

INFORME FINAL

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA (SERVICIOS AMIGABLES), DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA. MANIZALES 2014.**

ANA MARIA GOMEZ ARIAS

Tutora: DORA CARDONA RIVAS

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRIA SALUD PÚBLICA
MANIZALES 2015**

Tabla de Contenido

1. PRESENTACION.....	5
2. RESUMEN	7
3. ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DEL PROBLEMA	9
4. JUSTIFICACION.....	14
5. OBJETIVOS	16
6. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	17
6.1.1 La salud sexual.....	17
6.1.2. La salud reproductiva	18
6.1.3. Factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.....	19
6.1.4. Fecundidad en adolescentes.....	21
6.1.5. Edad de la primera relación sexual de las mujeres en Colombia.....	21
6.1.6. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años.....	22
6.1.7. Conocimientos frente a ITS y VIH, en mujeres de 15 a 19 años14.....	22
6.1.8 Violencia sexual	23
6.2 Los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Política Municipal de salud sexual y reproductiva.....	23
Cuadro 1. LINEA DE ACCION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES.....	27
COMPONENTES	27
6.3 Estrategias de Salud Sexual y Reproductivas para adolescentes	29
6.4 Políticas públicas	30
6.4.1 Evaluación de políticas	33
6.4.2 Evaluación de planes y programas en salud pública	35
Cuadro 2. CATEGORIAS DE ANALISIS.....	39
8. ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	40
9. Aspectos éticos.....	45
10. PRESENTACION DE RESULTADOS	47
11. CATEGORIA EMERGENTE.....	67
12. CONCLUSIONES	79

13. RECOMENDACIONES	80
14. BIBLIOGRAFIA	81
15. ANEXOS	84

LISTA DE TABLAS Y CUADROS

Tabla # 1. Fecundidad en adolescentes años 2006- 2009

Tabla # 2. Fecundidad en adolescentes años 2010-2014

Cuadro 1: línea de acción salud sexual y reproductiva en adolescentes

Cuadro 2. Categorías de análisis

DIAGRAMA 1. Fuente: VARGAS VELASQUEZ Alejo. Proceso de la Política Pública. Bogotá 1999

1. PRESENTACION

El presente proyecto de investigación evalúo la estructura, procesos y resultados del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes (Servicios amigables), atendidos en la red pública de la ciudad de Manizales.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ¹ planteada en el 2006 por el Ministerio de Protección Social, precisa los principales problemas en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual, y unas de sus metas apunta a la reducción del embarazo adolescente. ya que el embarazo en adolescentes sigue siendo una problemática de salud pública y que a pesar de los programas existentes y recursos invertidos las tasas de embarazo en adolescentes no se reducen significativamente.

“Las y los adolescentes constituyen un grupo particularmente en desventaja en relación al acceso y uso de recursos de salud sexual y reproductiva. Esto explica que la tasa específica de fertilidad en adolescentes permanezca aún alta en la Región de las Américas” Según encuestas demográficas y de salud realizadas en los últimos años en algunos países de América Latina y El Caribe, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez al momento de ser encuestadas fluctuó entre 12,2 % en Perú y 24,6% -una de cada cuatro- en Nicaragua. Estas tasas han variado muy poco en los últimos años ²”.

La investigación, y en este caso su aplicación a la evaluación de programas de salud, favorecen la generación de conocimiento oportuno y pertinente para la

toma de decisiones informadas con base en la evidencia de éxito o limitaciones en la implementación y valoración de los logros obtenidos.

En tanto la evaluación facilita la identificación de los alcances de las medidas adoptadas, se espera que esta investigación sea un aporte a cualificación de estos programas en la ciudad de Manizales

2. RESUMEN

Objetivo: Evaluar la estructura, los procesos y los resultados del programa Servicios amigables en una ESE pública en la ciudad de Manizales.

Metodología: Investigación de tipo cualitativo realizada con 47 adolescentes y jóvenes entre los 14 y 29 años que accedieron a los Servicios Amigables durante el año 2014. Se incluyeron dos funcionarios del programa. A través de encuesta, entrevista semiestructurada y observación se obtuvo la información requerida.

Resultados: Los servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes (SAS), están estructurados en el marco de las actividades de protección específica y detección temprana, de la resolución 0412 de 2000", y se acogen a la política Nacional propuesta por el Ministerio de Salud.

En los procesos llevados a cabo para la implementación de los servicios amigables se evidencia el despliegue de la estrategia IEC con predominio del componente informativo.

Los resultados del acceso a los servicios amigables para adolescentes en SSR se traducen en conocimientos sobre la sexualidad, la planificación familiar y el reconocimiento de la importancia de un ejercicio responsable de la misma con el propósito de evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Conclusiones: Los resultados de la presente evaluación revelan una brecha entre lo postulado como dimensiones o elementos estructurales de la sexualidad al dar primacía a la dimensión biológica a través del control del sistema reproductivo. A la luz de la complejidad de la sexualidad los servicios amigables tienen una tendencia centrada en la función reproductiva de la sexualidad en detrimento de las funciones erótica, afectiva y relacional

Palabras clave: Servicios en salud Amigables, salud sexual y reproductiva, estructuras, procesos y resultados

3. ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ³ (El Cairo, 1994) “se subrayó la necesidad de considerar a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos, lo cual fue reafirmado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). El tema fue también objeto de especial atención en la Cumbre del Milenio de 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano”.

Un elemento esencial de la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es el reconocimiento de los jóvenes como individuos facultados para tener derechos, y como participantes clave de su propio desarrollo. La salud constituye una parte importante del desarrollo humano pero, debido a tabúes relacionados con el sexo, la salud reproductiva de los jóvenes generalmente se pasa por alto o se trata como algo problemático ⁴.

Al respecto, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la sexualidad de los adolescentes en el continente señala que al menos 50 por ciento de los jóvenes menores de 20 años en América Latina y el Caribe inicia su vida sexual antes de cumplir 17 años, por lo que se estima que entre 35 y 52 por ciento de los embarazos en adolescentes no fueron planificados. A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.⁵

La iniciación a una temprana edad de las actividades sexuales, además, se ve influenciadas por factores como el consumo de drogas, alcohol, la

desescolarización y los adolescentes pertenecientes a familias de tipo monoparental los cuales están más expuestos al embarazo precoz y a las múltiples parejas aumentando el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS) ⁶.

Retomando el estudio de Morlachetti. Los jóvenes de 15 a 24 años de edad registran las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual (ITS) en todo el mundo, lo cual representa más de las dos terceras partes de todos los casos en los países en desarrollo. Pero debido a que los jóvenes tienden a no recibir la información explícita ni las capacidades que necesitan para hacer frente a su sexualidad y salud reproductiva, a menudo no están preparados para las relaciones sexuales. Los hombres, mujeres adolescentes y jóvenes de menos de 25 años de edad son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos sexuales, y a la salud en general existen numerosos obstáculos. Para hacerlo, ambos grupos, en especial el de los adolescentes, suelen enfrentar restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, se definen estrategias y metas para mejorar la salud reproductiva y los derechos que aún no se alcanzan en América Latina ⁷.

El nuevo objetivo de lograr el acceso universal a la salud reproductiva se ha integrado dentro de la revisión de los Objetivos de Desarrollo del milenio de los Objetivos de octubre de 2008, tras la reafirmación de este objetivo de la Cumbre Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en la Cumbre Mundial de 2005.

Para lograr este objetivo, la Alianza para la Salud de la Mujer ha identificado 3 temas que requieren urgente atención: 1 la salud sexual y reproductiva, la mortalidad, 2 abortos inseguros y afines, y morbilidad, y 3 la prevención y atención del VIH ⁸.

En Colombia en el año 2003, se plantea la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que a través de planes y programas busca dar atención oportuna a la población adolescente. En la formulación de la política se tuvo en cuenta que los bajos niveles de salud sexual y reproductiva están asociados con poca educación, pobreza, ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, desplazamiento de la población o localización en zonas de conflicto, comportamientos que generan riesgo, inicio temprano de relaciones sexuales y algunos estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y las relaciones afectivas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente de la Región, proponiendo un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad de los jóvenes y de las jóvenes desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. Este enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que su condición está relacionada con factores culturales y familiares, y con el ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes y las adolescentes.

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública, y por lo tanto las áreas que deben ser prioritariamente atendidas, son: la falta de servicios de atención integral para adolescentes, el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, y el alto porcentaje de embarazos no planeados, que afectan no sólo las condiciones de salud de las

adolescentes y de los adolescentes, sino también el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social y afectando su proyecto de vida y el desarrollo de sus potencialidades ⁹.

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR), los principales riesgos de esta población son:

- El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual
- La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo
- La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida

Frente a este panorama las políticas, los programas y los proyectos sociales de Salud Sexual y Reproductiva dirigidos a los adolescentes se formulan y ejecutan para resolver o aliviar situaciones críticas o desfavorables que padecen estos grupos poblacionales, y que no podrían resolverlas, en forma individual.

“En este contexto la evaluación de políticas y programas procura identificar y corregir la máxima cantidad de eventos que puedan oponerse o dificultar la acción en el marco de tales políticas, programas o proyectos, de modo de obtener los cambios deseados en la situación encontrada inicialmente como desfavorable. Para eso se deben cumplir procesos meticulosos de reconocimiento de la realidad y de programación de acciones en plazos definidos de tiempo, contando con recursos accesibles¹⁰”.

La evaluación, en consecuencia, es una de los procesos relevantes para proveer a los tomadores de decisiones de la información pertinente para incidir sobre la efectividad de las intervenciones, y el uso de los recursos con el fin de construir evidencia y aprendizajes que promuevan la gestión de la salud sexual y

reproductiva de los adolescentes. En congruencia con lo anterior, para la realización de la presente investigación, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo son la estructura, los procesos y resultados del programa de servicios amigables, de salud sexual y reproductiva, en la red pública de la ciudad de Manizales, desde la perspectiva de los actores que participan en el programa?

4. JUSTIFICACION

La política en salud sexual y reproductiva de Colombia está orientada a: Impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en Salud Sexual y Reproductiva. Eso incluye ampliar la cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad en Salud Sexual y Reproductiva, fortalecer la red de servicios del país, en la atención en los eventos de Salud Sexual y Reproductiva, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano. Además se plantean como importantes la implementación de los sistemas de información, las acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel nacional y territorial, las acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factores fundamentales para la toma de decisiones.

Trayendo a colación de nuevo la política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) se constituye en herramienta que permite conocer la situación de la Salud Sexual y Reproductiva, promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas, desarrollar acciones que vinculen a diversos sectores e instituciones para impactar los problemas de la Salud Sexual y Reproductiva, aprovechar las redes sociales como escenario de intercambio de información y apoyo solidario en las áreas prioritarias de la política de Salud Sexual y Reproductiva.

En el municipio de Manizales mediante el decreto 0119 se adopta La Política de Salud Sexual y Reproductiva¹¹.

Mediante la Ordenanza 0552 de 2006 se fijó la política pública de salud sexual y reproductiva en el departamento de Caldas. Dicha política debe ser acogida por

los 27 municipios del mismo Departamento, para satisfacer los lineamientos de la ley 1122 de 2007, el decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008, es decir, responde al interés del Plan Nacional de Salud, que se fundamenta en lineamientos impartidos por el Ministerio de la Protección Social, como son:

- Maternidad Segura
- Planificación familiar
- Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes
- Cáncer de cuello uterino
- Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA
- Violencia doméstica y sexual

Este estudio investigativo pretende evaluar el programa (servicios amigables) de salud sexual y reproductiva en la red pública de la ciudad de Manizales. ésta surge como una necesidad de conocer las perspectivas de los actores que participan en el programa respecto a la estructura, los procesos y los resultados. Resultados de la implementación de los programas de servicios amigables para adolescentes.

Los principales beneficiados del estudio son la población adolescente usuaria de los programas (servicios amigables), y el municipio en tanto los hallazgos permitirán tomar decisiones para mejorar sus indicadores respecto de las categorías de análisis incluidas en el estudio.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la estructura, los procesos y los resultados del programa Servicios amigables en una ESE pública en la ciudad de Manizales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la estructura del programa de Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva.
- Caracterizar los procesos de la atención en del programa Servicios Amigables en SSR.
- Comprender los resultados de la atención en el programa de servicios amigables en SSR con base en los conocimientos y experiencias vivenciadas por los adolescentes en su participación en el programa.

6. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Por tratarse de un proyecto orientado a evaluar el programa (servicios amigables) de salud sexual y reproductiva, en una ESE Publica de Manizales, este referente incluirá aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva y los programas diseñados para la atención a este grupo de población.

6.1.1 La salud sexual

La sexualidad hace parte normal del desarrollo del/ el/la adolescente. Ella es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica que se expresa en los aspectos fisiológicos; el área erótica relacionada con la búsqueda del placer, y la moral expresada en los valores aceptados.

La esfera de la sexualidad introduce a los/las adolescentes en un conjunto de escenarios de riesgo, frente a los cuales toman decisiones de acuerdo a determinadas concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y los valores que le inculca la sociedad. En la experiencia diaria puede observarse que hay adolescentes que pueden ser perfectamente conscientes de los riesgos y conocen las consecuencias de ser activos sexualmente, así como otros desconocen por completo los riesgos asociados al ejercicio de la actividad sexual. Por eso se requieren servicios de consejería en SSR donde los adolescentes puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar un embarazo no deseado, de cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA y otros asuntos o problemas propios de esta etapa del desarrollo¹².

Hoy día, la SSR se refiere “[en el plano personal].... a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la

reproducción hasta que, en la mujer desemboca en la menopausia y el climaterio y en el hombre en la andropausia... [En el plano colectivo]... es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales”¹³.

6.1.2. La salud reproductiva

Definida por consenso internacional en la Conferencia Internacional Población y Desarrollo de El Cairo 1994 “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”⁴ 2012: 12.

