

**INFLUENCIA DE LA ESTRATEGIA SSAAJ EN LA DISMINUCIÓN DE  
EMBARAZOS NO PLANEADOS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA ESE  
ALEJANDRO PROSPERO REVEREND DE SANTA MARTA, 2012 - 2014.**

**JOANA MARGARITA AVILA PEÑA  
DAVIS MARIA SEVILLA HERRERA**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD  
BARRANQUILLA  
2016**

INFLUENCIA DE LA ESTRATEGIA SSAAJ EN LA DISMINUCIÓN DE  
EMBARAZOS NO PLANEADOS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA ESE  
ALEJANDRO PROSPERO REVEREND DE SANTA MARTA, 2012 - 2014.

Trabajo Para Optar El Titulo De Auditor De Servicios De Salud

JOANA MARGARITA AVILA PEÑA  
DAVIS MARIA SEVILLA HERRERA

Tutor: Yeis Miguel Borré Ortiz  
Magister en Investigación

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD  
BARRANQUILLA  
2016

Nota De Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma

---

Firma

---

Firma

---

Firma

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, a mi Esposo Ricardo, a mi madre Etelvina, a mis hijas que con su apoyo y confianza hicieron posible que se cumpliera esta meta profesional que guiara mi nuevo camino.

DAVIS MARIA SEVILLA HERRERA

Le dedico este trabajo primero a Dios y a mi familia ya que sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible.

JOANA MARGARITA AVILA PEÑA

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan su agradecimiento a:

A la Universidad Libre Seccional Barranquilla por permitir alcanzar las metas laborales

Al grupo de docentes que nos transmitieron sus conocimientos: Mario de Vuono, Enrique Donado Badillo, Rafael Valencia, Carlos González, Aníbal Verbel, Gina Navarro Baena, Antonio Varela, Delascar Jubinao, Rafael Carvajal, Víctor Gómez.

A la ESE Alejandro Prospero Reverend por facilitar sus instalaciones y su recurso humano para la realización de este trabajo.

A los integrantes del Grupo Juvenil “Pescadores de la Salud”

Al grupo de trabajo de CAJAMAG, Unidad de Servicios Amigables del Barrio Ciudad Equidad.

Al grupo de salud mental de la ESE Alejandro Prospero Reverend

A los adolescentes que aceptaron participar en la presente investigación.

## Tabla de contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>UNIDAD 1. LA ADOLESCENCIA. ....</b>	<b>13</b>
<b>UNIDAD 2. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.MANIFESTACIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES COLOMBIANOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.CAUSAS DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS EN COLOMBIA</b>	<b>19</b>
<b>UNIDAD 3. POLITICA NACIONAL DERECHOS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DE COLOMBIA .....</b>	<b>22</b>
<b>UNIDAD 4. DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA “PESCADORES DE LA SALUD” .....</b>	<b>24</b>
<b>UNIDAD 5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO .....</b>	<b>26</b>
<b>UNIDAD 6. DISEÑO DE LA PROPUESTA .....</b>	<b>29</b>
<b>6.1 Tipo de estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>6.2.Poblacion y muestra.....</b>	<b>29</b>
<b>6.3.Cálculo del tamaño muestral .....</b>	<b>29</b>
<b>6.4.Criterios de inclusión y exclusión .....</b>	<b>30</b>
<b>6.5.Instrumento .....</b>	<b>30</b>
<b>6.6.Técnica de recolección de la información .....</b>	<b>30</b>
<b>6.7.Fuentes de información .....</b>	<b>30</b>
<b>6.8.Análisi y procesamiento de datos .....</b>	<b>30</b>
<b>6.9.Aspectos éticos.....</b>	<b>31</b>
<b>6.10.Cronograma de actividades .....</b>	<b>32</b>
<b>7. INTERPRETACION DE RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>8.CONCLUSIONES .....</b>	<b>35</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>37</b>
<b>9.1 BIBLIOGRAFIA UTILIZADA.....</b>	<b>37</b>
<b>9.2.WEBGRAFIA.....</b>	<b>38</b>
<b>9.3 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>	<b>39</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>41</b>
<b>10.1. MODELO DE ENCUESTA .....</b>	<b>41</b>
<b>10.2.MODELO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>42</b>
<b>10.3. TABLAS .....</b>	<b>43</b>
<b>10.4. GRAFICOS.....</b>	<b>45</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pag.
<b>Tabla 1.</b> Edad de los encuestados	45
<b>Tabla 2.</b> Genero de los encuestados	44
<b>Tabla 3.</b> Grado de escolaridad	44
<b>Tabla 4.</b> Estrato socioeconómico	44
<b>Tabla 5.</b> ¿Tienes conocimiento de qué se trata la estrategia "Pescadores de la salud"?	44
<b>Tabla 6.</b> ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual?	46
<b>Tabla 7.</b> ¿Alguna vez usted/o su pareja ha estado o está embarazada?	45
<b>Tabla 8.</b> ¿Sabes cuales son los métodos de barrera?	45
<b>Tabla 9.</b> ¿Cuáles métodos de barrera conoces?	45
<b>Tabla 10.</b> ¿Sabes cuáles son los métodos hormonales?	45
<b>Tabla 11.</b> ¿Cuáles métodos hormonales conoces?	45

## LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 1.</b> Edad de los encuestados	46
<b>Gráfico 2.</b> Género de los encuestados	46
<b>Gráfico 3.</b> Grado de escolaridad	47
<b>Gráfico 4.</b> Estrato socioeconómico	47
<b>Gráfico 5.</b> ¿Tienes conocimiento de qué se trata la estrategia "Pescadores de la salud"?	48
<b>Gráfico 6.</b> ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	48
<b>Gráfico 7.</b> ¿Alguna vez usted/o su pareja ha estado o está embarazada?	49
<b>Gráfico 8.</b> ¿Sabes cuales son los métodos de barrera?	49
<b>Gráfico 9.</b> ¿Cuáles métodos de barrera conoces?	50
<b>Gráfico 10.</b> ¿Sabes cuáles son los métodos hormonales?	50
<b>Gráfico 11.</b> ¿Cuáles métodos hormonales conoces?	51

## GLOSARIO

**SSAAJ:** Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

**ADOLESCENTE:** Es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente inicia con los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones pero esencialmente positivos.<sup>1</sup>

**EMBARAZO:** Según la OMS son los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer.<sup>2</sup>

**SEXUALIDAD:** Según PROFAMILIA es la unión de lo biológico, lo social, lo psicológico y lo cultural. Es todo aquello que tiene que ver con el comportamiento, las actitudes y los sentimientos de la persona; forma parte fundamental de la personalidad del individuo y esta orientada por la razón, por la voluntad y las demás dimensiones y valores del ser humano.<sup>3</sup>

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:** Según la OMS es un estado de bienestar físico, mental, y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libre de toda coacción, discriminación y violencia.<sup>4</sup>

**PLANIFICACIÓN:** Son elementos, productos o procedimientos que pueden ser usados por hombres y mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo.<sup>5</sup>

**DERECHOS SEXUALES:** Según el modelo de las SSAAJ los derechos sexuales son los mismos derechos humanos, con todos sus contenidos, condiciones, principios y mismos fines. Están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y son el resultado de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos.<sup>6</sup>

**EDUCACIÓN:** Se entiende como el medio en el que los hábitos, costumbres y valores de una comunidad son transferidos de una generación a la siguiente

---

<sup>1</sup>[www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_adolescencia.pdf)

<sup>2</sup>[www.who.int/topics/pregnancy/es/](http://www.who.int/topics/pregnancy/es/)

<sup>3</sup> [profamilia.org.co/inicio/joven-2/preguntas-y-respuestas-joven/sexualidad-masculina-y-femenina-joven/?id=1](http://profamilia.org.co/inicio/joven-2/preguntas-y-respuestas-joven/sexualidad-masculina-y-femenina-joven/?id=1)

<sup>4</sup>op

<sup>5</sup>op

<sup>6</sup> MINproteccionsocial. Cartilla modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia, segunda edición.2008.

generación.se va desarrollando a través de situaciones y experiencias vividas por cada individuo durante toda su vida.<sup>7</sup>

## **RESUMEN**

Es política del Estado Colombiano educar a los jóvenes en los aspectos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva buscando disminuir los embarazos a temprana edad y no planeados; para ello viene diseñando unas políticas públicas que contribuyan a disminuir esta problemática de salud pública.

En materia del marco legal es obligación que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) prestar un servicio óptimo que consiste en tener un espacio físico, recurso humano entrenado en manejo de adolescentes y jóvenes rompiendo con toda barrera burocrática para acceder al servicio de salud, ofreciendo un trato amigable, preferencial y oportuno a todo joven o adolescente que requiera el servicio.

En Santa Marta a partir de la primera década del siglo XXI se viene implementando unas políticas públicas de salud sexual y reproductivas claras esperando impactar positivamente en la población objeto.

El propósito del presente estudio era analizar el impacto que ha tenido la implementación de la estrategia SSAAJ en los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Santa Marta, a través de la educación en pares que realiza el Grupo Juvenil “Pescadores de la Salud” desde el 2012 al 2014.

Palabras claves: adolescente, embarazo, educación sexual y reproductiva, planificación, educación, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad.

---

<sup>7</sup>[www.significados.com/educacion/](http://www.significados.com/educacion/)

## 1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio se encuentra como prioridad la educación sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, quedando ratificada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y otras cumbres mundiales.

Ante tal prioridad el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud crea la estrategia de Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), posterior a una recomendación dada en la reunión de salud sexual reproductiva y tecnológica diagnóstica perinatal, donde se demostró que en este grupo etario hay una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos.

Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer la atención integral de ésta población, a través de modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a las direcciones territoriales y a las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios.

