



**Taller de Capacitación para Comunicadores con énfasis en la
Prevención del Embarazo en Adolescentes**
Medellín, Colombia, 29 de septiembre al 03 de octubre

INFORME FINAL

Lic. María Teresa Andrade Venero
Consultora

Octubre 2008

INDICE

Resumen del Informe	2
1. Introducción	5
2. Justificación del Plan de Comunicaciones	5
3. Objetivo del Plan de Comunicaciones	6
4. Objetivos del Taller	6
5. Resultados Esperados	6
6. Ponencias por días	7
6.1. Primer día	8
6.2. Segundo día	11
6.3. Tercer día	16
6.4. Cuarto día	17
6.5. Quinto día	18
ANEXO I Lista de participantes	20
ANEXO II Matriz del Taller	28
ANEXO III Trabajos grupales	30
ANEXO IV Registros fotográficos	31
ANEXO V Planes por país	120
Conclusiones y recomendaciones	144

RESUMEN DEL TALLER DE COMUNICADORES EN EL MARCO DE PLAN ANDINO DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Medellín 02 de octubre de 2008

32 comunicadores de los países de Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y Chile se reunieron en la ciudad de Medellín-Colombia, del 29 de setiembre al 02 de octubre para elaborar los planes por país, que apoyen a la prevención del embarazo en adolescentes y promuevan conductas saludables.

La Dra. Gloria Lagos del ORAS, presentó los datos existentes sobre embarazo en adolescentes, basado en un informe regional, que incluía un diagnóstico pormenorizado de la situación de las adolescentes embarazadas y sus riesgos, evidenciando las coincidencias y diferencias que existía entre países y entre las poblaciones del mismo país. Además informó a la audiencia la voluntad de UNFPA de proveer de cooperación técnica y financiera para la ejecución de los planes de comunicación en cada país, a ejecutarse a partir del 2009, los cuales serían monitoreados de manera conjunta a través del Organismo Andino de Salud y UNFPA-LAC.

Las discusiones se centraron en un enfoque de salud pública, interculturalidad, haciendo especial énfasis en los determinantes de la salud, con una visión integral, con el fin de lograr que los comunicadores de los Ministerios de Salud se retroalimenten de las experiencias exitosas de sus pares, para que amplíen el conocimiento que tienen de las diferentes estrategias, y herramientas de comunicación, que les permita desarrollar planes de comunicación más efectivos, con mensajes y acciones que impacten en la población objetivo.

Durante las exposiciones se presentaron experiencias de los países en el uso de estrategias como comunicación organizacional, edu-entretenimiento, educación de los medios, periodismo especializado, mercadeo social, comunicación sobre los riesgos, desarrollo de competencias, abogacía, que han ayudado a promover las conductas saludables y prevenir enfermedades, propiciando la participación de la población en acciones colectivas orientadas a cambios de comportamiento con un enfoque intercultural.

Sin embargo, ha quedado evidenciado, que a pesar de los esfuerzos realizados, existe un divorcio entre los prestadores de servicios (equipos técnicos) y los comunicadores, ya que los primeros no consideran en sus planes el enfoque comunicacional, fundamental para el éxito de la participación de la comunidad y el cambio de comportamiento.

Para facilitar el cumplimiento de los objetivos del taller, los participantes trabajaron en matrices, con un enfoque de marco lógico que parte desde la investigación y análisis del problema del embarazo en adolescentes, la identificación de las audiencias (públicos o actores) y entornos, para poder desarrollar las estrategias y actividades más efectivas y eficaces.

Se determinaron los supuestos y los riesgos para el éxito del plan a fin de asegurar que a pesar de los cambios se puede ejecutar sin problemas las propuestas contenidas en el documento. Además en la elaboración de los objetivos se puso especial cuidado en mencionar los resultados esperados para que sirva como referente para los indicadores de impacto.

Al finalizar el taller cada país presentó su plan de comunicación 2009-2010 para la prevención del embarazo en adolescentes, priorizando los públicos más vulnerables y de acuerdo a las realidades locales.

1. INTRODUCCIÓN

El Taller fue organizado por el Organismo Andino de Salud en colaboración con UNFPA., se invitó a participar en el taller a cuatro representantes por país: el Director General de Comunicaciones del Ministerio de Salud, un comunicador social responsable de planes nacionales, un comunicador responsable de planes regionales y un comunicador responsable de planes institucionales (hospitales o institutos)

La lista completa de participantes está incluida al final de este Informe.

2. JUSTIFICACION DEL PLAN DE COMUNICACIONES

Los comunicadores de los Ministerios de Salud requieren retroalimentar, con experiencias exitosas, el conocimiento que tienen de las diferentes técnicas y herramientas de comunicación para poder desarrollar planes de comunicación efectivos que les permitan elaborar mensajes de salud dirigidos a la población.

El uso de estrategias como comunicación organizacional, edu-entretenimiento, educación de los medios, periodismo especializado, mercadeo social, comunicación sobre los riesgos, desarrollo de competencia, abogacía, ayudará a promover las conductas saludables y prevenir enfermedades, propiciando la participación de la población en acciones colectivas orientadas a cambios de comportamiento con un enfoque intercultural, a conocer los derechos ciudadanos frente a los servicios y a orientar adecuadamente el debate público sobre el tema y fomentar la vigilancia ciudadana.

El Organismo Andino de Salud – ORAS CONHU en colaboración con el UNFPA, ha considerado desarrollar un proyecto cuyo objetivo es contribuir al abordaje de los temas de salud con contenidos técnicos y mensajes claros, que respondan a una política de comunicación en salud, garantizando la promoción de la salud y los cambios de comportamientos necesarios a través de acciones de comunicación planificadas, donde el punto de partida sea el bienestar integral del ser humano y por ende el desarrollo de la población de los países miembros del ORAS CONHU.

Cabe señalar que con la propuesta de desarrollo de competencias de comunicación en salud, se pretende dar respuesta a los mandatos de las Ministras y Ministros de Salud del área andina, emitidos a través de la Resolución REMSAA XXVIII/437 "Prevención de Embarazo en Adolescentes".

3. OBJETIVO DEL PLAN DE COMUNICACIONES

3.1 General

Desarrollar procesos de comunicación sostenibles que promuevan políticas públicas y procesos sociales que contribuya a lograr una sociedad equitativa con personas y comunidades saludables

4. OBJETIVOS DEL TALLER

4.1 General

Desarrollar por país un plan de comunicación con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes, optimizando las intervenciones de comunicación social en los Ministerios de Salud de los países miembros del ORAS CONHU, a través de uso eficiente y eficaz de las estrategias de comunicación.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Identificar las experiencias exitosas en comunicación para la salud desarrolladas por los Ministerios de Salud de los países miembros del ORAS CONHU.

4.2.2 Revisar las estrategias de comunicación efectivas que permitan lograr el cambio de comportamiento positivo y saludable de la población.

4.2.3 Identificar y priorizar situaciones que afecten la salud y el bienestar colectivo susceptibles de mejora a través de procesos de comunicación.

4.2.3 Articular las acciones de comunicación a los servicios de atención de Salud Reproductiva.

4.2.4 Articular las acciones de comunicación a las estrategias identificadas con un enfoque intercultural.

4.2.5 Definir comportamientos saludables para desarrollar mensajes efectivos dirigidos a la población.

4.2.6 Identificar capacidades y limitaciones en el cumplimiento de acciones de comunicación

5. RESULTADOS ESPERADOS DEL TALLER

Se espera desarrollar planes de comunicación para el desarrollo con enfoque estratégico e intercultural, alimentados de la experiencia de los participantes

6. PONENCIAS POR DIA

6.1. PRIMER DIA (29.10.08)

El taller se inició con el registro de participantes y la entrega de material, acto seguido se dio inicio a la ceremonia de inauguración

6.1.1 En la inauguración participaron:

- Com. Social Juan Guillermo Bedoya, Director de Comunicaciones de la Alcaldía de Medellín, quien dio las palabras de bienvenida
- Com. Social Ricardo Ángel, en representación del Ministerio de Protección Social de Colombia
- Dra. Gloria Lagos, Gerente de Lineas Estrategicas y cooperación internacional del Organismo Andino de Salud.

6.1.2 Presentación del taller

La presentación del Taller estuvo a cargo de la Lic. María Teresa Andrade Venero, consultora de comunicación para la prevención del embarazo en adolescentes, quien presentó los objetivos, los temas y los resultados esperados.

A continuación se procedió a una dinámica de presentación donde los asistentes pudieron intercambiar información personal, laboral y expectativas de futuro de cada uno de los participantes y exponerlas

6.1.3 Exposición “**SALUD PUBLICA Y EPIDEMIOLOGIA**”

La primera exposición estuvo a cargo de la Lic. María Vale de Venezuela quien rindió un homenaje a Edmundo Granda, epidemiólogo venezolano, recientemente fallecido.

Entrando al tema María Vale presentó las siguientes premisas:

Los cambios actuales en el mundo resultan violentos, globales y “desordenan rápidamente las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales, dentro de las que nos acostumbramos a vivir”

Parece que los seres humanos no tenemos la capacidad de mirar la realidad con nuestros ojos, sino que a través de ellos únicamente logramos reproducir la realidad construida biológica y culturalmente” (Maturana)

Hizo un recuento de los avances en Salud Pública desde que Marc Lalonde, un informe del gobierno titulado “*Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*”, que consistía en un estudio diagnóstico de

Canadá donde se señalaba que gran número de muertes prematuras y discapacidades que sufrían los canadienses eran prevenibles, con lo cual surge así la nueva salud pública que comprende no sólo la biología humana sino que reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida.

Según Marc Lalonde (ex ministro de salud de Canadá), el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables de actuación y la línea de trabajo a seguir: la biología humana (genética, envejecimiento...), contribuye a la salud en un 19%, el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), en un 27%, el estilo de vida (conducta de salud), en un 43%, el sistema de asistencia sanitaria, en un 11%.

