

Impacto del programa sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección Local de Salud de Envigado en adolescentes atendidos en BIOSIGNO-Envigado. Año 2007.

Sandra María Ariza Arizal

**Instituto de Ciencias de la Salud CES
Facultad de Medicina
Programa de Salud Pública
Medellín
2007**

Impacto del programa sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección Local de Salud de Envigado en adolescentes atendidos en BIOSIGNO-Envigado. Año 2007.

Sandra María Ariza Arizal

**Asesora: Gilma Hernández.
Especialista en Estadística
Magíster en Epidemiología**

**Informe de Investigación
Posgrado en Promoción y Comunicación de la Salud.**

**Instituto de Ciencias de la Salud CES
Facultad de Medicina
Programa de Salud Pública
Medellín
2007**

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Resumen	6
Abstract	7
2. Formulación del problema	8
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	8
2.3. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	9
3. Marco conceptual	10
3.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	10
3.1.1. CONCEPTO	10
3.1.2. RESEÑA HISTÓRICA	11
3.2. SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES.	13
3.3. CONTEXTO MUNDIAL SOBRE SALUD SEXUAL	15
3.3.1. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS AMÉRICAS	15
3.3.2 PROGRAMAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LATINO AMÉRICA	17
3.3.2.1 Experiencia de Cuba:	17
3.3.2.2 Argentina:	18
3.3.2.3 Uruguay:	18
3.3.2.4 Guatemala	19
3.3.2.5 Venezuela	19
3.3.3. CONTEXTO NACIONAL	20
3.3.3.1. Marco Legal sobre Promoción de la Salud	20
3.3.3.2. Salud Sexual y Reproductiva en los Jóvenes	23
3.3.3.2.1. Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	24
3.3.3.2.2 Resolución 412 y 3384 del 2000	25
3.3.3.2.3 Plan de Atención Básica (PAB)	25
3.3.3.2.4 Otras	26
3.3.3.3 UNFPA	26
3.3.4 DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	29
3.3.5. MUNICIPIO DE ENVIGADO:	30
3.3.3.6 Comfenalco EPS	32
3.4. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA EDUCACIÓN SOBRE SSR EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE	34

4. Objetivos	40
4.1. OBJETIVO GENERAL:	40
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	40
5. Metodología:	41
5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO:	41
5.2 SITIO	41
5.3 TIPO DE ESTUDIO	41
5.4 POBLACIÓN	41
5.5 DISEÑO MUESTRAL:	41
5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN:	42
5.7 ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE SE EVALUARON:	42
5.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	42
5.9. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	42
5.10 PLAN DE ANÁLISIS	48
5.11 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	48
5.11.1 FUENTE DE INFORMACIÓN	48
5.11.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
5.11.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	48
5.11.4 PRUEBA PILOTO	48
5.12 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	49
5.13 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:	49
6. Consideraciones éticas:	50
8. Discusión	57
9. Recomendaciones	61
10. Referencias bibliográficas	63
Tabla 1 Variables	41
Tabla 2 Características de la población	51
Tabla 3 Grado de conocimientos, comprensión y cambios de comportamientos según edad, sexo, escolaridad y estrato socio-económico	53
Tabla 4 Fuente de Motivación en el uso del método	54
Tabla 5 Métodos de Planificación Familiar utilizados por los adolescentes	55

Gráfico 1. Reconocimiento del Programa sobre Salud Sexual y Reproductiva	52
Gráfico 2 Percepción sobre actividades educativas Programa Salud Sexual y Reproductiva	55

1. Resumen

Este estudio fue descriptivo, de corte transversal, realizado con adolescentes atendidos en BIOSIGNO-Envigado. El propósito fue presentar a la Empresa Promotora de Salud (EPS) COMFENALCO, una información objetiva sobre el impacto que ha tenido el programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que realiza la Dirección Local de Salud del municipio (DLS), en la población afiliada. Además se elaboró una recomendación puntual sobre lo que podría ser un abordaje integral y con acciones específicas dirigidas a este grupo de la sociedad, para contribuir a fomentar las prácticas sexuales saludables e impactar positivamente en la problemática actual, relacionada con el incremento en el número de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se calculó una muestra de 167 adolescentes, entre 12 y 19 años y que llevaban como mínimo 6 meses de afiliación a la EPS.

La selección fue aleatoria. El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta aplicada telefónicamente, probada y ajustada en las primeras 20 encuestas realizadas. Se solicitó a los padres o adultos responsables el permiso para aplicar el instrumento en los jóvenes de 12 y 13 años. El tiempo para la realización de la investigación fue de 5 meses. Los resultados obtenidos presentaron bajo porcentaje de reconocimiento sobre el programa de SSR que desarrolla el municipio de Envigado. Paralelo a esto, en el 23.7% de la población que si reconoce el programa, se encontraron altos porcentajes sobre conocimiento (95.7%) en Planificación Familiar (PF) e ITS y un 89.5% en aborto. Sobre entendimiento hubo un 89.9% en PF. 100% en ITS y en cambios de conductas se encontró un 100% en PF e ITS, relacionados con las intervenciones educativas ejecutadas por la DLS. Para el aborto no se analizaron los cambios de conductas porque no se encontraron casos en la población encuestada. Como se encontraron bajos porcentajes sobre desconocimientos en los temas, prácticas sexuales no seguras y alto porcentaje de jóvenes que no reconocen el programa municipal, la recomendación para la EPS COMFENALCO se fundamenta en la estructuración de un programa integral e intersectorial que permita cambios sólidos y duraderos.

Palabras claves: adolescencia, sexualidad, educación, cambios de comportamiento.

Abstract

This was a descriptive, cross-sectional study, conducted to teenagers attended in BIOSIGNO-Envigado. The purpose was to present objective information to the Health Promotion Company (EPS) COMFENALCO on the impact of the program on Sexual and Reproductive Health (SSR) which conducts the Health Local Directorate (DLS) at the municipality. In addition, it produced a recommendation timely on what could be a comprehensive approach and specific actions to this group of society, in order to help promote healthy sexual practices and impact positively on the current problems related to the increase in the number of pregnancies and sexually transmitted infections (STIs).

It was calculated a sample of 167 adolescents between 12 and 19 years, who were at least 6 months of membership to EPS.

The selection was random. The instrument for data collection was a telephone survey, tested and adjusted in the first 20 surveys. It asked parents or responsible adults, for permission to implement the survey on young people aged between 12 and 13. The estimated time for completion of the investigation was 5 months.

The results obtained were low recognition rates on the SSR program, which develops the municipality of Envigado. Parallel, to this the 23.7% in the people under investigation recognizes the program, were found high levels of knowledge (95.7%) in Family Planning (FP) and ITS and the 89.5% in abortion. About understanding there was a 89.9% in PF. 100% in STI. In changing behaviors found the 100% in PF and STI, related educational interventions. For the abortion were not analyzed changes in behavior because it found no cases in the teenagers surveyed.

As low percentages were found no knowledge on themes, unsafe sexual practices and a high percentage of young people who do not recognize the municipal program, the recommendation for EPS COMFENALCO is based on the structuring of a Comprehensive and cross program that allows solid and durable changes.

Keywords: adolescence, sexuality, education, behavioral change.

2. Formulación del problema

2.1. Planteamiento del problema

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR), en los jóvenes se incluyó como tema prioritario en la agenda política nacional por encontrarse indicadores de salud preocupantes para el individuo, familia y sociedad en general, entre los que se encuentran el aumento de los números de embarazo en adolescentes e Infecciones de Transmisión Sexual.

La Dirección Local de Salud del Municipio de Envigado, consecuente con esta situación a nivel nacional y departamental, trabaja el tema coordinando acciones con el sector educativo, las EPS y directamente con la comunidad. La estrategia básica implementada desde el año 2005 fue la creación del Programa sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR), complementando actividades con el Plan de Atención Básica del Municipio (PAB). Según los informes estadísticos recolectados por la Dirección Local de Salud (DLS), se evidencia un comportamiento constante en el número de embarazos en la población adolescente, a pesar de todas las acciones realizadas para disminuirlos.

Por otra parte, en el presente año se ha presentado un incremento de embarazos en adolescentes en la población afiliada a la IPS BIOSIGNO-Envigado.

Ante esta situación, persiste la incertidumbre sobre el real conocimiento e introyección conciente de las prácticas sexuales adecuadas por parte de los adolescentes y la real efectividad del programa sobre SSR que desarrolla del municipio de Envigado mediante la DLS. Con el propósito de aclarar estas dudas y tener información objetiva que permita presentar recomendaciones aterrizadas a la EPS COMFENALCO, se midió el impacto que ha tenido el programa en los adolescentes atendidos en la IPS BIOSIGNO-Envigado.

2.2. Pregunta de Investigación:

Cuál es el grado de conocimientos sobre el programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección Local de Salud de Envigado, que tiene la población adolescente atendida por COMFENALCO - Envigado en el 2007.

2.3. Justificación de la propuesta

Si bien es cierto que todas las estrategias y acciones realizadas por los diferentes sectores involucrados en el tema de la SSR pretenden mejorar la problemática existente al respecto, el informe estadístico que presentó en la Encuesta Nacional de Demografía y salud (ENDS), ejecutada por PROFAMILIA, evidencia la persistencia de indicadores alarmantes sobre las prácticas sexuales en la población adolescente del país.

El municipio de Envigado a través de la oficina de la DLS, encargada de la ejecución del programa sobre SSR, ha evaluado el impacto de éste en la población objeto, discriminando la información por régimen de afiliación al sistema de salud, pero no se ha discriminado la información por aseguradoras, por lo tanto se desconoce el grado de conocimiento y el impacto que estas actividades han tenido sobre los jóvenes afiliados a la EPS Comfenalco, atendidos por la IPS BIOSIGNO-Envigado. El conocimiento de esta información permitiría analizar dentro de la IPS, si las estrategias utilizadas son suficientes o si se requiere generar nuevas desde la Institución, que permita complementar las actividades de la DLS. Con la información obtenida en la presente investigación se pretende aportar elementos que contribuyan a analizar las estrategias institucionales utilizadas para abordar esta población, redireccionar las existentes o generar nuevas que permitan finalmente disminuir los embarazos no deseados y las ITS.

3. Marco conceptual

3.1. Promoción de la salud

3.1.1. Concepto

"Etimológicamente, promoción es la acción de promover y promover es impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más asequible algo...Promoción es acción. Y esto es fundamental: cuando se habla de promoción, se está en el territorio de la acción, de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad. La promoción es un conjunto de acciones articuladas, orgánicas y orientadas a una finalidad específica"¹

El concepto de Promoción de la salud, surgió de una visión holística del concepto de salud-enfermedad, no enfocada exclusivamente al proceso morboso sino como parte del ciclo vital humano. Por mucho tiempo, los servicios de salud manejaron el modelo biologista y por esta razón igualmente los recursos económicos se dirigían exclusivamente al tratamiento de la enfermedad¹.

Son muchas las definiciones de promoción de la salud entre las que se destacan:

"Salud es el goce de un alto nivel de bienestar físico mental y social, por tanto *promoción de la salud* es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad, hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano, y hacia el más alto nivel de salud posible"²

"Es la suma de las acciones de la población, servicios de salud, autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"³

"Entiende la P.S desde una perspectiva amplia, que integra tanto las condiciones y comportamientos necesarios para lograr estilos de vida saludable como el conjunto de actividades, recursos y procesos orientados al desarrollo global del ser humano,

buscando una mayor igualdad de opciones para disfrutar la vida y ganar satisfacción para vivirla" ³

"La P.S es el conjunto de políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades del individuo, colectividades y el entorno, para avanzar en la consecución de un mayor bienestar durante el proceso del vital humano y mejorar la calidad de vida". ³

Se hace necesario diferenciar el concepto de Prevención con el de Prevención de la enfermedad, porque frecuentemente se usan estos términos como si fuera uno sólo.

La prevención se orienta a evitar la aparición de enfermedades, por lo que la ausencia de ésta es condición suficiente para cumplir con su definición. Desde varios niveles del proceso de salud enfermedad se puede prevenir, es así como puede haber promoción primaria, secundaria y terciaria.

Prevención Primaria: Son todas aquellas acciones para evitar la aparición de enfermedades.

Prevención Secundaria: Son acciones orientadas a detectar precozmente las enfermedades y buscan recuperar la salud como también evitar complicaciones.

Prevención Terciaria: Son acciones encaminadas a recuperar la funcionalidad orgánica para que el individuo se reintegre a la sociedad, en las mejores condiciones de salud posible. ³

3.1.2. Reseña histórica

El concepto de promoción de la salud no es nuevo, en el pasado existen ideas y conductas que en la actualidad se pueden clasificar como tales. Desde la misma historia de la humanidad, la época de los Griegos y culturas Orientales, se tiene información sobre el manejo de la salud que fue dando origen a la promoción de ésta.