La implementación de éste modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes, es un proceso donde las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años; ante esta premisa el Distrito de Santa Marta a través de la ESE Alejandro Prospero Reverend diseña una herramienta para su implementación consistente en la creación de un grupo juvenil que tiene por nombre “Pescadores de Salud” el cual trabaja la estrategia de educación de pares (de joven a joven) durante las actividades programadas por el grupo desarrollador de la estrategia (departamento de Salud Mental). Herramienta de trabajo que ha tenido una gran acogida en la población objeto y ha logrado rápidamente las metas propuestas, posiblemente reflejadas en la reducción numérica y comprobada con los registros individuales de atención de los embarazos no planeados en las adolescentes del Distrito de Santa Marta.

Por lo anterior surge el interrogante ¿Existe relación entre la disminución de embarazos no planeados en los adolescentes y la implementación de la estrategia de servicios de salud amigables para esta población en la ESE Alejandro Prospero Reverend de la ciudad de Santa Marta en el periodo comprendido entre los años 2012 hasta 2014?

Verificar si existe influencia en la disminución de los embarazos no planeados en los adolescentes de 15-19 años que conforman la población cautiva de la ESE Alejandro Prospero Reverend de la ciudad de Santa Marta desde la implementación de la estrategia de servicios de salud amigables entre los años 2012 al 2014.

Comprobar si la disminución de los embarazos en los adolescentes y jóvenes en la ciudad de Santa Marta enunciados en la encuesta ENDS de PROFAMILIA obedece a la educación que brinda la estrategia SSAAJ a través de la herramienta utilizada por la ESE Alejandro Prospero Reverend (ALPROREV) en el componente de salud sexual y reproductiva.

Identificar que obstáculos y vacíos ha enfrentado la estrategia SSAAJ desde su implementación en la ciudad de Santa Marta durante el periodo 2012 al 2014, que no le han permitido alcanzar las metas deseadas.

Conocer los logros y éxitos que ha alcanzado la implementación de la estrategia en la ciudad de Santa Marta durante el periodo 2012 al 2014.

Con los resultados que se obtengan de la presente investigación se podrá determinar si a través de la creación del grupo “pescadores de salud” como herramienta para la implementación de la estrategia SSAAJ se logró influenciar los adolescentes y jóvenes en la disminución de embarazos no planeados en adolescentes de 15-19 años.

Si este planteamiento es afirmativo, basados en los resultados de la metodología a implementar, se podrá explorar la herramienta y recomendarla a cualquier otra institución de salud con la seguridad de su efectividad, de que con su implementación posiblemente logran cumplir con los objetivos en cuanto a salud sexual y reproductiva, dejando abierta la posibilidad de enriquecer aun mas dicha herramienta de acuerdo al entorno en que se encuentren.

## **UNIDAD 1. LA ADOLESCENCIA.**

La palabra adolescente proviene del latín “adolescere” que significa crecer o madurar, y, dependiendo de la manera cómo transcurre esta etapa, se define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo vital, el grado de desarrollo del potencial humano y en consecuencia, el capital social y económico de la sociedad.<sup>8</sup>

La adolescencia es una etapa del ciclo vital humano actual, ya que en la civilizaciones primitivas no ocurría dado que los individuos en esta época tenían una corta esperanza de vida y requerían involucrarse rápidamente en la cadena productiva y en aspectos reproductivos. Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración tanto biológica como fisiológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos. Así, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un hecho biológico.

Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma su entorno y el mundo que lo rodea, a la vez que también es transformado por este. La adolescencia se divide en 3 etapas:

### **Adolescencia temprana:**

Transcurre entre los 10 y 13 años de edad en esta etapa hay aparición de caracteres sexuales secundarios, es mas temprana en las mujeres que en los barones. En condiciones normales las mujeres aparece el botón mamario que marca el inicio de la maduración de los senos, puede ocurrir a los 8 años de edad y se completara entre los 12 y 18 años; el crecimiento del bello púbico, de la axila y de la pierna comienza típicamente alrededor de los 9 a 10 años de edad y alcanza los patrones de persona adulta entre los 13 y 14 años; la menarquia, ocurre de forma característica alrededor de 2 años después de la aparición del brote mamario y puede suceder en condiciones de desarrollo normal entre los 10 y 15 años ; la fase de crecimiento rápido ( comúnmente conocido como el estirón puberal) se presenta entre los 9.5 y los 14.5 años y alcanza su punto máximo alrededor de los 12 años.<sup>9</sup>

En los barones, la pubertad no solo inicia mas tarde ( entre los 10 y 16 años), sino que además necesitan mas tiempo para completar sus cambios ( alrededor de 7 años). El estímulo hormonal genera modificaciones en la voz, acelera la velocidad de crecimiento corporal y desarrolla los genitales. El agrandamiento escrotal y

---

<sup>8</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 00412 de 2000. p 26

<sup>9</sup>p27

testicular ocurre entre los 9 a 10 años, siguiendo el alargamiento del pene completando su tamaño y forma de los genitales adultos entre los 16 -17 años de edad. El bello púbico, axilar, de los miembros inferiores pecho y cara comienza en promedio a los 12 años y alcanzo el patrón de distribución de adulto entre los 15 a 16 años. El estirón puberal inicia entre los 10.5 y 11 años y se completa entre los 16 a 18 años, alcanzando su punto máximo a los 14 años durante esta época aparece la primera eyaculación o espermaquia.<sup>10</sup>

Durante este periodo las y los adolescentes concentran su energía principalmente en la comprensión y adaptación a los cambios biológicos que están ocurriendo en su cuerpo. A diferencia de lo que sucedía en su infancia, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia fuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas sea comprensiva con su conducta.

En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos habladores no les gusta estar solos y desarrollan múltiples relaciones interpersonales.

Durante esta etapa se dan varias transformaciones en términos de aprendizaje, aparece el pensamiento formal y con el se hace extensiva la lógica del dominio de las ideas, principios y proposiciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables. El aprendizaje infantil prepara al niño y a la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera, su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa sin romper con el pasado.<sup>11</sup>

### **Adolescencia media:**

Transcurre entre los 14 a 16 años, la primera menstruación y la primera eyaculación ocurre cada vez a edades mas tempranas. En la actualidad se presentas antes de los 14 años. Cuando aparece este signo clínico inicia la capacidad reproductiva, sus cuerpos serán biológicamente aptos para generar nuevas vidas. El proceso de convertirse en una persona adulta continua, pero este es apenas otro paso en el camino.

Durante esta etapa el grupo de amigos se extiende hasta incluir integrantes del sexo opuesto. En este periodo se experimenta la atracción sexual por otra persona, ya sea opuesto o del mismo sexo, y son capaces de identificar claramente cual es el sexo que les atrae. Además son conscientes de sus propias ideas, estructuran sus opiniones y toman decisiones, y tomar decisiones alternativas, aumentan sus perspectivas permitiéndoles identificar mas rápidamente el punto de vista del otro,

---

<sup>10</sup> p27

<sup>11</sup> p28

todos estos cambios desencadenan que frecuentemente discutan y ponen en duda la moral y las creencias familiares.<sup>12</sup>

### **Adolescencia tardía o final:**

Ocurre entre los 17 a los 20 años de edad, ya son pocos los cambios físicos pero los cambios psicológicos, sociales, emocionales, y cognitivos son primordiales para la transición a la etapa adulta, se consolida la imagen corporal y esta se integra a la personalidad e identidad.

Luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía con mayor o menor autosuficiencia. Con frecuencia hay fallas en la figuras de autoridad y discuten lo que les dicen las personas adultas, analizan y debaten.

De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza definen planes y metas específicas viables y reales. Son capaces de abstraer conceptos, definen su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por determinantes de cultura, sexo, nivel educativo, familia y entorno social, entre otros.

## **UNIDAD 2. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA**

---

<sup>12</sup> p29

En el campo de la salud sexual y reproductiva del adolescente es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes de las decisiones que cada joven toma frente a su sexualidad y de los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductivas, estos factores son:

1. la familia, el grupo de pares y las redes de apoyo social  
cuando los adolescentes logran establecer relaciones significativas con los padres, madres, educadores, pares y redes de apoyo social, logran desarrollar factores protectores frente al inicio temprano de la actividad sexual, uso de sustancias psicoactivas, y manifestaciones de violencia.
2. la pobreza, la política y la legislación  
estas 3 condiciones pueden generar problemas en el acceso del adolescente a los servicios de salud, así como el no reconocimiento de sus derechos fundamentales afectando la oportunidad de decidir en forma libre e informada acerca de la sexualidad, como consecuencia se evidencia que los adolescentes que provienen de familias de bajos recursos económicos inician una vida sexual mas temprana, las adolescentes quedan embarazadas a temprana edad y tienen mayor numero de hijos, gozan de menos educación menos oportunidades económicas y se convierten en victimas de un ciclo de pobreza del cual no pueden salir. A pesar de que la legislación colombiana favorece la atención del adolescente incluye el suministro de los anticonceptivos totalmente gratis, las dificultades geográficas, económicas, el desconocimiento de sus derechos hacen que el acceso a los servicios de salud sean limitados.
3. los medios de comunicación masiva  
la radio, la prensa, la televisión, las redes sociales tienen hoy por hoy la mayor influencia sobre los adolescentes, estos medios afianzan las normas sociales y culturales frente a la sexualidad y los roles de genero si son bien diseñados y transmitidos, convirtiéndose en un buen aliado, y a través de ellos se fortalece la difusión de los derechos sexuales y reproductivos del adolescente.
4. sociedad y cultura  
estos dos factores moldean la manera de cómo las personas aprenden y expresan su sexualidad, la toma de sus decisiones al momento de determinar su actividad , conducta sexual, roles de genero, actitudes, creencias y valores a tal punto de presionar la maneras de ser hombres y mujeres socialmente legitimados.

