

Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 6(1): 217-255, 2008  
http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html

# La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente \*

**Sara E. del Castillo Matamoros** \*\*

Profesora del Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, U. Nacional de Colombia, Bogotá.

**André-Noël Roth Deubel** \*\*\*

Profesor del Departamento de Ciencia Política, U. Nacional de Colombia, Bogotá, y Profesor del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, CINDE-Universidad de Manizales.

**Clara Inés Wartski Patiño** \*\*\*\*

Médica y cirujana de la Universidad de Caldas, Manizales.

**Ricardo Rojas Higuera** \*\*\*\*\*

Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría Distrital de Salud-Bogotá.

**Orlando Arnulfo Chacón Barliza** \*\*\*\*\*

Nutricionista, estudiante del Magíster en Salud Pública de la U. Nacional de Colombia, Bogotá.

\* El artículo presenta datos parciales de la investigación “Análisis del proceso de implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) dirigida a la población adolescente en los departamentos del Eje Cafetero”, Bogotá, 2007, 237 p., realizado por los mismos autores y autoras a través de una alianza entre el Grupo de Investigación “Políticas y Programas de Niñez y Juventud y Desarrollo Social” del CINDE – Universidad de Manizales – Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud y La Fundación Santa Fe de Bogotá: Centro de Estudios e Investigación en Salud – CEIS. Recibió el apoyo financiero de Colciencias mediante el contrato RC-428-2005 Código: 3214-04-18249. Se realizó entre marzo de 2006 y abril de 2007 y contó con la colaboración de Ángela Marcela Gordillo, Nutricionista de la Universidad Nacional de Colombia, anmago2@hotmail.com.

\*\* Nutricionista, Magíster en Desarrollo Social y candidata a Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, CINDE-Universidad de Manizales. Correo electrónico: sededelcastillom@unal.edu.co

\*\*\* Político, Doctor en Ciencias Políticas por la Université de Genève, Correo electrónico: anrothd@unal.edu.co

\*\*\*\* Magíster en Desarrollo Social y estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, CINDE-Universidad de Manizales. clarainesw@yahoo.com.

\*\*\*\*\* Médico Cirujano, Especialista en Gerencia Social ESAP, estudiante del Magíster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Correo electrónico: rrojas@saludcapital.gov.co.

\*\*\*\*\* Correo electrónico: oachaconb@unal.edu.co.

• **Resumen:** La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) definida en Colombia en 2002 por el Ministerio de la Protección Social para los años 2002 a 2006 señala los temas prioritarios en este campo: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva, VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual. La investigación que se reporta se ha focalizado en el análisis cuantitativo y cualitativo del proceso de implementación de la política de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en los tres departamentos y capitales que conforman el llamado “Eje Cafetero colombiano”. Los resultados del estudio mostraron que, si bien se mide una reducción en el número de nacimientos en adolescentes (10-19 años) en la región vinculada al estudio entre 2003 y 2005, no se pudieron determinar estrategias y actividades explicativas de ello. La política ha permitido visibilizar y legitimar acciones específicas en este campo para la población adolescente. Sin embargo, se observó la existencia de variaciones importantes en las metodologías de recolección y sistematización de los datos relativos a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente según las entidades estudiadas, así como la ausencia de retroalimentación cuantitativa utilizable para los actores de la política. En conclusión, se emiten unas recomendaciones para el ajuste de dicha política de SSR.

**Palabras clave:** Adolescentes, jóvenes, salud sexual y reproductiva, política de salud, embarazo adolescente, Eje Cafetero, Colombia.

### **Estabelecimento da política pública de saúde sexual e reprodutiva (SSR) na região cafeeira da Colômbia: o caso da gravidez adolescente**

• **Resumo:** A política nacional de saúde sexual e reprodutiva (SSR) definida na Colômbia em 2002 por o Ministério da Proteção Social para os anos de 2002 ao 2006 indica os assuntos que gozam de prioridade na Colômbia neste campo: maternidade segura, controle de natalidade, saúde sexual e reprodutiva nos e dos adolescentes, câncer do útero, infecções de transmissão sexual e reprodutiva HIV/SIDA, e violência doméstica e sexual. A pesquisa reportada concentra-se na análise quantitativa e qualitativa do processo de implantação da política de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e das adolescentes em três departamentos e capitais que conformam a região cafeeira colombiana. Os dados deste estudo mostraram que se bem se calculou uma redução no número de nascimentos em adolescentes (10-19 anos) na região considerada no estudo entre 2003 e 2005, não puderam-se

*determinar estratégias ou atividades explicativas desta situação. A política permitiu visualizar e legitimar ações específicas neste campo para a população adolescente, se bem que observou-se a existência de variações importantes nos métodos de coleta e sistematização de dados relativos à saúde sexual na população adolescente, segundo as instituições e a ausência de feedback quantitativo útil para os atores da política. Conseqüentemente, apresentam-se algumas recomendações para a regulação da política.*

**Palavras chave:** adolescentes, política de saúde sexual e reprodutiva, gravidez, Colômbia.

### **Implementation of public policy on sexual and reproductive health (SRH) in the Colombian Coffee Axis: The case of adolescent pregnancy**

• **Abstract:** *The national public policy on sexual and reproductive health (SRH) for Colombia, defined in 2002 by the Ministry of Social Protection for the years 2002-2006, lists the following priority topics in this field: safe maternity, family planning, sexual and reproductive health for adolescents, cervical cancer, sexually-reproductively transmitted infections, HIV/AIDS, and domestic and sexual violence. The research project reported in this paper focused on quantitative and qualitative analysis of the process of implementing the public policy on sexual and reproductive health for adolescents in the three provinces (Departments or States) that configure the so-called "Colombian Coffee Axis", and in their capitals. The results of the study show that, even though between 2003 and 2005 there is a measurable reduction of births in adolescents (10-19 years of age) in this region, it was not possible to identify strategies or actions that could explain the reduction. The mentioned public policy has helped make visible and legitimate many specific actions oriented to the adolescent population in these matters. Nevertheless, important variations in the methodologies of data collection and systematization regarding sexual and reproductive health for adolescents were observed across institutions, as well as absence of usable quantitative feed-back for the actors of this public policy. As a conclusion, the paper draws some suggestions for the adjustment of this SRH policy.*

**Keywords:** Adolescents, youths, sexual and reproductive health, health policy, adolescent pregnancy, Coffee Axis, Colombia.

**-I. Introducción contextual. -II. Marco referencial: El embarazo adolescente en Colombia y en el eje cafetero. -III. Objetivos y Metodología de la investigación. -IV. Resultados de la investigación -V. Conclusiones. -VI. Recomendaciones. -Bibliografía.**

*Primera versión recibida abril 18 de 2007; versión final aceptada marzo 4 de 2008 (Eds.)*

## **I. Introducción contextual**

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) definida en 2002 por el Ministerio de la Protección Social para los años 2002 a 2006, constituye la respuesta institucional a las recomendaciones originadas en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y en la Organización Mundial de la Salud. Allí se señalaron los temas prioritarios para el caso de Colombia: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las adolescentes y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual.

Para el caso particular de los adolescentes y las adolescentes se ha visto la necesidad de orientar hacia esta población políticas públicas y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva - SSR, específicamente diseñadas para ellas y ellos, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y educadoras, y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Las adolescentes y los adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra enfermedades de transmisión sexual —ETS y VIH/SIDA—, y para vincularlas y vincularlos a programas específicos según sus necesidades. Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones complejas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación

de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas al estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

Durante los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente de la Región, proponiendo un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad de los jóvenes y de las jóvenes desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. Este enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que su condición está relacionada con factores culturales y familiares, y con el ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes y las adolescentes. El enfoque defiende un desarrollo positivo y reconoce a la juventud como una oportunidad para la Región, y ha sido diseñado para llegar a diferentes niveles de influencia, como los encargados de formular políticas y los planificadores de programas a escala nacional, con el fin de alentarlos para que integren en sus programas de salud las políticas y los servicios de prevención y protección para la salud de los adolescentes y las adolescentes (OMS, 2007).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

La adolescencia es definida por la OMS como el período durante el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) hasta la madurez sexual: procesos psicológicos del individuo y formas de identificación que evolucionan desde las de un niño hasta las de un adulto y se hace transición de un estado de dependencia socioeconómica total, a otro de relativa independencia.

Además es una etapa en la que se presentan algunos cambios físicos, como el rápido crecimiento en peso y talla y modificaciones en la composición corporal. Por el proceso acelerado de crecimiento y

desarrollo, los requerimientos nutricionales aumentan, principalmente en lo que se refiere a las proteínas, hierro y calcio (OMS, 2007).

La política nacional de salud sexual y reproductiva —PNSSR— fue publicada y difundida durante los primeros meses del 2003 por el Ministerio de la Protección Social. Formalmente, este Ministerio ha venido asesorando a los gobiernos departamentales y municipales desde ese momento. La política adopta como principios orientadores los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.