La propuesta de Henry E. Sigerist en 1945 enmarcó la medicina en 4 grandes tareas: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, reestablecimiento de la salud y

rehabilitación del enfermo. A partir de la fecha y lo largo de la historia de la salud se siguió trabajando el concepto. Sigerist introdujo por primera vez el término Promoción en los programas de salud pública, Mackeown defendió su posición y considera fundamental trabajar los determinantes sociales sobre la asistencia médica.

Entre los aportes más relevante del siglo XX sobre el tema están las escuelas de salud pública. En los años 60 y 70 se realizaron estudios donde se plantean factores de riesgos por enfermedades crónicas no transmisibles lo cual es considerado como las primeras etapas de la promoción. En los años 70 y 80 la Organización mundial de la salud, basados en estos estudios creó un enfoque integrado y comunitario que llamó Prevención Primaria.

En 1974 apareció el estudio Lalonde en Canadá que retomó la importancia de los factores ambientales y los estilos de vida, incluyó el aspecto político e involucró varios sectores que hace de su trabajo tenga éxito en el mundo occidental.

En la reunión de Alma Ata, la OMS, lanzó la estrategia de Atención Primaria en Salud con la iniciativa de "Salud para todos en el año 2000", firmada por los diferentes gobiernos. Lo interesante de la propuesta es que involucra todos sectores de los gobiernos, principalmente el económico, para intentar mejorar la salud de la población, esto no se cumplió y la propuesta fracasó.

En 1986 apareció la carta de Ottawa, considerada como el documento mas importante alrededor de la promoción de la salud, porque devuelve a la comunidad el poder para transformar sus condiciones de salud, su entorno, se realza la importancia de la salud pública, los estilos de vida y además involucra dando responsabilidades a todos los servicios sociales.

En los años 90, se hicieron declaraciones importantes sobre la promoción de la salud, destacándose la realizada en Bogotá, que fue fundamental para la Organización Panamericana de la Salud y Latinoamérica. En esta reunión 21 países firman los términos de la carta de Ottawa y aceptaron la Promoción de la Salud como estrategia para luchar por la equidad en estos países. Luego apareció la propuesta de espacios saludables,

específicamente en municipios, hospitales, prisiones, escuelas, mercados y sitios de trabajo.⁴

3.2. Salud Sexual Reproductiva de los Jóvenes.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad **biológica** de reproducirse y su final la capacidad **social** de reproducirse.⁵ Durante este proceso el adolescente se humaniza, se apropia y re-crea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita a la vez que este lo transforma a ellos.⁶

Cronológicamente se establece la adolescencia como primera adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y los 14 años y segunda adolescencia el comprendido entre los 15 y los 19 años. Dentro de los cambios trascendentales que se viven en esta etapa están los relacionados con la sexualidad, experiencia inherente al ser humano y que en esta época de la vida genera inquietudes explicadas por los cambios físicos, mentales y de roles culturales que se suceden. Frecuentemente estos cambios se asumen en contextos difíciles, sin el acompañamiento adecuado de un adulto, lo que impulsa a los jóvenes a prácticas sexuales de riesgo que pueden ocasionarles serios problemas de salud. El embarazo y las infecciones de transmisión sexual en esta época son situaciones que se convierten en problemas de salud pública dado su impacto sociodemográfico.⁷

Si bien es cierto los valores enseñados en el hogar y colegio son fundamentales para vivir la adolescencia de una manera sana y consolidar la personalidad del futuro adulto, no se puede desconocer el hecho que cada vez aumenta el número de adolescentes que sucumben a la presión de grupo y factores externos, adoptando comportamientos inadecuados que los vuelven poco útiles a la sociedad, aumentando los niveles de pobreza en la sociedad. Esta situación se ve favorecida por la misma incapacidad que tienen los adultos representados en las diferentes esferas sociales (familiares, escolares, gubernamentales), de encontrar estrategias de acercamiento efectivo a este grupo etareo. Es así como gradualmente cobran importancia, en el contexto mundial, temas como los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, donde se incluyen políticas y estrategias dirigidas al grupo de adolescentes.⁸

La transformación acelerada de las sociedades impone a los jóvenes nuevas posibilidades y desafíos, el transporte y las comunicaciones modernas los exponen a riesgos, aunque vivan en regiones remotas, agregando a esto las condiciones hostiles del entorno, esta situación es crucial en la población femenina en donde las estadísticas informan que 14 millones de mujeres jóvenes procrean y de éstas una cuarta o mitad tienen menos de 18 años, a diferencia de los países industrializados donde se cuenta con oportunidades para suplir satisfactoriamente sus necesidades.

La mayoría de las mujeres en el mundo inician sus relaciones sexuales en la adolescencia. En América Latina y el Caribe la proporción del inicio de las relaciones sexuales oscila entre la mitad y dos tercios de la población adolescente. En los países desarrollados puede llegar a las tres cuartas partes y en países de África y el sur del Sahara 9 de cada 10 jóvenes ha tenido relaciones sexuales.

Culturalmente en algunas sociedades el inicio de las relaciones sexuales debe ser a temprana edad para que se inicie la procreación, en otras regiones el matrimonio es más tarde, pero frecuentemente se inician las relaciones antes del matrimonio.

Independientemente de las causas o motivaciones para el inicio temprano de las relaciones sexuales, esto involucra muchos riesgos:

Las mujeres que se organizan en pareja en edades tempranas no tienen participación activa para decidir la fecundidad y las oportunidades de estudio y/o trabajo se reducen.

Las adolescentes que salen en embarazo sin una pareja estable deben decidir si se someten a un aborto o abandonan sus proyectos de vida para mantener a su hijo.

Las mujeres ante el inicio temprano de las relaciones quedan mayor tiempo expuestas para adquirir Infecciones de transmisión sexual, en la mujer puede tener gran impacto en su fecundidad. Entre el 11 y 25% de los jóvenes contrae Infecciones de transmisión sexual.

Por la edad y períodos ínter genésicos cortos se incrementan los riesgos de salud, puesto que no se tiene la madurez y desarrollo físico suficiente, los hijos de adolescentes tienen mayor riesgo de nacer bajos de peso y morir en el primer año de vida.⁹

3.3. Contexto Mundial sobre salud sexual

Desde 1974, cuando se realizó la primera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, se viene planteando la necesidad de abordar seriamente temas como la Salud sexual y reproductiva y equidad de género.

En 1994 en la CIPD, del Cairo, se consolidan estos temas y los países asistentes firmaron compromisos serios para trabajar programas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones. Este encuentro mundial se diferencia del anterior, porque señala como eje fundamental del desarrollo poblacional, los derechos humanos en todas sus esferas y no el centrarse simplemente en el crecimiento de la población y la salud Materno-Infantil.

En la conferencia Internacional del Cairo se tuvo una visión más amplia, indispensable para conseguir la reducción de la pobreza y con el decidido compromiso de las naciones a trabajar en este sentido. Sin embargo el estancamiento de las donaciones y las críticas del uso inadecuado de éstas, llevaron a planear una reunión mundial en el año 2000 donde se incluyó el manejo gubernamental de los recursos donados y a concretar los Objetivos del Milenio, dentro de los cuales se siguen priorizando los temas sobre derechos sexuales, equidad de género y salud materna.

Los gobiernos de los diferentes países comprometidos en esta tarea han realizado acciones como implementar políticas, programas, campañas y actividades encaminadas al logro de los objetivos planteados, con resultados variados, los cuales dependen de los factores externos que puedan influir directamente en esta situación, como son las condiciones socio-económicas, educativas, coberturas en salud, inequidad, desempleo entre otras circunstancias que rodean el contexto de cada país.¹⁰

3.3.1. Situación de la Salud Sexual y reproductiva de las Américas

El tema de la Salud Sexual y reproductiva ha ido ganando espacios políticos debido a las implicaciones sociales, económicas y políticas que conlleva el manejo inadecuado de la

sexualidad. Este tema fue abordado por primera vez en la Organización de las Naciones Unidas, en la conferencia mundial sobre la mujer realizada en México en 1975.

En la década de los 90 la celebración de reuniones internacionales, declaraciones y conferencias mundiales trajo como resultado la ejecución de un programa para lograr la igualdad, justicia, desarrollo y paz. En la Conferencia internacional del Cairo se declaró la salud y la salud sexual y reproductiva como derecho fundamental para el desarrollo, se estableció como meta que para el año 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y la información sobre el tema. Para facilitar el cumplimiento de esta meta, los gobiernos se comprometen a generar políticas que garanticen su logro.

El manejo inadecuado de la salud y la sexualidad ha generado problemas que la comunidad internacional clasifica como urgentes:

Violencia.

Abuso sexual y violaciones.

VIH/SIDA.

Mortalidad Materna.

Embarazo en adolescentes.

Concentración de población joven en las esferas más pobres de la sociedad.

Niños y niñas abandonados.

Prácticas dañinas como las mutilaciones de los genitales femeninos.

Violación de derechos humanos fundamentales como la libertad, dignidad y seguridad.

En las Américas los logros obtenidos en reducción de la mortalidad materna han sido pocos, persisten grandes inequidades por lo que todavía hay muchas muertes por falta de atención calificada. Alrededor de 500000 mujeres mueren en el mundo como consecuencia del parto y embarazo, en América mueren aproximadamente 23000 mujeres. En América Latina la cobertura de atención obstétrica es del 79%. Cobertura insuficiente para mejorar las tasas de mortalidad materna. Esta situación deja alrededor de un millón de muertes de niños como consecuencia de la muerte de su madre. En la región de Latino América y del caribe persiste la inequidad, los servicios no son completos, no siempre son de buena calidad, buena parte de la población no aprenden prácticas saludables, no tienen acceso a métodos de planificación y la mayoría de las complicaciones en embarazo y parto son fácilmente evitables.

Para impactar positivamente esta situación es necesario involucrar efectivamente, a los jóvenes en el cuidado de la salud, responsabilidad y aspectos relacionados con el manejo adecuado de su sexualidad, igualmente recomienda incluir a la población afectada, mujeres, no sólo en la ejecución de acciones sino también en la formulación, diseño y asimilación, para que tengan reconocimiento real de sus acciones, más teniendo en cuenta que son las principales proveedoras del cuidado de la salud en el entorno doméstico ¹¹.

3.3.2 Programas sobre Salud Sexual y Reproductiva en Latino América

3.3.2.1 Experiencia de Cuba:

Con los cambios socio-económicos implementados desde 1959, se emprendieron acciones con el propósito de mejorar las condiciones de vida y salud para la población, particularmente en las mujeres, niños y niñas. Las estrategias de Atención Primaria de Salud y Participación Comunitaria fueron esenciales en el desarrollo de la Salud sexual y reproductiva y se convirtieron en pilares fundamentales de la Salud Pública de Cuba. Se contó con la participación de la Federación de Mujeres Cubanas y sus Promotoras voluntarias de salud, quienes desarrollaron programas dirigidos a las mujeres y la población infantil. El gobierno priorizó la atención Materno-Infantil y realiza importantes esfuerzos por mantener y mejorar los niveles de salud alcanzados en esta población. Otra de las acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida en este país, es la estrategia Información, Educación y Comunicación para promover prácticas sexuales y reproductivas responsables, incluyéndose el tema de las ITS, VIH/SIDA, especialmente en la población joven y adolescente. Cuenta con una red de servicios en planificación familiar y consultas especializadas. En el tema del aborto se enfatiza la importancia de la planificación y decisión responsable de la concepción pero se ofrece el aborto como opción para la mujer y realizado dentro de todas las consideraciones éticas del tema. Salud y Protección Social. Informe sobre la salud sexual en las Américas. ¹²

3.3.2.2 Argentina:

El boletín N0. 1 de la Red Nacional de adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva publica proceso de aprobación de la ley de Salud Sexual y Procreación responsable realizada en Junio del 2000, con el propósito de ofrecer información sobre salud sexual, facilitar entrega de métodos anticonceptivos de manera gratuita en hospitales públicos a toda persona que lo solicite, incluyendo los adolescentes, disminuir la muerte materno-perinatal, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión Sexual, VIH/SIDA y promover la salud de los adolescentes mediante la información, orientación y entrega de métodos.

El control de las las ITS del país se trabaja en el proyecto Lusida, quien pasó un informe sobre la situación de SIDA en Argentina desde 1982 hasta el 2000 y se encontró que en Buenos Aires entre los años de 1977 y 1999 el SIDA era la primera causa de mortalidad en el grupo poblacional de 15 a 44 años, sin embargo, en los últimos 3 años se registró una disminución del 19.7% de muertes por esta causa. La OMS/OPS publicó en 1998 datos estadísticos sobre embarazos en adolescentes presentados en Argentina, se encontró que de 700.000 nacimientos que ocurren en el país, 100.000 corresponden a mujeres menores de 20 años y estas cifras son mayores en las provincias del norte.