Según la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)¹⁴ un buen estado de salud

sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad; la eliminación de la violencia doméstica y sexual, que afecta la integridad y la salud; el derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso de todas las personas a servicios y programas de calidad para promover, detectar, prevenir y atender todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

6.1.3. Factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

“La adolescencia es uno de los periodos más complejos y fascinantes de la vida humana, durante la cual los individuos atraviesan por grandes cambios físicos y emocionales, cuestionan su identidad y empiezan a entender y vivir su sexualidad. La adolescencia representa un momento privilegiado para incidir en forma positiva sobre la vida de las personas. Durante esta etapa las decisiones que se toman y los hábitos que se forman pueden tener repercusiones para toda la vida; las condiciones de pobreza, el bajo nivel educativo las pocas posibilidades de educación superior, el desempleo y la baja autoestima son algunas de las causas subyacentes que conllevan al embarazo y a la incidencia de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes” ¹⁵ 2012: 12

La OMS define la adolescencia como la etapa que va desde los 11 a los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 12 a los 14 años, y la

adolescencia tardía, de los 15 a los 19. Pero la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere.

La etapa de la adolescencia, es un proceso dinámico, que transcurre entre la niñez y la vida adulta, en ella se estructura los valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológicas y sociales. Al mismo tiempo con el proceso biológico que comprende cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal ocurren una serie de eventos psico-emocionales; así como un proceso de adaptación al entorno sociocultural que lo llevan a alcanzar la madurez físico-psíquica y la posición adecuada para asumir las responsabilidades, deberes y derechos de los adultos.

La adolescencia comprende tres etapas: Temprana de los 10 a los 14 años, media de los 15 a los 17 años y tardía de los 18 a los 20 años. Cada una de ellas con cambios en el desarrollo cognitivo, emocional, social y moral.

En la adolescencia, el ser humano debe realizar procesos fundamentales como: la adquisición de autonomía y el afianzamiento de su propia identidad, la pertenencia y aceptación por parte de un grupo social y la elaboración de un proyecto de vida.

Los procesos que se viven en esta etapa tienen como componente nuclear el desarrollo y la conciencia de la sexualidad. Esta se evidencia en varios de los factores que explican el riesgo en que pueden hallarse los adolescentes, como la fecundidad, la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, la violencia sexual, los conocimientos sobre ITS y SIDA entre otros.

A continuación se describen, brevemente, algunos de estos factores.

6.1.4. Fecundidad en adolescentes

“Si bien la problemática que se origina en el ejercicio inadecuado de la función sexual es común en los diferentes grupos de edad, y así, afecta desde la infancia hasta la vejez, en la adolescencia, toma un matiz especial que genera grandes factores de riesgo y vulnerabilidad. Así como no es prudente limitar la problemática en SSR a la adolescencia, tampoco lo es considerar que en ella se restringe a las gestaciones tempranas y a la adquisición y transmisión de infecciones sexuales. Adolescentes de ambos sexos generan y padecen violencia socio-sexual y tienen que enfrentar serias dificultades para el ejercicio sano, responsable y satisfactorio de sus funciones erótica y reproductora”.¹⁶ 2006:17

El cálculo de las tasas de fecundidad en adolescentes permite identificar el número de nacimientos que ocurren anualmente, por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. Una de las situaciones más preocupantes en salud sexual y reproductiva, en el caso colombiano, es que esta cifra ha venido aumentando significativamente. En 1990 era de 70 nacimientos por cada 1000 mujeres y en 2005 fue de 90. Estos números tienen relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos¹⁷.

6.1.5. Edad de la primera relación sexual de las mujeres en Colombia

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005): las mujeres colombianas que al momento de la encuesta tenían entre los 20 y los 49 años de edad, la mediana para la primera relación sexual, es decir, la edad en la cual la mitad de ellas tuvo su primera relación, fue de 18.3 años. Sin embargo, se

encontraron diferencias con relación a la zona de vivienda. La mitad de las mujeres que viven en zonas rurales iniciaron sus relaciones antes de los 17.5 años, en comparación con aquellas que habitaban zonas urbanas, en quienes la mediana fue de 18.5 años.

6.1.6. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años

Según la encuesta de demografía y salud 2005, el 80% de las mujeres dijo no estar utilizando, en el momento, ningún método anticonceptivo. De dicho grupo, un poco más de la tercera parte, el 38.2%, dijo haber usado “alguna vez” métodos anticonceptivos.

6.1.7. Conocimientos frente a ITS y VIH, en mujeres de 15 a 19 años¹⁴

A pesar de la trascendencia de la problemática y de haberse convertido en tema recurrente en diferentes escenarios, la comunidad en general (y al parecer el mismo sector salud) no tiene claridad aún acerca de las conductas sexuales de riesgo y los factores protectores para la adquisición y transmisión de infecciones sexuales

Son relaciones sexuales de riesgo para tal efecto todas aquellas que involucran penetración o contacto buco-genital sin protección. Coito vaginal y coito anal las primeras; felación, cunilinto y anilinto las segundas.

Son factores protectores: el tener una pareja sexual estable y exclusiva o el usar de manera sistemática barreras de protección cuando se practique alguna de las cinco actividades sexuales antedichas. Condón de látex para las dos primeras y la felación; láminas de látex para cubrir la vulva y la zona anal y perianal para el cunilinto y el anilinto respectivamente.

El nivel de conocimiento sobre el tema de ITS-VIH es menor en adolescentes, especialmente entre las que viven en mayor nivel de pobreza, sin educación, en áreas rurales y zonas de conflicto, lo cual es preocupante si se considera que, en el grupo de 15 a 24 años, el número es de 5.315 casos acumulados de VIH, equivalentes al 11.6% de los reportados. El 21.7% de las mujeres en este grupo de edad mencionaron no conocer las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, el 97.7% ha oído hablar del VIH, y el 80% conoce que éste se previene con el uso del condón. Esto último contrasta con el bajo porcentaje de uso del condón referido anteriormente (alguna vez: 28%; actualmente 6.2%). Es importante resaltar la baja demanda de los jóvenes de 15 a 19 años con relación a los servicios de salud.

6.1.8 Violencia sexual

Otro de los graves problemas que afecta la salud sexual y reproductiva de adolescentes colombianos es la violencia sexual; el 80% de los casos ocurre dentro del hogar y el agresor es un familiar o conocido, y el 59% de los casos ocurren en niñas y mujeres jóvenes. Las víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, los adultos no les creen o falta una respuesta adecuada; además, las adolescentes refieren desconocer los procedimientos que se deben seguir en estos casos¹⁸.

6.2 Los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Política Municipal de salud sexual y reproductiva

La Constitución Nacional define “la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado. Los Derechos sexuales y reproductivos (DSR) son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre

la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros”¹⁹ 1991:1. La carta magna en su contenido reconoce los derechos sexuales y reproductivos como una esfera que genera bienestar y que permite darle “validez” al derecho fundamental, consagrado en el artículo 11: el derecho a tener una vida larga. Esto es posible en la medida que se adoptan prácticas adecuadas que permiten alcanzar un nivel de vida aceptable.

En el municipio de Manizales mediante el decreto 0119 se adopta La Política de Salud Sexual y Reproductiva.

Mediante la Ordenanza 0552 de 2006 se fijó la política pública de salud sexual y reproductiva en el departamento de Caldas. Dicha política debe ser acogida por los 27 municipios del mismo Departamento, para satisfacer los lineamientos de la ley 1122 de 2007, el decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008, es decir, responde al interés del Plan Nacional de Salud, que se fundamenta en lineamientos impartidos por el Ministerio de la Protección Social, como son:

- Maternidad Segura
- Planificación familiar
- Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes
- Cáncer de cuello uterino
- Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA
- Violencia doméstica y sexual

En Manizales, para la política de SSR, se formularon los objetivos siguientes:

- Establecer las directrices para abordar las problemáticas derivadas de la salud sexual y reproductiva.
- Reducir los factores de riesgo relacionados con la línea de acción: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, Cáncer de seno y cáncer de cuello uterino, VIH/SIDA, violencia doméstica y sexual

Para lograr se proponen:

1. El objetivo del programa de salud sexual y reproductiva es mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

2. La población objetivo es toda la población manizaleña, priorizando la población con ejercicio activo de su función sexual o reproductiva y con factores de vulnerabilidad específicos.

3. Las normas que sustentan este programa son:

1. La Constitución Política de Colombia
2. La Ley 100 de 1993
3. La Resolución 0412 de 2000, emanada del entonces Ministerio de Salud
4. La circular externa N° 18 de 2004 del Ministerio de la Protección Social
5. El decreto 1543 de 1997
6. La Ley 1122 de 2007
7. El Decreto 3039 de 2007

8. La Resolución 0425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social
9. La ordenanza 0552 de 2006 de la Gobernación de Caldas
10. El Decreto Municipal 0119 de 2011
11. El Acuerdo 029 de la CRES

La línea de acción de la política de Salud Sexual y reproductiva en adolescentes se presenta en el cuadro 1

Cuadro 1. LINEA DE ACCION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

COMPONENTES	ACCIONES	INDICADORES	REGISTROS DE INFORMACION
1. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva mediante estrategias de IEC	1. Desarrollar actividades de Salud Sexual y Reproductiva con el enfoque de habilidades para la vida, en coordinación con la Secretaría de Educación Municipal priorizando las Comunas San José, Ciudadela del Norte, Universitaria, La Fuente La Macarena y en los corregimientos Manantial y Colombia. 2. Desarrollar estrategias de IEC dirigidas a adolescentes no escolarizados 3. Ejecutar el Proyecto de Universidades Saludables en 21 universidades e institutos técnicos de la ciudad	• % de adolescentes cubiertos con la estrategia • No de estrategias de IEC implementadas • No. de colegios públicos con programas de educación sexual. • No. de adolescentes en programas de Educación sexual. • No de universidades participando en el Proyecto de Universidades Saludables • No de universitarios en Proyecto de universidades Saludables	Listados de asistencia a actividades educativas Actas de entrega de publicaciones educativas o informativas Remisiones a SSAJ
2. Desarrollo de servicios amigables para jóvenes	1. Promover la atención diferenciada para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y enfoque sexológico. 2. Capacitación al personal de salud que ofrece la atención en los servicios amigables para adolescentes y jóvenes 3. Fortalecer la capacidad operativa de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes 4. Implementar una historia clínica única para la atención de los adolescentes	• % de IPS con servicios de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y enfoque sexológico. • No de profesionales de la salud capacitados en el enfoque sexológico de la Salud Sexual y Reproductiva • No de IPS con Historia Clínica del Adolescente	Historias clínicas Listados de asistencia

3. Difusión e implementación de la norma Técnica de Detección Temprana de Alteraciones del desarrollo del Joven (10-29 años)	1. Capacitación al personal de salud sobre la norma 2. Auditorias de calidad al cumplimiento de la norma técnica y seguimiento a planes de mejoramiento.	• % de instituciones con cumplimiento de la norma.	Listados de asistencia a capacitaciones Actas de auditoría y planes de mejoramiento
3. Participación activa de los adolescentes y jóvenes en la creación y fortalecimiento de programas de atención integral en salud	1. Convocatoria a adolescentes y jóvenes para que participen en la formulación, puesta en marcha y seguimiento de los programas de atención integral en salud	• No de adolescentes y jóvenes que participan de la formulación, puesta en marcha y seguimiento de los programas de atención integral en salud	Listados de asistencia
4. Focalización de acciones con base en perfiles epidemiológicos de la población adolescente y joven	1. Mantener actualizados los perfiles epidemiológicos 2. Formular planes de acción acorde con estos perfiles	• No de estrategias dirigidas a adolescentes basadas en el perfil epidemiológico	Perfil epidemiológico de la ciudad
5. Sostenibilidad del Comité Municipal para el componente de salud sexual y reproductiva de adolescentes	1. Convocatoria a instituciones que en la ciudad trabajan con este grupo de población 2. Elaboración de planes de acción conjuntos	• No de instituciones que participan del comité	Actas de Comité
6. Atención integral en anticoncepción para adolescentes y jóvenes con vida sexual activa	1. Desarrollar un proyecto de captación y seguimiento, que incluye el suministro de métodos de anticoncepción hormonal, de barrera, y emergencia a adolescentes y jóvenes a través de atención institucional, priorizando las comunas Ciudadela del Norte y San José,	• No de adolescentes inscritos en el programa con suministro de método. • No. de adolescentes que ingresan Vs adolescentes activos	Historias Clínicas RIPs

6.3 Estrategias de Salud Sexual y Reproductivas para adolescentes

A partir del año 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social viene implementando a nivel nacional la adopción del *Modelo de servicios de salud amigables y para adolescentes y jóvenes* (SSAAJ), con el fin de facilitar el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente, en el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

“Los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes se plantean como “un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Hacen referencia a la oferta de servicios de salud específicos para población adolescente y joven, y son presentados por el Ministerio como estrategia central para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, con el fin de reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional.

La estrategia tiene un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y se enfoca en el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual, ajustados a sus características y necesidades” ²⁰ 2007:1

El Modelo busca que las instituciones de salud se vuelvan “amigables” para los adolescentes y jóvenes, que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población y por ello favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la

construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios.

“Cuando adolescentes y jóvenes son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y evaluarlo de manera crítica y permanente. Además contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos”²⁰. (2007: 1)

Entre 2007 y 2011 se han implementado 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, en 695 municipios del país, con un 61% de cobertura, pasando de ser una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional.

Evaluación en Salud

Escribir sobre evaluación en el marco de las políticas, planes y programas de salud implica hacer alusión a aspectos como: Políticas públicas, evaluación de políticas, evaluación de planes y programas en salud pública.

6.4 Políticas públicas

El concepto de política pública se aborda desde el Trabajador Social Alejo Vargas Velásquez, quien la define como “el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. De acuerdo al autor, la política pública se fundamenta en un proceso articulado de acciones, por parte de los diversos grupos políticos, en busca de darle un manejo a situaciones socialmente problemáticas y que afectan la escala de desarrollo de un país. Lo que se busca al estabilizar estas situaciones, de proporcionarle a la sociedad un bienestar integro donde se suplan todas las necesidades de los

habitantes como personas que poseen unos derechos como sujetos ciudadanos, que hacen parte de una nación y una nacionalidad” ²¹ 1999:56.