## **2.1.MANIFESTACIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES COLOMBIANOS**

La fuente de información mas importante y confiable en este tema son las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud –ENDS- que son realizadas por PROFAMILIA cada 5 años, tomando la realizada en el año 2005 se destaca la manera en que los determinantes sociales de los adolescentes en el campo de la sexualidad son:

1. Edad de la primera relación sexual de las adolescentes en Colombia  
la media para la primera relación sexual fue de 18.3 años, pero se encontró que si la adolescente vive en zona rural inician relaciones sexuales antes de los 17.5 años y si viven en zona urbana inician relaciones sexuales a los 18.5 años.

El nivel educativo también influye mucho en la edad de la primera relación sexual si no ha accedido a ningún tipo de educación formal, la primera relación sexual se presenta a los 15.8 años y si ha tenido acceso a una educación superior fue superior a los 20 años. Demostrando estos datos que la educación formal influye considerablemente en la toma de decisiones sexuales de las mujeres.

2. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes entre los 15-19 años  
el 80% de las adolescentes encuestadas dijo que no esta utilizando ningún método anticonceptivo, el 38.2% dijo haber utilizado alguna vez algún método anticonceptivo.

El 28% de estas mujeres han utilizado alguna vez el preservativo y solo el 6.2% lo usa de manera actual al momento de la encuesta.

3. Fecundidad en los adolescentes  
la fecundidad en adolescentes ha venido en aumento en 1990 la tasa de fecundidad en adolescentes era de 70 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años, en el 2005 fue de 90.

Estos números están directamente relacionados con el inicio temprano de la vida sexual sumado al no uso de métodos anticonceptivos.

Dentro de los jóvenes desplazados por la violencia se ha notificado que el 30% de las mujeres entre los 13 y 19 años habían estado alguna vez embarazadas el 23% ya habían sido madres y el 7% estaban embarazadas de su primer hijo.

En las comunidades marginadas el índice de fecundidad es mayor sobre todo en los estratos 1 y 2 con una relación de 2 de cada 3 jóvenes de 19 años ya eran madres.

Las estadísticas nacionales evidencian que 2 de cada 5 adolescentes han tenido relaciones sexuales el 14% de ellas su primera relación ocurre antes de los 15 años de edad.

El inicio temprano de la vida sexual implica no solo un mayor riesgo fisiológico por el sin números de complicaciones materno perinatales a las que se enfrentan sino la poca madurez para mantener una vida sexual responsable.

#### 4. Embarazos en adolescentes entre los 15 y 19 años

El embarazo a temprana edad se considera un problema de salud pública de alto impacto negativo, un tema de investigación muy complejo y una dimensión importante en el tema de las políticas públicas (Batista & Díaz, 2005), porque ser un problema médico (por la inmadurez del cuerpo), social (generando una ruptura biográfica (Bury, 1982) en la construcción del proyecto de vida y el estigma contra las adolescentes (como conducta desviada).y psicológico (inmadurez emocional para asumir este nuevo rol)(Aparicio, 2009). Así mismo, en la actualidad existen métodos sociales para ocultarlo, ya que, el embarazo también es un problema que penetra de manera diferencial entre los distintos grupos sociales.

La ENDS de 2005 demuestra que, para el promedio nacional, el 20.5% de las mujeres entre los 15 y 19 años estuvieron embarazadas alguna vez, observándose durante el trabajo de la ENDS que existen ciertos aspectos determinantes en este fenómeno como son:

- el numero de embarazos en mayor en el área rural 27% que en el área urbana 18.5%.
- el numero de embarazos en adolescentes sin educación asciende al 52.6% con relación a las adolescentes que tuvieron acceso a la educación superior donde es de un 9%.
- El nivel económico influye considerablemente en estratos económicos altos es del 10.7% y en los estratos bajos el porcentaje aumento a un 31.5%.
- A pesar que los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos solo el 20% utilizan métodos de planificación familiar, y del 57% de los adolescentes que tienen una vida sexual estable, el 43% de ellos no utilizan ningún método de planificación.

#### 5. Conocimiento de las ITS y VIH en los adolescentes entre los 15 y 19 años

el conocimiento de las ITS-VIH es menor o nulo en los adolescentes con niveles económicos bajos, los del área rural , los que viven en área de conflicto armado y los de nivel educativo escaso.

Situación que genera mucha preocupación en el ministerio de salud dado que en el grupo etario de 15 a 24 años hay reportados 5.315 casos de VIH que equivale a un 11.6% de los reportados.

Según la ENDS el 21.7% en este grupo de edad respondieron que no conocen las ITS, sin embargo el 97.7% han oído hablar de VIH y el 80% sabe que la utilización del condón lo previene contrastando que solo el 28% de los adolescentes entrevistados lo ha utilizado alguna vez y solo el 6.2% lo utiliza actualmente.

6. Violencia sexual.

Este es un grave problema que afecta la salud sexual y reproductiva de los adolescentes colombianos el 80% ocurre dentro de los hogares y el agresor es un familiar o conocido, el 59% de los casos ocurre en niñas y mujeres jóvenes. Las víctimas en su gran mayoría no denuncian el abuso por vergüenza y por no contar con el apoyo de los adultos con quien conviven ya sea por creer que es mentira del menor o por ignorancia de cómo activar la red de servicio y los procesos que se deben seguir en estos casos.

7. Según las estadísticas en el año 2002 se registraron 1694 defunciones en la población de 10 a 14 años, para una tasa de 35,75 por cada 100.000 jóvenes de 10 a 14 años; el 71% corresponde a varones y 29% a mujeres siendo la causa externa ( homicidios, y accidentes de tránsito) la causa mas relevante.

8. Para el grupo de 15 a 19 años se registraron 6738 defunciones con una tasa de 156.47 x cada 100.000 lo que representa un 28% menos que en el año 2000, el 67% de estas muertes fueron por causa violenta en una relación de 6 hombres muertos a 1 muerte femenina.

9. Los adolescentes son el 3 grupo poblacional en Colombia mas afectado por la violencia interpersonal, reportándose uno 11.000 casos por esta causa, incluyendo en este grupo las agresiones sexuales principalmente en las mujeres, por otra parte la tasa de suicidio en este grupo para el 2005 estuvo alrededor de 24 x cada 100.000.

## **2.2.CAUSAS DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS EN COLOMBIA**

En la actualidad, la situación de la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente y joven en Colombia presenta diferentes dificultades, una de ellas es

que el Estado no garantiza el pleno cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que se ve reflejado en una pobre demanda y oferta de servicios en salud y por consiguiente el aumento progresivo de los embarazos no planeados en los adolescentes, como consecuencia del inicio de una vida sexual a temprana edad, sin un uso de métodos anticonceptivos modernos, ya sea por la falta de educación sexual en todos los ambientes (IPS, EPS, COLEGIO Y EL HOGAR) o por las barreras en la atención profesional en salud.

Asociado a esto en Colombia el ámbito cultural y enmarcado dentro de una sociedad patriarcal, las madres tienen asignado el rol de cuidadoras, se espera que sean ellas quienes socialicen a sus hijos respecto al tema de la sexualidad en general, donde el padre no se involucra, dejando sola a la madre en la función de “educadora”.

Por otra parte la necesidad económica exigida por la sociedad o por la descomposición de la unidad familiar ha obligado que los padres alarguen sus jornadas laborales, llevando a los adolescentes y jóvenes educarse por sí solos y buscar información de manera no adecuada en las redes sociales, en sus amigos y compañeros del colegio.

Además se ha evidenciado que existen patrones culturales tradicionales que afectan las posibilidades de acceso a una educación y atención en salud sexual y reproductiva que permita el uso responsable de métodos anticonceptivos tanto para prevenir el embarazo a temprana edad como las enfermedades de transmisión sexual.<sup>13</sup>

Por otra parte la necesidad económica exigida por la sociedad o por la descomposición de la unidad familiar ha obligado que los padres alarguen sus jornadas laborales, llevando a los adolescentes y jóvenes educarse por sí solos y buscar información de manera no adecuada en las redes sociales, en sus amigos y compañeros del colegio.

Además se ha evidenciado que existen patrones culturales tradicionales que afectan las posibilidades de acceso a una educación y atención en salud sexual y reproductiva que permita el uso responsable de métodos anticonceptivos tanto para prevenir el embarazo a temprana edad como las enfermedades de transmisión sexual.<sup>14</sup>

Como respuesta a esta situación el Ministerio de Protección Social (MPS) con la ayuda del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) realizaron un proceso de formación tendiente a la implementación de los SSAAJ en las 18 direcciones territoriales de salud existentes en el país; hasta octubre de 2009 el ministerio gestiona y acompaña en la implementación de 207 servicios en todo el país, entre

---

<sup>13</sup>Gómez, Molina, & Zamberlin, 2010. <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>

<sup>14</sup> P22

los cuales esta el de la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend (ALPROREV) de Santa Marta.

El embarazo a temprana edad se considera un problema de salud pública de alto impacto negativo, un tema de investigación muy complejo y una dimensión importante en el tema de las políticas públicas.<sup>15</sup> porque se percibe como un problema médico, social y psicológico<sup>16</sup>. Así mismo, en la actualidad existen dispositivos sociales de ocultamiento, ya que, el embarazo también es un problema que permea de manera diferencial los distintos grupos sociales.

Según la medición de los indicadores que lleva el ministerio de salud en cuanto a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia concluyen que el 13.7% de las mujeres e Colombia entre la edad de 15 -19 años tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, el 12.3% de la mujeres colombianas entre los 15-19 años, los residentes en área urbana tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, el 18.2% de las mujeres entre los 15-19 años, residentes en zona rural, tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, el 56,2% de las mujeres colombianas entre los 15-19 años nunca han tenido relaciones sexuales.

En el Distrito de Santa Marta, según los estudios realizados para el programa de OBJETIVOS DEL MILENIO diseñado por la Alcaldía con la ayuda del DANE identificó que el porcentaje de los embarazos en menores de 18 años en el Distrito de Santa Marta entre los años 2008-2010 registró un incremento en esta tasa y lo que es mas grave el aumento de los embarazos en las edades de 10-14 años los cuales se registran en las estadísticas vitales del DANE.

