

**Colección: Cuadernos técnicos
del Proyecto Fondo Mundial en Colombia**

6



Caminos de la salud: Experiencias en el componente de salud del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia

Proyecto Colombia

**JÓVENES: VULNERABILIDAD Y VIH.
Resultados de la encuesta CAP. Segunda fase.**

Cuaderno No. 7

Colección: Cuadernos técnicos del Proyecto Fondo Mundial en Colombia

Autores

Franklyn Prieto Alvarado
Carlos Alberto González P.

PROYECTO COLOMBIA – FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA



Proyecto Colombia

Este documento fue financiado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, mediante el 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.

Colección: Cuadernos técnicos del Proyecto Fondo Mundial en Colombia

Cuaderno 7. Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH. Resultados de la encuesta CAP. Segunda Fase.

Prieto Alvarado Franklyn – González P. Carlos Alberto- Bogotá D.C.

Autores del Proyecto

Ricardo Luque, Gloria Puerta, Carlos Hernández y Sofía Gutiérrez del Ministerio de la Protección Social; Ricardo García y Nayibt Salom de ONUSIDA; Linda Eriksson de OIM; Harvey Suarez y Diego Henao de CODHES; Gisella Olivera y Mauricio Polanco del Ministerio de Educación Nacional; Alfredo Mejía del INS; Juan Ignacio Arango de PNUD; Celsa Sampson de OPS; Sergio Montealegre de RECOLVIH; Omar Oróstegui del Programa Presidencial Colombia Joven; Patricia Sarmiento y Adriana Becerra de la Red de Solidaridad Social; Patricia Ospina, Andrew Dier y Liliana Schmitz de PROFAMILIA; Judith Sarmiento, María Elvia Domínguez y Franklin Gil de la Escuela de Género de la Universidad Nacional; Jorge Iván Moya y Janeth Perea de la Cruz Roja Colombiana

Mecanismo Coordinador de País (MCP)-Colombia Instituciones miembros (2007)

Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Educación Nacional
Instituto Nacional de Salud
Acción Social
Programa Presidencial Colombia Joven
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida - ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
Organización Panamericana de la Salud - OPS
Organización Internacional para las Migraciones - OIM
Alto Comisionado para los Refugiados - ACNUR
Oficina de Naciones Unidas contra Drogas y Crimen - UNODC
Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - PROFAMILIA
Cruz Roja Colombiana
Red Colombiana de Personas que viven con VIH y Sida - RECOLVIH
Liga Colombiana de Lucha contra el Sida
Coalición de Líderes que viven con el VIH y Sida
Asociación de usuarios del ISS
Fundación Henry Ardila
Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia
Programa Mundial de Alimentos - PMA

Autores del Proyecto

Ricardo Luque, Gloria Puerta, Carlos Hernández y Sofía Gutiérrez del Ministerio de la Protección Social; Ricardo García y Nayibt Salom de ONUSIDA; Linda Eriksson de OIM; Harvey Suarez y Diego Henao de CODHES; Gisella Olivera y Mauricio Polanco del Ministerio de Educación Nacional; Alfredo Mejía del INS; Juan Ignacio Arango de PNUD; Celsa Sampson de OPS; Sergio Montealegre de RECOLVIH; Omar Oróstegui del Programa Presidencial Colombia Joven; Patricia Sarmiento y Adriana Becerra de la Red de Solidaridad Social; Patricia Ospina, Andrew Dier y Liliana Schmitz de PROFAMILIA; Judith Sarmiento, Maria Elvia Domínguez y Franklin Gil de la Escuela de Género de la Universidad Nacional; Jorge Iván Moya y Janeth Perea de la Cruz Roja Colombiana.

Mecanismo Coordinador de País (MCP)–Colombia Instituciones miembros (2007)

Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Educación Nacional
Instituto Nacional de Salud
Acción Social
Programa Presidencial Colombia Joven
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida – ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
Organización Panamericana de la Salud – OPS
Organización Internacional para las Migraciones – OIM
Alto Comisionado para los Refugiados – ACNUR
Oficina de Naciones Unidas contra Drogas y Crimen – UNODC
Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA
Cruz Roja Colombiana
Red Colombiana de Personas que viven con VIH y Sida – RECOLVIH
Liga Colombiana de Lucha contra el Sida
Coalición de Líderes que viven con el VIH y Sida
Asociación de usuarios del ISS
Fundación Henry Ardila
Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia
Programa Mundial de Alimentos - PMA

Equipo de Gerencia

Diana Victoria Peñarete

Gerente 2007 -2008

Ángela González Puche

Gerente 2004-2007

Linda Eriksson

Oficial de Programa VIH, OIM Colombia

Franklyn Prieto Alvarado

Asesor en Salud Pública 2006 -2008

Daniel Fernández Gómez

Asesor en Ciencias Sociales 2005 - 2008

Oliverio Huertas Rodríguez

Asesor en Emprendimientos Juveniles 2005-2008

Carlos González Promicieros

Monitor en Salud Pública

Emmanuel Fontalvo Patiño

Monitor en Ciencias Sociales

Leydi Higidio Henao

Monitora en Emprendimientos Juveniles

Luis Caicedo Valbuena

Analista Financiero

2004 - 2008

Oscar Díaz Sotelo

Asistente de Monitoreo y Evaluación

Astrid del Pilar Lara

Asistente de Proyecto

Ángela Andrea Garzón

Pasante 2006 - 2007

Reconocimientos

Participaron en la validación de la encuesta:

Luz Marina Naranjo (Armenia); Andrés Mindiola (Arauca); Myriam Rubio (Apartadó - Antioquia), Maria Fernanda Valencia (Buga - Valle); Amanda Molina (Cali), Nazly Mulford (Cartagena) Tany Torrente (Chaparral - Tolima), Martha Fajardo (Florencia), Lida Quevedo (Granada - Meta), Karina Paredes (Mocoa), Erika Bedoya (Pereira), Claudia Caipa (Puerto Triunfo - Antioquia), Diva Palacios (Quibdó), Jairo Suárez (San Luis - Antioquia), Elsy Zuñiga (Santa Marta), Rafael Agamez (Sincelejo), Yunis Vidal (Tierralta - Córdoba), Consuelo Cabezas (Tumaco - Nariño), Carlos Pacheco (Turbo - Antioquia), Sofía Polo (Valledupar), Sandra Leguizamón (Yopal), Liliana Osorio, Yolanda Montoya, Mónica Garzón, Lizeth Cañas, Josué López, Luz Aguirre (Alianza Antioquia)

José Jaramillo - Voluntario OIM

Alfredo Mejía - Fundación Henry Ardila

Ricardo García - Onusida

Juan Simbaqueva - Recolvih

Linda Eriksson - OIM

Mary Luz Mejía - UNFPA

Fabio Rivas - Universidad Nacional

Teresita de Jesús - Universidad Santo Tomás

Agradecimiento a las instituciones que participaron de los procesos descritos en este documento:

Biotoscana SA

Freddy Villanueva, Maria Luisa Olaya, Mayerly Villamarin

Centro de Análisis Molecular

Patricia Olaya, María del Pilar Ramírez, Yazmin Roldán, Mary Delgado, Rocío Cristancho

Medical Pharmacy

Juan Carlos Ocampo, Claudia Nuñez, Andrea Hernández, Andrea Sanabria

PNUD

Juan Ignacio Arango, Yasmina Garzón

Aeroenvíos

Adriana Quintero

INDICE

PRESENTACION	9
Capítulo I	11
1.1. Planeación original de la metodología	12
1.1.1. Lecciones aprendidas del Proceso de Aplicación de la Primera Encuesta	13
1.2. Validación Participativa de la nueva encuesta CAP para los municipios de segunda fase.	14
1.3. Construcción de bloques de preguntas	16
1.4. Simulación de prueba piloto y grupo focal	17
1.5. Prueba piloto y grupos focales durante trabajo de campo	18
1.5.1. Acercamiento a los jóvenes	21
1.5.2. Sobre la versión final de la encuesta	21
1.5.3. Sobre la estandarización de encuestadores	22
1.5.4. Sobre la selección de la muestra	22
1.5.5. Sobre la aplicación de la encuesta	22
1.6. Realización de grupos focales regionales	22
1.6.1. Narrativas generales en los grupos focales	23
1.6.2. Sugerencias	26
1.7. Evaluación con expertos	27
1.8. Lecciones aprendidas	27
Capítulo 2.	
Oferta de asesoría para prueba voluntaria	31
2.1. Programación de Recursos	32
2.2. Programación de puntos de muestra	33
2.3. Procedimientos de diagnóstico	35
2.4. Asesoría para prueba voluntaria	38
Capítulo 3.	
Suministro de medicamentos antiretrovirales	41
3.1. El proceso de gestión de adquisiciones y suministros	41
3.2. Proceso de suministro de medicamentos	43
3.3. Implementación de los kit de profilaxis para la atención de VIH	51
Capítulo 4.	
Servicios Amigables en Salud	54
4.1. Contexto	54
4.2. Proyecto Colombia y Servicios Amigables	57
4.3. Unidades implementadas	59
4.4. Componentes de los servicios amigables	60
4.5. Evaluación cuantitativa de los servicios	61
4.6. Las percepciones	63
La construcción...	63
Las experiencias en lo local...	64
Lo que funcionó...	66
Lo que no funcionó...	67
Lo innovador...	69
Por mejorar	72
En búsqueda de la sostenibilidad	73



PRESENTACION

La experiencia resumida en este cuadernillo pretende mostrar los logros y obstáculos que se fueron presentando en la implementación del componente de salud del Proyecto Colombia, con el fin de aportar luces sobre buenas prácticas a adoptar en futuras intervenciones.

El primer capítulo describe la construcción participativa de la encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en VIH que el Proyecto del Fondo Mundial en Colombia realizó para medir el impacto de la intervención en 32 municipios. Esta validación se realizó en la segunda fase del Proyecto y con base en las lecciones aprendidas durante la administración de la encuesta en la primera fase. Los resultados de estas dos encuestas serán presentados en otros cuadernillos de la presente serie.

En los siguientes capítulos son presentadas las diferentes intervenciones que se realizaron en el ámbito de la salud con el fin de fortalecer la respuesta en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH de los departamentos y municipios seleccionados.

La estrategia de salud del Proyecto se concretó con el desarrollo de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SASAJ), estrategia contemplada en el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007). En los Servicios se ofrecieron acciones en prevención, diagnóstico y atención en salud sexual y reproductiva tales como la asesoría para prueba voluntaria de VIH, métodos anticonceptivos incluida la anticoncepción de emergencia y la promoción del uso del preservativo, entre otros.

El desarrollo de estas acciones implicó la capacitación del personal de salud, de los docentes, de las autoridades municipales y de la comunidad en general, con el fin de promocionar los servicios que se ofrecían en los SASAJ y sensibilizar a la población acerca de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes, especialmente sobre el derecho a tomar decisiones informadas sobre su sexualidad. Adicionalmente el énfasis en el respeto de la confidencialidad por los docentes y los funcionarios de salud en las asesorías, fue de vital importancia para obtener la confianza de los adolescentes y jóvenes, aumentando así la demanda en los SASAJ.

El Proyecto ofreció tratamiento antirretroviral a las personas que resultaban positivas al examen de VIH y que lo requerían según los criterios clínicos establecidos. Simultáneamente realizó abogacía con las autoridades locales para que las personas diagnosticadas se consideraran prioritarias para acceder a la seguridad social en salud. También fueron distribuidos kit post-exposición (PEP kit), recomendados para los casos de abuso sexual. Esta estrategia dentro del sector público fue nueva y las lecciones que deja su implementación pueden contribuir de manera importante a su futura expansión.

Esperamos que las lecciones aprendidas contribuyan a dilucidar los desafíos presentes y futuros que tiene Colombia, para disminuir la propagación de la epidemia en la población adolescente y joven, en contextos de desplazamiento.

Diana Peñarete
Gerente PFMC



CAPÍTULO I

Construcción participativa de una encuesta de conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH.

El Mecanismo Coordinador de País - MCP, como instrumento de evaluación de los procesos implementados en el Proyecto, consideró en la planeación, la realización de una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para el establecimiento de una línea de base antes de iniciar el proceso con los jóvenes y dos encuestas de seguimiento (al año y al final de la intervención). Esta encuesta permitiría una aproximación al impacto del Proyecto en su estrategia combinada de educación de pares, servicios de salud para jóvenes con oferta de asesoría para prueba voluntaria de VIH (APV) y emprendimientos juveniles.

La información que las encuestas CAP aportan en la evaluación del impacto es de gran importancia puesto que permiten a las alianzas de entidades ejecutoras (las operadoras) y a las instancias nacionales monitorear el impacto que las acciones del Proyecto han tenido... frente a los resultados de línea de base.

El equipo de Gerencia, con el apoyo de algunas instituciones del MCP, diseñó una encuesta cuyo propósito fue la implementación del componente de encuestas de Comportamiento de la Vigilancia de Segunda Generación para el VIH/sida¹.

Esta encuesta sería administrada en dos momentos: en los primeros 16 municipios (incluidas las 9 localidades de Bogotá), entre 2005-2007 y luego en los 36 municipios restantes, entre 2006-2008.

La responsabilidad de la administración de estas encuestas en los municipios era de la entidad operadora (denominada Entidad Ejecutora) contratada para cada municipio.

El proceso general fue informado mediante procesos de capacita-

1 OMS. Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. Ginebra: 2000.

ción y la publicación del Módulo 8 de la Caja de Herramientas del Proyecto: Módulo 8. Memoria de Una Permanente Expedición.


1.1. PLANEACIÓN ORIGINAL DE LA METODOLOGÍA

El proceso de validación mediante prueba piloto se realizó en el municipio de Soacha (Cundinamarca) y con los conceptos técnicos de algunas instituciones del MCP, se elaboró el instrumento final.

El instrumento tenía una primera parte sobre conocimientos y actitudes en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH. Si el o la joven manifestaba antecedente de prácticas sexuales penetrativas, se le entregaba el módulo de prácticas. Para disminuir el efecto sobre la confidencialidad, a los jóvenes que no referían prácticas, se les entregaba un módulo de diseño gráfico similar sobre “los derechos de los niños”.

Para el proceso de administración se concibieron los siguientes pasos:

1. Información para el asentimiento: los y las jóvenes fueron informados sobre el proceso a realizar, la condición innecesaria de identificarse dentro del instrumento y la posibilidad de responder o no e incluso de retirarse cuando lo considerara.
2. Se calcularon tamaños de muestra para cada municipio para realizar inferencias a nivel nacional y no municipal.
3. La técnica de selección de la muestra fue por cuota (hasta agotar tamaño de muestra). El detalle de esta técnica no se estandarizó previo a la administración.
4. Fueron especificados como criterios de inclusión la edad (10 a 24 años), pertenecer a un área específica de intervención y una equiparación por sexo (partes iguales), condición de escolaridad actual y desplazamiento (30% de la muestra).
5. Durante la aplicación se dividirían los jóvenes por grado para disminuir el posible efecto de cortesía. Los jóvenes se cohibían en contestar por la presencia de sujetos de otros cursos en el mismo sitio donde se realizaba la encuesta.
6. Todos los jóvenes recibirían el núcleo básico de preguntas. En el caso del antecedente de relaciones sexuales, se entregaba el formato con las preguntas correspondientes y en el caso contrario, un formato con preguntas de actitud hacia un caso específico.

- 
7. Las encuestas eran recolectadas hasta agotar muestra (y se recomendaba un aplicación adicional de 5% para evitar efectos de pérdida) y digitadas en un formulario diseñado en EpilInfo 6.04d. Los funcionarios responsables del sistema de monitoreo y evaluación de cada entidad ejecutora recibieron entrenamiento en estos aspectos.
 8. En el Módulo 8 de la Caja de Herramientas² se incluyó el Plan de Análisis General que debía ser realizado en el nivel municipal por cada entidad ejecutora.
 9. La Gerencia recolectaría las bases de datos municipales con sus respectivos análisis y realizaría el análisis nacional y grupal correspondiente.

1.1.1. LECCIONES APRENDIDAS DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA PRIMERA ENCUESTA

A continuación enumeramos los principales inconvenientes presentados en la aplicación de la encuesta en los primeros 16 municipios:

1. El momento de aplicación de la encuesta no fue igual en todos los municipios. Algunos municipios la realizaron previa a la intervención, otros durante e incluso posterior al inicio de la misma. La no unificación de este criterio afectó la validez externa de los resultados.
2. El lenguaje de la encuesta fue asumido como “agresivo” o “intimidante” por muchos de los jóvenes. Algunos mencionaron que no contestaban las preguntas por que no las entendían.
3. Muchos jóvenes percibieron pérdida de la confidencialidad por dos razones: la ubicación mediante municipio y barrio (que debían escribirlo en su encuesta) y por la diferenciación en el momento de entregar la segunda hoja de acuerdo a si tenían o no relaciones sexuales. En algunos sitios se insistió en el diligenciamiento completo ante la tasa de no respuesta (se revisó el instrumento antes que el o la joven abandonarían el sitio y se le insistió en su entrega).
4. El proceso de digitación de la información fue completamente desigual. No se hicieron rutinas de control de calidad en todos los municipios y al concatenar las bases de datos a nivel na-

² Proyecto Colombia Fondo Mundial. Memoria de una permanente expedición. Módulo 8. Bogotá: 2005.

cional, fue necesario todo un proceso de validación e incluso de nueva digitación. Fueron más de 24 procesos de digitación simultáneos que dificultaban su control.