Vargas Alejo, presenta un esquema para definir el proceso de la política pública, el cual se basa en que “En toda política pública podemos identificar varios momentos diferenciables analíticamente aunque con una interpenetración mutua, que conforman un real proceso que comprende:

- a) el inicio o surgimiento, que es el momento en que un problema social transita hacia una situación socialmente problemática percibida por la sociedad y el Estado institucional, y éste debe comenzar a prever respuestas;
- b) la formulación o toma de decisión es aquel momento en el cual las instituciones estatales o el sistema político institucional valoran las posibles alternativas, reciben presiones de los actores con poder (lo ideal sería que todos los actores involucrados pudieran participar en la definición), negocian o concertan y, finalmente, llegan a la decisión. Tradicionalmente hay la tendencia, acentuada en los tiempos actuales, a pensar que la denominada 'racionalidad técnica' orienta siempre esta toma de posición del Estado; sin embargo, en los sistemas políticos reales va a presentarse una fuerte interacción entre 'racionalidad técnica' y 'racionalidad política' (entendiendo por ésta la que se basa en la negociación y el acuerdo entre los actores con poder). Hay una gran diferencia entre el discurso de la política y lo que de él se concreta. Siempre se va a encontrar una brecha entre la intencionalidad de la política y lo que recibe específicamente el ciudadano. Ese proceso se presenta de manera continua en la gestión pública.
- c) la *ejecución* o implementación, que es la materialización de las decisiones anteriormente tomadas e involucra instituciones estatales y, crecientemente, una amplia participación privada (empresarial, ciudadana o de ONG's). Paradójicamente, esto transforma la administración pública de un simple espacio de conflictos ínter o intraburocráticos, en uno para el control ciudadano, lo cual genera tensiones novedosas.

En el proceso de implementación de la política pública, es decir, de volver realidad el discurso político, va a estar involucrado el personal institucional-administrativo, pero también todas las presiones de los actores políticos y sociales. Toda política pública implica que unos sectores sociales reciben los beneficios y otros probablemente no y cada uno de esos sectores, a través de los distintos mecanismos posibles, intentan o se esfuerzan por presionar a la administración pública. En una visión simplista lo ideal sería la inexistencia de esas presiones, pero lo real es que se presenten. El problema es cómo la administración pública procesa esas presiones como algo inherente a su permanente quehacer.

d). la *evaluación*, que hace referencia a la posibilidad de valorar a posteriori los resultados, efectos o impactos de la política pública, ya sea para introducir correcciones (reformulaciones o modificaciones en su ejecución) o para aprender para la gestión pública futura. Por lo anterior, se debe pensar en un tipo de evaluación 'formativa' y no 'sumativa' y para ello es fundamental disminuir el peso de la cultura autoritaria presente en la administración pública (puesto que lleva al funcionario público de alto nivel a plantear de antemano respuestas para todos los problemas y en esas condiciones no hay una posibilidad de aceptar los errores y permitir que los mismos se transformen en posibilidades de aprendizaje). Todas las políticas públicas tienen un alto grado de incertidumbre y por ello los responsables de las mismas deben tener una gran capacidad de acomodación a situaciones nuevas e imprevistas. Se requiere de un buen manejo de la lógica de la planeación estratégica que ayude a pensar y trabajar con varios escenarios posibles” ²¹ 1999: 73, 76

Con este proceso, el autor Alejo Vargas, pretende darle un grado de eficiencia y viabilidad a la política pública, en tanto se formula desde diversas perspectivas y teniendo presente varios elementos y aspectos, que le permitan darle continuidad a la misma, y reacomodarse si la dinámica social lo exige. Además el autor expone el termino de racionalidad política y racionalidad técnica (entendida la primera, como un proceso consciente en la elección de decisiones, en torno a proporcionar viabilidad a una propuesta, programa y/o idea, y brindar el bienestar

a un individuo, grupo y/o comunidad, mientras que el termino racionalidad técnica hace referencia a un proceso que mediante la aplicación de estrategias permite el logro de objetivos, sin importar los medios para conseguir el logro de los mismos)*

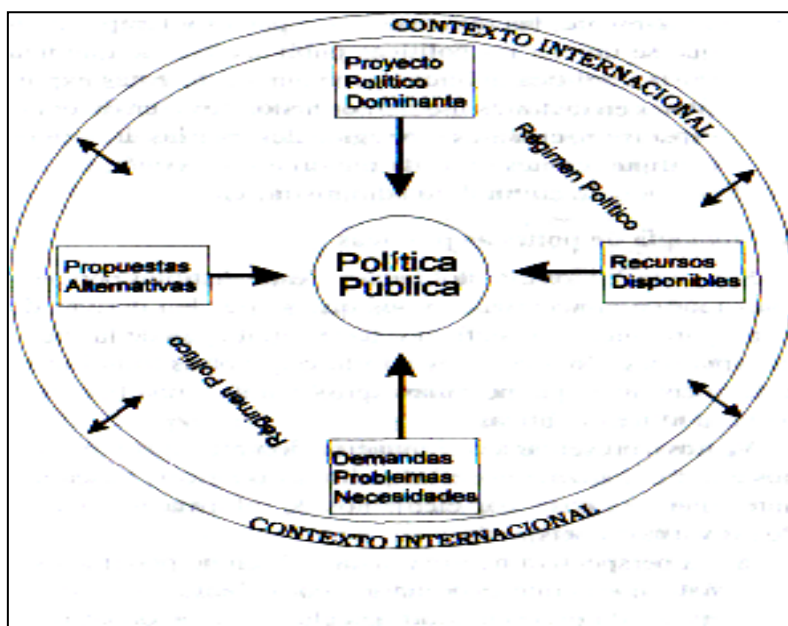


DIAGRAMA 1. Fuente: VARGAS VELASQUEZ Alejo. Proceso de la Política Pública. Bogotá 1999

Las políticas públicas son reconocidas a nivel internacional y se desarrollan en el ámbito Mundial y Nacional. Según el ámbito en el que se dan las políticas públicas están orientadas a suplir con necesidades sentidas, y que pasan a ser consideradas como situaciones socialmente problemáticas, estas necesidades son múltiples e inciden radicalmente en la calidad de vida de las personas que habitan un territorio.

6.4.1 Evaluación de políticas

En la evaluación de políticas públicas, tanto el proceso de formulación como el proceso de recogida de información y análisis, así como el estudio de los diferentes contextos y objetivos estratégicos son componentes que se examinan

-
- Conceptos contruidos a partir de revisión bibliográfica.

para explicar sus resultados con la finalidad de prestar ayuda a la decisión. La articulación de las políticas suele realizarse, en un primer despliegue a través de Planes y en un despliegue más detallado a través de programas, proyectos y hasta acciones públicas que no alcanzan siempre un grado tan estructurado de articulación.

Para ser coherente con el contexto de la buena gobernanza, los criterios de evaluación de las políticas públicas debieran considerar en primer lugar sus principios. La sintonía con esos principios parece ineludible a la hora de valorar la calidad de las políticas de los Estados en el microespacio europeo. Junto a esta arquitectura de criterios se habrán de tener en cuenta aquellos relevantes en función de las peculiaridades de cada intervención (equidad, innovación, coordinación administrativa...)

Como se menciona en los fundamentos de evaluación de políticas, es necesario tener en cuenta los objetivos que se van a evaluar, esto permite enfocar los resultados de la evaluación. “No es lo mismo evaluar el diseño y despliegue de las políticas que evaluar las organizaciones que las ponen en marcha o evaluar la calidad de algunos de los servicios concretos que prestan” ²² 2010: 54

En resumen, desde el punto de vista evaluativo, las diferentes dimensiones del objeto de evaluación permiten hablar, de forma aproximativa, de niveles macro, meso y micro de las políticas públicas. Aunque algunos de ellos pueden tener límites confusos. Lo que hay que tener en cuenta es que su tratamiento será distinto en cuanto a preguntas a investigar, criterios, utilidad, necesidades de información y, probablemente, técnicas a aplicar y recomendaciones. La diferencia entre todos estos elementos no siempre queda clara y será el evaluador preferentemente con los interlocutores implicados quien llegue a acotar la naturaleza y dimensiones del objeto a evaluar.

La evaluación de políticas plantea desafíos relacionados con su diseño, metodología, aplicación y utilidad que parte de los tres principios fundamentales mencionados anteriormente, para garantizar que esta arroje resultados

importantes que puedan ser tenidos en cuenta para la formulación de nuevas políticas.

La dificultad no está en el proceso evaluador que, sustancialmente, sigue siendo el mismo para un objeto u otro, sino en las preguntas que han de hacerse y los criterios en los que se traducen, según se requiera la evaluación desde un nivel u otro de gobierno. En relación a ello habrá que interpretar y dar significado a los hallazgos y redactar las conclusiones y recomendaciones para alumbrar un mejor futuro.

6.4.2 Evaluación de planes y programas en salud pública

La evaluación de programas es esencial en la organización de la salud pública, sin embargo, no se practica constantemente a través de las áreas del programa, ni es suficientemente bien integrada en la gestión del día a día de la mayoría de los programas. La evaluación es también necesaria para el cumplimiento de los principios de funcionamiento de los “Center for Disease Control” (CDC) para orientar las actividades de salud pública, que incluyen a) uso de la ciencia como base para la toma de decisiones y acciones de salud pública, b) la ampliación de la búsqueda de la equidad social a través de acciones de salud pública, c) llevar a cabo efectivamente como una agencia de servicios, d) hacer esfuerzos orientados a los resultados,) ser responsable.

“La evaluación de programas es el proceso por el cual se genera información sobre las operaciones y el impacto de la aplicación de programas o políticas. La investigación básica es un requisito para muchos procesos de investigación evaluativa en el sentido de proporcionar el sustrato sobre el cual se diseñan los programas. La definición más ajustada al proceso de evaluación de programas de salud en Colombia es el producto de la fusión de definiciones de Rossi, Freeman y Cronbach, así: evaluación es la aplicación sistemática de procedimientos de investigación para determinar la conceptualización,

el diseño, la implementación y la utilidad de los programas, que facilite la toma de decisiones.

Se hace necesario saber con qué fin se va a llevar a cabo una evaluación de un programa, pero su objetivo principal radica en ayudar al proceso de toma de decisiones, los tomadores de decisiones consideran la evaluación como una herramienta importante que permite cambios o ajustes en las políticas de implementación de programas. De igual forma existen varios objetivos en los estudios de evaluación entre ellos determinar si las metas son alcanzadas y medir tanto el nivel del logro, así como la forma como se ejecutó; comparar la eficiencia y adecuación de varios programas y métodos que tienen iguales objetivos o en otras palabras emplear controles para la comparación”²³.

En términos más generales la evaluación sirve para determinar la continuidad, así como mejorar su desempeño, añadir o suprimir algunas actividades, asignar recursos, generar conocimiento y, muy importante, replicar el programa en otros lugares y otros contextos.

Habicht JP, Mason JB, Tabatabai H²⁴. Proponen un modelo de evaluación basado en dos ejes, el primero de ellos relacionado con los indicadores de interés como los de provisión, utilización de servicios, cobertura o impacto, y un segundo eje relacionado con el grado de inferencia: adecuación, plausibilidad y probabilidad.

Si se desea evaluar la disponibilidad de un servicio, bastará con usar indicadores de provisión en un diseño de adecuación, pero si el propósito es evaluar el grado de utilización de este servicio, se deberían usar indicadores de utilización también en un diseño de adecuación. Por otro lado, si lo que se desea es establecer la cobertura alcanzada con una intervención o medir su impacto, la evaluación se fundamentará en indicadores de cobertura o de impacto, lo que se puede lograr a través de diseños de adecuación y plausibilidad. Este enfoque escalonado para escoger el diseño de evaluación permite racionalizar los recursos disponibles,

optimizar el tiempo y considerar aspectos administrativos y políticos de mucho interés para el tomador de decisiones.

La evaluación de resultados y procedimientos han formado parte de las intervenciones sociales, pero es hasta la segunda mitad del siglo xx, cuando la evaluación se hace explícita y da lugar a una disciplina específica, con una metodología de trabajo propia. Desde entonces, el interés por la evaluación se ha generalizado entre los financiadores y los planificadores, los clientes y los usuarios de los programas, con la utilidad social como principal criterio de valoración. La aparición de la medicina basada en la evidencia, hace dos décadas, ha reforzado la importancia de demostrar la utilidad de las intervenciones de salud en términos de eficacia y efectividad.

La evaluación se da según el nivel, la finalidad y la perspectiva. Según el nivel en que la evaluación tiene lugar suele distinguirse entre evaluación táctica, que incluye la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados, y evaluación estratégica (a veces también llamada evaluación de la pertinencia), que consiste en la valoración de los objetivos del programa o política de salud.

“Según la finalidad puede distinguirse entre evaluación formativa y evaluación sumativa o de impacto. Aunque en muchas ocasiones la evaluación formativa se confunde con la evaluación de proceso, la primera sería la que se realiza durante el período de desarrollo de una intervención, con la finalidad de detectar precozmente problemas o insuficiencias que puedan ser mejorados y la evaluación sumativa obedece a la evaluación de los resultados o el impacto cuando esta se ha estabilizado” ²⁵.

Según lo mencionado y las características de la presente investigación se hará una evaluación de procesos y resultados del programa de servicios amigables en Salud Sexual y Reproductiva, con el fin de conocer cómo se llevan a cabo estos

servicios y cuales han sido los resultados obtenidos a partir de la implementación de este programa.

Cuadro 2. CATEGORÍAS DE ANALISIS

CATEGORÍAS DE ANALISIS		DEFINICIÓN
Estructura de del Programa de Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).	Estructura	*Infraestructura, objetivos, recursos y materiales Profesionales y personal de los servicios de salud
Procesos realizados en la atención a los usuarios en los servicios amigables en SSR	Actividades desarrolladas en el proceso de atención de los usuarios de los servicios amigables.	Conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden en la interacción de la prestación del servicio, de manera alterna o simultánea, con un determinado fin
Resultados de la participación en los servicios amigables en SSR	Calidad de la atención recibida en los Servicios Amigables para Adolescentes Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Valoración de la calidad de los servicios. Conocimientos que los adolescentes consideran relevantes en su experiencia personal.

8. ESTRATEGIA METODOLOGICA

8.1 Enfoque: Cualitativo

8.1.2 Tipo de estudio: Evaluativo, con técnicas cualitativas de investigación social (observación, entrevista semiestructurada y encuesta).