Un estudio practicado por PROFAMILIA en el mismo año muestra que el 21% de las jóvenes en la ciudad de Santa Marta entre los 15-19 años para el año 2005 (rango de edad que se estandariza para comparaciones a nivel nacional e internacional con las demás encuestas demográficas y de salud sobre todo en América Latina y el Caribe) es madre o esta en embarazo por primera vez, de igual forma el mismo estudio sobre salud sexual y reproductiva aplicado en la ciudad y que se realiza cada 5 años, demuestra que el 47% de los embarazos en estas adolescentes es no deseado.

Según los indicadores de salud sexual y reproductiva registrados en el Plan Decenal del año 2011 por el Ministerio de Salud evidencian que la población de mujeres adolescentes de 10-19 años es de 6.749, que el porcentaje de adolescentes que ya son madres es del 28.43%, que el número de adolescentes con hijos nacidos vivos (10-19 años) (2.008 + 2009 ) 2.008 1.875 y 2.009 1.919 para un total de 3.794. En

---

<sup>15</sup>Batista & Díaz, 2005. [www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf).

<sup>16</sup>Aparicio, 2009<http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/gs/article/viewFile/971/878>.

tanto en Santa Marta para el año 2009 era apremiante la fecundidad en el adolescente calculada en 283 nacimientos por mil mujeres de 10 a 19 años.

Mujeres actualmente embarazadas:

En el último quinquenio, la proporción de mujeres embarazadas disminuye de 4.2 a 3.5 por ciento. Entre las mujeres de las zonas urbanas la disminución fue mínima, mientras en la zona rural se observa un cambio mayor, al bajar de 6 a 4 por ciento. En el departamento del Magdalena en especial en el Distrito de Santa Marta bajó significativamente el porcentaje de mujeres embarazadas, con relación al año 2005. Donde disminuyó del 5 al 4 por ciento.

Si bien actualmente se reporta una leve disminución de la tasa de embarazos en Colombia, las instituciones públicas y privadas que han desarrollado diferentes programas de prevención del embarazo y como es el caso de la ESE ALPROREV, no logran impactar de manera significativa la tasa de fecundidad en adolescentes y tienen enormes falencias en los procesos de atención del grupo de adolescentes.<sup>17</sup>

### **UNIDAD 3. POLITICA NACIONAL DERECHOS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DE COLOMBIA**

La guía de salud sexual y reproductiva trata de asegurar que el individuo goce de una sexualidad responsable, satisfactoria, y libre de riesgos, con la suficiente capacidad de reproducirse y decidir cuando y con que frecuencia. Se le garantiza al hombre y la mujer tener acceso y recibir toda la información necesaria, a un costo razonable de todos los métodos anticonceptivos y su libre elección, así como toda mujer tenga el derecho

---

<sup>17</sup>Durán Oliveros, Embarazo y maternidad adolescente en Bucaramanga: conociendo a sus protagonistas. UIS, 2013

de acceder a todos los servicios adecuados en salud que le permitan tener un embarazo y parto seguro.

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes debe ser mucho más que la dispensación de los anticonceptivos y dar tratamiento para las ITS, también consiste en brindar el apoyo y las herramientas necesarias para que formen y fortalezcan su identidad sexual de una forma autónoma.

La política colombiana de salud sexual y reproductiva plantea las siguientes premisas:

- Los derechos sexuales y reproductivos hacen parte de los derechos humanos.
- La salud es un servicio público.
- La meta de la política es mejorar la SSR, promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Disminuir los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo. Estimular los factores protectores y por último dar atención inmediata a los grupos con necesidades específicas.

La política de SSR propone que cada individuo en Colombia tenga los siguientes derechos:

- Derecho a tener una vida sexual satisfactoria sin riesgos.
- Derecho a procrear o no.
- Derecho a decidir el número de hijos y cada cuánto tiempo.
- Derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libre e informada sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.
- Derecho a acceder y elegir métodos de regulación de la fecundidad seguros eficaces, aceptables y asequibles.
- Derecho a eliminar la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud.
- Derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos.
- Derecho a acceder a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención, y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

-  
La implementación de los servicios amigables en adolescentes y jóvenes (SSAAJ), como estrategia de la política nacional en SSR y DSR hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación y educación de calidad para esta población.

De igual forma los servicios amigables promueven programas de prevención, motivan grupos de discusión sobre derechos en el sistema asesoran en SSR, eliminan barreras de acceso y desarrollan acciones de demanda inducida, priorizan y definen acciones para los adolescentes y jóvenes con enfoque de riesgo y capacitan a los profesionales para que puedan prestar los servicios que demandan e identifican sus necesidades en salud de manera integral. El Ministerio como estrategia central para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, busca con esta estrategia reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional.<sup>18</sup>

#### **UNIDAD 4. DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA “PESCADORES DE LA SALUD”**

El Departamento de Salud Mental de la ESE Alejandro Prospero Reverend después de estudiar detalladamente la guía de la implementación de las SSAAJ, llegó a la conclusión, que la mejor manera de abordar a los adolescentes y jóvenes del Distrito de Santa Marta, es a través de la Educación en Pares; ya que durante la adolescencia los pares es una de las formas de socialización mas utilizada y les genera mas confianza, pero para esto requiere de un grupo de jóvenes de igual edad.

---

<sup>18</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá D.C. min protección Social, febrero 2003.

El Departamento de Salud Mental, realiza un estudio en donde se han presentado el mayor numero de embarazos en adolescentes, brotes de ITS, fenómenos de prostitución escogiendo 2 zonas de la ciudad que son Taganga que por ser un sitio turístico por excelencia, donde hay un nivel de pobreza extrema, sumado que en los últimos años hay una creciente visita de extranjeros, han hecho que la sociedad local sufra cambios bruscos y se presentes estos fenómenos y el Barrio Ciudad Equidad, es un barrio de interés social creado por la Vicepresidencia de la Republica donde se le adjudicaron casas totalmente gratuitas a las personas que aplicaron, pero, en donde habitan muchos reinsertados y hay un gran brote de pandillas juveniles.

El Departamento de Salud Mental visita el Colegio Distrital de Taganga, donde se hace una actividad con los adolescentes y jóvenes entre 10 a 20 años y les explican en que se basa la estrategia y deja la semilla de seguir aprendiendo; aprovechando esta inquietud pregunta a los jóvenes asistentes quienes quieren participar como talleristas postulándose en total 10 jóvenes; estos chicos fueron sometidos a un proceso de educación en sexualidad, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, técnicas de abordaje, desarrollo del léxico, manejo del stress y de la frustración, trabajo en equipo, manejo de público y uso de ayudas didácticas, por ultimo adquieren personería jurídica.

Este grupo llega a Ciudad Equidad a través de un convenio interinstitucional creado entre la ESE Alejandro Prospero Reverend y la Caja de Compensación Familiar del Magdalena la cual decide invertir recursos en la estrategia de Servicios Amigables después de un exhaustivo estudio de necesidades y evaluar al grupo juvenil en Taganga, además, se escogió esta zona por las razones antes expuestas; actualmente el Centro de Servicios Amigables en el Barrio Ciudad Equidad funciona todos los días 8 horas diarias cumpliendo con todos las exigencias de la estrategia; consta de un grupo interdisciplinario integrado por un médico, una sicóloga, una enfermera profesional y una auxiliar de enfermería.

Las actividades grupales que realiza el grupo juvenil son desarrolladas en Taganga los días viernes de todas las semanas durante el calendario escolar y en el Barrio Ciudad Equidad los días miércoles en las instalaciones del centro; en Ciudad Equidad asisten a los talleres los jóvenes que la auxiliar de enfermería le hace demanda inducida casa a casa.

Se goza de una base de datos que se actualiza constantemente tanto en Taganga como en Ciudad Equidad y de donde se sacó la muestra para la realización de las encuestas.

## **UNIDAD 5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO**

El marco legal de SSAAJ con énfasis en salud sexual y reproductiva es muy amplio, principales aportes de cada norma:

### **1. PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA**

Mediante el Decreto 3039 de 2007 se adoptó el plan nacional de salud pública para 2007 a 2010, de obligatorio cumplimiento en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las EAPBS y las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

2. LA LEY 1122 DE 2007 que modifica el SGSSS, EN SU ARTICULO 33 anuncia que en el Plan Nacional de Salud Publica se encuentra prevista la promoción de la salud sexual y reproductiva; así mismo el objetivo del plan es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar; de la misma forma, el Plan Nacional incluye acciones colectivas que remplazaran el Plan de Atención Básica.
3. La constitución Política de Colombia de 1991 y las acciones que el estado colombiano debe realizar para garantizar el bienestar de adolescentes y jóvenes. Específicamente en los artículos 2, 11 derecho a la vida, 13 derecho a la igualdad, 15 derecho a intimidad personal y familiar y al buen nombre, 16 derecho al libre desarrollo de la personalidad, 21 derecho a la honra, 43 derecho a la igualdad la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, 44 los derechos de los niños y las niñas prevalecen sobre todos los derechos, 45 derecho del adolescente a la protección y a la formación integral, 48 la seguridad social es un servicio publico de carácter obligatorio y 52 derecho a la recreación a la practica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.
4. La LEY 100 DE 1993, en la resolución reglamentaria 5261 de 1994 donde se establece el manual de procedimientos e intervenciones como de obligatorio cumplimiento en el POS, siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado y sirve como marco de referencia para los no afiliados.
5. La RESOLUCION 1995 de 1999 por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica (requisitos que deben cumplir la historia clínica de atención a adolescentes y jóvenes). Sobre este mismo tema, mediante el acuerdo 117 de 1998 se establece además, el obligatorio cumplimiento de los procedimientos, actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud publica.
6. La RESOLUCION 412 DE 2000 se adoptan las normas técnicas y guias de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección especifica ( atención del parto, recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres), normas de detección temprana (alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años, y alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo, cáncer del cuello uterino y mama), y guias de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/SIDA, y menor y mujer maltratadas). Sumado a todas sus normas técnicas.