5. El análisis local tuvo desarrollos dispares. No todos aplicaron el plan de análisis o realizaron un diagnóstico particular.
6. Algunas instituciones manifestaron disenso con respecto a los resultados de los diferentes indicadores trazadores, por considerarlos sobreestimación de la realidad nacional. Sin embargo, se evidenció consistencia de los indicadores de la magnitud entre municipios y en comparación con otras publicaciones.
7. El momento de aplicación de la encuesta fue un momento coyuntural. El cumplimiento de las metas en cada municipio era muy bajo y se requerían de los ajustes estructurales correspondientes para el desarrollo de todas las actividades. Esto hizo desviar la atención en todos los niveles de la encuesta hacia el cumplimiento de los indicadores programáticos de otras acciones.

Ante estas situaciones y ante la planeación de la implementación de la encuesta de línea de base con los 32 municipios de segunda fase, las entidades ejecutoras solicitaron el ajuste del instrumento y de la metodología, además mencionaron el interés en participar en este proceso de rediseño.

El proceso de rediseño tuvo en cuenta consideraciones generales de la metodología de epidemiología de campo tales como revisión sistemática de instrumentos, la concertación de cuestionario base, los grupos focales y la prueba piloto. A este proceso se le denominó validación participativa de la encuesta CAP.

1.2. VALIDACIÓN PARTICIPATIVA DE LA NUEVA ENCUESTA CAP PARA LOS MUNICIPIOS DE SEGUNDA FASE.

El proceso contó con la participación de un representante de cada municipio de segunda fase que incluía profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales, algunos de los cuales tenían experiencia en investigación y diseño de instrumentos.



Las fases planeadas para el proceso fueron:

CONSTRUCCIÓN DE BLOQUE DE PREGUNTAS

CONSTRUCCIÓN DE ENCUESTA VERSIÓN 1

VALIDACIÓN CON ESQUIPO DE PARTICIPANTES

CONSTRUCCIÓN DE LA ENCUESTA VERSIÓN 2

VALIDACIÓN MEDIANTE SIMULACRO CON GRUPOS FOCALES

CONSTRUCCIÓN DE ENCUESTA VERSIÓN 3

ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

APLICACIÓN EN CAMPO

GRUPOS FOCALES

CONSTRUCCIÓN DE ENCUESTA VERSIÓN 4

VALIDACIÓN POR GRUPO DE EXPERTOS

VALIDACIONES REGIONALES

DISEÑO FINAL DE LA ENCUESTA

MANUAL DE CAMPO FINAL

1.3. CONSTRUCCIÓN DE BLOQUES DE PREGUNTAS

En un primer momento, los funcionarios participantes diseñaron posibles preguntas que se relacionaran con los objetivos del instrumento. En un segundo momento, el equipo de Gerencia les entregaba un paquete de preguntas desligadas de su instrumento original para establecer la posible concordancia, ajuste, reemplazo o complementación con las preguntas diseñadas.

Se asumieron los siguientes objetivos para el diseño de la encuesta:

- Contar con un instrumento que permita medir sistemáticamente los tres constructos propios del modelo CAP en jóvenes: conocimientos, actitudes y prácticas.
- Lograr un lenguaje apropiado para la lectura y la comprensión del sentido de las preguntas por parte de los jóvenes.
- Obtener un cuestionario final para ser validado con población joven colombiana.

Se asumieron los siguientes objetivos de cada bloque de preguntas:

- Identificar conocimientos sobre VIH/sida, con énfasis en mecanismos de transmisión y estrategia de prevención.
- Identificar los conocimientos sobre el uso adecuado del preservativo.
- Identificar los conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual.
- Establecer el reconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Establecer antecedentes de embarazo y aborto.
 - Identificar antecedentes de enfermedades de transmisión sexual ulcerativa o secretora.
 - Detectar antecedentes de abuso sexual.
 - Identificar consumo de sustancias psico-activas incluyendo drogas intravenosas.
 - Determinar el acceso a los preservativos.
 - Determinar los medios de comunicación y los medios como los jóvenes reciben información sobre ITS/sida y planificación familiar.



La recopilación de instrumentos previamente diseñados permitiría a los funcionarios participantes la selección de preguntas previamente validadas para el logro de los objetivos del instrumento. Los instrumentos que fueron incluidos para el segundo momento fueron:

- Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa³.
- Encuestas de Comportamiento de Family Health International⁴.
- Encuestas de Comportamiento realizadas por la Fundación Henry Ardila para el Instituto Nacional de Salud⁵.
- Encuesta Prueba Piloto Proyecto Fondo Mundial realizada por OIM con el Instituto Nacional de Salud⁶.
- Encuesta CAP de Línea de Base y de Seguimiento del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia (primera fase).

Cada grupo conformó el bloque de preguntas correspondiente a un objetivo específico. Luego se procedió a la construcción del primer instrumento con 124 preguntas. Este instrumento fue llevado a plenaria donde se realizó un nuevo ajuste para obtener la segunda versión con 82 preguntas.

Los problemas principales se presentaron con la delimitación del tema pues establecer objetivos específicos tan amplios podía contribuir a tener una encuesta muy larga y que no fuera eficiente como instrumento de evaluación. Se requería delimitar y por esta razón se consideró establecer, por ejemplo, el efecto del consumo de psicoactivos sobre el riesgo de VIH y no estudiar el fenómeno puntualmente; al igual que con los antecedentes de abuso sexual y conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos.

1.4. SIMULACIÓN DE PRUEBA PILOTO Y GRUPO FOCAL

Con la segunda versión de la encuesta, los funcionarios participantes se constituyeron en posibles sujetos de investigación. Dos profesionales fungieron como monitores de campo y las 28 personas restantes como sujetos. Durante 35 minutos diligenciaron la encuesta y registraron los problemas que tuvieron en este proceso.

Posteriormente se realizó un grupo focal para tomar las apreciaciones del grupo de funcionarios participantes. Con las observaciones

3 Ministerio de Salud, ONUSIDA. Comportamientos sexuales de estudiantes de secundaria en Colombia: Análisis de una encuesta nacional. Bogotá: Onusida, 2002

4 Family Health Internacional. Encuestas de Vigilancia del Comportamiento: Directrices Para Encuestas del Comportamiento Repetidas en Poblaciones en Riesgo al VIH.

5 Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Fundación Henry Ardila. Guía para Encuestas de Vigilancia de Comportamiento. Bogotá DC: INS; 2004.

6 Eriksson L, Guarnizo C, Mejía A y Prieto F. Salud sexual reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida en una ciudad receptora de población desplazada. Montería, Colombia 2003

obtenidas en las dos simulaciones se obtuvo la versión 3 de 52 preguntas.

Para la estandarización de los procedimientos para la realización del grupo focal, se realizó una capacitación previa reconociendo los instrumentos de campo a realizar para el registro de las observaciones. Este proceso luego se ajustaría para la fase de trabajo de campo.

Los problemas principales se presentaron con la extensión del documento, con la necesidad de la revisión del lenguaje utilizado y en especial la comprensión de algunas preguntas relacionadas con síntomas, antecedentes de relaciones sexuales y abuso sexual.

La dificultad para una estandarización del lenguaje inmerso en los ítems del instrumento, ya que la diversidad cultural en las diferentes regiones del país hace que palabras o frases pudiese adquirir semánticas distintas en cada una de ellas.

1.5. PRUEBA PILOTO Y GRUPOS FOCALES DURANTE TRABAJO DE CAMPO

Con la participación de los funcionarios se visitó una institución educativa de Bogotá con el previo consentimiento de la coordinación académica. Mediante un muestreo aleatorio por conglomerados fueron seleccionados 13 grupos de la institución. Luego por muestreo aleatorio simple fueron seleccionados 8 jóvenes para asegurar la participación de al menos 6.

Con este tipo de técnica de muestreo por etapas (conglomerados y aleatoria simple) se realizó la inducción sobre la manera en que se aplicaría la encuesta en cada localidad. Los funcionarios participantes reconocieron la técnica de muestreo. La técnica básicamente selecciona al azar conglomerados (cursos) y dentro de cada conglomerado los individuos (a partir de selección aleatoria de los listados del curso).

El criterio de selección de la técnica de muestreo fue la dificultad de contar con un marco muestral único con todos los sujetos que podrían ser elegibles para la encuesta y los problemas logísticos que se presentarían al seleccionar uno o dos jóvenes de muchos grupos. Con este mecanismo de selección se tendrían los jóvenes aleatoriamente distribuidos por grupos⁷.

Cada grupo de 6 a 8 jóvenes fue abordado por una pareja de funcionarios participantes. Inicialmente explicaron el objetivo de la en-

7 Lemeshow S, Stroh G. Quality assurance sampling for evaluating health parameters in developing countries. *Survey Methodology* 1989, 15: 71-81



cuesta, el aseguramiento de la confidencialidad y la posibilidad de desistir durante la aplicación. La mayoría de los jóvenes consienten su participación. La encuesta es entregada y en promedio utilizan 25 minutos para su realización. A los y las jóvenes se les entregó una encuesta con un formato para el registro de sus observaciones a las preguntas que ellos y ellas consideraran. Los funcionarios participantes, adicionalmente, diligenciaron un diario de campo con las preguntas más frecuentes de los y las jóvenes.

Posteriormente se desarrolló un grupo focal aplicando la metodología establecida y los registros ajustados correspondientes. En el grupo focal se abordaron como categorías inductivas: lenguaje, comprensión de las preguntas, percepción de agresividad, forma y tipo de pregunta.

GRUPOS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	EDAD	CURSO
Grupo 1	7	7	3	13 años	octavo
Grupo 2	7	7	4	12 años	octavo
Grupo 3	7	7	3	15 años	octavo
Grupo 4	6	6	1	11 años	sexto
Grupo 5	6	6	4	17 años	undécimo
Grupo 6	8	8	5	14 años	séptimo
Grupo 7	6	6	2	14 años	noveno
Grupo 8	6	6	5	16 años	décimo
Grupo 9	6	6	2		mixto
Grupo 10	7	7	2		mixto
Grupo 11	6	6	4	15 años	décimo
Grupo 12	6	6	4	14 años	octavo
Grupo 13	7	7	5	18 años	undécimo

Los resultados de la encuesta (la tabulación y las tablas de frecuencia), los diarios de campo y los formatos de registros de grupos focales fueron utilizados en plenaria para producir una cuarta versión ajustada.

Los hallazgos más frecuentes en los jóvenes fueron:

- Identificar el sexo como hombre y mujer.
- No conocían la diferencia entre VIH y sida. Cuando se hablara de VIH recomiendan que se hable de virus del sida.
- Quieren que les evalúen sus respuestas y aclarar las dudas ante los conceptos erróneos.

- No conocen el concepto de “penetración”. Tampoco las palabras abstinencia, venéreas o úlcera genital.
- Al preguntar si se han hecho la prueba de VIH, les causa mucha inquietud y quisieran acceder a ella, para saber cómo están.
- Las preguntas de tiempo deben precisar el periodo: no actualmente sino en los últimos 12 meses. Tampoco usar en el último año por que se puede entender como el año calendario.
- Algunas preguntas sobre conocimientos tuvieron un patrón de respuesta adecuada de 100% por lo cual, se decidió excluirlas y reemplazarlas por otras.
- Las preguntas relacionadas con abuso sexual, deseo de paridad fueron eliminadas por considerarlas fuera del alcance del instrumento (delimitación del planteamiento del problema).
- No hay identificación de los nombres técnicos de los métodos de planificación familiar ni los nombres comunes (coloquiales) de las sustancias psicoactivas. En el proceso de digitación se deben reconocer en la categoría otros, la necesidad de reclasificación.
- Las preguntas abiertas fueron categorizadas a partir de los resultados.
- Las preguntas con más de 7 opciones de respuesta (o respuesta múltiple) fueron modificadas a 5-7 categorías, permitiendo la opción otra-cuál.
- Prefieren que se les hagan preguntas directas y no recurriendo a preguntas sobre terceros.
- Sugieren modificaciones a términos que consideran agresivos y adicionan algunas expresiones e incluso algunas preguntas.

Sobre el lenguaje y las construcciones sintácticas:

- Evitar los saltos por situaciones condicionales como responder no o si.
- No usar palabras entre paréntesis, pues no se comprende que es una aclaración.
- Procurar el orden alfabético entre las categorías de una pregunta de selección múltiple para evitar el sesgo de frecuencia (que el encuestado comprenda que las primeras categorías son las que debe responder).

- Sugieren usar “tuteo” para promover la confianza.
- Se refieren varias veces a que se construyan las preguntas con el sujeto primero y el predicado después.
- Se sugiere agregar a los conocimientos y actitudes, la opción No sé (esto permite diferenciar con el No responde o con el conocimiento erróneo). Para el caso de las prácticas esto no se debe considerar.
- Solicitaron que la instrucción sobre cómo diligenciar no se coloque al inicio de la encuesta o el grupo de preguntas si no con cada pregunta.
- Recomiendan no enumerar las preguntas para disminuir la percepción de examen.

Sobre el proceso de la prueba piloto, los funcionarios participantes mencionaron:

1.5.1. ACERCAMIENTO A LOS JÓVENES

Es importante en el primer encuentro generar empatía con los participantes y motivarlos. (Apartadó - Quibdó)

Es interesante, a través de preguntas, visibilizar las concepciones que tienen frente a las diferentes nociones y percepciones de su propia sexualidad, creencias, mitos y tabúes (Apartadó - Quibdó)

Se sugiere realizar grupos focales de validación con jóvenes de sexto a octavo, de noveno a undécimo y no escolarizados (Alianza Antioquia)

1.5.2. SOBRE LA VERSIÓN FINAL DE LA ENCUESTA

Tener en cuenta el lenguaje que se maneja en los jóvenes frente a la temática de la sexualidad para que sea ajustada a cada localidad en sus códigos lingüísticos (Apartadó - Quibdó)

Mejorar las preguntas que fueron cuestionadas en el ejercicio (Cartagena, Yopal, Puerto Triunfo, Argelia, Santa Marta, Valledupar)

Que se haga un solo formato de acuerdo a las recomendaciones y comentario regionales. (Cartagena, Yopal, Puerto Triunfo-Antioquia, Argelia-Antioquia, Santa Marta, Valledupar)





1.5.3. SOBRE LA ESTANDARIZACIÓN DE ENCUESTADORES

Realizar antes de cada aplicación regional, una prueba piloto para ver las fortalezas y debilidades de cada encuestador (Apartadó-Antioquia - Quibdó)

1.5.4. SOBRE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se sugiere que cada equipo esté compuesto por dos personas, quien aplica y quien acompaña en el proceso. (Apartadó-Antioquia - Quibdó)

1.5.5. SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

El encuestador debe evitar inducir al joven cuando tenga alguna duda o inquietud frente a una pregunta. (Apartadó-Antioquia - Quibdó)

1.6. REALIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES REGIONALES

A partir de los grupos focales, los registros individuales de los jóvenes, la opinión de los profesionales que participaron en la aplicación y el análisis de las encuestas aplicadas, se ajustó la encuesta en un formato de 43 preguntas. Con este formato se hizo un pilotaje regional en 30 de los 32 municipios de segunda fase. En cada municipio se repitió el trabajo de campo que incluía prueba piloto y realización de grupos focales en grupos de edad de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

En general se encontró que el cuestionario fue bien entendido con una buena apertura a la hora de responder. Refirieron que los problemas que tuvieron se relacionaron más con el desconocimiento de las temáticas y no manifestaron rechazo hacía las preguntas. La encuesta se ligó al Proyecto, los y las jóvenes la identificaron como parte del Proyecto. La encuesta fue de fácil diligenciamiento y consideraron que para otros será fácil diligenciarla.

A todos les pareció buena la encuesta por las siguientes razones: genera reflexión sobre lo que no se sabe, permite aprender, remueve conocimientos (mitos, creencias, conceptos erróneos) que se tienen sobre el tema, permite reflexionar sobre conocimientos y comportamientos que se tienen. Consideran que la encuesta tiene

el objetivo de prevenir las enfermedades de transmisión sexual y averiguar que información sobre sexualidad tienen los jóvenes para orientarlos.

Las preguntas se centraron sobre conocimientos y en reflexión sobre cuestiones éticas cuando hay una persona infectada (San Pablo)

La mayoría piden aclaración sobre el uso del condón, el sida (sus mecanismos de transmisión y de prevención), los síntomas de ITS, el aborto, el embarazo y los métodos de planificación familiar. La encuesta se constituyó en una puerta de entrada a procesos de enrolamiento en el Proyecto.