8.1.3 Unidad de Trabajo:

Los servicios amigables para adolescentes en la ciudad de Manizales fueron puestos a disposición de esta población en la red pública en el segundo periodo del año 2010. En el período comprendido de enero a Mayo y de julio a diciembre del año 2014, el programa ha atendido a un número aproximado de 1149 adolescentes por mes, lo que representa al año 11626 adolescentes distribuidos en dos grupos diferenciados: el primero corresponde a los adolescentes matriculados en los colegios (7650) el segundo (3976) a usuarios desescolarizados que acuden a los centros de salud en procura de mejorar su vida sexual o recibir orientación en relación a la misma.

Se conformó con 47 adolescentes y jóvenes entre los 14 y 29 años, el 70, % corresponde al sexo femenino y el 29,7% restante al masculino, que accedieron a los Servicios Amigables durante el año 2014. Se incluyeron dos funcionarios del programa. A través de encuesta, entrevista semiestructurada y observación se obtuvo la información requerida.

8.1.4. Recolección de información y selección de informantes

Para llevar a cabo la investigación, se consiguió previamente la autorización con la secretaria de salud, y en cada centro prestador con el personal encargado de los servicios amigables. La selección de los participantes se hizo teniendo en cuenta los criterios de inclusión:

- Adolescentes y jóvenes entre los 14 y 29 años
- Asistir al programa de servicios Amigables para adolescentes y jóvenes (usuario, estudiante)
- Deseen participar voluntariamente en el proyecto

La recolección de información se llevó a cabo durante los meses de octubre, Noviembre y Diciembre del año 2014, tiempo en el cual se logró la saturación de la información.

8.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información

La técnica de investigación se utilizó la observación directa. Como instrumentos se utilizaron una lista de chequeo, una encuesta y una entrevista semiestructurada cuya descripción se muestra a continuación.

Lista de chequeo

Las listas de Control, Check Lists u hojas de verificación, son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una de lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. Se usan para hacer comprobaciones sistemáticas de actividades o productos asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvida de nada importante.

Los principales usos de los check list son los siguientes:

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso y/o deben hacerse las tareas con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuales han sido los puntos inspeccionados.
- Verificar o examinar artículos
- Examinar o analizar localización de defectos. Verificar las causas de los defectos

- verificación y análisis de operaciones

En definitiva, estas listas suelen ser utilizadas para la realización de comprobaciones rutinarias y para asegurar que el operario o el encargado de dichas comprobaciones no se le pase nada por alto, además para la simple obtención de datos²⁶.

La lista de chequeo se utilizó para la categoría estructura (ver anexo 5), con el fin de hacer una verificación de los elementos con los que cuentan los servicios en salud amigables para adolescentes y jóvenes e identificar el modelo de servicio al que este pertenece según los recursos humanos, financieros y materiales; además de la infraestructura con la que cuenta.

Entrevista semiestructurada

Una entrevista, es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas; en este proceso el entrevistado obtiene información del entrevistador de forma directa. Si se generalizara una entrevista sería una conversación entre dos personas por el mero hecho de comunicarse, en cuya acción la una obtendría información de la otra y viceversa. En tal caso los roles de entrevistador / entrevistado irían cambiando a lo largo de la conversación. La entrevista no se considera una conversación normal, sino una conversación formal, con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos englobados en una Investigación.

Según la estructura y su diseño pueden ser:

Estructurada: El investigador planifica previamente las preguntas mediante un guion preestablecido, secuenciado y dirigido, por lo que dejan poca o ninguna

posibilidad al entrevistado de réplica o de salirse del guión. Son preguntas cerradas (sí, no o una respuesta predeterminada)

Semiestructurada: Se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. (Actitud de escucha) .²⁷

Para el caso de este estudio; se llevó a cabo la entrevista semiestructurada (ver anexo 4) con dos funcionarios; los cuales manejan el programa de servicios amigables en la red pública de la ciudad de Manizales, se informó de los objetivos del estudio y posteriormente se realizó la firma del consentimiento informado por parte de los funcionarios. Esta entrevista permitió identificar como son los procesos de atención que se dan en los servicios en salud amigables para adolescentes y jóvenes y además como están estructurados desde la parte normativa

Por otro lado se llevaron a cabo las entrevistas estructuradas con los adolescentes y jóvenes (ver anexo 3), tuvieron como objetivo identificar de manera individual los conocimientos y experiencias de los usuarios y estudiantes en relación a su salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo identificar la percepción de ellos en relación al servicio de salud amigable y los resultados de la implementación del mismo.

Las preguntas de la entrevista estructurada fueron formuladas buscando dar cumplimiento a los objetivos propuestos por la investigación, para definir la validez de esta se aplicó una prueba piloto a quince (15) adolescentes y jóvenes que asistían a los servicios amigables. Las preguntas fueron ajustadas según las dificultades identificadas buscando mejorar la redacción, reducir la extensión de

las mismas, generar claridad y facilitar el entendimiento por parte de los adolescentes y jóvenes.

La entrevista estructurada, fue diligenciada por 47 usuarios y estudiantes, asistentes a los servicios de salud amigables. Se realizó la firma del consentimiento informado con los profesionales en los centros de salud y docentes en las instituciones educativas encargados de los estudiantes, (por tratarse de menores de edad) y posteriormente la firma de usuarios y estudiantes del consentimiento informado.

8.1.6. Plan de análisis de la información obtenida

Las entrevistas y encuestas fueron grabadas en su totalidad, y después fueron transcritas al pie de la letra por la entrevistadora y revisados por la tutora para asegurar su exactitud. El análisis de la información se hizo mediante análisis de contenido, utilizando codificación abierta, axial y cerrada; se realizó triangulación que es un control cruzado empleando diferentes fuentes, instrumentos o técnicas de recogida de datos. En esta investigación la triangulación se hizo con base en las fuentes de información: adolescentes escolarizados, usuarios y funcionarios vinculados a los servicios amigables, que dieron como resultado la categoría emergente

9. Aspectos éticos

Según la Resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación²⁸.

Estudio Investigativo aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta 039 de octubre 8 de 2014, se consideró de riesgo mínimo por tratarse de menores edad, según lo estipulado en la Resolución 08430 de 1993

10. PRESENTACION DE RESULTADOS

10.1 Estructura del Programa de Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva.

Los programas de salud sexual y reproductiva, denominados servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes (SAS), que funcionan en la red pública de la ciudad de Manizales, están estructurados en el marco de las actividades de protección específica y detección temprana, de la resolución 0412 de 2000", y al mismo tiempo se acogen a la política Nacional propuesta por el ministerio de salud que enfatiza la atención de los adolescentes y jóvenes adultos, teniendo en cuenta sus 6 líneas de acción"

1. Promoción de la salud,
 2. Desarrollo de servicios amigables para jóvenes,
 3. Difusión e implementación de la norma técnica,
 4. Participación activa de adolescentes y jóvenes,
 5. Focalización con base en el perfil epidemiológico,
 6. Atención integral en planificación familiar a jóvenes con vida sexual en pareja.
- Fun 1, L 2

Cuyos objetivos principales son

1. Establecer las directrices para abordar las problemáticas derivadas de la salud sexual y reproductiva
2. Reducir los factores de riesgo relacionados con las líneas de acción: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, cáncer de seno y de cuello uterino, VIH/ SIDA, violencia doméstica y sexual

La implementación de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva es una de las estrategias posibles para el desarrollo de la política nacional, porque hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación y educación de calidad para esta población.

"En todas la eps de la ciudad es de obligatorio cumplimiento la norma de detección temprana de alteraciones del joven, que comprende los aspectos de SSR. Adicionalmente en la red pública existen 7 servicios amigables con énfasis en SSR" Fun 1, L 2.

"Los servicios amigables en salud se brinda atención a jóvenes y adolescentes entre los 10 y 29 años: consejería en SSR por enfermería, atención por psicología, atención medica en control del joven y salud oral" Fun 2, L 3

Existen tres modalidades de servicios amigables, orientados a prestar la atención a adolescentes y jóvenes, según disponibilidad de recursos físicos, humanos y financieros:

- a. Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes.
- b. Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
- c. Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes.

Mediante la aplicación de la lista de chequeo y la observación, se logra identificar la modalidad **de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes**, ya que al ser un centro de salud básico y de primer nivel cuenta con profesionales (psicóloga, enfermera, médico general y odontóloga) formados y sensibilizados para brindar la atención necesaria para adolescentes y jóvenes en todo lo relacionado en Salud Sexual y Reproductiva, el acompañamiento a personas con vida sexual activa con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

En este servicio amigable en salud, se brinda atención a jóvenes y adolescentes entre los 10 y 29 años: consejería en SSR por enfermería, atención por sicología, atención médica en control del joven y salud oral. El servicio amigable desarrolla sus actividades a nivel grupal, a través de actividades sobre habilidades para la

vida y sexualidad y a nivel individual a través de consejerías y atención integral en salud.

Comparten infraestructura con otros servicios de salud; esta es básica, siendo un centro de salud de atención de primer nivel, presta los servicios en salud sexual y reproductiva a jóvenes y adolescentes, dentro del horario establecido para ello en cada centro de salud; en donde llegan canalizados por otros programas, por el colegio, o por interés propio

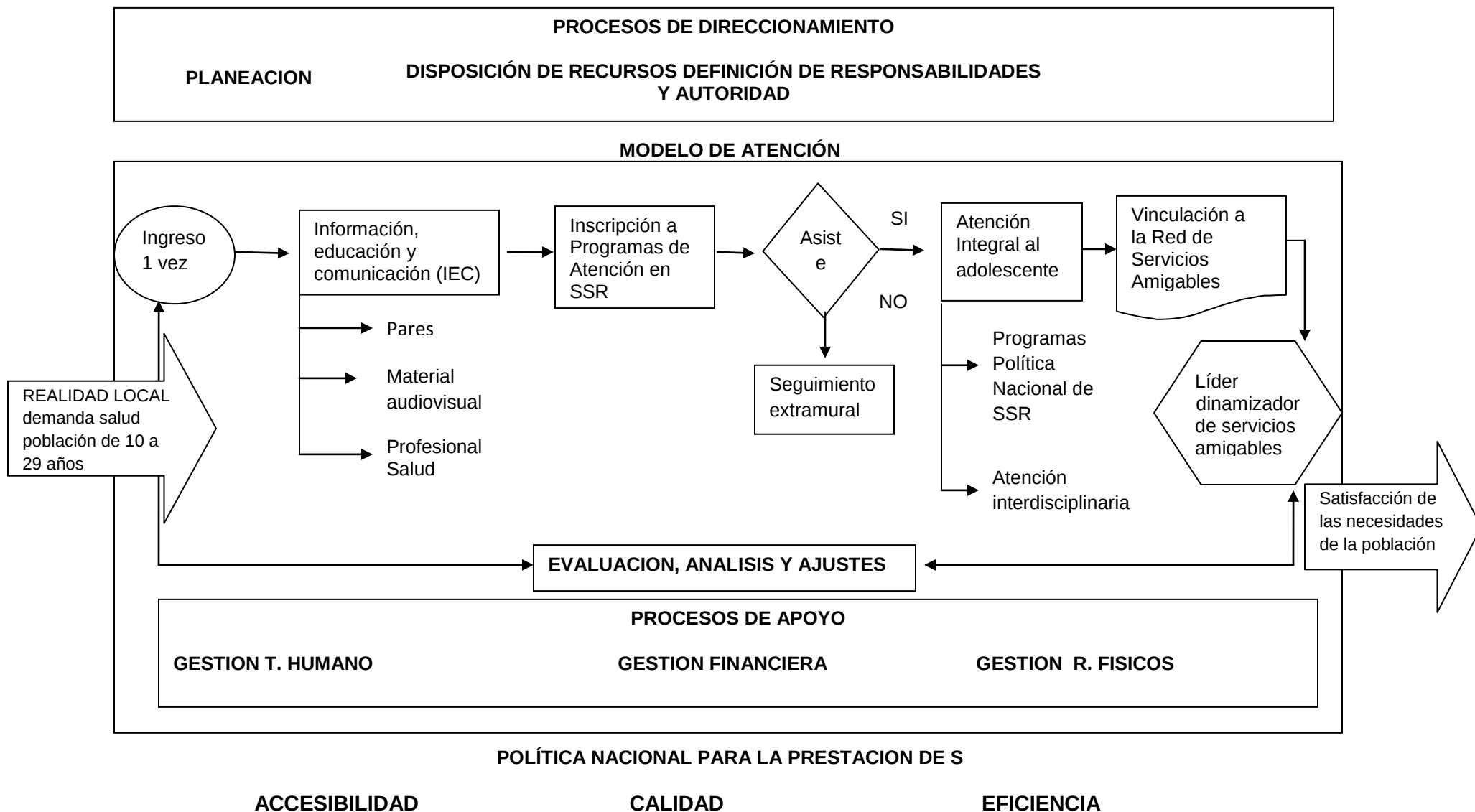
Los consultorios donde se presta la atención se visualizan mediante un afiche, que los invita a que accedan a los diferentes servicios que se ofrecen los profesionales capacitados para este y los cuales realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y Jóvenes

Si se estudiara el tema en la red privada de la ciudad de Manizales; es posible encontrar los dos otros modelos de servicios amigables: unidades de salud amigables para adolescentes y el centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes; en lo concerniente a la unidad amigable lo que le da el carácter de amigables es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, las instalaciones y profesionales pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución; por el contrario el centro amigable cuenta con infraestructura propia que por sí mismo conforma una institución prestadora de servicios en salud sexual y reproductiva.

Si bien el servicio amigable en el modelo de consulta diferenciada brinda atención en salud sexual y reproductiva a adolescentes y jóvenes, este no es lo que plantea el ministerio desde la política, la cual plantea los servicios amigables con un espacio único y propio, es decir la modalidad de centros amigables

Cuadro 3.

10.2 Los procesos de la atención en Salud Sexual y Reproductiva.



Los procesos que tienen lugar en el servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes, se dan desde el momento en que los adolescentes ingresan a la institución de salud, en donde hacen un contacto inicial, pasando por la consulta, hasta la ejecución de actividades de seguimiento y control; basados en el modelo de atención presentado en el diagrama anterior.