En el marco de la descentralización política y administrativa del sector salud en Colombia, la puesta en ejecución de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) está bajo la responsabilidad de las seccionales departamentales de salud para los municipios bajo su jurisdicción, con la exclusión de las tres capitales de estos departamentos, para las cuales la responsabilidad de la política incumbe a sus respectivas secretarías municipales de salud.

La política nacional considera la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y las adolescentes como el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, lo que implica la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (PNSSR, 2003). Para ello se plantean varias estrategias complementarias entre sí, a fin de lograr el mejor y más rápido efecto en la problemática. Esas son: 1) la Promoción de la SSR de las adolescentes y los adolescentes mediante estrategias de Información Educación Comunicación (IEC), 2) la Coordinación intersectorial e interinstitucional, 3) el Fortalecimiento de la participación, 4) el Fortalecimiento de la gestión institucional, 5) la Potenciación de las redes sociales de apoyo, y 6) el Desarrollo de la investigación (PNSSR, 2003).

Para las adolescentes en particular, la Política Pública Nacional de SSR dispuso como meta principal reducir el embarazo en este grupo de población en un 26% en 4 años, mediante acciones de distinto orden. Esto significa reducir la fecundidad al 14% para el 2006 (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19% del año 2000 (17% en 1995),

lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes) (PNSSR, 2003).

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública, y por lo tanto las áreas que deben ser prioritariamente atendidas, son: la falta de servicios de atención integral para adolescentes, el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, y el alto porcentaje de embarazos no planeados, que afectan no sólo las condiciones de salud de las adolescentes y de los adolescentes, sino también el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social y afectando su proyecto de vida y el desarrollo de sus potencialidades.

## **II. Marco Referencial: El embarazo adolescente en Colombia y en el eje cafetero**

En el país, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), publicada cada 5 años, es realizada desde 1990 por Profamilia (Profamilia, 2005). Según esta encuesta, las adolescentes y los adolescentes colombianos están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995, 19% en el 2000 y 20.5% en el 2005), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26.9%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (33.6%).

El embarazo en la adolescencia tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y madres y de las hijas e hijos por nacer: limita sus posibilidades de desarrollo personal y social en la medida en que reduce sus oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas.

También es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza, que a su vez se encuentra relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes, al igual que el bajo nivel de escolaridad. Las adolescentes en condiciones de pobreza y sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo o hija mucho antes que las demás adolescentes. El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia: las jóvenes de las zonas

rurales tienden a tener relaciones sexuales e hijos o hijas más temprano que las de las zonas urbanas. Así mismo, la condición de desplazada forzada posibilita en gran medida la presentación de embarazo en edades más tempranas.

En lo que se refiere al embarazo en la adolescencia, factores como el nivel de escolaridad, los recursos económicos y las relaciones familiares se asocian con la relación sexual temprana. Se ha observado que en cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y la escolaridad de los padres y las adolescentes, mayor es la probabilidad del embarazo precoz; adicionalmente se ha visto una clara relación entre abuso sexual en la infancia y la pubertad y el embarazo en adolescentes, en especial en niñas que tuvieron actividad sexual antes de los 14 años.

A partir del momento en el que la adolescente queda embarazada, se enfrenta a una serie de conflictos que alteran sus relaciones familiares, en donde con frecuencia, a cambio de encontrar apoyo económico y moral, experimenta rechazo y abandono por parte de su familia, la sociedad y las instituciones educativas. Esta situación aumenta su vulnerabilidad frente a las consecuencias negativas de su gestación, disminuyendo sus posibilidades a corto y mediano plazo de mejorar su situación de manera activa (Profamilia, 2005).

Adicionalmente, se puede presentar menor posibilidad de relaciones estables, aumento de la carga al escaso presupuesto familiar, abandono y maltrato del futuro hijo o de la futura hija, una posible relación afectiva madre-hijo o madre-hija deficiente, limitación de las posibilidades laborales futuras, trastornos psicológicos como depresión por la responsabilidad y periodo de adaptación que exige el nuevo ser, que puede inducir al alcoholismo, la drogadicción y en casos extremos al suicidio, a la prostitución y al matrimonio servil.

El embarazo de la adolescente es, hoy por hoy, una de las problemáticas más costosas para la Salud Pública, dado que compromete no sólo el proyecto de vida de la adolescente y del adolescente, su salud y bienestar, sino también la calidad de vida del bebé. Está ampliamente descrita la importante prevalencia de mortalidad materna y mortalidad perinatal de la gestante adolescente y de los bebés nacidos o nacidas de madres adolescentes, generando costos sociales, económicos y de calidad de vida, no sólo en este grupo poblacional, sino en general en la sociedad y el país.

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, tanto en lo concerniente a embarazos no

deseados y abortos, como en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social del “*madre-solterismo*”.

Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, poniendo en peligro la vida de la futura madre (Profamilia, 2005). Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años (ver Cook Et al., 2003), aún así la conducta reproductiva de este grupo es una gran preocupación. En comparación con los cambios en fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como resultado del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante el acceso a métodos anticonceptivos adecuados y de fácil uso, acceso a educación sexual integral y de calidad, reducción de la pobreza y acceso al sistema educativo.

Las mujeres adolescentes están entrando cada vez más temprano a la vida sexual activa, usando relativamente poco los métodos anticonceptivos, lo que propicia la probabilidad de quedar en embarazo e incidir en una mayor tasa de fecundidad con una mayor proporción de hijos e hijas no deseados y de abortos (Profamilia-UNFPA, 2002).

Este inicio temprano de las relaciones sexuales, asociado a las condiciones de pobreza, múltiples compañeros o compañeras sexuales sin protección y la intensa actividad sexual, que puede caracterizar la adolescencia, al facilitar la contaminación con el virus del papiloma humano. Todos estos componentes, además de gestaciones tempranas, configuran condiciones de mucho riesgo para el cáncer de cuello uterino. En Risaralda es la primera causa de muerte de mujeres entre 15 y 44 años (Gobernación de Risaralda, 2005). Para Risaralda en particular, la anormalidad de la citología se presenta 2,7 veces más que la media nacional, que está en un 9% (ENDS, 2005).

Para el eje cafetero, las encuestas ENDS 1995 y 2000 reportan datos de adolescentes alguna vez embarazadas para el conjunto de los tres departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío. En conjunto, estos departamentos muestran una tasa de 14,7% y de 14,6% respectivamente, que los sitúan por debajo de la tasa nacional (17,4% y 19,1%). En el 2005,

según la encuesta ENDS para ese año, los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío presentan en conjunto una tasa de embarazo adolescente de 19,8% (17,7% en Quindío, 19,3% en Caldas y 21,4% en Risaralda).

A nivel nacional el promedio era, según la misma encuesta, de 20,5%. Por lo tanto, el objetivo de reducción a 14% del embarazo adolescente establecido por la PNSSR para 2005 no se pudo cumplir y, por el contrario, la tasa siguió aumentando prácticamente al mismo ritmo que entre 1995 y 2000.

**Tabla 1.** Embarazo y maternidad de adolescentes (Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez en el eje cafetero (Caldas, Quindío, Risaralda), Colombia, según Encuestas ENDS, 1995, 2000, 2005)

Año	% Eje cafetero	% Nacional
1995	14,7	17,4
2000	14,6	19,1
2005	19,8	20,5

De manera que los datos cuantitativos nos muestran un aumento importante de las adolescentes que han estado alguna vez embarazadas entre 1995 y 2005. La región conformada por los tres departamentos bajo estudio ya estaba acercándose en el 2005 al nivel nacional, cuando 5 años antes presentaba una diferencia de 4,5 puntos porcentuales.

### III. Objetivos y Metodología de la investigación

El objetivo principal de la investigación consistió en determinar el impacto de factores asociados a la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva entre el 2003 y el 2006 en la región del eje cafetero colombiano. Como objetivos específicos se buscó 1) caracterizar la situación de salud y calidad de vida de las adolescentes y los adolescentes de la Región cafetera de Colombia, de manera comparada entre el año 2003 y el año 2005, con especial énfasis en la gestante adolescente; 2) describir y comparar la formulación, implementación y operativización de las políticas públicas de Salud Sexual y Reproductiva; 3) Analizar los procesos de implementación de la Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en la Región de Eje Cafetero del 2003 al 2005, como región representativa de un proceso

de implementación y operativización, para finalmente, 4) diseñar una propuesta de programa de atención a la población adolescente del Eje Cafetero con especificidad regional, que involucre intervenciones integrales para esta población (Castillo Et al., 2007). En el presente artículo nos hemos centrado en la presentación de algunos de los aspectos relacionados con el embarazo adolescente y la implementación de la política en los seis espacios político-administrativos conformados por los tres departamentos y sus capitales.