La encuesta se debe entregar en el paquete completo por que si se divide a partir de la pregunta sobre relaciones sexuales, se pondría en evidencia a las personas que contesten (Chaparral-Tolima).

Los que no han tenido relaciones sexuales, las preguntas relacionadas les generan vergüenza, las leen, releen y preguntan: ¿qué respondo si yo no he vivido esto? (Cocorná-Antioquia)

1.6.1. NARRATIVAS GENERALES EN LOS GRUPOS FOCALES

COMPRENSIÓN DE LAS PREGUNTAS

Algunos comentarios para resaltar fueron:

Doce meses es mucho tiempo y no se acuerdan (Arauca)

Hay dificultad en la comprensión de las preguntas, los grupos de personas no escolarizadas son muy difíciles pues leen un poco mal. (Cali)

Hay muchos términos médicos como VIH, síntomas, chancro y úlcera genital (Cali)

Para diligenciar la encuesta hay que tener conocimiento sobre el tema, hacer parte de grupos que trabajan en salud, sexual y reproductiva (Cartagena).

El diligenciamiento es fácil y lo puede ser para otros jóvenes. Nos ayuda a ser conscientes de la realidad que vivimos (Apartadó - Antioquia)

En las fuentes de información solicitan agregar la opción “algunas veces” porque, por ejemplo, la información del colegio no es muy profunda (Medellín)

No conocen el término VIH o sida, muchos no tienen radio ni televisor ni nada para escuchar esa palabra, saben que “el sida mata” pero no saben por qué (Cocorná - Antioquia).

La encuesta se puede prestar para que los jóvenes mientan por que no hay forma de verificar que estén contestando la verdad. (Granada - Meta)

RECHAZO A LAS PREGUNTAS

Para los que no han tenido relaciones sexuales, hablar de penetración del pene por el ano o la boca les parece un acto antihigiénico (Arauca)

Si en verdad tuviera ese mal (el VIH) no se atrevería a contestarla por temor a ser juzgado y rechazado (Sincelejo).

Soy sincero, sabiendo que una persona tiene VIH, no la invito a comer (Sincelejo).

Yo la invito a comer ni la besaría (Sincelejo)

No siempre el condón protege del contagio con VIH cuando se tienen relaciones penetrativas, hay personas que no saben conservar el condón disminuyendo su calidad y aumentando el riesgo de contagio al utilizarlo (Sincelejo)

Dudas sobre la fabricación de los condones, por que no creen que les garantice protección (Cartagena)

La pregunta debía ser “utilizar el condón correctamente en todas las relaciones sexuales penetrativas protege a las personas de las ITS?”. (Apartadó - Antioquia)

Les agrada que se conserve la confidencialidad en la aplicación mediante el sobre cerrado y la urna. (Argelia - Antioquia)

Sobre el uso del condón dicen que lo que han observado en la televisión y la información que han recibido no les menciona que el condón tiene fecha de vencimiento ni cómo es la utilización. (Argelia - Antioquia).

Los jóvenes rechazarían preguntas porque reconocen que sus prácticas les harían sentir que lo que hicieron no estuvo bien hecho o por que se dieron cuenta que con una relación sexual pudieron estar en riesgo de adquirir una enfermedad (Cocorná - Antioquia).

Para muchas personas la violación es grave mientras el abuso sexual es "pasable". (Cocorná - Antioquia).

La pregunta no debe estar dirigida solamente a indagar si se han tenido o no relaciones con personas del mismo sexo y se está descuidando si las relaciones sexuales de los jóvenes se están teniendo con responsabilidad, con amor y afectividad (La Unión - Antioquia)

INQUIETUDES GENERADAS

La encuesta hace saber para qué es: que tanto sabemos y cómo actuamos con personas que tienen VIH (Sincelejo)

Se deberían realizar las preguntas sin importar que no se hayan tenido relaciones sexuales (Ocaña -Norte de Santander)

¿Cómo trato a una persona con VIH? No sé (Sincelejo).

Es muy difícil que los jóvenes practiquen conscientemente las formas de prevención contra el sida. (Sincelejo).

Incluir la pregunta ¿Están dispuestos a realizarse la prueba de VIH? (Turbo - Antioquia)

¿Qué pasa si se aborta muy joven? (Cocorná - Antioquia)

¿El condón siempre evita que haya transmisión del VIH? (Sonsón - Antioquia)

¿Cuáles son los efectos de usar un preservativo vencido? (San Francisco - Antioquia)

¿El VIH se transmite por comer del mismo plato, con sobrados o con la saliva. (Pereira)

Si mi novio me obliga a tener relaciones sexuales. ¿Eso es una violación? (Pereira)

¿Cómo convivir con una persona que





tiene VIH sin infectarla, ni rechazarla? (Granada - Meta)

*¿En qué afecta tener relaciones sexuales bajo efecto del alcohol?
(San Pablo - Bolívar)*

SOBRE LOS CÓDIGOS LINGÜÍSTICOS

Las preguntas más frecuentes sobre el significado de las palabras usadas fueron:

- Manoseo por tocar
- No reconocen el término genitales (Florencia)
- ¿Cuál es la diferencia entre un motel y un hotel? (Cocorná, Antioquia)
- La palabra anonimato es confusa para algunas personas y no es del uso común (San Francisco, Antioquia)
- ¿El condón es el mismo preservativo?

1.6.2. SUGERENCIAS

Reflexiones en cada uno de los componentes de la encuesta haciendo referencia a la problemática que trata, en pie de página (Sincelejo).

Que hablen más del embarazo en adolescentes (Cocorná - Antioquia).

¿Has tenido relaciones sexuales con animales? (Ocaña - Norte de Santander)

¿Has sido víctima de abuso sexual? (Cocorná - Antioquia)

Si ha tenido relaciones sexuales ¿Porqué las ha tenido? (Medellín)

¿Cómo se sienten en una relación sexual, bajo efecto de las drogas? (Medellín)

¿Cuántos hijos tiene? (Chaparral - Tolima)

¿Sabe poner y quitar el condón? (San Pablo - Bolívar)

Recomiendan que se profundice más en las causas por las cuales trabaja y en qué trabaja, haciendo especial referencia a posibles casos de prostitución infantil, en los que muchos jóvenes trabajan para sustentar sus necesidades básicas. (Medellín)

La encuesta no indaga en las causas de las situaciones; por ejemplo: causas por las cuales iniciaron su vida sexual, causas del embarazo no planeado, causas por las cuales trabajan. (Medellín)

También cuál es la razón para tener relaciones sexuales, para el placer, experimentar, estar enamorado (Cocorná - Antioquia).

Las mujeres más jóvenes se ruborizaban incluso no les gustaba pronunciar palabras como sexual, VIH o penetración. Persiste risa, temor a la desaprobación, temor a que los demás los juzguen sobre todo del sexo opuesto (Cali)

Para el momento de la aplicación, los jóvenes y funcionarios recomendaron:

- No aplicar a la hora de almuerzo
- No aplicar en recreos
- Tener plan B de selección

1.7. EVALUACIÓN CON EXPERTOS

Con la versión ajustada (versión 6) se presentó a profesionales con experiencias en esta metodología en los municipios de Medellín, Montería, Cali, Villavicencio y Florencia. Paralelamente se presentó a expertos del MCP y su Comité Ejecutivo obteniendo la versión final.

- La encuesta evalúa más conocimientos y prácticas que actitudes.
- No usar terceras personas.
- Colocar la opción no me acuerdo.

1.8. LECCIONES APRENDIDAS

SOBRE EL PROCESO DE VALIDACIÓN

Integrar a los operadores en el proceso de diseño de la encuesta aumenta la apropiación del proceso y una mayor participación en el control de los diferentes procesos. Sin embargo en el momento de aplicación de la encuesta final, los funcionarios participantes ya no estaban en el proceso por lo cual fue necesario reinducciones y controles al proceso.

Realizar validación con múltiples componentes mejoró el documento final de encuesta. Fueron integrados procesos nacionales y regionales, con grupos focales, pruebas piloto y opinión de profesionales con experiencia en el tema.

SOBRE LA FORMA

Realizar diseño exclusivo de la encuesta, más allá de una copia (fotocopia), que tuviera en cuenta manejo del color (se utilizó azul para ligar con la estrategia de comunicaciones del Proyecto), organización funcional, descansos gráficos, no numeración, tamaño y tipo de letra, permitió mejor aceptación del instrumento y disminuye la percepción de situarse ante un examen.

Utilizar un formato tipo revista (doble columna) dificulta el seguimiento secuencial de las preguntas. Si no existe numeración (que aumenta la percepción de “evaluación”), a los y las jóvenes se les hizo más difícil determinar la secuencia de las preguntas; es preferible utilizar una sola columna. Las preguntas que no deben ser respondidas y producen salto debían tener señales en otro color para que las personas que no las debieron contestar, no lo hagan.

SOBRE LA SELECCIÓN DE LOS SUJETOS

Unificar la metodología de muestreo por etapas facilita la validez externa de los resultados. La metodología básica era seleccionar al azar 30 grupos (salones de clase, cursos, grupos juveniles, no escolarizados, etc.) de los grupos posibles de intervenir y en cada grupo, de forma aleatoria, 8 jóvenes. El azar determinó finalmente la distribución por sexo, edad y nivel de escolaridad (entre los escolarizados).

Verificar el mecanismo de selección de los conglomerados previo a la aplicación permitió identificar la condición adecuada de la selección. Esto permitió que en los dos momentos de aplicación, las unidades geográficas de marco muestral fueran iguales.

Establecer una muestra equiprobable (submuestra igual) entre municipios



permitirá una mejor comparación entre municipios. Los tamaños de muestra de la encuesta del primer grupo de municipios dificultaban la comparación entre municipios.

SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN INDIVIDUAL

Establecer estrategias para asegurar anonimato durante la ejecución de la encuesta facilitó mayor confianza y posiblemente “más sinceridad” en las respuestas. Entre las estrategias utilizadas estaban:

No realizar preguntas de identificación del o de la joven (identificación, dirección, teléfono) garantizaba el anonimato. La encuesta no tenía código consecutivo ni se asignó código al sujeto. No existía un valor numérico o alfanumérico para identificar cada individuo por aparte.

Fortalecer el proceso de información sobre el objetivo de la encuesta y promover mecanismos de consentimiento facilitan la toma de decisiones autónoma y el enrolamiento en el Proyecto. En el proceso previo de aplicación (primera fase), la provisión de información verbal fue considerada suficiente; en este proceso, se aseguró también proveer comunicación escrita con los puntos de contacto del Proyecto.

Usar procesos de enmascaramiento contribuyó a aumentar la confianza en el proceso. La encuesta fue entregada en un sobre diseñado para la encuesta; en este sobre, el o la joven depositaba su encuesta en el sobre y la sellaban. Posteriormente la introducían en una urna sellada o en un sobre grande. A los jóvenes se les informaban que una vez recolectadas estas encuestas sin destapar serían enviadas a Bogotá para su procesamiento.

SOBRE EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Centralizar la digitación de la información permitió acelerar los procesos de validación y en especial, el control de calidad del proceso. En este procedimiento solo participaron tres personas, que fueron sometidos a tres procesos de control: establecimiento de rutina de digitación y control, revisión mediante muestreo de lo digitado y verificación por el equipo de Gerencia de las inconsistencias. A partir de este proceso se realizaban tablas de salida que se enviaban a todos los municipios con la base de datos respectiva para su uso. Algunos municipios produjeron informes individuales y otros utilizaron los indicadores puntuales para sus evaluaciones.

Creen que más que dar información, la encuesta permite reflexionar e invita a buscar respuesta a muchos temas... además tiene la expectativa que como el proceso que se realizará se pueda hablar de los temas no en forma técnica si no en una forma más cercana al lenguaje de la gente y de los jóvenes. (Cocorná - Antioquia)

Diligenciando la encuesta aprendieron más sobre su sexualidad, a hablar sinceramente sobre el tema, a reflexionar sobre la importancia de aprender a cuidarse y prevenir embarazos, infecciones de transmisión sexual y a medir sus propios conocimientos. (Medellín)



CAPÍTULO 2. OFERTA DE ASESORÍA PARA PRUEBA VOLUNTARIA

El segundo objetivo específico del Proyecto fue el fortalecimiento institucional para el mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios municipales de educación para la sexualidad y prestación de servicios en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH. Contemplaba el fortalecimiento de los servicios de salud del primer nivel de atención, como servicios amigables para los y las jóvenes de 10 a 24 años, que presten información, asesoría y atención en salud sexual y reproductiva, con una meta de atender a 54.000 jóvenes con asesoría y consejería y toma de muestra para VIH.

El Proyecto Colombia promovió la implementación de escenarios de asesoría para prueba voluntaria de VIH (APV), como respuesta a la propagación de la epidemia y que en muchos lugares evolucionó a una estrategia de servicios amigables para jóvenes.

La entidad ejecutora local (operador) realizó la sensibilización, convocatoria y divulgación sobre la existencia de servicios de asesoría y consejería para prueba de VIH en jóvenes a través de las diferentes estrategias del proyecto dirigidas a:

- Mecanismo coordinador municipal o local.
- Equipos intersectoriales locales de salud y educación
- Jóvenes líderes
- Jóvenes beneficiarios de la capacitación entre pares.
- Jóvenes que consultan a otros servicios como atención del joven, planificación familiar, atención de ITS o VIH/sida y detección de cáncer de cuello uterino.
- Sensibilización a la comunidad general.

También fueron utilizados los espacios locales para jóvenes que



existen en cada localidad y los espacios provistos por los servicios de salud y educación para informar, educar y comunicar, incluyendo aquellos que utilizan los medios masivos de comunicación.

La convocatoria iba dirigida principalmente a los jóvenes residentes en los barrios de las unidades básicas de acción -UBA (sitios de focalización de acuerdo con criterios de situación de desplazamiento y pobreza), seleccionadas en cada municipio para la ejecución del Proyecto. Sin embargo, si un o una joven solicitaba la prueba en la institución de salud (muchos de los cuales funcionaron como Servicios Amigables) pero no residía en los barrios de la UBA, se le realizaba la prueba, posterior a la asesoría correspondiente.

Los operadores establecían los mecanismos con las instituciones de salud encargadas de la asesoría, consejería y toma de muestra, para la remisión y atención prioritaria de los jóvenes que habían sido cubiertos por la estrategia de educación de pares o en general para los jóvenes beneficiarios del Proyecto.

Para el desarrollo de esta estrategia se involucraron procesos de programación de recursos, de programación de puntos de toma de muestra, el procedimiento de diagnóstico y la asesoría pre y pos-prueba.

2.1. PROGRAMACIÓN DE RECURSOS

La meta de jóvenes a alcanzar por el Proyecto era de 600.000 y el estimado de oferta de prueba de VIH durante un periodo de 12 meses de 9% (54.000 pruebas). Si se considera que entre 30 y 50% de la población abordada manifestó el inicio de las relaciones sexuales, evidencia que se pretendía llegar al 18-30% de esta población.

Para hacer la programación de los insumos se realizaron los siguientes pasos:

1. Número de unidades para toma de muestra

54.000 + 10% por daño-pérdida-expiración: 59.400

2. Número de pruebas de Elisa de primera vez

54.000

3. Número de pruebas de Elisa de segunda vez

Entre repeticiones y falsos positivos, se encontró que el 2,5% requerían repeticiones.

$54.000 \times 2.5\% = 1.350$

Esto significaría que se requieren la siguiente cantidad de Elisa.

54.000 (primera) + 1.350 (segunda) = 55.350

4. Número de pruebas de Western Blot necesarias

Asumiendo un valor predictivo de la segunda prueba de Elisa de 60%.

$1.350 \times 60\% = 810$

Esto significaría que el esperado de pruebas confirmatorias meta fue de 1,5%.

$810 / 54.000 = 1,5\%$

2.2. PROGRAMACIÓN DE PUNTOS DE MUESTRA

El Proyecto se desarrollaría en 48 municipios del país, por lo que se consideró que tener un punto de oferta del servicio por municipio sería suficiente para asegurar el cumplimiento de la meta por municipio. Sin embargo, el número de pruebas asignadas por municipio era diferente, por lo cual, en los municipios con mayor meta se requería varios puntos de oferta.

El mecanismo de focalización del Proyecto ubicaba una zona en cada municipio que se denominaba Unidad Básica de Acción (UBA). En cada una de esas zonas seleccionaba una unidad de salud donde se ofreciera la asesoría para prueba voluntaria. Sin embargo se encontraron las siguientes situaciones:

1. La unidad de salud era muy familiar para los y las jóvenes. En esta trabajaban vecinos o familiares, o era posible que se encontraran con otros jóvenes, familiares o vecinos durante la espera. Esto hacía que percibieran que su confidencialidad o anonimato pudiera afectarse y no consultaban a los servicios implementados.
2. Aunque se quería mantener la unidad geográfica, en algunas ocasiones, los jóvenes consideraban que existían otros puntos con mayor reconocimiento o con experiencias exitosas de trabajo con jóvenes.
3. Era insuficiente la oferta por la cobertura geográfica de algunos municipios donde se priorizaron varias comunas o localidades o simplemente la distancia entre barrios era grande y se requería la implementación en varias instituciones de salud. Situación que permitía aumentar la oferta de la prueba.