"Los jóvenes son canalizados en los centros de salud e instituciones educativas del municipio, quienes los remiten a los centros de salud en donde funciona el servicio amigable. Reciben la atención médica, psicológica, por enfermería y salud oral. Se brinda orientación de acuerdo las necesidades y expectativas de las personas que acuden al servicio y nos permite fomentar las prácticas de autocuidado en salud mental, prevención del consumo de SPA y salud sexual reproductiva" Funcionario, N°2, L 3.

Cuando no logran ser canalizados en el centro de salud, se les hace seguimiento extramural, es decir también llegan:

"Remitidos por sus colegios, de la consulta de detección temprana, por iniciativa propia, por captación en actividades educativas. Se atienden en consulta diferenciada por parte del personal (psicóloga, médica, la enfermera) especialmente sensibilizado y capacitado para ello. Se atienden para fortalecer sus factores protectivos y minimizar factores de riesgo, para además favorecer el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos" Funcionario, N°1, L 2.

De igual forma en los centros de salud también son canalizados en la consulta del control del joven, basados en el marco de las actividades de protección específica y detección temprana, de la resolución 0412 de 2000; a través de intervenciones de demanda inducida. El prestador de servicios de salud causa un nivel de consumo distinto al nivel que el paciente hubiera seleccionado en el caso que tuviese la misma información que el proveedor

Se ofrece la atención al adolescente o al joven independientemente del tipo de afiliación al SGSS. El servicio amigable se desarrolla a nivel individual, grupal y familiar:

*“A **nivel grupal** a través de actividades sobre habilidades para la vida y sexualidad y a **nivel individual** a través de consejerías y atención integral en salud” Funcionario, N°1, 2.*

*“**Grupal y familiar:** todas en SSR en diferentes escuelas y colegios del municipio, por jóvenes y padres de familia. Algunos pueden consultar en compañía de sus padres” Funcionario, N°2, L3.*

Las actividades se llevan a cabo mediante las estrategias de Información, educación y comunicación (IEC), que se desarrollan en el transcurso de la consulta o charla llevada a cabo en las instituciones educativas. Esta estrategia IEC, permite llegar de forma adecuada y oportuna a los jóvenes y adolescentes ya que en la “lógica de promocionar y prevenir, cobran importancia los conceptos información, educación y comunicación, como herramientas fundamentales en la promoción de la salud debido a la necesidad de contar con recursos educativos y comunicativos, para lograr cambios en los comportamientos y prácticas de salud de la población” ²⁹ 2005:3; es así que en los servicios amigables para adolescentes toma fuerza esta estrategia que apunta al desarrollo de habilidades para la vida y la toma de decisiones informadas a los jóvenes y adolescentes en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.

Al ser canalizados los adolescentes y jóvenes, son vinculados a la red de servicios amigables en donde cuentan con una amplia gama de servicios en salud sexual y reproductiva. Estos servicios comprenden acciones en promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, incluyendo orientación y educación desde la primera consulta, servicios extramurales, es decir (por fuera de los centros de salud), identificación de población con mayor riesgo y prestación de servicios integrales que pretenden garantizar la continuidad en el servicio y la adherencia de la población a los mismos.

Los adolescentes y jóvenes que asisten al servicio de salud amigable, son motivados por diferentes intereses y es allí en donde prima la atención de cada uno de ellos, según las necesidades sentidas por los adolescentes y jóvenes. Los intereses varían de uno a otro, pero se logra identificar cuáles son los más comunes en lo que tiene que ver con su salud sexual y reproductiva:

"Información y acceso a planificación familiar, Información sobre salud sexual, Rutas de atención en violencia sexual, Atención y prevención de ITS/ VIH SIDA, Maternidad segura" Func, N°1, L 4.

De igual forma:

"Aprendizaje centrado en cómo elegir la pareja, las ITS, VIH SIDA, embarazo no deseado, uso del condón. El joven determina sobre qué tema quiere la asesoría y es el, quien prioriza" Fun 2, L 5

Los funcionarios vinculados a la atención de este grupo poblacional señalan que los adolescentes presentan algunas necesidades particulares diferente a la de los adultos:

"Atención en salud mental, prevención de consumo de SPA, prevención de ITS, maternidad segura" Fun 1, L 2

"los jóvenes no manejan la misma información, en ocasiones no tienen los medios o la preparación necesaria, lo que se ve reflejado en la poca percepción del riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales y en los embarazos no deseados" Fun 2, L 3

La oferta de servicios es amplia y procura responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes, acorde a las normas establecidas para ello y a las expectativas de los jóvenes.

Una vez son atendidos los adolescentes o jóvenes,

“se realizan seguimientos a las remisiones, al ingreso a otros programas como planificación familiar, detección de alteraciones del joven, programa de ITS/ VIH SIDA, consulta de morbilidad. Se atribuye a los servicios amigables el aumento de consultas en el programa de planificación familiar, ITS y de psicología”

Posterior a las atenciones

“se realiza seguimiento telefónico a los jóvenes y adolescentes para verificar el cumplimiento de indicaciones brindadas y la gestión entre las remisiones realizadas. Los jóvenes manifiestan adherencia a las prácticas de autocuidado en su salud sexual, y disminución de los comportamientos de riesgo” Fun 2, L 3

Cada institución debe adaptar el modelo a sus necesidades y posibilidades, sin perder de vista que adolescentes y jóvenes pueden ser captados institucionalmente desde la consulta de morbilidad general, en los diferentes programas asistenciales y de promoción, desde otras entidades locales y desde los grupos de la comunidad que trabajan con adolescentes y jóvenes.

“A través de oferta de servicios especialmente diseñados para ellos, que responden a sus expectativas y necesidades” Fun 1, L 2

“Se brinda una educación integral y demás respuestas a las diferentes inquietudes desde lo biológico, psicológico y de su salud sexual e incorporamos el componente de salud mental a través de las diferentes actividades con el fin de detectar tempranamente los riesgos

10. 3 Resultados del programa

Las prácticas y comportamientos relacionados con la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes ha sido tema importante de debate en algunas conferencias a nivel mundial. De allí que los esfuerzos realizados desde

diferentes áreas como la salud y la educación, por mejorar la calidad de vida y disminuir las prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva de esta población

Se ve materializado en los programas de salud sexual y reproductiva. Allí los adolescentes y jóvenes pueden encontrar apoyo y asesoría acerca de su sexualidad

A este respecto los adolescentes y jóvenes refieren que buscan información sobre salud sexual y reproductiva del internet, los amigos colegios y profesores, cuando así lo requieren o necesitan alguna asesoría.

"De mis amigos, ya que mi familia casi no me habla de la sexualidad" Est 3, L 3

"Amigos, colegio, internet" Est 2, L 2

Y que los servicios amigables son espacios que les permiten aclarar sus dudas, inquietudes acerca de su salud sexual y reproductiva:

"De Manera especial, ya que en mi caso, no tengo con quien hablar de estos temas de sexualidad" Est 12, L 2

"Apoyándonos si vamos a iniciar una vida sexual activa, podemos prevenir un embarazo" Usu 6, L 7

Reconociendo así la importancia de contar con estos espacios, de orientación, comunicación y educación, que les ayudan a mejorar su vida sexual, como lo expresan dos participantes:

"Es como protegernos de dichas enfermedades, como podemos actuar y como podremos actuar en dichas situaciones" Usu 16, L 29

"Nos ayudan a tener una vida sexual sana" Usu 15, L 30

En el proceso de implementación de los programas de salud sexual se logra identificar la estrategia (IEC) Información, educación y comunicación como herramienta fundamental en los servicios en salud amigables para adolescentes y jóvenes.

“Las estrategias IEC constan de tres componentes: uno informativo que busca compartir determinados contenidos entre públicos diversos, para lo cual se debe disponer de los medios y recursos que permitan ofrecer información novedosa y cualificada para la opinión pública. El educativo se refiere a la acción que ejercen las personas y la sociedad a la que estas pertenecen, sin que exista otra mediación distinta que las autorregulaciones, negociaciones entre los actores sociales. Y finalmente el comunicativo que permite establecer vínculos de confianza entre interlocutores y abre espacio al campo de la participación social”³⁰.

Es importante mencionar que estos tres componentes no son etapas ni fases de un proceso, sino dimensiones que suceden simultáneamente, ya que están pensadas para ser puestas a disposición de los públicos a abordar y sometidas a los ajustes y variaciones surgidas de la validación adelantada con dichos públicos.

Los adolescentes identifican estos componentes de la estrategia cuando reconocen en los programas un espacio donde se les brinda información y se promueve el comportamiento sexual responsable:

Es un servicio donde le ofrecen información a los adolescentes o jóvenes acerca de la salud sexual y reproductiva" Usu 3, L 2.

"Nos informan de cómo prevenir los embarazos no deseados y también nos explican cuáles son los métodos de planificación y como debemos cuidarnos para no tener enfermedades" est 3, L 7

Por otro lado, afirman que

"Son entidades encargadas de prevenir e informar los jóvenes sobre sexualidad" Est 10, L 6

Resaltando lo anterior, permite mejorar sustancialmente su vida sexual:

"Al prevenir e informar los jóvenes, están evitando además de un embarazo no deseado, una enfermedad de transmisión sexual" Est 10, L 11

"Nos informan de cómo prevenir los embarazos no deseados y también nos explican cuáles son los métodos de planificación y como debemos cuidarnos para no tener enfermedades" Est 3, L 7

Existen varias teorías que intentan explicar los cambios de comportamiento en la salud del ser humano; en relación a las prácticas de riesgo o autocuidado asumidos por los mismos. Dada la relevancia de las teorías y de la evolución que éstas han tenido en el campo de las estrategias Educación y comunicación intentare explicar los cambios en los conocimientos, prácticas y comportamientos, de los jóvenes que asisten a los servicios amigables para adolescentes y jóvenes (SAS)

La estrategia de Información, Educación y Comunicación (en adelante IEC), son un conjunto de instrumentos de gestión estratégica de carácter descentralizado dirigido a orientar acciones de comunicación para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud a diferentes escalas. Pretenden fortalecer la capacidad de los individuos y sus comunidades a fin de que puedan incidir efectiva y eficientemente sobre los procesos de decisiones atinentes al desarrollo y al bienestar de la población.

Se orientan a mejorar procesos locales que promuevan cambios tanto en los conocimientos como en las actitudes ciudadanas y en las prácticas de la población en el campo de la salud pública ³¹.

Desde esta perspectiva se entiende la comunicación como un proceso interactivo, de negociación con el otro, de dialogo y de generación de acuerdos que posibilitan cambios en la población. Como lo expresan algunos jóvenes:

"Hablándonos sobre sexualidad y orientándonos" Usu 14, L 8

"Hablando, practicando con la persona, lo que nos enseña" Usu 20, L 16

La comunicación se constituye en una comunicación estratégica para propiciar cambios de actitudes, prácticas y comportamientos en la población desde una perspectiva preventiva

"Le indican a uno como usar los métodos, es como un acompañamiento que le brindan a uno" Usu 5, L 15

"Si pues específicamente a mí me sirve para tomar mis propias decisiones y tomar la decisión correcta" Est 16, L 6

Desde el punto de vista de la comunicación para la salud esta es vista como el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud. Como lo expresan los adolescentes

"Son ayudas que nos brinda el estado para tener una responsabilidad sexual y saber qué hacer en el momento de empezar una relación sexual" Est 23, L 11

Nos orientan a cuidarnos para evitar embarazos y enfermedades etc. Que entendamos más sobre sexualidad y sus riesgos. Est 13, L 3

Promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para configurar ambientes, favorables a la salud y al bienestar

"Acatando los consejos, poniendo en práctica lo aprendido" Usu 1, L 6

"Hablando, practicando con la persona, lo que nos enseña" Usu 20, L 16

"Aconsejando a los jóvenes para no contagiarse de enfermedades" Usu 7, L 7

La comunicación para la salud se ha convertido en un medio importante en los procesos de empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades, así lo reconocen los jóvenes con relación a los agentes de la salud que la propician

“Nos ayuda a responder inquietudes que no todo mundo nos puede responder, nos explica también muchas cosas que no sabíamos muy entretenido aprender sobre esas cosas por las dudas y todo lo demás” Est 5, L 24

“porque ella nos pregunta nos enseña, nos ayuda a poner cuidado y nos enseñan lo que verdaderamente necesitamos, aprendemos y metemos en la memoria para que no se nos olvide” Est 1, L 23

De otro lado la educación para la salud ha jugado un papel importante, como estrategia fundamental en el desarrollo de programas que buscan la promoción de la salud.

Esta es entendida como un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

“principalmente en el desarrollo de enfermedades y posibilidades de aborto, previenen este tipo de cosas creando una conciencia colectiva, para tomar las decisiones adecuadas” Est 23, L 7.

“Por qué nos explican cómo nos podemos cuidar, de que nos tenemos que cuidar, como debe ser nuestra vida sexual” Est 14, L 35

Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

"Charlas actividades que concientizan a los adolescentes y jóvenes sobre los riesgos de las relaciones sexuales" Usu 3, L3

"Nos enseñan cómo prevenir un embarazo, nos enseñan y explican cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual y desventajas nerviosismo a actuar ante la sexualidad" Usu 18, L 22

Es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población. Como lo expresan en estos enunciados

"Conocerme a mí mismo, decir no a las drogas, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual" Est 21, L 34

"Que aprendemos como cuidarnos, cuales son las enfermedades de transmisión sexual"
Est 14, L 27

"A abrir nuestro pensamiento para lograr reconocer todas las consecuencias y causas que provoca tener relaciones sexuales sin un debido proceso" Est 23, L 21

Tiene que ver con toda actividad elegida para un aprendizaje de la salud o la enfermedad, es decir en los cambios permanentes de las disposiciones o capacidades de un sujeto.

"Porque al recibir las charlas nosotros tomamos conciencia de todos los riegos y nos incitan a protegernos" Est 13, L 4.

