

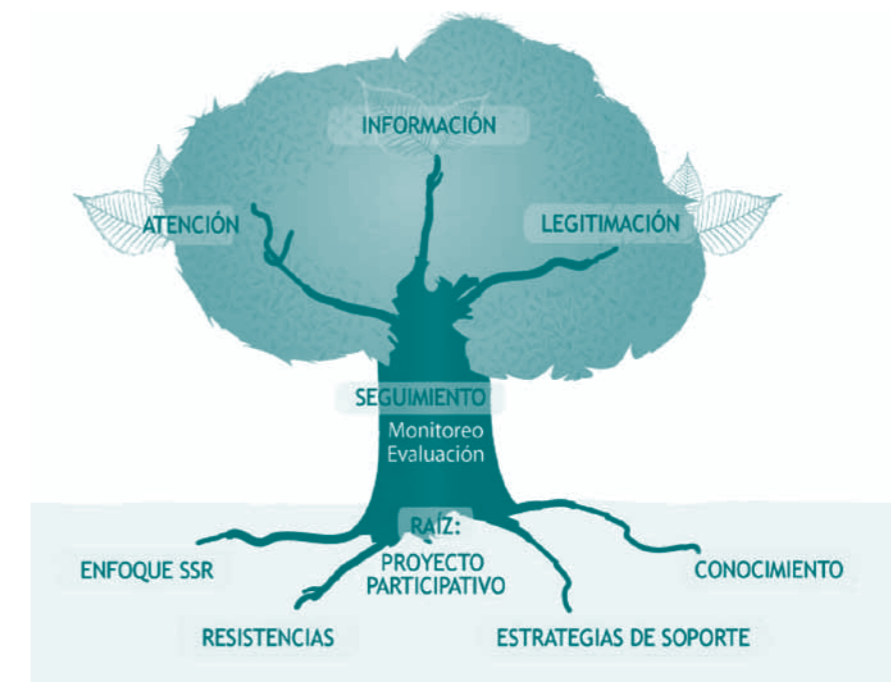
## IV. PROYECTO SOL Y LUNA: UNA RESPUESTA INNOVADORA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

### Descripción del proyecto

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

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

Figura 1: Proyecto Sol y Luna



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín 2007b.

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

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

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

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

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

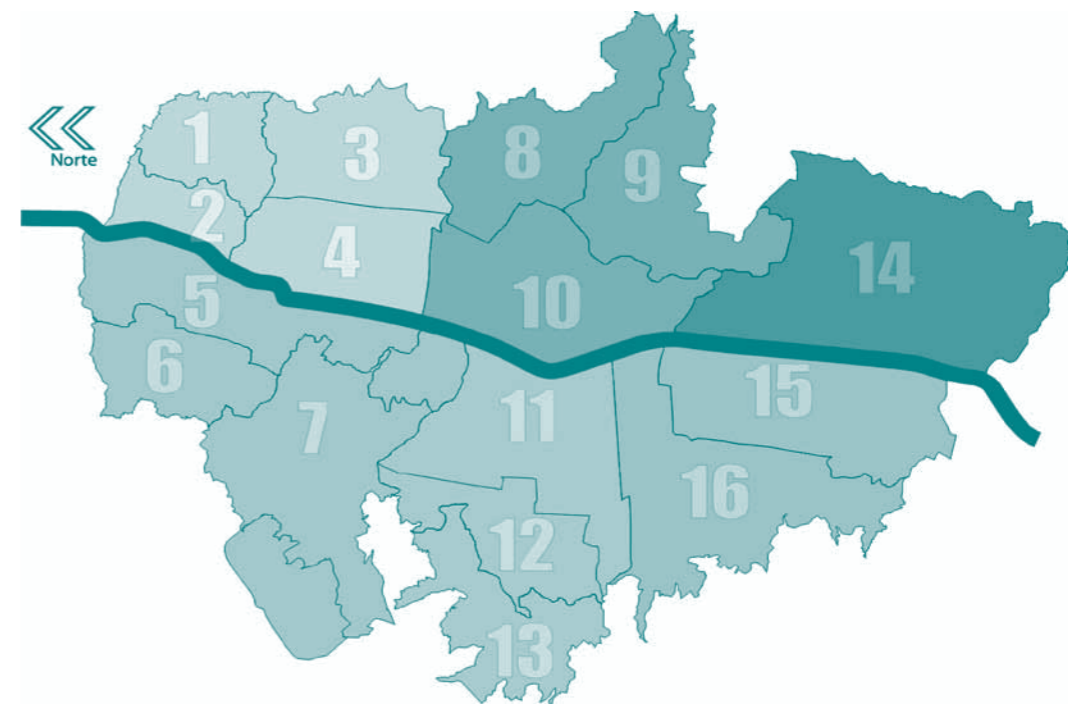
Los indicadores de gestión establecidos por el proyecto fueron:

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

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

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

Figura 2: Zonas del proyecto



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín 2007b.