Por esta instrucción, al inicio del Proyecto, en los primeros 15 municipios se realizaron 1.000 pruebas en promedio. Al aumentar el número de puntos, se realizaron 2.500 pruebas mensuales.

Asumiendo que se requiere un funcionario 8 horas, 5 días a la semana, para procesos de asesoría pre y posprueba, con consultas de 30 minutos para cada proceso. En un mes se realizarían lo siguiente:

La mitad del tiempo se requiere para asesorías pre y la otra mitad para asesorías posprueba, entonces en un mes con 20 días efectivos.

20 días x 16 asesorías diarias = 320
160 preprueba y 160 posprueba

Esto si se asignara un funcionario exclusivo para asesorías, que la demanda fuera 100% efectiva y que no hubiese otros motivos de consulta (métodos anticonceptivos, asesoría en salud sexual y reproductiva, consulta del joven, etc.)

Este cálculo debe tenerse en cuenta para la programación promedio de pruebas a realizar por mes. Si se tienen las características señaladas, durante un mes se podrían realizar máximo 160 pruebas. Además se debe tener en cuenta que el 10% de la población que consulta no se realiza la prueba.

Si tenemos una meta de pruebas a realizar durante un periodo de un año, es necesario comprender que:

1. El proceso de canalización es gradual y en el caso del Proyecto Colombia, aumentaba de acuerdo con la cobertura de jóvenes en el proceso de educación entre pares. Es poco frecuente que los jóvenes estén en una “lista de espera” de asesoría y que tan pronto se abra el servicio se llegue a la demanda máxima.
2. No todos los jóvenes asistirán a un mismo punto, pues es difícil concentrar o canalizar este volumen de jóvenes. Además se esperaba un proceso tipo “bola de nieve” que aumentará la demanda del servicio.
3. El tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y el envío al sitio de procesamiento, la emisión del resultado, el arribo al centro de acopio de resultados y la consulta del o de la joven por su resultado.
4. Es preferible, la canalización hacia los servicios de salud que realizar brigadas para promover la oferta de la prueba e incluso para realizar asesoría y consejería en el lugar.

Un asunto esencial para asegurar el funcionamiento del proceso es el subsidio o pago de los costos de correo. Los puntos de toma de muestra que se asignen deben incluirse en rutas para recolección de las muestras asignando guías de correo personalizadas y preparadas. Estos recursos deben cubrir el envío semanal de muestras y no supeditar a un mínimo, ya que esto afecta la oportunidad del resultado.

2.3. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

El proyecto implementó como prueba de tamizaje Ultramicroelisa HIV0/1/2 de Suma Internacional[®] en muestras tomadas en papel de filtro. La técnica fue previamente estandarizada por el Laboratorio contratado y existía la experiencia sobre su aplicación en el Proyecto de Reducción de la Transmisión Madre Hijo financiado por la Unión Europea. La confirmación se realizó mediante Western Blot - Davihblot de la misma casa comercial.

La muestra fue tomada en papel de filtro. En una muestra se toman cuatro gotas de sangre que se encuentran ligadas al registro de la persona de quien proviene la muestra. Cada registro tiene un có-



digo individual consecutivo que se envía adosado a la muestra y cuya copia tiene la persona que se hizo la prueba.

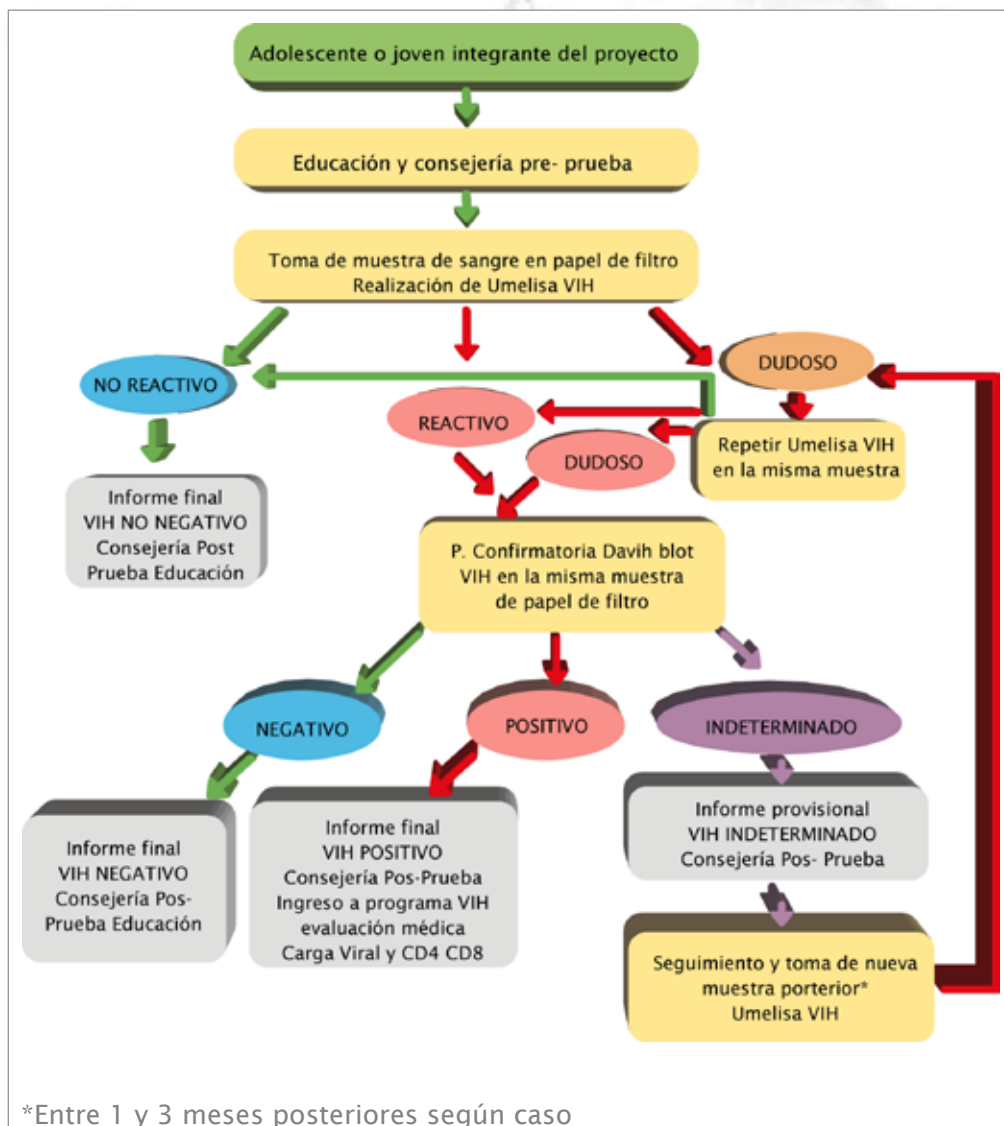
El Proyecto proveía un kit para la toma de muestra que incluía: el papel de filtro con su tarjeta de identificación, un sobre de papel para depositar el filtro seco, una bolsa de plástico para depositar el sobre con la muestra, una lanceta automática, un paño humedecido con alcohol, las instrucciones sobre la toma de muestra y un par de guantes.

Las ventajas de tomar las muestras en papel de filtro en comparación con muestras de suero son:

1. La muestra se toma por digipunción y requiere menos materiales (no se necesitan agujas, tubos, tubos para la separación).
2. La identificación no es posible de alterar pues se encuentra como extensión del papel de filtro. Incluso el usuario puede diligenciar la información y corroborarla.
3. La muestra no requiere manipulación diferente a “dejarla secar” por unas horas. No hay que centrifugar la muestra para obtener suero, pues se trabaja sobre la sangre total depositada en el papel de filtro.
4. No se necesitan condiciones de refrigeración para el almacenamiento o para el envío. Las muestras se depositan en sobres y se envían como correspondencia convencional (como documentos).
5. Con las 4 gotas que se depositan en el papel se puede procesar una segunda Elisa y de ser positiva, la prueba confirmatoria. No se requieren varias muestras, lo que aumenta la oportunidad en el diagnóstico (menor tiempo para el resultado confirmatorio).
6. En promedio, el resultado de una Elisa que no requería confirmación era de 7 días y 11 a 12 días para los que si requerían. La centralización del diagnóstico facilitaba el mayor consumo de recursos con una menor pérdida. Al llegar las muestras de un sitio era posible procesar “bandejas” completas de muestras.
7. El Proyecto cubría los costos de envío que la mayoría de las veces se convierte en un obstáculo para el logro de las coberturas deseadas. Sin importar el número de muestras tomadas, la empresa contratista recolectaba las muestras siguiendo sus normas de bioseguridad en cada uno de los puntos o en un sitio de acopio previamente establecido.

ELISA VIH mediante técnica Umelisa HIV®. Prueba de tercera generación para la detección de anticuerpos contra VIH-1 y VIH-2 fabricada por Tecnosuma® con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 99,72%.

ALGORITMO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH PROYECTO FONDO MUNDIAL EN COLOMBIA



*Entre 1 y 3 meses posteriores según caso



Los problemas más comunes en el procesamiento fueron:

1. No se dejaban secar las muestras entre 2 y 3 horas, lo que facilitaba que se adosaran entre sí o que fuera colonizado por hongos. En algunos sitios se distribuyeron gradillas de cartón para facilitar el proceso.
2. La tarjeta de identificación unida al papel de filtro tenía una copia en papel químico, en algunas ocasiones cuando se escribía sobre una pila de papeles de filtro se transcribía la información en múltiples hojas.
3. No se entregaba la copia para solicitar el resultado al o a la joven.
4. Al inicio no estaba configurada la red para la recolección de muestras tomadas, que demoró el doble del tiempo, la oferta del resultado.
5. En los casos indeterminados, al repetir la prueba en muestra tomada en papel de filtro, se volvía a tener un resultado indeterminado. Por esta razón para evaluar seroconversión, la toma de muestra se hizo en suero, llevando el “descarte” a los casos indeterminados a quienes se les repitió la prueba.
6. El servicio de correo que es vital para garantizar o mejorar la oportunidad en el procesamiento y resultado, no funcionó adecuadamente al inicio pero con la comunicación establecida entre el laboratorio central, los puntos de toma de muestra y la empresa de correo, esto se solucionó.
7. La percepción que no se deja capacidad instalada para el procesamiento de pruebas en el nivel local o departamental a pesar que el proceso permite una mayor costo-efectividad.

2.4. ASESORÍA PARA PRUEBA VOLUNTARIA

El Proyecto capacitó en asesoría y consejería para prueba voluntaria a funcionarios de salud de las unidades de salud preseleccionadas en las Unidades Bases de Acción. El proceso pedagógico incluyó un abordaje bioético y un enfoque de derechos durante la capacitación. Este proceso fue financiado por la Organización Panamericana de la Salud y cubrió los municipios de las dos fases.

Este proceso se extendió con la suscripción de acuerdos con secretarios de salud y gerentes de hospitales para asegurar la oferta de la prueba voluntaria en sus instituciones y la continuidad de los funcionarios responsables.

El Proyecto eliminó la barrera del tipo de afiliación al sistema de salud para acceder a la prueba y de esta manera, los y las jóvenes de los regímenes contributivo y subsidiado pudieron demandar la prueba de VIH.

La información sobre la disponibilidad de la prueba se realizó en los procesos de capacitación entre pares (tanto de líderes como en las réplicas), de los funcionarios de salud y educación, a los padres de familia y mediante campañas lideradas por la Gerencia (En todo tu derecho- Asexórate).

En algunos sitios se movilizaron medios de comunicación mediante campañas radiales, perifoneo, campañas de televisión e impresos para informar sobre la disponibilidad de la prueba. Se realizaron concertaciones con funcionarios y autoridades de salud y educación, familias y comunidad general para garantizar procesos de confidencialidad. En los casos de Carmen de Bolívar y Granada se consideró la suspensión de la oferta por que este ambiente de confidencialidad o de seguridad para quien se hacia la prueba no se facilitó.

Se realizaron 58.398 pruebas en 48 municipios y en 13 municipios del Tolima que ampliaron la cobertura del Proyecto. La tasa de retorno por el resultado osciló entre 50 y 80% (mediana de 67%).

Entre las razones para la perdida en el retorno (33%) por el resultado estuvieron:

1. El o la joven no sabían cuándo podían volver por su resultado. Esto no se les había informado durante el proceso de asesoría.
2. La actividad de oferta de la asesoría fue extramural y no se les indicó a los jóvenes donde ni cuando retornar por el resultado. En algunas ocasiones fue necesario hacer jornadas de sensibilización en las zonas donde se hizo la actividad para informar “sin ligar con el nombre” que los resultados estaban disponibles.
3. La migración de la población entre sectores o localidades de los municipios o entre municipios.

4. Algunos percibían su posible resultado o lo conocían de antemano y no quisieron volver por el.
5. El cambio del personal (el asesor) que permitió que el o la joven no reclamara su resultado por desconfianza.
6. Algunos asumían que si no los buscaban era por que resultaron negativos (se cree que se buscan solo a los positivos).

Algunos servicios insistían en la consideración de la búsqueda activa para aquellos que no volvían por su resultado. En todo momento se consideró que este proceso no era posible si no había sido autorizado por el o por la joven. Ante esta situación se consideró:

1. El procedimiento que se estableciera debe ser tanto para los positivos como para los negativos. No se podía asumir que la responsabilidad era de informar a los positivos únicamente.
2. Debía informarse claramente al joven, durante el proceso de asesoría, cuándo-dónde-cómo-con quién reclamar su resultado y en lo posible, entregar información escrita al respecto.
3. Los procesos de educación entre pares deben incluir los aspectos relacionados con la asesoría y la importancia de regresar por el resultado.
4. Diseño de un consentimiento informado ampliado, donde el o la joven autorizaba su búsqueda (explicitando por cual medio: telefónico, carta, visita, etc) en el caso que pasado un tiempo determinado no volviera por su resultado independientemente de este.
5. Diseño de un consentimiento para la ubicación ante no retorno o registro firmado de esta información en la historia clínica.

Los procesos de continuidad del servicio se afectaron por la inestabilidad laboral del funcionario, la rotación del personal, la temporalidad del servicio (solo durante el Proyecto), el aislamiento del proceso de la atención integral de los y las jóvenes, la poca amigabilidad del servicio, las fallas en el proceso de confidencialidad, la no financiación de la prueba, la atomización del servicio (no era para todos los jóvenes sino para aquellos que tenían EPS que contrata con la institución de salud), entre otras.



CAPÍTULO 3. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS ANTI- RETROVIRALES

Los jóvenes beneficiarios, pertenecientes al área de la unidad básica de acción (zona de focalización), fueron informados sobre la disponibilidad del servicio de salud sexual y reproductiva amigable para los jóvenes que incluía, entre otros, la asesoría pre- & pos - prueba de VIH, diagnóstico de VIH y la ruta de acceso a servicios de atención integral en el caso de infección con VIH.

El Proyecto Colombia consideró como complemento a la atención de las personas viviendo con VIH/sida la provisión de medicamentos antiretrovirales para la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El apoyo del Proyecto incluía la realización de 3 cargas virales y recuentos de linfocitos y la provisión de medicamentos antiretrovirales de primera línea de ser necesarios. Inicialmente esta oferta se dio a los jóvenes diagnosticados por el Proyecto pero durante el último año de ejecución se amplió a los jóvenes sin importar la fuente del diagnóstico.

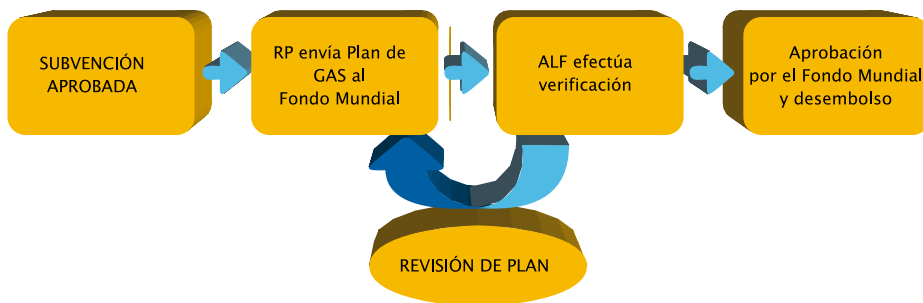
En este capítulo se describe el proceso de gestión de adquisiciones y suministros, el proceso de suministro de medicamentos y la implementación de los kit de profilaxis postexposición al VIH.