"Es un servicio donde nos dan temas de sexualidad como cuidarse uno para tener relaciones sexuales" Usu 18, L 27

"Porque nos puede enseñar a tener relaciones sexuales seguras" Usu 20, L 24

"Enseñarme a valorarme, respetarme y cuidar de mi cuerpo" Usu 22, L 21

Cuando se hace una buena educación para la salud, se pueden producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de la manera de pensar.

"Sobre las enfermedades de transmisión sexual, para desarrollarse para adquirir conocimiento sobre cosas que uno no sabía" Usu 8, L 14

"Pues las cosas han avanzado mucho, aprendiendo lo que no sabía y aclarando algunas dudas" Usu 1, L 18

"Tener mejor conocimiento sobre los temas sexuales y planificación y una buena orientación" Usu 2, L 10

Puede determinar cambios en las actitudes o creencias, al mismo tiempo que cambios de comportamientos o modos de vida

Contribuye mucho ya que nos ayuda a tener nuevos conocimientos y estar alerta con las enfermedades de transmisión sexual" Est 22, L 18

"Con todos los métodos anticonceptivos que brinda este medio y ayuda primordialmente a crear conciencia de prevenir enfermedades sexuales" Est 23, L 6

"Muy buena, porque nos motiva a explorar el tema y a saber cómo cuidarnos y ser preventivos" Est 2, L 36

La educación en salud, ayuda a la gente comprender su comportamiento y cómo afecta la salud, contribuye a la toma de decisiones para una vida sana. Considerar que los cambios de comportamiento que pretenden lograr la educación para la salud han de ser "voluntarios" implica una concepción antropológica, pero al mismo tiempo supone una concepción de la educación para la salud como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos

podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos.

10.4 Percepción de los funcionarios de los procesos y resultados de la implementación de los servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes

La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes, busca dar respuesta a las necesidades de adolescentes y jóvenes, en lo todo lo relacionado a la salud sexual y reproductiva ha tenido importantes avances, según los funcionarios, pero al mismo tiempo reconocen las limitaciones y obstáculos que se presentan en el día a día en estos servicios.

Ellos describen los servicios amigables en salud, como una oportunidad que tienen los adolescentes y jóvenes para el buen desarrollo de su sexualidad, en los cuales confluyen espacios de ayuda, orientación y educación en todo lo relacionado con la sexualidad de los adolescentes.

La consulta diferenciada que opera en los centros de salud, está diseñada según las necesidades de los adolescentes y las normas que rigen estos servicios, para el correcto funcionamiento de los mismos. Los funcionarios reconocen que ellos tienen necesidades particulares diferentes a la de los adultos.

“Atención en salud mental, prevención de consumo de SPA, prevención de ITS, maternidad segura” Fun 1, L 2

“Los jóvenes no manejan la misma información, en ocasiones no tienen los medios o la preparación necesaria, lo que se ve reflejado en la poca percepción del riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales y en los embarazos no deseados” Fun 2, L 3.

De igual forma plantean cuales son las necesidades que más identifican en salud sexual y reproductiva en las consultas que llevan a cabo en la consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes.

"Información y acceso a planificación familiar, Información sobre salud sexual, Rutas de atención en violencia sexual, Atención y prevención de ITS/ VIH SIDA, Maternidad segura" Fun 1, L 2

"Aprendizaje centrado en cómo elegir la pareja, las ITS, VIH SIDA, embarazo no deseado, uso del condón. El joven determina sobre qué tema quiere la asesoría y es el, quien prioriza" Fun 2, L 3

Ellos reconocen que es fundamental partir de las necesidades sentidas por ellos a la hora de brindarles el servicio, con el fin de que puedan recibir la orientación adecuada y oportuna y logren que adolescentes y jóvenes asistan de manera más frecuente a estos y den a conocer estos servicios a sus pares.

"Es adecuado a sus necesidades, los profesionales están dispuestos a resolver cualquier inquietud sobre el tema, los jóvenes pueden acudir las veces que requieren por mayor información o para aclarar dudas o lo relacionado a SSR. Los profesionales son jóvenes, proactivos que buscan establecer una relación empática con los jóvenes que facilite su atención" Fun 2, L 3

De igual modo para la focalización de las necesidades de los adolescentes se tienen en cuenta el personal (EPS y concentrado en comunas de riesgo- comuna V- perfil epidemiológico"

La implementación de los servicios amigables, requiere también de la movilización de los diferentes actores sociales que están en el contexto donde se desenvuelven los adolescentes y jóvenes.

“Se realizan alianzas con el sector educativo y el sector recreación, para formulas ofertas más integrales” Fun 1, L 2

“A través de la multiplicación de información que se hace por el grupo de pares” Fun 1, L 2

“En el apoyo de actividades de servicios amigables se cuenta con el trabajo articulado con la secretaria de educación” Fun 2, L 3.

Con el fin mejorar la oferta de servicios y así poder brindar a los jóvenes más y mejores servicios que contribuyan a mejorar la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional.

“A través de oferta de servicios especialmente diseñados para ellos, que responden a sus expectativas y necesidades” Fun 1, L 2

“Brindando educación integral y demás respuestas a las diferentes inquietudes desde lo biológico, psicológico y de su salud sexual e incorporamos el componente de salud mental a través de las diferentes actividades con el fin de detectar tempranamente los riesgos”

Por medio de esta oferta de servicios y actividades se logra que adolescentes y jóvenes impacten de manera positiva su sexualidad siendo estos los resultados de la implementación del servicio amigable en el modelo de la consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes.

“Disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes, disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, generación de cultura de denuncia de violencia sexual, aumento de la demanda de citología vaginal, uso del preservativo” Fun 1, L 2

“Nosotros nos acogemos a la política nacional implementada por el ministerio de salud con la atención de los jóvenes de 10 a 29 años.se obtuvo una cobertura de más del 100% de la consulta programada en planificación familiar, se observa una adherencia del 84% a las consultas de control” Fun 2, L 3

Pero se presenta una contradicción al mencionar que los resultados de estos programas no se ven reflejados en las conductas de los adolescentes, ya que se siguen presentando embarazos en adolescentes.

"A pesar del trabajo realizado no se observan cambios en la población adolescente, se siguen embrazando, no asisten a los controles, 65% de embarazadas acuden al primer trimestre a control. El 28 % de todas las adolescentes gestantes eran adolescentes en 2013 y en 2012 el 22%. la adherencia al método de planificación es del 54.7% evaluación primer trimestre" Fun 2, L 3

No se logra hacer seguimiento o medir los conocimientos de los adolescentes puesto que solo se tienen en cuenta a la hora de evaluar los indicadores cuantitativos.

"No hay un mecanismos de seguimiento a los conocimientos, solo a los indicadores de resultados como tasa de fecundidad, prevalencia del VIH/SIDA, aumento de la demanda de consulta" Fun 1, L2

"No se tiene una información sistematizada, ni instrumentos para aplicar"
"Fun 2, L3

Otro aspecto fundamental para tener en cuenta en el modelo de atención de la consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, tiene que ver con los recursos humanos, financieros y de infraestructura.

Los funcionarios reconocen algunas limitaciones para la prestación de los servicios amigables en los centros de salud, los cuales están directamente relacionados con la infraestructura y el sistema de salud.

1. La infraestructura, 2. Los aspectos administrativos, 3. El presupuesto, 4. El sistema de salud" Fun 1, L2

"La infraestructura ya que el ministerio plantea los servicios amigables con espacio único y propio. Nuestro SAS funciona en centros de salud por lo que se tiene una consulta diferenciada. Fun 2, L 3

"En parte se requiere mayor capacitación, modificar la infraestructura para hacerlos más amigables e interactivos. Se requieren materiales que faciliten el trabajo con este grupo de población. Fun 1, L 2

Al mismo tiempo reconocen logros importantes con respecto al talento humano que es el encargado de brindarles la atención necesaria en salud sexual y reproductiva a adolescentes y jóvenes que asisten al servicio amigable.

El talento humano es adecuado, joven, capacitado, que es empático con los jóvenes, y está en capacidad de dar respuesta oportuna a las necesidades sentidas por los adolescentes y jóvenes en todo lo relacionado con su salud sexual y reproductiva. Fun 2, L 3.

Es de vital importancia poder mejorar la atención ofrecida para adolescente y jóvenes, con el fin de tener más y mejores resultados en la implementación de estos servicios amigables por lo que se requiere:

"Mayores estrategias culturales, lúdicas participativas, mayor cobertura, capacitación a otros profesionales de la salud, para mejorar la actitud hacia este tipo de población, estrategias de accesibilidad" Fun 1, L 2

También:

"Es importante la intersectorialidad, desarrollo social, salud, goce y cultura. Participación mayor donde ellos "los adolescentes" se apropien del programa y que programen actividades que enganchen a mayor población joven, estrategias lúdicas participativas. Brindar información con enfoque más preventivo desde los 5 años de edad" Fun 2, L 3

11. CATEGORIA EMERGENTE

El control de la función reproductiva es el objeto de la estructura, los procesos y los resultados del programa servicios amigables para adolescentes.

Los actores involucrados en los servicios amigables coinciden en las descripciones acerca de la infraestructura y la oferta de servicios para los adolescentes y la manera como son dispensados. El programa cuenta con la infraestructura, talento, disponibilidad y procesos para atender las problemáticas de los adolescentes, a pesar de que existen limitaciones en recursos materiales y económicos.

Los funcionarios describen los servicios amigables en salud, como una oportunidad que tienen los adolescentes y jóvenes para el buen desarrollo de su sexualidad, en los cuales confluyen espacios de ayuda y orientación en todo lo relacionado con la sexualidad.

Allí, se brinda la atención necesaria por parte del personal capacitado (enfermera, psicólogo, médico general, odontología) para desempeñar dicha labor.

"Los servicios amigables en salud se brinda atención a jóvenes y adolescentes entre los 10 y 29 años: consejería en SSR por enfermería, atención por psicología, atención medica en control del joven y salud oral"
Fun 2, L 3

Para ello se cuenta con profesionales idóneos que están siempre dispuestos a brindar asesoría y ayuda en el tema que los usuarios lo requieran. Como expresan a continuación:

"Puedo exponer mis problemas y encontrar una solución en compañía de la psicóloga" Usu 2, L 3

El talento humano es adecuado, joven, capacitado, que es empático con los jóvenes, y está en capacidad de dar respuesta oportuna a las necesidades sentidas por los adolescentes y jóvenes en todo lo relacionado con su salud sexual y reproductiva. Fun 2, L 3.

“Los profesionales están dispuestos a resolver cualquier inquietud sobre el tema, los jóvenes pueden acudir las veces que requieren por mayor información o para aclarar dudas o lo relacionado a SSR. Los profesionales son jóvenes, proactivos que buscan establecer una relación empática con los jóvenes que facilite su atención” Fun 2, L 3

La oferta no se queda en los servicios de la ESE; se incluye la movilización de los diferentes actores sociales como los relacionados con educación, la recreación y los pares adolescentes para mejorar la oferta de servicios para este grupo poblacional

“Se realizan alianzas con el sector educativo y el sector recreación, para formular ofertas más integrales” Fun 1, L 2

“A través de la multiplicación de información que se hace por el grupo de pares” Fun 1, L 2

“En el apoyo de actividades de servicios amigables se cuenta con el trabajo articulado con la secretaria de educación” Fun 2, L 3.

“A través de oferta de servicios especialmente diseñados para ellos, que responden a sus expectativas y necesidades” Fun 1, L 2

“Brindando educación integral y demás respuestas a las diferentes inquietudes desde lo biológico, psicológico y de su salud sexual e incorporamos el componente de salud mental a través de las diferentes actividades con el fin de detectar tempranamente los riesgos” Fun 2, L3

En lo referente **a los procesos** la vinculación de adolescentes y jóvenes se promueve a través de diferentes medios ya que:

“Los jóvenes son canalizados en los centros de salud e instituciones educativas del municipio, quienes los remiten a los centros de salud en donde funciona el servicio amigable” Fun 2, L 3. “Se brinda orientación de acuerdo las necesidades y expectativas de las personas que acuden al servicio y nos permite fomentar las prácticas de autocuidado en salud mental, prevención del consumo de SPA y salud sexual reproductiva” Funcionario, N°2, L 3

Los estudiantes de las instituciones educativas a donde llegan los servicios amigables para adolescentes, afirman que reciben orientación e información correspondiente a las dudas planteadas por ellos, y en el caso de que requieran un servicio adicional son vinculados al servicio amigable por medio de los profesionales que asisten a estas actividades.

“Remitidos por sus colegios, de la consulta de detección temprana, por iniciativa propia, por captación en actividades educativas. Se atienden en consulta diferenciada por parte del personal (psicóloga, médica, la enfermera) especialmente sensibilizado y capacitado para ello. Se atienden para fortalecer sus factores protectivos y minimizar factores de riesgo, para además favorecer el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos” Funcionario, N°1, L 2.

Los intereses varían de un joven a otro, pero se logra identificar cuáles son los más comunes en lo que tiene que ver con su salud sexual y reproductiva:

“Planificación familiar, embarazo, ITS, cáncer de cuello uterino, violencia intrafamiliar, sexualidad en adolescentes” Est 1, L 2

“Planificación, charlas sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual” Usu 6, L 7

Estudiantes y usuarios coinciden con los funcionarios respecto a las preocupaciones más frecuentes de los adolescentes y jóvenes:

"Información y acceso a planificación familiar, Información sobre salud sexual, Rutas de atención en violencia sexual, Atención y prevención de ITS/ VIH SIDA, Maternidad segura" Fun, N°1, L 4.

"Atención en salud mental, prevención de consumo de SPA, prevención de ITS, maternidad segura" Fun 1, L 2

"los jóvenes no manejan la misma información, en ocasiones no tienen los medios o la preparación necesaria, lo que se ve reflejado en la poca percepción del riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales y en los embarazos no deseados" Fun 2, L 3

En los procesos se evidencia el despliegue de la estrategia IEC con predominio del componente informativo.

Los adolescentes (usuarios y estudiantes) identifican este componente informativo de la estrategia cuando reconocen en los programas un espacio donde se les brinda información y se promueve el comportamiento sexual responsable:

Es un servicio donde le ofrecen información a los adolescentes o jóvenes acerca de la salud sexual y reproductiva" Usu 3, L 2.

