyectos desarticulados en los que prima un enfoque preventivo de la salud centrado sólo en factores de riesgo que no da relevancia a la promoción de ésta".

de Salud (EPS) que manejan el régimen contributivo y el Régimen Subsidiado. Esta ley incorpora el concepto de Seguridad Social en Salud, que expresa el reconocimiento del derecho fundamental a la atención en salud.

La regulación consiste en que todas las aseguradoras ofrecen un paquete básico de servicios (Plan Obligatorio de Salud-POS). Al régimen contributivo pertenecen los asalariados y los trabajadores independientes con ingresos mayores a dos salarios mínimos, quienes cotizan 12.5% de sus ingresos y la afiliación cubre a la familia. Al régimen subsidiado pertenecen las personas pobres y vulnerables las cuales han sido identificadas mediante encuesta de clasificación socioeconómica-SISBEN- que pretende focalizar recursos públicos para la población con necesidades básicas insatisfechas, además se cofinancia con recursos de solidaridad del régimen contributivo. Quienes no pueden acceder al sistema por la limitación de recursos se atienden a través de la red pública y financiada con recursos estatales (participantes no asegurados). Cada aseguradora recibe un valor per cápita anual por cada afiliado según sexo, edad, región del país y régimen de afiliación, denominada "unidad por capitación" (UPC) para que administre el riesgo en salud de la población asignada.

La afiliación al sistema es obligatoria y la selección de la aseguradora le corresponde al afiliado, de acuerdo con la disponibilidad de aseguradoras en la región. La afiliación a este régimen extiende la protección de seguridad social en salud al cónyuge o compañera/o del trabajador/a que cotiza, a los hijos menores de 18 años, y se extiende hasta los 25 años, si son estudiantes de tiempo completo o presentan alguna discapacidad.

La dinámica del mercado se extiende a las instituciones prestadoras de servicios (IPS), públicas y privadas, que compiten para ser contratadas por las aseguradoras. No obstante, las EPS del régimen subsidiado están obligadas a hacer contratos con la red pública

del municipio de residencia del afiliado. La red pública fue transformada en Empresas Sociales del Estado (ESE) con autonomía administrativa, técnica y financiera que les permite competir en el mercado de los servicios de salud.

Las actividades de promoción y prevención de impacto colectivo, determinadas por el plan de salud pública, son responsabilidad de las entidades territoriales de salud. El POS de los regímenes contributivo y subsidiado, está dirigido a la **atención en salud individual en los componentes de promoción, prevención, atención, y rehabilitación en salud, incluyendo a los/las adolescentes y jóvenes**. Por otra parte, con el fin de responder a problemas prioritarios en salud pública, el Estado estableció el Plan Nacional de Salud Pública, que define las líneas prioritarias dirigidas a grupos poblacionales específicos, siendo los/las adolescentes y jóvenes uno de estos grupos y adoptaron el desarrollo de **Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes**, mediante los cuales se pretende avanzar hacia la atención integral de esta población.

En lo concerniente al sistema de salud en Medellín, el Plan Municipal de Salud del Municipio de Medellín, incorpora los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública (decreto 3039/2007) en el programa de salud pública y promoción social, donde se prioriza la atención a las poblaciones más vulnerables, entre ellas a las mujeres gestantes, niñas, niños, adolescentes y población joven. Este plan reconoce como prioritaria la atención en salud sexual y reproductiva, y entre sus objetivos se identifica la disminución de la proporción de embarazos en adolescentes menores de 19 años. El Plan reconoce que para que la salud sexual y reproductiva se logre y se mantenga, los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos". (OMS 1996)

El PSL se enmarca en las políticas nacionales y locales para la atención de las necesidades de salud de los/las adolescentes. Así, la gobernación de Antioquia en su Plan de Desarrollo 2004 – 2007 suscribió junto a la Alcaldía de Medellín el Pacto por la Salud Pública en Antioquia el cual consideró reducir el embarazo en adolescentes en un 25% que corresponde cerca de 5.673 embarazos por año.

El actual plan municipal incluye como un objetivo específico la implementación de estrategias específicas para asegurar el establecimiento y

funcionamiento de los Servicios Amigables en SSR para adolescentes. Este objetivo incluye las siguientes actividades: disponibilidad y capacitación al personal de salud en SSR enfatizando la atención, prevención, orientación y la referencia, asegurar la oferta de una gama amplia de anticonceptivos, fortalecer los programas de Información, Educación y Comunicación (IEC), en asociación con la Secretaría de Educación, la inclusión de aspectos de salud sexual y reproductiva en los planes curriculares de las instituciones educativas. (Alcaldía de Medellín 2008)

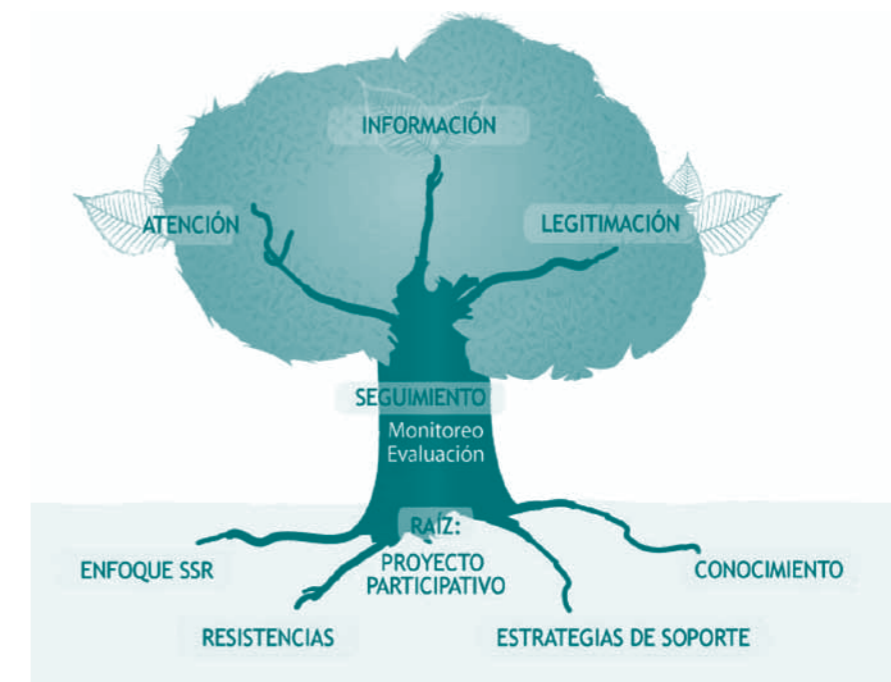
IV. PROYECTO SOL Y LUNA: UNA RESPUESTA INNOVADORA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Descripción del proyecto

Sol y Luna fue conceptualizado como un MODELO al que se llamó "Modelo Medellín" para la prevención del embarazo adolescente. Este modelo consideró tres aspectos fundamentales: 1. la atención para la prevención del embarazo adolescente: centros de salud amigables, la línea telefónica para responder a necesidades de información y orientación en diferentes temas de SSR. 2. El de la "legitimidad" referido a la necesidad que tienen las sociedades y

todos sus actores de reconocer la sexualidad juvenil como una actividad normal, apropiada, necesaria y maravillosa de la vida juvenil en las sociedades. Esta fue la dimensión de la movilización social que busco crear una corriente de opinión favorable a la idea de que la sexualidad juvenil era y es legítima tanto en el ámbito de la comunicación masiva como en las instituciones prestadoras de servicios de salud y su vinculación con el pleno desarrollo y bienestar de las y los adolescentes. 3. La dimensión información científica, monitoreo.

Figura 1: Proyecto Sol y Luna



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín 2007b.

"Las actividades innovadoras y más importantes a mi manera de ver y creo que son las de más alto riesgo...son la dimensión que tiene que ver con legitimidad, no basta con abrir consultorios amigables, no basta con facilitar el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, no basta con el seguimiento a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Todas las intervenciones que dirijamos a la población juvenil si no están respaldadas por la legitimidad del tema en los sectores adultos que es donde están los recursos o donde están las resistencias o donde están los obstáculos o donde están los grandes facilitadores" (Entrevista LR Abril 2010)

El PSL planteó como eje la reorganización del modelo de atención para adolescentes, a través de la puesta en marcha de servicios diferenciados para adolescentes que respondieran a sus necesidades y al ejercicio de sus derechos. El proyecto fue entonces una respuesta a una necesidad imperante tomando en cuenta que el embarazo adolescente es considerado uno de los problemas de salud más importantes de la ciudad de Medellín, es uno de los "obstáculos más grandes para el desarrollo que las mujeres jóvenes de la ciudad" (LR abril 2010), y que el régimen subsidiado y las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tienen una oferta general y no diferenciada de servicios de orientación y planificación familiar.

Se proyectó la puesta en marcha de (i) "Centros para Adolescentes" ubicados en los Centros de Salud de la Red Pública, consistentes en sitios especializados para la atención a adolescentes, dotados con consultorios y salones equipados con mobiliario especial y ambientados para los adolescentes; y (ii) personal especialmente capacitado para la atención a adolescentes. Por su parte la Secretaría de Salud aseguraría la provisión de métodos anticonceptivos para las/los adolescentes. (BID 2005)

De igual manera, el propósito del modelo fue generar cambios en las conductas, actitudes y comportamientos con relación a la SSR en los adolescentes. Se planteó el objetivo

de reducir en 25% la tasa de embarazo adolescente (92.8 por mil, según línea de base 2006) y mejorar el conocimiento de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva e infecciones de transmisión sexual.

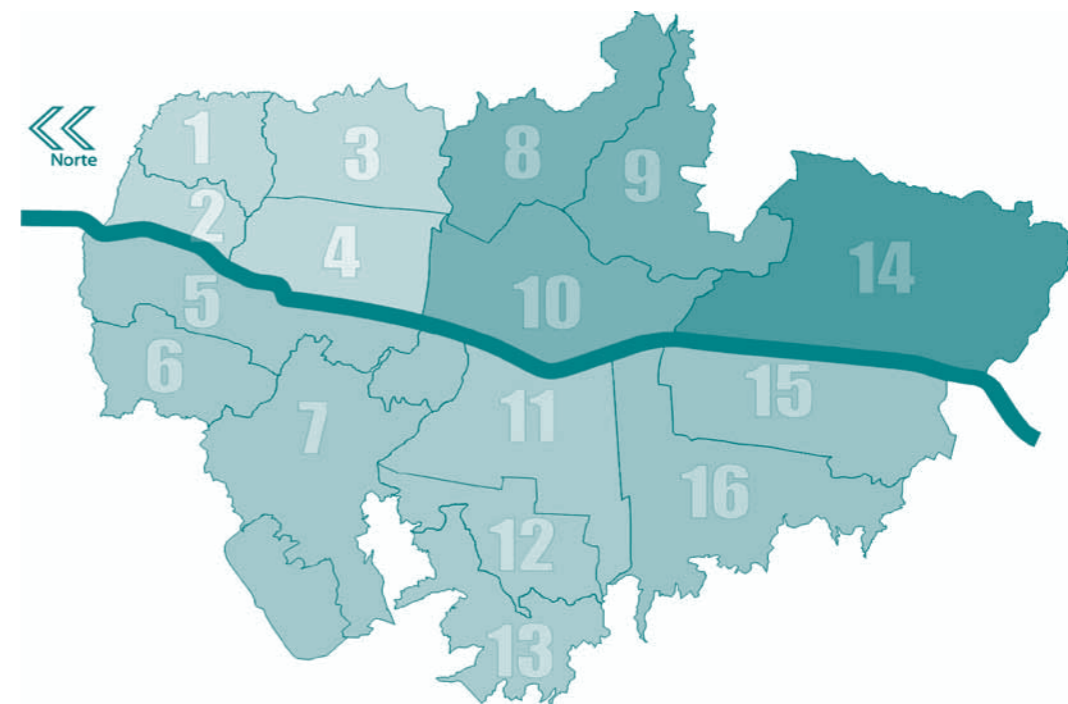
Los indicadores de gestión establecidos por el proyecto fueron:

- Disminución en un 25% sobre el grupo de control de la tasa de embarazo en adolescentes, en las comunas 1, 2, 3 y 4.
- Línea telefónica para la atención 8 horas diarias a adolescentes en temas de SSR en operación.
- Aumento en un 20% sobre el grupo de control del conocimiento de los métodos de anticoncepción y los medios de acceso a los servicios, por la población adolescente.
- Profesionales sensibilizados en SSR adolescente.
- Página Web sobre SSR establecida.
- Campaña masiva para diseminar mensajes clave ejecutada.

Los destinatarios del proyecto fue la población adolescente de Medellín con edades comprendidas entre los 10 y 19 años. Se seleccionaron las Comunas uno, dos, tres y cuatro, en los barrios Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez. Según datos de la Secretaría de Salud de Medellín (2006) estas comunas presentan las más altas tasas de fecundidad de adolescentes en Medellín.

La presente caracterización está centrada en la zona 1 correspondiente a la parte nororiental de la ciudad, compuesta por las comunas 1, 2, 3 y 4. Esta zona limita al norte con el municipio de Bello, al oriente con el corregimiento de Santa Elena, al sur con las comunas 8 (Villa Hermosa) y 10 (La Candelaria), y al occidente con la comuna 5 (Castilla). (A y S 2008)

Figura 2: Zonas del proyecto



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín 2007b.

En comparación con las demás zonas de la ciudad, la Zona 1 (Nororiental) es la más densa pues cuenta con el mayor porcentaje de habitantes (24.15%) del total de la ciudad. De igual manera esta zona soporta el 22.69% del total de viviendas de las 6 zonas y con el 20.8% del total de barrios de Medellín, es la zona de mayor dimensión poblacional. (Ibíd.)

La tendencia general de la zona 1 es muy crítica en cuanto a espacialidad pública, la situación más difícil se presenta en el borde superior y de frontera con el Municipio de Bello; igualmente en algunos sectores se presentan condiciones topográficas desfavorables, una baja cobertura y calidad de la infraestructura urbana, carencia de una estructura adecuada de conectividad que es superior en más de 25% en las cuatro comunas al promedio estimado para la ciudad, y la más baja oferta de espacio público. (Ibíd.)

Respecto a la espacialidad privada, la vivienda presenta el estándar más bajo de la ciudad, especialmente en las comunas 1 (Popular) y 3 (Manrique), además de la situación más delicada por la baja confiabilidad tecnológica de las edificaciones de la zona. (Ibíd.)

En conclusión lo más crítico en la zona nororiental es la concentración de la pobreza, principalmente en las comunas 1 (Popular) y 2 (Santa Cruz), situación que se hace más compleja dado el comportamiento demográfico y de concentración de la población. En términos generales, se reconocen las limitaciones para que la población tenga acceso a las oportunidades de subsistencia (en salud, nutrición, educación y ocio) evidente en los bajos niveles de desarrollo humano por debajo de la cifra para Medellín.

Cuadro 4: Características socio demográficas de las comunas 1, 2, 3 y 4

	Comuna 1 Popular	Comuna 2 Santa Cruz	Comuna 3 Manrique	Comuna 4 Aranjuez	Total ZONA 1	Total comunas
IDH	75,3	73,7	76,1	74,3	n.a.	80,6
ICV	75,1	75,7	78,9	80,7	77,6	82,5
NBI	97,6	97,3	94,9	87,3	n.a.	63,7
% pobres por ingresos	71,2	70,7	72,1	68,4	70,6	61,9
Desempleo	13,9	9,9	17,4	11,1	15,4	12,3
Estratificación	100	100	84,4	40,5	n.a.	n.a.
% SISBEN 1, 2 y 3	93,1	97,2	67,8	50,8	n.a.	46,6
N° de barrios	12	11	15	14	52	249
% de viviendas	5,21	4,03	6,92	6,53	22,69	100
Viviendas	31.552	24.392	41.917	39.570	133.213	587.100
% población	5,5	4,21	7,38	7,06	24,15	100
Población	131.273	100.407	176.087	168.280	576.047	2.384.722

Fuente: A y S 2008.

El proceso

El proyecto Sol y Luna fue una iniciativa liderada por el Despacho de la Primera Mujer de la Alcaldía de Medellín, quien convocó a distintas instituciones para analizar, discutir y desarrollar estrategias para la prevención del embarazo adolescente.

"Participamos el Despacho de la Primera Mujer, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación; por parte del municipio de Medellín y en el sector ciudadano, la red de prevención de embarazo adolescente que convocaba a 66 instituciones del sector público y privado. La alcaldía participó en todos los ciclos del proyecto desde la concepción hasta la implementación y ejecución, participó también activamente en la evaluación de impacto." (Entrevista LR 2010)

Para la ejecución del proyecto se estableció una Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP) en la Alcaldía de Medellín, responsable de facilitar la ejecución del proyecto, en coordinación con la Secretaría de Salud Municipal. La UCP tendría un/a coordinador/a general del proyecto, un/a especialista en salud sexual y reproductiva, un/a especialista administrativo-financiero y un/a asistente.

La UCP tuvo entre sus responsabilidades: la coordinación, administración y supervisión de

las actividades del proyecto. Específicamente, fue responsable de: (i) preparar los términos de referencia para la contratación de las consultorías requeridas; (ii) llevar a cabo los procesos de selección y contratación; (iii) hacer seguimiento al desarrollo de la consultoría y autorizar los pagos; (iv) redactar los informes semestrales de progreso.

En la Red de Prevención del Embarazo Adolescente participaron unas 45 instituciones y/o personas expertas en la situación de el-la adolescente, así como adolescentes de distintos barrios y estratos socioeconómicos. Una de las primeras iniciativas desarrolladas por la Red tuvo que ver con la definición participativa de los principios que acoge la Red:

- Derecho a vivir una sexualidad sana, libre, responsable, placentera, segura y mínima de riesgos
- Reconocimiento de la dimensión de la sexualidad humana como parte inherente del desarrollo integral de las personas
- Ética fundamentada en los derechos sexuales y reproductivos
- Reconocimiento de las múltiples identidades femeninas y masculinas

- Respeto por las diferencias u orientaciones sexuales
- Acogida a las convenciones internacionales sobre el tema
- Trabajo en la búsqueda de equidad de género
- Principio de inclusión
- Instar al Estado a que asuma su posición sobre el tema
- Derecho al servicio de acuerdo con las necesidades y demandas
- Fomentar la transformación de la participación y corresponsabilidad de hombres y mujeres en la vivencia de su sexualidad".

La Red también identificó una serie de debilidades de las diferentes iniciativas en SSR y prevención de embarazo adolescentes. Entre estas se identificaron:

- Desarticulación en las intervenciones: tienden a ser aisladas, discontinuas, no sistemáticas
- No han sido sostenibles en el tiempo
- Se sustentan en diversidad de enfoques que no siempre han sido adecuadamente apropiados con los contenidos de SSR y reconocidos como un asunto vital de la salud y desarrollo de los y las adolescentes. No están suficientemente desarrollados en los marcos internacionales y evidencias científicas disponibles sobre el tema
- Por lo general, no se sistematizan las experiencias de las intervenciones y, más aún, sería recomendable la participación de la cooperación internacional en estos esfuerzos
- No generan apropiación de enfoques y lecciones aprendidas
- No conllevan a evaluaciones de impacto

Por lo tanto, entre los principales retos que enfrentan las instituciones que trabajan con

los y las adolescentes, se identificaron los siguientes:

- La necesidad de articular las intervenciones
- Aumentar esfuerzos orientados a la sostenibilidad, creando capacidades al interior de las instituciones, capacitando el talento humano, y generando posibilidades de transferencias metodológicas y de financiación
- Fortalecer la promoción de enfoques que aseguren contenidos en SSR
- Asegurar la sistematización de las experiencias, así como evaluaciones de impacto de los programas, proyectos e iniciativas.

La Red llevó a cabo talleres y reuniones para conocer los problemas e intereses de los y las adolescentes y a partir de ello, diseñar el proyecto cuyos componentes y sus actividades deberían contribuir a solucionar el problema del embarazo adolescente.

De esta manera, se diseñó un proyecto que tendría una duración de 24 meses. La propuesta se presentó al Banco Interamericano de Desarrollo para su co-financiamiento. Una vez que el proyecto es presentado y aprobado por el BID, la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín se convirtió en la agencia ejecutora del proyecto.

El proyecto constaría de tres componentes principales: (i) fortalecimiento de la oferta de red pública; (ii) movilización social y sensibilización; y (iii) investigación, monitoreo y evaluación. Dentro de estos componentes, las actividades específicas se orientaron según los subcomponentes de: Servicios de anticoncepción, equidad de género, investigación, movilización social y comunicación, políticas públicas y formación e información y servicios integrales. (ASCODES 2008).

El Proyecto inició sus acciones mediante estrategias que se inscriben en los lineamientos internacionales sobre el tema, los cuales apuntan a la promoción de la Salud Sexual y

Reproductiva de los Adolescentes y a la promoción del desarrollo y la reducción de la pobreza. Particularmente, retoma las Metas del Milenio de las Naciones Unidas y las estrategias de los organismos de cooperación internacional para reducir la pobreza y potenciar el desarrollo integral de las mujeres. Igualmente, se enmarca en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2002 - 2006).

El enfoque del proyecto

El proyecto Sol y Luna se fundamentó en una visión holística de la problemática del embarazo adolescente, buscando trascender la sola promoción del uso de anticonceptivos, incluyó cuatro enfoques fundamentales:

Derechos de la sexualidad adolescente: Para que la sexualidad sea entendida como un derecho y su ejercicio sea "libre, seguro, no riesgoso, placentero y con protección". En este sentido se enfatiza la importancia del uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado.

Equidad de género: El Proyecto apela a la "democratización de las relaciones entre los sexos y entre las generaciones".

Reconocimiento de la sexualidad adolescente por parte de los adultos: El adulto (familia, docentes y sociedad en general) juega un papel fundamental en la problemática del embarazo adolescente; pues mientras este actor no reconozca la sexualidad adolescente, tendrá influencia restrictiva en el acceso a la información y al libre ejercicio de la sexualidad en este público.

Empoderamiento de los adolescentes por su sexualidad: El Proyecto considera que todas sus intervenciones deben partir y tener un eje transversal y básico, a saber, el empoderamiento de los y las adolescentes alrededor de su sexualidad, para la toma de decisiones autónomas y saludables.

Además de ello, el PSL planteó que el problema del embarazo adolescente debe ser abordado como un parte del desarrollo social.

Presupuesto asignado

El Proyecto "Sol y Luna" fue financiado por recursos provenientes de la Secretaria de Salud de Medellín, el BID con el apoyo financiero del Fondo Especial de Japón y la Cooperación Española.

Cuadro 5: Distribución del presupuesto por componente y otros gastos

Item	Total JSF	Local	Total (US\$)
1. Fortalecimiento de la Oferta de la Red Pública	287.890	123.810	411.700
2. Movilización Social y Comunicación	199.550	107.450	307.000
3. Investigación, Monitoreo y Evaluación	95.550	51.450	147.000
4. Otros gastos			
a. Auditoría	10.000		10.000
b. Contingencias	17.300		17.300
c. Administración del Proyecto	138.710	74.690	213.400
Gran Total	749.000	357.400	1.106.400
Porcentaje	68%	32%	

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007b.

Para mayor información sobre la descripción general del Proyecto ver Anexo 2 sobre la reconstrucción histórica del proyecto.

Intervenciones del proyecto

Las intervenciones del proyecto se diseñaron con un enfoque integral que diera cumplimiento a los objetivos planteados. Este enfoque estuvo orientado a consolidar servicios de salud para adolescentes, al cambio en actitudes y comportamientos de las y los adolescentes y de su entorno social, a la salud sexual y reproductiva y a la sensibilización en torno a los derechos sexuales y reproductivos. En suma comprendió acciones tanto en la oferta (servicios accesibles y de calidad para los/las adolescentes) como en la demanda (educación comunitaria, comunicación y sensibilización).

En este marco Sol y Luna diseño sus intervenciones en tres componentes cada una con actividades específicas:

Componente 1: Fortalecimiento de la oferta	
Actividades	Capacitación en SSR para los proveedores de servicios de METROSALUD. Campaña para la comunidad educativa del área de intervención, en salud sexual y reproductiva. Servicios innovadores de SSR para adolescentes, prestados por Enfermera Profesional, en el área de intervención. Línea telefónica para atender problemas de SSR.
Componente 2: Movilización masiva y sensibilización	
Actividades	Campaña de Medios Masivos Dirigida a la ciudadanía en general. Diseño y puesta a funcionar de página WEB en SSR. Formación de formadores de opinión
Componente 3: Investigación, monitoreo y evaluación	
Actividades	Línea de base sobre SSR de adolescentes. Difusión de resultados. Seminario con actores claves. Evaluación de impacto. Monitoreo de la Unidad Coordinadora. Líneas de investigación sobre SSR

Componente 1: Fortalecimiento de la oferta

Capacitación a proveedores/as de servicios de salud.

Se trato de una capacitación en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Los objetivos estuvieron centrados en: motivación, aprendizaje significativo, información actualizada en SSR, sensibilización sobre actitudes, valoraciones, mitos y prejuicios respecto a la SSR de las/las adolescentes.

El programa fue desarrollado por Asesorías y consultorías en Desarrollo Social y Salud,

ASCODES con seis facilitadoras especialistas en educación en sexualidad. Para esta intervención se estableció una coordinación con la empresa pública y social de salud METROSALUD, el Hospital General de Medellín y la Secretaria de Salud Medellín.

Se capacitó a 133 profesionales de la salud distribuidos de la siguiente forma: 121 proveedores de salud de 51 establecimientos de la red pública de METROSALUD; ocho personas del Hospital General; tres personas de Carisma (Secretaria de Salud) y una persona del proyecto Sol y Luna.

Cuadro 6: Personas e instituciones que participaron en la capacitación

Grupo	Número de personas	Institución
A	22	METROSALUD (18) Hospital General (4)
B	23	METROSALUD (19) Hospital General (4)
C	24	METROSALUD (22) Hospital General (2)
D	28	METROSALUD (25) Hospital General (2) Carisma (1)
E	13	METROSALUD (12) Proyecto Sol y Luna (1)
F	23	METROSALUD (21) Carisma (2)

Fuente: Elaboración propia con base a información Secretaría de Salud de Medellín - ASCODES, 2008d

El enfoque estuvo basado en:

1. Enfoque centrado en la persona

Enfoque proveniente de la terapéutica el cual plantea un proceso de enseñanza y aprendizaje flexible, abierto y significativo (Secretaría de Salud de Medellín -ASCODES 2008d).

2. La sensibilización Gestalt

Técnica semi-estructurada, que busca la transformación de las relaciones interpersonales.

La metodología se basó en talleres de sensibilización en sexualidad con experiencias vivenciales estructuradas. En cada taller se impartieron conocimientos y se acudió a talleres vivenciales reflexivos. Cada participante tuvo 20 horas de capacitación con una exigencia de participación mínima del 80 por ciento.

Los contenidos fueron:

- Módulo 1: Sensibilización al tema de salud sexual y reproductiva en la adolescencia.
- Módulo 2: Salud sexual.
- Módulo 3: Salud reproductiva.
- Módulo 4: Calidad en la atención en salud sexual y reproductiva.
- Módulo 5: Derechos sexuales y reproductivos/aborto.

El siguiente cuadro resume los módulos sus contenidos, objetivos y metodología.

Módulo	Contenido	Objetivo	Metodología
Módulo 1: Sensibilización al tema de Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia	Presentación	Integración de los/las participantes	Dinámica de integración
	Reglas del grupo	Negociar las reglas del curso	Dinámica. Discusión de las reglas
	Enfoques	Dar a conocer: Los enfoques	No se especifica
	Conceptos básicos en sexualidad	Dar a conocer: SSR en adolescentes, Adolescencia, sexo, género, sexualidad, sexología.	Dinámica: "El lenguaje sexual". No especifica cómo se presentan los contenidos teóricos.
	Perfil del asesor/educador/consejero en SSR	Identificar, desde la empatía, los sentimientos y sensaciones que las personas que consultan tienen cuando no son respetadas, escuchadas y aceptadas en la asesoría. Los contenidos fueron sobre: El ejercicio profesional de terapia sexual, elementos básicos para buenas prácticas en la atención clínica.	Dinámica: "no hagas a otros lo que no quieres que te hagan a ti". No especifica cómo se presentan los contenidos teóricos.
	Las actitudes y su importancia en el proceso de atención en SSR en adolescentes.		Dinámica: identificando comportamientos No especifica cómo se presentan los contenidos teóricos.
	Línea de Base	Evaluar conocimientos y actitudes de los/las participantes.	Aplicación del cuestionario y test.

Módulo	Contenido	Objetivo	Metodología
Módulo 2: Salud Sexual	Órganos sexuales masculinos y femeninos	Dar a conocer órganos internos y externos	Dinámica: "Así soy yo". (conocimientos sobre órganos sexuales No especifica cómo se presentan los contenidos teóricos.
	Infecciones sexualmente transmisibles	Dar a conocer las ITS incluyendo el VIH/SIDA	Dinámica: "La ciudadela". (Tomar conciencia de la transmisión de las ITS y sus dificultades para enfrentarlas)
	Ser Hombre y Ser Mujer	Dar a conocer: perspectiva de género, socialización masculinidad y feminidad. Sexismo. Sociedad patriarcal Androcentrismo y Feminismo.	Dinámica: ¿Negociamos? (negociación del uso del condón) No se especifica cómo se presentan los contenidos teóricos.
	Sexo Seguro y Sexo Protegido		Dinámica: "Comportamientos de riesgo".
	Fantasías sexuales		Dinámica: "Fantasías sexuales".
	Condón femenino y masculino	Enseñar su uso	Dinámica: "El uso del condón femenino masculino"
Módulo 3: Salud Reproductiva	Anticoncepción	Dar a conocer: Técnica ACCEDA y AEIOU y como realizar la asesoría.	Dinámica: "Consulta o asesoría en salud reproductiva para adolescente".
Módulo 4: Calidad de Atención en los Servicios de SSR	Calidad de atención en los servicios de salud reproductiva.	Dar a conocer qué es METROSALUD y sus políticas corporativas.	Plenaria: METROSALUD y políticas corporativas
	Servicio: Actitud de Vida	Dar a conocer: principios básicos de un servicio. Triángulo del servicio, características momentos y ciclos de un servicio.	Dinámica: Video "Vida de Perros". Reflexionar sobre el trato y como deberían ser los servicios de salud.
	Comunicación como estrategia del servicio	Dar a conocer las barreras y la comunicación verbal y no verbal.	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Deberes y derechos de los/las usuarias/os o clientes	Dar a conocer: deberes, derechos de los/las usuarias/os.	Dinámica: Mesa redonda sobre conocimiento de los derechos y deberes de los/las usuarias/os.
	Calidad de los servicios	Dar a conocer: Características de la calidad.	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Compromiso de servicio vs. Servicio prestado a las/os usuaria-os/ clientes.		No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.