Argentina mediante la normatividad política procura intervenir esta situación, mejorar las condiciones de vida de los y las adolescentes, igualmente por medios de campañas, educación, programas radiales y atención integral.¹³

3.3.2.3 Uruguay:

En el país es reciente la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de la población. El 10 de Diciembre del 2002 se aprobó la ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva por la cámara de representantes, a partir de la fecha y hasta el 2004 son muchas las reuniones y concentraciones que se organizaron para que la Cámara del Senado aprobara esta ley. Después de la aprobación de la ley nació la Organización no gubernamental MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), en Marzo del 2005, con el propósito de promover acciones tendientes a mejorar la Salud Sexual y reproductiva de la población

del país, incluir el enfoque de género en la ley, capacitar a los profesionales sobre el tema, articular esfuerzos de diferentes organizaciones para lograr el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos del ser humano, además de producir y difundir investigaciones sobre las políticas de Salud pública, Salud y Derechos sexuales de Uruguay. Igual que en las demás regiones latinas se iniciaron actividades, campañas, capacitaciones, píldoras televisivas y radiales sobre el tema de la Sexualidad.

14

3.3.2.4 Guatemala

Como la mayoría de los países en desarrollo, esta nación presenta una situación alarmante con relación a embarazos en adolescentes, abortos en condiciones de riesgo, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, entre otros.

En Guatemala es relevante el trabajo realizado por la Organización de Tierra Viva, dedicada a promover la participación política y ciudadana de las Guatemaltecas y luchando por los derechos sexuales de esta parte del país. En el 2004 esta organización manifestó su preocupación relacionada con el presupuesto asignado para el sector salud es muy bajo. El informe de Guatemala relacionado con el financiamiento del desarrollo humano 2001 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se precisa que los proyectos dedicados a la atención de la salud de la mujer no alcanzan al 5% de las asignaciones anuales, ante esta situación las agrupaciones feministas proponen que la SSR aparezca como un tema prioritario dentro del presupuesto y que el gobierno proporcione un incremento financiero significativo al sector de la salud.¹⁵

3.3.2.5 Venezuela

Desde 1980 el país viene realizando esfuerzos significativos en pro de la equidad de género y la Salud Sexual Reproductiva, sin embargo los cambios políticos han impedido la aprobación de una política al respecto, razón por la cual Venezuela tiene en la actualidad grandes problemas de salud pública entre los que se destacan la alta prevalencia de embarazos en adolescentes, alta incidencia de ITS y VIH/SIDA y altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil entre otros.

Los documentos sobre Sexualidad se están actualizando y adecuando en el 2003 de acuerdo a la Constitución de 1999. Como resultado se creó el Programa Nacional de

Salud Sexual y Reproductiva, toda la normatividad sobre el tema se recopila en 3 tomos y significan un aporte valioso para el mejoramiento de la salud sexual que garantiza el respeto a los derechos sexuales de la población.¹⁶

3.3.3. Contexto Nacional

En Colombia los jóvenes inician cada vez más temprano su actividad sexual, la edad promedio de inicio es de 16 años y la de la primera unión es de 16.4 años. El 40% de las adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado su vida sexual.⁷

Con miras a intervenir esta situación y para ser consecuentes con los compromisos asumidos a nivel internacional, Colombia incluyó dentro de sus políticas de gobierno tanto la Promoción de la Salud como la Salud Sexual y Reproductiva, pretendiendo generar cambios de actitud frente a la sexualidad de este grupo atareo. Se pretende que estas acciones se reflejen en la disminución de los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las muertes maternas, entre otros.

3.3.3.1. Marco Legal sobre Promoción de la Salud

En la década de los 60 la salud comenzó a mirarse como una inversión, lo que requirió de una rigurosa planeación visualizada en dos sentidos: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del estado. Esta orientación tuvo implicaciones en la comprensión del proceso de salud-enfermedad como una situación multicausal y en relación directa con las condiciones de vida de la población. En esta década se estructuró el Servicio Seccional de Salud, se desarrolló el Plan Nacional Hospitalario y la regionalización de los servicios con cuatro niveles de atención médica. En 1975 se organizó formalmente el Servicio Nacional de salud, con los componentes mencionados y un agregado muy importante, el de la participación comunitaria. En teoría se contemplaba una atención integral, pero en la realidad ésta seguía siendo básicamente biologista con enfoque curativo.

La ley 10 de 1990 introdujo cambios conceptuales e institucionales importantes con características multisectoriales y de concertación. En sus apartes más importantes se señalan:

Consagra la salud como un servicio público, es decir, a cargo de la nación, gratuito en sus servicios básicos para toda la población. Esto significaba que el estado debía intervenir para regular el servicio público en cuanto a la oportunidad, continuidad, calidad, condiciones de la prestación de los servicios, organización, gestión y políticas fundamentales, independiente de quien preste los servicios, entes públicos o privados.

Propone un concepto de salud que integra factores biológicos, genéticos, ambientales, comportamentales e institucionales, lo que hacía necesario la intervención sobre estos factores para alcanzar un bienestar integral.

Aumentó la financiación y descentralización del sector salud, por lo que los departamentos y municipios debieron responsabilizarse de la administración de los hospitales a su cargo.

Los planes básicos de salud se incluyeron dentro de los planes de desarrollo municipales, recibiendo aportes económicos del impuesto al valor agregado (IVA) y el monopolio sobre los juegos de apuestas y azar.

Indiscutiblemente la intención era reconocer la salud de manera integral, promover acciones de promoción y prevención, incluyendo diferentes sectores públicos y además enfatizando la participación comunitaria, es decir que la comunidad identificara sus necesidades y se hiciera consciente de los factores dañinos que podían incidir en su salud.

Entre 1991 y 1994 se destacó el Plan de Atención Primaria, donde se fortaleció el primer nivel de atención con un enfoque de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, centrado específicamente en el mejoramiento nutricional y saneamiento básico con el propósito de mejorar la salud de los colombianos.

En 1991 se expidió la nueva constitución, donde se recopilan todos los aspectos necesarios para el mantenimiento de la salud, haciendo alusión, como finalidad del estado, el de procurar el bienestar integral, mejorar la calidad de vida, solucionar las necesidades de salud, educación, agua potable, recreación, deporte, alimentación, saneamiento ambiental y vivienda, en conclusión contempla las condiciones necesarias para tener un real bienestar.

Todos estos preceptos están respaldados legalmente en cada uno de los artículos de la Constitución y buscan dar al pueblo las herramientas necesarias para mejorar su salud y tener mayor control sobre ésta. En el artículo 49 de la Constitución, cuando se preceptúa que toda persona tiene el deber de procurar por su salud y la de su comunidad, fundamenta la esencia de la Promoción de la salud como responsabilidad básica del individuo. Los aportes de la Constitución Colombiana de 1991 en materia de promoción de la salud se pueden resumir así:

Mayor intervención estatal, no sólo en la parte social sino en la protección del ambiente, patrimonio cultural incorporando el concepto ecológico. Esto abre la puerta al desarrollo de un nuevo modelo económico dentro del marco del llamado desarrollo sostenible.

Búsqueda de la racionalización de la economía para mejorar la calidad de vida de los habitantes, distribución equitativa de oportunidades y beneficios del desarrollo, empleo de recursos humanos y acceso efectivo de todos a los servicios básicos, principalmente de aquellos con menores ingresos.

Favorece la descentralización, esto facilita que las asambleas en concertación con los municipios, regulen los servicios de salud, educación y deporte.

Fundamenta el Régimen Subsidiado, mediante la intervención del estado quien tiene la posibilidad de apoyar a la población de menor ingreso, mediante subsidios para el acceso a los servicios básicos de salud y educación, además ofrece atención en salud gratuita para los menores de un año.

En la parte financiera se enfatiza el gasto social, el cual tiene prioridad sobre otros gastos. Se establecen parámetros para asignar el presupuesto a las regiones de acuerdo al número de personas con necesidades básicas insatisfechas y el manejo eficiente fiscal y administrativo de las entidades.

Estructuración de los planes de desarrollo nacional departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores.

Inserción en la agenda gubernamental de formulación y desarrollo de políticas saludables

Teniendo en cuenta la definición de Promoción de la Salud, consignada en el decreto 1891 de 1994, se puede afirmar que se inicia un proceso de cambios que favorecen el equilibrio entre el individuo y medio ambiente natural, político, social y cultural, procurando el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo la principal estrategia la promoción de la salud.

La ley 100 de 1993 se considera el desarrollo legislativo de mayor trascendencia de los últimos tiempos en Colombia: cambió y reorganizó la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema de aseguramiento con principios de competencia regulada.¹

3.3.3.2. Salud Sexual y Reproductiva en los Jóvenes

En numerosas reuniones internacionales, con la participación de muchos países, se ha enfatizado la importancia de la salud sexual y reproductiva, evidenciando con estudios el costo social que conllevan las prácticas sexuales inadecuadas, particularmente en lo relacionado con los embarazos, las muertes y la ITS. Es indispensable concretar acciones serias que le faciliten a los jóvenes desarrollar sus potencialidades en beneficio de la sociedad, más teniendo en cuenta que son un grupo clave en el desarrollo social, político y económico de los pueblos.¹⁷

Colombia no es la excepción ni está excluido de esta situación y mediante estudios estadísticos periódicos de la población se evidencia que las prácticas sexuales y reproductivas inadecuadas conlleva a una situación nacional alarmante:

Se incrementó la tasa de fecundidad de los jóvenes, que pasó del 17% al 19% en el año 2000, siendo los grupos más afectados la población pobre, de bajo nivel educativo, ubicados en las zonas rurales y los desplazados por el conflicto armado. Igualmente se ha presentado un aumento del riesgo para la mortalidad materna: las adolescentes entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidad de morir por causas obstétricas y si tienen menos de 15 años la probabilidad es 6 veces mayor. La mortalidad materna en menores de 20 años representa el 14% del total de defunciones maternas. La alta incidencia de ITS - VIH/SIDA, donde el 52.86% de los casos presentados son en personas entre 15 y 35 años, lo que significa que probablemente se infectaron antes de los 20 años. La alta vulnerabilidad para la violencia sexual y familiar se presenta por los diversos factores de riesgo a los que se ven avocados los adolescentes en su entorno, como es el inicio temprano de las relaciones sexuales, la exposición a la violencia intrafamiliar, rol de adultos a edades tempranas y la probabilidad de morir a causa de un evento obstétrico.¹⁸

Para ser coherente con los compromisos internacionales y la realidad del país, se han desarrollado varias acciones procurando con esto impactar positivamente el panorama existente:

3.3.3.2.1. Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

Incluida dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), recoge todos los compromisos internacionales adquiridos y plantea dos grandes metas, primero reducir en un 26% la fecundidad en la población menor de 20 años y segundo crear planes de promoción de la SSR definidos e implementados en todas las direcciones territoriales de salud del país.

La Política de SSR surgió como una propuesta del Ministerio de Protección Social para mejorar la SSR de los jóvenes, está reglamentada en el país mediante la resolución 03353 de 1993 y ley 15 de 1994. Desde el año 2000 la SSR se viene trabajando con un enfoque que prioriza el manejo de la gestante, la planificación familiar, la prevención del cáncer uterino, la eliminación de la sífilis congénita y el manejo del VIH/SIDA, bajo los delineamientos del Ministerio de Salud. En el 2003 el Ministerio de Protección Social, lanza la Política de Salud Sexual y Reproductiva, con el propósito de mejorar la SSR en la población, promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, reducir los factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo, estimular factores protectores y la atención de grupos específicos. Para abordar estos temas se proponen estrategias como La Promoción de la Salud, la Coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la gestión institucional, el fortalecimiento de la participación social, el desarrollo de la investigación y la potenciación de redes sociales de apoyo.

Las competencias y responsabilidades para la aplicación de la política sobre SSR, recae en el sector salud sobre el Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad en Salud (SSS), Consejos Territoriales de SSS, Direcciones Territoriales, EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de cancerología, Instituto Nacional de Vigilancia a Medicamentos (INVIMA), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), agencias de cooperación internacional,

organizaciones no gubernamentales (ONG) e instituciones científicas. Otros sectores involucrados son el Ministerio de Educación, ICFES, Universidades, Ministerio de Comunicaciones, medios masivos, Medicina legal, Policía Nacional y Fiscalía General de la nación.

Desde la implementación de la política a la fecha se han logrado avances como el incremento del compromiso político, el desarrollo normativo, el fortalecimiento institucional, fortalecimiento de la coordinación intersectorial y la movilización de actores y comunidad. Dentro de la movilización social se destacan campañas como "Tu sexualidad no es un juego, infórmate y protégete", Proyecto de IEC con el lema "Derechos convertidos en hechos", para divulgar las derechos sexuales y reproductivos. Para estas campañas se usaron piezas publicitaria como afiches, cartillas "Hablemos claro", cartillas y discos compactos de "No te mueras de amor", medios masivos de comunicación, estrategia persona a persona y sitios de convergencia social.

Según el centro Nacional de Consultoría estas campañas fueron bien evaluadas, pero persisten dificultades para el desarrollo completo de la Política de SSR como la falta de voluntad y compromiso político local, las instituciones se limitan a cumplir los aspectos básicos de la normatividad vigente y las barreras culturales, geográficas y políticas limitan el acceso de la población adolescente a los servicios de SSR.¹⁸

3.3.3.2.2 Resolución 412 y 3384 del 2000

Mediante la cual se establecen las guías técnicas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar, Atención del joven, Sífilis congénita, VIH/SIDA, Cáncer de cuello uterino, Control Prenatal), actividades de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud.