7. La RESOLUCION 3384 DE 2000 se establecen los indicadores de gestión para el seguimiento monitoreo y evaluación de las normas técnicas y guías de atención contenidas en la resolución 412 de 2000 esta resolución precisa las responsabilidades de las EAPBS y define las rutas de acceso a la prestación de estos servicios.
8. La RESOLUCION 1896 DE 2001 establece la clasificación única de procedimientos en salud (C.U.P.S.) que corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Esta resolución es la herramienta que permite en todas las instituciones el portafolio básico de servicios de salud.
9. La LEY 715 DE 2001 define las competencias y recursos en salud a cargo de la nación, los departamentos, los distritos y los municipios; a estos últimos les corresponde el aseguramiento de la población y la ejecución de programas en salud pública. Dicha ley también establece los planes de beneficios y las fuentes de financiación del SGSSS.
10. La RESOLUCION 425 DE 2008 en el tatuco IV donde se describen las intervenciones procedimientos y actividades a cargo de estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta extrenalidad.
11. El ACUERDO 228 DE 2002 donde se estableció los medicamentos del POS e incluyo los anticonceptivos orales (levonorgestrel + etinilestradiol 150-250 + 30-50 mcg tableta o gragea) , inyectables ( medroxiprogesterona acetato 50 mg/ mL suspensión inyectable) , estos últimos como reguladores hormonales ( en razón de su efecto anticonceptivo son utilizados como tal). En su artículo 2 incluye el suministro del condón masculino de látex, en condiciones de calidad media y tecnología apropiada disponible en el país, el cual se financiara con cargo a la UPC vigente para el régimen contributivo y subsidiado.
12. La RESOLUCION 769 DE 2008 donde el ministerio de la protección social adopta la norma técnica de planificación para hombres y mujeres, que moderniza e incrementa la oferta anticonceptiva para ampliar el abanico de opciones anticonceptivas modernas para hombres, mujeres y parejas en edad fértil y dar cumplimiento al acuerdo 380.
13. El código de la infancia y la adolescencia LEY 1098 DE 2006
14. EL DECRETO 4444 DE DICIEMBRE DE 1006 donde se establece la normatividad frente a la interrupción voluntaria del embarazo basada en la sentencia C355 de 2006 de la corte constitucional.

15. La RESOLUCION 3442 DE 2006 , LEY 972 DE 2005 Y CIRCULAR 0063 DE 2007, donde se describe la normatividad frente a enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.
16. EL DECRETO 3518 DE 2006 donde se reglamenta el sistema de vigilancia en salud publica (SIVIGILA)
17. EL DECRETO 1011 DE 2006 donde se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad derogado por el DECRETO 2003 DE 2013 actualmente vigente.

## **UNIDAD 6. DISEÑO DE LA PROPUESTA**

### **6.1 Tipo de estudio**

La investigación realizada es de corte cualitativo ya que su interés está en captar la realidad de la aplicación de la estrategia y saber como es percibida y aplicada por los adolescentes que hacen uso de los SSAAJ.

### **6.2. Poblacion y muestra**

En la actualidad hay 1500 adolescentes y jóvenes que están registrados en la base de datos de la ESE ALPROREV entre las edades de 10 a 29 años. Se toma como base para el diseño y calculo de la muestra el texto de VIVANCO.<sup>19</sup>

### **6.3. Cálculo del tamaño muestral**

Los datos se recolecto durante el mes de mayo de 2016 se analizaron 25 encuestas resultado de la formula estadística de una población total de con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

---

<sup>19</sup>VIVANCO, Manuel. Muestreo Estadístico y Diseño Aplicado, 1ª edición, Editorial Universitaria. Chile. 2005. P 69.

#### **6.4.Criterios de inclusión y exclusión**

por ello, se incluyó exclusivamente para realizar las encuestas a los adolescentes como personas activas que hacen parte o asisten a las actividades de la estrategia utilizada por la ESE Alejandro Prospero Reverend (educación en pares) a través del grupo juvenil “pescadores de la salud” que toma como centro piloto los ubicado en el corregimiento de Taganga y el barrio Ciudad Equidad.

#### **6.5.Instrumento**

Se usó como instrumento para la recolección de datos una encuesta semiestructurada y el análisis de los datos producidos de la información recolectada, permitiendo acercarse a la comprensión de los datos obtenidos de los adolescentes que aplicaron la encuesta.

#### **6.6.Técnica de recolección de la información**

Para obtener la información se asistió a las diferentes actividades que realiza el grupo piloto en el corregimiento de Taganga y en el barrio ciudad equidad y así de esta forma entender como funciona la estrategia diseñada por el departamento de salud mental de la ESE Alejandro Prospero Reverend.

#### **6.7.Fuentes de información**

Parte de la información se obtiene de la entrevista abierta que se le hace a la coordinadora del departamento de salud mental de la ESE Alejandro Prospero Reverend; que es la persona encargada de desarrollar el programa. Otra parte de la información se obtiene del barrido bibliográfico sobre el tema especialmente en la web institucional del Ministerio de la Protección Social y otros documentos consultados para tal caso.

#### **6.8.Análisi y procesamiento de datos**

Se procederá a realizar la revisión de todas las encuestas que fueron diligenciadas por los adolescentes que asistieron a los talleres del grupo juvenil “pescadores de salud” , con el fin de saber si fueron contestadas correctamente de acuerdo a las instrucciones de la mismas, y luego proceder a analizar los resultados obtenidos haciendo tabulaciones en tablas y mediante el uso de gráficos que permitan un mejor análisis de las variables evaluadas en las encuestas.

Para determinar el número de la muestra, se utiliza una fórmula que nos ayude a tomar un estimado de la población a encuestar a través de un muestro aleatorio simple.

La fórmula utilizada es la siguiente<sup>20</sup>:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} \quad \text{Para determinar } n' \text{ se toma: } \frac{S^2}{\sigma^2}$$

Donde:

$S^2$ : La varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad como  $S^2 = p(1-p)$

$\sigma^2$ : Es la varianza de la población respecto a determinadas variables.

**Se**: Es el error estándar que estado por la diferencia entre  $(\mu - \bar{x})$  la media poblacional y la media muestral.

**Se<sup>2</sup>**: Es el error estándar al cuadrado que nos servirá para determinar  $\sigma^2$ , por lo que  $\sigma^2 = (\text{Se}^2)$  es la varianza poblacional.

Para definir el tamaño de la muestra se utiliza un error del 5% y un porcentaje de confianza del 95%.

A continuación el ejercicio con la población para la investigación:

$$\sigma^2 = (\text{Se})^2 = (0.05)^2 = \mathbf{0,0025}$$

$$S^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.09$$

$$n' = \frac{S^2}{\sigma^2} = \frac{0.09}{0.0025} = 36$$

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} = \frac{36}{1 + \frac{36}{1500}} = 25$$

Lo anterior, muestra que la población para la aplicación de las encuestas es de mínimo 25 personas, de las 1500 adolescentes y jóvenes que asisten o hacen uso de la estrategia en la localidad de Taganga y en el barrio Ciudad Equidad.

### 6.9. Aspectos éticos

para no poner en riesgo la identidad de los jóvenes que accedieron a contestar la encuesta con previa información del contenido de la misma y con firma de consentimiento, para esta muestra no se hace identificaciones de nombre, número de documentos, lugar de vivienda, dirección, teléfono.

Los ítems que se analizaron en la encuesta son edad, sexo, si conoce o no la estrategia y si esta y/o ha estado embarazada o su pareja esta o ha estado

embarazada, edad de inicio de vida sexual y conocimiento de los métodos anticonceptivos.

### 6.10.Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDAD/FECHA	1 SEMESTRE 2015 II					2 SEMESTRE 2016 I						
	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEBR	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	
INVESTIGACION				x	x							
ANTEPROYECTO							x					
INVESTIGACION								x	x			
APLICACIÓN DE INSTRUMEN										x		
INFORME FINAL											x	
SUSTENTACION												x

## 7. INTERPRETACION DE RESULTADOS

De los 25 encuestados, el rango de edad que mas asiste y participa de la estrategia de SSAAJ es de 15 a 19 años representando un 48%, el rango de edad que menos participa en la estrategia es el de 20 a 24 años representando un 4%. (ver tabla 1 y grafico1).

De los 25 encuestados 10 son de sexo femenino representando el 40% y 15 son de sexo masculino representando el 60%, este resultado indica que la población masculina participa mas en la estrategia; de esta manera y sabiendo que en teoría la población femenina (que dado el caso seria la mas afectada con los embarazos no planeados) hace menos uso de la estrategia SSAAJ y puede ser esta situación un producto de una demanda inducida ineficaz para este grupo en particular por parte de las EPS, únicas responsables de esta labor. (ver tabla 2 y grafico 2).

De los 25 encuestados 11 cursan entre 9 y 11 grado representando el 44% , y 2 participantes no estudian representando un 8%, de los encuestados 6 participantes están entre 6 y 8 grado y 6 están ya cursando estudios superiores; se puede concluir que a pesar de que hay una gran cantidad de estudiantes que terminan la secundaria es aun muy difícil que inicien estudios superiores lo que ventila que el

Gobierno Nacional a pesar de la creación de nuevos programas en su política de educación el apoyo no alcanza a ser universal ni incluyente. (ver tabla 3 y grafico 3).

De los 25 jóvenes encuestados 17 de ellos viven en estratos 1 o 2 representando el 68%, 7 jóvenes viven en estrato 3 o 4 representando un 28% y solo 1 vive en estrato 5 o 6 representando un 4%, de esta forma se evidencia que la estrategia esta siendo direccionada al grupo poblacional socioeconómico mas afectado por los embarazos en adolescentes ya que los estudios realizados a nivel nacional concluyen que los embarazos en adolescentes son mas numerosos en las jóvenes con menos educación y con menos recursos económicos. (ver tabla 4 y grafico 4).