De estas cuatro variables, solo una no puede modificarse (la biología humana). Las otras tres sí son susceptibles de cambio

Además recordó que la salud pública se desarrolla fuera, se debe mirar el riesgo, observar los determinantes que influyen, que es necesario estar en contacto con la población, visitar diferentes entornos para poder determinar el rumbo a seguir. Y es así como la Salud Pública alternativa comienza a preguntarse sobre ¿cómo proceder para transformarse en intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población?, ¿donde se encuentran las mayores potencialidades de salud?

No en vano Maturana afirma que la “salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones de poder que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado”

Si partimos de allí, la salud pública debe cumplir el papel de intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la gente, porque es allí donde se encuentran las mayores potencialidades de salud.

En ese contexto se puede afirmar que la salud pública no es solo ausencia de enfermedades, tampoco es la prevención como tarea de la clínica médica, no significa que solo “nosotros” enseñamos y capacitamos a la población y que ésta no tiene nada que mostrarnos.

En salud pública tenemos que reconocer que la salud está en el ambiente, con la gente, con sus estilos de vida y que la prevención es tarea de todos y todas, pero no sólo a nivel de discurso. Y que además es necesario que compartamos conocimientos con la gente y acompañemos a las comunidades con sus saberes y quehaceres.

El éxito en salud pública, se da si construimos con la gente, con las comunidades, desde la vida misma y convirtámonos en facilitadores de esa tarea y que es necesario una mezcla de promoción, comunicación y prevención para lograr el objetivo esperado.

En cuanto a las campañas la consultora María Vale recordó que no son sistemáticas, no cambian comportamientos por sí solas y cuestan mucho dinero.

Además es preciso hacer a alianza con agencias cooperantes (UNICEF, MIC, MS, UNFPA), con productores, locutores, animadores, libretistas, para que incorporen la prevención en sus guiones y programas

María Vale puso énfasis en la necesidad de coordinar con otros sectores los planes de educación y prevención que eviten la duplicidad de esfuerzos.

Finalmente manifestó que la comunicación tradicional era: Sin mensaje; separada de la formación; horizontal, vertical, radial; mandos pasivos, donde se pensaba que los medios eran todo.

Hoy en cambio la comunicación para el cambio es: transversal, tiene mensajes adecuados a cada población, involucra la formación, está cerca de la realidad y reconoce que los medios son medios.

6.1.4 INTECULTURALIDAD

En este tema María Vale, inicio su exposición con tres interrogantes: ¿Salud indígena?, ¿Salud para los pueblos indígenas?, ¿Salud para un país intercultural y multiétnico?

Hizo énfasis que en nuestra Región somos pueblos multiétnicos y pluriculturales y por lo tanto parafraseando a Dr. Francisco Armada “requieren de una política de salud que reconozca nuestra rica diversidad, y que también permita una rápida eliminación de brechas sociales”

Es necesario recordar que en la cosmovisión de la salud, se debe buscar el equilibrio entre la máquina corporal, lo espiritual, vivencial y anímico. Por ello en los pueblos indígenas si se enferma uno, se enferma toda la familia. Recurren buscando el favor de los espíritus y las propiedades medicinales de las plantas para restituir la “armonía perdida”

...el pueblo indígena es un yanamá (gran colectivo en Wuayunaiki) y por ello han manifestado su interés en articularse con el mundo occidental, entendiendo sus debilidades y las de sus hermanos no indígenas, pero con grandes capacidades para ser una gran nación...

Finalmente termino su exposición con la frase “NADA DE NOSOTROS SIN NOSOTROS”, en la cual resume lo que significa la interculturalidad

6.2 SEGUNDO DÍA (30.09.08)

6.2.1 Exposición: “EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN ANDINA”

La Dra. Gloria Lagos del ORAS-CONHU, presentó la situación del problema de embarazo en adolescentes en la Región Andina indicando que actualmente hay 28.5 millones de adolescentes de las cuales 14.5 (51%) son hombres y el 14% (49%) son mujeres, 7 millones pertenecen al subgrupo de 15 a 19 del cual 1.5 millones (21%) ya son madres o están embarazadas (ver cuadros 1 y 2).

Por otro lado se tienen evidencias que el 50% de los embarazos adolescentes no son planificados, que cada año 490,000 nacimientos provienen de madres adolescentes y se estima que se producen 70,000 abortos por año en las adolescentes de la sub región andina.

Población de la Sub región Andina en 2007, según grupos de edad (millones de habitantes)

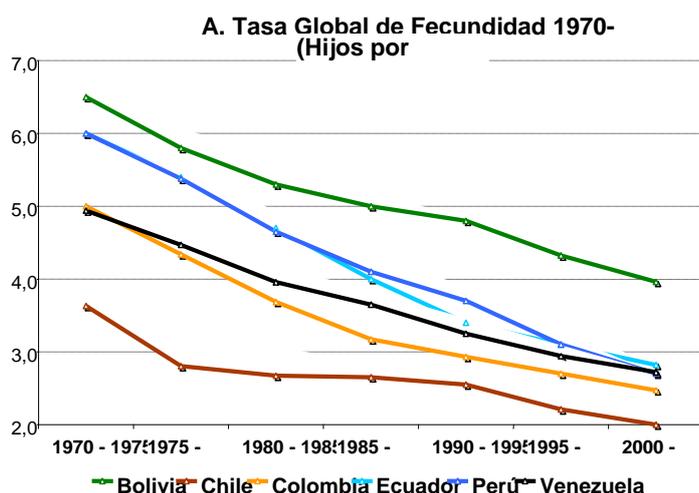
Tabla 1. Población de 10 a 19 años en países de la Subregión Andina, según sexo y país de residencia

	Mujeres	Hombres	Total	Participación de cada país
Bolivia	1,1	1,1	2,2	7,7%
Colombia	4,5	4,7	9,2	32,5%
Chile	1,4	1,5	2,9	10,3%
Ecuador	1,4	1,4	2,8	9,7%
Perú	2,9	3,0	5,9	20,7%
Venezuela	2,7	2,8	5,4	19,1%
Total	14,0	14,5	28,4	100,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del CELADE.

Una realidad que debe impactar es que la fecundidad ha disminuido en todos los grupos etáreos menos en las adolescentes.

Tasas de fecundidad general y específica en adolescentes 1980-2000



Esta situación presenta implicaciones sociales y económicas tales como:

- Riesgos de Salud
 - Mortalidad Materna
 - Mortalidad Infantil (perinatal)
 - Alta incidencia de abortos
- Pérdida de proyecto de vida
- Dificultad para formación escolar
- Inserción precaria al mundo laboral
- Mayor fecundidad sobre todo en adolescentes con menor recurso económico

Además manifestó que se cuenta con estudios que especifican que los principales determinantes del problema son:

- Limitaciones al ejercicio de sus derechos
 - Falta de información
 - Falta de servicios amigables
 - Inequidad de género
- Falta de soporte familiar y social
- Cambios Poblacionales
 - Migración - Transición Demográfica
 - Dualidad residencial/cultural del embarazo (rural y urbano)
- Influencias Externas
 - Medios de Comunicación
 - Comportamiento de Pares

Es por ello que los principales desafíos que se presentan en materia de embarazo en adolescentes Sub región Andina

En lo que se refiere a los derechos humanos y equidad social

- Asegurar los derechos humanos en el ámbito de la salud (sexuales y reproductivos)
- Disminuir condiciones de vulnerabilidad de sus derechos:
 - Reducir brechas e inequidades en el acceso a servicios de educación, empleo, salud, nutrición y protección social
- Reducir brechas e inequidades sociales que afectan la vulnerabilidad del embarazo y maternidad de las/os adolescentes socio económicamente desfavorecidos

En lo que respecta a las conductas sexuales

- Promover la sexualidad responsable en la población en general y en los adolescentes en particular, incluyendo el uso de la anticoncepción
- Incrementar la prevalencia de uso de anticoncepción entre los adolescentes, incluyendo el uso del preservativo como triple protección contra el embarazo, las ITS y el VIH/SIDA
- Incremento de la participación e interés de los adolescentes varones en el uso de anticonceptivos

En lo concerniente a la institucionalidad y servicios

- Fortalecer la implementación de la atención integral del adolescente:
 - Con servicios diferenciados según sus necesidades y expectativas
 - Que oferten información y atención en SSR y MAC incluyendo la AOE.
- Promover la integración multisectorial en la atención a los adolescentes
- Fortalecer la red de servicios de salud sexual y reproductiva específicos y de calidad para adolescentes:
 - Implementar servicios en el primer nivel de atención para adolescentes, con énfasis en prevención y atención
 - Mejorar la cobertura de los servicios y el acceso de los adolescentes a los mismos
- Focalizar las acciones en los y las adolescentes con mayor vulnerabilidad:
 - 10 a 14 años
 - Los que viven en la calle
 - Los que no acuden a la escuela o están en pandillas
 - Los que trabajan
 - Los que son padres o madres
 - Los adolescentes indígenas y rurales
- Contar con personal de salud competente y sensible:
 - Se debe desarrollar acciones de capacitación de recursos humanos

- Implementar y mantener actualizados sistemas de monitoreo y evaluación nacionales y Subregional.