3.1. EL PROCESO DE GESTIÓN DE ADQUISICIONES Y SUMINISTROS

El proceso correspondió a la “gestión de adquisiciones y suministros” que son todas las actividades de gestión necesarias para obtener la cantidad suficiente de productos sanitarios de calidad garantizada, al menor precio posible y de conformidad con la legislación



nacional e internacional, que el usuario final recibirá en forma fiable y oportuna. El proceso debía contener los siguientes pasos:



Con el Plan de Gestión de Adquisiciones y Suministro se reconocían los siguientes aspectos:

1. Dar comienzo a las actividades de adquisición solo cuando se haya creado la capacidad adecuada.
2. Subcontratar funciones del Plan a organismos especializados.
3. Subcontratar funciones a organismos especializados y al mismo tiempo, crear la capacidad interna.

Esta última fue la opción desarrollada desde el Receptor Principal de los recursos (OIM). Fue subcontratado el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que creó la capacidad adecuada mediante contratos con proveedores y distribuidores de medicamentos.

Los medicamentos seleccionados por el Proyecto correspondían a la primera línea de tratamiento revisada en la nueva guía de atención del Ministerio de la Protección Social a través de una alianza entre la Asociación Colombiana de Infectología y Fundesalud. Esta Guía fue formalizada mediante la Resolución 3442 de 2006 (dos años después de la formulación del Plan de Gestión).

Los medicamentos de primera línea que se distribuirían serían:

Zidovudina 150mg + Lamivudina 300mg
Efavirenz 600mg
Estavudina 40mg

Lamivudina 300mg
Nelfinavir 250mg

Se calcularon las siguientes probabilidades de protocolos:

- | | |
|---|-----|
| 1. Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz | 60% |
| 2. Estavudina + Lamivudina + Efavirenz | 20% |
| 3. Zidovudina + Lamivudina + Nelfinavir | 15% |
| 4. Estavudina + Lamivudina + Nelfinavir | 05% |

De acuerdo con las recomendaciones del Fondo Mundial se recurrió a un proceso de negociación de los antirretrovirales a través de fondos rotatorios internacionales para disminuir el precio de los medicamentos. La negociación buscó que un solo proveedor suministrará todo el grupo de medicamentos y que estos estuvieran relacionados en la Lista de Medicamentos Precalificados de OMS⁸, aprobados por la Foods and Drug Administration de los EEUU o por la Agencia Europea de Medicamentos. Si no se encontraban en este proceso se asumían los medicamentos incluidos en la Primera Negociación Conjunta de Precios para Medicamentos Antirretrovirales en los Países Sudamericanos realizada en Lima (2003) y considerando su registro sanitario a través del Invima.

TRATAMIENTO	COSTO MES TRATAMIENTO		AHORRO		
	CASA 1	CASA 2	MES	PAC/100	TOTAL/100
Esquema 1	82,08	48,63	33,45	60	2.007,00
Esquema 2	74,82	42,03	32,79	20	655,80
Esquema 3	199,92	116,40	83,52	15	1.252,80
Esquema 4	204,12	120,60	83,52	5	417,60
Ahorro por 100 pacientes					4.333,20
Ahorro por 400 pacientes					17.332,80

Ante las dos opciones fue seleccionada la opción de la casa comercial 1. Si no se hubiese utilizado el mecanismo de negociación internacional, con los precios de venta al público o los precios de proveedor local, el precio obtenido estaría entre 2 y 5 veces más que el negociado finalmente.

3.2. PROCESO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

El proceso planteado para la provisión de terapia antirretroviral por el Proyecto estaba conformado por oferta de prueba voluntaria, es-

perando que 0,6 a 0,7% de los jóvenes que se realizará la prueba tuviera VIH, y que de estos, el 75% requeriría tratamiento antirretroviral. El Proyecto no contemplaba la oferta de medicamentos para población previamente diagnosticada y adicional a esto, Bogotá y Antioquia (Medellín, Apartadó, Turbo, San Luis, San Francisco, Carmen de Viboral, Puerto Triunfo, Argelia, Cocorná, Sonsón y La Unión) no aceptaron la provisión de los medicamentos, por considerar que estaba cubierta por su sistema local de salud o porque la población tenía una cobertura de afiliación al sistema de salud cercana a 100%.

A la par, el Plan de Gestión de Adquisiciones y Suministros de Medicamentos aprobado por el Fondo Mundial estableció dos momentos de compra de medicamentos antirretrovirales: en el sexto trimestre y en el octavo trimestre. La primera compra autorizada, cubriría el tratamiento de 150 jóvenes de 200 diagnosticados y la segunda, de 132 de los 176 pacientes restantes. La compra de estos medicamentos fue realizada mediante Acta Acuerdo con PNUD, estableciendo como forma de contratación Compra Venta, lo que limitaba la posibilidad de reposición de los medicamentos por no rotación (al contrario de los contratos de Suministros) pero correspondía a los requerimientos del Fondo.

Por la legislación vigente en Colombia, la fecha de expiración de los medicamentos es de dieciocho (18) meses a partir de su fabricación⁹ y de acuerdo con los ensayos de estabilidad. Como el medicamento no es producido en Colombia, si no en India, en el proceso de trámite de la nacionalización y entrega, transcurren dos (2) meses, que disminuyen la disponibilidad de medicamento “vigente”.

El proceso de oferta de la prueba inició en marzo de 2006, pero se consolidó en junio-julio de 2006, en los primeros 15 municipios (excluida Bogotá). Al iniciar la oferta de prueba, se encontró que la prevalencia en la población de jóvenes sexualmente activa era de 0,2%, lo que disminuía ostensiblemente el número de casos esperados, en un tercio.

La primera orden de compraventa se firma en abril de 2006 y se inicia su entrega en agosto de 2006, tres meses después de iniciar la oferta de la prueba. Ante la situación de baja rotación del medicamento se solicita al proveedor que no entregue todo el pedido, restando así el 50% por entregar al distribuidor. El medicamen-

⁹ Una fecha de vencimiento demasiado limitada fuerza una mayor rotación y/o pérdida de stock en la cadena de distribución, obliga a descartar producto no utilizado y provoca la necesidad de repetir la compra. En: Debesa García F; Fernández Argüelles R; Pérez Peña J. La caducidad de los medicamentos: justificación de una duda. Rev Cubana Farm v.38 n.3.

to restante se comprometió para el momento en que la rotación lo permitiera.

La oferta inicial hasta junio de 2006 fue de 2.499 pruebas de VIH, encontrando 10 casos, de 30 esperados. Esta situación obligó a realizar los siguientes ajustes para aumentar la captación de los casos:

1. Ofrecer la prueba a grupos considerados “más vulnerables” como trabajadoras (es) sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres o parejas de las mujeres embarazadas viviendo con VIH diagnosticadas por la Estrategia Madre Hijo de VIH del Ministerio de la Protección Social.
2. Aumentar el número de puntos donde se ofrecía la prueba de VIH, pues inicialmente se contemplaba uno por municipio, lo que significaba pasar de 15 puntos a 75 puntos. Lo que permitió aumentar el número de pruebas realizadas a un promedio de 2.200 por mes.
3. Acelerar el inicio de la oferta de prueba voluntaria en los 32 municipios de segunda fase, que en comparación de la primera fase, iniciarían dos trimestres antes la oferta de la prueba. La oferta debía comenzar en marzo de 2007 y se inició en octubre de 2006.

Esto permitió aumentar el nivel de seropositividad del proyecto a 0,4% inicialmente, lo que significaba un rezago del 33% de los casos esperados. Los casos que fueron diagnosticados, presentaban las siguientes contingencias:

1. El nivel de aseguramiento en salud en Colombia aumentó del 50% en el 2004 a cerca del 75% en el 2006. Lo que significó que la mayoría de los jóvenes que accedían a la prueba, estaban asegurados, por lo cual, la atención integral (incluyendo el tratamiento) era responsabilidad del asegurador y según los mecanismos de vigilancia y control del Ministerio de la Protección Social, no se podía suplantar esta responsabilidad. Esto significaba un tercio menos de los casos esperados.
2. La vulnerabilidad de la población se potenciaba por el desplazamiento forzoso de sus lugares de origen y las condiciones



de pobreza extrema, que facilitaban el cambio de residencia. Esto hizo que muchos jóvenes no volvieran por sus resultados y algunos que si volvían, no regresaban a la atención integral (cuando se hacían cargas virales y recuento de linfocitos para decidir tratamiento), por el estigma hacia las personas viviendo con VIH y los significados de esto para su situación personal. Esto representó otro tercio de los y las jóvenes.

3. El tercio que regresaba por su resultado y no estaba asegurado, accedía a la carga viral y al recuento de linfocitos, pero sus resultados, en consonancia con la Guía Nacional de Manejo, no indicaban la necesidad de tratamiento en un 75% de los casos. Esto significaba que el 12,0% requerirían medicamento de los jóvenes que eran diagnosticados por el Proyecto.
4. Un aspecto transversal a los grupos antes señalados fue que la tasa de retorno por el resultado de la prueba de VIH fue de 65-70%, situación relacionada con el funcionamiento de los procesos de asesoría y consejería ligados a la prueba de VIH, tales como la inexistencia de espacios físicos, la rotación del personal, el bajo compromiso institucional, la no asignación de personal capacitado para el proceso (que fue capacitado por el Proyecto).
5. La mortalidad de las personas diagnosticadas por el Proyecto estuvo entre 3 y 7%, por diagnóstico tardío de la infección. Esto se debe tener en cuenta en el momento de realizar programación de recursos.

El Proyecto explicó esta situación al Gerente de Portafolio del Fondo Mundial en su primera visita (marzo de 2007), se acordó que el proceso horizontal de captación de los casos no permitiría la oferta de tratamiento antirretroviral y se establecieron los siguientes compromisos:

1. La oferta de la terapia antirretroviral podía extenderse a jóvenes previamente diagnosticados con VIH (no necesariamente diagnos-



ticados por el Proyecto), que incluía las pruebas de seguimiento de carga viral y de recuento de linfocitos y la provisión de tratamiento antirretroviral.

2. Se debería legalizar un Convenio con las entidades territoriales de salud a cargo de la atención integral de VIH y que permitiera aumentar los beneficiarios de la terapia.
3. Implementar los kit de profilaxis ante exposición de riesgo al VIH como oferta complementaria a los servicios amigables en salud para jóvenes y como reemplazo de la provisión de terapia antirretroviral en Bogotá y Antioquia.
4. Hacer convenios con la Estrategia de Prevención de la Transmisión Madre Hijo de VIH del Ministerio de la Protección Social (Instituto Nacional de Salud) y la oferta de pruebas en otras instituciones del Proyecto Integra del Grupo Temático de Onusida. Estos Convenios se firmaron pero no se logró su operación por existencia previa de insumos para apoyar el tratamiento.

Apoyados en una comunicación oficial del Ministerio de la Protección Social, se informó a los Secretarios de Salud sobre la necesidad de los convenios. Esta gestión se inició con la firma de la Gerente y posteriormente por recomendación del Fondo, se cambió por el representante legal del Receptor Principal (OIM). Se logró que de los 22 departamentos en los que funciona el Proyecto, en 11 se firmaran acuerdos, que comprometían la provisión de medicamentos antirretrovirales para jóvenes.

Entre tanto la oferta de la prueba se mantuvo estable y mediante los mecanismos de focalización se aumentó el nivel de positividad a 0,6%. Sin embargo, se continuó con los parámetros de nivel de aseguramiento, pérdida ante el resultado y baja necesidad de tratamiento.

En múltiples ocasiones y visitas de asistencia técnica se solicitó a los secretarios de salud cumplir con los compromisos de las Cartas Acuerdo, pero se encontraron las siguientes situaciones:

1. Las Secretarías de Salud tenían contratos con instituciones de salud (principalmente privadas) para ofrecer la atención integral de las personas viviendo con VIH residentes en el departamento. Si estas entidades recibían el medicamento para cubrir la atención de estos pacientes, eso significaba pérdidas dentro del contrato (o menor ganancia). En algunos departamentos nos mencionaron, que



no era posible un otrosí a dichos contratos para que las instituciones de salud recibieran los medicamentos.

2. Las Secretarías de Salud no atendían, en el momento, a personas viviendo con VIH en el rango de edad del Proyecto.

3. Las Secretarías de Salud convertían en prioritaria la afiliación al sistema de salud de las personas viviendo con VIH, razón por la cual perdían su carácter de vinculados.

4. La atención no estaba organizada en una red y no había asunción de responsabilidad de los diferentes niveles.

Ante la situación, se solicitó al proveedor, la posibilidad de devolver el medicamento para reposición. Sin embargo, el Proveedor expresó que esto significaría una pérdida comercial para ellos, pues el contrato de Compraventa no incluía esta reposición y la recepción de estos medicamentos al precio de venta a PNUD, con su posterior remate, significaría una afectación de los precios internos.

Por sugerencia del Proveedor se habló con programas que atienden personas viviendo con VIH y con Organizaciones No Gubernamentales que ofrecen servicios de atención integral. Sin embargo, se encontró que la política de las ONG es facilitar los procesos de afiliación de las personas viviendo con VIH y que los programas de atención de personas viviendo con VIH o sida se encontraban con un stock adecuado de medicamentos, incluso con fechas cercanas a la expiración (como ocurrió con la Estrategia Madre Hijo).

Se enviaron múltiples comunicaciones a los secretarios de salud, a los puntos focales de las instituciones de salud donde se oferta la atención integral a personas viviendo con VIH, a las entidades ejecutoras y a algunas ONG. Se reiteró por vía correo electrónica, telefónica y algunas veces, mediante visitas.

Si todos los departamentos hubiesen cumplido con los compromisos establecidos en los Acuerdos, 195 meses/paciente de tratamiento se habrían ubicado.

Ante la poca movilización del medicamento se consultó sobre la po-

sibilidad de ofrecer el medicamento a población por fuera del rango de edad. En la visita del Gerente de Portafolio (octubre de 2007), se autorizó esta provisión. El Proyecto aumenta la provisión de medicamentos a los grupos de otros rangos de edad.

Adicional a esto, se realizó un contrato con Medical Pharmacy para la provisión de 1.500 kit de profilaxis postexposición al VIH (abuso sexual, accidente con el condón o exposición ocupacional). Estos kit representaban 125 pacientes año de medicamento antirretroviral. Inicialmente, se distribuyeron 150 a Antioquia, Valle del Cauca, Sucre, Quindío, Bolívar y Cesar. No se realizó el despacho del 100% pues se requería un proceso gradual de implementación estos PEP kit.

En algunos momentos, el Proyecto encontró los siguientes eventos:

1. La población a ser cubierta tenía entre 10 y 24 años. Algunos menores de 18 años no tenían un peso mayor de 30kg y requerían fórmulas pediátricas para su atención. Como esto no se tuvo en cuenta en el Plan, se concertó con algunas instituciones la provisión de los medicamentos cuando el paciente lograra el peso. Entre tanto, las instituciones gestionaban la provisión de medicamentos pediátricos.
2. En junio de 2007, INVIMA produjo una alerta¹⁰ sobre el uso de nelfinavir de una casa comercial por contaminación, esto promovió que los médicos tratantes descartaran en sus esquemas, este medicamento.
3. Los médicos internistas e infectólogos que atienden a las personas viviendo con VIH/sida siguen las recomendaciones del Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents¹¹ que publica las Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents cada 3 a 6 meses. La recomendación para el tratamiento inicial con dos inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos es una combinación de abacavir + lamivudina o tenofovir + emtricitabina. Por la toxicidad de la combinación zidovudina + lamivudina¹², comparada con estos dos regímenes, esta combinación se considera más una alternativa que una primera opción. Esto hizo que los pacien-

10 Invima. Alerta de Seguridad del producto Viracept® (Nelfinavir). 12 de junio de 2007

11 Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 29, 2008; 1-128. Disponible en: URL://<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.

12 La Guía menciona que la zidovudina puede producir supresión de la médula ósea que se expresa en anemia microcítica o neutropenia, toxicidad gastrointestinal, fatiga y "posible" enfermedad mitocondrial; además que la combinación con lamivudina puede potenciar sus efectos adversos si existen ciertos tipos de resistencia. Además se evidencian menores incrementos de CD4 con este esquema.



tes nuevos diagnosticados, que requerían tratamiento, iniciaran con una combinación de abacavir+lamivudina+efavirenz o tenofovir+emcitribina+efavirenz; como el Proyecto no consideró otros medicamentos en su Plan de Gestión, se suministraron los medicamentos disponibles (lamivudina y/o efavirenz), con el compromiso de la institución tratante de ofrecer el abacavir, el tenofovir o la emcitribina. Algunos médicos también asumieron la recomendación de no tener como opción de reemplazo estavudina+lamivudina.