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

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

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

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

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

	Comuna 1 Popular	Comuna 2 Santa Cruz	Comuna 3 Manrique	Comuna 4 Aranjuez	Total ZONA 1	Total comunas
IDH	75,3	73,7	76,1	74,3	n.a.	80,6
ICV	75,1	75,7	78,9	80,7	77,6	82,5
NBI	97,6	97,3	94,9	87,3	n.a.	63,7
% pobres por ingresos	71,2	70,7	72,1	68,4	70,6	61,9
Desempleo	13,9	9,9	17,4	11,1	15,4	12,3
Estratificación	100	100	84,4	40,5	n.a.	n.a.
% SISBEN 1, 2 y 3	93,1	97,2	67,8	50,8	n.a.	46,6
Nº de barrios	12	11	15	14	52	249
% de viviendas	5,21	4,03	6,92	6,53	22,69	100
Viviendas	31.552	24.392	41.917	39.570	133.213	587.100
% población	5,5	4,21	7,38	7,06	24,15	100
Población	131.273	100.407	176.087	168.280	576.047	2.384.722

Fuente: A y S 2008.

### El proceso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

los y las adolescentes, se identificaron los siguientes:

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

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

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

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

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

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

### El enfoque del proyecto

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

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

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

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

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

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

### Presupuesto asignado

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

Cuadro 5: Distribución del presupuesto por componente y otros gastos

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

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007b.

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

## Intervenciones del proyecto

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

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

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

### Componente 1: Fortalecimiento de la oferta

#### Capacitación a proveedores/as de servicios de salud.

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

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

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

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

Cuadro 6: Personas e instituciones que participaron en la capacitación

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

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

El enfoque estuvo basado en:

1. Enfoque centrado en la persona

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

2. La sensibilización Gestalt

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

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

Los contenidos fueron:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 7: Resultados del Pre test y Post test

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

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES 2008d

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

Cuadro 8: Porcentaje de crecimiento de conocimiento de SSR

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

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín – ASCODES 2008d

**Campaña para la comunidad educativa: circuitos pedagógicos**

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

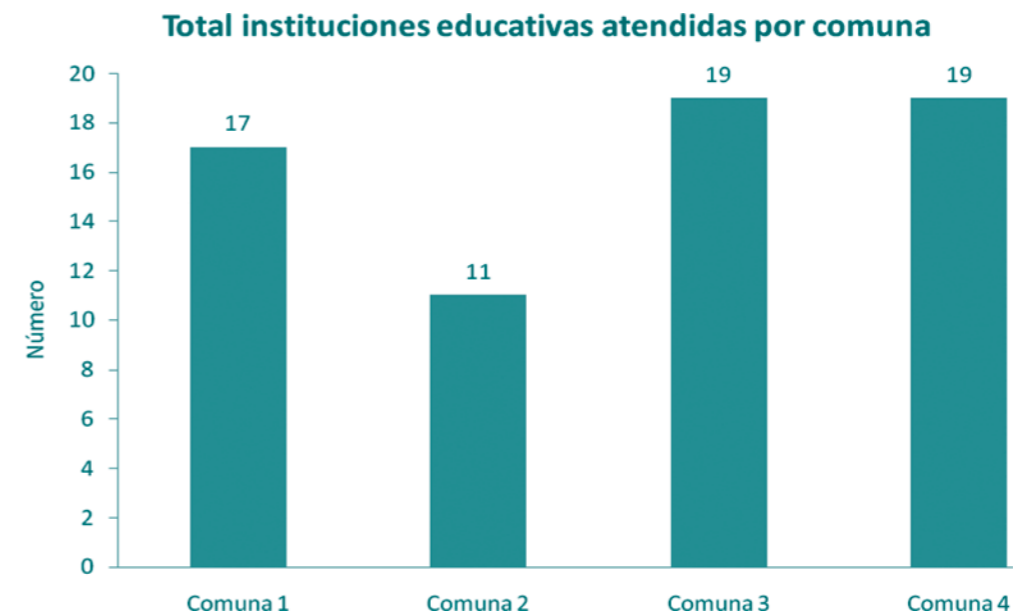
Se plantearon los siguientes objetivos:

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

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

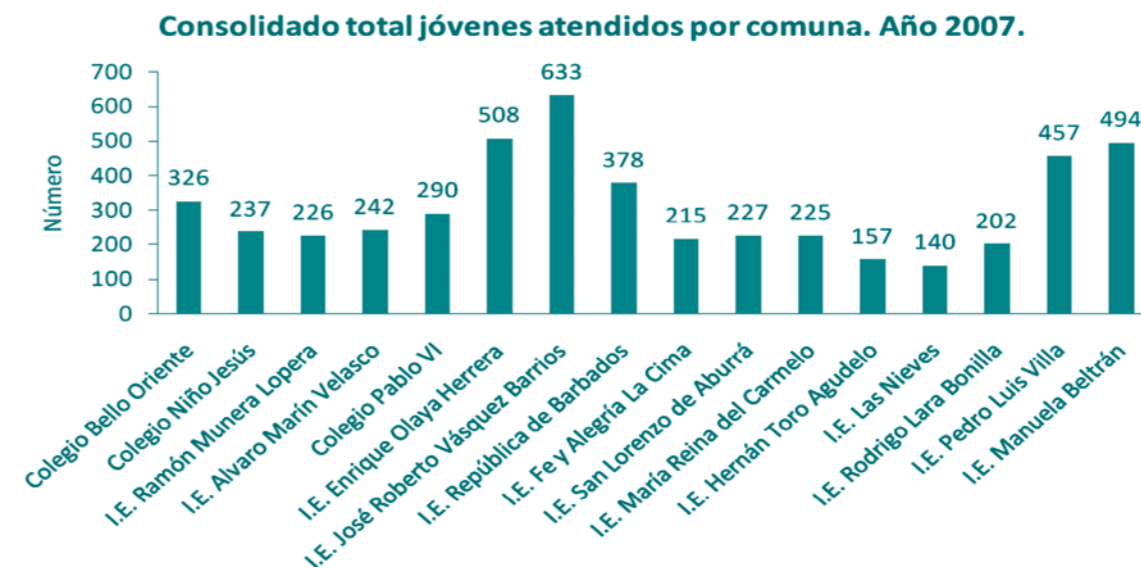
Se llevaron a cabo actividades de concertación, negociación e implementación de los circuitos pedagógicos. Se realizaron 107 circuitos pedagógicos en 65 instituciones educativas. La propuesta se dirigió a jóvenes y adolescentes así como a docentes y directivos-as de las instituciones educativas. Las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

Gráfico 2: Total instituciones educativas atendidas por comuna.



Fuente: Adaptado de A y S 2008

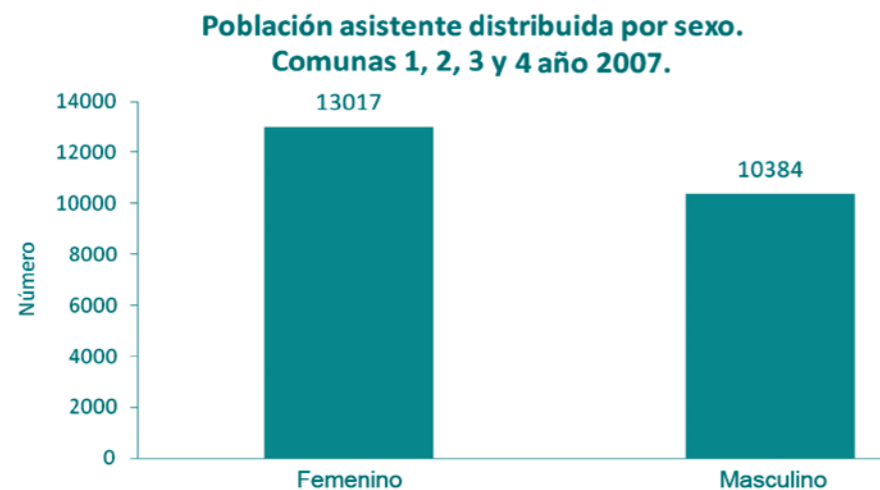
Gráfico 3: Consolidado total jóvenes atendidos por comuna. Año 2007