Respecto al marco normativo y políticas públicas

- Incorporar en la agendas pública nacional y de gobiernos locales y regionales el tema adolescente como una inversión social
- Formular o fortalecer políticas públicas para adolescentes con enfoque multisectorial, de desarrollo humano, derechos humanos y de interculturalidad
- Difundir e implementar normativas y políticas en todos los niveles y traducirlas en programas efectivos y de calidad
- Diseñar programas de prevención creativos y de amplia cobertura. Bajo el claro liderazgo de los sectores salud y educación en coordinación permanente
- Incluir de manera intensiva con adolescentes varones

Con relación a la participación social

- Promover la participación de la comunidad organizada a través de redes de apoyo local en función del desarrollo integral del adolescente
- Fortalecer la participación y actoría juvenil.
- Asegurar la participación activa de los adolescentes en toda actividad que se relacione a su salud, buscando su empoderamiento
- Lograr la articulación de redes sociales y de salud con los diferentes actores sociales institucionales y de la comunidad, a favor del desarrollo integral y la salud de la adolescencia como condición para desarrollo sostenible
- Potenciar las organizaciones juveniles como forma de participación positiva en su desarrollo, de sus pares, familias y comunidades

En educación

- Mantener y/o profundizar la educación para la sexualidad integral y de calidad en niños y adolescentes
- Procurar el desarrollo de programas y contenidos de educación para la sexualidad que apunten a superar las barreras culturales, mediante la adopción de enfoques interculturales pertinentes
- Procurar la participación activa de los adolescentes en los procesos de educación, entre otros mediante la formación de adolescentes como educadores de pares

Es por ello que el ORAS y UNFPA, han tomado la decisión de apoyar los planes de comunicación que realicen los países miembro, pues consideran que estos – utilizando las estrategias adecuadas-ayudarán a resolver el problema.

6.2.2 “EL PLAN DE COMUNICACIONES”

El segundo tema del día estuvo a cargo de la Lic. Maria Teresa Andrade Venero, Consultora de Comunicaciones del ORAS-CONHU,

quien presentó la propuesta para la elaboración del plan de comunicaciones

Inició su participación con la premisa que “la comunicación es un factor decisivo para la cohesión social, el diálogo y el encuentro; crea relaciones y vínculos, además, permite generar acciones en favor de la salud y el desarrollo. Sin comunicación no es posible construir colectivos y ni ciudadanía”, por lo que es fundamental para las acciones de salud desarrollar planes de comunicación adecuadamente estructurados, siguiendo un orden lógico que permita lograr el cambio de comportamiento esperado.

Y al hablar de comunicaciones debemos pensar en:

Compromiso con la población y los objetivos planificados,

Legitimización para que los acuerdos sean conocidos por los actores involucrados a través de espacios públicos,

Participación de la ciudadanía en la construcción de los planes de comunicación sobre temas que los afectan.

Agenda pública quienes trabajamos en comunicación para la salud, sabemos que uno de nuestros retos es generar esta agenda pública que ayude a movilizar a quienes tienen poder de decisión.

Cambio de actitud: Todo plan de comunicación para la salud tiene como objetivo lograr un cambio de comportamiento en la población objetivo.

Otras premisas importantes propuestas por algunos autores y que se debían manejar en comunicación para la salud eran:

“La comunicación es antes que nada una relación de diálogo e intercambio cultural (entre individuos y entre éstos y sus instituciones) que ayuda a los sujetos a superarse y aprender unos de otros”

“La comunicación como toda relación es un proceso en construcción que se caracteriza por ser cambiante y dinámico, exigiendo que ambas partes (emisor y receptor) estén dispuestos a escucharse para adaptarse e interactuar mutuamente según el ámbito y el contexto en que estén”

“La comunicación es aquella que se recrea día a día, que acerca, motiva compromete y moviliza a la gente, que permite creer en las personas y crear un futuro para todos”

Había que considerar que la comunicación es tratada desde diferentes enfoques, pues mientras para algunos la comunicación es solo difusión e información, que las emisoras deben emitir constantemente mensajes sin importar el conocimiento que se tenga de los receptores

Para otros la comunicación es sinónimo de manipulación, debemos tratar de venderles nuestros productos, servicios, e ideas, para ello se tienen que utilizar todas las técnicas posibles de persuasión.

En comunicación para el desarrollo y específicamente en comunicación para la salud debemos de reconocer que las personas, no son seres vacíos, vienen cargadas de experiencias previas, prejuicios, opiniones, información o desinformación y que pertenecen a un mundo cultural de costumbres, valores práctica desde donde miran sus problemas, los evalúan y finalmente deciden.”

Además preciso que con los cambios culturales y tecnológicos que ha sufrido el mundo, el esquema básico de comunicación que consistía en: receptor, emisor y mensaje, ha tenido que incluir otros elementos para que el proceso comunicacional sea más efectivo tales como: códigos culturales, contexto, mundo cultural, recursos, etc.

Esto ha dado como resultado toda una transformación en la forma de comunicar para la salud, pues hasta hace algunos años se tenía un público receptor pasivo, donde los mensajes eran emitidos de forma vertical, sin esperar respuesta, hoy la comunicación se ha convertido en un proceso activo, participativo, que genera dialogo y debate, que permite construir de manera participativa mensajes, respetando las diferencias culturales de cada uno.

Con estos antecedentes se precisó que el plan de comunicación para la salud se iniciaba con una investigación de los públicos (audiencias) identificados, su entorno, sus creencias, sus actitudes, para luego definir los objetivos de comunicación, seleccionar las estrategias, diseñar mensajes y seleccionar canales. Además se resaltó la importancia del monitoreo y evaluación de los planes a partir de una línea de base. Finalmente se puso énfasis en el gerenciamiento de los planes para asegurar que las actividades se cumplan en los plazos correspondientes, así como se ejecuten los presupuestos asignados.

Finalmente la Lic. Andrade manifestó que era necesario que los planes de comunicación para la salud tengan dos componentes uno racional donde la población perciba el beneficio del cambio y otro emocional que llegue al “insight” como dicen los publicistas, solo así se producirá el cambio esperado en la población.

6.3 TERCER DIA

6.3.1 Dinámica “**MANEJO DE CRISIS Y SOLUCION DE CONFLICTOS**”

Se trabajó una dramatización donde cada uno de los grupos representaba un público diferente: el Ministerio de Salud, los medios de comunicación, la iglesia católica y la comunidad. Cada uno de ellos debía representar su papel ante la propuesta del Ministerio de Salud de distribuir un Plan de Educación Sexual y Reproductiva entre los adolescentes.

Se concluyó que este tema trae algunas situaciones de conflicto y que es necesario ser prudente en las declaraciones y acciones, lo cual no significa que se deben dejar de hacer. Además se resaltó la importancia de los medios de comunicación para generar opinión pública.

6.3.2 Exposición “**ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN**”

La exposición a cargo de la consultora María Teresa Andrade, presentó las principales estrategias utilizadas en comunicación para la salud, haciendo hincapié que para tener mayor éxito es necesario utilizar una mezcla de estrategias Ej.: Comunicación interpersonal, medios masivos, abogacía, desarrollo de capacidades, pues en un tema de salud intervienen varios actores y cada uno de ellos tiene sus propias especificidades.

Recordó que las estrategias debemos entenderlas como el corazón de los procesos de comunicación.

Las estrategias a su vez desarrollan procesos y se construyen sobre la base de un argumento y sus resultados pueden ser de carácter cualitativo (cambios, conciencia, participación) y cuantitativos (productos).

Algunas de las estrategias más utilizadas eran:

- Movilización social
- Mercadeo social
- Edu-entretenimiento
- Comunicación comunitaria
- Comunicación masiva
- Comunicación interpersonal
- Relaciones con los medios

6.3.3 VISITA A CENTRO DE SALUD

Como parte del taller se concertó una visita al Centro de Salud Juan Pablo II, donde hay un servicio para adolescentes, los participantes se trasladaron a esa zona de Medellín y pudieron conocer las experiencias de los jóvenes y de los trabajadores del centro. Además participaron de actividades lúdicas.

6.4. **CUARTO DIA**

Este día estuvo dedicado a la elaboración de los planes de comunicación de cada país.

6.5. QUINTO DIA

6.5.1 Se continuó con la elaboración de los planes de comunicación de cada país, cuyo resultado se presenta en el anexo correspondiente.

6.5.2 Exposición “**CAMPAÑA ANTITABAQUICA**”

El Organismo Andino de Salud, consciente que existen otros problemas de salud que deben ser abordados de una manera integral, aprovechó del espacio de reunión para presentar una estrategia realizada por Venezuela, en el marco de la campaña antitabaquica.

ANEXO I

DIRECTORIO DE PARTICIPANTES

Anexo I:

**Taller de Capacitación para Comunicadores con énfasis en la
Prevención del Embarazo en Adolescentes**
Medellín, Colombia, 29 de septiembre al 03 de octubre

DIRECTORIO

BOLIVIA

MIGUEL CÀRCAMO PORCEL

Profesión: Técnico en Comunicación Social

Cargo: Responsable Comunicación Social

Dirección Promoción de la Salud

Fecha de nacimiento: 29 de setiembre

Celular: -

Telefono: (591 2) 2492926

E-mail: mcarcamo@sns.gov.bo ; carcamoni@hotmail.com

Dirección: Oficina: Plaza del Estudiante

Domicilio C. Zoilo Flores # 1241

SHIRLEY ROCABADO

Profesión: Medica

Cargo: Responsable Niño, Escolar Adolescente

Fecha de nacimiento: 22 de diciembre

Celular: (591) 72566999

Telefono: (591-2) 2149797 ; 2440869 La Paz

E-mail: shirleyrocabado@yahoo.com

Dirección: Alto Obrajes Sector B c/Nestor Peñaranda N°1120, La Paz – Bolivia

LOURDES ROSELIA TORREZ JAUREGUI

Profesión: Trabajadora Social

Cargo: Trabajadora Social – Obstetricia de Base

Fecha de nacimiento: 01 de junio

Celular: (591) 71956764

Teléfono: domicilio (591-2) 2451238

E-mail: lulitor9@hotmail.com

Dirección: Calle Antonio Gallardo 887

COLOMBIA

RICARDO ANGEL URQUIJO

Profesión: Comunicador Social - Periodista

Cargo: Profesional Especializado Oficina Asesora de Comunicaciones

Fecha de nacimiento: 14 de junio

Celular: (57) 310-2018673

Telefono: (571) 3305000 ext. 2030 - 2038

E-mail: rangel@minproteccionsocial.gov.co

Dirección: Cra. 13 N° 32-76, piso 20

CARMENZA CRUZ PERDOMO**Profesión:** Comunicadora Social**Cargo:** Jefe Comunicaciones

Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali

Fecha de nacimiento: 11 de abril**Celular:** (57) 315-4127244**Telefono:** (57-2) 5542525 : 5587690**E-mail:** ccruzcali@gmail.com**Dirección:** Calle 4B N°36-00 Barrio San Fernando, Cali-Valle – Colombia**MARIA DEL ROSARIO JIMENEZ GOMEZ****Profesión:** Comunicadora Social-Periodista**Cargo:** Comunicadora Secretaria de Salud de Medellín – Alcaldía de Medellín**Fecha de nacimiento:** 28 de octubre de 1972**Celular:** (57) 300 2677289**E-mail:** mariad.jimenez@medellin.gov.co ; mariajimenez@une.net.co**Dirección:** Alcaldía de Medellín – CAM piso 2 Medellín**JAVIER ESPITIA VIASÚS****Profesión:** Comunicador Social**Cargo:** Asesor Comunicación y Movilización Social

Programa Promoción de Derechos

Consejería Presidencial de Programas Especiales

Fecha de nacimiento: 10 de abril**Celular:** (57)316-4334257**Telefono:** (571) 5960400**Fax:** (571) 5960401**E-mail:** javierespitia@presidencia.gov.co ; espitia.javier@gmail.com**Dirección:** Edificio DARP – Calle 6 Cdra. 7ª. Kra. 70 B#105-05**ROSA MANUELA SANDOVAL AGUIRRE****Profesión:** Psicóloga**Cargo:** Asesora Externa

Programa Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz

Consejería Presidencial de Programas Especiales

Fecha de nacimiento: 12 de junio**Celular:** (57) 313-8913045**Telefono:** (571) 5960400**E-mail:** rosasandoval@presidencia.gov.co ; manuelasandoval@hotmail.com**Dirección:** Cra. 77d # S2a -06**SHELLEY OVIEDO****Profesión:** Comunicadora Social - Periodista**Cargo:** Coordinadora Proyectos Especiales

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Oficina de Comunicaciones

Fecha de nacimiento: 11 de enero**Celular:** (57)300-2134517**Telefono:** (571) 4377630 ext. 101011 - 101015**E-mail:** shelley.oviedo@icbf.gov.co ; shelleyoviedo@hotmail.com**Dirección:** Cr. 68 # 64C - 75**ANDRÉS FELIPE CANO PINEDA****Profesión:** Comunicador Social-Periodista

Cargo: Comunicador-Contratista
ICBF Regional Antioquia
Fecha de nacimiento: 21 de septiembre
Celular: (57) 311-7110059
Telefono: (571) 4093440 ext. 217 - 103
E-mail: andrés.cano@icbf.gov.co ; andrescano@yahoo.com
Dirección: Calle 45 # 79 – 141 (Medellín)

MARIA DEL ROSARIO ROMERO CONTRERAS

Profesión: Educadora sexual - Historiadora
Cargo: Coordinadora General
Proyecto en Acciones I.E.C. Salud Sexual y Reproductiva
ESE Metrosalud. Secretaria de Salud Medellín, Antioquia, Colombia
Fecha de nacimiento: 25 de agosto de 1954
Celular: (57) 3154127211
Teléfono: (57) 4-2129344
E-mail: mariadelrosarioromero@yahoo.com
Dirección: Cra. 50 68-21 Barrio San Pedro, Medellín, Colombia

EDUARDO BERMÚDEZ PEREZ

Profesión: Comunicador Social - Periodista
Cargo: Director Comunicacional
Docente Universitario U. de A. - Excorresponsal Noticias RCN T.V.
Fecha de nacimiento: 18 de septiembre de 1972
Celular: (57) 301-4302455
Telefono: (574) 5105674
Fax: (574) 5117505
E-mail: comunicaciones@metrosalud.gov.co ; eduber@comunicaciones.udea.edu.co
Dirección: Cra. 50 49 – 27 Ed. El Sacatín - Medellín

ALEJANDRO FLOREZ AGUIRRE

Profesión: Comunicador Social
Cargo: Coordinador Nacional Red de Gestores Sociales
Consejería Presidencial de Programas Especiales – Presidencia de la República
Fecha de nacimiento: 10 de agosto
Celular: (57) 315-3487214
Teléfono: (571) 5657526
Fax: (571) 5624475
E-mail: alejandroflorez@presidencia.gov.co ; caligrafias@gmail.com
Dirección: Calle 7 N° 6-54, Bogotá-Colombia

CHILE

GONZALO ANDRES PALMA MANCILLA

Profesión: Periodista
Cargo: Periodista Subsecretaria Salud Publica
Ministerio de Salud de Chile
Fecha de nacimiento: 22 de julio
Celular: (562) 89217452
Teléfonos: (562) 5740312
E-mail: gonzalo.palma@redsalud.gov.cl ; g.palma@minsal.cl ; gonzalop26@hotmail.com
Dirección: Rafael Cañas N° 76 Depto. G, Providencia – Santiago de Chile

XIMENA ALEJANDRA BERTIN ESPINOZA**Profesión:** Periodista**Cargo:** Encargada de Comunicaciones

Seremi de Salud Region de Coquimbo - Ministerio de Salud de Chile

Fecha de nacimiento: 27 de diciembre de 1972**Celular:** (56) 89002138**Teléfonos:** (56) 51-331447**Fax:** (56) 51-331400**E-mail:** ximena.bertin@redsalud.gov.cl**Dirección:** Subida San Joaquin 1801, La Serena Chile**CARLA ANDREA URRUTIA VELOSO****Profesión:** Periodista**Cargo:** Jefa Dpto. de Comunicación – Servicio de Salud Ñuble, Ministerio de Salud**Fecha de nacimiento:** 10 de enero de 1974**Celular:** (562) 89203166**Teléfonos:** (56) 42-206238**Fax:** (56) 42-224834**E-mail:** currutia@ssnuble.cl ; carlotaurru@yahoo.com**Dirección:** Bulnes 502- Chillan –Chile**JAVIER ANDRÉS MORA BELTRÁN****Periodista:** Licenciado en Comunicación Social**Cargo:** Jefe de Comunicaciones, Servicio Salud Bio Bio,

Complejo asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

Fecha de nacimiento: 08 de septiembre de 1975**Celular:** (562) 89026346**Teléfonos:** (562) 43-332452 ; 43-409849**E-mail:** javier.mora@ssbiobio.cl**Dirección:** Ovdo. Ricardo Vicuña 371, Los Ángeles, Chile**ECUADOR****ANDRÉS JARRIN****Profesión:** Periodismo y Comunicación Social**Cargo:** Comunicación Social - Dirección Provincial de Salud de Pichincha, Quito, Ecuador**Fecha de nacimiento:** 22 de abril de 1979**Celular:** (593-2) 2580650 ext. 3069 oficina en Quito**Telefono:** (593-2) 2360277**E-mail:** andresxt9@yahoo.com ; andresxtjt@hotmail.com**Dirección:** Av. 06 de Diciembre y Gaspar de Villareal, Quito, Ecuador**MARIA BEATRIZ PERTUZ ALARCÓN****Profesión:** Comunicadora Social**Cargo:** Técnica del Proceso de Comunicación Social - Ministerio de Salud Pública del Ecuador**Fecha de nacimiento:** 11 de agosto de 1982**Celular:** (593) 84815645**Telefono:** (593-2) 2 580650 ext. 3069**E-mail:** beatriz.pertuz@gmail.com**Dirección:** República del Salvador y Suecia. Ministerio de Salud Publica

CÉSAR VICENTE GOROZABEL BARRETO**Profesión:** Periodista**Cargo:** Comunicador Social

Dirección de Salud Manabí. Ministerio de Salud Pública de Ecuador

Fecha de nacimiento: 05 de abril de 1967**Celular:** (593) 95593229 ; 91600021**Telefono:** (593) 52-631978 ; 52-639000**E-mail:** goroperiodista@yahoo.es**Dirección:** Manabí-Ecuador**EDISON JAVIER CARDENAS ORTEGA****Profesión:** Psicólogo Clínico**Cargo:** Coordinador Salud Mental – Área de Salud N°4

Ministerio de Salud Pública Ecuador - Área de Salud N° 4, Quito

Fecha de nacimiento: 06 de junio de 1975**Celular:** (593) 87064959**Teléfono:** (503-2) 2650434 ; 2603268 ; 2640423 ext. 13-13**E-mail:** kaincito6665@yahoo.es**Dirección:** El Recreo Postal Del Recreo Dept. 504, Quito- Ecuador

Av. Napo y Juan de Alcazar s/n, Quito- Ecuador

PERU**RUBEN DARIO TRUJILLO MEJIA****Profesión:** Periodista**Cargo:** Director General de Comunicaciones

Ministerio de Salud de Perú

Fecha de nacimiento: 01 de noviembre de 1963**Celular:** (511) 993546172**Telefono:** 3156600**E-mail:** rtrujillo@minsa.gob.pe ; rtrujillo40@hotmail.com**Dirección:** Psj. Grau 232, San Miguel. Carmen de la Legua – Callao, Lima, Perú**WILKINS VEGA RUIZ****Profesión:** Comunicador Social**Cargo:** Responsable Comunicaciones

Dirección Regional de Salud Ucayali-Perú

Fecha de cumpleaños: 27 de agosto de 1978**Celular:** (51) 61-961634012**Teléfonos:** (51) 61573600 ext. 101**E-mail:** vegawilly@hotmail.com**Dirección:** Jr. Agustín Cauper #225, Pucallpa, Ucayali**NATALIA PATRICIA YSLA RUBIÑOS****Profesión:** Comunicadora Social**Cargo:** Jefa de la Oficina de Comunicaciones

Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Ministerio de Salud

Fecha de nacimiento: 19 de febrero**Celular:** (511) 990380414**Teléfono:** (511) 4313799 ext. 537**Fax:** (511) 4239154**E-mail:** n_ysla@yahoo.com**Dirección:** Av. Alfonso Ugarte 848, Lima, Perú

ROXANA TORRICELLI FARFÁN**Profesión:** Comunicadora Social**Cargo:** Miembro del Equipo Técnico de la Oficina de Comunicación Social de la Oficina General de Comunicaciones -MINSA**Fecha de nacimiento:** 02 de enero de 1970**Celular:** (511) 988048707**Telefono:** (511) 3156600 ext. 2799**E-mail:** rtorricelli@minsa.gob.pe**Dirección:** Los Chimus #181, San Miguel, Lima, Perú**CARLOS MARIN TELLO****Profesión:** Comunicador Social**Cargo:** Consultor en Comunicación para el Desarrollo y Producción Audiovisual Trébol Consultores EIRL**Fecha de nacimiento:** 02 de octubre de 1968**Celular:** (511) 999287918**Telefono:** (511) 2744627**E-mail:** marintello@yahoo.com**Dirección:** Psje. Vizcardo y Guzmán 140.
Urb. Precursores, Surco, Lima 33, Perú.**ORAS-CONHU****GLORIA LAGOS EYZAGUIRRE****Profesión:****Cargo:** Gerente de Lineamientos Estratégicos
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue**Fecha de nacimiento:****Celular:** (511) 997504369**Teléfono:** (511) 2210074; 4226862; 6113700 ext. 511**E-mail:** glagos@conhu.org.pe**Dirección:** Av. Paseo de la Republica 3832, San Isidro, Lima, Perú.**MARIA TERESA ANDRADE VENERO****Profesión:** Comunicadora Social**Cargo:** Consultora Comunicaciones
Organismo Andino de Salud**Fecha de nacimiento:** 27 de agosto**Celular:** (511) 997351833**Telefono:** (511) 4226862**E-mail:** andradevenero@gmail.com**Dirección:** Av. Paseo de la Republica 3832, San Isidro, Lima, Perú.**MARIA VALE BRICEÑO****Profesión:** Comunicadora**Cargo:** Asesora Comunicacional
Jubilada Ministerio del Poder Popular para la Salud**Fecha de nacimiento:** 25 de enero de 1950**Celular:** (58) 424-1581675**Telefono:** (582-12) 7536596**E-mail:** mvaleb@gmail.com**Dirección:** Calle Cervantes, Edif. Ribot, piso 7 Apto. 73 Colinas de Bello Monte-
Caracas Venezuela

YANETH CLAVO ORTIZ

Profesión: Comunicadora

Cargo: Comunicaciones

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Fecha de nacimiento: 15 de junio

Celular: (511) 991044621

Telefono: (511) 6113700 ext. 803

E-mail: yclavo@conhu.org.pe ; nyaneth@gmail.com

Dirección: Av. Paseo de la Republica 3832, San Isidro, Lima. Perú

MILAGROS ARAUJO GARCIA

Profesión: Analista de Sistemas

Cargo: Asistente de Lineamientos Estratégicos

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Fecha de nacimiento: 10 de octubre

Celular: (511) 991114401

Telefono: (511) 4226862; 2210074; 6113700 ext. 507

E-mail: maraujo@conhu.org.pe

UNFPA Colombia

GEMA GRANADOS

Cargo: Oficina de Comunicaciones, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNPFA

Celular: (57) 320 2359560

Telefono: (571) 7424494

E-mail: granados@unfpa.org

Dirección: Carrera 13 A N°86^a-40 Of. 302, Bogotá – Colombia

JOHN RESTREPO

Cargo: Asistente Comunicaciones

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNPFA

Celular: (57) 320 2713370

Telefono: (571) 7424494

E-mail: restrepo@unfpa.org

Dirección: Carrera 13 A N°86^a-40 Of. 302, Bogotá – Colombia

ANEXO II

MATRIZ DEL TALLER

Anexo II

Matriz del Taller

ORGANISMO ANDINO DE SALUD
 PLAN ANDINO DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
 TALLER DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD
 MEDELLIN, 29 DE SETIEMBRE AL 02 DE OCTUBRE DE 2008

	LUNES 29	MARTES 30	MIÉRCOLES 01	JUEVES 02
8:00	Registro de participantes	Registro de participantes	Registro de participantes	Registro de participantes
8:45	Registro de participantes	Registro de participantes	Registro de participantes	Registro de participantes
9:00	Inauguración	Exposición: Embarazo en Adolescentes	Dinámica Manejo de crisis y solución de conflictos	Trabajo en grupos N° 6 " Selección de estrategias y programación de actividades. Definición de indicadores "
9:15				
9:30				
9:45	Presentación del Taller	Exposición: El Plan de Comunicaciones	Exposición: Estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento	
10:00				
10:15				
10:30	Dinámica de presentación	Exposición: El Plan de Comunicaciones	Exposición: Estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento	
10:45				
11:00	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
11:15	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
11:30	Exposición: Salud Pública y Epidemiología (Mapa de situación de salud) Determinantes de la salud	Trabajo en grupo N° 2 : Diagnóstico: Identificación del problema	Trabajo en grupo N° 4 Análisis del Comportamiento y barreras para el cambio	continúa Trab. en grupo N° 6
11:45				"Selección de estrategias y programación de actividades. Definición de indicadores"
12:00				
12:15				
12:30				
12:45	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
13:00	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
14:30	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
14:45	Trabajo en grupos N° 1: " La comunicación para la salud en los países miembros de la CONHU "	Plenaria: Resultados del trabajo grupal N° 2	Plenaria: Resultados del trabajo grupal N° 4	Plenaria: Presentación de Planes de Comunicación
15:00				
15:15				
15:30	Plenaria: Resultados trabajo grupal N° 1	Trabajo en grupos N° 3 Definición de audiencias	Trabajo en grupo N° 5 : Definición de objetivos y resultados esperados	
15:45				
16:00				
16:15	Exposición: Interculturalidad y promoción de la salud	Plenaria: Resultados del trabajo grupal N° 3	Plenaria: Resultados del trabajo grupal N° 5	Lecciones aprendidas
16:15				
16:30				
17:00				
17:15				
17:30				
17:45				
18:00				
18:15				
18:30				

ANEXO III

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

VER CD ADJUNTO

ANEXO IV

TRABAJOS GRUPALES

DIA 1

Trabajo Grupal N°1

“La comunicación para la salud en los países miembros de la CONHU”

Objetivo

- Identificar capacidades y limitaciones en el cumplimiento de las acciones de comunicación.
- Conocer como trabaja cada país el tema comunicacional para la prevención del embarazo en adolescentes.
- Compartir visión común para brindar a la población un mejor servicio.

CHILE

1. Desafíos y prioridades del Ministerio de Salud En Chile.

1. MEJORAR Y MANTENER LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

- Salud Infantil
- Salud de la mujer: En este objetivo sanitario está planteada como objetivo reducir los embarazos adolescentes en un 30%, para el año 2010. se pretende bajar la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años. Actualmente esta meta tiene un 84% de avance o cumplimiento, porque se redujo la tasa de a 49 por cada 1000 mujeres.
- Enfermedades infecciosas
- Otras enfermedades inmunoprevenibles.

2. ENFRENTAR LOS DESAFÍOS DERIVADOS DEL ENVEJECIMIENTO Y DE LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD.

3. DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.

4. PROVEER SERVICIOS ACORDES A LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN.

2. Aporte desde la comunicación social

Apoyamos la estrategia ministerial desde su diseño, para esto necesitamos construir un proceso de comunicación participativa que recoja las necesidades y esperanza de los jóvenes, en torno a las formas que adquiera el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva, a los métodos de prevención y a la Consejería. Esto debe ser anterior a la implementación de la estrategia país y las prestaciones que se brinden, con el fin de que su diseño sea pertinente a las realidades locales y particulares en la que viven los jóvenes.

También debemos instalar la iniciativa ministerial en la agenda pública, a través de una estrategia que abarque la inserción del tema en los medios de comunicación, un diálogo con otros actores sociales. El objetivo de esto es describir en forma detallada, la implementación de las prestaciones, el acceso y la consejería, con el fin de sumar apoyos de los diferentes actores sociales.

Un tercer elemento, es relevar el rol de los jóvenes en la difusión de la estrategia, otorgándoles espacios en las vocería para que ellos sean los protagonistas de la construcción de su vida sexual responsables.

3. Qué hemos hecho en comunicaciones (4)

El trabajo pear to pear, a través de las Jornadas de Conversación sobre afectividad y sexualidad que se desarrollo en los establecimientos de enseñanza media públicas del país.

A través de las campañas de prevención del SIDA se han desarrollado iniciativas que tienen por objetivo la construcción de conductas sexuales responsables.

En los Centros de Atención Primaria del País se desarrolla Consejería en salud sexual y reproductivas para los jóvenes. También se han desarrollado mesas de conversación con adolescentes de enseñanza media.

4. Logros en comunicación

Si bien se observa una leve disminución de los nacidos vivos hijos de madres adolescentes entre 2000 y 2004, no es posible atribuir esta disminución a una estrategia de comunicación articulada, pues desde el área de comunicaciones las iniciativas han sido subordinadas de los programas del nivel central.

5. Uso de indicadores epidemiológicos

Las decisiones comunicacionales del Ministerio de Salud de Chile, parten siempre desde el análisis epidemiológico, así como también del trabajo de comisión entre los comunicadores y las mesas técnicas del Minsal

6. ESTRATEGIAS

Se utiliza la consejería en los establecimientos de APS, la abogacía y la movilización social, un ejemplo de esto fue la movilización de los actores sociales en contra del fallo de TC que prohibió al distribución de la píldora del día después.