Para ello, hemos realizado una recolección de datos cuantitativos directamente en las entidades responsables de la ejecución de la política (Seccionales departamentales de salud y Secretarías municipales de salud) y llevamos a cabo un análisis cualitativo (narrativo) del proceso de implementación de la política de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y las adolescentes en los tres departamentos y capitales que conforman el llamado eje cafetero colombiano (Departamentos: Quindío, Caldas, Risaralda; ciudades capitales: Armenia, Manizales y Pereira). De manera que la investigación se desarrolló mediante la combinación de dos estrategias metodológicas, una con énfasis en información cuantitativa derivada de los datos proporcionados por los sistemas de vigilancia epidemiológica rutinarios, y la otra cualitativa, derivada de entrevistas con los responsables locales y nacionales de la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva —PNSSR—.

La información cuantitativa permite realizar un seguimiento detallado de la evolución epidemiológica diferenciada según las regiones y, por lo tanto, se constituye en un insumo para estimar el impacto de la política en este grupo de población, comparativamente por cada entidad según su área de influencia político-administrativa. La metodología cuantitativa permite seguir la situación de salud y calidad de vida de las adolescentes y los adolescentes de la región cafetera de Colombia, de manera comparada entre el año 2002 y el año 2005, es decir, desde antes de la implementación de la política hasta la fecha.

El principal insumo de tipo cualitativo se obtuvo mediante las entrevistas realizadas a referentes de la política, la mayoría actores centrales de la implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en las seis entidades responsables de la implementación de dicha política, en la región objeto de la investigación. Se entrevistó un total de 5 actores tomadores de decisiones y asesores

en el nivel nacional del Ministerio de Protección Social, Naciones Unidas – Fondo de Poblaciones, 22 actores del nivel Departamental y Local Implementadores y Operadores de Políticas Públicas de SSR de Seccionales de salud de los Departamentos, Secretarías Municipales de Salud, Secretarías de Educación y Secretarías de Desarrollo Social, para un total de 46 entrevistas exploratorias y a profundidad (ver anexo 4: matriz de actores nacionales, departamentales y locales entrevistados).

Las entrevistas se sistematizaron utilizando el Software Atlas.ti, como herramienta informática. El análisis se inició con seis precategorías seleccionadas a partir de los ejes de la Política Nacional de SSR: Participación del recurso humano, Sistema de información, Vigilancia y control de la gestión, Investigación en SSR para la toma de decisiones, Intersectorialidad e Interinstitucionalidad, Redes sociales en áreas prioritarias de SSR.

De este primer análisis emergieron otras siete categorías: La política nacional como marco normativo, Asesoría en la implementación de la política de SSR a nivel regional, La política nacional versus necesidades regionales, Experiencias regionales alternativas a la política de SSR, Enfoque de la política desde lo reproductivo, Articulación e integración de la política de SSR con otras políticas, y Recurso humano y financiero. Estas categorías fueron seleccionadas por el equipo investigador debido a su alta recurrencia en las narrativas obtenidas de las entrevistas realizadas (categorías emergentes).

De esta manera se establecieron seis relatos correspondientes a la caracterización de la implementación de la PNSSR en tres departamentos y tres capitales de la región bajo estudio, con los que a su vez se construyó un metarelato que caracteriza la implementación en toda la región del eje cafetero y que señala los puntos comunes esenciales en los procesos de implementación analizados (Roe, 1994).

## **IV. Resultados de la investigación**

### **A. Resultados cuantitativos**

Una vez precisada la evolución del embarazo adolescente en la región cafetera, e identificados los énfasis previstos por la política en relación con la población adolescente, se discutió entre los investigadores e investigadoras y con los referentes de SSR de los

tres departamentos y capitales participantes del estudio, que dada la interrelación de diferentes factores en los principios, estrategias y acciones propuestas por la PNSSR, no se debería revisar solamente el resultado de su aplicación con base solamente en el número de embarazos en adolescentes, sino que por el contrario se deberían identificar otros aspectos que evidenciaran desde otros puntos de vista la intencionalidad de lograr la meta propuesta por el Ministerio de la Protección Social.

Como eventos centinela de aspectos sociales relacionados con promoción de la salud y la calidad de vida, patrones culturales, intersectorialidad, reducción de los factores de vulnerabilidad y de los comportamientos de riesgo, y calidad de la atención, se dio prioridad a eventos de vigilancia epidemiológica relacionados con la notificación de casos ocurridos en la población adolescente de sífilis gestacional y congénita, VIH y Sida, o abuso sexual. También se observaron los eventos vinculados a la reproducción tales como mortalidad materna en mujeres adolescentes, y mortalidad perinatal y bajo peso al nacer provenientes de frutos de gestaciones en mujeres adolescentes.

De otra parte y como expresión del trabajo intersectorial, de la información y educación, así como de la accesibilidad, gestión institucional y calidad de la atención, se tomaron como indicadores del proceso la prestación de servicios de planificación familiar ofrecidos a la población adolescente. Como evaluación de los principios planteados en la PNSSR se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con diferencias por subgrupo étnico, sexo, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y origen de los adolescentes y las adolescentes.

Por el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA se halló una mayor notificación de casos en la ciudad de Armenia, mientras que en Pereira no existe información relacionada con varios de los eventos investigados (Tabla 2). Por departamentos los casos notificados estuvieron relacionados con la infección por VIH; sin embargo también se halló una ausencia de información para varios eventos y no se pudo acceder a la información en el departamento de Caldas (Tabla 3).

**Tabla 2.** Eventos notificados de salud sexual y reproductiva en adolescentes de ciudades de la región cafetera 2003 – 2005.

AÑO	2003				2004				2005		
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
GRUPO ETAREO	<sup>10</sup> A 14	<sup>15</sup> A 19	<sup>10</sup>								
CIUDAD	ARMENIA										
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	0	NA	3	NA	0	NA	2	NA	0	
Casos notificados de sífilis neonatal	NA	0	NA	0	NA	0	NA	1	NA	0	

AÑO	2003				2004				2005		
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
GRUPO ETAREO	<sup>10</sup> A 14	<sup>15</sup> A 19	<sup>10</sup>								
Casos notificados de VIH/Sida	0	0	4	2	0	0	1	2	1	0	
Número de muertes por VIH-Sida	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Casos notificados de abuso sexual	0	SD									
TOTAL EVENTOS SALUD SEXUAL IDENTIFICADOS	0	0	4	5	1	0	1	5	1	0	
CIUDAD	MANIZALES										
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	0									
Casos notificados de sífilis neonatal	NA	0	NA	5	NA	0	NA	0	NA	0	
Casos notificados de VIH/Sida	0	0	3	0	0	0	2	2	0	1	
Número de muertes por VIH-Sida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Casos notificados de abuso sexual	SD										
TOTAL EVENTOS SALUD SEXUAL IDENTIFICADOS	0	0	3	5	0	0	2	2	0	1	

CIUDAD	PEREIRA									
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD
Casos	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD

AÑO	2003				2004				2005			
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
GRUPO ETAREO	<sup>10</sup> A 14	<sup>15</sup> A 19										
notificados de sífilis neonatal												
Casos notificados de VIH/Sida	SD											
Número de muertes por VIH-Sida	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
Casos notificados de abuso sexual	SD											
TOTAL EVENTOS SALUD SEXUAL IDENTIFICADOS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	

**Fuente:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica Secretarías municipales de Salud (Armenia, Manizales, Pereira).

**Tabla 3.** Eventos notificados de salud sexual y reproductiva en adolescentes de departamentos de la región cafetera 2003 – 2005.

AÑO	2003				2004				2005			
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
GRUPO ETAREO	<sup>10</sup> A 14	<sup>15</sup> A 19										
DEPARTAMENTO	QUINDIO											
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	SD	NA	S								
Casos notificados de sífilis neonatal	NA	SD	NA	S								
Casos notificados de VIH/Sida	SD	S										
Número de muertes por VIH-Sida	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Casos notificados de abuso sexual	SD	S										
TOTAL EVENTOS SALUD SEXUAL	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

IDENTIFICADOS													
DEPARTAMENTO	RISARALDA												
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	S
Casos notificados de sífilis neonatal	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	S
Casos notificados de VIH/Sida	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	S
Número de muertes por VIH-Sida	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	
Casos notificados de abuso sexual	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	S
TOTAL EVENTOS SALUD SEXUAL IDENTIFICADOS	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	

**Fuente:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica Seccionales y Territoriales de Salud Departamentales (Caldas, Risaralda, Quindío).

Revisando las estadísticas vitales por departamento, se puede observar un importante aumento de los casos de mortalidad perinatal en adolescentes entre los 15 y los 19 años en Quindío y Caldas, así como el aumento de muertes maternas en los dos últimos años en Risaralda (Tabla 4). Por ciudades no se observan mayores variaciones en los años observados, aunque llama la atención en Armenia la presentación de muertes maternas en el grupo de adolescentes para los últimos años (Tabla 5).

**Tabla 4.** Casos vitales en adolescentes identificados por departamento del Eje Cafetero de eventos seleccionados de salud sexual y reproductiva 2003 – 2005.