4. Muchos pacientes recibían previo al Proyecto combinaciones de medicamentos con lopinavir+ritonavir lo que dificultaba la modificación de su terapia. Este esquema representa menor eficacia viral, pero mayor efecto inmunológico y menor probabilidad de generar resistencia antirretroviral. Estos medicamentos no se contemplaron por no ser considerados primera línea de tratamiento en Colombia, aunque si está en las recomendaciones. Sin embargo el Proyecto pudo apoyar estos casos con la provisión de zidovudina, estavudina o lamivudina.
5. El cálculo de medicamentos se hizo a partir de las presentaciones farmacológicas disponibles en el momento del diseño del Plan de Gestión. Para algunos medicamentos se lanzaron nuevas presentaciones como fue el caso del Efavirenz que fue calculado con presentaciones de 200mg y estuvo disponible, la presentación de 600mg, lo que redujo el costo inicial planteado. Sin embargo, posteriormente ingresaron presentaciones al mercado con combinaciones de estavudina+lamivudina o monodosis de zidovudina+lamivudina que mejorarían la adherencia del paciente al tratamiento.
6. Los procesos de abogacía de ONG o de los programas de VIH en algunos departamentos promovieron la estandarización de líneas de tratamiento con presentaciones comerciales. En estos sitios no fue posible la provisión de medicamentos antirretrovirales genéricos que podía constituir un “retroceso” en los logros locales.

Las necesidades de medicamento proyectada y las requeridas fueron:

	PROYECTADO	REQUERIDO
Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz	60,0%	75,7%
Estavudina + Lamivudina + Efavirenz	20,0%	7,6%
Zidovudina + Lamivudina + Nelfinavir	15,0%	2,2%
Estavudina + Lamivudina + Nelfinavir	5,0%	0,3%
Otras combinaciones		14,2%

De 610 jóvenes viviendo con VIH captados por el Proyecto desde el diagnóstico o previamente diagnosticados, recibieron tratamiento 184, de los cuales 124 fueron beneficiarios directos del Proyecto Colombia del Fondo Mundial.

Adicionalmente captó 442 personas viviendo con VIH mayores de 24 años, ofreciendo terapia antirretroviral a 316.

3.3. IMPLEMENTACIÓN DE LOS KIT DE PROFILAXIS PARA LA ATENCIÓN DE VIH

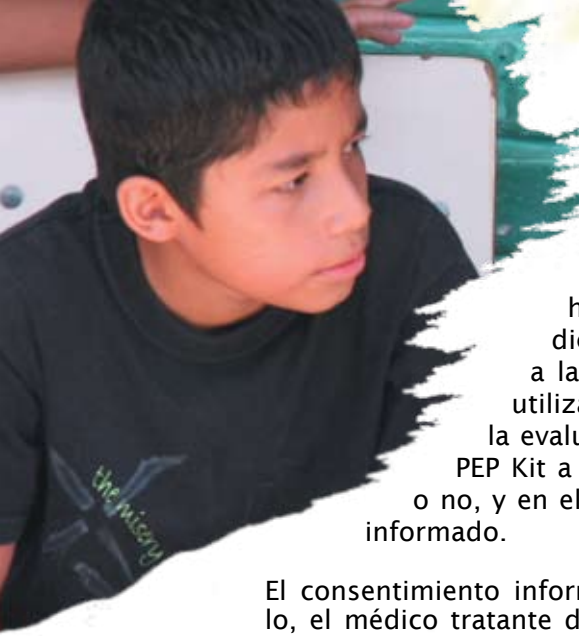
Los profesionales de la salud cuando nos enfrentamos a una víctima de abuso sexual generalmente pensamos en la urgencia de atención psicosocial o en la urgencia médico-legal (la denuncia), pero no en la urgencia médica que representa. Con una atención adecuada se podría disminuir el riesgo de embarazo no deseado y de infección con VIH, como consecuencia de un abuso sexual.

El kit de profilaxis (PEP kit) es una herramienta para la respuesta médica que puede ser usado para proteger a los individuos expuestos al VIH. Este estuche contiene medicamentos, pruebas de laboratorio y consentimiento informado. Idealmente, este estuche debe ser utilizado en las primeras 24 horas (máximo a las 72 horas) de la posible exposición al VIH y se debe administrar hasta por 4 semanas. La administración dentro de este tiempo permite una mayor eficacia de la profilaxis. Iniciar la profilaxis después de 72 horas de sucedida la agresión, no tiene eficacia.

Se estima que el riesgo de transmisión de VIH puede ser menor a 1%. Sin embargo, este riesgo aumenta si más de un hombre participó en la violación, si hay heridas en la piel, si fue una penetración anal, si se conoce que el violador tiene VIH o si se identifica que el violador es usuario de drogas intravenosas.

En general, el PEP kit contiene:

- Los medicamentos antirretrovirales requeridos post-exposición.
- Una prueba de embarazo y terapia de anticoncepción de emergencia.
- Un papel de filtro para la toma de muestra para prueba de VIH
- Guía para el médico que atiende y el paciente.
- Un formato de consentimiento informado.



Los beneficiarios serían una mujer o un hombre víctima de abuso sexual, independientemente de la edad y el tipo de afiliación a la seguridad social. Este kit sólo puede ser utilizado si el médico tratante, de acuerdo con la evaluación del paciente, recomienda el uso del PEP Kit a la persona, quien debe decidir si lo toma o no, y en el caso afirmativo, firmar el consentimiento informado.

El consentimiento informado es definitivo. Antes de suministrarlo, el médico tratante debe dar la información completa sobre el objetivo de la profilaxis, sus componentes, su administración y su riesgo-beneficio. Después de este proceso de asesoría, la persona decide si lo recibe o no.

Se debe realizar una valoración médica completa para determinar la necesidad. La exposición de riesgo es aquella exposición directa de mucosas, percutánea o intravenosa con fluidos corporales potencialmente infecciosos.

En el momento, la mayoría de las instituciones de salud que habilitaron el servicio de urgencias no cuentan con este insumo, que debería localizarse en sus stock de urgencias. Por esta razón, el Proyecto Colombia los ubicó en algunos sitios seleccionados de los municipios donde se encuentra: Medellín, Cali, Cartagena, Sincelejo y Armenia; por ejemplo, la Secretaría Municipal de Salud de Medellín realizará la coordinación de los PEP kit y los ubicará en los servicios de salud de mayor demanda de atención de víctimas de abuso sexual.

Los PEP kit se podrían ubicar en los stock de urgencias de cada IPS, sin embargo, independientemente del sitio donde sean colocados, era imprescindible que todos los médicos (incluyendo los responsables de los servicios de urgencias y de medicina legal) conozcan la ubicación; en general, toda la red municipal y departamental de atención de víctimas de violencia sexual.

Se recomendó asignar un responsable en cada institución que coordinará el suministro y reposición, así como la disponibilidad del PEP kit durante los horarios nocturnos.

La terapia antirretroviral ofrecida fue: Lamivudina 150mg+Zidovudina 300mg, una tableta cada 12 horas y Efavirenz 600mg, una tableta diaria. Esta profilaxis se ofrece por 28 días. El Proyecto no provee otros medicamentos, excepto que se solicitara cambio del Efavirenz por Nelfinavir o de la Zidovudina por Estavudina. El Proyecto no con-

taba con fórmulas pediátricas para el PEP kit.

En el PEP kit se ofrece una prueba de embarazo tipo casete cuyo fin es descartar si la mujer estaba embarazada en el momento de la violación y así no dar la anticoncepción de emergencia. Esta prueba puede ser realizada por el médico o en el laboratorio de acuerdo con las consideraciones técnicas en cada unidad de salud.

Adicionalmente se incluyó un papel de filtro para toma de muestra de sangre total para diagnóstico de VIH, que se puede ofrecer posterior a una asesoría para prueba voluntaria. Al igual que la prueba de embarazo, esta se incluye para determinar el estado de infección ante el VIH y no para detectar, en el momento, si el agresor le transmitió la infección.

Las dos pruebas son voluntarias; el médico debe explicar con toda claridad la importancia de las mismas para la profilaxis y para la atención médico legal. Se debe advertir a la mujer que en el caso que tenga una amenorrea de 7 días debe practicarse una prueba de embarazo.

El médico o equipo profesional tratante debe recomendar al hombre o a la mujer víctimas de abuso sexual que se realice una prueba de VIH, previa asesoría, entre el mes y los 3 meses de ocurrido el evento, excepto si resultó positivo en la prueba ofrecida con el PEP kit.

Fue importante establecer una estrategia de información y capacitación a los profesionales de salud de los servicios de urgencia y de atención de víctimas de abuso sexual, sobre la profilaxis post-exposición, los sitios donde se encuentra y la forma de solicitar la reposición.

De estar red deben hacer parte:

1. Los funcionarios de Medicina Legal.
2. Los funcionarios del Sistema Regulador de Urgencias Departamental o Municipal.
3. Los responsables de las líneas 123 de Salud.
4. Los funcionarios de Comisarías de Familia, ICBF, Defensorías de Familia y en general, del Sistema de Protección Familiar.
5. Los médicos y enfermeras de los servicios de urgencias de las IPS privadas y las ESE públicas.



CAPÍTULO 4. SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD

4.1. CONTEXTO

Los y las jóvenes son el 40% de la población económicamente activa y sus riesgos y potencialidades son y deben ser de especial atención para el Estado. La atención en salud de esta población debe integrarse a los proyectos de los cuales son sujetos y deben comprender la situación que los y las jóvenes viven:

- Pérdida del proyecto de vida.
- Pérdida de los patrones de identidad.
- Falta de proyectos productivos que faciliten la construcción de un proyecto de vida sostenible.
- Carencia de habilidades para el auto cuidado y la negociación de sus relaciones.
- Desconocimiento de los riesgos y vulnerabilidades en el ejercicio sexual.
- Actividad sexual temprana y baja frecuencia de uso de métodos anticonceptivos.
- Aumento de la fecundidad en adolescentes y jóvenes, de 17% en 1995 a 20,5% en el 2005 en jóvenes entre 15 y 19 años¹³.
- Los más pobres, con bajo nivel educativo, ubicados en las zonas rurales y desplazados por el conflicto armado son considerados más vulnerables.
- Doble probabilidad de morir por causas obstétricas en las adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años. En las menores de 15 años este riesgo es seis veces mayor. La mortalidad materna en menores de 20 años representa el 14% del total de defunciones maternas ocurridas en todas las edades.
- Mayor vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y VIH-

¹³ Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

SIDA. El 53% de los casos nuevos de infección por VIH, se presentan en personas entre 15 y 35 años, lo que significa infección antes de los veinte años de edad.

- Alta vulnerabilidad para y ante la violencia y abuso sexual.
- Obligación de asumir el rol de adultos a edades tempranas.

Frente a este panorama, se requiere de la gestión integral para la prevención y control de los riesgos y la disminución de la vulnerabilidad en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y el fortalecimiento de las acciones de promoción para una vida sexual sana en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Un estudio de la Universidad de los Andes¹⁴ reportó las dificultades de los jóvenes para acceder al SGSSS. Los 18 años aparecen como un punto de quiebre en cobertura, relacionado con la finalización de la etapa escolar para parte de los jóvenes (que representa la pérdida de sus derechos como beneficiarios de sus padres) o su consiguiente entrada al mercado laboral. A partir de esta edad aumenta la tasa de exclusión de 39% a 49%.

La Constitución Política de 1991 consigna los derechos para los y las ciudadanos. En este marco, el derecho a la salud y los derechos de los niños y niñas (Artículo 44) son relevantes por el principio de prioridad por la infancia. Igualmente interesa el articulado que hace referencia a los derechos de los adolescentes y jóvenes, derechos asociados a la protección y formación integral (Artículo 45).

La Ley 100 de 1993 que organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su Artículo 163 asume la cobertura de salud familiar mediante el Plan Obligatorio de Salud -POS, convirtiendo en beneficiarios del sistema a los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hacen parte del núcleo familiar y sean dependientes económicamente; además a los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad y dependientes económicamente.

El Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Resolución 412 de 2000 exigen la realización de actividades de salud pública y los procedimientos e intervenciones relacionados con la prevención específica, detección temprana y **atención integral**.

14 Sanabria P, Prada MF; Muñoz AM. Seguridad Social en Salud: La Inclusión Social de los Jóvenes – Informe Final. Bogotá DC: 2004



A lo anterior se articula la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que insta a las entidades territoriales a formular y desarrollar instrumentos técnicos y prácticos de acción y atención a la población en edad reproductiva con una atención singular en la población adolescente.

La Resolución 412 de 2000 define la atención en SSR como el conjunto de acciones, intervenciones y procedimientos para la población de 10 a 29 años, tendientes a garantizar la detección temprana de factores de riesgo o de problemas de salud prioritarios, así como brindar la información sobre la protección de salud de este grupo.

Por tanto su objeto es detectar tempranamente los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población objetivo que son los y las jóvenes de 10 a 29 años:

- Detección temprana: detección de alteraciones de desarrollo en población de 10 a 29 años, de la gestación y detección precoz del cáncer cérvico-uterino y de seno.
- Protección específica: planificación familiar para hombres y mujeres y atención del parto.
- Atención y recuperación: dirigidas a complicaciones del embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH-SIDA, violencia contra la mujer y la infancia.

La norma plantea como requerimientos del servicio:

- Atención integral: el adolescente es un ser con capacidad de sentir, pensar, actuar, decidir, crear, proponer y realizar acciones que impulsen, mantengan y cuiden su salud y su desarrollo, de acuerdo con sus propias definiciones, indicadores y necesidades individuales, institucionales y socioculturales.
- Abordaje interdisciplinario: para el manejo de las necesidades y problemática del adolescente es preciso organizar un equipo transdisciplinario, debidamente calificado y capaz de abordar integralmente la realidad de esta población, mínimo en las siguientes áreas: cuidado médico, vigilancia del proceso de crecimiento y desarrollo y detección de riesgos en las áreas de sexualidad, violencia, depresión y suicidio, trastorno de la alimentación, adicciones y actividad física.

- Intersectorialidad e interinstitucionalidad: son pertinentes los mecanismos de trabajo en red y coordinación con todos los demás actores y sectores sociales de la comunidad para promover el desarrollo juvenil.
- Manejo ético y confidencial de la información: la atención del adolescente debe garantizar el manejo confidencial de la información y el libre acceso a los servicios de salud sin condicionamientos o conocimiento expreso de los padres o acudientes.
- Participación de los beneficiarios en la toma de decisiones: se deben establecer mecanismos para que los adolescentes participen activamente en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades destinadas a promover y mantener su salud.
- Estas atenciones generan interacción entre las instituciones y los adolescentes y jóvenes atendidos, en términos de reconocer derechos y propender por el desarrollo de responsabilidades.

El Decreto 3039 de 2007 adoptó el Plan Nacional de Salud Pública que refiere como acción para la prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud: implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.

4.2. PROYECTO COLOMBIA Y SERVICIOS AMIGABLES

El Proyecto del Fondo Mundial Colombia tenía como uno de sus objetivos el fortalecimiento institucional para el mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios de educación y salud dirigida a jóvenes entre 10 y 24 años. Su población sujeto es de 600.000 jóvenes y adolescentes de 48 municipios, con una cobertura de 9% de jóvenes con asesoría y prueba voluntaria para VIH y de 20% de jóvenes accediendo a servicios de salud sexual y reproductiva.

Las actividades que desarrolló el proyecto para cumplir este objetivo se encuentran en el marco de la política del Ministerio de la Protección Social antes presentada y dentro de las cuales se encuentran:

1. Conformación y capacitación de los equipos intersectoriales de salud y educación para optimizar el acceso de los jóvenes, en especial los jóvenes en situación de desplazamiento, a los servicios de salud y educación.



2. Capacitación a los funcionarios de salud de las instituciones seleccionadas para implementar o fortalecer a los servicios de salud sexual y reproductiva amigables para los jóvenes y las jóvenes.
3. Implementación de servicios de salud sexual y reproductiva amigables para los jóvenes. Estos servicios son complementados con provisión de preservativos, asesoría y consejería para anticoncepción de emergencia y para prueba de VIH.
4. Promoción de la atención integral y en red institucional a los jóvenes que sean detectados en el servicio de salud sexual y reproductiva seleccionado como infectados con VIH y provisión inicial de terapia antirretroviral.

El Proyecto inicialmente consideró ampliar la oferta de la prueba de VIH mediante asesoría para prueba voluntaria, pero posteriormente, considerando su acción limitada, constituyó como producto, la constitución de servicios amigables en salud sexual y reproductiva para jóvenes, que incluía estrategias de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva, consulta para la detección de alteraciones del adolescente y del joven de 10 a 24 años, acceso a métodos anticonceptivos (entre ellos, la anticoncepción de emergencia), atención inicial por violencia intrafamiliar y sexual, asesoría para prueba voluntaria de VIH y canalización o remisión a servicios de mayor complejidad (como es el caso de la atención integral de personas viviendo con VIH).

Un servicio amigable es una forma de concebir la actividad diaria al interior de las unidades de atención en salud. Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población entre los 10 y 29 años y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva¹⁵.

OPS y UNFPA los definen como aquellos servicios en los cuales, adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea su demanda, son agradables para adolescentes y sus familias por el vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones.

El Proyecto evidenció que cuando niños y niñas pasan a ser adolescentes y jóvenes, se presenta una gestión débil en la organización de los servicios específicos para ellos y ellas. El Proyecto propuso

15 Ministerio de la Protección Social - UNFPA. 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. Bogotá: 2007.

pensar en un modelo de gestión en la organización de los servicios de salud que permitieran continuar con el proceso de mantenimiento de sus condiciones de salud y calidad de vida. Por esta razón formuló una propuesta al Ministerio de la Protección Social y UNFPA para desarrollar este componente, que fue aprobada y desarrollada por UNFPA.