7. ALIADOS INSTITUCIONALES

Se creó un Depto. de sexualidad adolescente del Ministerio de Salud que trabaja directamente con comunicación, se están conformando los equipos de trabajo a nivel regional. A esto se suma la implementación de Centros de Salud para adolescentes que se implementarán en las 54 comunas más vulnerables en este tema.

8. POBLACION OBJETIVO

Los adolescentes dos quintiles más pobres de la población chilena. Nuestro desafío es incorporar a los hombre y a la familias.

9. LIMITACIONES

La falta de articulación con el resto de los sectores como educación, INJUV, y actores sociales.

10. MONITERO Y SISTEMATIZACION DE LAS ACCIONES

No, se realizan

En cuanto al tema específico de prevención del embarazo en adolescentes indicaron los siguientes datos:

Objetivo: Reducción de los embarazos en adolescentes.
Reducción en un 30% los embarazos planificados.

Meta 2010: Reducción de la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años.

Grado Cumplimiento: Con avance. Avance en la meta de un 84%.
Tasa de 49 por mil mujeres entre 15 y 19 años, en 2004.

Observaciones al Objetivo: Se propone agregar un objetivo de desarrollo:
Adecuar la oferta de servicios a los adolescentes con enfoque de género.

Dado el contexto legal (aborto penalizado), y la falta de datos correspondiente a la población beneficiaria del sistema privado de salud, no se dispone de información acerca del número real de adolescentes que inician un embarazo, cada año.

De acuerdo a información del sistema público de salud, el porcentaje de embarazadas menores de 20 años bajo control en el SNSS, se ha mantenido estable entre los años 2002 (21,1%) y 2004 (21,7%) (Fuente: DEIS MINSAL).

Si bien se observa una leve disminución de los nacidos vivos hijos de madres adolescentes entre 2000 y 2004, no es posible atribuir esta disminución a un mayor acceso de la población adolescente a los servicios que le ofrece el SNSS (consejería, uso de método anticonceptivo), ya que entre los años 2003 y 2005 se redujo la proporción de adolescentes en Control de Regulación de la Fecundidad, pasando de 10,7% a 10,1%, respecto a la población mayor de 20 años.

Uno de los desafíos para lograr este objetivo es adecuar la oferta de servicios a las particularidades psicosociales que caracterizan la adolescencia. La propuesta gubernamental en sexualidad responsable, iniciativa intersectorial en desarrollo entre los Ministerios de Educación y Salud, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), e Instituto de la Juventud (INJUV), a través de modelos de gestión local al interior de las comunas, se plantea como una de las estrategias para avanzar en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo.

Otra estrategia, complementaria a la anterior, destinada a incentivar en la población adolescente el uso de servicios preventivos en general y especialmente de Salud Sexual y Reproductiva, es la instalación de una modalidad de atención amigable para adolescentes de ambos sexos en los establecimientos de atención primaria, cuya implementación ha sido definida como compromisos del Ministerio de Salud en el “Plan de Acción en Juventud”. El Plan de Salud Públicas, ha definido la instalación de esta modalidad de atención entre las Acciones de Salud Pública orientadas a impactar sobre los Factores de Riesgo. Con esto se pretende aumentar la cobertura de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes; aumentar el acceso de las adolescentes mujeres beneficiarias del SNSS a consejería y métodos anticonceptivos con enfoque de género (empoderamiento para la toma de decisiones); promover la atención en consejería y métodos anticonceptivos, con enfoque de género, para adolescentes hombres beneficiarios del SNSS.

Del mismo modo para la población adolescente en general, incluyendo la beneficiaria del sistema privado, promover educación sexual, difundir servicios de consejería con acceso a métodos anticonceptivos y formas de acceder a ellos.

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva es un recurso reflexivo particularmente útil para los y las adolescentes que viven situaciones en que deben tomar decisiones, de conflicto, o incluso crisis biográficas, como son el inicio de la vida sexual, la vida sexual activa, el cambio de pareja, exposición a Infecciones de Transmisión Sexual, VIH / SIDA, la violencia sexual y la necesidad de evitar un embarazo.

En estas situaciones, la consejería está orientada a promover y facilitar la adquisición y desarrollo de capacidades propias para tomar las mejores decisiones posibles, en función de sus proyectos de vida y para hacerse cargo de los resultados de dichas decisiones; en el ámbito de la anticoncepción, se orienta al fortalecimiento de las competencias de el o la adolescente para tomar decisiones en materia de sexualidad, afectividad y reproducción.

En lo que respecta a embarazos en la adolescencia, es importante destacar que una de las Metas de Desarrollo del Milenio es “Reducir entre 1990 y 2015 la Mortalidad Materna en tres cuartas partes”, utilizando como uno de los indicadores complementarios la reducción del porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 19 años; la reducción esperada al año 2015 es de un 45%. Para reducir los riesgos asociados a la reproducción no planificada en la población adolescente, se requiere incorporar el enfoque promocional y preventivo, “anticipatorio al daño”, en relación a su Salud Sexual y Reproductiva.

En la Convención de los Derechos del Niño, se considera a los niños y adolescentes como sujetos de derechos originarios; UNICEF habla de “Autonomía progresiva”, es decir, los y las adolescentes van asumiendo en forma creciente la

responsabilidad por sus actos. En materia de derechos sexuales y reproductivos la propuesta de la Convención es proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia, con confidencialidad.

En las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad - aprobadas por el DS N° 48, MINSAL 2007 – en relación a la entrega de servicios anticonceptivos a la población adolescente, en el capítulo pertinente se señala:
“Es obligación de las y los profesionales entregar a las y los adolescentes la información solicitada y el método adecuado según los criterios técnicos que se describen en este capítulo. La ética obliga a brindar la atención de salud solicitada a todas las personas, sin discriminación de edad.”

ECUADOR

1. **Desafíos y prioridades del Ministerio de Salud En Chile**

El desafío más importante que afronta el MSP del Ecuador es la inclusión en la constitución de la transformación del sistema de salud.

Aplicación de un nuevo modelo de atención en salud integral, familiar y comunitaria con énfasis en la promoción y prevención, y la cobertura en estos servicio a los quintiles 1 y 2.

2. **Aporte desde la comunicación social**

Ejecución del modelo de atención a nivel nacional, reestructuración y equipamiento en infraestructura hospitalaria y de áreas de salud.

3. **Qué hemos hecho en comunicaciones para enfrentar los desafíos**

A través de estrategias de difusión a nivel interno en el caso de la transformación del SNS y con el fortalecimiento del componente de promoción de salud en la aplicación del nuevo modelo de atención.

4. **¿Cuales son las actividades de comunicación que ha utilizado para enfrentar los desafíos y prioridades en salud de su país?**

El acuerdo ministerial firmado por los representantes de los ministerios de: Salud, Educación, Inclusión económica y social, Desarrollo Social, quienes, en el numeral 6 del art. 27 del Código NNA reconoce el derecho de los NNA a recibir información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental y primeros auxilios.

La conformación del CIPEA (Comité interinstitucional de Prevención de Embarazos en Adolescentes) conformado por los ministerios de: Salud Pública, Educación, Inclusión económica y social, CONAMU, CONASA, UNFPA, que han realizado talleres con adolescentes desde los consejos cantonales de salud, quienes han manejado una agenda cultural.

Implementación en áreas de salud de los Servicios de Atención Diferenciada a Adolescentes.

El componente de salud mental de áreas de salud (urbanas principalmente) realiza talleres de sensibilización y capacitación enfocados en la promoción de DSSR, género, utilización del tiempo libre, y prevención de Embarazos en la adolescencia.
La culminación del componente educacional dentro del plan Nacional de PEA

5. ¿Que logros han tenido las actividades de comunicación? ¿Que indicadores se utiliza para medirlos?

El tratar el tema de PEA a nivel de consejos cantonales de salud y la conformación de organizaciones de adolescentes, como grupos veedores del respeto de sus DSR.

A través de los sistemas estadísticos nacionales que recogen periódicamente sobre la situación de salud y condiciones de vida de las y los adolescentes, permitiendo establecer y ajustar políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional. Como son las EPI e historias clínicas de adolescentes y, los registros de trabajo comunitario de los EBAS.

6. ¿Están vinculados los indicadores de comunicación con los indicadores epidemiológicos del Ministerio de Salud de su país?

Aún no, porque el componente de comunicación no se ha incluido en el plan nacional de PEA y es comunicación quien basa sus estrategias en los datos epidemiológicos

7. Utilizan investigación de base para el diseño de programas de investigación N

No existe una investigación base para elaborar estrategias de comunicación, pero a nivel local (de área de salud) se ha logrado obtener información de fuentes secundarias y primarias con la utilización de estrategias e instrumentos (encuestas, Historias clínicas, reactivos psicológicos, grupos focales) para elaborar proyectos de intervención.

8. Que estrategias utilizan en las actividades comunicación (IEC, movilización social, abogacía, comunicación interpersonal, etc?)

Comucación interpersonal y alternativa.

9. ¿Que tipo de apoyo brinda el Ministerio de Salud de su país a las actividades de comunicación (recursos humanos, capacitación)?

Recursos humanos, movilización.

10. ¿En que niveles se realizan las actividades de comunicación social? (nacional, regional, distrital, comunitario)

Nacional, regional y local.

11. ¿Cuales son las poblaciones objetivo de las actividades de comunicación?

De 9 a 19 años.

12. Cuales han sido las principales dificultades para efectuar acciones de comunicación

El empoderamiento del tema a nivel de todas las instancias competentes dentro del sistema de salud (Salud, Educación, Inclusión social) y externas (todas las instancias que evidencian la vulnerabilidad del contexto del adolescente)

Falta de presupuesto definido

Falta de un sistema de monitoreo e investigación

13. Con que financiamiento desarrolla la comunicación

No existe presupuesto definido, pero se ha trabajado con el fondo nacional del CIPEA y con fundaciones y ONG's

14. ¿ Realiza monitoreo y evaluación de las actividades de comunicación

No

15. Sistematiza las actividades de comunicación que realiza

Si, en el nivel primario y secundario de atención en salud se ha implementado un sistema de consejería para PEA.