3.3.3.2.3 Plan de Atención Básica (PAB)

La circular externa 052 del 2002, para el régimen subsidiado se aplica el acuerdo 229 del mismo año. Se ofrece atención básicamente de Control Prenatal, Sífilis congénita, Planificación Familiar, VIH/SIDA.

3.3.3.2.4 Otras

Igualmente se han desarrollado estrategias como la Información, Educación y Comunicación (IEC), intersectorialidad, demanda inducida, campañas masivas y cooperación internacional ¹⁹

Entre las estrategias trabajadas por los diferentes organismos públicos y privados comprometidos en el tema, sobresalen:

3.3.3.3 UNFPA

El Fondo de Población de las Naciones Unidas es la agencia responsable de los temas sobre Salud Sexual y Reproductiva, población y desarrollo y constituye el máximo ente mundial encargado de administrar los recursos internacionales en beneficio de los países en desarrollo y que deben ser destinados a desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida de sus habitantes intentando encontrar un equilibrio entre la población y el medio ambiente. Desde 1969 su trabajo se enfoca especialmente en mejorar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, combatir la discriminación y violencia contra la mujer, disminuir el riesgo de propagación y contagio del VIH/SIDA y promover la equidad entre hombres y mujeres.

En Colombia el UNFPA contribuye desde hace 30 años, de manera significativa con asesoría técnica y apoyo financiero para la reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, disminución de la fecundidad, promoción de los derechos sexuales y mejoramiento de las condiciones de vida especialmente de mujeres y niñas del país. Su cooperación ha permitido la implementación de programas, capacitación de funcionarios municipales en 100 municipios sobre el tema de sexualidad segura, además se dio apoyo técnico con

equipos para mejorar los servicios ofrecidos sobre el tema, reforma del sistema de salud, entrega de equipos médicos y anticonceptivos, y ayuda para la conformación de comités que vigilen la mortalidad materno-perinatal.

3.3.3.3.1 Logros:

Mejoramiento en la capacitación y la difusión masiva, específicamente sobre sexualidad y población incluyendo la cátedra de sexualidad de manera regular en los colegios con nuevas metodologías y material. Además se capacitan a los profesores sobre el tema.

Campañas a nivel nacional sobre sexualidad para aumentar la demanda en los servicios. Conjuntamente con el gobierno y Organizaciones no gubernamentales se ofrece atención integral a los jóvenes mediante educación e información, pretendiendo así disminuir los embarazos en adolescentes.

Asistencia de población desplazada por la guerra con un proyecto que se ejecuta en el Magdalena Medio e incluye el tema de sexualidad y la participación de la iglesia, sector privado y grupos comunitarios.

En la parte metodológica contribuye con el análisis y diseño estadístico y metodológico para el estudio de muertes materno-perinatales con el propósito de generar conciencia e información sobre esta situación.²⁰

Proyecto Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia: su propósito fundamental es reducir la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes frente a las ITS - VIH/SIDA, de 600.000 jóvenes, utilizando un enfoque integral en la realización de los derechos humanos, derecho internacional humanitario y equidad de género.

Como resultado del trabajo de entidades públicas y privadas del país, se logró la financiación por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, organismo que ha gestionado a nivel mundial los mayores recursos para la intervención de esta enfermedad. En este proyecto interviene el Ministerio de Protección Social y de Educación, instituciones públicas, privadas, gubernamentales y no gubernamentales. El proyecto está previsto para una duración de 4 años, se inició en el año 2006 hasta el

2010, la cobertura es nacional y se aplicará en 48 municipios de 25 departamentos, escogidos por la alta prevalencia de casos presentado de VIH/SIDA y concentración de poblaciones desplazadas.

Por el enfoque multisectorial que trabaja el proyecto, se vale de tres estrategias básicas para lograr que grupos poblacionales claves se involucren:

Participación de las autoridades civiles municipales y departamentales incluyendo el sector privado y organizaciones religiosas, con el propósito de fortalecer la gestión social en los municipios participantes incluyendo el tema en los Planes de Desarrollo e implementando proyectos productivos.

Participación del personal de salud y educativo para mejorar los servicios de SSR e incluir el tema en proyectos educativos institucionales.

Participación de la población beneficiaria directa, conformada por jóvenes entre 10 y 24 años quienes recibirán capacitación sobre hábitos saludables, específicamente los relacionados con prácticas sexuales seguras y adquisición de habilidades de vida que promuevan su desarrollo integral.²¹

A pesar de estos importantes esfuerzos realizados, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada por Profamilia, se evidencian resultados poco satisfactorios en la población adolescente:

La tasa de fecundidad nacional es de 2.4 hijos por mujer, en el área urbana de 2.1 y en la rural de 3.4, el intervalo entre nacimientos aumentó de 37 a 42 meses. Las mujeres más educadas y las de la zona urbana difieren más para tener su siguiente hijo

Tasa de fecundidad en adolescentes: aumentó de 1986 a 1995 del 70 al 89 por mil. En el 2005 estaba en 90 por mil. La proporción de adolescentes que han estado alguna vez en embarazo pasó de 19 a 21.

El conocimiento sobre los métodos de anticoncepción es universal, siendo los más utilizados los anticonceptivos orales, inyectables, condón y esterilización femenina. El uso de métodos anticonceptivos sólo aumentó un punto porcentual. En la encuesta anterior

aumentó 6 puntos porcentuales. El porcentaje actual es del 81%. Entre las mujeres casadas o en unión libre el uso de métodos es del 78%.

Un 85 % de las jóvenes inician uso de métodos anticonceptivos sin haber tenido hijos.

La proporción de mujeres en edad fértil que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años pasó del 8 al 11%.

Para el Departamento de Antioquia los resultados más relevantes fueron:

Tasa de fecundidad entre 15 y 19 años es de 95 nacidos por 1000.

El 22 % de las mujeres entre 15 y 19 años han estado alguna vez embarazadas.

El 77% de las mujeres saben que el condón evita el contagio con SIDA.

Sólo el 19% de las mujeres se han hecho la prueba de SIDA.²²

Para el 2005 la mortalidad materna en menores de 15 años fue del 4.7% y en las de 16 a 19 años fue del 14.1%.²³

3.3.4 Departamento de Antioquia

Involucrado en toda la problemática nacional alrededor de toda la situación de salud y como propuesta de corresponsabilidad social nació "El pacto por la Salud Pública en Antioquia", como una herramienta de direccionamiento, vigilancia y priorización de intervenciones desde el ente territorial y con la participación de los demás actores del sector, con el propósito de avanzar en el desarrollo social y la equidad, concentrando los recursos en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención clínica sin barreras en todos los niveles con el objetivo final de mejorar los indicadores de salud. Para suscribir el compromiso social planteado, el gobernador de Antioquia y el alcalde de Medellín convocaron una reunión con los actores principales relacionados directamente con el sector salud. Participaron el Concejo Departamental de Seguridad Social en Salud, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la Secretaría de salud de Medellín y los gerentes de de EPS y ARS. Las consideraciones analizadas para justificar el pacto fueron:

La salud es un derecho esencial, un servicio público y un imperativo ético que requiere de la intervención de toda la sociedad.

Para lograr los objetivos y acciones definida por la Organización de Naciones Unidad, mediante las metas del milenio, relacionadas con la salud y que buscan la reducción de la

mortalidad infantil y la reducción de la mortalidad materna, se requiere que los determinantes relacionados con esta situación, sean analizados e intervenidos mediante planes de acción, concertados entre los gobiernos y la sociedad.

El Ministerio de Protección Social definió las prioridades en Salud Pública del país para los años 2003-2006.

La deficiente situación de salud del departamento obstaculiza el desarrollo integral humano de la población.

El perfil epidemiológico del Departamento evidencia índices de mortalidad materna, infantil y perinatal por causas infecciosas evitables, además, persistencia enfermedades infecciosas prevenibles y difícil acceso a los servicios de salud.

El Departamento en concertación con la sociedad civil, incluye dentro de sus políticas públicas la SSR y el Desarrollo Integral de la Juventud entre otros.

Los actores políticos del Departamento, Gobernador y Alcalde se comprometieron en la celebración del "Pacto de la Salud Pública en Antioquia" a incluir en sus planes de desarrollo, metas y acciones relacionadas con el tema para mejorar la calidad de vida de la población.

Entre las metas trazadas en esta reunión se incluyen temas que fortalecen la SSR:

Reducción de un 50% de la mortalidad materna, eliminar la sífilis congénita y reducir en un 25% el embarazo en adolescentes aplicando los principios de equidad, transparencia, respeto y solidaridad. Para el cumplimiento de los compromisos se concertó un monitoreo permanente y evaluación semestral, en cabeza del gobernador y alcalde.

El pacto se firmó el 17 de marzo de 2004 y muestra la voluntad política existente para abordar la situación de salud relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva de los jóvenes del Departamento.²⁴

3.3.5. Municipio de Envigado:

El Municipio de Envigado a través de la Dirección Local de Salud y con el apoyo de las diferentes secretarías, lidera la atención primaria en el departamento de Antioquia, con logros importantes para el desarrollo de la población.

Envigado continúa con el macro proyecto de "Municipio Saludable por la Paz", por lo que se pretende seguir trabajando por gentes sanas, en ambientes sanos y prácticas sanas, interviniendo en espacios estratégicos como las escuelas, barrios, veredas y culminando con familias saludables.

La labor realizada por el municipio le merece ser considerado como el Municipio de mejor calidad de vida del país, situación evidenciada en las estadísticas del municipio registradas en la "Situación de Salud de Envigado 2006".

Algunos datos estadísticos importantes relacionados con la SSR de la población son:

Hasta el 2005 se encontraron 24 casos de VIH/SIDA, con una tasa de 15.2x1.000

Se registró un caso de sífilis congénita con una tasa del 0.6 x 1000

En el 2003 en la población de 12 a 18 años hubo 51 partos, 20 abortos y 33 casos con complicaciones relacionadas con la gestación.

En el 2004 en este mismo rango de edades se presentaron 62 partos, 34 abortos y 56 complicaciones asociadas a la gestación.

En el 2005 los datos fueron 71 partos, 20 abortos y 45 complicaciones por causas asociadas.

En el 2006 los datos fueron: 66 partos, 27 abortos y 78 complicaciones por causas asociadas y una muerte materna de 16 años.²⁵

Aunque las estadísticas del municipio mantienen un comportamiento plano con relación a los embarazos en adolescentes entre el 2004 y 2006, tampoco se observa disminución significativa de éstos y se observa aumento de complicaciones asociadas a la gestación.

Siendo conscientes de la situación departamental con relación a la salud sexual y reproductiva en la población adolescente, basados por los datos estadísticos publicados por la ENDS de Profamilia en el 2005, siguiendo los delineamientos del estado y con el ánimo de seguir trabajando por la Salud del Municipio para continuar impactando positivamente los indicadores de salud, La Dirección Local de Salud de Envigado diseñó un programa sobre SSR dirigido específicamente a la población adolescente con los siguientes objetivos:

Brindar las herramientas necesarias para un estilo de vida sexual y reproductiva saludable en los jóvenes, familias, docentes y comunidad en general.

Fomentar en las personas competencias cognitivas, emocionales y comunicativas, y desarrollar habilidades psicosociales para clarificar proyectos de vida.

Estimular la capacitación en el ente familiar, educativo y comunidad, de modo que se vuelvan factores de protección para los jóvenes.

Capacitar a la comunidad en general sobre la comprensión y asunción de su propia experiencia adolescente, así como la comprensión y atención del adolescente como persona e individuo.

Desarrollar habilidades psicosociales para clarificar proyectos de vida.

La estrategia de intervención elegida es la educación mediante el desarrollo de talleres, buscando con esto motivar la participación, creatividad, actividades lúdicas la confrontación con respeto, la comunicación, el diálogo y la proyección personal y comunitaria. Los talleres se desarrollan con diferentes modalidades didácticas como la mesa redonda, conferencias, sociodramas, análisis de caso, charlas, cine foros y actividades lúdicas.²⁶

Los temas que se desarrollan sobre sexualidad son: planificación familiar, aborto, Infecciones de transmisión Sexual, autoestima y autonomía, entre otros.

Por otra parte Las Entidades Prestadoras de salud (EPS), comprometidas también en el "Pacto de Salud Pública en Antioquia" firmado en el 2004 y para de dar cumplimiento a la resolución 412/2000, incluyó programas como Alteración del joven, manejo de las ITS, planificación familiar y control prenatal, dentro de las actividades de promoción y prevención, también han diseñado acciones adicionales que intentan llegar adecuadamente a la población joven y tener resultados positivos frente a el manejo de su sexualidad.