Al preguntarle a los encuestados si sabían de que se trata la estrategia que desarrolla el grupo juvenil “Pescadores de la Salud” el 68% responde afirmativamente y el 32% no conoce la estrategia, esto indica que la estrategia esta siendo conocida de forma adecuada y sobre todo que la educación en pares es un buen método para llegar de manera efectiva a los adolescentes que participan en las actividades. Pero es aun mas relevante que ese 32% de los encuestados, posiblemente no conocen la estrategia por ser la primera vez que asisten a las actividades siendo esta una gran oportunidad de captarlos y mantenerlos adheridos al programa, lo que probablemente significa que los que si conocen la estrategia están retroalimentando la existencia del grupo y que están incentivando a que mas adolescentes y jóvenes asistan a las actividades.(ver tabla 5 y grafico 5).

de la muestra tomada el 40% inicio su vida sexual entre los 14 y 16 años, el 24% no ha iniciado vida sexual, el 20% inicio entre los 17 y 19 años y el 16% la inicio entre los 10 y 13 años, los adolescentes de 14 a 16 años aparece la primera menstruación y la primera eyaculación sus cuerpos son totalmente aptos para generar vida y en esta etapa los adolescentes experimentan la atracción sexual por otra persona, es por esto que en esta etapa es muy importante el acercamiento de las personas adultas que los rodean para que contribuyan y se involucren en el desarrollo de manera adecuada en la construcción de identidad y de una actitud critica, respetándoles su autonomía y orientación sexual. (ver tabla 6 y grafico 6).

De los 25 encuestados 19 personas afirman que no esta ni ha estado embarazada y/o su pareja y 6 dan una respuesta afirmativa, esta pregunta es muy importante y se relaciona directamente con la pregunta de si conocen o no la estrategia SSAAJ ya que de igual forma los conocedores de la estrategia son mayoría y los que no están o han estado embarazado son igualmente mayoría; lo que nos puede llevar a concluir que el conocimiento que han recibido de la estrategia a través del grupo juvenil basados en la educación en pares si ha contribuido en que a pesar de iniciar una vida sexual temprana sean responsables con ella y así evitar embarazos no planeados o no contraer enfermedades de transmisión sexual. (ver tabla 7 y grafico 7).

Al preguntarle a los encuestados si conocen los métodos anticonceptivos de barrera el 56% responde que si y el 20% responde que no, de este 56% el 66.6% afirman que conocen todos los métodos preguntados, el 23.8% solo conocen los condones, el 19.4% no conoce ningún método de barrera y solo el 14.2% conoce el diafragma como método anticonceptivo de barrera, estos datos ventilan que la gran mayoría de los adolescentes y jóvenes conocen los métodos anticonceptivos, pero es preocupante la cifra de los que no los conocen ya que esta falencia se convierte en un factor predisponente a los embarazos no planeados y ventila lo deficiente que es el sistema en la educación sexual de la población joven en el país, las trabas y tabúes que hay con el uso de los métodos anticonceptivos y la discriminación social que aun existe al saber que una joven es usuaria de algún método. Pero surge una pregunta: ¿ porque en los y las adolescentes que conocen los métodos anticonceptivos experimentaron embarazos? (ver tabla 8 y grafico 8).

Al analizar las cifras de los encuestados cuando se le pregunta si conocen los métodos anticonceptivos hormonales el 100% da una respuesta afirmativa de estos 25 encuestados el 39% afirma que conocen los métodos inyectables, el 35% conocen las píldoras anticonceptivas y solo el 26% conoce el método de emergencia o píldora del día después, cabe hacer la anotación que muchos de los encuestados afirman conocer todos los métodos preguntados; lo que hace pensar que dentro de la política de salud sexual y reproductiva aunque se garantiza tener acceso e información de todos los métodos anticonceptivos son mas difundidos los anticonceptivos hormonales que los de barrera, posiblemente por ser mas seguros y tener menos efectos secundarios pero hay que anotar que esta clase de métodos no evita las infecciones de transmisión sexual (ITS) y si le sumamos el inicio de vida sexual temprana y el no uso de preservativo puede estar incidiendo en los crecientes casos de ITS, sobre todo el VIH, el resurgimiento de la Sífilis y en las mujeres el gran numero de casos de infección por virus del papiloma humano (VPH). (ver tabla 9 y grafico 9).

## 8.CONCLUSIONES

Las conclusiones presentadas a continuación se ordena teniendo en cuenta las respuestas a las preguntas realizadas en las encuestas y lo que se pudo evidenciar en el desarrollo de las actividades en terreno, de esta manera evaluar el nivel de desarrollo de los servicios amigables específicamente en el componente de salud sexual y reproductiva a través de la estrategia implementada por la ESE Alejandro Prospero Reverend con su programa de educación en pares a través del grupo juvenil “pescadores de la Salud” e identificar los posibles obstáculos, vacíos, barreras, y éxitos en el montaje de la implementación de la estrategia de acuerdo al objetivo general y la metodología descrita para esta evaluación.

Principales obstáculos:

- falta de disponibilidad de un recurso humano mas numeroso, se deben buscar mas espacios físicos adecuados, con flexibilidad de horarios.
- Entrenar aun mas a los voluntarios y a los profesionales que hacen parte del equipo actual y lograr que aumente el numero de voluntarios ya que este grupo poblacional se caracteriza por no tener apego a los programas.
- Falta establecer vínculos con las EPS para la contratación del servicio, para así poder contar con financiación suficiente para la implementación de la estrategia en todo el distrito.
- Hay un débil compromiso de otros sectores para trabajar intersectorialmente en el tema; no hay trabajo suficiente con los docentes, ni formación de trabajar mancomunadamente.

#### Principales vacíos:

- la ausencia de elementos de evaluación que permitan un proceso de mejoramiento constante con instrumentos e incluso con software que permitan diligenciar la información y ordenamiento de la misma en línea, para posterior análisis y tomas de decisiones

#### logros y éxitos:

- a pesar de haber un contraste en las respuestas de las encuestas y en como algunas situaciones enunciadas como obstáculos se convierten en logros y éxitos cuando se han superado, en el caso por ejemplo de contar con un equipo interdisciplinario completo, el reconocimiento de la importancia de la disponibilidad de los profesionales, en actitud de escucha con adolescentes y jóvenes, el gusto y su disposición para este trabajo evidenciado en el centro que funciona en Ciudad Equidad.
- El reconocimiento cada vez mayor y la valoración positiva de los SSAAJ dentro de la población beneficiaria a través de la estrategia ideada por el grupo de salud mental de la ESE Alejandro Prospero Reverend.
- El cambio en el enfoque de la consulta tradicional o no solo una mayor gama de servicios, sino a su orientación como consejería, haciendo de verdad un servicio amigable.
- La creación de la estrategia de pares mejora la atención y disminuye barreras y evitan que los adolescentes y jóvenes hagan vueltas burocráticas para acceder al servicio.
- El avance gigante en el desarrollo de liderazgo y de procesos consolidados de participación juvenil, como equipo gestor que apoya directamente el desarrollo de los servicios amigables en el Distrito de Santa Marta.

Por ultimo se considera que la estrategia empleada por el grupo de salud mental para la implementación de la estrategia de SSAAJ esta logrado impactar en los adolescentes y jóvenes, tiene una buena acogida en los que asisten a las actividades y la educación en pares ha logrado fortalecer la educación en el componente de la salud sexual y reproductiva de los encuestados; lo cierto es que no impacta de la manera deseada y como se esperaba desde el Gobierno Nacional en la reducción de los embarazos no planeados y esto se debe a que la estrategia aun no es conocida y no se ha implementado en toda la población adolescente de la ciudad de Santa Marta , por tal motivo la reducción de los embarazos no planeados según las estadísticas nacionales en 1% con respecto a la ultima encuesta de PROFAMILIA en el Distrito de Santa Marta seguramente si es por el desarrollo de la estrategia , pero no con los resultados esperados.

## **9. BIBLIOGRAFIA**

### **9.1 BIBLIOGRAFIA UTILIZADA**

Cartilla de implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia, segunda edición, realizado por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA- Colombia. Bogotá D.C. Diciembre del 2008

Durán Oliveros, Embarazo y maternidad adolescente en Bucaramanga: conociendo a sus protagonistas. UIS, 2013

Evaluación sumativa de los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes en Colombia, primera edición, Publicado por la Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA- Línea de gestión del conocimiento-convenio 620. Bogotá D.C. Diciembre del 2011.

FONDO DE POBLACION DE NACIONES UNIDAS, UNFPA Declaración en el Día Mundial de la población, 11 de julio de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá D.C. min protección Social, febrero 2003.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA D.C. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Modelo de Gestión para la atención integral en salud sexual y reproductiva de la gente joven. Agosto 2005

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 00412 de 2000.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006 por el cual se modifica el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá. D.C.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud- 2005- ENDS. Bogotá, Profamilia, 2005, p, 36.

PROFAMILIA/COLOMBIA Y FEMAP/MEXICO, Documentación de la sustentabilidad de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes dos modelos, 2003.

VIVANCO, Manuel. Muestreo Estadístico y Diseño Aplicado, 1ª edición, Editorial Universitaria.Chile.2005. P 69.

## **9.2.WEBGRAFIA**

BIBLIOTECA DE LAS NACIONES UNIDAS EN:

<http://www.un.es/onubib/conferenciasmundiales.htm>. Consultado 18/03/2016.

Diagnóstico de la situación de salud de Santa Marta Distrito Cultural Histórico, 2011 EN: [www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Santa-Marta-2011.pdf](http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Santa-Marta-2011.pdf). Consultado 19/04/2016

FEDERACION INTERNACIONAL DE LA PLANIFICACION FAMILIAR. Creando servicios amigables para jóvenes con recursos limitados. En: [http://www.ippfwhr.org/publications/serial\\_s.asp?PubID=29&SerialIssuesID=168](http://www.ippfwhr.org/publications/serial_s.asp?PubID=29&SerialIssuesID=168). Consultado 23/03/2016.

JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO, prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de santa marta en los años 2008- 2009, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE MEDICINA PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2011 EN: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf>. Consultado 4/04/2016.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Resolución 55/2- Declaración del Milenio EN: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.consultado> 23/03/2016.

ORGANICACION DE NACIONES UNIDAS, Informes Mundiales de Desarrollo Humano. EN: <http://indh.pnud.org.co/pagina.pix>. Consultado 28/03/2016.

PERFIL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MAGDALENA 2012 EN:

[http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm\\_magdalena.pdf](http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_magdalena.pdf). Consultado 11/04/2016.

PLAN DE DESARROLLO DE SANTA MARTA D.T.C.H. 2012-2015 EN: <http://www.santamarta.gov.co/docs/PDD.pdf>. Consultado 19/04/2016.

PNUD acompaña a Alcaldía de Santa Marta en construcción de Plan de Cooperación Internacional 14 de septiembre de 2015 , [http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm\\_santamarta.pdf](http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_santamarta.pdf). Consultado 19/04/2016

Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 222-237. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>. Consultado 14/04/2016.

### **9.3 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

ACNUR, informe de actividades de impacto. Herramientas para el diagnóstico participativo con población desplazada. UNIFEM 2005.

BAPTISTA LUCIO, Pilar, FERNANDEZ COLLADO, Carlos, HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación. Segunda edición, Compañía Editorial Ultra, S.A. de C.V. 2000.

BELITZKY, R y cols. Manual de salud materno-perinatal para promotores comunitarios. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP- OPSIOMS, Montevideo- Uruguay de desarrollo internacional DID- Universidad de Calgary- Canadá publicación Científica de CLAP NQ 1254.

BURT, Martha R. PhD. The Urban Institut, ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 a 12 de julio de 1996.

CENTER INTERNACIONAL MARGARET SANGER. Guía para la ejecución de los servicios amigables para jóvenes.

CORONA, E. ORTIZ, G. Hablemos de educación y salud sexual: Manual para profesionales de la educación, Volumen 1. Asociación Mexicana para la Salud Sexual, UNFPA. México. D.F. 2003 pagina 69.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio y Salud Sexual y Reproductiva Green Comunicación, Desing, Montreal, Canadá 2005, pág. 14.

GÓMEZ JOHN, MEJÍA ANA. Tesis “Estudio de factibilidad para la Creación e Implementación de una Especialización en mercadeo en la Universidad Tecnológica de Pereira”. 2007.

LOPEZ, A Y QUESADA, A. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de genero a equipos. Técnicos de los Centros CAIF, Guía Metodológica. Cuarta edición.

MONTERO, Luis Ramón. Gestión del Recurso de Inversión: Formulación y Evaluación de Proyectos. Universidad Industrial de Santander. 1999.

MORENO, E. Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes. Los Desafíos de acceso y Calidad. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia, mayo de 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Transformando los sistemas de salud: genero y derecho en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2001.

ONUSIDA, Guías Técnicas del Proyecto integra: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH 2007.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Declaración de Beijing. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU. 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Serie OPS/FNUAP No. 2. 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes. Estimación de Complejidad. Condiciones de Eficiencia.

PROYECTO COLOMBIA, Pasaporte para la vida. Modulo 4, 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. Proyecto aprobado para financiación de Junio de 2003 durante la segunda ronda de revisión del Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. P 50.

## 10. ANEXOS

### 10.1. MODELO DE ENCUESTA



UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD

#### ENCUESTA ESTRATEGIA “PESCADORES DE LA SALUD”

1. CUANTOS AÑOS TIENES?
  - a. Entre 10 a 14 años
  - b. Entre 15 a 19
  - b. Entre 20 a 24 años
  - c. Mas de 24 años
2. ERES HOMBRE O MUJER?
  - a. Hombre
  - b. Mujer
3. EN QUE CURSO DEL COLEGIO ESTAS?
  - a. Sexto a octavo
  - b. Noveno a once
  - c. Universidad o técnico
4. QUE ESTRATO ES TU CASA?
  - a. 1 a 2
  - b. 3 a 4
  - c. 5 a 6
5. SABES DE QUE TRATA LA ESTRATEGIA PESCADORES DE SALUD?
  - a. Es una estrategia que se trata que un joven que ha sido formado en salud sexual y reproductiva me aclara dudas acerca de enfermedades y acerca de como cuidarme para evitar un embarazo no deseado
  - b. Es una estrategia de vacunación
  - c. No la conozco
  - d. Es como una prueba icfes
6. A QUE EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACION SEXUAL?
  - a. 10 a 13 años
  - b. 14 a 16 años
  - c. 17 a 19 años
  - d. 20 años en adelante

7. ALGUNA VEZ HAS ESTADO EMBARAZADA/ TU PAREJA HA ESTADO EMBARAZADA?
  - a. Si
  - b. No
  
8. SABES CUALES SON LOS METODOS DE BARRERA?
  - a. Píldoras anticonceptivas
  - b. Pastilla del día después
  - c. Inyecciones mensuales
  - d. Condones
  - e. Diafragma
  - f. Solo d y e son ciertas
  - g. Todas las anteriores
  
9. SABES CUALES SON LOS METODOS HORMONALES?
  - a. Píldoras anticonceptivas
  - b. Inyecciones mensuales
  - c. Pastilla del día después
  - d. Todas las anteriores
  - e. Solo a y b son ciertas

## 10.2.MODELO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD

ENTREVISTA PARA RECOGER INFORMACION SOBRE COMO NACIO Y FUNCIONA LA ESTRATEGIA SSAAJ EN LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND Y SU HERRAMIENTA PESCADORES DE LA SALUD

ENTIDAD: ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND  
 AREA: DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
 CARGO: COORDINADORA

### PREGUNTAS ABIERTAS

1. ¿QUE ES LA ESTRATEGIA SSAAJ?
2. ¿CÓMO FUNCIONA LA MISMA?
3. ¿CUÁNDO SE IMPLEMENTO LA ESTRATEGIA EN LA EMPRESA?
4. ¿QUÉ ES LA EDUCACION EN PARES?
5. ¿CÓMO SE CREO EL GRUPO JUVENIL PESCADORES DE LA SALUD?

6. ¿QUÉ LOGROS SE HA OBTENIDO CON ESTA ESTRATEGIA?
7. ¿QUÉ OBSTACULOS HAN PRESENTANDO EN LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA?
8. ¿QUÉ PIENSAS DE LA ESTRATEGIA?

### 10.3. TABLAS

TABLA 01

<b>¿Qué edad tienes?</b>	
Entre 10 a 14 años	4
Entre 15 a 19 años	12
Entre 20 a 24 años	1
Más de 24 años	8

TABLA 02

<b>Género o Sexo</b>	
Femenino	10
Masculino	15

TABLA 03

<b>Grado de escolaridad</b>	
Bachiller entre Sexto a Octavo grado	6
Bachiller entre Noveno a Undécimo grado	11
Universitario o Técnico	6
No estudia o Trabaja	2

TABLA 04

<b>Estrato Socio-económico</b>	
De 1 a 2	17
De 3 a 4	7
De 5 a 6	1

TABLA 05

<b>¿Tienes conocimiento de qué se trata la estrategia "Pescadores de la salud"?</b>	
Si	17
No	8

TABLA 06

<b>¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</b>	
Entre 10 y 13 años	4
Entre 14 y 16 años	10
Entre 17 y 19 años	5
Después de 20 años	0
No ha tenido relaciones	6

TABLA 07

<b>¿Alguna vez Ud/Su pareja ha estado embarazada?</b>	
Si	6
No	19

TABLA 08

<b>¿Sabes cuales son los "Métodos de Barrera"?</b>	
Si	21
No	4

TABLA 09

<b>¿Cuales "Métodos de Barrera" conoces?</b>	
Condomes	5
Diáfragma	3
Todos	14
Ninguno	4

TABLA 10

<b>¿Sabes cuales son los "Métodos Hormonales"?</b>	
Si	25
No	0

TABLA 11

<b>¿Cuales "Métodos Hormonales" conoces?</b>	
Píldoras Anticonceptivas	17
Inyecciones Mensuales	19
Pastilla del día después	13