AÑO	2003			2004			2005		
	10 A 14	15 A 19		10 A 14	15 A 19		10 A 14	15 A 19	
DEPARTAMENTO	QUINDIO								
Casos notificados de Mortalidad Materna	0	0		0	1		0	0	
Casos notificados de Mortalidad Perinatal	3	21		4	65		11	128	
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	10	182		12	158		7	166	
TOTAL EVENTOS REPRODUCTIVOS	13	203		16	224		18	294	

IDENTIFICADOS						
DEPARTAMENTO	CALDAS					
Casos notificados de Mortalidad Materna	0	2	0	3	0	1
Casos notificados de Mortalidad Perinatal	8	102	8	146	14	236
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	SD	SD	SD	SD	SD	SD
TOTAL EVENTOS REPRODUCTIVOS IDENTIFICADOS	8	104	8	149	14	237
DEPARTAMENTO	RISARALDA					
Casos notificados de Mortalidad Materna	0	0	0	3	0	4
Casos notificados de Mortalidad Perinatal	3	44	8	71	6	61
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	17	336	10	284	18	257
TOTAL EVENTOS REPRODUCTIVOS IDENTIFICADOS	20	380	18	358	24	322

**Fuente:** Estadísticas Vitales Departamento administrativo Nacional. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Departamento administrativo Nacional de Estadísticas – Seccionales y Territoriales de Salud Departamentales (Caldas, Risaralda, Quindío).

**Tabla 5.** Casos vitales en adolescentes, identificados por ciudades del Eje Cafetero de eventos seleccionados de salud sexual y reproductiva 2003 – 2005.

AÑO	2003		2004		2005	
	10 A 14	15 A 19	10 A 14	15 A 19	10 A 14	15 A 19
GRUPO ETAREO						
CIUDAD	ARMENIA					
Casos notificados de Mortalidad Materna	0	0	0	1	0	2
Casos notificados de Mortalidad Perinatal	1	19	2	11	3	23
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de	5	79	6	71	3	64

AÑO	2003		2004		2005 <sup>a</sup>	
GRUPO ETAREO	10 A 14	15 A 19	10 A 14	15 A 19	10 A 14	15 A 19
gestantes adolescentes						
TOTAL EVENTOS REPRODUCTIVOS IDENTIFICADOS	6	98	8	83	6	89
CIUDAD	MANIZALES					
Casos notificados de Mortalidad Materna	0	1	0	0	0	0
Casos notificados de Mortalidad Perinatal	1	14	0	16	0	12
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	18	379	10	386	17	345
TOTAL EVENTOS REPRODUCTIVOS IDENTIFICADOS	19	394	10	402	17	357
CIUDAD	PEREIRA					
Casos notificados de Mortalidad Materna	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Casos notificados de Mortalidad Perinatal	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	7	141	4	155	7	139
TOTAL EVENTOS REPRODUCTIVOS IDENTIFICADOS	7	141	4	155	7	139

**Fuente:** Estadísticas Vitales Departamento administrativo Nacional. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Departamento administrativo Nacional de Estadísticas – Secretarías municipales de Salud (Armenia, Manizales, Pereira).

Con la información obtenida relacionada con el acceso a servicios y a métodos de planificación familiar, se puede observar que en las ciudades de Armenia y Pereira tanto hombres como mujeres son beneficiados por servicios de consulta para planificación familiar de primera vez y de control del método seleccionado, siendo mayor y creciente el número de actividades reportadas por la ciudad de

Armenia, donde además se observa que en el grupo de 10 a 14 años las actividades realizadas son similares para hombres y para mujeres.

En las ciudades de Armenia y Pereira se realizan las actividades de consulta de primera vez principalmente por el médico, mientras que las consultas de control son ejecutadas por el personal de enfermería en su mayoría. En ambas ciudades las consultas de control son menores a las de primera vez. (Tabla 6). Similar situación se observa en el Departamento del Quindío, único departamento del que se obtuvo la información en análisis (Tabla 7).

La situación hallada con la ciudad de Manizales es particular ya que es el único ente territorial cuya información está basada en las actividades contratadas y ejecutadas solamente por una IPS privada, y que se caracteriza por la ausencia de una información completa.

**Tabla 6.** Servicios de planificación familiar ofrecidos a adolescentes en ciudades seleccionadas de la región cafetera 2003 – 2005

AÑO	2003				2004				2005				
SEXO													
GRUPO ETAREO	0	A	5	A	0	A	15	A	0	A	15	A	
	14		19		14		19		14		19		
CIUDAD	ARMENIA												
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por médico (Subsidiados y vinculados)		6	1	55		1	7	60		8	5	1	80
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)	5	3	8	5	5	3	8	5	7	7	0	0	
TOTAL PRIMERA VEZ PF (Subsidiados y vinculados)	4	9	9	20	3	4	5	25	5	2	1	60	
Número de controles de planificación familiar realizados por médico (Subsidiados y vinculados)			3	7		1	5	2		3	8	6	
Número de controles de planificación familiar realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)			8	01		5	0	03		1	4	35	
TOTAL CONTROLES PF (Subsidiados y vinculados)			1	38	1	6	5	45	7	4	2	81	

CIUDAD	MANIZALES (*)											
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por médico (Subsidiados y vinculados)	8	8	55	1	2	7	44	7	1	07	68	
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)	74	94	39	13	19	88						
AÑO	2003			2004			2005					
SEXO												
GRUPO ETAREO	0	1	1	0	1	15	0	1	15			
	14	A	5	14	A	A	14	A	A			
TOTAL PRIMERA VEZ PF (Subsidiados y vinculados)	32	8	49	1	01	7	7	10	07			
Número de controles de planificación familiar realizados por médico (Subsidiados y vinculados)	D	D	D	D	D	D	4	09	02			
Número de controles de planificación familiar realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)	D	D	D	D	D	D	D	D	D			
TOTAL CONTROLES PF (Subsidiados y vinculados)	D	D	D	D	D	D	4	09	02			
CIUDAD	PEREIRA											
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por médico (Subsidiados y vinculados)	4	67	0	13	2	32	6	99	34			
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)		0	66	2	67	5	64					
TOTAL PRIMERA VEZ PF (Subsidiados y vinculados)	4	77	1	79	4	29	6	84	34			
Número de controles de planificación familiar realizados por médico (Subsidiados y vinculados)	2	71	5	1	52	1	05					
Número de controles de planificación familiar realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)	1	87	2	04	8	07	7	1	05			
TOTAL CONTROLES PF (Subsidiados y vinculados)	3	58	8	49	9	62	8	0	55			
						2			7			

(\*) Única ciudad en la que se suman los pacientes que son atendidos por IPS privada del régimen subsidiado y de pobres no afiliados contratada por la Secretaría de Salud.

**Fuente:** Estadísticas Vitales Departamento administrativo Nacional. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Departamento administrativo Nacional de Estadísticas – Secretarías municipales de Salud – Referente de SSR Adolescente (Armenia, Manizales, Pereira).

**Tabla 7.** Servicios de planificación familiar ofrecidos a adolescentes en el departamento del Quindío 2003 – 2005.

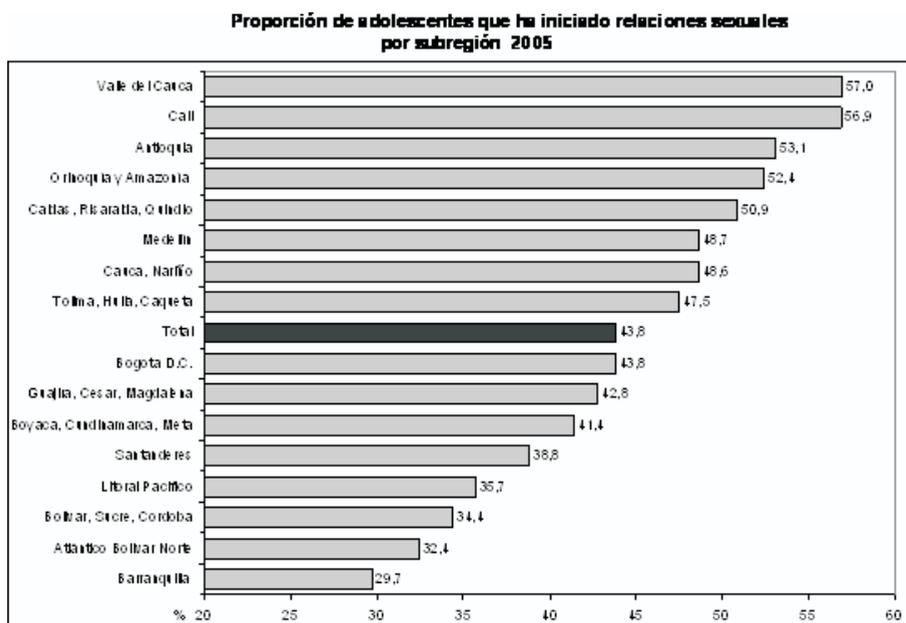
DEPARTAMENTO	QUINDIO											
	2003				2004				2005			
SEXO												
GRUPO ETAREO	0	1	5	1	0	1	5	1	0	1	5	1
	14	A	19	A	14	A	19	A	14	A	19	A
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por médico (Subsidiados y vinculados)	6	1	8	08	5	6	9	13	7	7	9	76
Número de consultas de primera vez para planificación familiar a mujeres realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)	7	3	5	21	8	2	0	26	2	6	8	43
TOTAL PRIMERA VEZ PF (Subsidiados y vinculados)	3	4	3	29	3	18	9	39	9	43	7	19
Número de controles de planificación familiar realizados por médico (Subsidiados y vinculados)			4	7		8	7	9		3	7	5
Número de controles de planificación familiar realizada por enfermera (Subsidiados y vinculados)			5	03		1	6	07		8	6	5
TOTAL CONTROLES PF (Subsidiados y vinculados)			9	80		6	9	3		86	1	3