3.3.3.6 Comfenalco EPS

La EPS Comfenalco de Antioquia no es ajena a esta situación y ha participado en los pactos y alianzas establecidos con las Direcciones Locales, incluyendo su participación en el proyecto de "Municipios Saludables". Sin embargo no cuenta con estrategias

estructuradas exclusivas para la población adolescente afiliada, sino con programas que buscan el bienestar integral de la familia, como son:

En su calidad de Caja de Compensación, COMFENALCO, ofrece espacios lúdicos, educativos y recreativos a los jóvenes, de tal manera que tengan alternativas para el uso adecuado del tiempo libre, tiene programas encaminados a mejorar la calidad de vida de sus afiliados como son el apoyo técnico y económico para la conformación de micro-empresas, implementa programas sociales que buscan solución a la adquisición de viviendas, lo cual es pertinente si se tiene en cuenta que muchos adolescentes deben asumir la responsabilidad de ser cabezas de familia. Estos programas están íntimamente relacionados con las condiciones socio-económicas de la población, factor que influye de manera significativa en los comportamientos inadecuados de las personas, incluyendo a los adolescentes.

Como EPS COMFENALCO:

Ofrece dentro de sus programas de promoción y prevención el de alteración del joven, asesoría en planificación familiar, cáncer de cuello uterino y control prenatal.

Se ha elaborado información escrita sobre métodos de planificación y cáncer de cuello uterino.

Programa a empresas, en el cual se ofrecen actividades dirigidas a realizar prácticas sexuales seguras.

Revista mensual donde se publican temas de interés para la población adolescente.

Participa en mesas de trabajo, comités y proyectos nacionales y regionales dirigidos a adelantar acciones en pro de los cambios de hábitos inadecuados dentro de la población joven.²⁷

A pesar de esto, también se presenta un incremento en los embarazos no programados en adolescentes afiliados a COMFENALCO Envigado, lo que puede sugerir prácticas

sexuales no seguras. En el primer semestre del presente año se presentaron 4 casos de embarazos en adolescentes mientras que en el segundo semestre del 2006 no se había presentado ningún caso.²⁸

3.4. Estudios Relacionados con la educación sobre SSR en la población adolescente

El departamento encargado de la salud de mujeres y niños del Instituto de Karolinska en Estocolmo Suecia, realizó en el 2006 un estudio cualitativo sobre la percepción de anticonceptivos, no protección y aborto inducido, en un grupo de adolescentes de la zona urbana de Suecia, con la metodología de discusión en grupos focales. El propósito del estudio fue conocer las actitudes de las adolescentes frente a estos temas y entender las razones que tienen para no protegerse. Se escogieron 16 jóvenes entre 15 y 18 años, realizándose 4 grupos focales de discusión. Los resultados más relevantes del estudio mostraron que las adolescentes tienen una actitud positiva hacia el aborto a pesar de tener algunos conceptos confusos y desconocimiento sobre el tema. El conocimiento sobre el control de la natalidad fue preciso, El alcohol se mencionó frecuentemente como un factor que contribuye en los comportamientos de riesgo, el abuso sexual se presentó como un fenómeno común y todas las adolescentes manifestaron haber sido abusadas sexualmente, con relación al uso del condón manifestaron que los compañeros sexuales se resistieron al uso de éste y que resultó difícil negociar con ellos el uso del mismo. Las razones para aumento en la tasa de abortos se percibieron principalmente por el inicio de las relaciones sexuales a una edad más temprana. Las jóvenes expresaron la necesidad de facilitar la disponibilidad y de menor costo en los anticonceptivos, al igual que la de mejorar la calidad de la educación sexual en el colegio.

El estudio concluyó que las sesiones permanentes sobre educación sexual por género dentro del pñsul escolar podrían empoderar a las jóvenes y promover el rechazo de conductas riesgosas durante las actividades sexuales, lo que ayudaría a reducir la incidencia de embarazos no deseados, además la provisión de condones baratos podría estimular el incremento de su uso.²⁹

En Noirobi, Kenia se realizó un estudio en 1986 sobre las conductas sexuales, prácticas anticonceptivas y conocimientos sobre el sistema reproductor en mujeres adolescentes de

secundaria. A 1751 jóvenes entre 12 y 19 años se les aplicó una encuesta relacionadas con los temas objetos del estudio, encontrándose como resultados relevantes lo siguiente: el 23.8% de las jóvenes eran sexualmente activas cuando se hizo el estudio, de éstas el 94.5% no usaban ningún método anticonceptivo mientras que el resto de las jóvenes, el 5.5% usaron métodos anticonceptivos no confiables. El 1.7% de las jóvenes admitieron haber estado embarazadas al menos una vez y haber abortado. La mayoría de las jóvenes mostraron gran ignorancia sobre la biología de su sistema reproductor y sobre la anticoncepción, sus madres han tenido una participación muy mínima sobre el conocimiento de este tema, sus conocimientos al respecto son escasos. Mientras que el 77.8% de las adolescentes están en contra de las jóvenes escolares que tiene relaciones sexuales, el 90.7% consideran que a todas las mujeres inclusive las escolares se les debe dar anticonceptivos para protegerse de los embarazos no deseados.³⁰

Un estudio descriptivo realizado en el policlínico cubano "1° de Enero", "comportamientos sobre la sexualidad en adolescentes de un Policlínico Cubano", buscaba identificar comportamientos sobre sexualidad y precisar aspectos que favorecen las ITS. Se seleccionaron 78 adolescentes con edades entre 11 y 16 años, del municipio La playa de la ciudad de La Habana de Abril a Junio del 2002. Se aplicó una encuesta probada en estudios anteriores. En los resultados se encontró que la mayoría de los adolescentes mantienen conductas sexuales riesgosas como el inicio precoz de las relaciones sexuales, prácticas sexuales con personas desconocidas e inadecuada utilización de los métodos anticonceptivos, particularmente el uso del condón. Otros resultados relevantes están relacionados con la edad de inicio de las relaciones sexuales donde un 15.6% de los jóvenes iniciaron relaciones entre los 11 y 12 años, un 72.2% iniciaron relaciones entre los 13 y 14 años y un 82.1% las iniciaron entre los 15 y 16 años. Con relación a la escolaridad se encontró que un 25% de los que iniciaron relaciones sexuales están en 7° grado, un 66.7% en 8° grado y un 75% en 9°. Grado. Un 88.6% de los varones no usaron condón en sus relaciones sexuales y un 60% de las mujeres lo usaron en su primera relación. El estudio concluyó la necesidad de intensificar las actividades educativas para incorporar pautas de una sexualidad sana.³¹

En Venezuela se realizó un estudio exploratorio descriptivo sobre "Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad de Punto Fijo". Se aplicó una encuesta realizada por especialistas y probada en el área rural, en 4

liceos de Educación Básica y Diversificada del área urbana, a los adolescentes entre 9 y 12 años, con el propósito de conocer y comparar los conocimientos generales que tienen los jóvenes sobre sexualidad. La selección de la muestra fue de 593 estudiantes. Los resultados más relevantes fueron: el 84.6% de los adolescentes afirman haber recibido educación sobre sexualidad, considerada por la mayoría como de regular y mala calidad, evidenciándose esto por los pocos conocimientos sobre temas como el funcionamiento de su aparato reproductor y del sexo opuesto, uso de métodos anticonceptivos y modo de transmisión de ITS. El 45.4% de los adolescentes admite buscar información en fuentes inadecuadas. El 88% admiten no haber utilizado métodos anticonceptivos. Con relación a las consecuencias del inicio temprano de las relaciones sexuales, el 42.1% respondió que el embarazo, el 36.7% dice que las ITS y el 10.5% no sabe. Sobre el conocimiento de ITS se encontró que el 89% afirman conocerlas, el 50% conocen más de 2 y el resto sólo una, el 34% de los encuestados no tienen conocimientos sobre ITS. El estudio concluye que la educación sexual impartida por maestros y padres sigue siendo pudorosa y tímida, lo que trae como consecuencia que la información sea influenciada por fuentes inadecuadas como la televisión y revistas, las relaciones sexuales se están iniciando a más temprana edad. La recomendación es mejorar el asesoramiento en la escuela y hogar como la implementación de servicios de Planificación Familiar para mejorar su vida sexual, que ésta pueda desarrollarse sanamente y sin presiones.³²

En Ecuador, se realizó una investigación experimental en la población de Cantón Santo Domingo de los Colorados, sobre un modelo de Prevención primaria de las Enfermedades de Transmisión sexual, VIH/SIDA en adolescentes, en los años 1997 y 1998. Entre las características generales de la población se han identificado problemas como el desarraigo cultural por las inmigraciones, el inicio temprano de las relaciones sexuales, la pobreza, hacinamiento, prostitución que favorecen la aparición de la delincuencia, la drogadicción, la prostitución y alcoholismo, lo cual constituye un contexto de alto riesgo para el contagio de ITS. Se escogieron poblaciones con características similares, se conformaron 2 grupos de jóvenes entre 12 y 15 años, uno de control con 288 adolescentes y otro de intervención con 358 adolescentes, se aplicó una guía de discusión a 16 grupos focales y con esta información se aplicó una encuesta validada, sobre aptitudes, conocimientos y prácticas, a ambos grupos, al grupo de intervención se le implementó un programa educativo dirigido a estudiantes y docentes, a los 8 meses se

aplicó nuevamente la encuesta a los 2 grupos. Se trabajó con 74 docentes. En los resultados se encontró que antes de la intervención educativa los 2 grupos no presentaron grandes diferencias con relación al tema, luego de la intervención educativa las diferencias fueron significativas en los conocimientos, aptitudes y prácticas sexuales relacionados con su autoestima, sexualidad, salud, prevención de ETS/SIDA, embarazo en adolescentes y respeto a sus pares. La estrategia educativa partió de las propias vivencias, lleva a la reflexión, conceptualización, prácticas de lo aprendido y nuevas vivencias.³³

En Colombia, un grupo de investigadores de la Universidad del Valle, realizó un estudio cuasi experimental para evaluar el impacto de una intervención educativa para dar poder a los (as) adolescentes en sus derechos y deberes sexuales y reproductivos. El estudio se realizó en 12 meses con una muestra de 129 adolescentes de ambos sexos de dos instituciones de secundaria en el municipio de Jamundí entre el 2004 y 2005. Las variables se midieron antes de la intervención, 3 y 6 meses después de la intervención. Con relación a la actitud sexual de los (las) adolescentes se encontró que un 38.2% habían tenido relaciones genitales antes del estudio de los cuales el 63.3% eran hombres. Antes de la intervención educativa el 23.7% de los jóvenes tenían relaciones sexuales en el momento del estudio, porcentaje que se incrementó a 35.1% 3 meses después de la intervención y pasó a 29.1% a los seis meses. En todas las mediciones se encontró que los hombres eran los que informaban con mayor frecuencia las prácticas sexuales: un 40% antes de las intervenciones, un 50% a los 3 meses y un 41% a los seis meses, en contraste con las mujeres que comunicaron 9.9%, 22.5% y 18.3% respectivamente. Con relación a la protección en hombres y mujeres se encontró que antes de la intervención, se protegían el 76% y 33% respectivamente y después de la intervención se incrementó notablemente en los hombres que aumentó el 90% a los 3 meses y el 100% a los seis, en las mujeres el 87.5% y 78.6% respectivamente. El estudio enfatiza el hecho que el 76.3% de los jóvenes no tenía relaciones sexuales y los motivos encontrados fueron: no estar preparado (a) un 46.9%, evitar el embarazo un 11.7%, miedo a la relación 24.7%, evitar embarazos e ITS el 6.9%, no tener pareja el 7%, no tener oportunidad el 5.9% y querer llegar virgen al matrimonio el 2.4%. Tres meses después de la intervención se encontró que el 64.9% no tenían relaciones sexuales por no estar preparados el 53.9%, evitar el embarazo el 14.5%, no tener pareja el 10.5%, evitar ITS y embarazo el 7.9%, no tener

oportunidades el 5.3% y miedo a enfermedades el 1.3%. A los seis meses de la intervención se encontró que el 70% de los jóvenes no habían tenido actividad sexual por motivos similares, el 3.5% de los hombres manifestaron el motivo de la abstinencia porque la pareja no deseaba la relación. Se incrementó en el porcentaje de jóvenes con actividad sexual genital, especialmente entre las mujeres, pero igualmente se aumentó el uso de prácticas anticonceptivas de doble protección, en los hombres el uso del condón y en las mujeres el uso de anovulatorios. Pero un gran porcentaje de adolescentes continúa absteniéndose de la actividad sexual genital. No se presentaron casos de embarazos ni ITS después de la intervención educativa y disminuyeron los casos relacionados con la sexualidad y el abuso físico.

La intervención educativa incluyó talleres a adolescentes, padres de familia, y maestro utilizando estrategias didácticas dinámicas y participativas. Se concluye que se debe seguir investigando la percepción de los adolescentes para descubrir la motivación que tuvieron para iniciar las relaciones sexuales. Se sugiere mejorar el acceso a los servicios de planificación Familiar para adolescentes por encontrar situaciones de automedicación de anovulatorios y la falta de seguimiento de los servicios de salud en el uso de éstos.³⁴

En Colombia donde la iglesia ha tenido una influencia importante, el proyecto de la educación sexual ha sido poco aceptado por considerar que incita al ejercicio sexual indiscriminado. PROFAMILIA, institución pionera en la atención sexual y reproductiva y La Universidad Nacional de Colombia continúan con las actividades educativas dentro de sus programas de educación sexual y reproductiva a los (as) adolescentes, utilizando como principal estrategia educativa los talleres.