Acciones de prevención primaria a través de eventos culturales en las regiones de prevalencia de embarazos en la adolescencia.

Publicación impresa y socialización del plan de PEA.

COLOMBIA

1. ¿Cuáles son los desafíos más importantes que afronta el Ministerio de Salud en su país?

Lograr desarrollar la política nacional de salud sexual y reproductiva en el nivel local.

Lograr que todos los actores sociales entiendan el grado de corresponsabilidad que tienen frente a esta política, tanto en lo público como lo privado. Manejo social del riesgo.

Posicionar un sistema de salud mental, de fácil acceso, para las víctimas de violencias sexuales pues este evento está relacionado con los embarazos adolescentes.

Lograr coberturas universales en salud.

Integrar el tema de salud sexual y reproductiva a la perspectiva de desarrollo humano y derechos.

2. ¿Cuáles son las prioridades que tiene su Ministerio?

Aumentar oferta y demanda de los servicios de salud sexual y reproductiva para la población en general, especialmente los centros amigables para jóvenes.

Cobertura universal.

Nivelación y ajuste del sistema general de seguridad social en salud, para el contributivo y el subsidiado.
Reestructuración de hospitales para mejorar los servicios y proceso de certificación.

Operativizar, en lo local, la política nacional de salud sexual y reproductiva.

3. ¿Cómo puede la comunicación social contribuir a enfrentar los desafíos y prioridades del Ministerio de Salud en su país?

Facilitando espacios de interacción y articulación entre los diferentes sectores.

Logrando que la comunicación permita la conformación y articulación de redes u otras formas de organización social.

Trascendiendo se lo mediático a lo estratégico o multimedial, logrando estrategias de comunicación cara a cara.

4. ¿Cuáles son las actividades de comunicación que ha utilizado su país para enfrentar el embarazo en adolescentes?

Estrategias de información, educación y comunicación. Con un énfasis en lo informativo.

Se han implementado estrategias lúdicas, de educomunicación, de articulación a procesos pedagógicos, entre otras.

5. ¿Qué logros han tenido las actividades de comunicación en la prevención del embarazo en adolescentes? ¿Qué indicadores se utilizan para medirlos?

La medición de la efectividad de las actividades de comunicación es muy vaga. No existen indicadores claros ni mediciones regulares del impacto de las estrategias de comunicación.

En Medellín, podemos decir que aumentan los niveles de conocimiento en los aspectos básicos de la sexualidad y disminuyen las creencias erróneas.

6. ¿Están vinculados los indicadores de comunicación con los indicadores epidemiológicos del Ministerio de Salud de su país?

No, no tenemos indicadores de comunicación.

Para las estrategias de comunicación se utilizan los indicadores de epidemiología.

7. ¿Utilizan investigación de base para el diseño de programas de comunicación?

A nivel nacional no, aunque en estos momento se está haciendo en 245 municipios.

Prima lo epidemiológico.

8. ¿Qué estrategias utilizan (IEC, movilización social, abogacía, comunicación interpersonal, etc.) para la prevención del embarazo en adolescentes?

Se utilizan todas, incluida la educomunicación.

9. ¿Qué tipo de apoyo brinda el ministerio de salud de su país a las actividades de comunicación (recursos humanos, capacitación, equipos) para la prevención del embarazo en adolescentes?

Participa de una mesa intersectorial que coordina el UNFPA con la finalidad de articular las diferentes estrategias, en el último año.

Financia campañas y proyectos.

10. ¿En qué niveles se realizan las actividades de comunicación social (nacional, regional, distrital, comunitario) para la prevención del embarazo en adolescentes?

En todos, pero tiene un énfasis a nivel nacional.

11. ¿Cuáles son las poblaciones objetivo para las actividades de comunicación para la prevención del embarazo adolescente?

Básicamente enfocado en los jóvenes, pero se está irradiando a otros públicos.

12. ¿Cuáles han sido las principales dificultades para efectuar acciones de comunicación para la prevención de embarazo adolescente?

Enfoque de comunicación – difusionista.

Sistema de administración y contratación.

Barreras culturales y religiosas.

Las estrategias no son multimediales, no hay una campaña, son estrategias sueltas.

No hay continuidad, aparecen cuando se necesitan.

No hay campañas segmentadas por públicos.

13. ¿Con qué financiamiento se desarrolla la comunicación para la prevención del embarazo en adolescentes?

Recursos SGP -sistema general de participaciones-, municipales y presupuesto participativo en algunas partes.

14. ¿Realiza monitoreo y evaluación de las actividades de comunicación?

En algunos casos se realiza monitoreo, pero no evaluación.

15. ¿Sistematiza las actividades de comunicación que realiza?

No, registramos y archivamos, pero no se ha pasado a la parte de análisis ni extracción de lecciones aprendidas.

PERU

1. ¿Cuáles son los desafíos más importantes que afronta el Ministerio de Salud de su país?

Cambiar dos viejos conceptos:

- a. Desarrollar políticas preventivo–promocionales en Salud.
- b. Elevar la calidad de gestión.

2. ¿Cuáles son las prioridades que tiene su Ministerio?

- a. Ampliar el acceso y optimizar la cobertura gratuita a los servicios de salud.
- b. Mejorar las prestaciones de Salud brindando atención de calidad con calidez

3. ¿Cómo puede la comunicación social contribuir a enfrentar los desafíos y prioridades el Ministerio de Salud de su país?

Existen dos niveles:

- a. La comunicación hacia fuera para abrir espacios de participación ciudadana, a fin de mejorar la salud pública. Ejm. La participación de la población en la construcción del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- b. Articular la oferta y la prestación de los servicios de salud públicos.

4. ¿Cuáles son las actividades de comunicación que ha utilizado para enfrentar los desafíos y prioridades en salud de su país?

Ninguna. Se está trabajando una campaña que dará inicio el próximo 15 de octubre con un promedio de 250 adolescentes mujeres.

5. ¿Qué logros han tenido las actividades de comunicación? ¿Que indicadores se utiliza para medirlos?

El tema está en proceso

6. ¿Están vinculados los indicadores de comunicación con los indicadores epidemiológicos del Ministerio de Salud de su país?

No se maneja indicadores desde la OGC, pero si se interviene ante las alertas que da la Oficina General de Epidemiología, quien cuenta con la información

7. ¿Utilizan investigación de base para el diseño de programas de investigación?

Las acciones de la OGC se apoyan en la línea de base que proporcionan las estrategias sanitarias, que son Salud Sexual y Reproductiva, VIH-Sida, Inmunizaciones, Accidentes de Tránsito, IRAS Neumonía, entre otras.

8. ¿Qué estrategias utilizan en las actividades comunicación (IEC, movilización social, abogacía, comunicación interpersonal, etc)?

- a. Movilización social: animaciones socioculturales.
- b. Abogacía
- c. Comunicación interpersonal: Promoción.
- d. Prensa y publicidad.
- e. Talleres de sensibilización: Decidores políticos, prensa (periodistas y dueños de medios de comunicación), entre otros.
- f. Diseño de productos de regalo: Merchandising.
- g. Etc.

9. ¿Qué tipo de apoyo brinda el Ministerio de Salud de su país a las actividades de comunicación (recursos humanos, capacitación)?

El Minsa brinda todo el apoyo a los comunicadores para la realización de las campañas. Un problema que se tiene es que no todas las campañas cuentan con presupuesto

10. ¿En qué niveles se realizan las actividades de comunicación social? (nacional, regional, distrital, comunitario?)

- a. Desde el Nivel central
- b. DISAS (Direcciones de Salud: 4)
- c. Diresas (Direcciones de Regional de Salud 30).

11. ¿Cuáles son las poblaciones objetivo de las actividades de comunicación?

Adolescentes de 10 a 19 años con énfasis en jóvenes de 15 a 19 años.

12. ¿Cuáles han sido las principales dificultades para efectuar acciones de comunicación?

- a. Desarticulación de los estamentos involucrados al interior del Ministerio, entre las estrategias.
- b. Religioso y socio-cultural

13. ¿Con qué financiamiento desarrolla la comunicación?

Recursos propios del Ministerio (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva) y de Agencias cooperantes (UNPFA).

14. ¿Realiza monitoreo y evaluación de las actividades de comunicación?

Se realizan a través de las Estrategias.

15. ¿Sistematiza las actividades de comunicación que realiza?

Si se realiza

Trabajo Grupal N° 2

Diagnóstico: Identificación del problema

Objetivo: Analizar las causas y efectos del embarazo en adolescentes

Metodología: Se formarán grupos conformado por un representante de cada país, quienes deben:

- Identificar del problema
- Analizar las causas y efectos del embarazo en adolescentes (árbol de problemas)
- Análisis situacional: ambiente interno, microambiente, macroambiente
- Análisis Foda

GRUPO 1

identificación del problema: Embarazo adolescente.