**Fuente:** Sistema de Información y Consolidación de datos Instituto Seccional de Salud del Quindío).

Es importante resaltar que la subregión cafetera (Caldas, Risaralda y Quindío) se ubica en el quinto lugar, dentro de las de dieciséis regiones analizadas, según la proporción de adolescentes que han

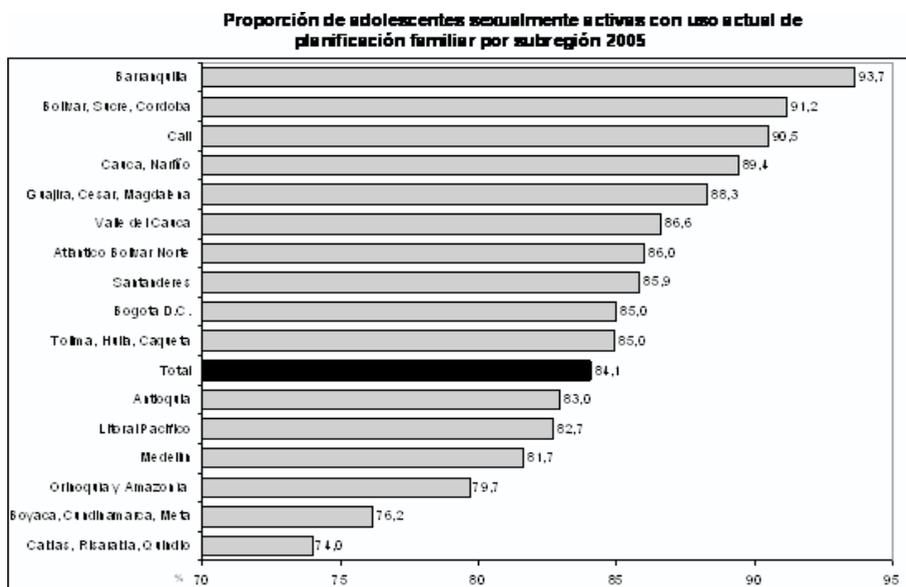
iniciado relaciones sexuales (Gráfico 1), y es la última región según adolescentes sexualmente activos y activas con uso de planificación familiar (Gráfico 2).

**Gráfico 1.** Proporción de adolescentes que han iniciado relaciones sexuales, por región, 2005.



**Fuente:** Encuesta nacional de demografía y salud 2005.

**Gráfico 2.** Proporción de adolescentes sexualmente activas con uso actual de planificación familiar por subregión 2005.



**Fuente:** Encuesta nacional de demografía y salud 2005.

En conclusión, los datos cuantitativos recolectados muestran que las actividades ligadas al acceso a servicios y a métodos de planificación familiar realizadas, tienden a aumentar entre 2003 y 2005; sin que se presente, sin embargo, un cambio significativo desde la introducción de la política. El único aumento notable ocurrió en la ciudad de Pereira que logra multiplicar por cuatro el número de primera consulta en servicios de planificación familiar.

## **B. Resultados cualitativos**

El desarrollo del estudio cualitativo de los procesos de implementación da a conocer comportamientos y realidades en las circunstancias estudiadas. En este artículo nos hemos concentrado en presentar una lectura sintética, como metarrelato (Roe, 1994) de los relatos para cada categoría normativa señalada y por departamentos y ciudades capitales. Estos relatos están basados en las entrevistas realizadas por los investigadores (Del Castillo Et al., 2007). El resultado

muestra características y comportamientos relativamente similares en el proceso de implementación de la PNSSR tanto para el caso de los tres departamentos como para las capitales (Departamentos de: Quindío, Caldas, Risaralda; ciudades capitales de: Armenia, Manizales y Pereira).

## **Una lectura desde los departamentos**

### *Participación del recurso humano*

Es una constante para los tres departamentos del eje cafetero, cómo el talento humano que se identifica como responsable de las acciones de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes y a las adolescentes no tiene una dedicación exclusiva a ello. Muchos de los funcionarios y funcionarias no son responsables sólo del tema de adolescentes, ni aún de SSR, sino que tienen a cargo dos y más programas. En Caldas, la Seccional de Salud donde se ve mayor recurso humano, éste es, sin embargo, insuficiente para el número de municipios por acompañar y asesorar en el tema.

Se destaca de manera importante que de todos los referentes de SSR para adolescentes en los departamentos, no existe un profesional o una profesional con dedicación exclusiva al tema. En contraste se destaca con mayúsculas la alta calidad de los referentes de SSR, en términos de su formación técnica y académica y su permanente compromiso con la actualización. Los tres departamentos tienen o han tenido en momentos importantes, en términos de inversión de recursos, el apoyo de un experto consultor o consultora en el tema de SSR y ha sido posible —en especial en Caldas— una asistencia técnica en el tema de adolescentes.

La precariedad en términos de número de referentes departamentales, si bien con alta calidad en su formación, se expresa en una gran dificultad para llevar a cabo la asistencia técnica a los municipios, ya que en estos últimos la formación y la dedicación son menores. No hay personal exclusivo ni para SSR, ni mucho menos para adolescentes; el tema es marginal en los municipios, lo cual hace más pesada la carga de trabajo del referente departamental, incidiendo en desarrollos muy desiguales de la política de SSR implementada entre un municipio y otro, siempre quedándose muchos de estos desarrollos en los niveles centrales departamentales. La situación sigue siendo más

crítica en Risaralda que en los otros dos departamentos.

En el plan de los recursos financieros, comparados con la situación antes del 2003, se reciben claramente y con especificidad para SSR mayores recursos. Sin embargo, el recurso destinado a los adolescentes y a las adolescentes, al analizar los planes de beneficio departamentales (PAB), es mínimo y repercute negativamente en la calidad de las acciones.

Sin embargo, se reconoce que el tema de las adolescentes y los adolescentes tiene mayor visibilidad y que por lo menos se tienen algunos recursos direccionados para acciones de SSR. Es el caso del departamento de Risaralda que ha recibido desde el nivel nacional importantes aportes para acciones específicas no solo de SSR, sino de adolescentes, lo que se refleja seguramente en el gran aumento de atención en servicios de planificación familiar en su capital Pereira. Para lo demás, no se detectaron avances diferenciales respecto a los otros dos departamentos de la región, motivados por esta inyección de recursos, lo cual no es conclusivo, pues este punto amerita una evaluación de impacto y rendición de cuentas que se sale de las posibilidades metodológicas de este estudio.

### *Sistema de información*

Aunque la deficiencia en los sistemas de información de la PNSSR afecta el seguimiento y la planeación en general, es especialmente sensible en el caso de adolescentes permanentemente invisibles. La exigencia por vía normativa del nivel central de obligatoriedad de notificación, es inoperante ante la falta de habilidades para la recolección de datos y su análisis, apropiación y utilización por parte de los funcionarios y funcionarias departamentales para dar adecuada salida a necesidades sentidas de adolescentes y jóvenes.

Ni siquiera una patología tan significativa para la humanidad como es el HIV/SIDA ha logrado jalonar el desarrollo tecnológico para favorecer el mejoramiento de la capacidad de generación de información sobre las adolescentes y los adolescentes. Parece que hay un freno por mantener unos modos de operar locales rutinarios para responder a las demandas de información nacionales.

En este marco de invisibilidad de los adolescentes y las adolescentes, las acciones dirigidas hacia esta población se basan más en la opinión “experta” que en la realidad de los datos (el sistema SIVIGILA no

permite una lectura específica para los rangos de edades 10-14 y 15-19 años) o en las opiniones de los jóvenes y de las jóvenes.

### *Vigilancia y control de la gestión*

Se perciben múltiples formas de entender la vigilancia y el monitoreo: vigilancia epidemiológica o seguimiento de actividades de implementación realizadas. Las acciones de vigilancia y control, que no logran nutrirse de información analizada, difícilmente permiten a los actores hacer control. Hay un direccionamiento en particular a la vigilancia de los recursos financieros y no a unos estándares de calidad o pertinencia de las acciones para adolescentes.

Es destacable la claridad de actores regionales respecto a las grandes falencias en la atención a los adolescentes y las adolescentes. Los actores y referentes consideran que no se hace referencia a los servicios para adolescentes, sino a patologías.

Estas gestiones de vigilancia en un solo aspecto tienen relación con el sistema de monitoreo y rendición de cuentas sobre recursos girados para acciones PNSSR en general, ya que no se encuentran discriminados para adolescentes.