El equipo de trabajo de la Universidad Nacional, contempla dentro de sus actividades, los talleres "Reflexiones sobre la Sexualidad", desarrollado con los estudiantes de todos los programas, en cada semestre durante la semana de inducción, con el propósito de motivar el análisis de conductas que lleven a prácticas sexuales sanas, responsables y gratificantes. Los contenidos de los talleres se van centrando progresivamente al período reproductivo de la vida, embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual. Los contenidos de los talleres van acompañados por imágenes de lesiones provocadas por infecciones que causan preocupación y rechazo. La información técnica y el impacto de las imágenes inhiben la información y la visión sobre sexualidad ofrecida en los talleres.

El formato de los talleres realizados en PROFAMILIA, se adapta a una población cinco años más joven en relación con los de la universidad, igualmente se adecuan las estrategias pedagógicas, el lenguaje, el tono y los contenidos de los talleres con los cuales se busca resolver problemas planteados por los jóvenes debido a información insuficiente y/o errada motivando la expresión libre de dudas sobre estos temas.³⁵

En el 2006 la DLS de Envigado evaluó los talleres realizados por el programa de SSR en 13 instituciones educativas, las edades de la población escolarizada oscilaba entre 9 y 27 años, se aplicaron en total 4211 evaluaciones diagnósticas. Los resultados más relevantes fueron: Del 100% de los participantes a los talleres el 66% dicen conocer los métodos de planificación, el 33% no conocen, el 19% dicen haber empezado a tener relaciones sexuales. Del 19% de los jóvenes que dicen haber tenido relaciones sexuales, el 74% utiliza métodos de planificación familiar, y de estos el 73% prefieren utilizar el condón. Del 100% de los jóvenes solo el 5% responde afirmativamente diciendo haber tenido un embarazo no deseado. El porcentaje es bajo teniendo en cuenta las estadísticas de embarazos en adolescentes en el municipio de Envigado y esto podría ser por pena o temor a responder el diagnostico aplicado. De la totalidad de los jóvenes a los talleres el 81% responde tener buenas relaciones con sus padres, De los jóvenes que asistieron a los talleres el 89% de las personas respondieron que si conocen las enfermedades de transmisión sexual y la enfermedad que más conocen es el sida con un 28%.³⁶

4. Objetivos

4.1. Objetivo General:

Describir el grado de conocimiento sobre el Programa de salud sexual y reproductiva del Municipio de Envigado que tienen los adolescentes afiliados a la IPS BIOSIGNO-Envigado

4.2. Objetivos Específicos:

4.2.1 Describir las características de la población objeto.

4.2.2 Cuantificar el número de adolescentes afiliados a COMFENALCO que tienen conocimiento sobre el programa de SSR que desarrolla el Municipio.

4.2.3 Discriminar el grado de conocimiento, la comprensión y las modificaciones de comportamientos según edad, sexo, escolaridad y estrato socioeconómico.

4.2.4 Cuantificar la percepción sobre las actividades educativas del programa de Salud Sexual y Reproductiva en la población adolescente de Envigado.

4.2.5 Identificar los diferentes métodos de Planificación Familiar elegidos por la población adolescente del Municipio de Envigado.

4.2.6 Verificar si la elección del método fue motivada por las actividades realizadas en el programa de Salud Sexual y Reproductiva del municipio.

4.2.7 Indagar el uso del condón como método de protección para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual.

4.2.8 Discriminar la frecuencia de cambios de conductas sexuales inducidas por las actividades realizadas en el programa de Salud Sexual y Reproductiva del municipio.

5. Metodología:

5.1. Enfoque metodológico:

Investigación cuantitativa, se describió el grado de conocimiento de los adolescentes sobre el programa de Salud Sexual y Reproductiva desarrollado por el municipio de Envigado, como ha sido su interpretación y si éstas han ejercido alguna influencia en sus comportamientos sexuales.

5.2 Sitio

Envigado.

5.3 Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

5.4 Población

Adolescentes del municipio de Envigado afiliados a la EPS de COMFENALCO y que hasta el mes de abril del 2007 se encontraban activos en el sistema.

5.5 Diseño Muestral:

Se utilizó la base de datos de la población afiliada a BIOSIGNO-Envigado, actualizada hasta abril del 2007. La población elegible estuvo constituida por 996 adolescentes activos. Para tener una confianza del 95%, un margen de error de 6% y una proporción esperada de 25% de respuesta positiva al conocimiento de la realización de las diferentes actividades de P y P en SSR, se requirió entrevistar 167 adolescentes. Se hizo un

muestreo aleatorio con dos estratos según el género y a partir del listado de elegibles se obtuvo el nombre de los sujetos de investigación. Tanto el tamaño de la muestra como el muestreo se hicieron con el programa Epidat 3.1

5.6 Criterios de selección:

Edad entre 12 y 19 años

Afiliados activos en la EPS hasta abril del 2007.

Que hayan estado afiliados como mínimo 6 meses en la EPS.

5.7 Actividades específicas que se evaluaron:

Métodos de Planificación Familiar

Prevención de ITS

Aborto

5.8 Instrumentos de recolección de datos:

El anexo 1 corresponde al instrumento de recolección de datos. Presenta una guía de las preguntas que se realizaran a la población objeto y será diligenciada por el investigador.

5.9. Descripción de Variables

Tabla 1 Variables

Nombre de la variable	Definición operativa	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medición
Edad	años cumplidos	cuantitativa	razón	Años
Sexo	Sexo biológico	cualitativa	Nominal	Masculino femenino

Institución educativa	Institución perteneciente al sector público o privado	Cualitativa	nominal	Público Privado
Nivel educativo del adolescente	Máximo nivel de educación alcanzado.	cualitativa	ordinal	Sin estudios Básica Técnica Secundaria Superior
Nivel educativo del padre	Máximo nivel de educación alcanzado.	cualitativa	ordinal	Sin estudios Básica Secundaria Superior
Nivel educativo de la madre	Máximo nivel de educación alcanzado.	cualitativa	ordinal	Sin estudios Básica Secundaria Superior
Tiempo de afiliación a la EPS	Meses de afiliación	cuantitativo	Razón	Número absoluto
Estrato socio económico	Nivel de clasificación por servicios públicos	Cualitativo	Ordinal	1 a 6
Actividad sexual	Inicio de las relaciones sexuales	cualitativo	nominal	Si No
Uso de métodos de planificación	Empleo de anticonceptivos orales, inyectables, transdérmicos,	cualitativa	Nominal	Si No

	intradérmicos, dispositivos o de barrera			
Métodos de planificación	Método de planificación empleado	cualitativa	Nominal	Oral Inyectable DIU Implantes Barreras Parches Otros
Sitio de actividades desarrolladas	Lugar en donde se realizaron las actividades sobre Salud sexual y reproductiva	Cualitativa	Nominal	Casa Colegio
Planificación Familiar	Reconocimiento por parte del adolescente de la realización de actividades educativas por parte de la DLS del municipio sobre Planificación Familiar	cualitativa	nominal	Si No
Estrategias didácticas	Identificación de las diferentes estrategias didácticas utilizadas para el	Cualitativo	Nominal	Talleres Charlas

	desarrollo de las actividades			
Entendimiento Planificación Familiar	Reconocimiento del adolescente de que el mensaje fue entendible	cualitativa	nominal	Si No
Cambio de comportamiento por Actividad educativa sobre Planificación Familiar	Reconocimiento del adolescente de que hubo un cambio del comportamiento sexual a partir de la actividad	cualitativa	nominal	Si No
Infecciones de transmisión sexual	Reconocimiento por parte del adolescente de la realización de actividades educativas por parte de la DLS del municipio sobre ITS	cualitativa	nominal	Si No
Entendimiento ITS	Reconocimiento del adolescente de que el mensaje fue entendible	cualitativa	nominal	Si No
Cambio de comportamiento por Actividad educativa sobre	Reconocimiento del adolescente de que hubo un cambio del	cualitativa	nominal	Si No

ITS	comportamiento sexual a partir de la actividad			
Uso del condón	Información sobre el uso del condón como protección para ITS.	Cualitativa	Nominal	Si No
Aborto	Reconocimiento por parte del adolescente de la realización de actividades educativas por parte de la DLS del municipio sobre el aborto	cualitativa	nominal	Si No
Entendimiento Aborto	Reconocimiento del adolescente de que el mensaje fue entendible	cualitativa	nominal	Si No
Cambio de comportamiento por Actividad educativa sobre Aborto	Reconocimiento del adolescente de que hubo un cambio del comportamiento sexual a partir de la actividad	cualitativa	nominal	Si No

Fuente de motivación para la selección del método	Fuente de mayor influencia en la selección del método.	Cualitativa	Nominal	Familiar Amigos Campañas Personal de salud Farmacia Programa Salud Sexual y reproductiva de la DLS Otros
Percepción de las Actividades	Calificación de las estrategias didácticas utilizadas para desarrollar las Actividades	Cualitativa	ordinal	1: totalmente de acuerdo. 2: parcialmente de acuerdo. 3: en total desacuerdo.
Comportamiento sexual	Reporte de cambios de conductas sexuales influenciadas por las Actividades de la DLS	Cualitativa	Nominal	Si No
Tipo de cambios	Cambio en la conducta sexual informado por el adolescente	Cualitativa	Nominal	Respuesta abierta

5.10 Plan de análisis

Las variables cualitativas se presentan en números absolutos y porcentajes y las variables cuantitativas con media y desviación estándar.

5.11 Técnicas de recolección de la información:

5.11.1 Fuente de información

Base de datos de la población adolescente que es atendida en BIOSIGNO-Envigado, actualizada hasta Abril del 2007.

5.11.2 Instrumento de recolección de datos

Anexo 1, diseño del instrumento para la recolección de la información, encuesta que contiene 23 preguntas que abordan la respuesta a las variables y objetivos planteados.

5.11.3 Proceso de obtención de la información:

El mismo investigador aplicó la encuesta mediante llamadas telefónicas. Para los jóvenes de 12 y 13 años se solicitó consentimiento al adulto responsable. Cuando el número telefónico no correspondía o después de dos intentos no se contactaba al joven seleccionado, éste se reemplazaba por el siguiente en la lista aleatoria. Al final de la encuesta se invitó al joven para que asistiera a la consulta externa específicamente dedicada para ellos en la IPS.

5.11.4 Prueba piloto

Fueron las primeras 20 encuestas, como se encontró una modificación menor a realizar, se incluyeron en el informe final.

La modificación realizada fue la inclusión de la percepción sobre las estrategias didácticas utilizadas por la DLS y colegios.

5.12 Control de errores y sesgos

El investigador aplicó la encuesta de una manera estructurada, de igual forma para toda la población. Se pudo presentar sesgos desde los adolescentes, por el deseo de ocultar o magnificar sus conductas, o porque se cohibiera por el hecho de tener a algún adulto cerca. Para disminuir esta probabilidad se insistió mucho en la confidencialidad del manejo de la información.

5.13 Técnica de procesamiento y análisis de los datos:

Los datos se ingresaron a una base de datos diseñada en Excel 2002. Se hicieron análisis exploratorios para depurarla y la información inconsistente se confrontó con las encuestas, haciéndose las correcciones pertinentes. Posteriormente la base de datos se convirtió al programa estadístico SPSS 15.0 para realizar los análisis finales.

6. Consideraciones éticas:

El estudio se consideró de riesgo mínimo, cumpliendo con la normatividad vigente al respecto, en la cual se incluyen estudios que emplean el registro de los datos mediante procedimientos comunes, sin afectar ni manipular la conducta del sujeto.³⁷

Se solicitó permiso a los padres o adultos responsables de los adolescentes de 12 y 13 años para aplicarles la encuesta, de 14 a 19 años se consideran jóvenes con autonomía de respuesta. Con el instrumento de recolección de datos diseñado se indagó aspectos generales sobre condiciones socio-económicas, educativas y sobre el conocimiento, actitudes y prácticas sexuales. (ver anexo 1),

7. Resultados

Se entrevistaron 167 adolescentes afiliados a la IPS BIOSIGNO-Envigado, seleccionados al azar de toda la población inscrita en la base de datos de la institución y activa hasta Junio de 2007. La tabla 1 presenta sus características demográficas.