Módulo	Contenido	Objetivo	Metodología
Módulo 5: Derechos Sexuales y Reproductivos	Los derechos sexuales también son derechos humanos	Dar a conocer: Los derechos humanos. Los derechos sexuales. El marco normativo internacional de los derechos.	Dinámica: "La conferencia estos son mis derechos": Derechos humanos y conferencias de Cairo y Beijing.
	Derechos sexuales de las y los jóvenes	Dar a conocer Derechos sexuales específicos de los-as jóvenes.	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Carta de los derechos sexuales y reproductivos de IPPF	Dar a conocer la Carta de los derechos de IPPF	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Catálogo de los derechos sexuales y reproductivos de la Organización Mundial de la Salud	Dar a conocer el catálogo de los derechos de la OMS	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Declaración de los derechos sexuales de la Asociación Mundial de Sexología (WAS)	Dar a conocer la Declaración de la WAS	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Carta de los derechos sexuales de las personas con discapacidad	Dar a conocer los derechos de las personas con discapacidad.	No se explicita como se presentan los contenidos teóricos.
	Aborto	Dar a conocer: Definiciones. Teorías. Incidencia. Cifras a nivel mundial y en Colombia. Clasificación del aborto. Métodos para suspender el embarazo no deseado. Complicaciones. Autoestima y otros.	Dinámica: Sociodrama: "El aborto": No se explicita como se presentan los contenidos teóricos. Dinámica de despedida: Cierre del taller.

Fuente: Elaboración propia con base en información sobre los Módulos de Capacitación (SSM –ASCODES 2008e,f,g,h,i)

Como información complementaria se anexaron al manual los siguientes temas: sexualidad en general, homosexualidad y homofobia, mitos de la sexualidad, salud sexual, sexualidad infantil, sexualidad y cristianismo.

Durante y después de la capacitación se ofrecieron los servicios de consultas en la página Web www.mundoconsentido.com. A solicitud de los/las interesados/as se dieron dos charlas de refrescamiento, visita de asesoría a los

lugares de trabajo. Además se incluyó atención por vía telefónica o por Internet a las inquietudes de los asistentes a los programas de capacitación.

A parte de esta capacitación NACER (Centro Asociado al CLAP/OPS) capacitó a las 11 enfermeras de los servicios amigables del proyecto Sol y Luna en el manejo electrónico de la Historia Clínica del CLAP, para adolescentes, creada por esta misma institución.

Para la evaluación de la capacitación, se realizó una línea de base con un pre test para determinar los conocimientos y servicios prestados en SSR. El pre-test consistió en un cuestionario con temas sobre sexualidad y un test de actitudes ante la sexualidad (TAC). Al finalizar la capacitación se hizo un post test con el mismo cuestionario pre-test.

El test de actitudes se basó en la evaluación de los siguientes factores:

- Factor liberalidad: evalúa las actitudes hacia las expresiones de la sexualidad, que son distintas a las consideradas socialmente como más comunes.
- Factor salud sexual: evalúa los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en forma en que sean enriquecedores y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.
- Factor conservador: evalúa la actitud de apego hacia las normas rígidas de la sexualidad.

- Factor movimientos sociales: evalúa las actitudes hacia los grupos de personas que han sido relegadas u oprimidas por la sociedad en general.
- Factor aborto: evalúa la aceptación de prácticas en las que se da interrupción del embarazo en el primer trimestre.

El test aplicado permitió obtener el "Índice de liberalidad" de una persona estableciendo categorías de: muy conservador, conservador, liberal y muy liberal. El análisis general de los promedios en todos los grupos del pre test y post test de las actitudes ante la sexualidad, indica que hubo un crecimiento en sus actitudes ante la sexualidad. El análisis de la evolución del TAC, aplicado al iniciar el proceso y al terminarlo muestra que a pesar de ser muy corta la capacitación, los resultados son altamente satisfactorios y demuestran un incremento en el índice de liberalidad del 12.34 % en promedio para todos/as las/los participantes.

Cuadro 7: Resultados del Pre test y Post test

Grupo	Valor inicial TAC	Valor final TAC	Resultado	Porcentaje crecimiento
A	150	173	Liberal	15.33 %
B	172	191	Liberal	11.05 %
C	156	174	Liberal	11.54 %
D	174	192	Liberal	10.34 %
E	164	195	Liberal	18.90 %
F	171	184	Liberal	7.60 %
Promedio	164.5	184.8	Liberal	12.34 %

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES 2008d

En cuanto a conocimientos actualizados en SSR en adolescentes y la calidad en el servicio de atención, tanto el cuestionario pre test como el post test se calificó en una escala de 0 a 5 mostrando los siguientes resultados: un incremento en los conocimientos adquiridos del 66.0 % en promedio para todos/as las/los participantes.

Cuadro 8: Porcentaje de crecimiento de conocimiento de SSR

Grupo	Valor inicial cuestionario	Valor final cuestionario	Porcentaje crecimiento
A	2.6	4.2	61.0
B	2.6	4.1	57.7
C	2.9	4.3	48.3
D	2.9	4.8	65.5
E	2.3	4.7	104.4
F	2.9	4.7	62.1
Promedio	2.7	4.5	66.0

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES 2008d

Campaña para la comunidad educativa: circuitos pedagógicos

La consultora *Asesorías y Soluciones Integrales en Salud (A y S)* diseñó y ejecutó la intervención, la cual consistió en una campaña de información y promoción de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con estrategias innovadoras como los circuitos pedagógicos y la realización de un video en la comunidad educativa de las Comunas 1, 2, 3 y 4 de la ciudad de Medellín. La campaña se orientó a informar a los y las adolescentes y a la comunidad educativa sobre la prevención del embarazo adolescente y del VIH/SIDA. Tuvo un carácter movilizador, promoviendo acciones y cambios que contribuirían a la reducción de embarazos adolescentes (A y S 2008).

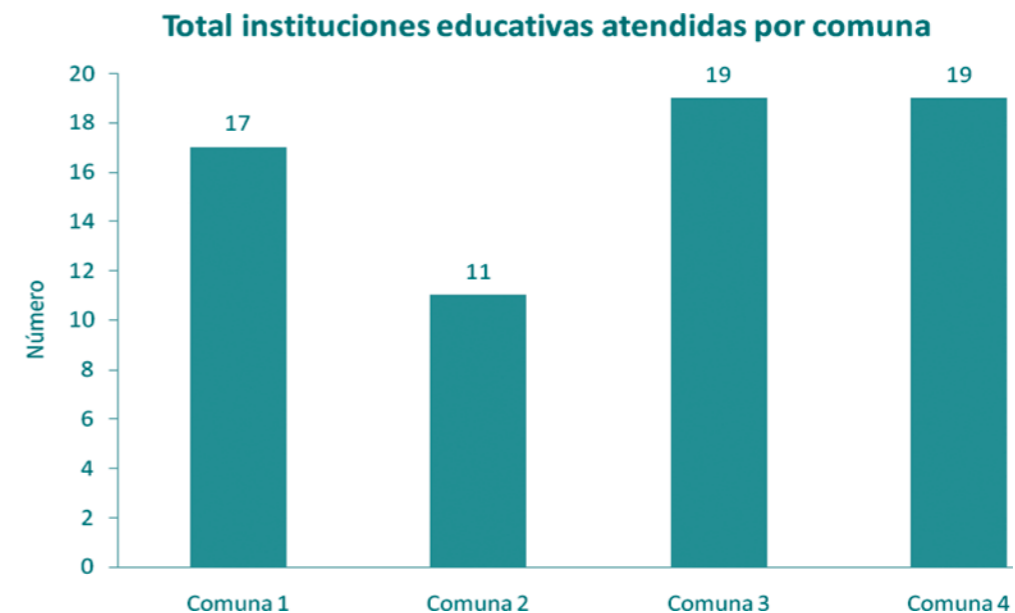
Se plantearon los siguientes objetivos:

- Promover los deberes y derechos en SSR de las/los adolescentes.
- Fomentar la conciencia en adolescentes y personal de la comunidad educativa sobre la importancia de la utilización de métodos de anticoncepción entre las/los adolescentes para efectos de reducción de tasas de embarazo y VIH SIDA.

- Promover estilos de vida saludables como estrategia de reducción de riesgos y aumento de factores protectores frente al embarazo adolescente y el VIH/SIDA.
- Orientar sobre recursos existentes para que las/los adolescentes tomen decisiones libres basadas en información adecuada.
- Orientar a las/los adolescentes y al personal de la comunidad educativa sobre patrones culturales y proyectos de vida que los protejan de embarazos tempranos.
- Informar a las/los adolescentes, así como al resto de la Comunidad Educativa, sobre otros mecanismos de información difundidos por el proyecto, tales como la línea telefónica de atención a adolescentes y la página Web.

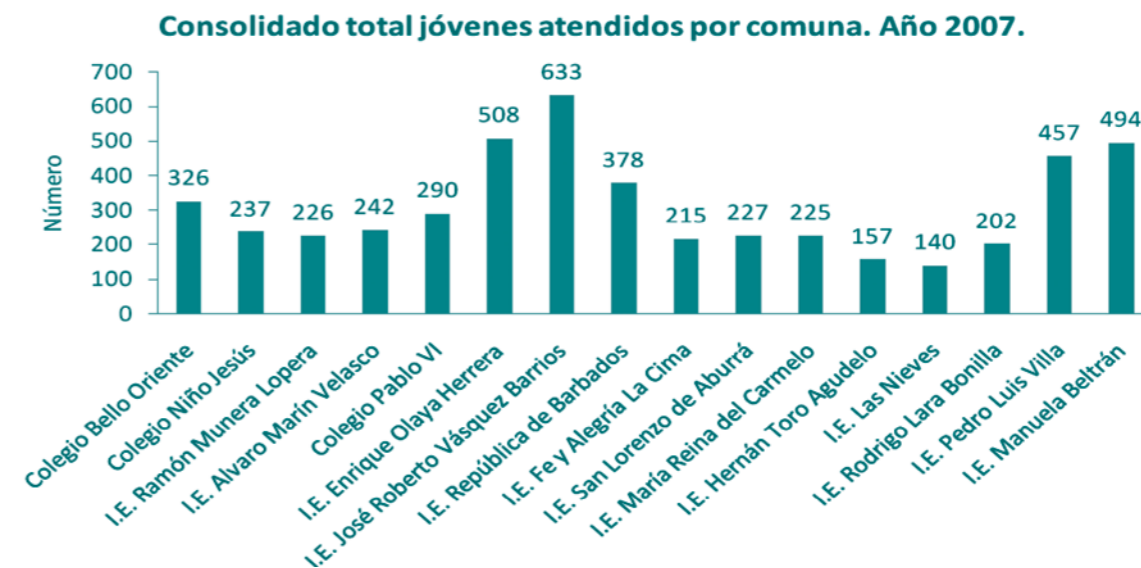
Se llevaron a cabo actividades de concertación, negociación e implementación de los circuitos pedagógicos. Se realizaron 107 circuitos pedagógicos en 65 instituciones educativas. La propuesta se dirigió a jóvenes y adolescentes así como a docentes y directivos-as de las instituciones educativas. Las instituciones educativas están ubicadas en las Comunas 1, 2, 3 y 4.

Gráfico 2: Total instituciones educativas atendidas por comuna.



Fuente: Adaptado de A y S 2008

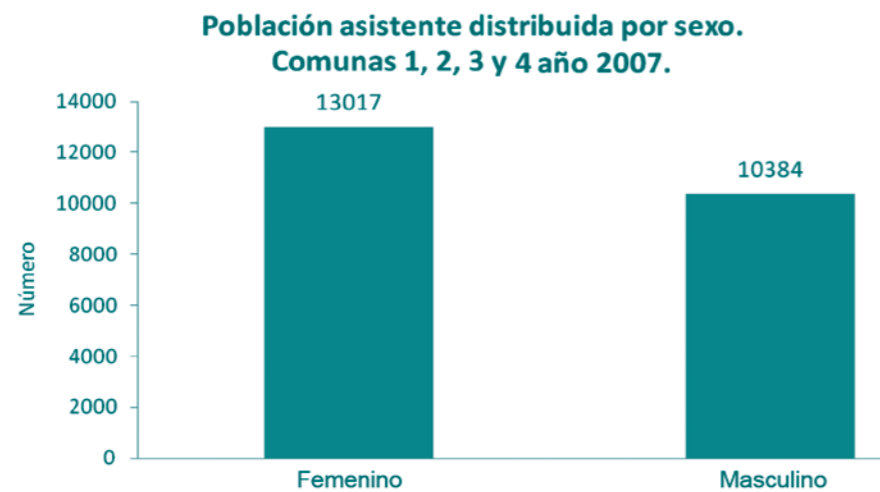
Gráfico 3: Consolidado total jóvenes atendidos por comuna. Año 2007



Fuente: Adaptado de A y S 2008

Participaron 23.401 estudiantes de los grados 6° a 11°, de los cuales 13.017 fueron mujeres (55.6%) y 10.384 hombres (44.4%).

Gráfico 4: Población asistente distribuida por sexo. Comuna 1, 2, 3 y 4. Año 2007.



Fuente: Adaptado de A y S 2008

También se llevaron a cabo tres circuitos pedagógicos a docentes y directivos llegando a un total de 93 docentes.

Cuadro 9: Distribución de población directiva y docentes, según sexo, comuna 1, 2, 3 y 4. Año 2007.

Nombre del colegio	Femenino	Masculino
I.E. José Roberto Vásquez - Barrio Manrique, Comuna 3		7
I.E. Ciro Mendía, Comunas 1 y 2	28	11
I.E. Javiera Londoño - Barrio Sevilla, Comuna 4	21	9
Total	66	27
Promedio	70,97	29,03

Fuente: Adaptado de A y S 2008

Los **Circuitos Pedagógicos** se basaron en un modelo de atención en salud diseñado para el desarrollo de actividades comunicativas en promoción de la salud y para la aplicación del mercadeo social, necesario para el desarrollo de redes sociales. Sin embargo, en el PSL no se especifica de dónde fue tomada y que referencias nacionales o internacionales sustentan la metodología.

El Circuito Pedagógico es un espacio físico con bases temáticas a donde los visitantes llegan de manera coordinada para socializar, recibir

y/o otorgar información sobre aspectos relacionados con un tema específico. El montaje de los circuitos se inicia con la compilación de información cuantitativa y cualitativa sobre el tema que sea útil para producir Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en la comunidad intervenida, intercambiando ideas y conceptos con los visitantes, alrededor de las temáticas propuestas. Por tanto, esta metodología concibe el acceso a la información como un proceso interactivo, dinámico y participativo, potenciador de la capacidad creativa y transformadora de la vida de cada adolescente y de

sus redes de relaciones sociales y con la cultura (A y S 2008).

Tiene en cuenta tres componentes: uno personal: rescata el aprendizaje social como una capacidad indispensable para el proceso de socialización y educación para la vida. El otro componente es el social: para potenciar la participación y el empoderamiento de las/los adolescentes en la construcción de redes sociales, y finalmente el educativo cultural: que trata de articular las capacidades individuales y las habilidades psicosociales con la generación de estilos de vida saludables acordes con el contexto cultural.

La metodología se concibió como participativa, constructiva e innovadora que permite formar, transformar y empoderar a los adolescentes escolarizados en materia de conocimientos, actitudes y valores relacionados con el tema de la salud sexual y reproductiva. Esta metodología, entendida como una estrategia de promoción de la salud, promueve la generación de condiciones que hacen viable la salud y se enmarca dentro de las estrategias de Información, Educación y Comunicaciones (IEC) (A y S 2008). El empoderamiento de las/los adolescentes fue también un enfoque de

esta propuesta. Además, el fomento de su liderazgo y participación activa y responsable, como vía para la transformación de las realidades de la vida de las/los adolescentes.

El Circuito Pedagógico se llevó a cabo en tres momentos: 1. La negociación: Es el momento en el cual los proponentes acuerdan el área de interés y los temas. 2. La implantación: Es el momento de desarrollo del circuito pedagógico con el público objetivo del mismo. Y 3. La evaluación/retroalimentación: Es el momento en que se realiza la devolución por parte de los profesionales/talleristas, con la organización que optó por la realización del circuito pedagógico de tal forma que se puedan iniciar o seguir otros procesos de intervención social (A y S 2008).

Se definieron 6 áreas de interés denominados: "bases". Estas bases fueron: 1. Sexualidad segura. 2. Equidad de género. 3. Derechos y deberes en SSR. 4. Autocuidado. 5. Mitos y tabúes. 6. Sexualidad en la adolescencia.

El siguiente cuadro resume los temas, objetivos, contenidos y metodología para cada base. También se hacen comentarios a cada base.

Base	Tema	Objetivo	Contenido	Metodología
Base 1: Proyectándonos en el presente	Sexualidad segura	Promover la reflexión sobre la vivencia de la sexualidad segura	Sexualidad segura	Dinámica: demostración de los aparatos reproductivos y métodos anticonceptivos
		Promover la asistencia a los servicios de salud	Anticoncepción: métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes, métodos no recomendados para adolescentes. Consideraciones éticas	Evaluación: cuantitativa: test sobre PF. Cualitativa: entrevistas y registros de campo.

Base	Tema	Objetivo	Contenido	Metodología
Base 2: ¿Iguales y/o diferentes?	Equidad de género	Promover el análisis de los aspectos sociales y culturales que influyen en la identidad y estereotipos de género	Conceptos de género, cuerpo e identidad de género, rol de género, estereotipo de género. Género y salud sexual y reproductiva: enfatizan los indicadores de SSR del adolescente.	Dinámica: trabajo en grupos y discusión de las diferencias y semejanzas de género. Los roles, estereotipos y papel de las instituciones sociales en la construcción de la identidad de género Evaluación cuantitativa: test sobre conceptos de género. Cualitativa: entrevistas y registros de campo.
Base 3: ¿Tú tienes derechos? ¿Cuál es tu deber?	Derechos y Deberes en SSR	Dar a conocer los derechos y deberes en SSR y sensibilizar en su ejercicio y aplicación.	Derechos humanos Instrumentos internacionales de los derechos SSR. Legislación colombiana en relación a los derechos y deberes en SSR.	Dinámica: discusión de casos relacionados con el ejercicio y la vulneración de los derechos. Evaluación: reconocimiento de los derechos SSR. Cualitativa: registros de campo y entrevistas.
Base 4: Hago lo que quiero	Autocuidado	Fomentar prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables en SSR. Motivación de actitudes protectoras.	Conceptos de autocuidado.	Dinámica: sociodrama sobre embarazo, relaciones sexuales y tiempo libre Evaluación: Cuestionario abierto, registros de campo y entrevistas.
Base 5: Lo que todo el mundo sabe	Mitos y tabúes acerca de la sexualidad	Promover el cuestionamiento de creencias erróneas sobre sexualidad humana. Mejorar los conocimientos con información clara y veraz.	Conceptos: creencia, mito, tabú.	Dinámica: Concéntrate. Fichas referentes a mitos y tabúes sobre sexualidad. Evaluación: test para señalar verdadero y falso. Cualitativa: registros de campo y entrevistas.
Base 6: Expreso lo que siento	Sexualidad y afectividad en la adolescencia.	Informar sobre cambios emocionales, físicos y psicológicos en la adolescencia. Promover la vivencia responsable de la sexualidad libre de valoraciones.	Conceptos de Pubertad y Adolescencia.	Dinámica: Música propicia para generar discusión de los conceptos. Evaluación: test para señalar verdadero y falso. Cualitativa: registros de campo y entrevistas.

Fuente: Elaboración propia con base en el informe presentado por A&S 2008

La consultora A y S (2008) indica que entre los aspectos que facilitaron la implementación y los buenos resultados estuvieron: la motivación de los/las participantes; la existencia de normativas en educación y en SSR como marcos respaldatorios (Ley General de Educación; la Resolución 03353 de 1993 sobre el Proyecto de Educación Sexual y la Política Nacional de SSR); la concentración de la población adolescente en las instituciones educativas para la convocatoria y participación; la calidad y compromiso del equipo ejecutor; la calidad y cantidad del material pedagógico; el conocimiento previo que ya tenían las instituciones sobre el tema y los proyectos en SSR y finalmente la pertenencia gubernamental del proyecto en la Secretaría de Salud de Medellín, lo cual generó confianza.

La metodología implementada permitió cumplir con los objetivos propuestos y se llevo a cabo la cantidad de circuitos programados. En este sentido:

- Se informó a las/los adolescentes sobre sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- Se mejoró el conocimiento de las/los jóvenes sobre métodos anticonceptivos y su utilidad para la prevención del embarazo temprano y del uso del condón como protección frente a infecciones de transmisión sexual.
- Se Orientó sobre recursos institucionales de salud especializados para jóvenes de la zona uno.

Se indujo a la demanda de estos servicios por parte de las/los jóvenes: "Según las enfermeras de los Centros de Salud los circuitos hacían que se desbordara la demanda de atención porque después de ellos asistían masivamente – y no solo individualmente sino también en grupos – a pedir asesorías. Las enfermeras cumplieron sus metas de atención gracias en parte a la demanda que emanaba de la participación de las/los jóvenes en los circuitos" (Ay S 2008) "El morbo que se manejaba acá era impresionante...no, y con las niñas, con los... hasta con los cuadernos, niños hasta

masturbándose, peleaban hasta de... había niños dentro del salón hasta se masturbaban, ...pues, ya eso ha cambiado mucho... se ha ido mejorando por las reuniones de género, por el mismo trato que, de parte de los docentes hacia los estudiantes, el respeto que se les pide a ellos, la asesoría que se ha tenido con la psicóloga, y desde el proyecto también, porque mi grupo fue uno de los que, por ejemplo, alguna vez participaron en esto. Intercambiaban conceptos y situaciones, les ayudó mucho, pero más la parte individual, porque la parte colectiva, el grupo no (Grupo focal con profesores y psicólogos de colegio, agosto 2008).

- Se sensibilizó a las/los jóvenes sobre la importancia de las prácticas de auto-cuidado en salud, los estilos de vida saludables.
- Los/las docentes que participaron, reconocieron que sus mitos y tabúes sobre sexualidad afectan su capacidad para orientar a las/los jóvenes.

El video

El video fue propuesto para recoger aspectos de la realidad en la que viven las/los adolescentes de la zona de estudio, sus contextos familiares, sociales y culturales, pero al mismo tiempo se les motivaría a la adquisición de prácticas de autocuidado y potenciación de su autonomía en asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Se seleccionaron seis guiones mediante concurso. Con estos guiones se produjo un video de 30 minutos. Los ejes temáticos del material audiovisual corresponden a las seis bases del proyecto. Para lograr una articulación metodológica entre la estrategia de IEC y los objetivos de la intervención, se consideró indispensable que en la producción de los videos se involucrara activamente a las/los adolescentes y se respetara su entorno y las experiencias y prácticas cotidianas que estos/as enfrentan en el campo de la sexualidad. En consecuencia, en la realización de los videos las/los jóvenes participan en todos los momentos de su

producción: escribiendo los guiones, diseñando su puesta en escena y actuando la realidad que conocen.

La estrategia del video se desarrolló a través de las siguientes etapas:

- Proceso de convocatoria a instituciones educativas con el fin de animarlas a presentar propuestas de guiones cortos sobre los seis ejes temáticos del proyecto.

- Seleccionar seis propuestas de guiones de 5 minutos de duración para la elaboración y edición del video sobre Salud Sexual y reproductiva.
- Asesorar a los grupos ganadores para la grabación y posterior edición del video.
- Socialización de las propuestas ganadoras y entrega del video a las 107 instituciones educativas participantes.

Fase	Descripción
Fase 1: Consolidación técnica del concurso de video	Diseño de los contenidos temáticos y el propósito de cada base buscando que los guiones cumplan con los criterios de desarrollo de competencias tanto para las/los jóvenes que participan en el concurso, como para los potenciales usuarios. Para dicho diseño se tuvo en cuenta tres elementos básicos que fueron: <i>el escenario, la población objeto y el tema a tratar</i> . Estos tres conceptos deberán tener coherencia interna (coherencia temática).
Fase 2: Convocatoria al concurso y recepción de guiones	Invitación a todas las instituciones educativas. Divulgación masiva, en radio y TV sobre la realización del concurso y publicación de la convocatoria. Entre la documentación requerida destaca el consentimiento informado de los padres de cada uno de los estudiantes menores de edad en el cual manifiestan que conocen el concurso y aceptan la participación de su hijo/a.
Fase 3: Selección de propuestas	Selección de los 6 mejores guiones, uno por cada tema. Conformación de dos comités o grupo de jurados. Un comité para la evaluación temática, y otro para evaluar la factibilidad. Realización del video teniendo en cuenta los escenarios, los personajes y los cuadros principales propuestos.

El video produjo mayor impacto en los jóvenes que participaron en él, en cuanto a estilos de vida saludables y remoción de aspectos mitos sobre conductas de riesgo. Según A y S, esta estrategia fue más efectiva que los circuitos pedagógicos.

Esta estrategia tuvo un carácter participativo, constructivo, innovador y atractivo. La realización de los guiones o la participación como actores/actrices de los videos, exigió en las/los jóvenes el despliegue de competencias cognitivas y sociales alrededor de los temas y situaciones representadas, lo que amplió su sensibilidad y conciencia frente a los problemas y consecuencias del embarazo temprano y el contagio de ITS, que los hicieron crear propuestas de videos generadores de análisis y posturas críticas ante dichas situaciones.

Se destaca que fue útil también para que las/los jóvenes se interrogaran sobre talentos, competencias y vocación ocupacional. Participar en la realización del video hizo que algunas/os se imaginaran como guionistas o actores/actrices y vislumbraran esta nueva posibilidad en sus proyectos de vida.

Servicios innovadores de SSR para adolescentes: "Centros para adolescentes"

La consultora privada ANEC se hizo cargo de administrar los centros para adolescentes atendidos por enfermeras capacitadas. Estos servicios se implementaron en las Comunas 1 (Popular), 2 (Santa Cruz), 3 (Manrique) y 4 (Aranjuez).

Se contrataron 11 enfermeras tiempo completo para promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes con énfasis en prevención del embarazo adolescente. Entre sus funciones, las enfermeras atenderían las demandas de la población adolescente y realizarían acciones educativas en las comunidades, desarrollando actividades de promoción, orientación, capacitación y consejería en SSR. Como parte de su trabajo deberían ofertar y realizar el seguimiento de los métodos anticonceptivos de mayor demanda: el condón, los anticonceptivos orales, inyectables, el DIU y los implantes hormonales. Las enfermeras remitirían a la unidad hospitalaria los casos patológicos, las complicaciones, ITS, y los sospechosos de VIH.

Se instalaron 11 centros pilotos. Se propuso alcanzar una meta mensual de 150 entre usuarios/as nuevos/as y controles en cada centro. Además se estableció un horario de atención de 11 am a 7 pm con atención en consultorio de 4 a 7 pm y el resto del tiempo lo dedicarían a visitas programadas con adolescentes.

Para esta intervención, la Secretaría de Salud de Medellín y METROSALUD pusieron a disposición los siguientes recursos:

- Espacio físico en cada punto de la Red Pública de Salud, comprendido por un consultorio de planificación, debidamente dotado, señalizado y adaptado para la prestación del servicio, con disponibilidad horaria exclusiva, de lunes a sábado.
- Dotación de métodos anticonceptivos de tipo anovulatorios orales, inyectables, DIU, condones, implantes hormonales, y anticoncepción de emergencia de manera permanente y suficiente para atender a la totalidad de adolescentes que acudan al servicio durante la ejecución del proyecto. Las donaciones fueron hechas por la Schering y un donante privado.
- A las enfermeras se les brindará soporte administrativo, compuesto de servicios de coordinación, recepción, portería, caja, aseo y demás que sean requeridos en los horarios

y sitios de atención de la población objeto y durante la ejecución del proyecto.

El tiempo total de intervención duró 14 meses durante los cuales la demanda de adolescentes fue superior a todas las expectativas, por este motivo, la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) solicitó a METROSALUD la ampliación de los horarios adjudicados a Sol y Luna para el uso de los consultorios. En algunos de ellos se amplió tres a cuatro horas/día. Este horario resultó también insuficiente.

Un estudio realizado por NACER (2008) sobre la caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual en el PSL, entre noviembre del 2006 a diciembre del 2007, menciona que los/las adolescentes que asistieron a los centros de salud estuvieron entre los 12 a 19 años de edad, siendo las edades de 16 a 19 años las que más se registraron.