El seguimiento que se hace específicamente al VIH/SIDA, ofrece indirectamente reportes de algunos aspectos de la PNSSR. Pero en términos generales la visibilidad de adolescentes sigue siendo mínima.

No hay un conveniente aprecio de las competencias técnicas ni de autoridad en la dirección territorial en la materia. Prevalece la fuerza del mandato central de la PNSSR e igualmente se tiende a cederle la responsabilidad por el seguimiento y control.

### *Intersectorialidad e interinstitucionalidad,*

La dificultad para establecer relaciones intersectoriales e interinstitucionales es un problema evidente. Si bien es cierto que existe un objetivo común: el desarrollo de las PNSSR en las regiones, también es claro que los entes no logran ponerse de acuerdo en quién *hace*, ya que a la hora de acordar, de discutir y de sentarse en mesas de trabajo para definir cuáles son las mejores estrategias, no se logra ver claramente quién es el actor o los actores que deben lograr los resultados concretos. Sin embargo, algo muy positivo que deja ver el estudio es que, cuando

se logra un acuerdo, se permite la puesta en marcha de intervenciones en beneficio de la SSR de los adolescentes y las adolescentes. Uno de los aspectos más críticos sigue siendo la baja participación del sector educación. Resultado de ello es la existencia en los referentes de los departamentos de un convencimiento muy fuerte sobre la importancia de la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Los avances más notorios se concentran en la apertura hacia espacios menos ligados a los sectores públicos formales de salud, educación y bienestar. Se encuentran nichos de trabajo con adolescentes en los espacios generados por ONG y entidades de Cooperación Internacional, como son el caso de *Save de Children*, en los que se conjugan tanto cooperación financiera como avances investigativos. Estos espacios se crean generalmente en el marco de la política de juventud, que centra la atención de los jóvenes y las jóvenes en sus escenarios de trabajo.

En los departamentos, el sentir de todos los sectores e instituciones es que la coordinación intersectorial e interinstitucional es buena; sin embargo las ejecuciones de las acciones son muy complejas y muchas veces derivan en su poco desarrollo y concreción en terreno, con la carga del actor que se identifica como el referente "salud", al cual se reconoce no sólo como el responsable de la implementación de la política sino como el encargado de las acciones en la SSR.

La política en cierta forma ha traído un cierto dinamismo y creatividad que se refleja en experiencias alternativas para la atención en SSR a los adolescentes y a las adolescentes, que responden a un importante proceso de motivación y jalonamiento llevado a cabo por la visibilización en las regiones de consultoras y consultores externos que en cierta forma han llevado a entender los derechos sexuales y reproductivos por nuevas áreas de enfoque y trabajo; aún falta ver los resultados de estos nuevos enfoques.

A pesar de que se cuente con centros de atención integral para los adolescentes y las adolescentes que buscan llegar a este grupo con un equipo multidisciplinar de profesionales, aún falta un mayor desarrollo de esta estrategia y evaluaciones que permitan ver si este camino deja un impacto positivo.

### *Investigación en SSR para la toma de decisiones*

Los departamentos hacen esfuerzos para desarrollar investigación, permitiendo el desarrollo de adelantos en el campo; sin embargo, al

igual que para otros componentes, el desarrollo de la investigación se centraliza casi exclusivamente en el sector salud.

Se puede determinar un liderazgo por parte del equipo de Caldas, el cual cuenta con varias investigaciones publicadas o en proceso serlo. Por su parte Quindío contempla un gran logro no solo para la región sino para el país, como lo es el estudio de *Save the Children*, con *Jóvenes por la vida*, que permitió dar orientación al trabajo con adolescentes y jóvenes y posicionar este campo en la esfera política y económica.

La región tiene interés en el desarrollo del componente, pero se pueden percibir trabas que no dejan ver claramente las rutas por las cuales se pueda dar la consolidación del componente y su desarrollo. Es común la recopilación de la producción de investigación local que de alguna forma aporte significativamente a la comprensión de la situación de adolescentes y jóvenes y sus transformaciones, como puntos de partidas para el trabajo de intervención.

### ***Redes sociales en áreas prioritarias de SSR***

Podría decirse que el tema de las redes es un tema que en la región ha tomado fuerza en los departamentos. Es posible encontrar experiencias importantes en Caldas en el sector salud. Hay otras experiencias que convocan a los otros dos departamentos en temas de niñez y juventud, particularmente con el proceso de implementación de la Política de Juventud, la cual ha mostrado una importante capacidad de generar experiencias exitosas en los diferentes escenarios del trabajo con jóvenes.

Sin embargo, el trabajo en red de la manera y con la trascendencia que es planteado en el contexto de implementación de la PNSSR, no es de ningún modo una experiencia cercana en ninguno de los departamentos del eje cafetero. Por el contrario, se perciben diversidad de conceptos frente al trabajo en red, con pocos desarrollos metodológicos, en particular para el trabajo con adolescentes en general.

De los tres departamentos, Quindío, se plantea como el caso particular en el cual hay esfuerzos del sector salud para el desarrollo del trabajo en red. Pero estos esfuerzos son mediados por espacios convocados por ONG que reciben respuestas más efectivas por parte de los jóvenes y de las jóvenes, que las convocatorias hechas por el sector salud o el sector educación, o alguno de los sectores convencionales del trabajo en calidad de vida.

No hay elementos para plantear si son experiencias exitosas o no, pero muchas sí permiten hacer converger intereses de jóvenes y adolescentes que los referentes de SSR aprovechan para dinamizar las acciones y las iniciativas que son temas prioritarios para la implementación de la PNSSR. Pero estas acciones tienen el problema de que dependen del trabajo de las ONG, lo cual hace frágil este proceso en el tiempo.

El trabajo en red podría constituirse en un soporte de los referentes de SSR departamentales, para brindar asistencia técnica a los municipios. Sin embargo, el proceso está en gran medida tan incipiente y es de tan poca madurez en los tres departamentos del eje cafetero, que no parece permitir proyectar acciones sostenibles en SSR dirigidas a los adolescentes y a las adolescentes, y potenciar intervenciones de la manera como lo orienta y plantea la PNSSR.

## **Una Mirada desde las Ciudades Capitales**

### ***Participación del recurso humano***

La situación del recurso humano en las capitales podría ser menos crítica que en los departamentos; sin embargo deja ver que a todas luces el número de referentes dedicado al tema de la SSR es también insuficiente. No solamente por que se tiene subsumido el tema específico de adolescentes en el amplio panorama de las múltiples problemáticas de la SSR, sino porque, contrario a lo que se podría pensar, por tratarse de un solo municipio, se debe destacar que las capitales concentran una gran complejidad de las problemáticas asociadas a los adolescentes y a las adolescentes. Esta situación multiplica las demandas de atención y las exigencias en términos de integralidad y calidad de los procesos de implementación.

La situación se enfrenta con un recurso humano en las tres capitales de una alta calificación técnica y es importante destacar, en los tres casos de Armenia, Manizales y Pereira, el altísimo compromiso de los referentes de SSR con las adolescentes y los adolescentes. Éstas hacen grandes esfuerzos por lograr acciones específicas dirigidas a este grupo etéreo, a pesar de las condiciones adversas de contratación y de continuidad de los equipos de trabajo para que los referentes de SSR realicen su labor. Los actores sienten las contradicciones entre el discurso nacional plasmado en la PNSSR y la situación real en los municipios.

En efecto, los referentes municipales se ven abocados a contratar en precarias condiciones equipos de profesionales sin que sean capacitados o capacitadas en el tema. La alta rotación (*turn over*) y la insuficiencia de los recursos repercute, a todas luces, en el bajo compromiso de estos equipos. Esto genera acciones de baja calidad, reclamos que se hacen desde actores de otros sectores que expresan la contradicción entre referentes municipales con desarrollos conceptuales de alta calidad y acciones de equipos operativos de muy baja calidad.

El aspecto que se puntualiza en el acápite anterior se materializa, en las tres capitales de los departamentos del eje cafetero, en el comportamiento de la inversión de recursos dirigidos a los adolescentes y a las adolescentes. En efecto, la inversión es muy baja, lo que limita las posibilidades de mayores intervenciones, y en especial con mayor cobertura (con una excepción en el caso de Pereira).

### *Sistema de información*

Del mismo modo que para los departamentos, la información recolectada por los municipios es útil para algunas patologías, pero no incluye la información relativa a las problemáticas más específicas de las adolescentes y los adolescentes. El sector de la salud tiene claro el sistema de información en SSR, sin embargo, no logra obtener eficientemente la información en lo referente a adolescentes.

El sector educación entiende el proceso del sistema de información acerca de adolescentes como una tarea de encuestas nacionales como la ENDS-2005. No existe un sistema de información articulado a nivel intersectorial que permita determinar alertas oportunas. El sector educativo local entiende claramente los límites de su actuación: rescate de la identidad, autoestima, manejo del respeto, desarrollo de las competencias comunicativas que permiten a jóvenes y adolescentes el desarrollo y conocimiento de su sexualidad.