4.3. UNIDADES IMPLEMENTADAS

Durante la primera fase, se ha promovido e implementado de 125 centros de salud como servicios amigables para los y las jóvenes en 47 municipios del país. Sin embargo, en dicha implementación se ha detectado deficiencias importantes en la capacidad instalada de talento humano para ofrecer la atención integral a los jóvenes.

MUNICIPIO	PUNTOS	MUNICIPIO	PUNTOS
Apartadó	2	Neiva	4
Arauca	2	Ocaña	1
Argelia	1	Pasto	3
Armenia	3	Pereira	7
Barrancabermeja	2	Popayán	1
Barranquilla	5	Puerto Triunfo	1
Bucaramanga	5	Quibdó	3
Buenaventura	2	San Francisco	1
Buga	1	San José del Guaviare	1
Cali	3	San Luis	1
Carmen de Bolívar	2	San Pablo	1
Carmen de Viboral	1	Santa Marta	3
Cartagena	4	Sincelejo	2
Chaparral	3	Soacha	11
Cocorná	1	Soledad	1
Cúcuta	9	Sonsón	1
Florencia	3	Tierralta	2
Granada	1	Tulúa	3
Ibagué	2	Tumaco	2
La Unión	1	Turbo	1
Malambo	1	Valledupar	1
Medellín	2	Villavicencio	4
Mocoa	2	Yopal	1
Montería	11	Total	125

4.4. COMPONENTES DE LOS SERVICIOS AMIGABLES

Para que un servicio cumpla con las características expuestas anteriormente, debe contemplar los siguientes componentes:

- Establecimiento de salud amigable
- Profesionales de salud amigables
- Procedimientos de atención y administrativos amigables
- Atención amigable con adolescentes y jóvenes
- Disponibilidad de una gama amplia de servicios
- Percepción de la gente joven sobre los servicios
- Participación comunitaria
- Sistemas de evaluación y monitoreo

Las consideraciones y la evaluación de estos componentes fueron:

Establecimiento de Salud Amigable: la institución o servicio está ubicado en un lugar de fácil acceso para los jóvenes, cuenta con horarios y ambientes diferenciados, con espacios que permitan brindar atención con respeto y confidencialidad.

Profesionales de Salud Amigables: las y los trabajadores de salud tienen actitudes positivas hacia la gente joven: buscan ganarse su confianza y asegurarles confidencialidad y un trato respetuoso. Así mismo, les transmiten el mensaje de que reconocen sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Procedimientos de Atención y Administrativos Amigables: el procedimiento previo a la atención es fluido y se cuenta con un sistema de seguimiento a la persona joven que requirió el servicio. Los protocolos de atención son flexibles.

Atención Amigable con Adolescentes y Jóvenes: el trato a las y a los jóvenes se da en un marco de respeto y confidencialidad, ellos y ellas necesitan que se les brinde orientación en diversos temas y que se les ofrezca la posibilidad de incorporar en la atención a personas significativas –sus padres, su pareja-. La sexualidad se asume como un aspecto natural de la vida.

Disponibilidad de una Gama Amplia de Servicios: consiste en que el servicio se extienda a la comunidad, identificando a la población joven que requiere atención en salud. Así mismo, considera que las diversas necesidades de la población juvenil tienen que atenderse en coordinación con otras instancias de la comunidad.

Percepciones de la Gente Joven sobre los Servicios: es necesario conocer qué piensan las y los jóvenes respecto al trato y la atención que reciben. Saber si lo consideran como un lugar en el que son bienvenidos, como un ambiente que promueve la privacidad y la confidencialidad, y donde se les brinda el apoyo que requieren para responder a sus necesidades.

Participación Comunitaria: el Servicio se reconoce como un actor más de la comunidad y promueve la realización de diagnósticos participativos, mediante los cuales se recogen las necesidades de la población y se buscan conjuntamente alternativas para responder a ellas.

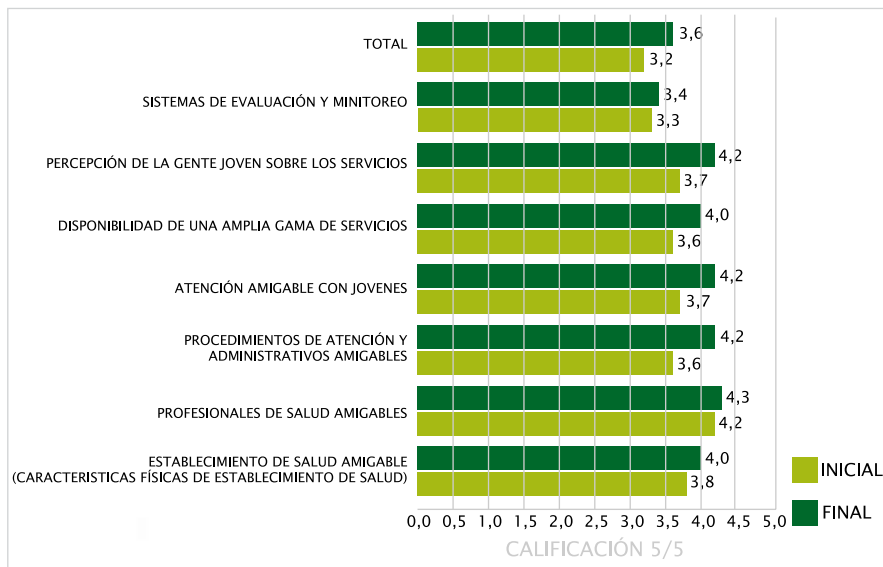
Sistemas de Evaluación y Monitoreo: se establecen objetivos e indicadores concretos y se evalúa su cumplimiento periódicamente.

4.5. EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LOS SERVICIOS

Se hizo una evaluación cuantitativa de los servicios a partir de un instrumento diseñado por el Proyecto teniendo en cuenta las recomendaciones de Quintana y Proinapsa. Instrumento que fue utilizado como base por el Ministerio de la Protección Social y UNFPA.

Cada uno de los componentes fue ponderado igual, encontrando una evolución durante doce meses en la calificación global de 3,2 a 3,6, con el menor nivel y avance en los sistemas de monitoreo y evaluación. La mayor calificación inicial con el menor avance fue del establecimiento de salud amigable y los demás componentes, en general, tuvieron un crecimiento de 0,5 en la calificación específica.





Para cada uno de los componentes los mayores y menores desarrollos se encontraron para:

Establecimiento de salud amigable (Características físicas del establecimiento de salud).

- Mayor: Acceso geográfico.
- Menor: Ambiente.

Profesionales de salud amigables.

- Mayor: Actitud hacia el servicio amigable.
- Menor: Especificidad.

Procedimientos de atención y administrativos amigables.

- Mayor: Procedimientos para la atención.
- Menor: Seguimiento.

Atención amigable con jóvenes

- Mayor: Orientación vinculada a la salud sexual y reproductiva.
- Menor: Reconocimiento del servicio.

Disponibilidad de una amplia gama de servicios

- Mayor: Oferta de servicios individuales
- Menor: Oferta de servicios colectivos

Percepción de la gente joven sobre los servicio

- Mayor: Las y los jóvenes perciben que ellas/os son bienvenidos al establecimiento sin importar su estado civil, edad, orientación sexual, género, raza
- Menor: Las y los jóvenes perciben que han hecho parte del proceso de implementación del servicio amigable

Sistemas de evaluación y monitoreo

- Mayor: Habilitación
- Menor: Participación de los y las jóvenes

4.6. LAS PERCEPCIONES

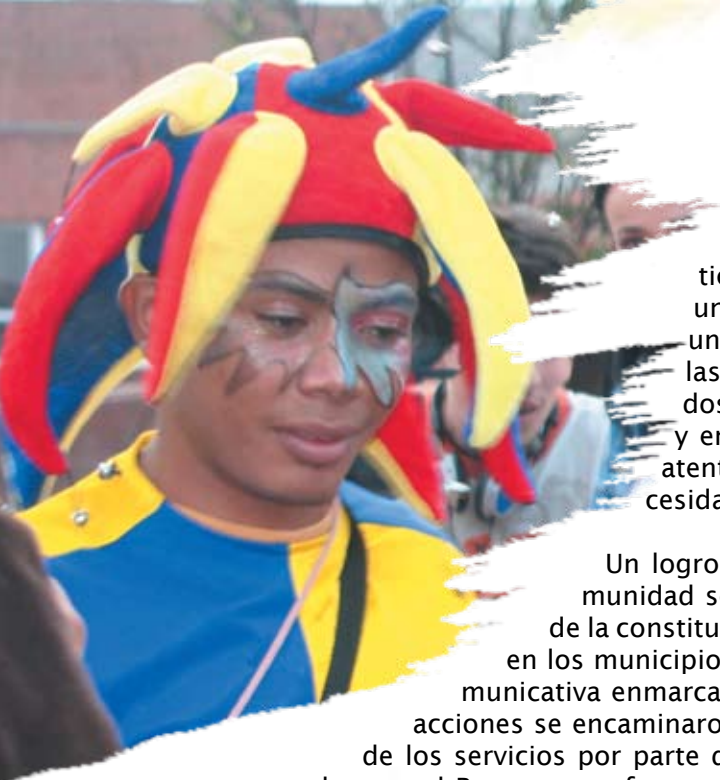
A partir de entrevistas a coordinadores de servicios de salud sexual y reproductiva, funcionarios de los servicios de salud y jóvenes usuarios de los servicios amigables, se interpretaron sus percepciones sobre la implementación y la participación, y las lecciones aprendidas de los servicios amigables para jóvenes.

Fueron entrevistadas personas de Barranquilla, Bucaramanga, Buenaventura, Buga, Cali, Cúcuta, Florencia, Granada, Ibagué, Pasto, Tulúa y Villavicencio. La mayoría de los servicios visitados se encontraban cerrados, principalmente por los cambios de gobierno y la no disponibilidad de recursos por no contar con la aprobación del Plan Municipal de Salud Pública.

LA CONSTRUCCIÓN...

La iniciativa de servicios amigables nació de la necesidad de integrar las acciones del Proyecto, en un proceso que articuló los sectores participantes (autoridades municipales, servicios de salud, instituciones de educación, jóvenes líderes, jóvenes beneficiarios de las estrategias de pares y jóvenes beneficiarios de los emprendimientos juveniles).

Un servicio amigable se entiende como aquel que brinda a los jóvenes y adolescentes una atención ajustada a sus necesidades, comprendiendo que esta población goza de unas características par-



ticulares, por lo cual se necesita un abordaje enfocado a garantizar un espacio de intervención en que las y los jóvenes se sientan cómodos de expresar sus necesidades, y encuentren un personal de salud atento a dar respuestas a estas necesidades.

Un logro fue la sensibilización de la comunidad sobre la existencia o la iniciativa de la constitución de esos servicios amigables en los municipios, además de una estrategia comunicativa enmarcada con esta sensibilización. Las acciones se encaminaron a la inducción de la demanda de los servicios por parte de las y los jóvenes que participaban en el Proyecto, ya fuera con el apoyo de las instituciones educativas o por el efecto de “bola de nieve” en el manejo de la información en las comunidades.

LAS EXPERIENCIAS EN LO LOCAL...

En cada uno de los municipios donde se desarrolló el Proyecto se tuvieron diferentes avances en la implementación de los SAJ, uno de los mayores logros fue la articulación de los diferentes sectores, lo que permitió que las autoridades locales, las instituciones de educación, los jóvenes y los servicios de salud “hablaran un mismo idioma”. El Proyecto posicionó los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes en lo local siendo un punto de encuentro de las y los jóvenes entorno a la salud sexual y reproductiva.

“...Desde el inicio, el servicio amigable se ha constituido como un icono para los jóvenes y la demanda de los servicios es alta, incluso después de la culminación del Proyecto...” (SAJ Florencia)

En otros municipios, los jóvenes participaron en actividades para la implementación de los SAJ y retroalimentaban a los funcionarios de los servicios en los aspectos susceptibles de mejoramiento, siendo activos de la implementación de los SAJ. Esas reuniones continuas con los jóvenes facilitaron como ellos iban a implementar los SAJ.

En otros, la experiencia se limitó a ofrecer los insumos que el Pro-

yecto aportaba (pruebas diagnósticas para VIH, preservativos, anticoncepción de emergencia, material de la estrategia de comunicación), lo que llevó a que en el momento de finalizar los insumos y las actividades en el municipio se dificultara la continuidad del servicio amigable. Esta situación se presentó en cierta medida por la ausencia de compromiso del municipio, de las directivas del servicio o de los profesionales de salud.

Algunos espacios en otros municipios estaban ajustados solo a la toma de muestras, un consultorio y una mesa, la privacidad era reducida, pero con el tiempo y la acogida del servicio en la comunidad se fue complementando. Cuando este proceso se dio, los jóvenes participaron en esta ampliación, aportando ideas y trabajo desde la forma de ubicar los muebles, los afiches hasta en la forma de presentar el servicio para las y los jóvenes.

Uno de los procesos relevantes fue la capacitación y los talleres prácticos que se realizaron antes de la implementación de los servicios y la oferta de los insumos, esto facilitó la programación de las actividades y la forma de atender y prestarle los servicios a los jóvenes.

En las universidades se presentaron desarrollos significativos, desde la sensibilización a la comunidad para el acceso a los servicios, la experiencia de socialización de la existencia del SAJ en la semana de inducción, además del uso de afiches y volantes. En estas universidades, los servicios de bienestar universitario fueron un escenario propicio para la implementación del servicio amigable, por que tienen la población cautiva y los recursos económicos para una implementación ágil y sostenible.

En algunos municipios existió el inconveniente que las administraciones municipales llegaron a considerar la posibilidad de manejar los recursos del Proyecto, cuando se comprendieron que esto no sería así, se afectaron las diferentes implementaciones, en especial la apropiación del desarrollo de los servicios amigables. Sin embargo, el proceso en sí y los resultados en los jóvenes favoreció que paulatinamente las instituciones se involucraran.

“...Mejorar las condiciones de salud de los y las jóvenes y adolescentes es lo que permitirá hacerlo sostenible...” (SAJ Barranquilla)



LO QUE FUNCIONÓ...

“...Para atender los jóvenes no se podía atender como el común de la gente, por que el primero que lo atiende es un vigilante que no sabe sus necesidades y que por las características del joven es “rebelde” o se siente rechazado y se va. Con el apoyo de la ESE, una gerente receptiva, con las secretarias de salud y educación se dijo hagamos la IPS amiga. Primero se pensó en abrir un servicio pero teniendo en cuenta la cobertura geográfica, se amplió a 2. Luego que hubiera un servicio para cada comuna...” (SAJ Cúcuta)

La ubicación es un aspecto fundamental para el acceso de los y las jóvenes a los servicios, el uso de horarios ajustados para los jóvenes, por ejemplo en contra-jornada de estudio, mejoró la demanda y contribuyó a que los jóvenes no se ausentasen de colegio.

“Cuando la actitud, la voluntad y la pertenencia están presentes, el desarrollo de las actividades se facilita” (SAJ Cali)

La estrategia de pares, fue otro punto clave, debido a que ayudó a la sensibilización de la existencia del SAJ en la comunidad y sobre todo entre los jóvenes, quienes se comentaban las experiencias positivas en la atención en SSR, referían el SAJ de una forma objetiva.

“...Es pensar en que el joven comience a reconocer la importancia del cuidado de su salud...” (SAJ Cali)

Trabajar con funcionarios claves fue vital para el proceso, promover la confianza y asegurar que no era un trabajo más contribuía a que participarían activamente, a que propusieran la organización del servicio (su frecuencia, horarios, tipos, etc).

“...El personal pensó que le íbamos a poner más trabajo, pero se dieron cuenta de qué se trataba, otra cosa de lo que hay que hacer pero no más trabajo, era cuestión de organizar las actividades...” (SAJ Barranquilla)

Los acuerdos con las entidades territoriales fueron primordiales en el funcionamiento del SAJ, aunque el componente contractual se debió aclarar desde un principio, al hacerlo se obtuvo que las entidades de salud asumieran la responsabilidad total sobre el SAJ, sin embargo al inicio algunas EE fueron las que inicialmente realizaron la toma de muestras.

El trabajo que se realizó en los colegios y en los grupos juveniles y el apoyo de los líderes comunitarios fueron aspectos que aportaron para inducir a la demanda de los SAJ. Las actividades en las que se contó con una mayor articulación entre sectores fueron las que resultaron de mayor impacto.

Asegurar la existencia de insumos que disminuyeran la barrera de acceso de los jóvenes se convirtió en pilar de la atención. Muchos jóvenes expresaban que no iban a los servicios por que allí no les resolvían el problema, si no que los remitían.