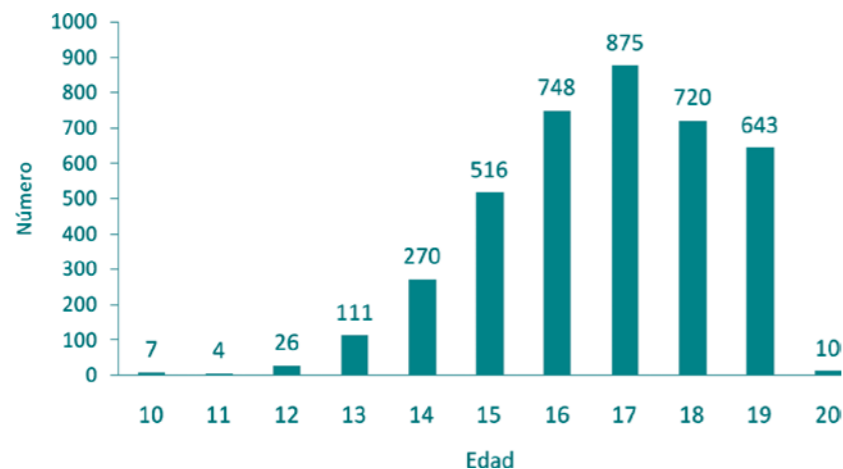
Durante este periodo se realizaron 12,564 consultas de asesoría, 11. 527 a mujeres y 1037 a hombres. Se reportaron 13,640 usuarias/os nuevas/os de métodos anticonceptivos y 16.309 consultas de seguimiento. Se resalta que el 59.8% (7516) adolescentes pertenecían al régimen subsidiado, el 17.8% (2231) al régimen contributivo y (13.3%) 1678 no pertenecían a ningún régimen de afiliación y 1143 no tenían datos (9.1%). El informe de NACER solo incluyó los casos en los que se diligenció la historia clínica en el formato estandarizado del sistema informático del adolescente (SIA) del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), con información suficiente en 3940 casos correspondiendo a un 99.8% (3931) a mujeres y 0.2% (9) de hombres.

Los análisis se hicieron con el software SIA en DOS. Se presentó el resumen de los datos con frecuencia absoluta y porcentaje para las variables cualitativas y con media y desviación estándar o mediana y percentil para las cuantitativas. Se hicieron pruebas de asociación cuyos resultados se presentan en términos de OR, la

fuerza de asociación con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se considera que la OR encontrada tiene alta probabilidad de ser explicada por el azar y que por lo tanto no es un factor realmente asociado al desenlace

evaluado, cuando el intervalo de confianza del 95% cruza por el valor de uno, es decir, no es estadísticamente significativo con una probabilidad del 0.05. (Universidad de Antioquia - NACER 2008)

Gráfico 5: Distribución por edad de las y los adolescentes con historia clínica diligenciada. Proyecto Sol y Luna. Medellín, Noviembre 2006 – Diciembre 2007.



En la gráfica 5 se presenta el número de adolescentes, por edad, al momento de la primera consulta al servicio de salud.

Por otro lado, se reportó que 1 893 adolescentes (48.0%) asistieron sin compañía a la consulta y solo 226 (5,7%) lo hicieron en compañía de su pareja.

Entre otras características sociales, el estudio destaca que:

- 75.3% eran solteras/os
- 75% tenía escolaridad secundaria (75%) pero también un buen porcentaje (33%) reporta deserción escolar
- Un 84.1% no trabajaba ni buscaba trabajo en el momento del ingreso a PSL
- El consumo del alcohol y del cigarro se registran después de los 13 años concentrándose el mayor consumo entre las edades de los 14 a los 20 años

Cuadro 10: Características generales de la población atendida en el proyecto Sol y Luna. Medellín 2006 – 2007.

	Número	Porcentaje
Estado civil		
Soltero	2 966	75,3
Unión estable	908	23
Separado	16	0,4
Sin dato	50	1,3
Nivel educativo		
Sin escolaridad	37	0,9
Primaria	355	9,0
Secundaria	2 955	75,0
Universitaria	181	4,6
Sin dato	412	10,5
Educación no formal	331	8,4
Deserción escolar	1 311	33,3
Problemas escolares	390	9,9
Vive solo	11	0,3
Vive en la calle	0	0
Vive en institución	1	0,03
Trabajo		
Trabaja	347	8,8
Desempleado	121	3,1
No trabaja y no busca	3 313	84,1
Buscando trabajo	78	2

Fuente: Universidad de Antioquia - NACER 2008

Cuadro 11: Relación entre algunas características de la población y el embarazo durante la adolescencia de las mujeres atendidas en el proyecto Sol y Luna. Medellín 2007.

Característica	Embarazo	Sin embarazo	OR	IC 95%
Edad (10-15 vs. 16-24)	211/1 793 (11,8%)	668/1 980 (33,7%)	0,26	0,22 a 0,31
Ser hija de madre adolescente	756/1 755 (43,1%)	567/1 933 (29,3%)	1,82	1,59 a 2,09
Antecedente de abuso sexual	85/1 725 (4,9%)	104/1 824 (5,7%)	0,86	0,64 a 1,15
Tener antecedentes judiciales	11/1 734 (0,6%)	12/1 905 (0,6%)	1,01	0,44 a 2,30
Nivel bajo de educación	252/1 515 (16,6%)	116/1 874 (6,2%)	3,02	2,40 a 3,81
Tener antecedente de deserción escolar	867/1 520 (57,0%)	422/1 798 (24,6%)	4,33	3,73 a 5,03
Consumo de alcohol o drogas en la familia	490/1 777 (27,6%)	557/1 955 (28,5%)	0,96	0,83 a 1,11
Nivel bajo de educación materna	1 224/1 547 (79,1%)	1 228/1 740 (70,6%)	1,58	1,35 a 1,85
Nivel bajo de educación paterno	863/1 098 (78,6%)	873/1 248 (70,0%)	1,58	1,31 a 1,91
Violencia intrafamiliar	190/1 773 (10,7%)	209/1 958 (10,7%)	1,0	0,81 a 1,23
Antecedente de maltrato	114/1 780 (6,4%)	143/1 973 (7,2%)	0,88	0,68 a 1,14
Antecedente de trastorno psicológico	75/1 696 (4,4%)	114/1 967 (5,8%)	0,72	0,53 a 0,97
No tener proyecto de vida	516/1 753 (29,4%)	363/1 946 (18,7%)	1,82	1,56 a 2,12
No considerarse aceptado en la sociedad	67/1 767 (3,8%)	61/1 960 (3,1%)	1,23	0,86 a 1,75
No tener un referente adulto	794/1 702 (46,7%)	712/1 900 (37,5%)	1,46	1,28 a 1,67
No estar conforme con la imagen corporal	174/1 779 (9,8%)	106/1 965 (5,4%)	1,90	1,48 a 2,44
Autopercepción diferente a alegre	395/1 750 (22,6%)	324/1 939 (16,7%)	1,45	1,23 a 1,71

Fuente: Universidad de Antioquia - NACER 2008

Gráfico 6: Edad de la primera relación sexual en la población adolescente atendida en el proyecto Sol y Luna. Medellín, 2006-2007.



En cuanto al comportamiento sexual y sus antecedentes, el estudio realizado por NACER observó lo siguiente:

- Trescientos cuatro (7,7%) no habían iniciado su vida sexual al momento de la primera consulta al proyecto.
- Un 62.5% de las y los adolescentes (2459/3929) reportaron haber tenido su primera relación sexual a los 15 o menos años de edad
- Solo cuatro (0,1% de los que iniciaron vida sexual) informaron tener relaciones homosexuales y otros cuatro (0.1%) informaron tener relaciones bisexuales. De 105 (2,7%) no se cuenta con información con respecto a la actividad o el tipo de relación sexual.
- La mayoría reporta tener una única pareja
- La mayoría manifestó tener necesidades de información sobre sexualidad. (Tres mil cuatrocientos sesenta y nueve (88%)
- Casi la mitad de las usuarias ya había tenido un embarazo y/o un hijo/a mil setecientas noventa y siete (45,7%) 299 (7,7%) ya habían tenido al menos un aborto al momento de la consulta

- Ciento noventa y cinco (4,9%) reportaron haber sido víctimas de abuso sexual.
- Con respecto al número de compañeros sexuales, 2 741 (69,6%) reportaron una única pareja, 817 (20,7%) reportaron varias y de 230 (5,8%) no se obtuvo información
- Únicamente 112 (2,8%) reportaron antecedente de alguna infección de transmisión sexual
- Se realizaron 2034 pruebas de VIH y se realizaron 191 referencias a médico con diagnóstico de infección actual de transmisión sexual.

Así mismo, algunos aspectos psicológicos y emocionales fueron tomados en cuenta en los registros de las historias clínicas. Estos registros mostraron que las/los que consultan son adolescentes alegres, conformes con su imagen corporal, tienen una buena relación familiar y el referente de buena parte de ellos/ellas es la madre aunque muchos mencionan no tener un referente adulto/a. (Universidad de Antioquia - NACER 2008)

Es importante tomar en cuenta que las condiciones sociales y los aspectos psicológicos y emocionales como factores que inciden en los

comportamientos sexuales. "Se encontró que las características que se asociaron a una mayor probabilidad de iniciar la vida sexual de una manera precoz son: el antecedente de abuso sexual, el bajo nivel educativo, el tener problemas escolares o antecedentes de deserción escolar, el consumo de alcohol o drogas en la familia, el tener una inadecuada percepción de la familia, el antecedente de violencia intrafamiliar o de maltrato, el no tener un proyecto de vida, el no considerarse aceptado en la sociedad y el no estar conforme con la imagen corporal. No se detectó ningún factor protector y se encontró que otros no influenciaban el inicio precoz de la vida sexual: ser hijo de madre adolescente, el consumo de licor, el nivel educativo del padre o de la madre, el antecedente de trastorno psicológico, la ausencia de

referente adulto y la auto-percepción diferente a la de ser alegre. (Universidad de Antioquia - NACER 2008)

De la misma manera los factores sociales y emocionales que influyen para el embarazo adolescentes, entre las usuarias que consultaron fueron: "Ser hijo de madre adolescente, el bajo nivel educativo del adolescente, de su padre y de su madre, antecedentes de deserción escolar, el no tener un proyecto de vida, la ausencia de referente adulto, el no estar conforme con la imagen corporal y la auto-percepción diferente a la de ser alegre". (ibíd.)

De acuerdo con informes de ANEC durante el año 2007 en los servicios amigables se tuvieron los siguientes registros:

Cuadro 12: Actividades individuales acumuladas a Diciembre 2007.

Actividades	Usuaría/os
Consejerías individuales y/o en parejas	12.564
Aceptantes de un método anticonceptivo	13.640
Controles a usuarios(as) de métodos anticonceptivos	16.309
Pruebas de VIH	2.034
Remisión por ITS	191
Remisiones por todas las causas menos ITS	409
Seguimiento a casos remitidos	254
Revisión por efectos colaterales del método	90
Complicaciones de los métodos	26
Embarazos	12
Retiros implante	8

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007a

Entrega de métodos anticonceptivos

El siguiente cuadro muestra la oferta de métodos anticonceptivos para usuarias/os nuevos y para controles.

Cuadro 13: Oferta métodos anticonceptivos Proyecto Sol y Luna.

Método	Primera vez	Controles
Píldora	1966	3862
DIU	107	123
Implante hormonal	1712	2766
Inyectable mensual	987	1481
Inyectable trimestral	646	396
Anticoncepción emergencia	91	SD
Barrera (incluido condón)	8124	7681
Sin dato	7	

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007a

Para la totalidad de la población atendida durante toda la duración del proyecto, se realizaron 3.862 controles a usuarias de anticonceptivos orales combinados, 2 766 a las usuarias de implantes, 1 481 a las usuarias de parenterales mensuales, 396 a las de parenterales trimestrales y 123 a las de dispositivo intrauterino. A las usuarias de preservativo se les hizo 7.681 controles, aclarando que en algunos casos este método fue temporal mientras se disponía de algún método diferente o se cumplían los requisitos necesarios (ejemplo, descartar embarazo) para iniciarlo. El implante hormonal fue el segundo método más demandado por las adolescentes el número promedio de jóvenes en lista de espera/mes fue de 195. (Secretaría de Salud de Medellín 2007a)

Sobre el uso del condón NACER (2008) reporta que su uso fue irregular. En el periodo analizado (2006-2007) ochocientos diez (20.6%)

siempre lo emplean, 1865 (47.3%) lo hacen solo a veces y 1036 (26.3%) nunca lo emplean. Adicionalmente se encuentra que de aquellos 813 que reconocen tener varias parejas, el 18.5% (150) informan que nunca lo usan, el 60.6 % (493) lo usan solo a veces y solo el 20.9% (170) lo emplean siempre.

Después de las evaluaciones en el control de la población objeto de este estudio, en 6 062 (84,9%) consultas se decidió continuar con el mismo método, en 580 (8,1%) se cambió por otro, en 42 (0,6%) se suspendió y se detectaron 12 fallas. No se tiene información con respecto a la conducta asumida en 446 consultas (6,2%). Los efectos colaterales fueron la causa de 90 revisiones, se diagnosticaron 26 complicaciones del método y se retiraron 8 implantes.

En cuanto a las visitas y actividades comunitarias se registra:

Cuadro 14: Actividades comunitarias

Actividades	Cantidad
Reuniones padres de familia:	179
Visitas de coordinación con instituciones educativas:	321
Visitas domiciliarias:	10039
Participación en radio y/o TV:	45
Talleres sobre: (Anticoncepción, Derechos/Autonomía, ITS, Mitos/Tabúes, Barreas PF): con un total de 24,125 participantes	731
Cine foros	103
Condomes repartidos en campañas	57372

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007a

Línea telefónica para atender problemas de SSR.

Sobre esta intervención no se tiene mucha información. Se menciona que se estableció una línea telefónica de consulta de ocho horas al día que ofrecerá servicios de información, consejería y referencia relacionados con temas de

salud sexual y reproductiva. La línea telefónica se promocionará a través de medios masivos de comunicación como televisión, radio, periódicos, vallas y volantes, así como por la página Web especializada en adolescentes.

Desde Enero del 2007 se contrató una psicóloga para la atención de la línea telefónica. Esta

línea fue denominada: "Línea telefónica amiga en salud sexual y reproductiva", atendida por una psicóloga especializada en el tema. La Línea tuvo un horario de atención de 10 AM a 6 PM. Se llegaron a registrar 706 llamadas de jóvenes que buscan ayuda en estos temas de SSR.

En el 2008 La Secretaria de Salud de Medellín que institucionalizó este servicio para la ciudadanía para el 2008 y la línea continuará su

funcionamiento en el centro de llamadas de EMTELCO.

Entre los productos de esta intervención se obtuvo la institucionalización de una línea telefónica para resolver problemas en SSR atendida por personal competente. Un directorio de oferentes de servicios en SSR. Un protocolo o manual actualizado de atención de la línea telefónica.

Componente 2: Movilización masiva y sensibilización

Campaña de medios masivos dirigida a la ciudadanía en general.

Como parte fundamental del proyecto, se diseñó una campaña de sensibilización y movilización social en torno al embarazo precoz y la sexualidad juvenil. Esta campaña se denominó: "Sexo a lo Bien" y estuvo representada por logo:



Esta campaña se llevó a cabo mediante medios masivos de comunicación: publicidad callejera, radio y un programa semanal en la televisión. El objetivo fue sensibilizar, informar y motivar sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes de manera libre,

segura, responsable y placentera. El componente también apoyaría el tema de equidad de género y promovería las relaciones equitativas entre los adolescentes. Las actividades del proyecto buscaron generar debate sobre el embarazo adolescente y cuestionar el embarazo adolescente.

Estuvo diseñada por una consultora particular: "Morales.com" y dirigida a la población objetivo fueron los/las adolescentes y también se incluyeron adultos: padres de familia y docentes.

La campaña estuvo dividida en cuatro fases:

Fase 1

- Denuncia la magnitud del problema.
- Avisos de prensa, radio, vallas, televisión.

Esta fase buscó promover la legitimidad de la sexualidad juvenil, los derechos en salud sexual y reproductiva, ofrecer información sobre los diferentes métodos de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, aumentar el conocimiento sobre VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, orientar sobre los recursos existentes para que los adolescentes tomen decisiones basadas en información adecuada; promover la equidad de género, abolir mitos y tabúes en torno a la sexualidad, orientar a la juventud sobre patrones culturales y proyectos de vida que los disuadan de embarazos tempranos y promuevan acciones y cambios en actitudes y comportamientos.

Fase 2

- Enfoque de la legitimidad y reconocimiento de la sexualidad adolescente.
- Denuncia de los estereotipos de género.

Fase 3

- Confrontación con el sistema de creencias dominante.

Fase 4

- Habla de la prevención del embarazo adolescente como un proyecto de ciudad y una política pública.

A lo largo de su ejecución, los centros de SSR del proyecto Sol y Luna realizaron también las siguientes actividades comunitarias:

- Reuniones de padres de familia
- Visitas domiciliarias
- Talleres de SSR
- Talleres ITS
- Cine foros
- Distribución de condones
- Trabajo en los colegios de su área de intervención

Previo a su implementación se hizo una investigación cuantitativa y cualitativa para diseñar una campaña adecuada a la realidad. Con la investigación cuantitativa se obtuvo información sobre recordación y efectividad de medios; y con la cualitativa se identificó la tendencia en conductas preestablecidas (mitos, tabúes). Esta misma metodología se implementó para la medición de impacto.

El análisis se basó en la "Metodología para la investigación cualitativa en Marketing" de Pere Soler que considera el análisis de los temas de acuerdo con su representatividad, intensidad, motivación y análisis semántico. Se considera que esta metodología es útil en términos prácticos porque permite depurar a través del uso del lenguaje la percepción que la gente tiene sobre la campaña. Es una metodología fundamentada en la oralidad. Sin embargo,

en la evaluación de impacto se menciona que en función de los objetivos propuestos por la campaña se cumplieron en un 50%; pues sólo uno de los dos públicos, el de jóvenes, a los que estaba dirigida la campaña, evidenció haber sido impactado por la misma. (Secretaría de Salud de Medellín - CONTEXTO 2008k)

Página web en SSR

La página web: www.proyectosollyluna.org fue un espacio de información y comunicación sobre el proyecto Sol y Luna. Además de acceder a la información general del proyecto se colocaron artículos de interés relacionados con la SSR, normativas nacionales, la información suministrada por los centros de salud y la información proveniente de la línea telefónica: "línea amiga".

La iniciativa de la página Web permitió la coordinación con otras instituciones que servirían de enlace, entre ellas, PROFAMILIA, Mundo Con Sentido, Periódico Johana Virtual, Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, Ministerio de la Protección Social, NACER, Anorexia y bulimia.

Los vínculos y accesos de la página fueron:

1. Proyecto sol y luna
2. Campaña sexo a lo bien
3. Publicaciones
4. Enlaces
5. Preguntas frecuentes
6. Juego interactivo

La página se construyó de manera atractiva e interactiva para los/las jóvenes. Si bien la Alcaldía de Medellín asume la responsabilidad de la página Web, no se conoce si esta actividad continúa en la actualidad.

Componente 3: Investigación, monitoreo y evaluación

Evaluación y monitoreo

Para este componente se tiene información de la línea de base, evaluación de impacto y la investigación sobre el Estado del Arte de SSR en adolescentes. No se conoce otra información sobre como se hizo la difusión de resultados, seminarios con actores clave y sobre el monitoreo de la unidad coordinadora.

Línea de Base		Evaluación de impacto	
2006		2008	
ASCODES (Asesorías y Consultorías en Desarrollo y Salud)		ASCODES (Asesorías y Consultorías en Desarrollo y Salud)	
Propósito			
Mostrar un panorama general sobre la salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) de las/los adolescentes de las comunas 1, 2, 3, y 4 y el levantamiento de información de otras cuatro comunas de Medellín y cuatro de Cali que permitan en un futuro realizar una medición en los cambios actitudinales y comportamentales de esta población, comparándolas entre sí mismas y realizando una evaluación antes y después, con casos y controles.		Evaluar el impacto de las estrategias del Proyecto Sol y Luna, de la Alcaldía de Medellín, sobre sus beneficiarios/as directos/as, a partir de técnicas cualitativas de investigación social.	
Metodología:			
Modelo cuasi experimental en el cual se comparan tres grupos poblacionales: El primero, es el grupo intervenido por el Programa cuya muestra es de 736 adolescentes, el segundo es un grupo control seleccionado en las comunas 6, 7, 8 y 13 de Medellín y el tercero, que es otro grupo de control, fue seleccionado en las comunas 1, 3, 18 y 20 de Cali.		Modelo cuasi experimental en el cual se comparan tres grupos poblacionales: El primero, es el grupo intervenido por el Programa cuya muestra es de 736 adolescentes, el segundo es un grupo control seleccionado en las comunas 6, 7, 8 y 13 de Medellín y el tercero, que es otro grupo de control, fue seleccionado en las comunas 1, 3, 18 y 20 de Cali.	
Estudio etnográfico descriptivo, con técnicas cualitativas de investigación social (grupos focales de discusión, entrevistas a profundidad, observación y análisis documental).		Así mismo, se realizó un modelo logístico condicional para explicar los cambios presentados en los diferentes grupos y las variables que explican el embarazo en adolescentes.	
		Es importante mencionar que en el grupo de intervención fue necesario reemplazar al 22,6% de los individuos, en el grupo control 1 se reemplazó el 20% y en el grupo control 2 se reemplazó el 57,4%, de la población inicial del estudio, lo que en promedio implica una pérdida del 33% de la muestra. Desafortunadamente no conocemos las causas de la pérdida de seguimiento de los individuos en el estudio, lo que introduce un sesgo importante de selección y limita la inferencia debido a que: introduce variación, aumenta el intervalo de confianza y por lo tanto esconde asociaciones y la potencia de la inferencia (error tipo 1 y tipo 2)	

En la información cualitativa de la línea de base y la evaluación de impacto resaltan las relaciones intergeneracionales, las relaciones de género, comportamientos, conocimientos y actitudes en relación con los métodos anticonceptivos y con los servicios de SSR:

Línea de Base

Se habla de un choque generacional que refleja valoraciones diferentes. Los/las jóvenes reproducen conductas y comportamientos sancionadores provenientes de sus padres. El embarazo adolescente constituye una expresión de choque entre las dos generaciones.

Se conjuga lo imaginario y lo real en el encuentro entre los géneros: por un lado, las relaciones de poder expresado por los hombres y, por otro, la necesidad de un reconocimiento social por parte de las mujeres. También hay una competencia intra género por ser el "más popular" o las más "populares". Diferentes estrategias: engaños, belleza física, cortejo, búsqueda del amor, etc., unos y otros buscan construir confianza por diferentes medios.

Con el condón existen situaciones muy complejas, sobre todo con los comportamientos al interior de cada género, por ello se entiende que para mejorar el trabajo en promoción de la utilización de los MAC y específicamente del condón se hace necesario trabajar la categoría género, que tanto hombres, como mujeres puedan resquebrajar los aprendizajes culturales de la conquista y de la formalización de la pareja.

La desconfianza y la inequidad social influyen en una experiencia negativa en los servicios de salud. Los servicios de salud -sobre todo del régimen subsidiado-, desconocen las necesidades en salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional, desconocen que la dinámica de enfermedad en los/las jóvenes, son diferentes a la de los adultos/as hipertensos y diabéticos, que para este grupo poblacional los riesgos y las formas de enfermar están más ligadas a su condición de jóvenes y estresores sociales.

Evaluación de Impacto

Incremento de la confianza de adultos y jóvenes en los MAC y en la utilización de los mismos por parte de las jóvenes. Acceder a un método de alta tecnología anticonceptiva, como el Jadelle®, hace sentir a las jóvenes como privilegiadas en salud y mejora su autoría social, no se sienten ciudadanas relegadas que utilizan el método más barato encontrado en el mercado.

No se observan cambios significativos en los/las participantes adultos/as y jóvenes de los tres grupos analizados con relación a cambio de roles en las masculinidades y feminidades tradicionales que atentan contra las adecuadas decisiones para el ejercicio placentero y responsable de la genitalidad, la defensa individual de los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en el logro de la SSR.

La participación de los varones en el programa fue mínima. Se presentó una disminución en el indicador tabúes respecto a las relaciones sexuales referido por el/la adolescente. Este indicador está constituido por una serie de proposiciones como: considerar las relaciones sexuales como indecentes o pecaminosas, y considerar que las relaciones sexuales solo son permitidas dentro del matrimonio.

La reducción en indicador que se refiere a los tabúes sobre las relaciones sexuales se presentó principalmente en las mujeres. En los hombres se encontró una reducción del indicador "opinión favorable respecto a la virginidad", lo que puede generar en las jóvenes una presión dentro de los grupos por tener la primera relación sexual tempranamente.

También en los hombres disminuyó el indicador acerca de los tabúes sobre el uso de anticonceptivos, este indicador comprende algunas creencias como: el uso de anticonceptivos es pecaminoso y va contra las creencias religiosas y el uso de los anticonceptivos afecta la salud. Esta mejoría en las creencias y actitudes sobre la SSR y el uso de los anticonceptivos aportan en el aumento del uso de MAC y el ejercicio de los Derechos en SSR.

Se podría considerar que más que una evaluación del proyecto, estas líneas fueron diagnósticos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los/las adolescentes, padres y profesores sobre la SSR antes y después del proyecto. La mayoría de los/las entrevistados considera que la evaluación de impacto fue muy temprana por lo que es apresurado identificar un cambio en las actitudes y comportamientos de los adolescentes, padres, profesores y proveedores/as de salud.

Estas evaluaciones no estuvieron orientadas a evaluar todos los componentes del proyecto,

por lo que no se cuenta con una evaluación integral que dé cuenta de cómo funciona el enfoque y filosofía integral del proyecto, como se articularon los diferentes componentes y los efectos entre ellos.

Por tanto estos diagnósticos no permiten establecer conclusiones generales.

Respecto a la información proveniente de estos diagnósticos un tema que resalta es el de la violencia sexual basada en género, esta violencia puede ser explícita (relaciones sexuales forzadas) o implícita (maneras de expresar

la sexualidad de las mujeres por parte de los hombres). Sin embargo, este tema no se resalta como un hallazgo o conclusión importante de estudio. Podría decirse, que no hubo un abordaje de este tema en las actividades preventivas promocionales.

Desde el punto de vista técnico en la discusión de los hallazgos no se diferencian la interpretación de los/las evaluadores/as de los "dicho" por las personas entrevistadas. No se describen consideraciones éticas para guardar la confidencialidad, información y proceso de investigación. La discusión teórica-conceptual en el informe de evaluación toma buena parte del informe.

Una serie de recomendaciones se encuentran en el documento, muchas de ellas muy generales y relacionadas con investigación en general y no hacia el proyecto o servicios. De todas maneras, estas recomendaciones deben ser revisadas e incorporar aquellas que sean pertinentes al estudio, en el conjunto de las recomendaciones finales.

Algunos resultados cuantitativos contradicen o no sustentan los cualitativos. Por ejemplo: los cualitativos resaltan un incremento en el conocimiento en general de SSR incluyendo derechos. Los cuantitativos mencionan que las actitudes y creencias fueron de aceptación a los derechos sexuales, sin embargo menciona que estos cambios no fueron debidos a las intervenciones.

V. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES

El proyecto en su conjunto es percibido como un MODELO al que se llamó "Modelo Medellín" para la prevención del embarazo adolescente. "Este proyecto se ejecutó en las comunas con mayor porcentaje de nacimientos en adolescentes y con condiciones socio económicas bajas". (DM abril 2010)

Este modelo consideró tres aspectos fundamentales: 1. la atención para la prevención en embarazo adolescente: centros de salud amigables, la línea telefónica para responder a necesidades de información y orientación en diferentes temas de SSR. 2. El de la "legitimidad" referido a la necesidad que tienen las sociedades y todos sus actores de reconocer la sexualidad juvenil como una actividad normal, apropiada, necesaria y maravillosa de la vida juvenil en las sociedades. Esta fue la dimensión de la movilización social que busco crear una corriente de opinión favorable a la idea de que la sexualidad juvenil era y es legítima tanto en el ámbito de la comunicación masiva como en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en el desarrollo y bienestar de las y los adolescentes. 3. La dimensión información científica, monitoreo (Entrevista LR 2010).

Observando en conjunto las intervenciones se puede mencionar que hubo un esfuerzo por considerar un enfoque integral en la oferta y demanda para la atención en SSR para adolescentes:



Fuente: Proyecto Sol y Luna 2010.

Podría considerarse que el modelo estuvo permeado por transversales como son el enfoque de derechos y de empoderamiento. Si bien estos enfoques no se visibilizaron con claridad, la mayoría de las intervenciones tomaron en cuenta los mismos.

De esta manera, desde un enfoque de derechos las intervenciones educativas y promocionales del proyecto pretendían que los-as jóvenes asuman el compromiso de trabajar por sus problemas y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Otras acciones que sustentan un enfoque de derechos se observan en la visión que se tuvo del adolescente como *sujeto de derechos, los adolescentes tienen derecho a recibir ayuda, generación de una conciencia en el entorno social favorable hacia los-as adolescentes y sus problemas.*

Se señaló más arriba el proceso participativo del PSL, una característica muy importante que resaltó la mayoría de los entrevistados durante

la sistematización. Sin embargo, también los/ las entrevistados/as reconocen que la participación de los/las adolescentes fue muy intensa al comienzo del proyecto, en la etapa de la identificación de los problemas y no así en las subsiguientes etapas en donde su participación se restringe a ser parte del grupo objetivo al que se tenía que llegar. Esta situación influye para que se reflexione hasta qué punto el empoderamiento y el enfoque de derechos puede llegar a ser efectivo si los/las adolescentes no tienen una participación activa.