Un problema detectado es que una de las principales fuentes de información —el sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA— oculta el dato de los adolescentes y de las adolescentes en los rangos de edad que opera. Lo que implica que los operadores municipales de la política no tienen acceso a una información pertinente. Sin embargo, existen experiencias incipientes de comunidades con interés por recolectar de primera mano información que apoye la gestión en su localidad.

Se logra ubicar en el currículo de estudios superiores y tecnológicos, la responsabilidad de la enseñanza de la importancia y compromiso con la recolección de datos, informes, y su análisis.

De manera general, los procesos de planeación, evaluación del impacto de políticas y programas del sector, y el control social en el caso de los adolescentes y las adolescentes, que deben sostenerse de los sistemas de información, son aún muy erráticos, precarios y parciales.

La PNSSR y su normatividad se constituyen en poderosa argumentación estratégica en la negociación política local para los actores involucrados en defensa de los (pocos) programas locales, particularmente para los actores del sector de la salud. Se aprovecha la afortunada 'coincidencia' de que algunas acciones que se venían haciendo en la región aparecen en el documento nacional, es decir, legitimadas por la PNSSR.

Es significativo que para la mayoría de los referentes locales sea una preocupación sentida la no visibilidad de los adolescentes y de las adolescentes en las acciones de la PNSSR. En este aspecto, es evidente el contraste de intereses entre el sistema de aseguramiento en salud desde la red privada y la preocupación de los actores de la red pública. Los actores del primero se preocupan más por la rentabilidad económica de adolescentes y jóvenes que por los intereses y deseos expresados por ellos.

### *Vigilancia y control de la gestión*

No hay herramientas para vigilar y controlar las intervenciones de SSR dirigidas a los adolescentes y a las adolescentes. La debilidad en las tareas de vigilancia de las entidades encargadas por ley, que se complementa con el débil control social, cierran el ciclo perverso: la información incompleta, sin análisis, difícil de acceso y un público sin exigencias, dejan sin herramientas a quienes deberían hacer la tarea.

Hay una expresión de un interés político para direccionar la contratación de la prestación de servicios hacia el cumplimiento de mejorar la calidad de la atención y los registros de recolección de información de SSR para adolescentes, pero que queda ampliamente sin efecto.

El ejercicio del control social no cuenta con herramientas facilitadoras. La participación efectiva de la comunidad requiere de la habilitación de las personas. Está en desarrollo la formación que

facilite y dinamice el ejercicio de la autonomía y del control social. Sin embargo, no se logran avances significativos, ya que la cultura política y administrativa local es poco dada a la acción participativa constructiva.

También aparece una preocupación en lo local, sobre condiciones de particularidades etnoculturales de los adolescentes y las adolescentes que habitan las localidades, para su inclusión en los programas en relación con la PNSSR. Es decir, en el terreno se plantea la necesidad de un enfoque diferencial para algunos grupos de adolescentes, lo que no está contemplado por la política nacional.

### *Intersectorialidad e interinstitucionalidad*

A nivel municipal se puede apreciar de manera constante — con algunas excepciones como lo es Pereira—, que la relación de coordinación entre el sector salud y el sector educación es difícil, a pesar de que en el mismo texto de la PNSSR se enfatiza en la estrategia de Educación Sexual desde el Ministerio de Educación, demandando acciones específicas desde el sector salud. Pero resulta que las acciones, las estrategias y los liderazgos, son netamente asumidos por el sector de la salud, haciendo que el proceso de implementación se centralice en este sector.

En todas las ciudades se articulan acciones en el trabajo sobre la mortalidad materna, dejando prácticamente en lo anecdótico el resto de las actividades intersectoriales e interinstitucionales en materia de SSR para adolescentes.

Las únicas excepciones se han dado con algunas ONG, como es el caso destacado de la ONG “Ser Humano” con el proyecto “jóvenes por la vida” en la región del Quindío y su capital Armenia, y de manera general con Profamilia. Esta entidad ha consolidado un prestigio no sólo en el Eje Cafetero sino a nivel nacional en la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes, cumpliendo un importante papel en la prestación de servicios y procesos educativos no formales para los adolescentes y las adolescentes. La calidad de la atención que brinda a este grupo etéreo es reconocida por los referentes de salud pública de los municipios. Este hecho ha convertido a Profamilia en un operador importante de las acciones adoptadas por los municipios.

### *Investigación en SSR para la toma de decisiones*

La investigación a nivel municipal tiene algún desarrollo en el sector salud mientras que el sector educativo no tiene inicio. Por lo tanto, cada experiencia de investigación, por pequeña que sea, cobra un gran valor. Lamentablemente, las investigaciones no logran ser sistemáticas, ni continuas, observándose un alejamiento de la academia en el desarrollo de las mismas o en el acompañamiento de las entidades de carácter municipal. Esta situación puede guardar una gran relación con la alta rotación de personal o la falta de agentes específicos dedicados a este componente en los municipios, lo que dificulta e imposibilita el desarrollo de estos procesos tan beneficiosos para los municipios y para el país.

Los actores del sector educativo no logran verse como posicionados en ningún componente; de un lado la investigación es captada y desarrollada por salud y por otro lado la política de juventud, con la que se ha logrado el primer paso de integración en el trabajo con los adolescentes y las adolescentes, es liderada por las Secretarías de desarrollo social, lo que lleva a determinar que en el sector educativo la situación es altamente precaria; no hay forma de lograr avances en la concreción de acciones en este componente.

### ***Redes sociales en áreas prioritarias de SSR***

*Hay una pretensión de red, que simplemente recoge los trabajos inconexos de las diferentes instituciones, orientados por la óptica de cada una... Este testimonio de uno de los referentes de SSR entrevistados, recoge de manera concreta la experiencia del trabajo en red en la zona del eje cafetero. Si bien los referentes del sector salud en Armenia y Pereira señalan iniciativas de trabajo conjunto con ONG, no se trata de un proceso articulado y hay muy pocos desarrollos organizados de manera sistemática que tienen impacto en los procesos de implementación de la PNSSR dirigida a los adolescentes y a las adolescentes.*

En razón a que dentro de las estrategias propuestas por la PNSSR —en particular para el trabajo con adolescentes—, el trabajo en red es identificado como alternativa por los referentes de SSR de las diferentes capitales para potenciar las acciones de asesoría a las diferentes instancias y escenarios donde se deben operar las intervenciones dirigidas a adolescentes, no hay aún una *cultura del trabajo en red* (INDES-BID:2006) que se haya desarrollado lo suficientemente y que pueda ser soporte para los referentes de SSR de las capitales del eje cafetero.

## **V. Conclusiones**

A pesar de haberse hallado una mínima y variable reducción de los nacimientos en adolescentes en las ciudades y departamentos del eje cafetero, no se pudo evidenciar una relación entre estos resultados y los programas, proyectos, estrategias y acciones desarrolladas desde el sector salud que expliquen el comportamiento observado. En las fuentes revisadas dentro del componente cuantitativo de la presente investigación, no se encontraron registros que dieran cuenta de estrategias diferenciadas para grupos juveniles, basadas en caracterizaciones o conocimientos territoriales que identifiquen situaciones particulares de los adolescentes y las adolescentes en la región cafetera.

Como punto crítico, es de señalar que la información cuantitativa existente sobre los adolescentes y las adolescentes, se encuentra disgregada, y en algunos casos es inexistente, sin responsables claros encargados de su consolidación y análisis, en la perspectiva de orientar las decisiones político-administrativas, el seguimiento a los procesos y/o el impacto esperado.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en particular en lo referente a las acciones dirigidas a los adolescentes y a las adolescentes, insiste de manera sistemática en las acciones intersectoriales, con especial énfasis en la coordinación con el sector educación; pero el análisis de su implementación muestra que no se logra aún incidir en dicho escenario; por tanto este proceso está, para el caso del eje cafetero, esencialmente liderado por el sector salud.

El punto anterior da pie para afirmar que del 2003 al 2006, el sector educación es un sector marginal al desarrollo e implementación de la política nacional de salud sexual y reproductiva, no sólo por su mínima y errática participación en el proceso de implementación en el eje cafetero, sino porque mientras en salud el tema de las problemáticas de los adolescentes y de las adolescentes —más allá del marco de la misma PNSSR—, ha suscitado la generación de una masa crítica de funcionarios y funcionarias de salud que se destacan por su compromiso con el tema y con la problemática en el sentido amplio, en el sector educación el tema se siente como una carga.

A pesar de las argumentaciones en torno a la intersectorialidad de la PNSSR, ésta sigue siendo eminentemente sectorial a cargo del sector salud y con momentos de conflicto claros con el sector educativo, que

cuando participa lo hace a título personal de un maestro, maestra o supervisor comprometido con el tema y doliente de la problemática, más por las deudas e interrogantes derivados del programa de Educación Sexual que por un cambio en el abordaje de las problemáticas de las adolescentes y los adolescentes. Los restantes sectores de bienestar y desarrollo social tienen aún mucho menos compromiso y sensibilidad frente al tema que el mismo sector educación.