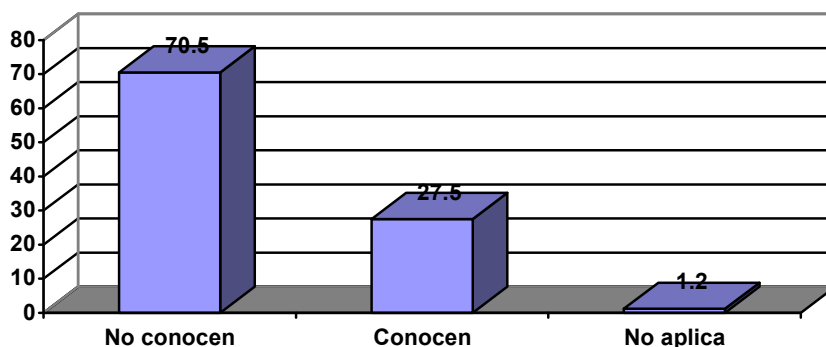
Tabla 2 Características de la población

Características	
Edad años (\pm DS)	15.38 (2.091)
Tiempo de afiliación meses (\pm DS)	53.51 (24.365)
Sexo	
Masculino	73 (43.7%)
Femenino	94 (56.3%)
Estrato socio económico	
• 1	1 (0.6%)
• 2	47 (28.1%)
• 3	75 (44.9%)
• 4	27 (16.2%)
• 5	8 (4.8%)
• 6	3 (3.6%)
Nivel educativo adolescentes	
• Básica	2 (1.2%)
• Secundaria	150 (89.8%)
• Técnica	5 (3.0%)
• Superior	10 (6.0%)
Institución educativa	
• Privado	66 (39.5%)
• Público	100 (59.9%)
Nivel educativo padre	
• Básica	16 (9.6%)
• Secundaria	80 (47.9%)
• Técnica	5 (3.0%)
• Superior	30 (18.0%)
Nivel educativo madre	
• Básica	18 (10.8%)
• Secundaria	90 (53.9%)
• Técnica	9 (5.4%)
• Superior	20 (12.0%)

Hubo mayor proporción de mujeres en la muestra seleccionada 56.3%, reflejo de la distribución del sexo de los adolescentes dentro de la población de estudio. Con relación al estrato socio-económico, se encontró que la mayor parte de la población pertenece a los estratos 2 y 3 con un 28.1% y 44.9% respectivamente. La mayoría de los adolescentes están en secundaria con un 89.8%.

El gráfico 1 muestra el porcentaje de conocimiento que los jóvenes tienen sobre el programa de SSR municipal.

Gráfico 1. Reconocimiento del Programa sobre Salud Sexual y Reproductiva



En el gráfico se puede apreciar que un alto porcentaje (70.6%) de los jóvenes no reconocen el programa que desarrolla el municipio. El 1.2% de la variable no aplica, corresponde a jóvenes que no viven en el municipio de Envigado, por lo tanto no tienen porque conocer el programa.

La tabla 2 presenta el reconocimiento, el entendimiento en los temas de planificación, ITS y aborto reportados por estos 46 adolescentes, discriminado según la edad, el sexo, el nivel educativo y el estrato socioeconómico. El cambio en el comportamiento en planificación e ITS se presenta para los 11 de estos 46 adolescentes que ya iniciaron su vida sexual.

Tabla 3. Grado de conocimientos, comprensión y cambios de comportamientos según edad, sexo, escolaridad y estrato socio-económico

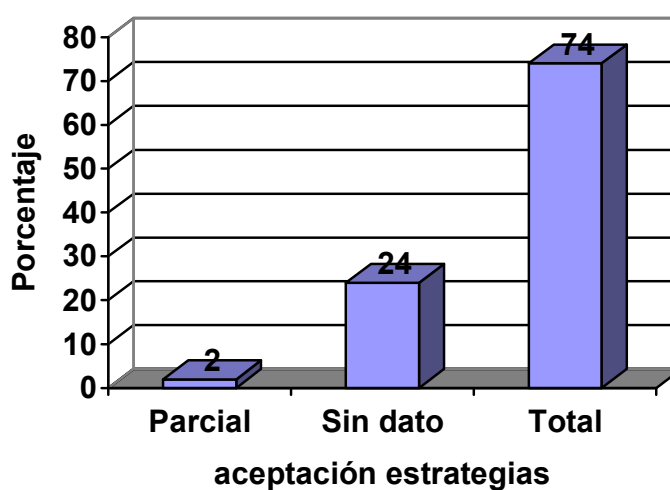
Grupo (número de casos en el grupo)	Planificación N (%)			ITS N (%)			Aborto N (%)	
	Conoce	Entendió	Cambió	Conoce	Entendió	Cambió	Conoce	Entendió
12 a 15 años (23)	22 (95.7)	19 (86.4)	3(100)	22 (95.7)	22 (95.7)	3((100)	18 (89.5)	17 (89.5)
16 a 19 años (23)	22 (95.7)	21 (91.3)	8(100)	23(100)	23(100)	8(100)	19 (81.8)	18 (81.8)
Masculino (19)	17 (89.5)	16 (88.9)	7(100)	18 (94.7)	18 (94.7)	7(100)	15 (78.9)	13 (88)
Femenino (27)	27 (100)	24 (88.9)	4(100)	27(100)	27(100)	4(100)	22 (84.6)	22 (81.3)
Básica (1)	1(100)	1(100)	0	0 (0)	0	0	0 (0)	0 (0)
Secundaria (41)	39(95.1))	35(87.5)	10(100)	41(100)	41(100)	10 (90.9)	33 (82.5)	31 (83.8)
Superior (4)	4(100)	4(100)	1(100)	4(100)	4(100)	1(9.1)	4(100)	4(100)
Estrato 1 (1)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)
Estrato 2 (22)	21 (95.5)	20 (90.9)	9(100)	21 (95.7)	21(100) *	9(100)	16 (76.2)	14 (73.7)
Estrato 3(16)	15 (93.8)	12 (80.0)	2(100)	16(100)	16(100)	2 (100)	14 (87.5)	13 (92.9)
Estrato 4 (5)	5(100)	5(100)	0	5(100)	5(100)	0	4(80)	5(100)
Estrato 6 (1)	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)	0	1(100)	1(100)

* Hubo algunos casos sin dato

La frecuencia tanto del reconocimiento como del entendimiento en los temas de planificación, ITS y aborto fue alta y no se encontraron diferencias importantes entre los diferentes subgrupos. La totalidad de los jóvenes que ya iniciaron su vida sexual reconocieron que las actividades recibidas de la DLS han permitido implementar cambios

en su comportamiento. No se evaluó cambios con respecto al aborto porque la muestra seleccionada aún no ha tenido abortos.

Gráfico 2 Percepción sobre actividades educativas Programa Salud Sexual y Reproductiva



En el gráfico se puede evidenciar la aceptación por parte de los jóvenes, del programa sobre SSR. La falta de información corresponde a adolescentes entrevistados durante la prueba piloto, momento en el cual no se había contemplado esta información.

Tabla 4 Fuente de Motivación en el uso del método

Fuente de motivación	No. (%)
Colegios	6 (54.5)
Familia	3(27.3)
Personal de Salud	1(9.1)
Otros	1(9.1)
Total	11 (100)

La fuente de motivación para el empleo de los métodos de planificación más frecuentemente, reconocido por los adolescentes fue el colegio con un 54.5%. En otros se incluyen fuentes como amigos y revistas.

La tabla 5 muestra los métodos de planificación empleados por los 40 (24%) adolescentes que ya iniciaron vida sexual, independiente del reconocimiento que tienen de las actividades de la DLS.

Tabla 5 Métodos de Planificación Familiar utilizados por los adolescentes

Métodos	Uso actual N (%)
Oral	7 (17.5)
Inyectable	4(10)
DIU	0
Implantes	1(2.5)
Barreras	24(60)
Parches	0
ninguno	4(10)
Otros	0
Total	40(100)

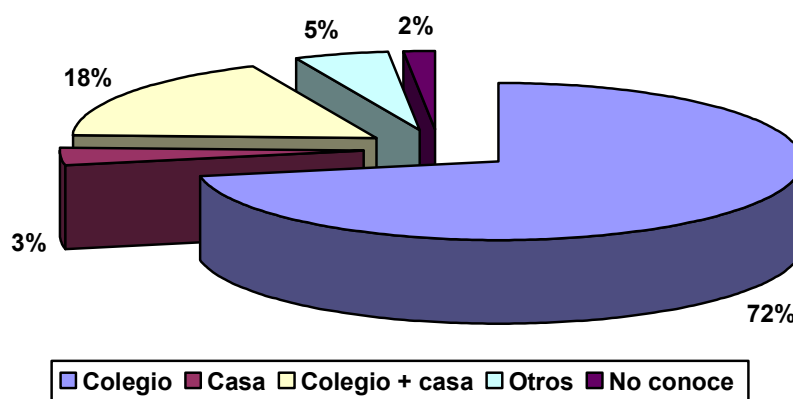
El 10% no usan ningún método. La mayoría (60%) usan el preservativo como método único de PF.

Instituciones educativas

No hay diferencias significativas entre colegios públicos y privados. En PF el conocimiento en el colegio privado fue del 80% y el 90% en el público, en ITS 92.7% y 91.9%, respectivamente. El conocimiento sobre el tema del aborto en los colegios públicos fue del 88.5% y en privados del 83.6%.

En el gráfico 3 se puede apreciar las fuentes de información sobre sexualidad de todos los jóvenes encuestados.

Gráfico 3. Fuente de información sobre sexualidad



Como hallazgo importante se encontró que la mayor fuente de información sobre sexualidad fue el colegio con un 72%. La familia participa en un 3% y un 18% manifestó que la información la obtienen en el colegio y en la familia. Esto aumenta los porcentajes de participación en el ámbito familiar y escolar.

8. Discusión

En la población encuestada se encontró que la mayoría de los jóvenes se concentran en los estratos 2 y 3. Un adolescente pertenece al estrato 1 pero igualmente tuvo acceso a la información y entendió el contenido de los temas. Todos están escolarizados y un alto porcentaje tienen acceso a información sobre sexualidad. El conocimiento y el entendimiento sobre el aborto son menores.

Estos resultados contrastan con el estudio cualitativo realizado en Ecuador en dos grupos de adolescentes con condiciones socio-económicas similares, en el cual se encontró una estrecha relación entre el estrato socio económico los conocimientos y prácticas sobre sexualidad, por falta de oportunidades educativas y sociales.³³

Paralelo a esta situación es importante tener en cuenta que el municipio de Envigado es catalogado por Planeación Nacional como el de mejor calidad de vida en el país. Algunos de los indicadores socio demográficos importantes son: la población total hasta el 2005 fue de 17. 5085 personas, de éstos el 35.1% corresponde a la población joven (10-29 años), la tasa bruta de escolaridad es de 99.0, el índice de condiciones de vida es de 77.5%, población en miseria con un porcentaje de 0.4%, más del 95% de la población cuenta con servicio de acueducto, alcantarillado y energía, el 23% se encuentra sin cobertura al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con esta población el municipio mediante la DLS ejecuta actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad con el Plan de Atención Básica.²⁵

Con estos indicadores se podría pensar que en Envigado, se tienen condiciones socio económicas que facilitan el acceso a la educación y por ende a información adecuada sobre prácticas sexuales seguras.

La aceptación de las actividades educativas institucionales por parte de los jóvenes es alta, información que contrasta con un estudio realizado en Venezuela en el cual los adolescentes perciben las actividades educativas como regulares o de mala calidad,³² igualmente en un estudio con adolescentes en Suecia mencionan la necesidad de mejorar la calidad de la educación sexual en los colegios.²⁹ Esto puede significar que las estrategias didácticas utilizadas en las instituciones educativas del municipio de Envigado han sido en su mayoría adecuadas y estructuradas específicamente para este grupo etareo.

Se encontró un bajo porcentaje de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales y alto porcentaje de protección en los que tienen actividad sexual. Sin embargo es importante tener en cuenta que aunque en mínimo porcentaje hay jóvenes que no han percibido adecuadamente los temas desarrollados sobre sexualidad y no se están protegiendo.

La participación de la familia en la educación sexual de los jóvenes sigue siendo mínima, aunque progresando. En un estudio realizado en Kenia,³⁰ se encontró un resultado similar con participación familiar escasa, sin embargo mientras los motivos de la poca participación en Kenia fue por desconocimiento, en el contexto nacional no sólo está este factor sino la influencia que la iglesia católica ha tenido sobre este tema, considerando la

educación sexual como motivación para el inicio temprano de las relaciones sexuales y perpetuando el abordaje del tema como un tabú.³⁵

En una población donde la religión católica tiene tanta influencia, esta posición frente al manejo de la sexualidad puede generar conductas inadecuadas sobre las prácticas sexuales, sin embargo, tampoco se puede enfocar el trabajo con los jóvenes, informando exclusivamente sobre como evitar embarazos e ITS, es necesario considerar todo el entorno socio cultural y fomentar hábitos sanos y responsables.

Las estrategias educativas dirigidas a los jóvenes influyen en el conocimiento, las actitudes y las prácticas sexuales, lo que se evidencia por la percepción que los jóvenes tienen de éstas, aceptándolas en su mayoría. El 100% de los jóvenes que conocen el programa de SSR y que además han iniciado relaciones sexuales se están protegiendo para el embarazo y riesgo para ITS. Resultados similares se encontraron en la investigación cuasi experimental que realizó la Universidad del Valle, en el cual después de implementar un programa educativo a la población adolescente escogida, se presentó un aumento significativo en el uso de métodos anticonceptivos y uso del preservativo como protección para ITS, igualmente se presentó aumento en las prácticas sexuales, fenómeno que no se pudo esclarecer por el tiempo programado a mediano plazo para la investigación.³⁴

Es importante que las estrategias educativas sean adecuadas a la población objeto, que tengan continuidad y lo más importante que sean dinámicos, participativos y partan de las reales necesidades expresadas por los jóvenes.