Las intervenciones podrían reagruparse en dos categorías de análisis: 1. *Atención y prevención del embarazo adolescente* 2. *Educación y sensibilización sobre la sexualidad y la SSR de los/las adolescentes*, apuntando ambas a mejorar el acceso de los/las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva, a la educación y prevención de la SSR y al empoderamiento y ejercicio de su sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Atención y prevención del embarazo adolescente

Servicios amigables

La información que presentan los diversos componentes del proyecto deja claro que los servicios amigables tuvieron como finalidad la atención diferenciada para adolescentes. Se considera que los Centros Amigables salen del convencionalismo de los servicios de salud al emplear estrategias que acercaron a la comunidad y situar al centro de salud como parte de las redes de apoyo social con las que cuentan las comunidades (ASCODES 2008). Estas estrategias se observan en las intervenciones educativas con los/las adolescentes, y los/las profesores mediante los circuitos pedagógicos y la creación de videos. Con los padres de familia a través de las campañas de sensibilización y las actividades educativas comunitarias

realizadas por las enfermeras en las diferentes comunas.

Como se observó en el análisis presentado por NACER 2008, los servicios para adolescentes significó una excelente oportunidad para el acceso a información y orientación en SSR, ITS, y, sobre todo, para el acceso a métodos anticonceptivos. Durante el 2007 al menos 12.564 consultas de asesoría fueron registradas en los servicios amigables, un 92% correspondió a mujeres y un 8% a hombres. El bajo acceso de hombres a los servicios de salud está relacionado con la débil incorporación de un enfoque de masculinidades que debe acompañar las estrategias basadas en un enfoque de género y equidad. Este aspecto es fundamental para el empoderamiento y para generar actitudes de co-responsabilidad en la SSR.

Al respecto NACER (2008) resalta que "un programa asumido como de asesoría, acompañamiento y educación debería contar con más hombres y si adicionalmente se tiene en cuenta que también se estaba trabajando con infecciones de transmisión sexual se puede concluir que es necesario mejorar las estrategias de difusión para ampliar la cobertura a ellos. En el proyecto los varones hicieron parte importante de las actividades programadas por fuera de la consulta: charlas, talleres, visitas y otras actividades".

Los/las asistentes a los servicios fueron adolescentes entre 12 y 19 años. El mayor número de consultas (875) fue de los/las adolescentes de 17 años. Tomando en cuenta que la edad requisito para ingresar a la anticoncepción fue de 19 años, las consultas antes de esta edad fueron para asesoría u otras consultas relacionadas con SSR.

Los métodos anticonceptivos más aceptados y demandados son los hormonales (píldoras) y el implante sub-dérmico. El condón presenta un registro alto en los centros de salud, sin embargo, hay que tomar en cuenta que estos registros son de la distribución y no del uso. Un aspecto preocupante es la falta de

reconocimiento de la necesidad de la doble protección para anticoncepción y la protección con preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual. En el proyecto no se exploraron los motivos para esta falta empleo del preservativo. El proyecto suministró un número importante de preservativos y enfatizó en la importancia de la doble protección, tanto en las asesorías personales como colectivas. Los y las adolescentes siguen asumiendo el riesgo, lo que se resalta cuando se aprecia que quienes menos lo emplean son los que reconocen tener mayor número de parejas. Igualmente se aprecia la necesidad de información en los temas de sexualidad manifestada por una proporción altísima de asistentes al proyecto, a pesar de las campañas y programas como los circuitos pedagógicos y otros que se llevaron sobre el tema. (Universidad de Antioquia - NACER 2008)

Se observa que los adolescentes que acceden a los servicios, inician de manera temprana (menos de 15 años) las relaciones sexuales

En relación con las características de las adolescentes embarazadas, el estudio de NACER (2008) menciona que algunos factores asociados con el embarazo en adolescentes al momento de la consulta fueron:

- a) Ser hija de madre adolescente (43% de las embarazadas frente a un 29.3% de no embarazadas)
- b) Bajo nivel educativo del adolescente (16.6% de las embarazadas frente a un 6.2% de no embarazadas)
- c) Antecedentes de deserción escolar (57% de las embarazadas frente a un 24.6% de no embarazadas)
- d) No tener un proyecto de vida (29% de las embarazadas frente a un 18.7% de no embarazadas)

e) La ausencia de referente adulto (46.7% de las embarazadas frente a un 37.5% de no embarazadas)

f) No estar conforme con la imagen corporal y la auto percepción diferente a la de ser alegre (32.4% de las embarazadas frente a un 22% de las no embarazadas).

La educación y la influencia de un entorno familiarizado con el embarazo temprano son factores que también se encuentran en otros estudios de la región como los descritos por el Organismo Regional Andino de Salud y el Convenio Hipólito Unanue (2009) en el diagnóstico del embarazo adolescente de la subregión andina. Sin embargo, como arguye NACER (2008), estos factores deben evaluarse en cada contexto pues no siempre tiene los mismos efectos.

Desde el punto de vista de la calidad de la atención y de acuerdo con el marco referencial de Judith Bruce (1986), los servicios amigables incorporaron elementos importantes para una prestación con atención de calidad, entre estos cabe identificar: 1. Atención diferenciada, 2. Horarios adecuados, 3. Gratuidad y ampliación de la gama de métodos incluyendo los de última generación. 4. Confianza y privacidad. 5. Acceso geográfico, que en el informe de la línea de base del proyecto se reportó que no era posible para los jóvenes identificar los servicios de salud y servicios de SSR en sus barrios.

Contar con una enfermera capacitada que ofrece servicios personalizados fue muy importante para facilitar el acceso a los/las adolescentes. Este contacto personalizado tanto en servicios como fuera de ellos generó mayor confianza en los adolescentes, en la familia y en la comunidad.

Otro elemento importante fue la labor extramural llevada a cabo por las enfermeras en los vecindarios y colegios con actividades de sensibilización y promoción. Ello permitió que

los padres de familia "vieran con buenos ojos la apertura de estos centros". (Entrevista abril 2010)

Empero, estas actividades no fueron suficientes, según expresa NACER (2008) se aprecia la necesidad de información en los temas de sexualidad manifestada por una proporción altísima de asistentes al proyecto, a pesar de las campañas y programas que diariamente se realizan sobre el tema.

En la actualidad los servicios amigables, los horarios de atención diferenciada y la atención por enfermeras capacitadas son vistos por actores clave como una innovación pues en Medellín los/las adolescentes y jóvenes no contaban con este tipo de servicios en la red pública de salud. (Entrevistas actores clave 2010). No obstante, es importante resaltar algunas dificultades que enfrentaron los servicios y pudo haber incidido en la calidad de la atención:

- Hubo una focalización en anticoncepción descuidando la oferta integral o constelación de servicios de SSR como por ejemplo la atención y prevención de la violencia.
- Es importante el lugar que ocupa el implante sub-dérmico, método altamente costo-efectivo, sin embargo es importante evaluar su evolución en el tiempo y la adherencia de las mujeres a él, aspecto que no se puede conocer con la información recolectada.
- El suministro discontinuado de métodos anticonceptivos. Este asunto requiere particular atención porque el que no se suministre métodos a tiempo tiene otras implicaciones diferenciales en el tema del embarazo adolescente, ya que al no tener acceso a los métodos anticonceptivos los/las adolescentes sexualmente activos presentan un riesgo mayor de embarazo.

- Alta rotación de de las/los proveedoras/res de servicios de salud (De las 11 enfermeras capacitadas solo continúan cuatro de ellas)

"De nosotros muy bien porque gracias a Dios en el tiempo que llevo de organización el centro de salud San Blas y el centro de Salud Manrique en la Piloto han sido la mano derecha de nosotros para las jornadas de salud que hemos trabajado en la zona, nosotros trabajábamos anualmente una campaña de jornadas de salud, en la cual la piloto y el centro de salud de san Blas eran los que nos colaboraban con todo, con la traída de camillas, enfermeras, toma de muestras, resultados, todo, con ellos ha sido espectacular, se hizo un diagnóstico en el 2005 y otro el 2006 en el cual el Centro de Salud San Blas ha sido 1 A en cuanto a la colaboración, en cuanto a la ayuda comunitaria o la colaboración del trabajo comunitario que nosotros hemos hecho (Grupo focal adultos, Manrique, 6 septiembre 2008).

En la evaluación realizada por ASCODES, los/las adolescentes hicieron pocas referencias a las actividades del Proyecto, aunque muchas de las personas entrevistadas no vivieron directamente alguna de las actividades, quienes sí lo hicieron no tienen una opinión clara sobre estas, simplemente enumeran las estrategias que recuerdan. Hacen referencia a las charlas realizadas por las enfermeras, a las que muestran poco interés y tienen poco recuerdo de sus contenidos. (Secretaría de Salud de Medellín - ASCODES 2008a)

En entrevistas recientes a usuarias, manifestaron:

- Haber escuchado del proyecto pero no participaron de alguna actividad
- Estar satisfechas con la atención prestada
- Las consultas no tienen costo
- El trato en la consulta es muy bueno, la enfermera es muy amable.
- Los horarios son adecuados
- Hay confidencialidad y privacidad en su consulta

- Tienen acceso a todos los métodos anticonceptivo
- Para algunas de ellas, las consultas son fáciles de conseguir y la atención es inmediata, en tanto que para otras hay problemas de accesibilidad pues después de obtener una cita telefónica deben esperar a que haya un turno para atenderles. (Entrevistas a usuarias de servicios amigables 2010)

No se tiene información sobre un sistema de referencia en caso de no poder atender las necesidades de los/las adolescentes. Otro aspecto que resalta sigue siendo el bajo acceso de adolescentes hombres a las atenciones de salud sexual y reproductiva.

Capacitación a proveedores/as de salud

La capacitación y actualización de los/las prestadores/as de salud es parte fundamental de un programa de salud con estándares de calidad. Además de ello, se conoce que si un programa de capacitación no está seguido de un proceso continuo de actualización, retroalimentación y supervisión capacitante, no es suficiente para asegurar una prestación con alta competencia técnica y humana. La actividades de capacitación no sólo deben enfocarse a la prestación de servicios si no también a la educación y promoción en salud. (REPROLATINA 2004)

Sol y Luna concibió un programa de capacitación con contenidos integrales (SSR, derechos, sexualidad, entre otros) sin embargo, esta intervención no estuvo claramente articulada con las otras intervenciones y el mismo programa como su aplicación presentan debilidades.

El programa no está descrito de manera detallada o completa. No en todos los módulos se describen contenidos, objetivos y metodología. Se presenta bibliografía general, pero no cuenta con referencias a fuentes o evidencias científicas reconocidas. El módulo referido a

métodos anticonceptivos presenta información general sobre las características de los mismos sin articularlo adecuadamente con la consejería y con los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS.

A nivel metodológico se consideran algunas dinámicas utilizadas para generar discusión, pero no se explica cómo se transmiten los contenidos teóricos. No se puede apreciar cual es la duración de cada módulo. En una entrevista reciente se mencionó que el grupo capacitado fue muy heterogéneo y asistió también personal administrativo al curso que estaba enfocado a prestadores de salud (Entrevista abril 2010).

Se cuenta solamente con los resultados de la evaluación post-curso que apuntan a mostrar los conocimientos adquiridos y cambios de actitudes, pero al no existir una evaluación continua y/o supervisión en los servicios no se conoce cómo evolucionó la permanencia de las competencias adquiridas y las necesidades de reforzamiento.

Se tiene poca información sobre la página WEB: su acceso, visitas y cuáles fueron los temas más consultados. Al momento de realizar la sistematización, la página no se encontraba vigente. En entrevistas a proveedores/as de salud, tres mencionaron haber consultado la página web pero tuvieron dificultades por falta de equipos:

"Las entrevistadas conocieron y consultaron la página WEB, pero solo una o dos veces, temas derechos sexuales y reproductivos, derechos de las usuarias, y el jueguito "que tanto sabes de la sexualidad". Aunque era un medio apropiado para aprender, el recurso de computadores llegó al final del proyecto y no lo proveyeron para todos los centros de atención a jóvenes" (Entrevistas proveedores/as de salud 2010).

También mencionaron que las supervisiones fueron continuas por el grupo de coordinación y los capacitadores. Se les hicieron talleres de retroalimentación de conocimientos y ante cualquier duda durante la consulta, disponían de una línea telefónica directa para asesoría.

La página Web no contó con la participación de los/las adolescentes. En las entrevistas se menciona que hubo poca difusión de la misma. Uno de los problemas es la falta de acceso a internet lo que pudo haber limitado esta intervención (Entrevista abril 2010).

El proyecto utilizó como base la historia clínica desarrollada por el CLAP (SIA), la cual fue modificada en su contenido por el Centro NACER. La información fue analizada y presentada en un reporte técnico elaborado por este Centro. La SSM informó que cuentan con este tipo de registros en los servicios de salud. Es importante mencionar que el modelo del proyecto incluyendo la capacitación fue transferido y adaptado a las condiciones de la ESE METROSALUD. Se mantuvo la atención por enfermeras/os con entrenamiento y capacitación específica, amplia gama de métodos de anticoncepción disponibles, atención extramural, domiciliaria y actividades colectivas. (Entrevista DM abril 2010)

Educación y sensibilización sobre la sexualidad y la SSR de los/las adolescentes

Circuitos Pedagógicos

Los circuitos pedagógicos podrían considerarse una innovación importante para las estrategias educativas comunitarias. Los videos y el proceso de su realización, pueden considerarse como una excelente propuesta. El concurso intercolegiado de video y la participación de los adolescentes junto con los adultos (profesores y padres de familia) en la realización del guión, producción y montaje son aspectos importantes, pues además de ser una metodología participativa es constructiva y posibilita el empoderamiento de los-as jóvenes en temas relacionados con SSR.

Esta intervención representó una estrategia complementaria importante para mejorar la información sobre SSR a los/las adolescentes

y personal educativo. Algunos/as entrevistados/as consideran que hubo un acercamiento de familias y educadores a la problemática de la SSR adolescente, hubo un reconocimiento de los derechos en SSR, se generó conciencia sobre el embarazo adolescentes. También consideran que los/las adolescentes incorporaron ideas de equidad y justicia, reconocieron su sexualidad y se volvieron más autónomos (Entrevistas actores clave 2010).

“El hecho de que en cada comuna hubieran varios centros de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes diseñados para ellos y para ellas como por una identidad propia, con enfermeras capacitadas para el trabajo con ellos, digamos que no los iban a juzgar, no los iban a criticar y que iban a reconocer como la legitimidad de su sexualidad y derechos sexuales y reproductivos fue como una digamos una herramienta, una estrategia innovadora dentro del proyecto que abrió la posibilidad también después de los servicios amigables para jóvenes, para mí pues como en el país vemos que dentro del sistema general de salud, entonces, me parece que eso fue muy innovador, también me parece que fue innovador la línea telefónica de asesoría y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes que ofrecían servicios como de manera personal para adolescentes y para personas que tenían que tenían dudas acerca de la salud sexual que funciona durante el proyecto sol y luna, también me pareció muy innovador la participación de los adolescentes en el diseño, producción del video (Entrevista EG abril 2010)

Sin embargo, esta es una intervención que demanda actividades coordinadas interinstitucionales o intersectoriales entre salud y educación e involucramiento familiar. Estas estrategias de coordinación son necesarias tomando en cuenta que las actividades de los circuitos pedagógicos enfrentaron dificultades como:

- Ambientes de marginamiento social: alcoholismo, pobreza, entre otras son factores que complejizan las acciones educativas transformadoras.
- Infraestructura inadecuada para actividades educativas colectivas. La mayoría de las

veces los ambientes no fueron propicios, afectando el desarrollo de las actividades.

- Resistencia de algunos docentes y directivos al abordaje de los temas de SSR, tanto por cuestiones personales como por la desconfianza en la continuidad de estas actividades.
- La diversidad de los grupos en edades y en grado de formación, generó la necesidad de cambiar y adaptar, sobre la marcha de los circuitos, contenidos y metodologías previamente programados. Es necesario diseñar contenidos teóricos y metodologías de trabajo diferentes según grado de escolaridad.
- El carácter religioso de algunas instituciones que no estuvieron de acuerdo con la educación en planificación familiar a los/las jóvenes. Para aproximarse a los colegios religiosos y lograr educar a los jóvenes, se negoció abordar el tema del tema del auto cuidado para hacer frente al embarazo adolescente y al contagio de Infecciones de Transmisión Sexual. Este abordaje fue aceptado y de esta manera lograron introducir el tema del preservativo como protección.
- Baja respuesta a la convocatoria para el video. De las 65 instituciones visitadas, solo llegaron propuestas de 19. Al parecer hubo problemas relacionados con la información, no se transmitió de manera oportuna a los/las estudiantes.

Desde el punto de vista de los contenidos curriculares, la mayoría de las fuentes bibliográficas provienen del internet, el lenguaje es muy técnico. El tema de anticoncepción no se basa en las normativas nacionales, se habla de métodos recomendados para adolescentes y los no recomendados para adolescente, sin que esta agrupación tenga un respaldo bibliográfico o científico. Las consideraciones éticas están referidas al compromiso del Estado para asegurar los servicios y métodos a los -as adolescentes, pero no especifica cómo se pueden

ejercer estos derechos y cuáles serían los mecanismos que aseguren este ejercicio para que los/las adolescentes los puedan usar.

No quedó claro como se sostendrá esta intervención a nivel financiero, metodológico e institucional. Sin embargo, un aspecto positivo y que posibilitaría la apropiación de esta metodología es el marco normativo que regula la Educación Sexual en el país, mediante leyes nacionales y resoluciones tales como la Ley General de Educación 115 del 94, la Resolución 03353 del 93 o la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003, en las que se acuerda la formación de docentes para impartir educación sexual en las instituciones educativas. Otro marco legal respaldatorio es la Ley de Infancia y Adolescencia que establece el desarrollo de actividades preventivas para el embarazo adolescente, ITS y VIH/SIDA en las escuelas y colegios (Ministerio de la Protección Social, 2004).

En este punto podría mencionarse que algunas actividades pudieron generar la apropiación de la intervención. Por ejemplo, en las actividades de concertación se consideró la réplica de las actividades en el 2008 por parte del personal capacitado. No obstante, como mencionaron los propios docentes, el tiempo fue insuficiente como para considerarse replicadores de una actividad que demanda mayor capacitación no solo en los contenidos temáticos, si no en la transferencia metodológica.

Campaña masiva de comunicación

La campaña tuvo el objetivo de sensibilizar y poner en la agenda pública el embarazo adolescente como un asunto de salud pública y de responsabilidad social. A los cinco meses de la campaña, una evaluación realizada por CONTEXTO mediante entrevistas en profundidad, grupos focales, y encuestas encontró que la campaña demandó una alta inversión con resultados muy débiles.

Se menciona que no hubo una diferenciación específica entre los contenidos emitidos para los públicos objetivo, es decir, se pretendió impactar grupos tan diversos como jóvenes entre 10 y 19 años, adultos y formadores de opinión, con las mismas estrategias y con el mismo plan de medios. Los mensajes fueron dirigidos a segmentos jóvenes, solamente después de hacer el ejercicio de leer y analizar las piezas publicitarias, se identificaron algunas alusiones específicas para el público adulto. Para los jóvenes, el mensaje fue claro, directo y efectivo. Mientras que para algunos adultos, fue poco claro y en algunos casos, se consideró agresivo.

La evaluadora menciona que no se logró cambios en conocimientos, actitudes y habilidades en los beneficiarios. Plantean que aún falta un recorrido amplio: "la coherencia entre el conocimiento y la interiorización frente a la práctica cotidiana"; expresan que debe irse más allá de la información para lograr cambios en las prácticas sociales.

En esta evaluación se identifica a las instancias formadoras (escuela, familia, medios de comunicación y líderes de opinión) como barreras para el cambio de actitudes y comportamientos en relación con la sexualidad de los/las adolescentes. En la escuela el personal docente no tiene una formación orientadora, técnica y está influenciado por la filosofía religiosa de la mayoría de las instituciones. Igualmente, en la familia la falta de comunicación, los valores conservadores, y el desconocimiento no propician una discusión de los mensajes.

De igual manera entrevistas actuales identifican que el factor intergeneracional actúa como una barrera en los procesos educativos y de comunicación. Empero, se resalta en la entrevista que esta falta de comunicación obedece también a un contexto social en donde la iglesia católica tiene un peso fundamental en la formación de valores sobre sexualidad:

"...Las diferencias que hay entre las edades de los padres, madres, los hijos, igualmente con los educadores,

en algún momento se puede volver como un bloqueo para la comunicación, ...las dificultades del sistema para acercarse a ellos también, porque igualmente son enfermeras, médicos con un tiempo limitado, con una capacidad limitada para acercarse y para hablar de temas que son difíciles de abordar como la sexualidad, en la cual los mitos siguen predominando...hay que seguir trabajando digamos para dar la posibilidad de que haya se cuestionamiento y la revisión del tema, eso me parece que Medellín tiene muchos mitos, tiene una alta influencia desde el punto de vista religiosa y católico..." (Entrevista, abril 2010).

La campaña tuvo distintas apreciaciones de acuerdo con los estratos sociales. Los estratos sociales altos, más conservadores no se sintieron representados y lo posicionaron como una campaña de los "otros": "esas niñas", "esos estratos", "esa cultura". La problemática no "nos incluye", y no todos se sienten representados en las piezas y en el lenguaje que utiliza la campaña.

A ello se agrega el hecho que durante 2007 fueron varias las campañas sobre educación sexual: "Sexo a lo Bien"; "Mi cuerpo es territorio seguro"; "Sexo Consentido" y otras relacionadas con la problemática de la violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual y VIH. Todas ellas de diferentes instituciones. El logo no se posicionó totalmente, expertos mencionaron que el logo relaciono sexo con genitalidad. Los adultos y algunos formadores plantearon que es necesario que para que la campaña sea efectiva, se involucren aspectos como los valores ciudadanos, el respeto y la autoestima.

En relación con la perspectiva de género la campaña se centró en las mujeres con poca participación de los hombres. La campaña vincula a los hombres como generadores de la problemática, les otorga cierto nivel de responsabilidad; sin embargo, hay que considerar que los hombres pueden ser, en algunos de los casos, víctimas también. Las relaciones con los hombres se plantean desde la desconfianza, el miedo. Las usuarias finales manifiestan:

"yo no me quiero casar, no quiero tener más hijos o no quiero tener hijos, los hombres se acuestan con cualquiera, el amor se acaba muy rápido, ellos nunca responden."

La evaluación también mostró que existen otras alternativas de comunicación más efectivas que los medios masivos de comunicación por ejemplo, la comunicación boca a boca entre amigas de colegio o de barrio, las charlas dictadas en los colegios, las brigadas de promoción, los cines foro, los videos, entre otros.

Pese a las dificultades técnicas y del entorno social mencionadas, la apreciación general que se tiene de esta intervención es que sirvió para generar una discusión pública a favor o en contra de la sexualidad de los/las adolescentes y del embarazo adolescente. Es importante tomar en cuenta que la SSR al estar vinculada con la sexualidad es normal que los valores culturales de los diferentes sectores sociales se interpongan como filtros para evaluar lo positivo o negativo de la campaña.

"Había un gran déficit, un vacío muy grande que era en el sistema de comunicación tanto entre los padres con los hijos, como de los educadores con los educandos, del sistema en general para hablar del tema y sobre todo que se percibían en la sociedad una serie de resistencias que hablaban de todos los mitos que habían alrededor del tema, entonces se pensó que en las comunicaciones iba a hacer un elemento muy importante porque iba a evidenciar que había una problemática en la ciudad que implicaba poner a hablar del tema, a decir: aquí están pasando una serie de problemas, entre mitos hay una serie de problemas de salud también para las mujeres, hay un problema de un círculo vicioso de la pobreza de las mujeres que se embarazan y por su causa tienen que limitar su posibilidad de capacitación, su posibilidad de continuar estudiando y lógicamente de trabajar más adelante en adecuadas condiciones para sostener los hijos, entonces un área de comunicaciones fue muy importante y eso se derivó también en una línea que tenía como unas campañas que derivaron en unas vallas que produjeron y se colocaron en la ciudad." (Entrevista GP 2010).

Página Web y Línea telefónica

La sostenibilidad y efectividad en general de estas actividades son los puntos más débiles. No se explica cómo se establece la coordinación o el vínculo con los otros componentes.

El montaje de la página Web tuvo varias dificultades para su instalación en el Municipio de Medellín. Se reportaron problemas de espacio en el disco del servidor de portal y de ambiente de desarrollo. Esto retrasó la puesta en marcha de la página. Debido a esta situación, se buscó un hosting (hospedaje de la página por fuera de los servidores de la Alcaldía). Posteriormente funcionó temporalmente en la Alcaldía. Finalmente, se buscó otro servidor en una empresa canadiense.

De acuerdo con el informe de la consultoría CONSENSOS no se hizo difusión amplia de las páginas de internet en las instituciones para que los y las jóvenes busquen información y no se establecieron links en las Bibliotecas públicas, colegios, clubes juveniles y medios de comunicación (Secretaría de Salud de Medellín 2008c).

Un avance importante fue la identificación de estrategias para la institucionalización del proyecto a través de la consultoría de CONSENSOS, donde se obtuvieron los siguientes compromisos:

- Pactos con 13 aseguradoras y prestadoras de servicios de salud
- Cinco EPS introdujeron los anticonceptivos inyectables mensuales y los implantes hormonales.
- METROSALUD en convenio con la Secretaría de Salud abrió seis centros para adolescentes en otras zonas de la ciudad diferentes a las de la ejecución del Proyecto Sol y Luna.
- Compromiso público de adoptar la atención en SSR para adolescentes en los 51 centros de METROSALUD.

- EL Hospital General de Medellín tiene contemplado adaptar el espacio para la prestación del servicio para adolescentes, con el apoyo en capacitación por Sol y Luna y METROSALUD.
- También se coordinó con otros proyectos como el Proyecto Colombia de prevención de VIH/SIDA y PROFAMILIA. Asimismo, se establecieron acercamientos con la Universidad de Antioquia para incorporar en el currículo superior contenidos de salud sexual y reproductiva.

VI. PRINCIPALES HALLAZGOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Principales Hallazgos

El PSL impactó las políticas públicas locales ofreciendo estrategias e innovaciones en SSR para adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad

- El proyecto Sol y Luna, fue el eje en la red pública de salud, para la introducción por primera vez en Medellín de los Servicios diferenciados para adolescentes. Se valora la voluntad política que permitió colocar en la agenda municipal la problemática del embarazo adolescente. Es importante recalcar la continuidad de los esfuerzos en la agenda política del gobierno municipal actual.
- El abordaje del PSL fue integral. Incluyó intervenciones en el sector educación, provisión de servicios de salud, abogacía, comunicación y participación de las/los adolescentes en actividades del proyecto sobre todo en el área educativa. Estas son las características que resaltaron la mayoría de los actores clave de la SSM, de METROSALUD y del Ministerio de la Protección Social (Abril 2010)
- El proyecto tuvo como filosofía asegurar la oferta de una gama amplia de métodos anticonceptivos, en el que se destacaron anticonceptivos de última generación. De manera coincidente el Ministerio de la Protección

Social, incluyó estos nuevos anticonceptivos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), con base en estudios de factibilidad para la inclusión de nuevos anticonceptivos.

- La creación de la Red de Prevención del Embarazo Adolescente como espacio multidisciplinario e intersectorial tanto para la discusión como para la conceptualización sobre el embarazo adolescente fue crucial. A la vez que sirvió de instancia de abogacía en el tema, fue relevante su participación en el diseño del proyecto y en algunas actividades de seguimiento. Sin embargo, la red considerada como un espacio de discusión participativa al inicio del proyecto, se diluye en el transcurso del tiempo, uno de los factores que afectó su funcionamiento fue el involucramiento de algunos miembros en contratos directos relacionados al proyecto. Esta dualidad fue la que contribuyó a su debilitamiento como grupo de la sociedad civil perdiendo su liderazgo y potencialidad en la veeduría social del proyecto.
- El PSL llevó a cabo la campaña de comunicación como un mecanismo de información y sensibilización pública, y como un medio para la legitimación de la sexualidad de adolescentes y jóvenes incluido el ejercicio de sus derechos sexuales, que además contribuye al posicionamiento del embarazo como un problema de salud pública. Se parte del reconocimiento que los/las jóvenes tienen capacidad para obrar, elegir o rehusar de manera autónoma.

Servicios de salud sexual y reproductiva como una estrategia para la atención y prevención del embarazo adolescente

- La creación de los servicios de salud de Sol y Luna en las comunas objetivo, fue una oportunidad para el acceso de los/las adolescentes y jóvenes, a la atención en SSR. Como se observó en la línea de base (2006), en entrevistas con actores clave y en el estudio de caracterización de la población que consulto a los servicios, esta fue la principal contribución del PSL por cuanto los/las adolescentes no contaban con servicios diferenciados.
- La disponibilidad de servicios diferenciados para adolescentes que responden a sus necesidades, aunado a las actividades educativas y de sensibilización (intervenciones a nivel de las escuelas, comunidades, padres, y maestros) parecería haber contribuido en el cambio de comportamiento en los/las adolescentes para buscar y solicitar atención en SSR:

"A tener cuidado cuando ejercen actividad sexual. A no cuidarse únicamente con condón, sino con pastillas, y reforzar la protección con otros métodos de anticoncepción." (GF adolescentes, abril 2010).

"En cuanto a la relación con sus padres refieren que sí hubo cambios, porque los padres cuando ella estaba pequeña nunca les hablaron de sexualidad. Ahora hay más población de adolescentes en embarazo pero gracias al proyecto pueden hablar con su madre. No obstante dos de las participantes no habían escuchado sobre sexualidad. Otras si habían escuchado en el colegio." (GF adolescentes, abril 2010).

"Que sirvió porque los padres ahora ya hablan de sexualidad y a las adolescentes les ayudó a cambiar su forma de relacionarse con los hombres. Dicen haber hecho conciencia del machismo". (GF adolescentes, abril 2010).