La situación de la oferta de servicios en SSR dirigida a la población adolescente del eje cafetero, entendida como el ejercicio de concreción de los procesos de implementación de la PNSSR es, a pesar de los esfuerzos de los referentes regionales, aún muy precaria, repercutiendo en resultados que describen un retraso importante en la implementación de directrices claras de la PNSSR para adolescentes.

Uno de los escenarios donde es fácil generar evidencias de lo marginal que es el tema de los adolescentes y las adolescentes frente a la implementación de la PNSSR, es en los Sistemas de Información y Línea de Base de Adolescentes en el eje cafetero, en razón a que la captura de información de indicadores de situación básicos en SSR de los adolescentes y las adolescentes se convirtió en uno de los mayores problemas detectado por la investigación y que a todas luces refleja la fragilidad de la información con la cual se toman decisiones para el diseño de las intervenciones en esta población en el eje cafetero. Cabe destacar aquí los esfuerzos del Departamento de Caldas por lograr contar con una línea de base de SSR de los adolescentes y las adolescentes como producto de una investigación que recientemente fue presentada a los medios de comunicación; pero este logro responde a una iniciativa puntual de un equipo de trabajo altamente comprometido con el tema de la SSR, que reconoce en las adolescentes y los adolescentes un punto focal vital de las acciones de SSR.

En los tres departamentos y capitales que hicieron parte de la investigación se detectó en los equipos de SSR responsables del tema de adolescentes, una gran ganancia al haber logrado con todas las dificultades, visibilizar al adolescente y a la adolescente, no sólo desde la situación problemática de los embarazos y el VIH-SIDA, sino desde la idea positiva de una población prioritaria para el eje cafetero. Sin embargo, esto aún no se refleja en inversiones más claras que permitan salir de la marginalidad presupuestal.

Se hace evidente que la Reforma del SSS en Colombia es una amenaza para el cumplimiento de las metas nacionales de implementación de

las acciones de SSR dirigidas a la población adolescente, y un obstáculo para las acciones de SSR en general. El Sistema es expulsivo de los adolescentes y las adolescentes, pues promueve, por la lógica interna del mismo, acciones erráticas de las EPS frente a los procesos de intervención, información y vigilancia. El sistema de SSS del país y la PNSSR, no son compatibles, y el primero se constituye en un real y palpable obstáculo para la implementación adecuada de la segunda, dejando como alternativa que varios de los referentes de SSR de la región estudiada inviertan demasiadas energías en ofertas alternativas de atención a adolescentes o experimenten importantes niveles de frustración frente al tema.

En el eje cafetero, como producto de las acciones que con fuerza han retomado las mismas organizaciones de jóvenes y por el impulso de la experiencia del Observatorio de Juventud del Eje Cafetero, tiene más visibilidad la política de Juventud en sectores diferentes al de la salud que la PNSSR. Igual sucede con la política de infancia impulsada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a partir de las acciones promovidas por los Observatorios de Infancia y Familia y las Alianzas por la infancia de los departamentos del eje cafetero, que han logrado una gran movilización y visibilidad en el tema. En contraste, a pesar de la existencia de una directriz para la organización de los Comités departamentales de SSR, éstos no han logrado aún una mayor movilización que saque el tema de la sola esfera de acciones del sector salud, lo cual es crítico en especial para las acciones de SSR dirigidas a la población adolescente.

Finalmente, parece evidente que la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aún no logra impactar de manera significativa en la salud de los adolescentes y de las adolescentes, y en particular en la disminución de los casos de embarazo; es más, se evidenciaron dificultades en relación con los esquemas político-administrativos de implementación. La descentralización ha generado la búsqueda desordenada de soluciones ad hoc que corresponden a particularidades locales, que descansan en la presencia fortuita de algunos funcionarios y funcionarias particularmente motivados o en la presencia de una ONG con experticia en el tema.

Consideramos que las siguientes recomendaciones deberían permitir superar algunas de las dificultades señaladas.

## **VI. Recomendaciones**

Siendo la salud de los adolescentes y de las adolescentes (10 a 19 años) un elemento clave para el progreso social, económico y político de todas las sociedades, es preciso que sus necesidades y derechos figuren de manera permanente en las políticas públicas y en las agendas del sector salud, particularmente si se tiene en cuenta que las tradicionales acciones hacia la gestación adolescente y las políticas sobre el consumo de psicoactivos no han impactado de manera importante en sus proyectos de vida. Por lo tanto, los jóvenes y las jóvenes ameritan respuestas y acciones más contundentes e integrales.

Para ello, la implementación de un programa específico para la salud sexual y reproductiva para adolescentes requiere de la definición de los aspectos clave que se señalan en las siguientes recomendaciones:

- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, con lineamientos desde el nivel nacional y con análisis y seguimiento en el nivel territorial, donde se evidencien variables específicas para los adolescentes y las adolescentes, que permitan, más allá de cuantificar sus problemas, visibilizar los verdaderos determinantes sociales para permitir así intervenciones sostenibles y realmente comprometidas con la mejoría de su situación.

- Desarrollo de estudios aplicados que evidencien características particulares de grupos juveniles, y que ayuden a orientar políticas en salud sexual y reproductiva, en los cuales los adolescentes mujeres y hombres sean parte de la solución, sean escuchados y se respete en el diseño de las intervenciones sus ideas, intereses e imaginarios sobre sus propios problemas y sus propuestas de solución.

- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial, en especial con Bienestar Familiar y el sector educativo, como prioridad para alcanzar las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con las adecuaciones a que haya lugar en los municipios y departamentos, en particular para retomar el Proyecto de Educación Sexual, el cual debe ser considerado una prioridad y no una acción marginal de un grupo muy reducido de maestros y maestras interesados que no pueden llegar a trascender en los escenarios propios de los jóvenes y las jóvenes e impactar en sus proyectos de vida.

Destinación en los presupuestos públicos de rubros específicos para la población adolescente, contratación de un personal entrenado y capacitado en el tema de manera permanente para la población

adolescente, y contratación de consultores y consultoras idóneos que trasladen el acumulado técnico en los funcionarios y funcionarias y en las instituciones más permanentes.

Consideración de la promulgación del Código de la Infancia y la Adolescencia-Ley 1098 de 2006, como una posibilidad de soporte normativo para que las regiones lleven a cabo las acciones e intervenciones necesarias para el logro de los derechos de los adolescentes y de las adolescentes, en particular de sus derechos sexuales y reproductivos, y que éstos sean prioridad para las instituciones, articulándolos con las acciones emprendidas por la política de juventud, como un escenario de empoderamiento juvenil.

### Bibliografía

- Castillo Matamoros, S. E. (del), Chacón Barliza, O. A., Rojas Higuera, R., Roth Deubel, A.-N. & Wartski Patiño, C. (2007). "Análisis del proceso de implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) dirigida a la población adolescente en los departamentos del Eje Cafetero". Informe Final, Colciencias, Bogotá, 6 de abril, 237 p.
- Cook, R. Et al. (2003). Salud reproductiva y derechos humanos. Bogotá: Oxford-Profamilia.
- INDES- BID (2006). Inclusión Social y Ética Social de Redes Sociales de Apoyo. Boletín BID. No 14.
- OMS (2007). Salud Sexual y Reproductiva. [En red]  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/sa-sexualidad.htm>.  
(Consultada 20/02/2007).
- PNSSR-Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003). Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Printex Impresores Ltda.
- Profamilia (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá.
- Profamilia-UNFPA (2002). ENDS. Estudio a Profundidad: Variables predictivas de la Salud General y de la Salud SSR de las mujeres en edad fértil. Bogotá.
- Roe, E. (1994). Narrative Policy Analysis. London: Duke University Press.
- Yanow, D. (2000). Conducting Interpretative Policy Analysis. Thousand Oak, California: Sage.

**Documentos:**

- Adolescentes en la Secretaría de Salud de Manizales. Mimeo, 2007.
- Alcaldía Municipal de Armenia. Secretaría de Salud Pública. Plan de Atención Básica de Armenia. 2004.
- Alcaldía Municipal de Manizales, Documentos de Plan de Atención Básica por Componente. Medio magnético.
- Alcaldía Municipal de Manizales. Plan de Desarrollo de Manizales 2005-2007. Noviembre 22 de 2005.
- Alcaldía Municipal de Manizales. Secretaría de Salud. Salud Pública. Varios documentos en medios magnéticos, 2007.
- Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Acuerdo No. 004 “Por medio del cual se implementa la política de manejo saludable al binomio madre-hijo en el municipio de Armenia”. 2004.
- Dirección Territorial de Salud de Caldas. Departamento de Salud Pública, Plan de Atención Básica 2004.
- Gobernación del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío. Plan de Atención Básica del Quindío. 2004 – 2006. Circular 018 de febrero 2004. Ministerio de la Protección Social.
- Gobernación del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío. Plan de Atención Básica del Quindío. 2001 – 2003. Circular 018 de febrero 2004. Ministerio de la Protección Social.
- Gobernación de Risaralda, 2005, Indicadores de salud, Pereira.