Los resultados con altos porcentajes de jóvenes que expresan conocimiento, sobre los temas de Planificación Familiar, uso de métodos anticonceptivos, inicio de relaciones sexuales e Infecciones Transmisión Sexual son similares a los encontrados en la evaluación diagnóstica sobre Salud Sexual y Reproductiva que realizó la Dirección Local de Salud de Envigado en el 2006 en 13 instituciones educativas. Por otra parte los cambios de comportamientos registrados en el 100% de los jóvenes que iniciaron relaciones sexuales, contrastan con los encontrados en las estadísticas de la DLS del municipio, que registran el embarazo en adolescentes con un comportamiento constante sin reducciones significativas en los últimos 3 años.³⁶

Un aspecto a profundizar como posible causa de esta situación es el empleo del condón como método de planificación único, dada su baja efectividad. Igualmente es importante profundizar en la forma en que están usando los métodos, porque las fallas por el uso inadecuado o irregular de los mismos pueden desencadenar en estas gestaciones no deseadas.

9. Recomendaciones

Según los resultados encontrados en este estudio y la evaluación diagnóstica del programa sobre SSR, realizada por la DLS del municipio de Envigado, se podría pensar que las actividades realizadas han tenido un impacto positivo en los adolescentes del municipio, incluyendo, por ende, los jóvenes atendidos en BIOSIGNO-Envigado. Sin embargo por otra parte se presenta una realidad que no se puede ignorar sobre las estadísticas registradas en la oficina de informática del municipio relacionadas con los embarazos en adolescentes del municipio, con un comportamiento similar del 2003 al 2006, más teniendo en cuenta que el programa de SSR se está desarrollando desde el 2005.

Se requiere seguir analizando este fenómeno, toda vez que la reducción de embarazos en adolescentes es un de los indicadores incluidos como prioritarios en la agenda gubernamental, no sólo por los compromisos nacionales e internacionales sino por lo que esto implica en el ámbito social. Un embarazo temprano tiene consecuencias altamente costosas para la familia, sociedad y desarrollo nacional al contribuir en el incremento de las tasas de mortalidad materno-infantil, aumento de la pobreza, altos costos para el sistema de salud y seguridad social , disminución de personal calificado y limitación del desarrollo personal para madre e hijos. ³⁸

Sólo el 27.3% de la población conoce las actividades del programa municipal sobre SSR, los resultados sobre conocimientos, actitudes y prácticas se presentaron en altos porcentajes como positivos, sin embargo, hay un alto porcentaje de la población (72.5%), que desconoce el programa, unos porcentajes mínimos de desconocimiento sobre los temas y casos de no protección en las relaciones sexuales. Es necesario intervenir éstos mínimos porcentajes para continuar mejorando los porcentajes de comportamientos sexuales seguros

Se ha comprobado que para lograr resultados positivos, el trabajo intersectorial es básico, igualmente que estrategias educativas adecuadas han demostrado efectividad, pero los indicadores no han impactado como se esperaba, por lo que el abordaje de estos temas debe ir más allá y considerar las condiciones del contexto como lo son la cultura mediática, en la cual los jóvenes son bombardeados por todos los medios de mensajes sobre sexo totalmente desligados de los sentimientos, la necesidad de sentirse amados por alguien como consecuencia de la soledad que les toca vivir por diferentes circunstancias, la necesidad de tener hijos como única opción de sentirse necesitadas y amadas por alguien, el comportamiento hormonal, presión de grupo, falta de educación ética y moral en un hogar con poco acompañamiento familiar. La problemática es tan profunda que no puede centrarse solamente a intervenir los efectos o síntomas, olvidando las causas. Como dice Ángela Marulanda, educadora familiar, en la columna de opinión sobre ¿Porqué fracasa la "educación" sexual? ³⁹

La recomendación para la EPS COMFENALCO, es complementar el trabajo municipal estructurando un programa realmente integral, donde se retomen actividades educativas diseñadas particularmente hacia la población adolescente, se propicien espacios lúdicos, uso adecuado del tiempo libre, asesorías grupales e individuales con profesionales capacitados en el abordaje adecuado de este grupo etareo, involucrando activamente a la familia en el proceso de acompañamiento, orientando de manera objetiva a la construcción de proyectos de vida viables y contribuir al desarrollo socio económico y educativo cuando se requiera.

10. Referencias bibliográficas

- ¹ Vélez AL. Marco político y legal de la promoción de la salud, Colombia Med. 2000; 31(2):86-95
- ² Martínez E. Promoción de la salud. 1998. En: tone.udea.edu.co/revista/sep98/salud.htm (último acceso: 15 de octubre de 2007)
- ³ Ramón G. Aproximaciones del concepto de la Promoción de la salud. En: http://viref.udea.edu.co/contenido/apuntes/gusramon/activ_salud/01-promocion.pdf (último acceso: 20/10/2007)
- ⁴ Restrepo H. Promoción de la salud: Desafíos y Propuestas para el futuro. Proveniente del Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: Respondiendo a los determinantes de Salud; 2005 Junio 14; Santiago de Cali, Colombia.
- ⁵ Servicio de Salud Colombia, Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. En: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntjoven.htm> (último acceso 25/10/07)
- ⁶ Resolución Nacional: Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Resolución 412 del 25 de Febrero del 2000.
- ⁷ Agudelo LM. Una mirada a la salud de los y las jóvenes. Prevalencia en embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en jóvenes de 14 a 19 años. Medellín: Multiimpresos Ltda; 2006
- ⁸ Centro de Estudios de Población. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, Serie OPS/FNUAP No. 2. 2000. p.49-57.
- ⁹ Guttmacher Institute. Hacia un Nuevo Mundo: La Vida Sexual y Reproductiva de las Jóvenes. 01/1998. En http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_span.html. (último acceso 15/10/07)
- ¹⁰ Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Background Paper of the Task Force on Child Health and Maternal Health. April 18, 2003. p: 1- 69.
- ¹¹ Hernández E. Informe sobre la salud sexual en las Américas. Proveniente de la Confederación Parlamentaria de las Américas. Comisión Salud y Protección Social; 2006 Jun 2; p: 6. Quito, Ecuador.
- ¹² Lazo M A, Díaz D, Zangones L, García MN, Cúcalo A. Conocimientos sobre Sexualidad en Adolescentes del Consultorio 53-1, Policlínico Hermanos Ruiz Aboy. Boletín epidemiológico semana del IPK. Vol. 13. (No. 05) 2003. La Habana, Cuba.

-
- ¹³ Red Nacional de adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. Campaña Verano Villa Carlos Paz. 2006, Feb 26. Buenos Aires, Argentina. En <http://www.rednacadol.org.ar/.htm> . (último acceso 23/10/2007)
- ¹⁴ CNS Mujeres. Uruguay y Políticas en Salud Sexual y Reproductiva: Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro. 2005. Mayo. Uruguay, Montevideo
- ¹⁵ Cimac. Exigen feministas guatemaltecas mayor presupuesto a salud sexual y reproductiva. 2004, Jun 7. Cerigua, Guatemala. En <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jun/04060702.html> (último acceso 13/11/07)
- ¹⁶ Ministerio del poder Popular para la salud-Venezuela. Introducción a la Norma Oficial para la
- ¹⁷ Maddaleno M. OPS/OMS. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes. Noviembre 2000
- ¹⁸ Ministerio de la Protección Social. La Salud SSR de adolescentes una Prioridad del plan estratégico. 2004; p: 45. Bogotá, Colombia
- ¹⁹ Secretaría de Salud de Cali. Salud Sexual y Reproductiva. 2003. Santiago de Cali, Colombia. En www.calisaludable.gov.co/saludPublica/salud_sexual.php (última revisión 2007)
- ²⁰ UNFPA Colombia. Fondo de las poblaciones de las Naciones Unidas. 2002. Bogotá Colombia. En <http://colombia.unfpa.org/unfpa.htm> (última revisión 10/11/07)
- ²¹ Red de Gestores Sociales. Consejería Presidencial de Programas Especiales. VIH Sida, Proyecto en población desplazada. En <http://www.rgs.gov.co/proyectos.shtml?x=12874>. (último acceso 8/11/07)
- ²² (Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005; p: 111-139. Bogotá, Colombia.
- ²³ Gobernación de Antioquia. Dirección Seccional de Salud Antioquia, La salud de las madres en Antioquia, un reto, un derecho, un compromiso. 2007: p: 25. Medellín, Antioquia.
- ²⁴ Gobernación de Antioquia. Alcaldía de Medellín. Pacto por la Salud Pública en Antioquia. 2004; p: 5. Medellín, Antioquia.
- ²⁵ Dirección Local de Salud de Envigado. Informe estadístico de embarazadas 2003-2006. Situación de Salud en Envigado. 2006; p: 31. Envigado, Antioquia.
- ²⁶ Dirección Local de Salud de Envigado, Programa de Salud Sexual y Reproductiva. 2007; p:10. Envigado. Antioquia.
- ²⁷ COMFENALCO Antioquia. Entidad Promotora de Salud. Caja de Compensación Familiar. En: <http://www.comfenalcoantioquia.com/>. (Último acceso 30/09/07)

-
- ²⁸ COMFENALCO EPS. Historia Clínica. Programa comf. 2007. Antioquia, Medellín.
- ²⁹ Thorsén C, Aneblom G, Gemzell-Danielsson K. Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006 Dec; 11(4):302-9.
- ³⁰ Lema VM. Sexual behaviour, contraceptive practice and knowledge of reproductive biology among adolescent secondary school girls in Nairobi, Kenya. : *East Afr Med J*. 1990 Feb; 67(2):86-94.)
- ³¹ Lazo MA, Berdasquera D. Comportamientos sobre sexualidad en adolescentes de un Policlínico cubano. *Rev Panam Infectol* 2004; 7(1):28-33.)
- ³² Florez NO, Lugo AL, L D, M E. Conocimientos Generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad de Punto Fijo. *Revista Venezolana*. Edición 3. 1998 Jun-Nov.
- ³³ Barros T, Barreto D, Pérez, F *et al*. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. [online]. ago. 2001, vol.10, no.2 [citado 04 Noviembre 2007], p.86-94.
- ³⁴ Vásquez M L, Argote L A, Castillo E, Mejía ME, Villaquirán ME. La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. *Colomb Med* 2005 (Julio-Septiembre) ; Vol 36 n° 3(supl 2):33-42)
- ³⁵ Viveros M. Universidad Nacional. Políticas de Sexualidad juvenil y diferencias Étnico-Raciales en Colombia. Reflexiones a partir de un estudio de caso. *Estudios feministas Florianópolis*, 2006; Enero-Abril, 14 (1): 149-168.
- ³⁶ Dirección de Salud Envigado. Diagnóstico Salud Sexual y Reproductiva. 2006; p: 109. Envigado, Antioquia.
- ³⁷ Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución 008430 de 1993. (Oct. 4, 1993)
- ³⁸ Aguedelo L F, Vargas CM, Osorio Y. Línea de investigación: embarazo en adolescentes.11-16años. En: <http://200.21.104.15/semilleros/Resumenes%20ejecutivos/Embarazos%20en%20adolescentes.pdf>. (última . (último acceso 10/11/07)
- ³⁹ Marulanda A. ¿Porqué fracasa la "educación" sexual? *El Tiempo*. 2007 Nov 11; Sec: Educación: 3-9.

11. Anexo. Instrumento de recolección de la información

Nombre: _____ Teléfono _____

Colegio: Publico _____ Privado _____

Edad _____ Sexo _____ Tiempo de afiliación _____

Nivel educativo del adolescente _____ Nivel educativo del padre _____

Nivel educativo de la madre _____ Estrato socio económico _____

¿Conoce el programa sobre Salud Sexual y Reproductiva que desarrolla la DLS del municipio? Si _____ No _____

¿Has recibido información sobre sexualidad? Si _____ No _____

¿Donde? Colegio _____ Casa _____ ¿Por quien? _____

Percepción	Planificación Familiar	Infecciones de Transmisión Sexual	Aborto
Conocimiento			
Entendimiento			
Cambio de conductas			

Estrategias didácticas:

Talleres _____

Charlas _____

Videos _____

Otros _____

Cuál _____

¿Está de acuerdo con estrategias didácticas? Total _____ Parcial _____ Desacuerdo _____

¿Ya inició relaciones sexuales? Si _____ No _____

¿Usa métodos de Planificación Familiar? Si _____ No _____

¿Qué método de Planificación usa? _____ ¿Quién le recomendó el método?

¿Usa el condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual? Si _____ No _____

¿A partir de las actividades realizadas ha asumido cambios en sus prácticas sexuales?

Si _____ No _____

¿Cuál? _____