#### 10.4. GRAFICOS

GRAFICO 01

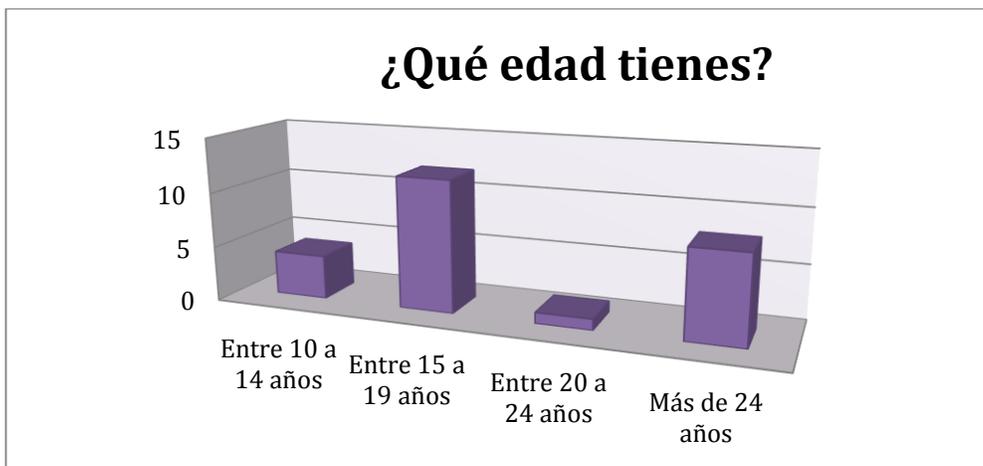


GRAFICO 02

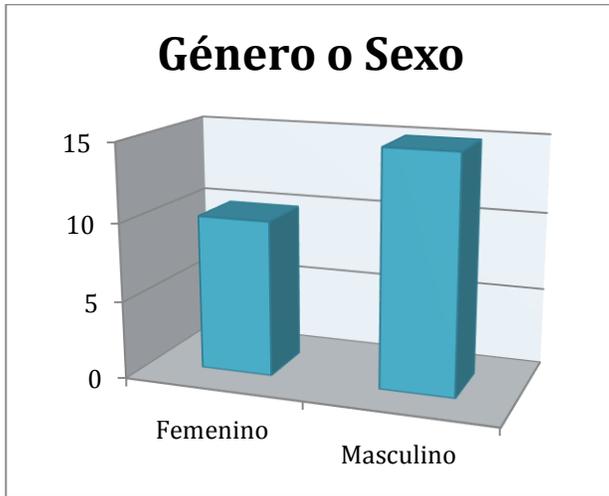


GRAFICO 03

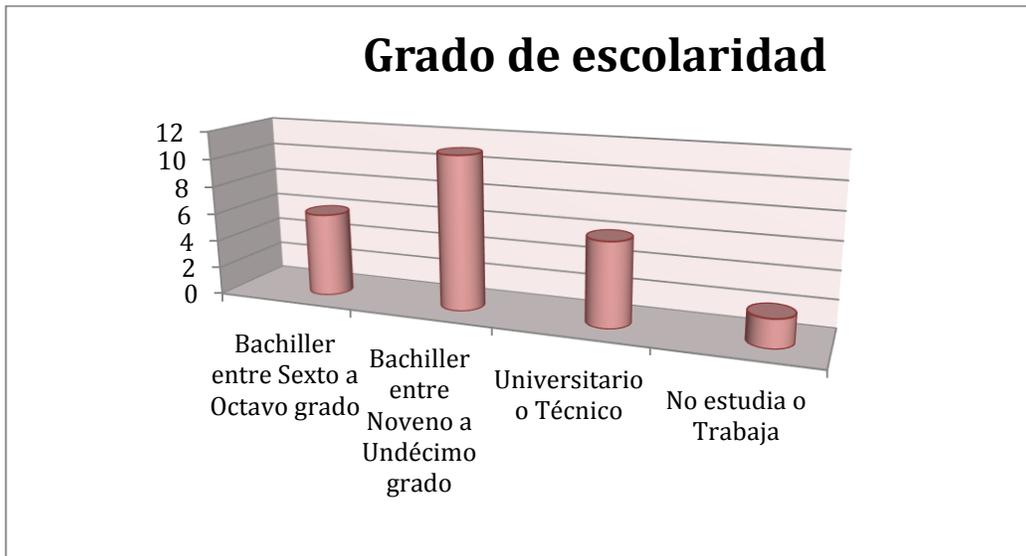


GRAFICO 04

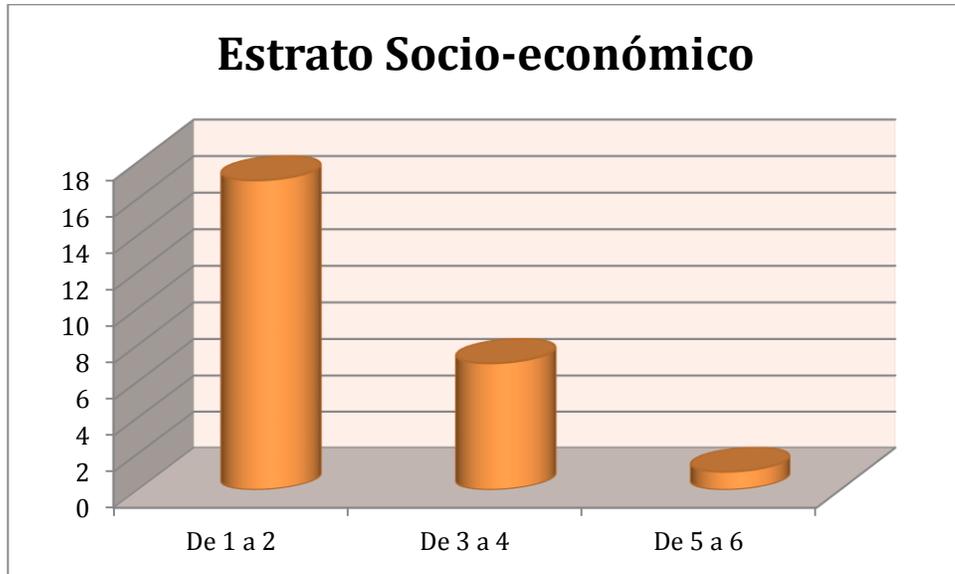


GRAFICO 05



GRAFICO 06

## ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- Entre 10 y 13 años
- Entre 14 y 16 años
- Entre 17 y 19 años
- Después de 20 años
- No ha tenido relaciones

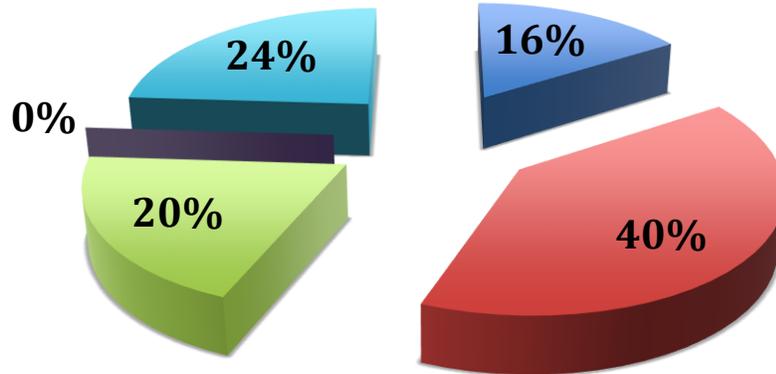


GRAFICO 07

## ¿Alguna vez Ud/Su pareja ha estado embarazada?

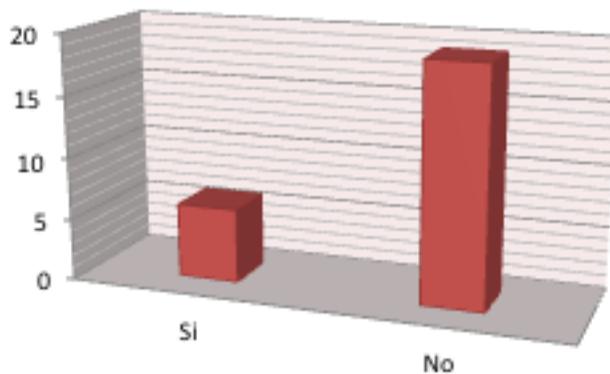


GRAFICO 08

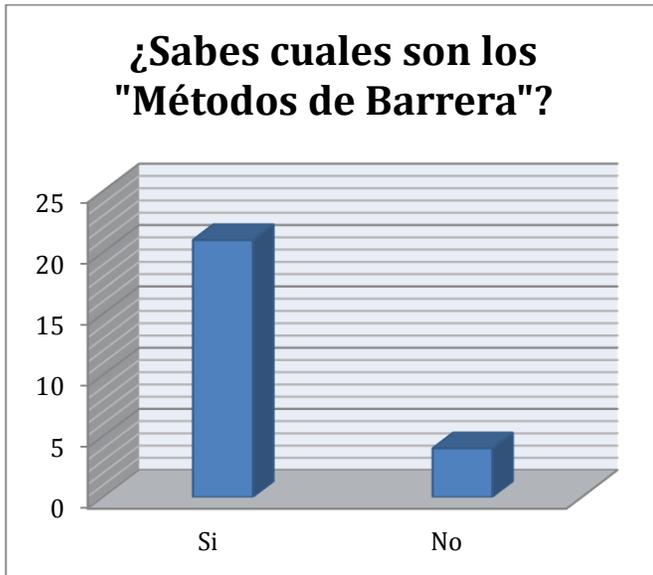


GRAFICO 09

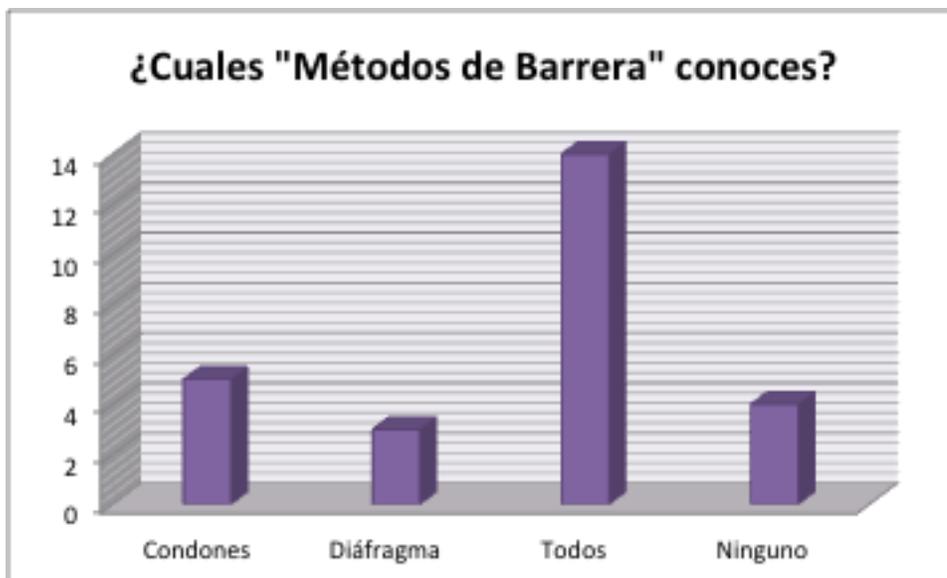


GRAFICO 10



GRAFICO 11

### ¿Cuales "Métodos Hormonales" conoces?