Acceder a un método de alta tecnología anticonceptiva, como el Jadelle, hizo sentir a las jóvenes como privilegiadas en salud y mejoró su autoría social, no se sintieron ciudadanas relegadas que utilizan el método más barato encontrado en el mercado. (Secretaría de Salud de Medellín - ASCODES 2008a)

- El cambio de comportamientos, sin embargo, debe ser evaluado en el largo plazo, debido a que la necesidad de información y atención en SSR es dinámica y continúa. Es importante que las estrategias implementadas sean reforzadas, actualizadas e institucionalizadas. En este sentido, los resultados del PSL en relación con el acceso a los servicios y los cambios de actitudes y comportamientos en SSR evidenciaron la necesidad de su continuación y que hoy se expresan en los servicios amigables para adolescentes.
- Las condiciones y características sociales y culturales identificadas en la línea de base entre ellas, pobreza, violencia, inicio temprano de relaciones sexuales, escaso acceso a servicios y métodos anticonceptivos, muestran la necesidad de integralidad en los servicios para adolescentes y no solo focalizar en algunas atenciones de SSR como lo hizo el PSL. Sin embargo, sobre este punto no hay acuerdos, algunos actores clave consideran que los servicios diferenciados deberían incluir un enfoque integral de la salud incluyendo otras causas de morbilidad, la salud mental y la prevención de la violencia; no obstante, otros/as son de la opinión que sería más adecuado focalizar la atención en la SSR y no asociar la sexualidad con problemáticas como el uso indebido de drogas, violencia entre otros.
- La evaluación de impacto así como la caracterización de la población que asiste a los servicios de salud realizada por NACER, evidencian que hubo un relacionamiento proactivo entre las/los proveedores de los servicios de salud y adolescentes y jóvenes que viven en las comunidades seleccionadas por el PSL.

Importancia del ámbito socio cultural: barrios, familias, escuelas

- Se encontró que la violencia en todas sus formas es parte de los problemas estructurales del entorno social de los/las adolescentes y jóvenes que viven en las comunas intervenidas, afectando las relaciones familiares, predominando la visualización de la mujer como objeto sexual y la reproducción de las relaciones de poder. Estos son factores que influyen en la situación de la SSR así como en el acceso seguro de los/las jóvenes y adolescentes en los servicios de salud.
- La campaña masiva de sensibilización "movió cimientos" de las sociedad de Medellín tanto en sectores populares como en sectores medios y altos; observándose que cuando se pone en la agenda pública el tema de la sexualidad, ésta reviste importancia. Se observa también que la campaña fue aceptada positivamente por las comunidades pertenecientes a las comunas 1, 2, 3 y 4 (sectores más desfavorecidos). Los padres de las y los adolescentes (especialmente madres y abuelas) demandaron los servicios del proyecto, además de una actitud positiva hacia su oferta, particularmente porque respondía a las necesidades sentidas de la comunidad.
- Tomar en cuenta las brechas intergeneracionales fue un aspecto muy importante. Al finalizar el proyecto, la evaluación realizada por SSM y ASCODES (2008) menciona que hubo un incremento de la confianza de adultos y jóvenes en los métodos anticonceptivos y en la utilización de los mismos por parte de las jóvenes.

Incorporación de los derechos, género y empoderamiento

- En el diseño y en las intervenciones se enfatiza que las/los adolescentes y jóvenes son sujetos de derechos. Hay una evidente participación en las actividades colectivas y

comunitarias, pero no se logra la incorporación activa de los/las adolescentes al interior del PSL, evidenciado que es necesario mayores esfuerzos para llevar de la teoría a la práctica un enfoque de derechos.

- De igual manera sucedió con las cuestiones de género, pues la evaluación de impacto (Secretaría de salud de Medellín -ASCODES 2008a) mostró que no se observaron cambios significativos en los/las participantes adultos/as y jóvenes de los tres grupos analizados con relación a cambio de roles en las masculinidades y feminidades tradicionales que atentan contra las adecuadas decisiones para el ejercicio placentero y responsable de la genitalidad, la defensa individual de los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en el logro de la SSR. Aunado a esto la participación de los hombres en el programa fue muy débil, lo que contribuye a reforzar la inequidad y un ambiente desfavorable de negociación para las mujeres.
- Se evidenció un cambio de actitudes hacia la SSR por parte de los adolescentes y se potencializaron habilidades artísticas de los/las adolescentes y jóvenes, por ejemplo a partir de la participación, creación y edición en los videos sobre SSR. A su vez, esto tuvo un impacto positivo en adultos, al enfrentar mitos sobre efectos colaterales de algunos métodos anticonceptivos en las sesiones conjuntas para la realización de los videos. En este sentido, la SSM y ASCODES 2008 señalan que se presentó una disminución en el indicador tabúes respecto a las relaciones sexuales referido por el/la adolescente. Este indicador está constituido por una serie de preposiciones como: considerar las relaciones sexuales como indecentes o pecaminosas, y considerar que las relaciones sexuales solo deben ser permitidas dentro del matrimonio.
- La disminución del indicador de tabúes sobre el uso de anticonceptivos puede llegar a tener efectos positivos en las relaciones entre los géneros como por ejemplo, la disminución

de la creencia que los anticonceptivos son pecaminosos y que mujeres que los usan o solicitan tienen mala reputación (Secretaría de Salud de Medellín - ASCODES 2008a). Esta disminución contribuye también al ejercicio de los derechos SSR.

- La capacitación en SSR de las/los proveedores de salud fue central para asegurar que el modelo de atención sea de calidad y responda a sus necesidades, con acceso oportuno, confidencialidad, privacidad, creación de "rapport" y excelencia técnica. Esto se evidencia en el reconocimiento de los actores clave cuando valoran el acercamiento efectivo que tuvieron las enfermeras en los colegios y en los barrios.

La necesidad del monitoreo y evaluación

- El proyecto contó con una serie de actividades de evaluación que han sido centrales para el diseño, seguimiento y evaluación del proyecto, sin embargo asegurar la inclusión de modelos de monitoreo de la garantía de la calidad de servicios de SSR adolescentes debe ser considerado en el futuro inmediato (decreto 1011 de 2006). Se resalta que en las entrevistas llevadas a cabo a Gestores del Sistema Público de Salud, recalcaron que en el marco de los objetivos nacionales, se incluirán procesos de monitoreo y evaluación en todos los servicios amigables para adolescentes y jóvenes que actualmente funcionan en el país.

- Con relación a la evaluación de impacto:
 - Muestra problemas de validez en los resultados, esto debido principalmente al diseño metodológico, ya que se observa una pérdida importante de la población en el seguimiento (alrededor del 33%). El alto porcentaje de reemplazos en grupo de intervención y control, genera un efecto de limitación en la inferencia y a la atribución de los cambios al programa y dismi-

nuye al introducir variación, aumenta el intervalo de confianza por lo tanto esconde asociaciones y la potencia de la inferencia (error tipo 1 y tipo 2)

- En cuanto al análisis de regresión logística condicional llama la atención que el análisis se hizo con menos de la mitad de la muestra, pérdida general alrededor del 33% del total de la muestra lo que limita las conclusiones. Se recomienda precaución en la inferencia. Por otro lado, la imprecisión en la formulación de algunas preguntas generó respuestas inválidas.
- La línea base y la evaluación de impacto contiene información cualitativa muy importante que debe ser utilizada en la reorientación y rediseño de intervenciones específicas a nivel de las instituciones educativas, de abogacía y fortalecimiento de redes sociales en su articulación con el sector salud en particular y social en general.

Aspectos que fortalecieron/obstaculizaron la experiencia de demanda y la oferta de servicios

Fortalezas

- Diseño de un enfoque integral para la prevención del embarazo adolescente: servicios, educación, sensibilización, capacitación, derechos.
- Oferta de métodos anticonceptivos amplia, incluyendo los implantes de última generación
- Coordinación con otros proyectos para el fortalecimiento de los servicios a través de estrategias de ampliación de cobertura, por ejemplo con el proyecto Colombia se coordinaron actividades en torno a tamizaje de VIH; y con PROFAMILIA.

- Atención diferenciada por enfermera capacitada y sensibilizada durante la duración del proyecto, con mayor acercamiento a los/las jóvenes en los lugares donde pasan su tiempo.

- Participación de un grupo de expertos e interesados en el tema, a través de la conformación de la red de prevención del embarazo adolescente que tuvo un rol muy importante en la conceptualización y diseño del proyecto.

- Acceso a servicios gratuitos fuera del horario escolar, *en zonas de fácil acceso, sin distinción por régimen de afiliación.*

Obstaculizadores y debilidades

- Bajo involucramiento de hombres adolescentes y jóvenes especialmente en el acceso a servicios de salud y en algunas actividades del proyecto. Esto repercutió en su baja asistencia a los centros de salud y en las acciones de empoderamiento.

- Las y los adolescentes participaron en el diseño del proyecto, pero no así durante la implementación y la organización de la oferta de servicios, lo que se traduce como una pérdida de involucramiento de las y los jóvenes.

- La brecha generacional dificulta la comunicación entre los/las adolescentes con los adultos y entre los prestadores de servicios de salud y educadores con los/las jóvenes.

- El énfasis en la oferta de anticonceptivos en la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva incidió para que el proyecto sea percibido por los padres y familias como un programa de planificación familiar.

- La no continuidad a estrategias innovadoras como la participación de los/las adolescentes a través de a) producción de videos desarrollados por los/las jóvenes b) circuitos pedagógicos o c) como vigilantes de la calidad de atención en los servicios diferenciados. La falta de recursos financieros y de personal no permitieron esta continuidad. Sin embargo,

posterior al PSL, la ESE METROSALUD con el apoyo de Secretaría de Salud ejecutó durante seis meses las actividades del proyecto lo que aseguró que las/los enfermeras/os continuaron desarrollando actividades asistenciales y educativas.

- El plan de monitoreo estuvo restringido al seguimiento de indicadores de tipo administrativo como ser el número de anticonceptivos suministrados, pero no se contó con información relacionada con indicadores cualitativos de la prestación de servicios ni a datos relacionados como por ejemplo el abandono o retiro de algún método.

- Evaluar en el corto plazo el cambio de actitudes y comportamientos en torno a la SSR puede llevar a apreciaciones apresuradas y/o frustraciones que muchas veces llegan a truncar iniciativas importantes como los circuitos pedagógicos.

Sostenibilidad, institucionalidad y apropiación

Sostenibilidad

- La contratación de consultores externos, especialmente para actividades programáticas y su poca articulación con la SSM, redujo las posibilidades de dejar una capacidad instalada.

- La estrategia "CONSENSOS" en la temporalidad del proyecto, apuntó a la sostenibilidad, articulación e institucionalización; logró sensibilizar y firmar compromisos con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), sin embargo una vez concluido el proyecto, el proceso de institucionalización en las distintas EPS no se ha consolidado.

- No se observaron estrategias de sostenibilidad financiera, especialmente para las intervenciones en el ámbito intersectorial (educación y participación social) y asegurar la continuidad de metodologías como los circuitos pedagógicos, capacitación a maestros,

sensibilización a padres de familia que se considera crucial para el logro de los objetivos.

- EL Ministerio de Protección Social en el nivel central actuó como invitado para conocer los procesos y resultados pero no formó parte activa del proyecto, lo que a largo plazo podría representar una debilidad para la replicabilidad de la experiencia en otras ciudades y/o el apoyo técnico y financiero que puede demandar experiencias de esta índole.

Institucionalidad

La transferencia de la experiencia a METROSALUD, plantea retos en cuanto a conciliar la filosofía inicial del proyecto con los mecanismos de contratación normados por el sistema de salud, esto afecta la posibilidad de la adopción de la integralidad y el acceso a los servicios. Se visualiza la continuidad en la atención para adolescente pero la filosofía inicial no pudo continuarse en su totalidad. Continúa servicios de orientación/asesoría, anticoncepción, un enfoque de prevención de embarazo adolescente e informan que se introducen nuevos servicios en salud mental y nutrición que complementa la atención.

Los Centros Amigables para jóvenes forman parte de la línea de acción de la Política de Salud Pública del Ministerio como la incorporación de métodos anticonceptivos con implantes de larga duración. Se debe encontrar los mecanismos para gestionar los otros componentes originales como la sensibilización y comunicación social y continuar con la utilización y análisis del sistema de información del/la adolescente para que retroalimente a los tomadores de decisión en los ajustes al modelo de atención de ser necesario.

Apropiación

Hay una apropiación de la importancia de la prevención del embarazo adolescente, pero no hay una apropiación del proyecto en su integralidad.

No se conservó el perfil de la enfermera diferenciada para la atención de la/del adolescente, por lo que no se continuó con el vínculo: enfermera-colegio. Sin embargo, la enfermera persiste en los 33 o más centros que funcionan actualmente en METROSALUD, la limitación que tienen algunas profesionales es que debido al aumento de coberturas, no disponen de tiempo para realizar las actividades extramurales en instituciones educativas, las que son realizadas por un equipo interdisciplinario de la institución educativa que refiere adolescentes a los centros. Por lo tanto, el rol de las enfermeras en este ámbito fue asumido por trabajadoras sociales y psicólogos. Este nuevo equipo psicosocial tiene en sus objetivos la inducción de la demanda y se reportó que ambos equipos están articulados.

Lecciones aprendidas

- El proyecto confirma la alta necesidad insatisfecha de anticoncepción en la población adolescente de los sitios seleccionados, ya que en los estratos donde se ejecutó el proyecto, la aceptación de los servicios se refleja en la gran demanda de los mismos.
- La participación de otros actores institucionales como las empresas promotoras de salud debe asegurarse desde el diseño del proyecto para garantizar que las intervenciones exitosas del modelo se traduzcan en un beneficio equitativo para los y las jóvenes pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado de salud y los no asegurados
- La participación de representantes de organizaciones juveniles es clave, especialmente porque son generadores de la difusión de las estrategias educativas y preventivas entre pares y para otros grupos sociales. Eso permite fomentar los debates en la toma de decisiones, obtener información enriquecida y lograr un mayor sentido de arraigo comunitario de este tipo de proyectos.

- En situaciones de violencia sexual y vulnerabilidad de los derechos SSR contar con una oferta integral de confianza y de calidad, es una respuesta al riesgo de violencia de género en el que se debaten las jóvenes que viven en estas comunas y es percibida como una forma de aminorar las consecuencias de una posible vulneración y embarazos no deseados. Se considera una oportunidad la disponibilidad actual de Centros de Atención Integral a la Violencia y Abuso Sexual – CAIVAS. La articulación con estos centros debe ser una prioridad para los servicios establecidos en estas comunas.

- Los servicios son más efectivos y tienen una mayor demanda cuando se brinda a los y las adolescentes la posibilidad de expresar sus inquietudes, intereses y necesidades de acuerdo con sus percepciones de las problemáticas ligadas al ejercicio de la sexualidad en su medio. En este sentido, el reconocimiento de estas necesidades implica el reconocimiento institucional de que los y las adolescentes son sujetos de derechos en salud sexual y reproductiva.

- El proyecto contó con respaldo político y económico de la nueva administración municipal, también contó con la aprobación del tránsito de proyecto al programa en la red pública que atiende a la población vulnerable. No obstante, el modelo no fue apropiado totalmente, esto se debió en parte a que el proyecto original fue diseñado un tanto en la periferia del sistema de aseguramiento en salud. Los efectos de este vacío se reflejan en la falta de apropiaciones presupuestales para componentes centrales como acceso libre y oportuno, la movilización social, el uso de vallas y medios de comunicación, y actividades de promoción y prevención desde los servicios de salud, que es lo que se ha realizado en todo el país y ahora anclado en el Plan Nacional de Salud Pública- 2007, y la Res 425/08 plan de intervenciones colectivas.

- La formulación y diseño del PSL llegó a constituir un modelo integral de acciones en

servicios, educación y sensibilización por lo que su institucionalización requiere conservar las intervenciones integrales. A pesar de que hubo continuidad de la voluntad política, la institucionalización del enfoque fue parcial. A ello se agrega que el ámbito operativo vio reducida su capacidad debido a que la conducción técnica del proyecto estuvo en manos de consultores externos, que no lograron la articulación efectiva con la Secretaría de Salud de Medellín, y redujo la posibilidad de dejar una mayor capacidad instalada. No obstante, la Actual Subsecretaria de Salud de Medellín expresa que "considero que lo que sucedió es que se reacomodaron las cargas y cada uno de los actores (probablemente no coordinados perfectamente) esté asumiendo las propias. No considero que la propuesta haya quedado huérfana"

- La sostenibilidad tuvo logros parciales, de una parte, el proyecto fue exitoso porque METROSALUD cumplió con el compromiso público de hacer expansión de la atención a los 29 de los 48 centros de la red pública; no sin sortear dificultades por la falta de fondos específicamente asignados para el programa. Por otra parte, la estrategia de CONSENSOS, que logró establecer pactos con las aseguradoras a fin de lograr la sostenibilidad e institucionalidad del proyecto, no logró ser efectiva en la transferencia de responsabilidades a la nueva administración, porque careció de una instancia responsable del monitoreo de los acuerdos.

- Algunas iniciativas como la de CONSENSOS, expresada en generar mecanismos de coordinación del proyecto con las empresas promotoras de salud y proyectos locales como el de VIH/SIDA y de PROFAMILIA, son promisorias en el contexto del sistema de salud Colombia, ya que promueven la articulación orientadas hacia un fin común: la salud SSR de los/las adolescentes.

- De acuerdo a la experiencia, las evaluaciones y mediciones de impacto en proyectos

orientados al cambio de comportamientos, deben considerar la temporalidad de la evaluación evitando tiempos cortos en la evaluación y tomando en cuenta las características de la población previstas en el diseño. Así mismo es pertinente tomar en cuenta las metodologías a utilizarse en poblaciones con alta movilidad poblacional.

- Responder de manera diversa a las necesidades de las y los adolescentes, promoviendo la inclusión en salud, al enfrentar barreras como la económica, geográfica, de información y de calidad entre los que se identificaron la adecuación de horarios de atención, confidencialidad, privacidad, línea telefónica y la página web, fue clave para garantizar el acceso a consejería y a servicios de las/ los adolescentes. Actualmente se cuenta con dispensadores de condones para jóvenes de la secundaria en instituciones educativas. Este tipo de esfuerzos junto a otros mecanismos de difusión de la información fortalecerían la provisión de servicios donde el acceso para las y los adolescentes es aun más complejo.

- Se valora la participación inicial de las y los adolescentes en el diseño del proyecto, ya que es un requisito fundamental para el éxito y posicionamiento del proyecto. Sin embargo, se considera una debilidad la no continuidad en los esfuerzos encaminados a fortalecer esta participación social. Actualmente el municipio de Medellín está orientando esfuerzos y recursos para la consolidación de los procesos de participación social.

- El proyecto focalizó la atención de Salud Sexual y Reproductiva, sin embargo, priorizar un solo componente como es la consejería y anticoncepción no responde a todas las necesidades y demandas de los/las adolescentes. De persistir este enfoque, debe asegurarse un proceso expedito de referencia y contrarreferencia a los otros servicios de salud de la institución, incluida la consulta con otros servicios como nutrición, salud mental, trabajo social entre otros.

- La inversión en campañas de comunicación masiva o actividades educativas fuera del ámbito de los servicios clínicos, se visualizó como un componente muy importante, y al ser un área tan importante, debe buscarse mecanismos de inversión continua.

Aprendizajes para mejorar prácticas

- Dar continuidad a las estrategias de participación de la sociedad civil, y no solo al inicio y promover la disponibilidad de recursos del municipio para iniciativas de movilización social. Ello requiere estudiar opciones con presupuesto participativo para mayor sostenibilidad.

- Considerar a los los/las adolescentes como sujetos implica que deben tener un rol central en los procesos desde el inicio y en todas sus etapas, involucrando organizaciones que representen los intereses de los jóvenes. Además, promover el involucramiento de los adolescentes varones es central a este tipo de iniciativas.

- Contar con estrategias de sostenibilidad y transferencia. Siempre preguntarse ¿Qué se transfiere? ¿Es necesario hacer la transferencia como un paquete? ¿Cuáles sería las consecuencias si no se transfiere el proyecto en su integralidad? ¿A quienes se transfiere? ¿Cuál es rol del Estado en las transferencias? ¿Qué condiciones se requieren que tengan las instituciones a las cuales se les transfiere la experiencia? Tiene que permanecer una unidad coordinadora del proyecto para hacer la transición en los cambios de administración y plantear las estrategias de sostenibilidad y transferencia planteadas en el documento. Incorporar un eje de análisis de costo/beneficio y una estrategia de ampliación a escala.

- Desarrollar estrategias que aseguren la apropiación no sólo de las instituciones, sino también de la sociedad civil (adolescentes, familias, profesores, ONGs) incorporando estrategias de coordinación y buscar la

co-responsabilidad con el sector educativo. Actualmente se presenta esta oportunidad con la existencia de los Centros de Interés Creativo en instituciones educativas que incorporan el programa de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía, ejecutado por METROSALUD. Se hace necesario dar seguimiento a este tipo de iniciativas.

- Asegurar el enfoque integral en SSR que incluya acciones en prevención y manejo de VIH, ITS, educación para la sexualidad, la perspectiva de derechos y construcción de ciudadanía.

- La capacitación a los proveedores de salud debe ser continua e integral y con un componente de evaluación permanente y asegurar que el personal capacitado, sean actores centrales en la diseminación de prácticas y experiencia de trabajo con adolescentes, debe formar parte de la transferencia y en la continuidad del proceso.

- Asegurar el monitoreo continuo de la calidad de la atención de los servicios, con indicadores de seguimiento y evaluación integrales (cuanti-cualitativas).

- Desarrollar estrategias continuas de abogacía en todos los ámbitos: tomadores de decisiones, beneficiarios, instituciones y asesores de campaña en los planes de gobierno de candidatos políticos.

- Fortalecer la continuidad de redes sociales como la Red de Prevención del Embarazo adolescente incluyendo adolescentes, como

un mecanismo abierto no competitivo de colaboración que permita hacerle el seguimiento a los compromisos y procesos, hacer veeduría, compartir recursos, preferiblemente liderado por organizaciones de la sociedad civil sin interés comercial para hacer seguimiento.

- La institucionalización (o continuidad) es uno de los mayores efectos que tuvo el proyecto, esta se consigue a través de la satisfacción de necesidades sentidas de la comunidad (jóvenes y sus familias), del reconocimiento de la necesidad de mantener las actividades del proyecto por parte de las autoridades y las comunidades. Actualmente, este reconocimiento se refleja en el fortalecimiento de los servicios de atención a los/las adolescentes y jóvenes.

- La construcción del diálogo social a través de la voluntad política y la concertación de los actores, la participación del sector público, privado, la sociedad civil expresada en organizaciones de mujeres, redes sociales, la academia, fueron pilares centrales tanto la ejecución del proyecto como su continuidad.

- Asegurar la participación ciudadana de madres y padres como apoyo para una toma adecuada de decisiones en salud y derechos y deberes en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. Se hace necesario mayor atención al involucramiento del entorno familiar de los/las adolescentes y jóvenes, no se cuenta con mucha información al respecto en la documentación del proyecto.

VII. RECOMENDACIONES

- El enfoque y filosofía del proyecto se valora como muy positivo. La generación de mecanismos institucionales para enfrentar los desafíos en términos de sostenibilidad y costo relacionados a la atención integral y participación de los/las adolescentes debe ser tomado en cuenta en los procesos de transferencia de este tipo de iniciativas que debe incluir presupuestos asignados en los planes de las comunidades interesadas en mantener este abordaje.
- El diseño e implementación de las actividades de evaluación debe tomar en cuenta no solo la temporalidad de los periodos de ejecución del proyecto, sino también diseños metodológicos adecuados que permitan medir con mayor validez los cambios atribuibles o no a las intervenciones implementada
- Si bien se reconoce la continuidad de los servicios amigables para adolescentes en METROSALUD, también se observa que la transferencia o la réplica deja varias intervenciones de lado. Pareciera que METROSALUD ha concentrado sus esfuerzos en la oferta y no en la demanda. METROSALUD reconoce que el tema es complejo y hay retos especialmente en el área financiera, dentro del sector salud y la articulación intersectorial. Se requieren de innovaciones para continuar o fortalecer el proyecto, entre ellos generar una cultura institucional favorable a los y las adolescentes, a través de una atención integral, más allá de la SSR.
- Para futuros proyectos o iniciativas, se debe establecer que los equipos conductores de los proyectos formen parte de la planta de

personal regular de la institución ejecutora y contemplar recursos para su permanencia por un tiempo adicional, más allá de la fecha de conclusión del proyecto, y así facilitar el establecimiento de mecanismos hacia una transferencia regulada.

- En el aspecto de provisión de anticonceptivos, contar con un servicio de consejería además de asegurar una amplia gama de métodos disponibles, ya que es el que garantiza la libre elección de métodos anticonceptivos, ambos son aspectos importantes de la calidad de atención y del enfoque de derechos. Si bien los implantes subdérmicos son una alternativa adecuada para las adolescentes, no hay que perder de vista la premisa anterior. Es recomendable hacer énfasis en la doble protección, y poner a disposición la anticoncepción de emergencia, especialmente por el contexto socio-cultural donde viven los y las adolescentes beneficiarios de este programa.
- En general las/los entrevistados otorgan un rol importante a la Secretaria de Salud de Medellín, especialmente a METROSALUD y a los/las consultores, pero no fue posible identificar claramente cuál es el rol que cumplen otros actores de la sociedad civil (padres, adolescentes, maestros, entre otros) dando la impresión de ser un proyecto con fuerte carga institucional y poco peso en la movilización social.
- Las campañas de comunicación masiva tuvo varios aciertos. Lo que destaca es que esta campaña hizo que varios actores tanto de las instituciones como de la sociedad civil, "hablaran" del tema, así como se establecieron

diálogos sobre el embarazo adolescente y los aspectos más importantes para su prevención. La agenda de la prevención penetró las instituciones no solo de salud sino también de educación.

- Es importante evaluar si el modelo de capacitación tal y como se implementó fue el adecuado para los/las proveedores de salud de servicios para adolescentes. En este marco, si bien la capacitación fue calificada como buena, se observó que el programa de capacitación adoleció de un componente de evaluación continua. Como futura referencia es importante contar con todas las especificidades del programa, especialmente para réplicas posteriores. Por ejemplo, algunos módulos presentan bibliografía general, no obstante no hay referencia a fuentes o evidencias científicas más reconocidas. Si bien se consideran algunas dinámicas utilizadas para generar discusión, no se explica cómo se transmiten los contenidos teóricos. El informe final no describe el programa de capacitación que explicita los objetivos de cada módulo, las metodologías para cada contenido, las competencias a ser desarrolladas, así como los referentes teóricos tanto de la educación de adultos como de la SSR. No se habla de cuáles fueron las evidencias o referentes internacionales probados de metodología de capacitación. En cuanto a los materiales es necesario conocer si fueron suficientes y adecuados los contenidos, materiales de capacitación, comunicación y otros relacionados con la metodología.

- La violencia en todas sus formas, pero sobre todo, la violencia sexual contra la mujer, y el uso de sustancias psicoactivas son temas que emergen como estructurales y que afecta a los/las adolescentes. Tomar en cuenta este contexto es importante en los abordajes de esta problemática.

- Enfatizar el trabajo con las familias. Las familias son fuente de apoyo pero también de violencia y conflictos con los/las adolescentes.

Existen iniciativas en este tema, promovidas por la OPS/OMS.

- Asegurar la continuidad de las estrategias de participación social con el involucramiento efectivo de los/las adolescentes en todas sus etapas. Legitimar la participación de la sociedad civil en los programas de prevención de embarazo adolescentes, es esencial, incluyendo adolescentes.

- Se recomienda estudiar los dos modelos ejecutados (proyecto inicial y proyecto transferido) con el objetivo de analizar las similitudes y diferencias, e identificar recomendaciones puntuales de ambos procesos. En la primera fase del proyecto, el financiamiento provenía de recursos externos y en la actualidad los fondos provienen de la red pública de salud. Sin embargo, en el modelo actual, las actividades de prevención y promoción se diluyen y están básicamente concentradas en la provisión de servicios de salud. Los procesos de sistematización periódica incluyendo la producción de informes regulares, también forma parte de los productos del proyecto, ya que contribuyen sustantivamente a la generación sistematizada de aprendizajes y conocimientos.

- Los programas de capacitación a proveedores de salud deben incluir otros aspectos que provienen del entorno social de los/las adolescentes que acuden a sus servicios. Incluir aspectos de prevención de la violencia, cuestiones de igualdad y equidad género, y autoestima en los contenidos es recomendable. Así mismo, incluir estrategias de motivación y no solo capacitación a los/las proveedores/as.

- Fortalecer la estrategia de circuitos pedagógicos y de la realización de los videos y no desaprovechar la experiencia. Incluir la violencia como tema central de reflexión y educación.

- Desarrollar sistemas de monitoreo de la calidad, que incluya estándares e indicadores de la provisión de servicios, con análisis de género y derechos.

- Es importante revisar el tema de acceso a los/las adolescentes al parecer hay dos restricciones que excluyen a las adolescentes que van a los servicios: 1. Los/las adolescentes que pertenecen a aseguradoras que no tienen contrato con METROSALUD, no pueden ser atendidos. 2. Deben buscar cita por teléfono, no les dan inmediatamente y deben esperar a que se cancele una cita si necesitan atención inmediata. Estos dos elementos promueven barreras al acceso y amenazan no solo el acceso, sino también la calidad de los servicios y el derecho a la salud.

- Si bien hay un reconocimiento de la sexualidad juvenil, es claro que dicho reconocimiento tiene lugar más desde las NECESIDADES que desde los DERECHOS. Para esto se hace necesario mantener el enfoque de igualdad género, respeto a la diversidad, y continuar los esfuerzos y enfatizar más en el involucramiento de los jóvenes y su participación. Esto implica que el programa debe apuntar a ir, más allá de la oferta de servicios de anticoncepción y transitar hacia el pleno reconocimiento de los derechos de los/las jóvenes a la educación a la participación, a ser informados y a recibir servicios de calidad desde una perspectiva del ejercicio responsable de la sexualidad.