Fuente: Adaptado de A y S 2008

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

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



Fuente: Adaptado de A y S 2008

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

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

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

Fuente: Adaptado de A y S 2008

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

**El video**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

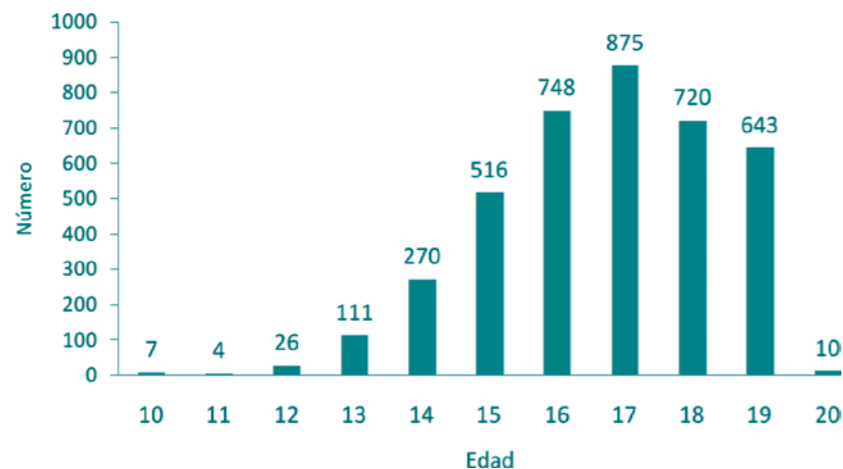
Durante este periodo se realizaron 12,564 consultas de asesoría, 11. 527 a mujeres y 1037 a hombres. Se reportaron 13,640 usuarias/os nuevas/os de métodos anticonceptivos y 16.309 consultas de seguimiento. Se resalta que el 59.8% (7516) adolescentes pertenecían al régimen subsidiado, el 17,8% (2231) al régimen contributivo y (13.3%) 1678 no pertenecían a ningún régimen de afiliación y 1143 no tenían datos (9.1%). El informe de NACER solo incluyó los casos en los que se diligenció la historia clínica en el formato estandarizado del sistema informático del adolescente (SIA) del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), con información suficiente en 3940 casos correspondiendo a un 99.8% (3931) a mujeres y 0.2% (9) de hombres.

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

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

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

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



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

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

Entre otras características sociales, el estudio destaca que:

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

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

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

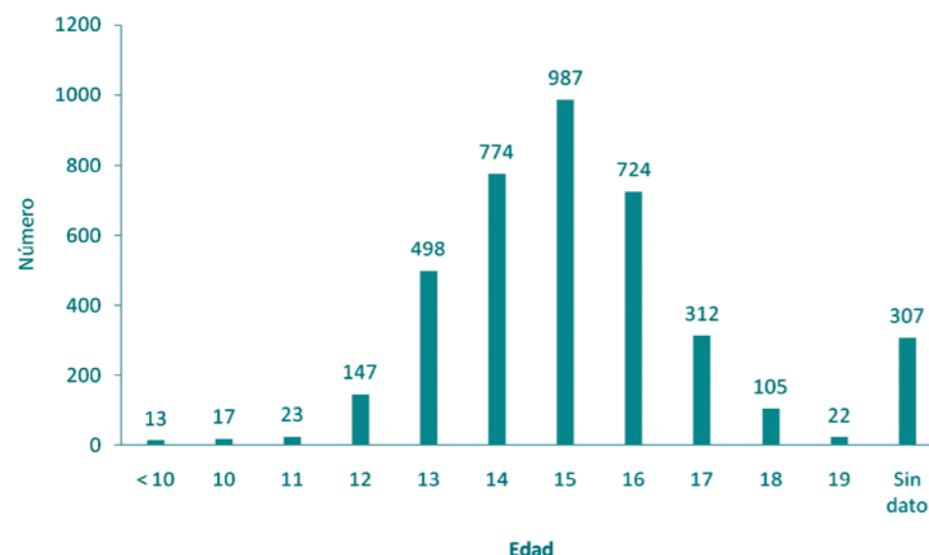
Fuente: Universidad de Antioquia - NACER 2008

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

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

Fuente: Universidad de Antioquia - NACER 2008

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 12: Actividades individuales acumuladas a Diciembre 2007.

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

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007a

**Entrega de métodos anticonceptivos**

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

Cuadro 13: Oferta métodos anticonceptivos Proyecto Sol y Luna.

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

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007a

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

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

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

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

En cuanto a las visitas y actividades comunitarias se registra:

**Cuadro 14: Actividades comunitarias**

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

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2007a

**Línea telefónica para atender problemas de SSR.**

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

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

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

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

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

funcionamiento en el centro de llamadas de EMTELCO.

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

**Componente 2: Movilización masiva y sensibilización**

***Campaña de medios masivos dirigida a la ciudadanía en general.***

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



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

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

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

La campaña estuvo dividida en cuatro fases:

**Fase 1**

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

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

Fase 2

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

Fase 3

- Confrontación con el sistema de creencias dominante.

Fase 4

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

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

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

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

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

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

**Página web en SSR**

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

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

Los vínculos y accesos de la página fueron:

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

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

**Componente 3: Investigación, monitoreo y evaluación**

**Evaluación y monitoreo**

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

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

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

**Línea de Base**

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

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

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

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

**Evaluación de Impacto**

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

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

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

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

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

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

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

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

Por tanto estos diagnósticos no permiten establecer conclusiones generales.

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

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

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

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

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