“...Muchos jóvenes ignoraban la existencia de insumos como los que el Proyecto proveyó, siendo los de mayor demanda la anticoncepción de emergencia y los preservativos; sin embargo, muchos querían hacerse las pruebas...” (SAJ Florencia)

Los jóvenes que participaron en la estrategia de educación de pares o en los procesos de emprendimientos juveniles fueron quienes más demandaron lo servicios e incluso participaron en la promoción de los mismos.

LO QUE NO FUNCIONÓ...

El compromiso de los docentes de las instituciones educativas, es clave para la articulación de los procesos y la demanda de los SAJ, cuando está ausente, los acercamientos con los jóvenes son más difíciles.

Así se cuente con insumos para el SAJ, es necesario contar con un espacio amplio para el desarrollo de las actividades del servicio, por que se permite la realización de diferentes acciones en un mismo lugar, de lo contrario el SAJ se toma como un referente en donde solo se toman de muestras para VIH o el lugar donde se suministran condones.

“...La adolescencia es un ciclo de transición, se requiere empoderar a los directivos para que en sus instalaciones piensen en un sitio para adolescentes y jóvenes...” (SAJ Barranquilla)

Una vez se terminaban los insumos aportados por el Proyecto, sino existía un compromiso institucional y del municipio se hace difícil la sostenibilidad, es por esto que en los acuerdos de sostenibilidad es clave que los aportes del municipio y de las instituciones de salud también contengan la adquisición de insumos.

En algunos municipios, los protocolos de atención se ajustaron con la implementación del SAJ, lo que inicialmente dificultó la atención de los jóvenes, pero luego se consolidó el proceso y se ajustaron las actividades que se realizaban con los jóvenes.

“...Algunas barreras fueron las creencias de los propios funcionarios de salud al momento de brindar la atención a las jóvenes...”
(SAJ Cali)

Es importante contar con un espacio desde el inicio, para facilitar la ubicación del servicio frente a los jóvenes, tanto para el acceso a los servicios como para la entrega de resultados en el caso de las pruebas de VIH.

“...Los horarios deben ser permanentes para los jóvenes, si van y no estaba abierto, no regresan...” (SAJ Ibagué)

La rotación del personal afectó el proceso. Se realizaban capacitaciones a funcionarios seleccionados para la oferta del servicio, pero estos eran reemplazados o reubicados en periodos de 3 a 6 meses. Garantizar la estabilidad del talento humano en salud, que tiene características apropiadas para la atención de los jóvenes, mejoraría la sostenibilidad de los procesos y la apropiación institucional de los mismos.

“...Al personal que está ahí no lo van a sacar pues trabajamos con el personal de planta, por lo que creo que va a seguir...” (SAJ Barranquilla)

En algunos sitios se produjeron amenazas de personas que se identificaron o no como pertenecientes a los grupos armados para reconocer lo que se estaba haciendo o no en el servicio e incluso exigiendo la provisión de nombres de las personas que se hacían la prueba de VIH o que resultaron positivas. En otros sitios fue necesario promover mecanismos de concertación para la oferta de la prueba.

“...En ... fue de alta confidencialidad por la problemática que ha existido por orden público: persona positiva, persona desaparecida o asesinada. No queríamos poner en riesgo a las personas infectadas. Toda la información la maneja una sola persona quien era quien hacía inducción, asesoría y prueba, con la respectiva entrega de resultados...”

LO INNOVADOR...

En la mayoría de los sitios se consideró que el lineamiento sobre servicios amigables fue la novedad en sí. Enfatizar en la necesidad del servicio integral para jóvenes se convirtió en una oportunidad para cumplir con las metas de prevención y atención en estos grupos.

“...Me entere trabajando en una institución y lo vi como una nueva perspectiva para la atención de los jóvenes, en salud sexual y reproductiva. Se promovió el trabajo interdisciplinario, nos dieron material para trabajar y capacitación. Se comenzó de cero. Se generó la necesidad...” (SAJ Barranquilla).

Conversar con los jóvenes abiertamente sobre los aspectos del SAJ, y en cuáles se podía mejorar, fue un aspecto positivo, además de ser los jóvenes quienes ayudaban al montaje de los espacios, este proceso participativo ayuda a dar un sentido de pertenencia con el SAJ, y es fundamental para la participación directa de los jóvenes.

El potencial creativo de los jóvenes fue un apoyo invaluable al momento del diseño de propuestas comunicativas, lo que fortaleció la difusión del SAJ y el aumento de la demanda del servicio. Algunas actividades de lanzamiento de los servicios fueron apoyados por los jóvenes con actividades lúdica. La convocatoria a los servicios en el desarrollo del Proyecto fue apoyada por los grupos de jóvenes del componente de los emprendimientos juveniles.

“...Hay muchos proyectos en capacitación sobre prevención del VIH, pero fue innovador puedes contar con el acceso a la prueba de VIH...” (SAJ Ibagué)

El uso de estrategias de comunicación masiva como la radio con mensajes claros, fortaleció el proceso de demanda y apoyaron la sensibilización de la comunidad frente a los SAJ, sin ligarlos a la prueba de VIH, además de la articulación con la estrategia de comunicación nacional "Asexórate; En todo tu derecho" del Proyecto.

Otro aspecto relevante fue la identificación de los procesos en las aseguradoras a las cuales están afiliados los jóvenes y la ruta de atención que se tiene en el municipio. Esto fue clave para que en el momento de presentarse eventos de mayor complejidad, se tenga claro a donde se deben remitir. Al igual que para otras redes de





atención para violencia intrafamiliar, violencia sexual, consumo de sustancias psicoactivas o trastornos alimenticios.

El acceso ágil, oportuno y gratuito a los insumos aportados por el Proyecto como parte de los servicios del SAJ facilitó el reconocimiento de los jóvenes sobre las ventajas y servicios que tiene asistir a las SAJ. La “atención sin barreras” fue fundamental en la atención de los jóvenes, esto permitió que el acceso a los servicios se diera de una forma continua y sin mayores inconvenientes. Incluso no se tuvo en cuenta el aseguramiento para el acceso a los servicios.

“...El condón es un buen gancho para atraer a los jóvenes pero no es lo único que se debe ofrecer...” (SAJ Ibagué)

Es importante reconocer que por las actividades desarrolladas con las instituciones educativas, los jóvenes participaban mostrando que hacían ellos en su institución y como participaban activamente en la sensibilización a la comunidad para acceder al SAJ.

Otro punto fue que se aprovechó la iniciativa de los jóvenes para tomarse la prueba, para explicar el tipo de aseguramiento en salud y los deberes y derechos dentro del sistema. El trabajo con los padres y madres de familia contribuyó a aclarar la forma de en que sus hijos accedían al servicio amigable, además la existencia de un equipo interdisciplinario facilitó la atención de las y los jóvenes de una manera integral.

“...Preguntar las necesidades y las falencias a los jóvenes brindan herramientas invaluable para la implementación del servicio...” (SAJ Ibagué)

En algunos municipios se logró la construcción de una guía de atención para jóvenes en el primer nivel de complejidad en salud, la cual fue distribuida a las personas que atienden directamente a los jóvenes. En esta construcción participaron las entidades ejecutoras del Proyecto, el hospital de referencia y la secretaria departamental, por lo que la difusión de este material fue más efectiva.

Los y las jóvenes percibieron que ofrecer la asesoría para prueba voluntaria de VIH dentro del proceso de asesoría y consejería en salud sexual y reproductiva, contribuía a una atención integral y a no denotar el servicio como un servicio de VIH.

“...Se evitó que el servicio amigable fuera estigmatizado con el VIH, pues no solo se ofrecía la prueba, y partiendo del presupuesto que esto podía causar temor...” (SAJ Granada)

Definir los procesos desde la convocatoria hasta la salida del joven hizo que las personas responsables de la atención de las y los jóvenes conocieran la ruta de atención y facilitaran los procesos de los jóvenes en los servicios.

“...Un servicio amigable no es muy costoso, es solamente organización y comunicación... y los beneficios son muchos para la comunidad...” (SAJ Buga)

Las estrategias para promover la demanda inducida fueron integradas: se realizó invitación personal, charlas y puntos de asesoría en las instituciones educativas, visitas casa a casa, actividades lúdicas como videoforos o teatro-foros, remisión personalizada, vinculación de los jóvenes que trabajaron o trabajaban en otros proyectos y la estrategia de educación de pares.

“...El éxito de las estrategias de canalización hacia los servicios hizo que algunas instituciones educativas después de terminado el Proyecto insistieran en la continuidad de las estrategias y de hecho tenemos muchas solicitudes al respecto...” SAJ Barranquilla

En algunos municipios se inició el trabajo extra-mural con la articulación entre las entidades educativas, grupos de base comunitaria y grupos de líderes, luego de un año se evidenció la necesidad de definir un punto de atención fijo.

“...A través de las juntas de acción comunal, de la parroquia, los programas radiales y el uso de volantes, facilitó la demanda para la prueba de VIH...” (SAJ Bucaramanga)

El desarrollo de estrategias de comunicación con la participación o el liderazgo de los jóvenes contribuyó a una mayor adherencia a los procesos y a un aumento progresivo de la demanda de los servicios e incluso de la exigencia para su mantenimiento.

“...Con una estrategia de comunicación denominada Recreos Saludables con música y teatro, promocionábamos el proyecto y los servicios. Los facilitadores en cada uno de los colegios, en cada sesión, invitaba. Se hacían excursiones para conocer las IPS...” (SAJ Cúcuta)



Promover que los procesos cumplieran con criterios de oportunidad y calidad aumentó la confianza en los servicios así como establecer estrategias para mantener la confidencialidad de los jóvenes.

“...La puntualidad en la entrega de resultados y medicamentos, la confidencialidad mediante manejo de códigos; la promoción de la accesibilidad a los servicios. El apoyo de la cooperación internacional...” SAJ Barranquilla

POR MEJORAR

Teniendo en cuenta que la atención del adolescente hace parte del campo de acción de la pediatría se debería considerar, para la atención de eventos en salud y para la detección temprana, la participación de los y las pediatras o los hospitales pediátricos.

Falta involucrar más a la familia, a los padres, a los docentes, a la población general.

“...Lo que sigo viendo en el manejo de estos pacientes: las mamás piensan que el hijo o el adolescente tienen que ir con uno de sus padres. Darles a conocer que los hijos tienen ese derecho como lo hicimos con los jóvenes y los docentes...” (SAJ Barranquilla)

“...Si este tema de educación sexual no solo es un tema de los jóvenes si no a los docentes, a los padres y al sector salud...” (SAJ Granada)

La propuesta se debe integrar a los procesos de la institución y no al contrario. Los procesos se deben adaptar a los procesos de habilitación y acreditación de la calidad así como con las diferentes contrataciones que tiene.

“...No diligenciar tantos formatos, se deben unificar con los existentes, para evitar duplicar trabajo con el municipio...” (SAJ Cúcuta)

El Proyecto podría hacer un diagnóstico de los antecedentes sobre la atención de los jóvenes en el municipio y dinamizar, reactivar o

apoyar las estrategias desarrolladas. En algunas ocasiones existían estrategias previas que el Proyecto acompañó y fortaleció.

“...Después de la capacitación de los jóvenes sabían que a través del departamento se había implementado unos Centros de Atención Integral del Adolescente y se vio que este era el espacio para el fomento de este servicio. Se decidió tomar estos espacios, fortalecerlos, capacitar a los funcionarios que estaban al frente. La idea era que no fuera un servicio atendido por adultos si no que fuera liderado por los mismos jóvenes, que se adueñaran de ello. Una vez que se comenzaron a prestar los servicios se vio la demanda de los demás jóvenes frente a los servicios...” (SAJ Granada – Villavicencio).

EN BÚSQUEDA DE LA SOSTENIBILIDAD

Es clave el papel del personal que trabaja en los SAJ, su continuidad y su reconocimiento por los jóvenes son aspectos claves para la sostenibilidad, esto acompañado del compromiso y el apoyo de las directivas de las diferentes instituciones.

Realizar la autoevaluación facilita el seguimiento de las actividades y la consolidación de los servicios, además de un proceso continuo de mejoramiento.

Se sugiere tener una motivación para los jóvenes como en el caso de las pruebas de VIH, en algunos municipios las metas en SSR mejoraron y se facilitó el fomento del autocuidado de las y los jóvenes.

“...Si las instituciones reconocieran la obligatoriedad y la importancia que tienen los servicios para jóvenes, le invertirían mucho más...” (SAJ Buga)

Identificar las instituciones educativas y posteriormente articular el trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, facilitó el trabajo, pero se deben buscar alternativas de atención para los jóvenes que no poseen afiliación a la seguridad social y también la gestión de insumos para ofrecerles gratuitamente a los jóvenes.

“...A los jóvenes les gusta encontrar cosas tangibles, es importante contar con material de apoyo en los servicios...” (SAJ Ibagué)

El seguimiento, el monitoreo y el reconocimiento al cumplimiento de las actividades es importante para la sostenibilidad, ya que

ayuda a que las actividades se cumplan acordes a los lineamientos nacionales, evidenciado la información que se presenta en los diferentes ámbitos.

“..Fue una experiencia lindísima y enriquecedora como profesional, como enfermera, como mujer, si la tuviera que volver a vivir lo haría, porque el equipo tenía la camiseta puesta, se sentía de corazón y ver como ese joven de 14 años positivo encontró un equipo de atención comprometido, es lo que vale la pena..” (SAJ Cali)

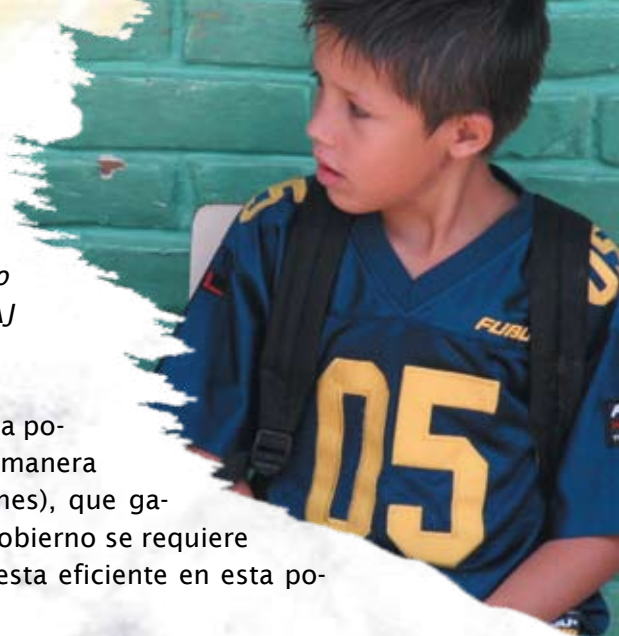
La crisis, los procesos de reestructuración u organización funcional hizo que muchas entidades públicas no se interesaran por el proceso, sin embargo algunos funcionarios de estas instituciones participaron en el proceso y mejorar el involucramiento de sus instituciones.

“...Yo quiero creer que sí. Ahora confío en la nueva administración. Pienso que se va a poder. De pronto saben que tienen que hacer...” (SAJ Barranquilla)

La consolidación de los procesos de organización juvenil y en especial, de la estrategia de emprendimientos juveniles, permitiría hacer efectiva la exigencia del derecho y el logro de inclusión en los diferentes espacios de decisión. Los jóvenes podrían presionar para el mantenimiento del servicio.

“...De todo un poquito: la forma cómo se llegó a los jóvenes. El ver como los jóvenes en su momento se empoderaron del cuento y lo pelearon y lo lucharon. Verlos exigir sus derechos, conmovió mucho. Del temor a la frescura y con la capacidad de exigir derechos...” (SAJ Granada)

“...En el tiempo que han durado cerrado, los jóvenes han preguntado por el servicio. Los encargados de divulgar son quienes tienen emprendimientos para que se conserve la necesidad. Hay un emprendimiento de comunicaciones con un espacio radial de una hora donde divulgan las campañas y con la Red de Jóvenes Departamental hicieron campañas en las comunas para la promoción en SSR con la Secretaría de Salud: iban por los parques barriales y divulgaban la información, y lo mostraban en un programa de televi-



sión. La debilidad era que Comuneros no funcionaba y Niña Ceci, dos días...”(SAJ Cúcuta)

Pero es necesaria la apuesta en la agenda política de la problemática juvenil (o de manera propositiva de la situación de los jóvenes), que garantice que a pesar de los cambios de gobierno se requiere de los servicios amigables como respuesta eficiente en esta población

“...La actitud que se evidencia con las instituciones es como de paternalismo, en las que simplemente se esperan apoyos pero no hay una contraprestación... (SAJ Pasto)

Sin embargo, algunas instituciones, un año después de terminar el Proyecto, decidieron reiniciar o reactivar los servicios amigables haciendo uso de la capacidad instalada que fue apoyada por el Proyecto Colombia.

“...Después del último cambio en la administración, el gobierno municipal consideró de vital importancia el establecimiento de al menos un servicio amigable, que permitiera atender las principales necesidades de la población vulnerable en materia de SSR, teniendo en cuenta que se contaba con los insumos y el recurso humano capacitado por el Proyecto...” (SAJ Buenaventura)



www.entodotuderecho.com