"Nos informan de cómo prevenir los embarazos no deseados y también nos explican cuáles son los métodos de planificación y como debemos cuidarnos para no tener enfermedades" est 3, L 7

Por otro lado, afirman que

"Son entidades encargadas de prevenir e informar los jóvenes sobre sexualidad" Est 10, L 6

Resaltando lo anterior, permite mejorar sustancialmente su vida sexual:

"Al prevenir e informar los jóvenes, están evitando además de un embarazo no deseado, una enfermedad de transmisión sexual" Est 10, L 11

"Nos informan de cómo prevenir los embarazos no deseados y también nos explican cuáles son los métodos de planificación y como debemos cuidarnos para no tener enfermedades" Est 3, L 7

No se hace muy evidente el componente educativo, excepto algunos testimonios que en donde se habla de conciencia y la toma de decisiones

"Si pues específicamente a mí me sirve para tomar mis propias decisiones y tomar la decisión correcta" Est 16, L 6

Nos orientan a cuidarnos para evitar embarazos y enfermedades etc. Que entendamos más sobre sexualidad y sus riesgos. Est 13, L 3

Ellos evalúan los riesgos que trae consigo la sexualidad, cuando no se asume responsablemente, pero al mismo tiempo reconocen que al recibir orientación y asesoría están en capacidad de tomar decisiones frente a la misma

"La ayuda y la asesoría nos sirve para tomar decisiones frente a un problema o situación alerta" Est 23, L 7

"Se modifican las creencias porque uno a los papas le dicen una cosa y asiste a estos programas y aprende cosas distintas" Usu 4, L 20

Vale la pena mencionar que algunas de las decisiones tomadas por los adolescentes están mediadas por las motivaciones individuales y las expectativas frente a los profesionales que los orientan

"Es muy importante ya que los profesionales con su conocimiento nos enriquece, ya que son personas con alta experiencia en el tema" Est 24, L 23

“Son muy buenos porque estos servicios nos informan y nos ayudan a tomar buenas decisiones para que no alteren nuestro proyecto de vida” Est 9, L 22

“Nos ayudan a conocer más, nos permiten acceder a sus oficinas para dialogar sobre sexualidad” Est 21, L 15

En el ámbito de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes, las conductas o comportamientos frente a esta será determinante en su proyecto de vida, esto depende de la actitud de ellos frente a las prácticas de riesgo o al aumento de los factores protectores que deseen realizar en torno a su sexualidad.

“Nos orientan a cuidarnos para evitar embarazos y enfermedades etc. Que entendamos más sobre sexualidad y sus riesgos” Est 13, L 3

“Somos más responsables ante la sexualidad, al no asistir a estos servicios por desconocimiento es que podemos quedar en embarazo o tener enfermedades Est 22, L 26

Posterior a las atenciones

“se realiza seguimiento telefónico a los jóvenes y adolescentes para verificar el cumplimiento de indicaciones brindadas y la gestión entre las remisiones realizadas. Los jóvenes manifiestan adherencia a las prácticas de autocuidado en su salud sexual, y disminución de los comportamientos de riesgo” Fun 2, L 3

Se esperaría que por medio de esta oferta de servicios y actividades se lograra que adolescentes y jóvenes impactaran de manera positiva su sexualidad, reflejándose los resultados de la implementación del servicio amigable en los siguientes indicadores.

“ La Disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes, disminución de la morbilidad materna y perinatal, generación de cultura de denuncia de violencia sexual, aumento de la demanda de citología vaginal, uso del preservativo” Fun 1, L 2

Los resultados del acceso a los servicios amigables para adolescentes en SSR se traducen en conocimientos sobre la sexualidad y en el reconocimiento de la importancia de un ejercicio responsable de la misma con el propósito de evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Resultados similares se han descrito en el estudio de realizado en el municipio de envigado, en donde se pretendió medir el impacto del programa sobre embarazo adolescente y se encontró que, un alto porcentaje de adolescentes expresan conocimiento sobre temas de planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos, inicio de relaciones sexuales ³². En Miranda (Cauca) los temas sobre los cuales han recibido mayor información los jóvenes; se encuentran las infecciones de transmisión sexual (ITS), el uso del condón, los embarazos y el VIH/SIDA, lo cual no es suficiente para para impedir que inicien su vida sexual tempranamente ni que al momento de iniciarla aumente la probabilidad del uso del condón o métodos anticonceptivos ³³.

En Manizales, algunas evidencias sobre el embarazo en adolescentes y VIH durante el período de implementación del programa 2006-2009, se observa en la siguiente tabla

Tabla: # 1. FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES AÑOS 2006- 2009

AÑOS	10 a 14 AÑOS		15 A 19 AÑOS	
	Nº Nacimientos	Tasa por 1000	Nº Nacimientos	Tasa por 1000
2006	39	2.4	1080	64.1
2007	41	2.59	1134	68.5
2008	34	2.27	1005	56.1
2009	47	3.11	825	48.4

La fecundidad adolescente para el año 2007 se sitúa en 1134 nacimientos, presentando una tasa de 68.5.1 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años,

presentando un incremento en relación al año 2006. La reducción más significativa se presentó en el año 2009 con 825 nacimientos con una tasa de 48.4.

Tabla # 2. FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES AÑOS 2010-2014

AÑOS	10 a 14 AÑOS		15 A 19 AÑOS	
	Nº Nacimientos	Tasa por 1000	Nº Nacimientos	Tasa por 1000
2010	46	3.14	1076	65.43
2011	27	1.86	764	48.11
2012	34	2,3	806	51.1
2014	17	1,19	738	48.6

En el periodo comprendido 2006 a 2009 se evidencia una disminución importante en la tasa de fecundidad en adolescentes excepto el año 2007 en donde la tasa fue de 68, 5 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años.

Para el periodo comprendido entre los años 2010 – 2014, la fecundidad en adolescentes registra un aumento considerable para el 2010 con una tasa de 65,43 muy similar al comportamiento en el año 2007; pero se ha mantenido estable sin mayor variación para los años siguientes con un tasa de 48, 6 por cada 1000 mujeres de 15 a 19, hasta el año 2014.

Un avance importante es que si se ha logrado disminuir considerablemente la tasa de fecundidad para la edad comprendida de 10 a 14 años. Sin embargo:

“A pesar del trabajo realizado no se observan cambios en la población adolescente, se siguen embrazando, no asisten a los controles, 65% de embarazadas acuden al primer trimestre a control. El 28 % de todas las adolescentes gestantes eran adolescentes en 2013 y en 2012 el 22%. la adherencia al método de planificación es del 54.7% evaluación primer trimestre” Fun 2, L 3

En los estudios mencionados previamente se encontró que no se observan cambios de comportamientos ya que el embarazo adolescente se mantiene constante sin reducciones significativas en los últimos tres años.

Resultados similares se encontraron en el estudio donde se determinó el impacto de factores asociados a la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva entre el 2003 y el 2006 en la región del eje cafetero colombiano. A pesar de haberse hallado una mínima y variable reducción de los nacimientos en adolescentes en las ciudades y departamentos del eje cafetero, no se pudo evidenciar una relación entre estos resultados y los programas, proyectos, estrategias y acciones desarrolladas desde el sector salud que expliquen el comportamiento observado³⁴.

Retomando nuevamente el estudio realizado en Medellín en el año 2008. Los resultados hallados resaltan que aunque el programa de Servicios amigables fue percibido como positivo por los adolescentes que asistieron a estos; dicho avance no se ve reflejado en el cambio de actitudes y de habilidades en salud sexual, en creencias y actitudes frente a la vida sexual que ponen en riesgo la vida sexual de los/as jóvenes.

Las evidencias del poco cambio observado también se observan en la infección por VIH en Manizales, para el año 2006 los casos de infecciones por VIH- SIDA fueron 76, dentro de estos el 69, 7 % eran hombres y el 30,3 % mujeres.

Durante el año 2007 fueron diagnosticados 97 pacientes nuevos, de los cuales el 67% se encontraban en VIH, el 30% en fase SIDA, el 2.1% al momento de fallecer y en un 1% no se obtuvo dato al respecto.

Durante el año 2008, esta prevalencia fue de 0.029%, teniendo como referencia la población en el mismo grupo, los pacientes nuevos en el período estudiado y las muertes por VIH en la misma edad y período. Dicha proporción sigue estando por debajo del nivel nacional que es del 0,7%. De los 102 casos nuevos, 76,5% se

encontraban en fase de VIH, 20,5% en fase SIDA, 2% fue diagnosticado al momento de fallecer y de un 1% se desconoce el estadio al momento del diagnóstico.

En Manizales se ha calculado una prevalencia de infección por VIH entre los 15 y 49 años de 0.13% para el año 2009, se observa incremento en el número de casos comparado con el año 2008 en el cual fue de 0.11%, .En lo corrido del año 2009 fueron diagnosticados 66 pacientes nuevos con VIH/SIDA en la ciudad de Manizales

Entre los años 2010 al 2014 se han reportado 433 casos, siendo el año 2013 el que presento mayor incremento con prevalencia de VIH en personas de 15-49 años de 0.7% A nivel nacional, la prevalencia de VIH en personas de 15-49 años, es de 0.7% y la meta es mantenerla por debajo de 1%, durante el 2013 en Manizales fue de 0.29%. Con las cifras anteriores se evidencia que para el caso de VIH, los casos siguen en aumento a pesar de los trabajos realizados en la ciudad de Manizales. Con las cifras anteriores se evidencia que para el caso de VIH, los casos siguen en aumento a pesar de los trabajos realizados.

En la evaluación de estos programas no se logra hacer seguimiento al comportamiento de los adolescentes puesto que solo se tienen en cuenta los indicadores cuantitativos.

"No hay un mecanismos de seguimiento a los conocimientos, solo a los indicadores de resultados como tasa de fecundidad, prevalencia del VIH/SIDA, aumento de la demanda de consulta" Fun 1, L2

"No se tiene una información sistematizada, ni instrumentos para aplicar"
"Fun 2, L3

Por ello se señala que es de vital importancia poder mejorar la atención ofrecida para adolescente y jóvenes, con el fin de tener más y mejores resultados en la implementación de estos servicios amigables por lo que se requiere:

“Mayores estrategias culturales, lúdicas participativas, mayor cobertura, capacitación a otros profesionales de la salud, para mejorar la actitud hacia este tipo de población, estrategias de accesibilidad” Fun 1, L 2

También:

“Es importante la intersectorialidad, desarrollo social, salud, goce y cultura. Participación mayor donde ellos “los adolescentes” se apropien del programa y que programen actividades que enganchen a mayor población joven, estrategias lúdicas participativas. Brindar información con enfoque más preventivo desde los 5 años de edad” Fun 2, L 3

En el perfil epidemiológico de Manizales se reconocen los logros alcanzados por el programa *“contar con un servicio de atención diferenciado para personas entre 10 y 29 años, con énfasis en salud mental, sexual y reproductiva. El programa ha sido muy bien recibido y acogido por la comunidad, toda vez que responde a las necesidades específicas de un grupo de población que se considera prioritario, ya que su morbilidad está relacionada con su conducta, por lo tanto es fundamental la intervención para el manejo de sus factores de riesgo y fomento de los factores protectivos en pro de su salud integral”³⁵.*

“Se obtuvo una cobertura de más del 100% de la consulta programada en planificación familiar, se observa una adherencia del 84% a las consultas de control” Fun 2, L 3

Al igual que en el estudio mencionado anteriormente realizado en Medellín en el año 2008, parece evidente que la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aún no logra impactar de manera significativa en la salud de los adolescentes y de las adolescentes, y en particular en la disminución de los

casos de embarazo; es más, se evidenciaron dificultades en relación con los esquemas político-administrativos de implementación

12. CONCLUSIONES

- Los servicios amigables tienen una infraestructura física y talento humano para el desarrollo de consulta diferenciada, en la cual se brinda una atención integral a adolescentes y jóvenes
- El proceso llevado a cabo por los servicios amigables implican la captación de miembros de este grupo poblacional: a nivel individual, en los centros de salud, cuando van a la consulta médica y colectiva en las intervenciones educativas que se llevan a cabo en los centros educativos de la ciudad.
- No se evidencia en la planificación de tales servicios el monitoreo y seguimiento al programa.
- El control de la función reproductiva es el objeto de la estructura, los procesos y los resultados del programa servicios amigables para adolescentes.
- Los resultados de la presente evaluación revelan una brecha entre lo **postulado como dimensiones o elementos estructurales de la sexualidad al dar primacía a la dimensión biológica** a través del control del sistema reproductivo.

13. RECOMENDACIONES

- Los resultados de la investigación muestran la importancia de implementar un proceso de planificación en el que el monitoreo y la evaluación, con la participación de los adolescentes, sean componentes del programa con el propósito de obtener información para la toma de decisiones debidamente informadas.
- Reconocer en los procesos de intervención que la salud sexual y la salud reproductiva son diferentes. El énfasis en la salud reproductiva deja de lado otras dimensiones de la sexualidad como la erótica y comunicativa que requieren ser abordadas para que la educación sexual sea integral.

14. BIBLIOGRAFIA

1. **Londoño J.** Et al. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003: 5, 7, 18, 21.
2. **Ministerio de Salud.** Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas.1, 2.
3. **Morlchetti A.** Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. 85: 67, 69.
4. **Greene ME, Zobra R.** Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para un Mundo Joven: 2, 3. [Fecha de Consulta: 28 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://populationaction.org/wp-content/uploads/2012/01/Spanish.pdf>
5. **Organización Panamericana de la Salud.** Sexualidad en los adolescentes en el continente. 1, 2
6. **Mmari K.** Review adolescent sexual and reproductive health. 2011:4.
7. **Richardson E, Birn AE.** Sexual and reproductive health and rights in Latin America: an analysis of trends, commitments and achievements. Reproductive Health Matters. 2011; 19(19(38):183-196):183, 184, 185, 189,196.
8. **Takura M, Zaidi S.** Addressing critical gaps in achieving universal access to sexual and reproductive health (SRH): International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010(110 (2010) S3-S6.): s3, s4.
9. **Del Castillo, SE.** Et al. La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente. Revista .latinoamericana. Ciencias Sociales. Niñez y juventud 6(1): 217-255, 2008:5, 7,36
10. **Nirenberg, O.** Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales: 1.
11. **Alcaldía de Manizales.** Decreto 0119. Adopción Municipal de la Política de Salud Sexual y Reproductiva. 2011:2.
12. **Sandoval J, Restrepo A, Gallo N.** Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín, 2008. 2008:17, 18.