- Los/las profesionales seleccionados para dejar una capacidad instalada deben tener conocimiento y actitudes que les permitan reconocer el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes como parte natural de su desarrollo y como un derecho. Las capacitaciones cortas (20 horas) están orientadas a cambios instrumentales pero no permiten un cambio a nivel de competencias, actitudes y de prácticas profesionales y patrones culturales. Por ejemplo, construir una mirada de derechos que comprenda y acepte la sexualidad como parte de los procesos de expresión y desarrollo de un sujeto, esto va más allá de una capacitación puntual. Los actores/as clave recomiendan la incorporación de la capacitación en el currículo universitario con supervisión continua.

- La participación de los jóvenes no se puede reducir al uso de los servicios o a la facilitación de medios pedagógicos sino que requiere de un componente específico y un enfoque explícito de participación que implique la toma de decisiones y el ejercicio efectivo de los derechos como marco de apropiación de una sexualidad sana placentera normal, apreciada, deseable y necesaria. Es importante insistir en que los procesos de educación sexual en los colegios tengan enfoques participativos como parte del currículo y con apoyo de actividades extra-curriculares y vínculos con los servicios de salud.

- Es recomendable que el diseño de un proyecto de esta magnitud considere como un objetivo el de la gestión. En el *nivel externo* implica la conformación de *Alianzas estratégicas* de carácter intersectorial, con instituciones, redes y/o personas de la sociedad civil y la academia. En *nivel interno*, asegure la continuidad y uso de las herramientas generadas por el proyecto como Por Ej. el Sistema de Información adaptado del CLAP/OPS, para el monitoreo regular de los servicios para los/las adolescentes, y la medición de la efectividad de las intervenciones en curso.

- Con relación a la institucionalidad y por la naturaleza de este tipo de proyectos que plantea cambios en actitudes, conductas y comportamientos con relación a la SSR; estos cambios demandan intervenciones intersectoriales de largo plazo, que exigen de su institucionalización. Hubiese sido beneficioso para el proyecto la articulación desde el inicio con el Ministerio de la Protección Social en el marco de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, a pesar de esto una vez concluido Sol y Luna se dio inicio al Programa de Servicios Amigables desarrollando ambos componentes. A partir del año 2010, y en parte debido a la gran demanda de usuarios/os, las/los enfermeras/os asumen exclusivamente el componente asistencial y con el apoyo de la secretaria de salud y de la secretaria de educación se está ejecutando un

proyecto en 60 instituciones educativas que tiene como finalidad fortalecer e implementar los proyectos de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía a través de la creación de centros de interés creativos. Este trabajo permite hacer "proceso" con los/las participantes a diferencia de las actividades puntuales.

Uno de los elementos más sobresalientes del Proyecto Sol y Luna fue la sinergia resultante de la voluntad política y el involucramiento de múltiples actores (academia, sector público, red de prevención del embarazo en adolescentes, sociedad civil) que posicionó el tema en la agenda pública. Se logró, por una parte, visibilizar la problemática del embarazo del adolescente como un factor determinante de la pobreza; el reconocimiento social de la sexualidad adolescente como un derecho, y por otro lado, la posibilidad de dar respuesta a necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva de esta población, trascendiendo de un proyecto piloto a un programa de escala en la red METROSALUD.

a) La línea de base del 2006 demostró que existía una alta demanda insatisfecha de servicios de consejería y anticoncepción en las comunas más pobres de Medellín. La población joven estaba invisibilizada por la red pública de salud, específicamente en el acceso y uso de los servicios. La disponibilidad de los servicios diferenciados, la cercanía de los mismos, la eliminación de la barrera económica, la oferta de métodos anticonceptivos, la disponibilidad de recursos humanos capacitados, entre otros, tuvo implicaciones importantes en el mejoramiento del acceso y uso de servicios por parte de los adolescentes, como se observa en el registro de consultas presentado por ANEC (2007) y el estudio llevado a cabo por NACER (2008) sobre la caracterización de la población adolescente atendida en los consultorios de Sol y Luna.

VIII. CONCLUSIONES

b) La violencia en todas sus formas, pero sobre todo, la violencia sexual contra la mujer y el uso de sustancias psicoactivas son temas que emergen como estructurales y que afectan a los/las adolescentes. De un total de 3884 historias clínicas revisadas, 191 (3874) correspondieron a un 4,9% mujeres reportaron haber sido víctimas de abuso sexual y de 10 historias de jóvenes entre 10-19 años, 2 reportaron haber sido víctimas de abuso sexual correspondiendo al 20% del total de hombres. Estos datos evidencian la necesidad de fortalecer los servicios con asesoría y atención sobre violencia sexual física y psicología y obliga además a tomar medidas más integrales para abordar esta problemática, como la interacción con los padres de familia y los profesores de las escuelas y colegios para tratar de prevenir esta situación.

c) El proyecto ofertó una gama amplia de métodos anticonceptivos a los/las adolescentes. Es importante resaltar que el implante sub-dérmico Jadelle® formó parte de la oferta de servicios de anticonceptivos y tuvo una demanda importante. Otros resultados fueron anovulatorios orales combinados 14,4%, implante subdérmico 12,6%, preparado parenteral mensual 7,2% inyectable trimestral 4,7%, y dispositivo intrauterino 0,8% (Zuleta 2008) El condón fue un método que mostró comportamientos irregulares en su uso, pues un 20,6% siempre lo emplea, un 47,3% lo hace solo a veces y un 26,3% nunca lo emplean. Adicionalmente se encuentra que de aquellos 813 que reconocen tener varias

parejas, el 18,5% (150) informan que nunca lo usan, el 60,6 % (493) lo usan solo a veces y solo el 20,9% (170) lo emplean siempre.

d) Lo anterior muestra que es necesario mejorar la oferta amplia de métodos anticonceptivos y el uso correcto del condón. La doble protección es uno de los aspectos fundamentales a ser reforzada a nivel de la consejería y sensibilización y abogacía. Los y las adolescentes siguen asumiendo el riesgo, lo que se resalta cuando se aprecia que quienes menos lo emplean son los que reconocen tener mayor número de parejas. Al respecto del empleo del preservativo como método único de planificación, es importante tener en cuenta su alto porcentaje de fallas. Este aspecto es repetitivo en múltiples estudios publicados donde se encuentran porcentajes de uso tan bajos como 35% y máximos de 65%. El proyecto suministró un número importante de preservativos y enfatizó en la importancia de la doble protección, tanto en las asesorías personales como colectivas.

e) Es importante resaltar que a los servicios también acudieron adolescentes que no eran sexualmente activos/as aunque en un porcentaje bajo de 0.33%. De la misma manera tres mil cuatrocientos sesenta y nueve adolescentes (88%) manifestaron que tenían necesidades de mayor información sobre sexualidad lo que señala la importancia para los/las adolescentes de acceder a información adecuada y correcta. Se aprecia la necesidad de aumentar la información a pesar de las campañas y programas que diariamente se realizaron sobre el tema. El proyecto desarrolló múltiples actividades con metodologías variadas para aportar al conocimiento de las diferentes alternativas de anticoncepción y contribuir a llenar este vacío de información.

f) Como se mencionó los servicios diferenciados enfatizaron la anticoncepción, y no hubo suficiente énfasis en prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA. Únicamente 112

(2,8%) reportaron antecedente de alguna infección de transmisión sexual. No se tuvo dato del 4,6%. Se realizaron 2 034 pruebas de VIH y se realizaron 191 remisiones al médico con diagnóstico de infección actual de transmisión sexual.

g) Un importante factor a resaltar es el alto porcentaje de adolescentes mujeres en la consulta. Los adolescentes hombres participaron en un 2%. Esto debe generar otros mecanismos para asegurar el involucramiento de los adolescentes hombres en este tipo de proyectos. Un programa asumido como de asesoría, acompañamiento y educación debería contar con más hombres y si adicionalmente se tiene en cuenta que también se estaba trabajando con infecciones de transmisión sexual se puede concluir que es necesario mejorar las estrategias de difusión para ampliar la cobertura a ellos. También es importante tener en cuenta la presencia del compañero en la consulta, estudios publicados han demostrado como el hecho de incentivar y permitir su participación en la selección del método mejora la adherencia al método. En el proyecto los varones hicieron parte importante de las actividades programadas por fuera de la consulta: charlas, talleres, visitas y otras actividades.

h) La evidencia disponible muestra que la educación sexual no incrementa la actividad sexual. En países desarrollados (Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Francia, Suiza) no se aprecia una relación directamente proporcional entre el nivel de actividad y la edad de inicio de la vida sexual y el embarazo en la adolescencia, en cambio aspectos como la falta de uso de los métodos de planificación o el menor empleo de los métodos más efectivos, la falta de aseguramiento en salud, las condiciones familiares desfavorables, la falta de actitudes de apoyo y de apertura hacia la sexualidad, la falta de promoción en educación sexual (y no de la abstinencia sexual) y el no empleo de los medios de comunicación al servicio de la promoción de comportamientos sexuales positivos

sí tienen una influencia directa sobre la ocurrencia de estos embarazos. El proyecto Sol y Luna, no solo contribuyó en estos aspectos, sino en otros que marcan diferencia incluso en estos países desarrollados por ejemplo: la falta de acceso a los servicios, la falta de privacidad y exclusividad de los servicios de anticoncepción y la dificultad para la consecución de los diferentes métodos. Obviamente el impacto no se puede medir en el corto plazo y se debe garantizar la continuidad de las actividades si se quiere obtener el resultado esperado.

i) El haber incluido el componente de evaluación como uno de los pilares del proyecto, se reconoce como un factor muy positivo del modelo de Sol y Luna, ya que generalmente la inversión en componentes de evaluación, tanto cualitativo como de impacto, es mínimo. La necesidad de cerrar la brecha de conocimiento actual sobre la efectividad de intervenciones de prevención de embarazo adolescente en estos contextos es crucial. De acuerdo a la revisión del reporte de evaluación cuantitativa, se verificó la presencia de algunas limitaciones reportadas por el grupo investigador, como fue la pérdida importante de sujetos en el seguimiento tanto en el grupo de intervención como en ambos grupos control, que conllevó al reemplazo por nuevos sujetos, esto último introduce variabilidad a la muestra. Así mismo, no fue posible acceder a la información relacionada a las causas de pérdidas de los sujetos. Estas limitaciones reducen la validez interna del estudio y la capacidad de determinar la efectividad de la intervención.

j) La ESE METROSALUD incorporó en su red de prestación, los servicios creados por el Proyecto Sol y Luna asegurando la continuidad e institucionalidad del proyecto. Sin embargo, en el proceso de transferencia, no todas las intervenciones fueron asimiladas y las acciones destinadas a fortalecer la demanda (educación, sensibilización, redes de usuarios, entre otras) no fueron incorporadas por la institución. El gerente de METROSALUD reconoció que el

tema es complejo y hay retos por asumir, ya que estas intervenciones no están financiadas por el sistema de salud y por lo tanto requieren de innovaciones para continuar con los esfuerzos de fortalecimiento de la demanda. También se identificó la necesidad de consolidar la cultura institucional para que sea favorable a los adolescentes incluyendo acciones que garanticen el nexo y la referencia con y a otros servicios.

k) En general las/los entrevistados otorgan un rol importante a la Secretaría de salud, a METROSALUD y a las consultorías que se realizaron, pero no logro identificar claramente cuál fue el rol que cumplió la sociedad civil (padres, adolescentes, maestros) dando la impresión de ser un proyecto con fuerte carga institucional y poco peso en la movilización social.

l) Las campañas de comunicación masiva tuvo aciertos como la de visibilizar el embarazo adolescente como un problema de salud pública y hacer conciencia del rol de la sociedad civil en este problema, pero también tuvo desaciertos entre los cuales resalta un enfoque no adecuado hacia los sectores conservadores de la población (algunos sectores de las clases altas, formadores de opinión, iglesia, entre otros), quienes mostraron resistencia desvalorizando los mensajes y restando apoyo a las actividades educativas. Empero, es evidente que la comunicación y sensibilización masiva siguen siendo estrategias necesarias de abogacía y movilización social, lo que se tiene que cuidar son los enfoques, mensajes y contenidos.

m) La capacitación continua y actualizada a proveedores/as de salud es una estrategia fundamental para garantizar que la provisión de servicios sea alta calidad. En el PSL, no se pudo visualizar en el programa los objetivos y la didáctica para cada uno de los módulos, tampoco se especifica el abordaje utilizado en el marco general de la capacitación y no

se incorporó en el informe, el marco pedagógico utilizado. Algunos módulos presentan bibliografía general, no hay referencia a fuentes o evidencias científicas reconocidas, y algunas referencias no corresponde a bibliografía científica. Si bien, se consideran algunas dinámicas utilizadas para generar la discusión, no se explica cómo se transmiten los contenidos teóricos. Se habla en general del número de proveedores de salud que participaron pero no se hace referencia a su profesión (enfermeras o médicos/as). No se cuenta con información y con soporte cualitativo y cuantitativo sobre si los resultados de la capacitación fortalecieron la oferta y demanda de los servicios de salud.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud Medellín (2008) Plan Municipal de Salud 2008-2011. Medellín: SSM.
- Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud Medellín (2004) Plan local de salud: Municipio de Medellín 2004 – 2007[Multimedia]. Medellín: SSM.
- Asesorías y Soluciones Integrales A y S (2008) *Sistematización de la experiencia: Circuitos Pedagógicos por la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes de las comunas 1, 2, 3 y 4 del municipio de Medellín*. Medellín: A y S.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2005) Plan De Operaciones. Colombia.
- Care International (2008) "Overcoming lost childhoods: Lessons learned from the rehabilitation and reintegration of former child soldiers in Colombia". [<http://www.ycareinternational.org/?lid=1375>.] Consultada en febrero de 2010.
- CEEAL – PERU (1992) *¿Y cómo lo hace? Propuesta de método de sistematización*. Taller Permanente de sistematización. Lima.
- CEPAL/UNICEF (2007): "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe". En: *Desafíos*. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 4, enero. Naciones Unidas.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. (2005) "Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study" *Am J Obstet Gynecol*. 2Feb192(2):342-9.
- Consejería Presidencial para la Política Social (2002) *Política social, pobreza y desarrollo*. Vol. 1. p. 190.
- Consejo Nacional de Política Social (2005). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015: Conpes Social 91*. Bogotá D.C.: Departamento Nacional de Planeación.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2008) "Colombia, Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020". [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf] Consultada en marzo de 2008.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. [<http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>].
- Family Care International- FCI (2008) "Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente: Marco conceptual" – Documento de trabajo. Octubre 27. Formato digital.
- Gallo, N (2008) *Estado del Arte de las Investigaciones en Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en embarazo adolescente, Medellín 2000 a 2007*. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín.
- Guzmán, J.M. et al. (2001) *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México.
- Harris, M. B., & Allgood, J. G (2009) "Adolescent pregnancy prevention: Choosing an effective program that fits". *Children and Youth Services Review* doi:10.1016/j.childyouth.2009.06.002.
- Ministerio de Educación Nacional y UNFPA (2008) "Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía". [Power Point] Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Ministerio de la Protección Social y OPS (2005) "Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2005".

- Ministerio de la Protección Social (2004) "Resumen de situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes del país". [Power Point].
- Naciones Unidas (sf) "Las cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer, 1975 a 1995: Una perspectiva histórica" [<http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>]
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (2009) Situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina. Lima: ORAS –CONHU
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2008) 48.o Consejo Directivo 60.a Sesión del Comité Regional. Resolución cd48.r5 Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes
- Pedraza, A. C. (2008) "El mercado laboral de los jóvenes y las jóvenes de Colombia: realidades y respuestas políticas actuales". *Rev.latinam.cienc.soc.niñez juv* 6(2): 853-884 [<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/Vol6/No.%202/Elmercadolaboral.pdf>,pg 867-868.]
- PROFAMILA Et. al. (2005) *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.
- Restrepo, O. L. (2009) "¿Qué deberíamos hacer las agremiaciones médico científicas frente a este problema?". [Power Point] Medellín: Universidad de Antioquia.
- REPROLATINA (2004) Modulo de Capacitación 2 y 6. Revisando Conceptos de Salud. La Calidad de la Atención.
- Rodríguez, J. (2008) "Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial?". Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna – Econometría (2009) *Análisis de las bases de datos de la evaluación de impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes en Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES (2008a) *Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín*. Fase Cualitativa. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES (2008b) *Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín*. Fase Cuantitativa. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008c) "Informe final consultoría CONSENSOS". Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES (2008d) *Informe de Capacitación al Personal de METROSALUD*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008e) *Capacitación al Personal de METROSALUD. Módulo 1: Sensibilización al tema Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008f) *Capacitación al Personal de METROSALUD. Módulo 2: Salud Sexual*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008g) *Capacitación al Personal de METROSALUD. Módulo 3: Asesoría en Anticoncepción para Médicos/as y Enfermeras/os*. Medellín: Alcaldía de Medellín.

- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008h) *Capacitación al Personal de METROSALUD. Módulo 4: Calidad de Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008i) *Capacitación al Personal de METROSALUD. Módulo 5: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2008j) *Foros salud sexual y reproductiva en adolescentes en Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – CONTEXTO (2008k) *Informe Campaña de Comunicación Sexo a lo Bien*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna (2007a) "Actividades centros de salud sexual y reproductiva". *Informe*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín (2007b) *Proyecto Sol y Luna*. Medellín: Alcaldía de Medellín
- Secretaría de Salud de Medellín – Proyecto Sol y Luna - ASCODES (2006) *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín -Línea de base*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín (2006) *Planeación Municipal IDH 2006*.
- Sistema de información para la vigilancia en salud pública (SIVIGILA) reporte 2008
- UNFPA (2007) *Análisis de Situación del Embarazo Adolescente en la Región Andina*. México: UNFPA.
- Universidad de Antioquia – NACER (2008) *Caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual del proyecto Sol y Luna*. Medellín: Universidad de Antioquia – NACER.
- Van de Velde, H. (2008) *Sistematización: Texto de consulta y referencia*. Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica. Nicaragua: CICAP
- World Health Organization (2006) *Pregnant adolescents, delivering on global promises of hope*. Geneva- Switzerland.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2007) *The WHO strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Yopo, B. (1998) *La noción del concepto de sistematización*. Nicaragua: UNICEF.
- Zapata, MA y Segura, AM (2008) *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia: investigación comparativa 2003-2007* [http://www.esecarisma.gov.co/comitedep/www/download/investigacion_drogas_antioquia.pdf]

ANEXOS AL INFORME FINAL

1. Anexo1: Matriz de reconstrucción histórica

Matriz: Reconstrucción Histórica

1. Datos básicos

1. 1 Nombre / Título del proyecto:

Sol y Luna, Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín – Colombia.

Logo:



1. 2 Entidad/es que desarrollaron el proyecto:

- Secretaria General de Medellín, ente coordinador y ejecutor.
- Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP), responsable de facilitar la ejecución del proyecto, en coordinación con la Secretaría de Salud Municipal.
- Red de Prevención del Embarazo, asesor permanente a las diferentes actividades del proyecto.

1. 3 Persona/s responsable/s (indicar nombre, puesto y entidad que representa)

- Personas de contacto: Sergio Fajardo V. – Alcalde de Medellín., Lucrecia Ramírez R. – Primera Mujer de Medellín.
- Responsables del proyecto: Lucrecia Ramírez, Primer Mujer de Medellín, Alcaldía de Medellín

1. 4 Período de ejecución:

Noviembre 2006 a Marzo 2008

1. 5 Localización geográfica:

Comunas uno, dos, tres y cuatro, en los barrios Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez de la ciudad de Medellín – Colombia.

1. 6 Público meta con el que se desarrolló la experiencia:

- Población central: adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años.
- Redes sociales: Padres, madres de familias de los adolescentes; profesores-as de unidades educativas de las zonas de estudio.
- Servicios de salud: proveedores/as de salud sexual y reproductiva

2. Resumen ejecutivo

Se trató de un proyecto para la prevención del embarazo adolescente en Comunas populares de Medellín con índices de pobreza, marginalidad y exclusión social, aunque con diversos estratos sociales (1,2, 3) presentes. Estas Comunas fueron: Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez. La población objetivo fue la población adolescente entre 10 a 19 años.

El proyecto se inscribió en el propósito general del Programa de SSR de Medellín que busca generar cambios en las conductas, actitudes y comportamientos con relación a la SSR en los adolescentes. El objetivo fue reducir en 25% la tasa de embarazo adolescente y mejorar el conocimiento de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva e ITS.

Las estrategias de intervención estuvieron orientadas a mejorar la oferta y la demanda mediante actividades de implementación de servicios diferenciados para el/la adolescente, capacitación a proveedores de salud, línea telefónica abierta para responder a necesidades de SSR de los/las adolescentes, establecimiento de una página Web, campañas masivas de sensibilización e información en SSR, acciones en las escuelas incorporando contenidos de SSR en la educación y capacitación a jóvenes. Adicionalmente incluyó actividades de discusión y sensibilización a padres de familia y profesores. Todas las acciones fueron monitoreadas y evaluadas.

El proyecto tuvo una duración de dos años. Los resultados en general muestran una reducción de la tasa de embarazo respecto a la línea base, mayor información y conocimientos sobre SSR principalmente MAC, ITS y VIH/SIDA, mayor acercamiento a los servicios de SSR y mejoras en las relaciones con los/las adultos. No obstante, no se observaron cambios en comportamientos y actitudes frente a temas que tienen que ver con el empoderamiento, autonomía, equidad de género. Todavía se sigue observando que las relaciones de poder y los estereotipos siguen influenciando de manera negativa la SSR de los/las adolescentes principalmente de las mujeres.

3. Desarrollo de la experiencia

	Descripción	Fuentes de información
<p>3.1 Antecedentes, problema y contexto: ¿Cuál era la situación inicial antes de la intervención?</p>	<p><u>Problemática general</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Morbimortalidad está asociada a la violencia. • Heterogeneidad poblacional por razones del desplazamiento por la violencia • Altos índices de violencia intrafamiliar • Población adolescente en crecimiento y en condiciones de vulnerabilidad • Problemáticas de SSR en adolescentes: embarazo adolescente, ITS, aborto y violencia sexual • Causas estructurales: Marginalidad económica y social, violencia, exclusión social de los adolescentes • Causas individuales: estereotipos e inequidades de género, estereotipos de la maternidad y paternidad, baja autoestima sobre todo en la mujer, • Causas institucionales: desintegración familiar, comunicación intergeneracional, marginalidad y exclusión de servicios de salud, escuela y otras instituciones, oferta débil de orientación y servicios de SSR, desconocimiento de derechos SSR. • VIH/SIDA problema en aumento • Oferta de servicios de salud no diferenciada para adolescentes <p><u>Problemática específica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medellín con una de las tasas específicas más altas de embarazo adolescente: 21,6% • Tasas más altas en las comunas de estudio • Tasas de VIH/SIDA tercera en todo el país • Oferta de servicios de salud no diferenciada para adolescentes. • Existencia de programas sociales con debilidades en: desarticulados, no sostenibles, orientaciones religiosas y biologicistas, escasa evaluación, falta de sistematización de experiencias y poca información sobre impacto, logros y lecciones aprendidas • Comunas de estudio ubicadas en zonas pobres urbano marginales, limitado acceso a salud, nutrición y educación, violencia intrafamiliar, sexual y de género 	<p>Estado del Arte de las Investigaciones en SSR 2000 a 2007. Línea de Base 2006 Informe proyecto Sol y Luna</p>

	Descripción	Fuentes de información
	<p><u>Línea de Base</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de incidencia de embarazo mayor en el grupo de estudio que en los otros grupos con una incidencia de embarazo de 93 jóvenes por cada 1000 entre 10 y 19 años en la población. 4,8% de mujeres embarazadas en el momento de la encuesta Uno de cinco no utilizaba MAC. Alto conocimiento sobre MAC pero Creencias y mitos frente a los mismos. Menos de 2% reportó haber tenido una ITS. Alto conocimiento sobre VIH/SIDA y sus formas de protección. Uno de cada tres adolescentes tuvo un relación sexual. 14 años es la edad promedio inicio de la primera relación sexual. Fuentes de información en orden de importancia: Padres (MAC) profesores (ITS) Medios de comunicación, farmacias, instituciones en salud. Uno de cada cinco mencionó tener una consulta en SSR. El promedio de vistas a un servicio de salud ha sido dos veces y nueve de cada 10 que han asistido han recibido información sobre MAC. Desconfianza en los servicios de salud aunada a un sentimiento de exclusión social en salud. Conductas sancionadoras por parte de los/las adultos/as hacia embarazo adolescente y sexualidad de los adolescentes Choque intergeneracional entre adolescentes y sus padres en relación a valores y comportamientos sobre SSR Inequidad de género expresada en relaciones de poder desfavorables a las mujeres: embarazo temprano, ITS y violencia sexual y simbólica. 	
<p>3.2 Objetivo ¿Qué objetivos se plantearon y cuales las acciones para resolverlos?</p>	<p>El objetivo fue reducir en 25% la tasa de embarazo adolescente y mejorar el conocimiento de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva e ITS.</p> <p><u>Acciones</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la oferta de red pública. Movilización social y sensibilización Investigación, monitoreo y evaluación. <p>Actividades específicas: Las actividades específicas se orientaron a fortalecer la oferta y la demanda de servicios de anticoncepción, promover la equidad de género, desarrollar la investigación, promover la movilización social y la comunicación sobre SSR. c</p>	<p>Plan de operaciones Colombia, 23 de noviembre del 2005 BID. Informe proyecto Sol y Luna</p>

	Descripción	Fuentes de información
<p>3.3 Actores involucrados ¿Quiénes participaron en las distintas etapas del proyecto?</p>	<p><u>Diseño:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad Coordinadora del Proyecto vinculada a la Secretaria de Salud de Medellín como agencia ejecutora Red de prevención de embarazo adolescente Adolescentes <p><u>Implementación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad Coordinadora del Proyecto vinculada a la Secretaria de Salud de Medellín como agencia ejecutora Consultoras especializadas <p><u>Monitoreo y evaluación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad Coordinadora del Proyecto vinculada a la Secretaria de Salud de Medellín como agencia ejecutora Consultoras especializadas 	<p>Plan de operaciones Colombia, 23 de noviembre del 2005 BID. Estado y situación de los productos del proyecto. Informe proyecto Sol y Luna</p>
<p>3.4 Acciones desarrolladas. ¿Cuáles fueron las principales acciones llevadas a cabo?</p>	<p>Componente 1: Fortalecimiento de la oferta</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacitación en SSR para los proveedores de servicios de METROSALUD. Campaña para la comunidad educativa del área de intervención, en salud sexual y reproductiva. Servicios innovadores de SSR para adolescentes, prestados por Enfermera Profesional, en el área de intervención. Línea telefónica para atender problemas de SSR. <p>Componente 2: Movilización masiva y sensibilización:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campaña de Medios Masivos Dirigida a la ciudadanía en general. Diseño y puesta a funcionar de página WEB en SSR Formación de formadores de opinión <p>Componente 3: Investigación, monitoreo y evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> Línea de base sobre SSR de adolescentes Difusión de resultados Seminario con actores claves Evaluación de impacto Monitoreo de la Unidad Coordinadora Líneas de investigación sobre SSR 	<p>Plan de operaciones Colombia, 23 de noviembre del 2005 BID. Sistematización de la experiencia: Circuitos Pedagógicos. Línea de Base 2006 Informe sobre Capacitación de evaluación de impacto de campaña de comunicación y sensibilización Estado y situación de los productos del proyecto. Informe proyecto Sol y Luna</p>
<p>3.5 Enfoques y metodología ¿Cómo se oriento el proyecto?</p>	<p>Planteó una visión holística y participativa. Se basó en los enfoques de: Derechos de la sexualidad adolescente. Reconocimiento de la sexualidad adolescente por parte de los adultos. Empoderamiento. Equidad de Género. Se enmarcó en: los lineamientos internacionales sobre SSR de los Adolescentes. Las Metas del Milenio de las Naciones Unidas y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2002 - 2006). Cada componente desarrollo una metodología específica.</p>	<p>Fuentes de verificación Plan de operaciones Colombia, 23 de noviembre del 2005 BID. Informe proyecto Sol y Luna</p>

	Descripción	Fuentes de información
3.6 Logros o resultados (cualitativos y cuantitativos)	<ul style="list-style-type: none"> Disminución del 5,6% la tasa de embarazo adolescente con respecto a la línea de base. La edad de inicio de relaciones sexuales continuó en los 14 años. En general los/las adolescentes tiene unos adecuados conocimientos sobre sus derechos en SSR. Las relaciones entre adolescentes y adultos presentaron una mejoría. Creencias y actitudes de los/las adultos/as frente a la SSR mostró ser más comprensible y respetuosa. Mayor confianza en los MAC Aumento en el uso de MAC como protección para una relación sexual: cinco de cada 10 jóvenes usaron algún anticonceptivo. Las mujeres usaron mayor proporción de métodos. Incremento la confianza en el Jadelle®. No se presentaron cambios significativos frente a las actitudes y creencias de los MAC. Incrementó la información proveniente de padres y profesores sobre SSR y disminuyó aquella que proviene de los medios masivos de comunicación. Acercamiento mayor hacia los profesores para resolver necesidades en SSR. Aumento en la proporción de jóvenes que conocen donde obtener un MAC, principalmente de servicios de salud del gobierno. Aumento en un 40% de los/las adolescentes que se acercaron a los servicios de salud para una consulta. Mayor autonomía en las mujeres para sus decisiones sobre su cuerpo. Aunque no se observaron cambios frente a las relaciones a los estereotipos de género Mayor reporte de ITS. Se realizaron 2034 pruebas de VIH, de las cuales 191 fueron remitidas con diagnóstico positivo. Campaña en medios masivos fue sensibilizadora pero no logro cambios en comportamientos. Se considera un acierto el logo de "sexo a lo bien". Participación de jóvenes fue mínima. Varias experiencias de otros proyectos en la zona de estudio interviniendo sobre embarazo adolescente. 	<p>Evaluación de impacto de campaña de comunicación y sensibilización.</p> <p>Evaluación del impacto. Fase cualitativa 2008</p> <p>Evaluación del impacto. Fase cuantitativa 2008</p> <p>Análisis de la Base de Datos de la Evaluación de Impacto del Programa de SSR 2009</p>
3.7 Dificultades / obstáculos ¿Qué factores del contexto dificultaron el proceso y problemas sin resolver?	<p>Los determinantes estructurales del contexto: bajo ingreso económico de las familias, el empleo precario y mal remunerado, las condiciones de hacinamiento de las viviendas, seguidos de problemas de violencia intrafamiliar y sexual. Sin que las políticas públicas incidan sobre estas problemáticas es difícil pensar en que la reducción de las tasas de embarazo adolescente se sostenga en descenso en los próximos años</p>	<p>Evaluación de impacto de campaña de comunicación y sensibilización</p> <p>Evaluación de impacto de campaña de comunicación y sensibilización</p>