13. **Flórez C, E.** El estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una Visión Global. Inter-American Development Bank 2008:6, 7.
14. **Naciones Unidas.** Objetivo 5. Mejorar la Salud Sexual Reproductiva. 2007:123
15. **Arévalo, C, Suarez, R.** Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes: Experiencias en Brasil, Chile y Colombia. 2012: 12
16. **Dirección Territorial de Salud de Caldas.** Política departamental de salud sexual y reproductiva de caldas. 2006:17.
17. **Ministerio de la Protección Social.** Servicios de Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes. 2008:40, 41, 42, 43.
18. **Profamilia.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005: 148
19. **Constitución Política de Colombia.** De los Principios y los Derechos Fundamentales. 1991:1, 2.
20. Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Estrategias-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes.aspx>
21. **Vargas A.** El Estado y las Políticas Públicas. Capítulo II: Las políticas públicas. 1999:56, 73, 76.
22. **Ministerio de Política Territorial y Administración Pública.** Fundamentos de Evaluación de Políticas Públicas. Madrid. 2010:50, 52, 55, 56.
23. **Robert L, Milstein M, Scott F.** Framework for Program Evaluation in Public Health. 1999; 48(48(RR11); 1-40):1, 2,3, 4,5, 7, 9.
24. **Gnecco A, Victoria R.** Evaluación de Programas de Salud.3, 4.
25. **Nebot M, López M, J.** Evaluación en Salud Pública. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria 2011; Vol. 25 - Monográfico 1:10, 11, 24.
26. **APDC Home.** Check list/ Listas de chequeo: ¿Qué es un checklist y cómo usarlo? [Fecha de consulta: 23 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.pdcahome.com/check-list/>
27. **Peláez, A, Rodríguez, J.** “et al. “ La entrevista. [Fecha de consulta: 23 de marzo de 2015]. Disponible en:

https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf

28. **Ministerio de Salud**. República de Colombia Resolución N° 008430.1993: 2
29. **Choque, R.** Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. Lima, Perú. 2005: 3
30. **Valencia, V.** Utilización de las Estrategias IEC para la Socialización Participativa de las Políticas y Programas Ambientales. 1,2, 3.
31. **Grup igia**. Estrategias de Información, educación y Comunicación. Fascículo 04: 3, 4. Fecha de consulta: 21 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.grupigia.org/grup-igia-actua/publicacion>
32. **Ariza, S M.** Impacto del programa de salud sexual y reproductiva de la dirección local de salud de envigado en adolescentes atendidos en biosigno-envigado. Instituto de ciencias de la salud. Programa de salud pública. Medellín. 2007: 58, 59
33. **Herney A.** Et al. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Cali- Colombia. 2012: 565, 566.
34. **Secretaría de salud de Medellín**. Evaluación del impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2008: 59, 60
35. **Secretaria de Salud Pública de Manizales**. Perfiles Epidemiológicos de Manizales 2006- 2013.

15. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

NOMBRE:

“Evaluación del programa servicios amigables de la línea de acción de salud sexual y reproductiva en adolescentes, en Manizales año 2014”

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de las siguientes procedimientos:

- ✓ Aplicación de encuesta
- ✓ Entrevista semiestructurada

Adicionalmente se me informó que:

- ✓ Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- ✓ No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de prestación de servicios de usuarias en condiciones similares a las mías.
- ✓ Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- ✓ Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

HUELLA

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta 039 de octubre 8 de 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

NOMBRE:

“Evaluación del programa servicios amigables de la línea de acción de salud sexual y reproductiva en adolescentes, en Manizales año 2014

OBJETIVOS:

Evaluar el programa (Servicios amigables), en la línea de acción de salud sexual y Reproductiva en adolescentes

JUSTIFICACION:

La política en salud sexual y reproductiva de Colombia está orientada a: Impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en Salud Sexual y Reproductiva, ampliar la cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad en Salud Sexual y Reproductiva, fortalecer la red de servicios del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de Salud Sexual y Reproductiva, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información, implementar acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel nacional y territorial, desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factor fundamental para la toma de decisiones

PROCEDIMIENTOS

- ✓ Aplicación encuesta
- ✓ Entrevista en profundidad
- ✓ Entrevista semiestructurada

RIESGOS ESPERADOS:

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo, por realizarse con menores de 18 años según la Resolución 008430 de 1993; además será sometida a análisis del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Manizales para dar su concepto sobre la investigación.

BENEFICIOS:

Determinar el alcance de los resultados obtenidos a partir de la atención de los servicios amigables para adolescentes, lo cual permitirá conocer las falencias y fortalezas del programa.

Conocer las percepciones de los adolescentes sobre los servicios que presta el programa, lo cual es importante en el momento de formular programas que tengan en cuenta sus necesidades

El investigador dará a conocer los resultados del proyecto a la Secretaria de Salud y a Assbasalud con el fin de proponer recomendaciones al programa si fuese necesario

Anexo 2. ENCUESTA

Los datos que se obtengan serán utilizados de manera confidencial. De antemano agradecemos su cooperación para contestar esta encuesta.

Trate de ser lo más sincero y honesto posible y recuerda que para cada pregunta solo puedes elegir una opción.

1. Características sociodemográfica

1.1. Edad en años cumplidos

1.2. Cuál es el grado de escolaridad:

- Primaria Completa ____
- Primaria incompleta ____
- Secundaria Incompleta ____
- Secundaria Completa ____

1.3. Desempeña alguna actividad laboral

Sí ____ No ____

1.4. Estado civil:

- Soltera ____
- Casada ____
- Unión libre ____
- Otra cual ____

1.5. Número de personas que conviven con usted

1.6. Parentesco de las personas que conviven con usted

1.7. ¿Usted vive en la zona?

- Urbana ____
- Rural ____

2. Conocimiento de los servicios amigables

2.1 ¿De quién o quienes recibió información acerca de los servicios amigables?

- a) Los padres ____
- b) Un familiar ____
- c) Un profesor ____
- d) Un amigo ____

e) otro ¿Cuál? _____

2.2 ¿Cuál fue el hecho que lo llevo a consultar a los servicios amigables?

- a) Planificación
- b) Embarazo
- c) ITS
- d) Otro ¿Cuál? _____

ANEXO 3. ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Saludo previo

Se presenta el objetivo de la entrevista

Introducción breve a los aspectos que se tocaran

1. ¿De dónde obtiene información sobre salud sexual y reproductiva?
2. ¿Qué son los servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes?
3. ¿Cuáles servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes, conoces en la ciudad de Manizales? ¿Cómo los conociste?
4. ¿De qué manera (lo que tienen que hacer) tramitan o acceden a los servicios de salud amigables?
5. ¿Qué servicios específicos les han ofrecido en los servicios amigables para adolescentes?
6. Cuando consultó los Servicios Amigables, ¿cuáles fueron las actividades realizadas en el transcurso de la consulta?
7. ¿Qué tipo de servicios les gustaría recibir en los servicios amigables para adolescentes?
8. ¿Cuáles necesidades pueden ser atendidas en los servicios amigables para adolescentes y jóvenes?
9. ¿Cómo logran los servicios amigables, mejorar las prácticas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes?
10. ¿Cuál cree usted que son las razones que llevan a que un adolescente no acceda a los servicios amigables?
11. ¿Cree usted que el personal de salud está preparado para atender a la población adolescente? ¿por qué?

12. ¿Cómo considera usted la atención recibida por parte del personal de salud? ¿por qué?
13. ¿De qué manera contribuye la participación en los programas de servicios amigables a la modificación de sus creencias y conocimientos?
14. ¿Sabes que son las enfermedades de transmisión sexual? ¿Dónde lo aprendiste?
15. ¿Cuáles son algunas maneras de protegerte de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA? **(Enumera todas las que se te ocurran)**
16. ¿sabes que son los métodos de planificación familiar? ¿Cuáles conoces?
17. ¿Cuáles crees que son las ventajas y desventajas de acudir a los servicios amigables para adolescentes?

Las preguntas no son rígidas pueden sugerir otras que enriquezcan el cuestionario original. Todo depende la motivación y la capacidad de respuesta de las participantes y del análisis inicial de la encuesta

ANEXO 4. ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS EN SSR

Fecha: _____ Lugar: _____

Institución: _____

TITULO: Evaluación del programa (servicios amigables), de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Manizales 2014.

TEMATICA: POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. ¿Cuáles son los lineamientos, de la Política Municipal de Salud Sexual y Reproductiva, en relación a la línea de acción de SSR en adolescentes?
2. ¿Cuáles programas y servicios de salud sexual y reproductiva existen en la actualidad dirigidos a población adolescente? ¿Dónde y cómo funcionan?

3. ¿Cómo están estructurados y organizados los programas y servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes de Manizales?
4. ¿Cómo se desarrollan los programas de salud sexual y reproductiva? ¿A nivel individual? ¿A nivel grupal? Y ¿A nivel familiar?
5. ¿Cómo llegan los adolescentes a los programas de servicios amigables? ¿Cómo se atienden? ¿Quién los atiende? ¿Para qué los atienden?
6. ¿Cómo es el proceso de seguimiento que los servicios amigables hacen a los adolescentes? ¿Qué modificaciones, en el comportamiento de los adolescentes, son atribuibles a los servicios amigables?
7. ¿Qué limitaciones se presentan en la implementación de los programas de SSR y en particular de los servicios amigables
8. Teniendo en cuenta algunos factores sociales relacionados con el comportamiento sexual de los adolescentes como: educación, vivienda, salud y recreación, ¿Cómo son tenidos en cuenta en la formulación de los programas que atienden la SSR de los adolescentes?
9. ¿Cómo se evalúan los programas de servicios amigables de la línea de SSR a nivel Municipal? ¿Qué instrumentos se usan?
10. ¿Cómo contribuye el programa de servicios amigables de la política de SSR para adolescentes a mejorar la salud sexual y reproductiva este grupo de población?
11. Las instituciones públicas de carácter local, en el momento de formular y ejecutar programas de la política de SSR, ¿focalizan las necesidades de los y las adolescentes?
12. ¿Cuáles son las necesidades que los jóvenes identifican en salud reproductiva y sexualidad? ¿Cómo las priorizan?
13. ¿Piensa usted que este grupo tiene algunas necesidades particulares diferentes a las de los adultos?
14. ¿Cuán adecuada piensa usted que es la satisfacción de las necesidades anteriormente enumeradas por usted por esos servicios y programas?
15. ¿Los Servicios amigables cuentan con el apoyo de redes sociales secundarias? ¿Cómo estas, contribuyen a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes?
16. ¿Cuáles cree usted que han sido los resultados obtenidos de la implementación de los programas de la Política Municipal de salud Sexual y Reproductiva?

17. ¿cómo se ven reflejados estos resultados en la población adolescente que hace parte de estos programas?
18. Según la estructuración de los servicios amigables para adolescentes la cual es basada en la atención diferenciada según la necesidad del adolescente, ¿cómo logran ustedes hacer seguimiento o medir los conocimientos de los adolescentes?
19. ¿Que considera usted que deberían incluir los servicios amigables para adolescentes, para contribuir a mejorar la atención de los adolescentes?
20. ¿Desde su punto de vista considera usted que los recursos humanos, materiales y de infraestructura son adecuados para la atención de la población adolescente?

Anexo 5. LISTA DE CHEQUEO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE SERVICIOS AMIGABLES EXISTENTE EN ASSBASALUD

SERVICIOS DE AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	CONSULTA DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES		UNIDADES DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES		CENTRO DE SALUD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES		OBSERVACIONES
	si	no	si	no	si	no	
Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada en adolescentes y jóvenes		0		0	1		
Cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes	1		1		1		
La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de adolescentes y jóvenes	1		1		1		
Cuentan con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.	1						
los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución	1		1			0	
Cuentan con profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros,		0		0	1		

en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes, garantizando así el acceso permanente a los servicios.							
el Centro tiene espacios en los cuales adolescentes y jóvenes plantean sus dudas y expectativas, discuten, conforman grupos o redes y organizan procesos sociales, a través de dinámicas lúdicas, culturales, artísticas y deportivas		0		0	1		
Realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y Jóvenes.		0	1		1		
Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica.	1			0		0	
El centro amigable está diseñado para atender de forma exclusiva a adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias.		0		0	1		
Comparten infraestructura con otros servicios de salud	1		1			0	
las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios(as) hacia los servicios de atención diferenciada		0	1		1		
Realizada por:	Ana María Gómez Arias (investigadora)						
Fecha:	14 de noviembre de 2014						
Lugar	Centros prestadores de servicios de Salud						

Anexo 6. PRESUPUESTO

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO (\$)	VALOR TOTAL
Gastos de Personal			
Transporte estudiante	10	1500	15000
Viaje Intermunicipal	12	50.000	600.000
Papelería			
Resma de hojas tamaño carta.	2	10.100	20.200
Caja de esferos	1	5.800	5.800
Fotocopias	60	50	3.000
Carpetas celuguia	20	300	6.000
Marcadores punta delgada de varios colores	5	2.500	12.500
Libreta de apuntes	2	6.000	12.000
Agenda	2	30.000	60.000
OTROS GASTOS			
Impresiones	300	300	90000
Refrigerios	50	1500	75000
Internet	7	60.000	420.000
Línea telefónica	5	45.000	225.000
TOTAL GASTOS			\$
			1.544.500
CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR	

		UNITARIO
INVERSIONES		
Computador	1	1.600.000
Grabadora	1	150.000
TOTAL INVERSIONES		\$ 1.750.000
TOTAL GASTOS E INVERSIONES		\$ 3.294.500
Administración	6%	197.670
Imprevistos	5%	164.725
Utilidad	3%	98.835
SUBTOTAL		\$ 3.755.730
I.V.A	16%	600.917
TOTAL		\$ 4.356.647

FUENTE DE INGRESO	VALOR
Capital Externo	\$ 4.356.647