	Descripción	Fuentes de información
	<p>Persistencia de roles estereotipados con relación al comportamiento de hombres y mujeres, como base de conductas de riesgo para que la situación del embarazo adolescente se presente en la vida de las parejas adolescentes y de la mujer adolescente más específicamente.</p> <p>La violencia sexual y de género inherente en las relaciones sociales.</p> <p>Resistencia por parte de profesores y padres de familia por la alta influencia religiosa opuesta a los temas de SSR y sexualidad.</p> <p>Falta de provisión de MAC en los servicios de salud en forma continua y oportuna.</p>	
3.8 Factores del contexto que favorecieron el proceso	<ul style="list-style-type: none"> Amplia legislación referente a los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva enmarcados en la Constitución Política del Estado de 1991. Sistema general de Seguridad Social Ley de Violencia Intrafamiliar Proyecto Nacional de Educación con inclusión de temas de SSR Políticas locales favorables a la SSR: Plan de Desarrollo 2004-2007 de la Alcaldía de Medellín y su "Pacto por la Salud Pública de Antioquia" Iniciativa de la Red de Prevención del Embarazo Adolescente 	
3.9 Sostenibilidad de la experiencia (económica, social, organizacional – capacidades desarrolladas)	<p>No se especifica en detalle, ni forma parte de la discusión. No obstante se alude a que al estar inserto en las instituciones públicas locales es una manera de asegurar su continuidad</p>	<p>Plan de operaciones Colombia, 23 de noviembre del 2005 BID. Informe proyecto Sol y Luna</p>

2. Anexo 2 : Personas entrevistadas

Listado entrevistados/as Sistematización proyecto Sol y Luna		
Nro.	Instituciones y personas	Dependencias / cargo
ESE METROSALUD		
1	Alejandro Gómez López	Gerente
2	Ligia Amparo Torres Acevedo	Ex-gerente ESE METROSALUD 2005-2008
3	Adelayda Monsalve Charri	Centro de Salud Aranjuez / Servicios amigables para jóvenes. Enfermera
4	Subjeis Torres Buenaños	Centro de Salud Santo Domingo / Servicios amigables para jóvenes. Enfermera
5	Liliana Rivero Gómez	Unidad Hospitalaria Manrique Hermenegildo / Servicios amigables para jóvenes. Enfermera
6	María del Carmen Blandón Mena	Centro de Salud San Blas / Servicios amigables para jóvenes. Enfermera
7	Heivar Soel Tafur	Centro de Salud Villa del Socorro / Servicios amigables para jóvenes. Enfermera
Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud Medellín		
8	Lucrecia Ramírez Restrepo	Despacho de la Primera Mujer, Coordinadora del proyecto
9	Elizabeth García Restrepo	Despacho de la Primera Mujer, Especialista en salud sexual y reproductiva
10	Luz Helena Martínez Escobar	Despacho de la Primera Mujer, Gerente del proyecto prevención embarazo
11	María del Pilar Pastor Durango	Secretaria de Salud
12	Sonia Bedoya Muñoz	Sub-secretaria de Salud Pública
13	Luz María Agudelo Suárez	Ex-Secretaria de Salud 2004-2007
14	Augusto Davide Pasqualotto Vola	Líder de Proyectos de Promoción y Prevención
15	Luis Fernando González Vélez	Profesional especializado área de la salud
16	Horacio Botero Botero	Profesional en Planeación
Ministerio de la Protección Social		
17	Diva Janneth Moreno López	Consultora Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes
Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia		
18	Dolly Esperanza Guzmán Morales	Profesional universitaria
19	Lina María Vélez Londoño	Profesional universitaria
ANEC - Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia		
20	Martha Lucía Olarte Lezcano	Enfermera
ASCODES		
21	Fernando León Medina Monsalve	Director técnico
22	Patricia Elena Melan Pineda	Directora administrativa
23	Nancy Eliana Gallo Restrepo	Sicóloga
ASCODES – CEPI		
24	Elizabeth Gutiérrez Flórez	Sicóloga, sexóloga
25	Carolina Londoño Gutiérrez	Médica, sexóloga
Profesional independiente		
26	Juan Esteban Orjuela Arcila	Ingeniero / Desarrollo del proyecto Pagina Web
Construcción de consensos		
27	Gloria Penagos Velásquez	Ginecóloga Obstetra

Listado entrevistados/as Sistematización proyecto Sol y Luna	
Grupos focales - Barrio Popular I	
	Institución educativa Fe y Alegría - Docentes
28	Adriana María Velásquez
29	Jhoagin Rivas Mosquera
30	Marta Luz Gallego M.
31	Margarita María Tres Palacios
32	Yamile Astrid Zapata V.
33	María Esmeralda Gutiérrez
34	Natalia Restrepo
35	Liliana María Bermúdez
36	Gladys Chaverra M.
37	Natalia Mazo Barrera
	Institución educativa Fe y Alegría - Padres de Familia
38	Paula Andrea Flórez
39	Laura Vanesa Carmona
40	Martha Lucía Flórez
41	Doralba Higuera Manco
42	María Elsy Barrera
	Institución educativa Fe y Alegría - Estudiantes
43	10 estudiantes con identidad resguardada Estudiantes
Usuarios de Servicios Amigables para Jóvenes Centro de Salud Aranjuez	
44	Luisa Fernando Herrera
45	María Camila Álvarez
46	Katherine Ospina Montoya
47	Cindy Vanessa Pulgarín Ramírez
48	María Cristina Cataño Ocampo

3. Anexo 3 : Guías de entrevistas

Guía de entrevista Nro. 1**Tomadores de decisiones
Autoridades de salud, educación, directores o gerentes de proyecto****Lea en voz alta:**

Buenos días. Buenas tardes...mi nombre es.... y he sido contratada por el Proyecto Sol y Luna para realizar entrevistas a distintos actores que han participado en forma directa o indirecta en el Proyecto Sol y Luna relacionado con la prevención del embarazo adolescente y otros aspectos de la SSR. El objetivo de esta entrevista es complementar con información clave la Sistematización de la experiencia del proyecto Sol y Luna que actualmente, realiza la Secretaria de Salud de Medellín por intermedio de NACER, con el apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud. Esta entrevista durara 15 a 30 mm. Tomaré notas de lo que Ud. me diga. Su nombre o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la Sistematización para guardar la privacidad de su información. Se hará un listado de las personas entrevistadas con sus cargos e instituciones respectivas, el cual se colocará como anexo al informe de la sistematización.

Agradezco su aceptación para esta entrevista.

Podría decirme en general ¿que conoce o ha escuchado del Proyecto Sol y Luna?

¿Cómo y quiénes participaron en su diseño e implementación? ¿Hubo participación de los-as adolescentes?

Podría identificar ¿cuáles fueron las actividades o intervenciones llevadas a cabo?

De estas actividades o intervenciones ¿cuáles le parecieron innovadoras e importantes?

¿Considera Ud. que las distintas intervenciones lograron mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo?

¿De qué manera las intervenciones están modificando actitudes y prácticas de los/las adolescentes, proveedores de salud, profesores y padres de familia?

¿Se hizo evaluaciones a las intervenciones? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hicieron evaluaciones?

¿Las evaluaciones sugirieron cambios o mejoras de las intervenciones?

¿Hubo apropiación del proyecto? ¿Cómo? Y ¿Por quienes?

¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad?

¿Cuál ha sido la experiencia de METROSALUD al asumir la continuidad de servicios amigables? ¿Cómo se dio el proceso de apropiación y transmisión de la experiencia? ¿Se mantuvo el mismo modelo implementado en el proyecto? ¿Qué aspectos mantuvo, que otros innovo o mejoró en este proceso? Que aspectos se eliminaron o su calidad decayó?

¿Qué mejores prácticas se pueden identificar y rescatar en el proyecto, tomando en cuenta sus distintas dimensiones y temas? (proceso de atención, campañas masivas.....)

¿Qué aprendizajes emanan de la experiencia ya sea positiva o negativa?

¿Qué saben hoy, los distintos actores del proyecto, que no sabían antes?

¿Qué recomendaciones existen para potenciar la continuidad y sostenibilidad de las acciones y resultados del proyecto?

¿Qué recomendaciones deberían considerarse para el diseño e implementación de futuros proyectos?

¿Algo más que quisiera mencionar?

¡Muchas gracias por la información!

Guía de entrevista Nro. 2**Consultores
ASCODES, A y S, ANEC, Línea Telefónica, CONSENSOS, Pagina web**

Nota: Esta entrevista se aplica a cada empresa consultora por separado. Puede ser conducida de manera grupal para cada empresa consultora, pues diferentes personas de la empresa consultora tuvieron distintas responsabilidades. Se recomienda dos o tres personas clave por cada empresa consultora. En vista de que serán entrevistas grupales se recomienda también que sean dos personas las que entrevisten, una de ellas que conduzca la entrevista y otra que tome notas y/o soliciten permiso para grabar, de esta manera la grabación ayuda a complementar las notas.

Lea en voz alta:

Buenos días. Buenas tardes...mi nombre es.... Y mi compañera es... hemos sido contratadas por la Secretaria de Salud de Medellín para realizar entrevistas a los-as distintos/as consultores que han participado en forma directa o indirecta en el Proyecto Sol y Luna relacionado con la prevención del embarazo adolescente y otros aspectos de la SSR. El objetivo de esta entrevista es complementar con información clave la Sistematización de la experiencia del proyecto Sol y Luna que actualmente, realiza la Secretaria de Salud de Medellín, por intermedio del Centro NACER de la Universidad de Antioquia, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Esta entrevista durara 15 a 30 mm. Yo haré las preguntas y mi compañera Tomara notas de lo que Uds. nos digan. Si Uds. aceptan nos gustaría grabar para complementar las notas posteriormente. Sus nombres o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la Sistematización con el fin de guardar la privacidad de su información. Se hará un listado de las personas entrevistadas con sus cargos e instituciones respectivas, el cual se colocará como anexo al informe de la sistematización.

Agradecemos su aceptación para esta entrevista.

Preguntas generales para todas las empresas consultoras

1. ¿Quiénes y cómo participaron en el diseño e implementación de la intervención? ¿Hubo participación de los-as adolescentes?
2. Podría identificar ¿cuáles fueron las actividades llevadas a cabo?
3. De estas actividades o intervenciones ¿cuáles le parecieron innovadoras e importantes?
4. ¿Cuáles son los principales aspectos que han contribuido al logro de los resultados?
5. Cuáles son los principales aspectos que no han contribuido al logro de los resultados?
6. ¿Qué alianzas o coordinación se establecieron con contrapartes estatales, ONGs u otras instituciones o personas?
7. ¿Qué mejores prácticas se pueden identificar y rescatar de la intervención?
8. ¿Qué aprendizajes emanan de la experiencia ya sea positiva o negativa?
9. ¿Qué saben hoy, los distintos actores del proyecto, que no sabían antes?
10. ¿Qué recomendaciones existen para potenciar la continuidad y sostenibilidad de las acciones y resultados de la intervención?
11. ¿Qué recomendaciones deberían considerarse para el diseño e implementación de futuros proyectos?

Preguntas específicas por empresa consultora**Preguntas sobre Capacitación – al personal de salud ASCODES**

1. ¿Cuál fue el enfoque utilizado en la capacitación a proveedores de salud para el proyecto Sol y Luna?
2. ¿Cómo evalúa este enfoque?
3. ¿Qué aspectos de la metodología implementada han contribuido positivamente a su eficiencia?
4. ¿Qué aspectos han afectado negativamente en la metodología?
5. ¿Los contenidos han sido los adecuados y suficientes?
6. ¿Los materiales de capacitación, comunicación y apoyo han sido adecuados y suficientes? ¿Cuáles fueron los

materiales?

7. ¿Quién o quienes han diseñado/participado en esta metodología?
8. ¿Qué evidencias científicas se utilizaron para el desarrollo metodológico de contenidos y abordajes?
9. ¿Considera que la capacitación logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo?
10. ¿Podría describir como se dio el seguimiento/acompañamiento a las personas capacitadas? ¿Hay disponible un informe o registro de este seguimiento?
11. Sobre los temas consultados en la página WEB (www.mundoconsentido.com) ¿cuáles fueron, como se generó la interacción con los proveedores a partir de su consulta, cuantas veces fue consultada la página? ¿Está vigente?
12. ¿De qué manera la capacitación modificó las actitudes y prácticas de los/las proveedores de salud?
13. ¿Se hizo el monitoreo de la capacitación? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hizo el monitoreo?
14. ¿Cuáles fueron los indicadores seleccionados para el monitoreo?
15. Estos indicadores ¿forman parte del sistema de información del país?
16. ¿Se hizo evaluaciones a la capacitación? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hicieron las evaluaciones?
17. ¿Cómo se establecieron las alianzas y coordinación con METROSALUD, Hospital General y otras instituciones estatales y no estatales?
18. ¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad de la capacitación?
19. ¿Cómo se podría replicar?
20. ¿Qué acciones/estrategias deben emprenderse para potenciar la sostenibilidad de los efectos/resultados de la intervención?

Preguntas sobre Circuitos Pedagógicos – A y S

1. ¿De dónde surge el diseño y concepto de los circuitos pedagógicos?
2. ¿Cuán eficiente se evalúa la implementación de estos circuitos?
3. ¿Qué aspectos de la metodología han contribuido positivamente a su eficiencia?
4. ¿Qué aspectos han afectado negativamente en la metodología?
5. ¿Los contenidos han sido los adecuados y suficientes?
6. ¿Cuáles fueron los referentes bibliográficos y las evidencias teóricas y científicas que se utilizaron para la construcción de las bases educativas?
7. ¿Los materiales de capacitación, comunicación y apoyo han sido adecuados y suficientes?
8. Podrían aclarar ¿Cuál fue el rol de los docentes de las instituciones educativas y de los padres de familia?
9. Podrían aclarar ¿Cuáles fueron los criterios de selección de las instituciones educativas participantes?
10. Considera Ud. que la intervención ¿logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo?
11. ¿Qué efectos/impactos – esperados y no esperados, positivos y negativos se pueden identificar?
12. ¿De qué manera la intervención modificó actitudes y prácticas de los/las adolescentes y profesores? ¿Cómo se puede evidenciar?
13. Se menciona que durante la intervención en algunas escuelas había ya un Proyecto de Educación Sexual. ¿Podría contarnos más de este proyecto? ¿Qué alianzas y coordinación establecieron con el proyecto?
14. ¿Se hizo evaluaciones a la intervención? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hicieron las evaluaciones?
15. ¿Las evaluaciones sugirieron cambios o mejoras de la intervención?
16. ¿Se incorporaron recomendaciones de las evaluaciones en la práctica?
17. ¿Hubo apropiación de la intervención? ¿Cómo? o ¿quiénes?
18. ¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad de los circuitos pedagógicos?
19. ¿Qué acciones/estrategias deben emprenderse para potenciar la sostenibilidad de los efectos/resultados de la intervención?

Preguntas sobre Centros Amigables en SSR para Adolescentes – ANEC

1. ¿Podría describir como se diseñó esta intervención?
2. ¿Quién o quienes han diseñado/participado en este diseño? ¿Hubo participación de los-as adolescentes?
3. ¿Cómo se hizo la selección de las enfermeras que participaron? (experiencia en el trabajo con adolescentes, capacitación en el tema, etc)
4. Considera Ud. que la intervención logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para

adolescentes? ¿Cómo?

5. ¿Que otros proyectos/programas hubo en la zona ofreciendo también servicios de SSR para adolescentes? ¿Hubo coordinación con ellos? ¿Cómo fue?
6. ¿Qué efectos/impactos – esperados y no esperados, positivos y negativos- se pueden identificar?
7. ¿De qué manera se están modificando actitudes y prácticas de los/las adolescentes, proveedores de salud, profesores y padres de familia?
8. ¿Se hizo el monitoreo a las intervenciones? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hizo el monitoreo?
9. ¿Cuáles fueron los indicadores seleccionados para el monitoreo?
10. Estos indicadores ¿forman parte del sistema de información del país?
11. ¿Se hizo evaluaciones a las intervenciones? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hicieron las evaluaciones?
12. ¿Las evaluaciones sugirieron cambios o mejoras de las intervenciones?
13. ¿Se incorporaron recomendaciones de las evaluaciones?
14. ¿Hubo apropiación del proyecto? ¿Cómo? Y ¿Por quienes?
15. ¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad?
16. ¿Cuál ha sido la experiencia de METROSALUD al asumir la continuidad y la ampliación de los servicios amigables? ¿Cómo se dio el proceso de apropiación y transmisión de la experiencia? ¿Se mantuvo el mismo modelo implementado en el proyecto? ¿Qué aspectos mantuvo, que otros innovó o mejoró en este proceso? Que otros se eliminaron o disminuyó su calidad?

Preguntas a consultoras – Línea telefónica y página WEB

1. ¿Podría describir cual ha sido el diseño de esta intervención?
2. ¿Cómo funcionó?
3. ¿Quiénes participaron en el diseño e implementación? ¿Hubo participación de adolescentes?
4. ¿Se cuenta con un registro de llamadas desagregada por sexo y temas?
5. ¿Considera Ud. que la intervención logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo?
6. ¿Qué efectos/impactos – esperados y no esperados, positivos y negativos- se pueden identificar?
7. ¿Se hizo evaluaciones a la intervención? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hicieron las evaluaciones?
8. ¿Las evaluaciones sugirieron cambios o mejoras de las intervenciones?
9. ¿Se incorporaron recomendaciones de las evaluaciones?
10. ¿Hubo apropiación de la intervención? ¿Cómo? Y ¿Por quienes?
11. ¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad de la línea telefónica?

Preguntas a Gloria Penagos – CONSENSOS

1. ¿Cuál ha sido el modelo de gestión del proyecto?
2. ¿De qué manera este modelo ha favorecido y de qué manera ha inhibido la eficacia de la intervención?
3. ¿Se han establecido las relaciones interinstitucionales pertinentes, adecuadas y suficientes para garantizar la eficacia del proyecto?
4. ¿Hubo apropiación del proyecto? ¿Cómo? Y por quiénes?
5. ¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad?
6. ¿Cómo se podría replicar?
7. ¿Qué acciones/estrategias deben emprenderse para potenciar la sostenibilidad de los efectos/resultados del Proyecto?
8. ¿Se tienen previstas estrategias de financiamiento a corto, mediano y largo plazo?
9. ¿Cuál ha sido la experiencia de METROSALUD al asumir la continuidad de servicios amigables? ¿Cómo se dio el proceso de apropiación y transmisión de la experiencia? ¿Se mantuvo el mismo modelo implementado en el proyecto? ¿Qué aspectos mantuvo, que otros innovó o mejoró en este proceso? Y que aspectos desaparecieron o desmejoraron en su calidad?

¿Algo más que quisiera mencionar?

¡Muchas gracias por la información!

Guía de Entrevista Nro. 3**Entrevista de campo a usuaria/o
Centros de Salud Amigables para el Adolescente****Lea en voz alta:**

Buenos días. Buenas tardes...mi nombre es... he sido contratada por la Secretaria de Salud de Medellín para realizar entrevistas a personas que hayan recibido un servicio en este centro de salud. El objetivo de esta entrevista es complementar con información clave la investigación de la experiencia del proyecto Sol y Luna que actualmente, realiza la Secretaria de Salud de Medellín POR INTERMEDIO DE LA Universidad de Antioquia con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud. Esta entrevista durara unos 15 mm. Yo haré las preguntas y tomare notas de lo que Ud. dice. Su nombre o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la investigación para guardar la privacidad de su información. Se hará un listado de las personas entrevistadas en las instituciones respectivas, el cual se colocará como anexo al informe de la sistematización.

Agradezco su aceptación para esta entrevista.

Sobre el proyecto Sol y Luna

1. Podría decirme en general ¿que conoce o ha escuchada del Proyecto Sol y Luna?
2. ¿Cómo y quiénes participaron en su diseño e implementación? ¿Hubo participación de los-as adolescentes?
3. Podría identificar ¿cuáles fueron las actividades o intervenciones llevadas a cabo?

Sobre el Centro de Salud

1. ¿Cómo le parece este centro de salud?
2. ¿Cómo le parece el trato que reciben las personas aquí?
3. ¿Es fácil o difícil llegar hasta aquí? ¿por qué?
4. ¿Es fácil o difícil obtener una consulta para adolescentes aquí? ¿Por qué?
5. ¿Antes de entrar a su consulta le tomaron peso, talla u otro?
6. ¿Cuánto tiempo espera antes de entrar a su consulta?
7. Mientras espera, ¿les ofrecen alguna información, charla, video?
8. Si es así ¿Qué temas?, ¿Quién?
9. ¿Tiene algún costo su consulta?
10. Si es así ¿cómo le parece el precio?
11. ¿Sabe si en este lugar le ofrecen servicios de consejería/orientación?
12. Si es así. ¿Sobre qué orientan? Cómo lo hacen? ¿Qué le dicen?
13. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la atención y la prevención del embarazo adolescente y de las ITS VIH/SIDA?

Sobre su consulta

1. ¿Qué consulta tuvo Ud.?
2. ¿Por qué vino a consultar sobre...?
3. ¿Cómo la atendieron?
4. ¿Le explicaron lo que necesitaba saber?
5. ¿El Dr/a o la enfermera habló en lenguaje comprensible para Ud.?
6. ¿Le puso atención?
7. ¿Tuvo Ud. la oportunidad de hacer preguntas? Le respondieron satisfactoriamente?
8. ¿Siente que sus necesidades por la que vino fueron resueltas? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
9. ¿Lo examinaron? ¿Cómo fue?
10. ¿Tuvo privacidad durante su consulta?
11. ¿Le explicó su diagnóstico?

12. ¿Le dio alguna orientación/consejería?
13. ¿Le dio alguna receta y le explico en qué consistía?
14. ¿cómo se siente después de su consulta? (satisfacción) ¿Por qué?
15. ¿Le entregaron algún folleto o información escrita?
16. ¿La-lo remitieron a otros servicios? ¿Cuáles?

¿Algo más que quisiera mencionar?**¡Muchas gracias por la información!****Guía de entrevista Nro. 4****Grupo focal - Adolescentes****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS-AS PARTICIPANTES DE GRUPOS FOCALES**

Buenos días, buenas tardes soy..... y mi compañero-a es..... Hemos sido contratados por la Secretaria de Salud de Medellín para realizar entrevistas a personas que viven en lugares o que participaron durante la implementación de un proyecto llamado Sol y Luna orientado a los/las adolescentes y su salud sexual y reproductiva.

El objetivo de las entrevistas es complementar con información clave la Sistematización de la experiencia del proyecto Sol y Luna. En esta ocasión realizaremos un grupo focal con duración aproximada de una hora a una hora y 30 minutos.

Yo haré las preguntas y mi compañero/a tomará notas de lo que ustedes dicen. Sin embargo, para no perder detalles de la información que nos brinden la discusión será grabada, si ustedes lo autorizan. Sus nombres o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la Sistematización para guardar la privacidad de su información. Las grabaciones y transcripciones serán utilizadas únicamente por los investigadores y tendrá un uso exclusivo para este estudio. No se pagara ningún monto de dinero por las entrevistas, salvo un pequeño refrigerio que se ofrecerá durante la actividad. Si tienen alguna pregunta o desean alguna aclaración sobre la información anterior pueden hacerlo.

¡Muchas Gracias!

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL GRUPO FOCAL

Leí o me leyeron las informaciones y pude clarificar mis dudas y hacer preguntas sobre esta investigación, las que fueron respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas:

Si _____ No _____

Doy mi consentimiento, para autorizar la grabación del grupo focal:

Si _____ No _____

NOMBRE _____ FIRMA _____

Lugar _____ Fecha _____, _____ 200__.

Firma de la persona que obtuvo el Consentimiento Informado _____

INSTRUCCIONES GRUPO FOCAL

- 1. Introducción 10 mm:** Explicar la actividad, objetivos y lo que se espera. Explique la dinámica del grupo. Explique el consentimiento informado y pida su autorización para aplicarlo. Recuerde: se admite un máximo de 12 participantes y un mínimo de 7. En lo posible busque un grupo homogéneo de edad: adolescentes y jóvenes (15 a 18 años) o (18 a 22). Es en este momento cuando debe mencionarles que la participación es voluntaria y que se pueden retirar del grupo cuando lo deseen y no es obligatorio permanecer en él (generalmente no sucede que las personas se retiren, dependiendo de la dinámica, se animan a participar. Sin embargo, hay que dejarles sentir la libertad de expresar sus ideas así como de permanecer en el grupo)
- 2. Presentación 10 mm:** Utilice una dinámica rompehielos que conozca para la presentación
- 3. Desarrollo: 40 mm:** aplique la guía de preguntas de manera participativa. Puede utilizar técnicas que conozca para la dinámica del grupo
- 4. Conclusión: 10 mm:** haga un resumen de lo que dijeron para confirmar que lo que se anotó o entendió fue lo que ellos expresaron. Aproveche este tiempo para profundizar alguna información que fue muy superficial.

NOTA: El facilitador es quien establece la comunicación con el grupo. El anotador es quien toma nota de la discusión y no interrumpe para hacer preguntas. Si es que no se profundizó en alguna información y no pudo comunicárselo al facilitador puede intervenir solamente en el momento de la conclusión.

GUÍA DE DISCUSIÓN

1. Podrían decirme en general ¿que conocen o han escuchado del Proyecto Sol y Luna? Si la respuesta es positiva ¿Qué conocen o han escuchado? Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 5.
2. ¿Ustedes han participado en alguna de las actividades del proyecto Sol y Luna? Si es así, ¿cual fue? ¿Cómo fue su experiencia? ¿Qué aprendió en esta actividad?
3. ¿Que aprendieron con el proyecto que no sabían antes?
4. ¿Consideran ustedes que hubo algún cambio en los adolescentes, profesores y/o padres de familia a raíz del proyecto? ¿Cuáles? (profundice en inicio de relaciones sexuales, PF, ITS/VIH/SIDA, violencia, genero)
5. ¿Han recibido alguna información/orientación sobre sexualidad, PF, ITS, VIH/SIDA o embarazo adolescente? Si la respuesta es sí, ¿De quienes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? Podrían describir la experiencia?
6. ¿Han recibido alguna información /orientación sobre género, violencia y derechos? Si la respuesta es sí, ¿De quiénes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? ¿Podrían describir la experiencia?
7. ¿La relación y el diálogo para hablar de sexualidad con sus pares, padres de familia y profesores ha mejorado ¿ Por qué, Cómo.

Ahora hablaremos sobre los servicios de salud para los adolescentes/jóvenes

1. ¿Hay algún centro de salud en este lugar para la atención de los/las jóvenes y adolescentes que fue implementado por el proyecto Sol y Luna? Si la respuesta es no, preguntar si conocen o acceden a otros servicios de salud para adolescentes/jóvenes.
2. ¿Cómo les parece el centro de salud?
3. ¿Cómo les parece el trato que reciben las personas ahí?
4. ¿Es fácil o difícil llegar hasta allí? ¿por qué?
5. ¿Es fácil o difícil obtener una consulta para adolescentes? ¿Por qué si, por qué no.
6. Si hay atención diferenciada ¿Podrían describir como es esta atención?
7. ¿Les ofrecen alguna información, charla, video?
8. Si es así ¿Qué temas?, ¿Quién?
9. ¿Tiene algún costo su consulta?
10. Si es así ¿cómo le parece el precio?
11. ¿Sabe si en este lugar le ofrecen servicios de consejería/orientación?
12. Si es así. ¿Sobre qué orientan? Cómo lo hacen? ¿Qué le dicen?
13. ¿Atienden las necesidades de los/las adolescentes/jóvenes?
14. ¿Cuándo no les pueden atender, les refieren a otros servicios?

15. ¿Aparte de los servicios de salud, que otra fuente es importante para recibir información o insumos (métodos de PF) para su SSR?
16. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la atención y la prevención del embarazo adolescente y de las ITS VIH/SIDA?

¿Algo más que quisiera mencionar?

¡Muchas gracias por la información!

Guía de entrevista Nro. 5**Grupo focal - Padres de familia****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS-AS PARTICIPANTES DE GRUPOS FOCALES**

Buenos días, buenas tardes soy..... y mi compañero-a es..... Hemos sido contratados por la Secretaria de Salud de Medellín para realizar entrevistas a personas que viven en lugares o que participaron durante la implementación de un proyecto llamado Sol y Luna orientado a los/las adolescentes y su salud sexual y reproductiva.

El objetivo de las entrevistas es complementar con información clave la Sistematización de la experiencia del proyecto Sol y Luna. En esta ocasión realizaremos un grupo focal con duración aproximada de una hora a una hora y 30 minutos.

Yo haré las preguntas y mi compañero/a tomara notas de lo que ustedes dicen. Sin embargo, para no perder detalles de la información que nos brinden la discusión será grabada, si ustedes lo autorizan. Sus nombres o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la Sistematización para guardar la privacidad de su información. Las grabaciones y transcripciones serán utilizadas únicamente por los investigadores y tendrá un uso exclusivo para este estudio. No se pagara ningún monto de dinero por las entrevistas, salvo un pequeño refrigerio que se ofrecerá durante la actividad. Si tienen alguna pregunta o desean alguna aclaración sobre la información anterior pueden hacerlo.

¡Muchas Gracias!

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL GRUPO FOCAL

Leí o me leyeron las informaciones y pude clarificar mis dudas y hacer preguntas sobre esta investigación, las que fueron respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas:

Si _____ No _____

Doy mi consentimiento, para autorizar la grabación del grupo focal:

Si _____ No _____

NOMBRE _____ FIRMA _____

Lugar _____ Fecha _____, _____ 200__.

Firma de la persona que obtuvo el Consentimiento Informado _____

INSTRUCCIONES GRUPO FOCAL

- 1. Introducción 10 mm:** Explicar la actividad, objetivos y lo que se espera. Explique la dinámica del grupo. Explique el consentimiento informado y pida su autorización para aplicarlo. Recuerde: se admite un máximo de 12 participantes y un mínimo de 7. En lo posible busque un grupo homogéneo de padres y madres de adolescentes y jóvenes. Es en este momento cuando debe mencionarles que la participación es voluntaria y que se pueden retirar del grupo cuando lo deseen y no es obligatorio permanecer en él (generalmente no sucede que las personas se retiran, dependiendo de la dinámica, se animan a participar. Sin embargo, hay que dejarles sentir la libertad de expresar sus ideas así como de permanecer en el grupo)
- 2. Presentación 10 min:** Utilice una dinámica rompehielos que conozca para la presentación
- 3. Desarrollo:** 40 min: aplique la guía de preguntas de manera participativa. Puede utilizar técnicas que conozca para la dinámica del grupo
- 4. Conclusión:** 10 min: haga un resumen de lo que dijeron para confirmar que lo que se anotó o entendió fue lo que ellos expresaron. Aproveche este tiempo para profundizar alguna información que fue muy superficial.

NOTA: El facilitador es quien establece la comunicación con el grupo. El anotador es quien toma nota de la discusión y no interrumpe para hacer preguntas. Si es que no se profundizó en alguna información y no pudo comunicárselo al facilitador puede intervenir solamente en el momento de la conclusión.

GUÍA DE DISCUSIÓN

1. Podrían decirme en general ¿que conocen o han escuchado del Proyecto Sol y Luna? Si la respuesta es afirmativa ¿Qué conocen o han escuchado?
2. ¿Ustedes han participado en alguna de las actividades del proyecto Sol y Luna? Si es así, ¿cual fue? ¿Cómo fue su experiencia? ¿Qué aprendió en esta actividad?
3. ¿Sabían o han escuchado de algunos adolescentes/jóvenes que han participado de alguna de las actividades del proyecto Sol y Luna? Si es así, ¿cual fue? ¿Cómo fue esta experiencia? ¿Qué se aprendió en esta actividad?
4. ¿Que aprendieron con el proyecto que no sabían antes?
5. ¿Consideran ustedes que hubo algún cambio en los adolescentes, profesores y/o padres a raíz del proyecto? ¿Cuáles?
6. ¿Se han implementado acciones educativas en los colegios sobre sexualidad, género y derechos para adolescentes?
7. ¿Consideran si estas actividades han sido positivas o negativas para los adolescentes? Porqué
8. ¿Hay algún centro de salud en este lugar para la atención de los/las jóvenes y adolescentes que fue implementado por el proyecto Sol y Luna? Si la respuesta es no, preguntar si conocen o acceden a otros servicios de salud para adolescentes/jóvenes.
9. ¿Cómo les parece el centro de salud?
10. ¿Cómo les parece el trato que reciben las personas ahí?
11. Si hay atención diferenciada ¿Podrían describir como es esta atención?
12. ¿Atienden las necesidades de los/las adolescentes/jóvenes?
13. ¿Cuándo no les pueden atender, les refieren a otros servicios?
14. ¿Los centros de salud desarrollan actividades comunitarias para los adolescentes/jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva?
15. ¿Cuál consideran que debe ser el rol o papel de los padres, en la educación sobre sexualidad con los adolescentes/jóvenes.
16. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la atención y la prevención del embarazo adolescente y de las ITS VIH/SIDA?

¿Algo más que quisiera mencionar?

¡Muchas gracias por la información!

Guía de entrevista Nro. 6**Grupo focal docentes institución de educación secundaria****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS-AS PARTICIPANTES DE GRUPOS FOCALES**

Buenos días, buenas tardes soy..... y mi compañero-a es..... Hemos sido contratados por la Secretaria de Salud de Medellín para realizar entrevistas a docentes que trabajan en instituciones que fueron intervenidas o que participaron durante la implementación de un proyecto llamado Sol y Luna orientado a los/las adolescentes y su salud sexual y reproductiva.

El objetivo de las entrevistas es complementar con información clave la Sistematización de la experiencia del proyecto Sol y Luna. En esta ocasión realizaremos un grupo focal con duración aproximada de una hora a una hora y 30 minutos.

Yo haré las preguntas y mi compañero/a tomara notas de lo que ustedes dicen. Sin embargo, para no perder detalles de la información que nos brinden la discusión será grabada, si ustedes lo autorizan. Sus nombres o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la Sistematización para guardar la privacidad de su información. Las grabaciones y transcripciones serán utilizadas únicamente por los investigadores y tendrá un uso exclusivo para este estudio. No se pagara ningún monto de dinero por las entrevistas, salvo un pequeño refrigerio que se ofrecerá durante la actividad. Si tienen alguna pregunta o desean alguna aclaración sobre la información anterior pueden hacerlo.

¡Muchas Gracias!

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL GRUPO FOCAL

Leí o me leyeron las informaciones y pude clarificar mis dudas y hacer preguntas sobre esta investigación, las que fueron respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas:

Si_____ No_____

Doy mi consentimiento, para autorizar la grabación del grupo focal:

Si_____ No_____

NOMBRE_____ FIRMA_____

Lugar _____ Fecha _____, _____ 200__.

Firma de la persona que obtuvo el Consentimiento Informado _____

INSTRUCCIONES GRUPO FOCAL

- 1. Introducción 10 min:** Explicar la actividad, objetivos y lo que se espera. Explique la dinámica del grupo. Explique el consentimiento informado y pida su autorización para aplicarlo. Recuerde: se admite un máximo de 12 participantes y un mínimo de 7. En lo posible busque un grupo homogéneo de edad: profesores/as de unidades educativas que participaron en los Circuitos Pedagógicos del proyecto Sol y Luna. Es en este momento cuando debe mencionarles que la participación es voluntaria y que se pueden retirar del grupo cuando lo deseen y no es obligatorio permanecer en él (generalmente no sucede que las personas se retiran, dependiendo de la dinámica, se animan a participar. Sin embargo, hay que dejarles sentir la libertad de expresar sus ideas así como de permanecer en el grupo)
- 2. Presentación 10 min** Utilice una dinámica rompehielos que conozca para la presentación
- 3. Desarrollo:** 40 mm: aplique la guía de preguntas de manera participativa. Puede utilizar técnicas que conozca para la dinámica del grupo

4. **Conclusión:** 10 mm: haga un resumen de lo que dijeron para confirmar que lo que se anoto o entendió fue lo que ellos expresaron. Aproveche este tiempo para profundizar alguna información que fue muy superficial.

NOTA: El facilitador es quien establece la comunicación con el grupo. El anotador es quien toma nota de la discusión y no interrumpe para hacer preguntas. Si es que no se profundizo en alguna información y no pudo comunicárselo al facilitador puede intervenir solamente en el momento de la conclusión.

GUÍA DE DISCUSIÓN

1. Podrían decirme en general ¿que conocen o han escuchado del Proyecto Sol y Luna? Si la respuesta es afirmativa ¿Qué conocen o han escuchado? Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 5.
2. ¿Ustedes han participado en alguna de las actividades del proyecto Sol y Luna? Si es así, ¿cual fue? ¿Cómo fue su experiencia? ¿Qué aprendió en esta actividad?
3. ¿Escucharon hablar de los “circuitos pedagógicos”? Si es así ¿Podría decir que sabe o cual es su experiencia?
4. ¿Que aprendieron con el proyecto que no sabían antes
5. ¿Consideran ustedes que hubo algún cambio en los adolescentes, profesores y/o padres a raíz del proyecto? ¿Cuáles?
6. ¿Han recibido alguna información/orientación sobre sexualidad, PF, ITS, VIH/SIDA o embarazo adolescente? Si la respuesta es sí, ¿De quienes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? Podrían describir la experiencia
7. ¿Han recibido alguna información/orientación sobre género, violencia y derechos? Si la respuesta es sí, ¿De quiénes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? ¿Podrían describir la experiencia?
8. ¿Hay algún centro de salud en este lugar para la atención de los/las jóvenes y adolescentes que fue implementado por el proyecto Sol y Luna? Si la respuesta es no, preguntar si conocen o acceden a otros servicios de salud para adolescentes/jóvenes
9. ¿Hay atención diferenciada para adolescentes/jóvenes? ¿Podrían describir como es esta atención?
10. ¿Atienden las necesidades de los/las adolescentes/jóvenes?
11. ¿Desarrollan actividades coordinadas con servicios de salud o con organizaciones sociales para actividades educativas y de prevención en salud sexual y reproductiva con los/las adolescentes/jóvenes? Estas actividades han continuado?
12. ¿Como la comunidad educativa ayuda/apoya a los adolescentes/jóvenes en relación con sexualidad, embarazo temprano, ITS o VIH/SIDA?
13. ¿Reciben apoyos y capacitaciones continuas para abordar las temáticas de SSR con los adolescentes?
14. ¿La sexualidad, género y derechos forma parte de la malla curricular de la institución?
15. ¿Consideran que los/las adolescentes/jóvenes han mejorado su información y conductas de prevención en cuanto a su sexualidad y derechos SSR?
16. ¿Consideran que los/las adolescentes/jóvenes han mejorado su relación y diálogo con sus pares y padres de familia en cuanto a información y conductas de prevención en cuanto a su sexualidad y derechos SSR?
17. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la atención y la prevención del embarazo adolescente y de las ITS VIH/SIDA?

¿Algo más que quisiera mencionar?

¡Muchas gracias por la información!

4. Anexo 4 : Matrices de procesamiento de datos

SISTEMATIZACION DE LOS GRUPOS FOCALES PROYECTO SOL Y LUNA

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO:

- Con base a los grupos focales identifique la información para variable y su punto de las variables.
- No se trata de una transcripción. Identifique en palabras clave o frases cortas lo que dijeron respecto a las preguntas. Ejemplo: Conocimiento: ¿Qué conoce o ha escuchado del proyecto? R: Es un proyecto de SSR. Prevención del embarazo. Soluciona diversas problemáticas de los jóvenes. Como se trata de grupos focales rescate en primer lugar lo que dijo la mayoría y coloque: "La mayoría piensa o dice que..." Después coloque las diferencias o desacuerdos así: "Algunos o uno de ellos/ellas dice que..."
- Es posible que haya respuestas parecidas o que se repitan es importante que las coloque si son de diferentes entrevistados/as. También es posible que algunas preguntas no se hicieron a algunos entrevistados/as, si este es el caso coloque NO APLICA. Pero si el entrevistado respondió: "No sé", "No Conozco", "Nunca escuche" escriba tal cual. Esto se considera parte del conocimiento o información que tenga.
- Si encuentra alguna frase textual proveniente de una experiencia o algo importante que le paso al entrevistado/a colóquela en una hoja aparte e identifique su referencia y a que variable y subpunto. Por ejemplo: "Hace un años me hago atender aquí. Yo me embarace y no sabía qué hacer. Aquí me atendieron, me ayudaron. Me explicaron cómo debería cuidarme, alimentarme y otras. También me orientaron sobre métodos anticonceptivos. Así que una vez que después que nació mi bebé tome píldoras..." (Acceso y calidad a servicios. Entrevista de salida a usuaria).

Variables	Grupos focales		
	Adolescentes	Padres	Profesores
I. PROYECTO SOL Y LUNA			
Conocimiento: ¿Qué conocen o han escuchado del proyecto?			
Participación: ¿Han participado en alguna de las actividades del proyecto Sol y Luna? Si es así, ¿cual fue? ¿Cómo fue su experiencia? ¿Qué aprendió en esta actividad? ¿Saben o han escuchado de algunos adolescentes/jóvenes que han participado de alguna de las actividades del proyecto Sol y Luna? Si es así, ¿cual fue? ¿Cómo fue esta experiencia? ¿Qué se aprendió en esta actividad? ¿Cuál consideran que debe ser el rol o papel de los padres, en la educación sobre sexualidad con los adolescentes/jóvenes? ¿Como la comunidad educativa ayuda/apoya a los adolescentes/jóvenes en relación con sexualidad, embarazo temprano, ITS o VIH/SIDA?			
Logros de los resultados: ¿Que aprendieron con el proyecto que no sabían antes? ¿Hubo algún cambio en los adolescentes, profesores y/o padres a raíz del proyecto? ¿Cuáles? Consideran que los/las adolescentes/jóvenes han mejorado su relación y diálogo con sus pares y padres de familia en cuanto a información y conductas de prevención en cuanto a su sexualidad y derechos SSR?			
Coordinación: ¿Las escuelas desarrollan actividades coordinadas con servicios de salud o con organizaciones sociales para actividades educativas y de prevención en salud sexual y reproductiva con los/las adolescentes/jóvenes? ¿Estas actividades han continuado?			
Percepción/opinión: ¿Qué opinión tienen sobre el proyecto?			

Variables	Grupos focales		
	Adolescentes	Padres	Profesores
2. CAPACITACION INFORMACION A ADOLESCENTES			
¿Los adolescentes hhan recibido alguna información /orientación sobre sexualidad, PF, ITS, VIH/SIDA o embarazo adolescente? Si la respuesta es sí, ¿De quienes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? ¿Podrían describir la experiencia? ¿Han recibido alguna información/orientación sobre género, violencia y derechos? Si la respuesta es sí, ¿De quienes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? ¿Podrían describir la experiencia?			
3. CIRCUITOS PEDAGOGICOS			
Intervención: ¿Escucharon hablar de los "circuitos pedagógicos"? Si es así ¿Podría decir que sabe o cual es su experiencia? ¿Se han implementado acciones educativas en los colegios sobre sexualidad, género y derechos para adolescentes? ¿Estas actividades han sido positivas o negativas para los adolescentes? ¿Por qué?			
Capacitación/información: ¿Los profesores, han recibido alguna información/orientación sobre sexualidad, PF, ITS, VIH/SIDA o embarazo adolescente? Si la respuesta es sí, ¿De quienes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? ¿Podrían describir la experiencia? ¿Han recibido alguna información/orientación sobre género, violencia y derechos? Si la respuesta es sí, ¿De quienes? ¿Dónde? ¿Recuerdan los contenidos? ¿Podrían describir la experiencia? ¿Los profesores, reciben apoyos y capacitaciones continuas para abordar las temáticas de SSR con los adolescentes?			
4. SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES			
Servicios: ¿Hay algún centro de salud en este lugar para la atención de los/las jóvenes y adolescentes que fue implementado por el proyecto Sol y Luna? ¿Conocen o acceden a otros servicios de salud para adolescentes/jóvenes? ¿Estos servicios tienen costo? ¿Cómo les parece el precio?			
Calidad de atención: ¿Cómo les parece el centro de salud? ¿Cómo les parece el trato que reciben las personas ahí? Si hay atención diferenciada ¿Podrían describir como es esta atención? ¿Atienden las necesidades de los/las adolescentes/jóvenes? ¿Cuándo no les pueden atender, les refieren a otros servicios? ¿Cómo les parece el trato que reciben las personas ahí? ¿Es fácil o difícil llegar hasta allí? ¿Por qué? ¿Es fácil o difícil obtener una consulta para adolescentes? ¿Por qué si, por qué no			
Orientación: ¿Sabe si en este lugar le ofrecen servicios de consejería/orientación? Si es así. ¿Sobre qué orientan? ¿Cómo lo hacen? ¿Qué le dicen?			

Variables	Grupos focales		
	Adolescentes	Padres	Profesores
Acciones educativas: ¿Los centros de salud desarrollan actividades comunitarias para los adolescentes/jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva? ¿Les ofrecen alguna información, charla, video? ¿Qué temas? ¿Quiénes hacen estas actividades? ¿Aparte de los servicios de salud, que otra fuente es importante para recibir información o insumos (métodos de PF) para su SSR?			
Referencia/contrareferencia: ¿Cuándo no les pueden atender, les refieren a otros servicios? ¿A dónde?			
Dificultades/facilitadores: ¿Cuáles son las principales dificultades que hay para la atención a los/las adolescentes?			
5. RECOMENDACIONES			
¿Qué recomendaciones daría para mejorar la atención y la prevención del embarazo adolescente y de las ITS VIH/SIDA?			

SISTEMATIZACION DE LAS ENTREVISTAS PROYECTO SOL Y LUNA

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO:

- Con base a las entrevistas individuales identifique la información para variable y subpunto de las variables.
- No se trata de una transcripción. Identifique en palabras clave o frases cortas lo que dijeron respecto a las preguntas. Ejemplo: Conocimiento: ¿Qué conoce o ha escuchado del proyecto? R: Es un proyecto de SSR. Prevención del embarazo. Soluciona diversas problemáticas de los jóvenes.
- Es posible que haya respuestas parecidas o que se repitan es importante que las coloque si son de diferentes entrevistados/as. También es posible que algunas preguntas no se hicieron a algunos entrevistados/as, si este es el caso coloque NO APLICA. Pero si el entrevistado respondió: "No sé", "No Conozco", "Nunca escuche" escriba tal cual. Esto se considera parte del conocimiento o información que tenga.
- Si encuentra alguna frase textual proveniente de una experiencia o algo importante que le paso al entrevistado/a colóquela en una hoja aparte e identifique su referencia y a que variable y subpunto. Por ejemplo: "Hace un años me hago atender aquí. Yo me embarace y no sabía qué hacer. Aquí me atendieron, me ayudaron. Me explicaron cómo debería cuidarme, alimentarme y otras. También me orientaron sobre métodos anticonceptivos. Así que una vez que después que nació mi bebé tome píldoras..." (Acceso y calidad a servicios. Entrevista de salida a usuaria).

Variables	Tomadores de decisiones	Consultores del proyecto	Proveedores de salud	Usuaría/o
I. PROYECTO SOL Y LUNA				
Conocimiento: ¿Qué conoce o ha escuchado del proyecto?				

Variables	Tomadores de decisiones	Consultores del proyecto	Proveedores de salud	Usuaría/o
Diseño/intervenciones: ¿Cuál ha sido el modelo de gestión del proyecto? ¿Cómo se diseñaron las intervenciones? ¿Cuáles fueron las actividades llevadas a cabo en cada intervención? ¿Cuáles le parecieron innovadoras e importantes?				
Participación: ¿Cómo y quiénes participaron en su diseño e implementación? ¿El Ministerio participo en alguna instancia del proyecto? ¿Cuál fue su nivel de participación? ¿Hubo participación de los-as adolescentes?				
Logros de los resultados: ¿Cuáles son los principales aspectos que han contribuido al logro de los resultados? ¿Cuáles son los principales aspectos que no han contribuido al logro de los resultados? ¿Las distintas intervenciones lograron mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo? ¿De qué manera las intervenciones están modificando actitudes y prácticas de los/las adolescentes, proveedores de salud, profesores y padres de familia? ¿De qué manera este modelo ha favorecido y de qué manera ha inhibido la eficacia de las intervenciones?				
Coordinación: ¿Qué alianzas o coordinación se establecieron con contrapartes estatales, ONGs u otras instituciones o personas? ¿Se han establecido las relaciones interinstitucionales pertinentes, adecuadas y suficientes para garantizar la eficacia del proyecto?				
Percepción/opinión: ¿Cuáles son las opiniones que tiene sobre el proyecto?				
2. CAPACITACION				
¿Recibió capacitación? ¿Qué capacitación recibió? ¿Cómo fue esta capacitación?				
Enfoque: ¿Cuál o cuáles fueron el o los enfoques utilizados en la capacitación? ¿Cómo evalúa este enfoque?				

Variables	Tomadores de decisiones	Consultores del proyecto	Proveedores de salud	Usuaría/o
Metodología: ¿Quién o quienes han diseñado la metodología? ¿Qué evidencias científicas se utilizaron para el desarrollo metodológico de contenidos y abordajes? ¿Qué aspectos de la metodología han contribuido positivamente/negativamente a su eficiencia? ¿Los contenidos fueron adecuados y suficientes? ¿Los materiales de capacitación, comunicación y apoyo han sido adecuados y suficientes? ¿Cuáles fueron los materiales? ¿Conoció o consultó la página www.mundoconsentido.com ? ¿Cuántas veces, cuáles fueron los temas consultados? ¿Fue un medio apropiado para su aprendizaje?				
Seguimiento/supervisión: ¿Hubo un seguimiento después de la capacitación? ¿Cómo se dio el seguimiento/acompañamiento a las personas capacitadas? ¿Hay disponible un informe o registro de este seguimiento?				
Efectos: ¿La capacitación modificó actitudes y prácticas de los proveedores hacia los/las adolescentes? ¿Logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo?				
Dificultades/facilitadores: ¿Cuáles fueron las principales dificultades que tuvo la capacitación? ¿Fueron resueltas? ¿Cómo? ¿Cuáles fueron los principales factores negativos? ¿Cuáles fueron los factores positivos? ¿Qué facilitó la capacitación?				
3. CIRCUITOS PEDAGOGICOS				
Metodología: ¿De dónde surge el diseño y concepto de los circuitos pedagógicos? ¿Cuán eficiente se evalúa la implementación de estos circuitos? ¿Qué aspectos de la metodología han contribuido positivamente/negativamente a su eficiencia? ¿Los contenidos han sido los adecuados y suficientes? ¿Cuáles fueron los referentes bibliográficos y las evidencias teóricas y científicas que se utilizaron para la construcción de las bases educativas? ¿Los materiales de capacitación, comunicación y apoyo han sido adecuados y suficientes?				

Variables	Tomadores de decisiones	Consultores del proyecto	Proveedores de salud	Usuaría/o
Participación: ¿Cuál fue el rol de los docentes de las instituciones educativas y de los padres de familia? ¿Cuáles fueron los criterios de selección de las instituciones educativas participantes?				
Efectos: ¿Se logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo? ¿Qué efectos/impactos esperados y no esperados, positivos y negativos se pueden identificar? ¿De qué manera las intervenciones modificó actitudes y prácticas de los/las adolescentes y profesores? ¿Cómo se puede evidenciar?				
4. SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES				
Servicios: ¿Qué servicios se ofrecen a los/las adolescentes? Y ¿Cuáles son los que más requieren o solicitan? ¿Cómo le parece este centro de salud? ¿Tiene algún costo? ¿Cómo les parece el precio?				
Calidad de atención: ¿Cómo es la atención a los/las adolescentes?: trato, horarios, atención, privacidad y confidencialidad, orientación, acceso a PF, atención embarazo de adolescente, entre otros. ¿Se satisface las necesidades de los/las adolescentes? (recursos humanos, insumos, horarios, otros). ¿Es fácil o difícil obtener una consulta para adolescentes aquí? ¿Por qué?				
Consulta: ¿Antes de entrar a la consulta le toman peso, talla u otro? ¿Cuánto tiempo espera antes de entrar a la consulta? ¿Cuáles son las consultas o servicios requeridos? ¿Le explican lo que necesitaba saber? ¿Se habla en lenguaje comprensible para la usuaria? ¿Se tiene la oportunidad de hacer preguntas? ¿Son resueltas las necesidades de las usuarias? ¿Hay privacidad durante la consulta? ¿Explican el diagnóstico? ¿Les brindan orientación/consejería? ¿Entregan algún folleto o información escrita?				
Recursos humanos: ¿Cómo se hizo la selección de las enfermeras que participaron? ¿Los equipos de atención a adolescentes eran multidisciplinarios? ¿Cuáles eran los cargos de los integrantes?				

Variables	Tomadores de decisiones	Consultores del proyecto	Proveedores de salud	Usuaría/o
Acciones educativas: ¿Cuáles son las principales actividades de información, educación y orientación que llevan a cabo con los/las adolescentes? Mientras espera, ¿les ofrecen alguna información, charla, video? ¿Qué temas?, ¿Quién? ¿Se realizan actividades comunitarias con los/las adolescentes? ¿En donde, como, con qué frecuencia?				
Referencia/contrareferencia: ¿Funciona un sistema de referencia y contrareferencia? ¿Que otros proyectos/programas hubo en la zona ofreciendo también servicios de SSR para adolescentes? ¿Hubo coordinación con ellos? ¿Cómo fue?				
Efectos: ¿Se logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo? ¿Hubo un incremento en la atención a los/las adolescentes? ¿Qué efectos/impactos esperados y no esperados, positivos y negativos se pueden identificar?				
Dificultades/facilitadores: ¿Cuáles son las principales dificultades que hay para la atención a los/las adolescentes?				
5. LINEA TELEFONICA Y PAGINA WEB				
¿Cuál ha sido el diseño de estas intervenciones? ¿Cómo funcionaron? ¿Se cuenta con un registro de llamadas desagregada por sexo y temas?				
Efectos: ¿Se logró mejorar la oferta y la demanda de los servicios de SSR para adolescentes? ¿Cómo? ¿Qué efectos/impactos esperados y no esperados, positivos y negativos- se pueden identificar?				
6. EVALUACION/MONITOREO				
¿Se hizo evaluaciones a las intervenciones? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hicieron evaluaciones? ¿El Ministerio conoció estas evaluaciones? ¿Participo de alguna de ellas? ¿Hubo cambios o mejoras de las intervenciones? ¿Hubo un monitoreo en cada una de las intervenciones? ¿Quiénes y con qué frecuencia se hizo el monitoreo? ¿Cuáles fueron los indicadores seleccionados para los distintos monitoreos? ¿Forman parte del sistema de información del país?				

Variables	Tomadores de decisiones	Consultores del proyecto	Proveedores de salud	Usuaría/o
7. SOSTENIBILIDAD				
Sostenibilidad: ¿Cuáles son las estrategias o mecanismos de sostenibilidad? ¿Cómo se replicó o transmitió la experiencia? ¿Se tienen previstas estrategias de financiamiento a corto, mediano y largo plazo?				
Apropiación: ¿Hubo apropiación del proyecto? ¿Cómo? o ¿quiénes? ¿Hubo apropiación de las distintas intervenciones? ¿Cuáles? ¿Cómo?				
Institucionalización: La experiencia del proyecto Sol y Luna, ¿ha sido de utilidad para el Ministerio? ¿De qué manera? ¿Cuál ha sido la experiencia de METROSALUD al asumir la continuidad de servicios amigables? ¿Se mantuvo el mismo modelo implementado en el proyecto? ¿Qué aspectos se mantuvo, que otros innovo o mejoró en este proceso? ¿Se mantuvo su calidad?				
8. LECCIONES APRENDIDAS				
¿Cuáles son las mejores prácticas que identifica en el proyecto? ¿Qué aprendizajes emanan de la experiencia ya sea positiva o negativa? ¿Qué saben hoy, los distintos actores del proyecto, que no sabían antes? ¿Qué recomendaciones daría para potenciar la continuidad y sostenibilidad de las acciones y resultados del proyecto?				
9. RECOMENDACIONES				
¿Qué acciones/estrategias deben emprenderse para potenciar la mejoría, el acceso y la sostenibilidad de proyectos orientados a la SSR de los/las adolescentes? ¿Que recomendaría hacer distinto de lo que se hizo en el proyecto? ¿Qué recomendaciones deberían considerarse para el diseño e implementación de futuros proyectos que manejen la misma temática?				

5. Anexo 5 : Lista de participantes grupo de trabajo: discusión de recomendaciones y lecciones aprendidas

SISTEMATIZACION PROYECTO SOL Y LUNA

Lista de participantes grupo de trabajo: discusión de recomendaciones y lecciones aprendidas

Fecha: 28 de abril de 2010

Lugar: Universidad de Antioquia

Asistentes

Ministerio de la Protección Social

Diva Janneth Moreno López, Consultora Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

Alcaldía de Medellín

María del Pilar Pastor Durango, Secretaria de Salud

Sonia Bedoya Muñoz, Subsecretaria de Salud Pública

Luís Fernando González, Coordinador Salud Sexual Reproductiva

METROSALUD

Alejandro Gómez López, Gerente

Martha Cecilia Castrillón, Suárez Directora Promoción y Prevención

Mónica Liliana Sáenz Agudelo, Coordinadora Servicios Amigables para Jóvenes

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Hernán Rodríguez González, Profesional Nacional Salud de la Mujer, Materno-Neonatal, Gestión Clínica y Calidad de la Atención

A. Virginia Camacho Hübner, Asesora Médica Salud Sexual y Reproductiva CAH/Clúster Salud de la Familia y Comunidad

Cultural Practice, LLC

Deborah Caro, Directora

Convenio de Asociación Cultura Ciudadana Convivamos

Nancy Eliana Gallo Restrepo, Investigadora componente cualitativo caracterización en la población afrodescendiente de Medellín

Universidad de Antioquia

Joaquín Guillermo Gómez Dávila, Director NACER, Salud Sexual y Reproductiva

Clara María Restrepo Moreno, Docente Facultad de Medicina

Claudia Álvarez Franco, Docente Facultad de Enfermería

Elizabeth García Restrepo, Coordinadora diseño de proyectos Previva

Lucrecia Ramírez Restrepo, Docente Facultad de Medicina

Luz María Agudelo Suárez, Docente Facultad de Medicina

Magda Palacio Hurtado, Consultora en Salud Sexual y Reproductiva