Qué está originando el problema:

Origen del problema	Causas	Dónde y cuando tiene lugar	Efectos principales	A quién afecta
Lo social	Políticas no acordes a los contextos, por falta de diagnósticos.	Toda Latinoamérica Ahora	Deficiente trabajo intersectorial.	A la sociedad en su conjunto.
	Modelos que se presentan en los medios de comunicación, sin control estatal, familiar y social.	Toda Latinoamérica Ahora	Condicionamientos. Conductas de riesgo. Apropiación de modelos.	A la sociedad en su conjunto. Principalmente a los jóvenes y adolescentes, y a sus hijos.
Lo social	Acceso a los programas establecidos en las políticas	Zonas urbanas y rurales.	Inadecuada información. No son políticas efectivas.	Poblaciones vulnerables – adolescentes y sus hijos-
	Falta de	Zonas urbanas y	Se repite el modelo.	Poblaciones vulnerables –

	educación	rurales.	Conductas de riesgo.	adolescentes y sus hijos-
	Grupos armados al margen de la ley	Colombia	Violaciones de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.	Poblaciones vulnerables.
	Violencia intrafamiliar y sexual	Latinoamérica	Madresolterismo. Abandono. Problemas de salud mental.	Toda la población
	Subvaloración de la mujer y equidad de género	Latinoamérica	Exclusión social y desvalorización de la mujer	Mujer y sus hijos
Lo afectivo	Falta de comunicación en las familias	Latinoamérica	Desinformación, e información errónea	Toda la población pero principalmente los y las adolescentes
	Carencias afectivas	Latinoamérica	Se repite el modelo. Buscan en otro ámbito esta carencia	En toda la población – todos los estratos.
Origen del problema	Causas	Dónde y cuando tiene lugar	Efectos principales	A quién afecta
Lo económico	Vulnerabilidad de los hijos por actividades laborales de los padres	Latinoamérica	Falta de control con los hijos. Actividades inadecuadas de los hijos.	La familia.
	Dependencia de las acciones del estado.	Latinoamérica	Promueve el asistencialismo a programas no participativos	A familias y grupos sociales con presencia de sectores vulnerables

	Trabajo infantil	Latinoamérica	Explotación laboral infantil. Vulneración de derechos fundamentales.	Niños y niñas.
Lo cultural	Tradiciones/ Costumbres	Principalmente en las comunidades rurales de los países del área andina	Limitan el acceso a programas de información y asistencia	Población vulnerables de esas regiones
	Restricciones a la información	Latinoamérica - zona rural	Desconocimiento de derechos y deberes	Población en general
	Creencias religiosas.	Latinoamérica	Bloqueo y falta de apoyo a políticas de promoción y prevención.	Población en general con una mayor incidencia en poblaciones vulnerables

Características del entorno	Micro ambiente	Macro ambiente
<p>Organización del servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de salud • Institución y personal capacitado en el tema • Cobertura de servicios a la población • Inclusión en los servicios del enfoque de género • Prestigio y credibilidad de las unidades de salud a nivel país • Sistema de atención primaria en salud fortalecido • Asignación de presupuesto para programas con adolescentes • Se da cobertura de las actividades en los distintos medios de comunicación. <ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano escasamente sensibilizado en el tema • Disminuida incorporación de los distintos sectores de la sociedad en los programas • Débil articulación intersectorial • Focalización de los esfuerzos en la atención, relegando las actividades de promoción y prevención primaria • Limitada capacidad de acceso a jóvenes y adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de organismos internacionales en el tema, además de Capacitación a profesionales de atención directa • Trabajo con apoyo de redes de participación juvenil <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de fundaciones y ONGs dispersas, de trabajo con adolescentes. • No se socializa las experiencias exitosas o que no lo son. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas favorables hacia programas de protección a adolescentes • Prioridad en la asignación de recursos económicos a programas dirigidos a población vulnerable <ul style="list-style-type: none"> • Índices de elevado y en aumento de EA • Consumo de alcohol y otras drogas (pasta base) en adolescentes • Concurso de la iglesia a favor de prácticas que no van de acuerdo a la realidad del adolescente • Grupos políticos conservadores que no permiten avanzar en el tema • Modas y corrientes culturales que propugnan prácticas de riesgo • Dificultad en publicitar prácticas y productos que permitan controlar el EA (condones, PDD) • Legitimación de prácticas violentas VIF MI ASI

<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento en la población adolescente de los servicios que se oferta		
--	--	--

Problema	Porque	Donde	Cuando	Efectos	A quien afecta
Embarazos en la Adolescencia	1 Herencia cultural	De manera más fuerte en los sectores: indígenas, afro americanos, Urbano marginales Rurales	Grupos etáreos de 10 a 14 años mayoritariamente De 15 19 años	1 Reproducción del círculo de pobreza Recién nacido en condiciones de alta vulnerabilidad Deserción escolar Asumir roles que no van de acuerdo a su edad Presencia de patologías mentales	Niño/a Adolescentes Familia (Economía y estructura) Comunidad

	2 Escaso nivel educacional	En sectores empobrecidos rurales y urbano marginales	De 10 a 14 años	2 Deserción escolar Mortalidad materna Estigmatización y Exclusión de grupo Interrupción del proyecto de vida	Recién nacido/a Adolescentes Familia Institución educativa Sector salud Familia Comunidad
	3 familias disfuncionales	Todo estrato social	Inicio de la pubertad	3 conductas de riesgo en el adolescente Consumo de	Recién nacido/a Adolescente Familia Comunidad

				alcohol y otras drogas Violencia intrafamiliar y Maltrato Infantil Embarazos subsecuentes	
--	--	--	--	---	--

GRUPO 2

1. Identificación del Problema de Salud:

- Embarazo prematuro en la adolescencia de los países Andinos

a. Origen del problema

* Ausencia de la educación sexual idónea, laica (ningún tipo de influencia religiosa), científica, progresiva y oportuna en la educación formal.

*Falta de educación sexual para padres y madres de familia y adultos cuidadores.

*Inequidad de género (prevalencia de machismo) porque No permite la negociación de condiciones sanas para la salud sexual.

* Los adolescentes no conocen y/o no ejercen sus derechos humanos en general, y los sexuales y reproductivos específicamente.

* Las violencias: intrafamiliar, violencia sexual, por actores armados.

* Alcoholismo y drogadicción.

* Ausencia de valores como la solidaridad y falta de organización de las comunidades.

* Interferencias religiosas que por ejemplo niegan los métodos anticonceptivos.

*La Pobreza.

* Las políticas de salud no se han apropiado por la población adolescente

* Los mensajes de los medios de comunicación que son estimulantes de las relaciones sexuales tempranas y no responsables.

*Falta de afecto en el hogar. Comunicación afectuosa

b. Dónde y Cuándo tiene lugar:

- En todos los países del grupo: Chile, Perú, Bolivia y Colombia.
- en las áreas urbanas, rurales y selváticas.
- En los enclaves económicos (mineros, industriales), y en las zonas de asentamientos por ejemplo de personas en situación de desplazamiento.
- En los diferentes estratos y etnias.

Cuándo: Periodos de festividad; en periodos de bonanza.

c. Cuáles son los Efectos principales:

- Interrupción de estudios, pérdida de oportunidades de superación profesional, disminución de oportunidades para las nuevas madres y bebés.
- mayor posibilidad de rechazo de la familia y de la sociedad
- Círculo de pobreza
- Explosión demográfica sin planeación que afecta el desarrollo de los países.
- Proyectos o planes de vida truncados o desdibujados.
- Mayor vulneración de derechos y deshumanización.
- Mayor riesgo de explotación sexual para sobrevivir
- Mayor riesgo de otros embarazos.
- Incremento de mortalidad y morbilidad.
- mayor riesgo para la salud de la madre adolescente.
- Mayor riesgo de desnutrición.
- Mayor riesgo de sífilis congénita y VIH.
- Resentimiento psicosocial
- Aumento de madres cabeza de familia.
- Mayores gastos de los entes de salud y de control

d. ¿A quien afecta?

Sociedad en general:

- A los y las adolescentes, a las familias,
- Al desarrollo de los países
- A la región andina.

GRUPO 3

INTERNAS		EXTERNAS	
Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
<p>*Existen leyes, políticas y/o programas nacionales de SSR</p> <p>*Existe infraestructura hospitalaria y educativa, entre otras, que se puede aprovechar, aunque es necesario adecuarla para la atención de los adolescentes.</p>	<p>* En general, el sistema de servicios no se concreta, faltan insumos como los anticonceptivos, y se prestan desarticuladamente.</p> <p>* La calidez de los servicios para adolescentes es todavía poca, y No son servicios amigables.</p> <p>*Falta de capacitación del personal de salud en aspectos de SSR de adolescentes.</p> <p>*Falta de materiales didácticos específicos para adolescentes</p> <p>* Los niveles técnico-operativos No se apropian suficientemente de las investigaciones y estudios sobre el tema</p>	<p>* De que la Región Andina delinee estrategias para la implementación y la ejecución real de la atención del embarazo en la adolescente.</p> <p>* El posicionamiento del tema en los gobiernos y agencias de cooperación, ha permitido que empiecen a aparecer recursos de cofinanciación.</p> <p>* La disposición de participación de adolescentes y jóvenes, se puede aprovechar para incluirlos en forma activa en la estructuras organizativas</p>	<p>* La desarticulación de las instituciones que trabajan el tema, afecta el impacto de los proyecto.</p> <p>*El problema se está incrementando y no se afronta directamente</p>

<p>Las organizaciones comunitarias y públicas contribuyen a la implementación y ejecución de las políticas de SSR de adolescentes.</p>	<p>Los indicadores estadísticos muchas veces no reflejan la realidad de los países.</p>	<p>Los Medios de comunicación, especialmente los comunitarios, son oportunidades para el trabajo de las estrategias de comunicación.</p> <p>* Aprovechar las innovaciones tecnológicas como internet, tele y videoconferencias, grupos Web, foros de conversación, links, juegos virtuales, entre otros, para la difusión de los mensajes.</p> <p>* Aspecto legal: Difundir normas y leyes relacionadas con los derechos fundamentales de los adolescentes.</p>	<p>Los mensajes tergiversados de los Medios de comunicación.</p> <p>* Bombardeo de la información que confunde al receptor, no permitiendo tomar decisiones en forma orientada.</p>
<p>Fortaleza demográfica porque los países están divididos en sectores y permite conocer las características particulares de las regiones para la ejecución de planes de Salud.</p>			

AMBIENTES	INTERNAS	
	Fortalezas	Debilidades
Ambiente interno (organización del servicio, infraestructura, políticas, recursos humanos y financieros, estructura organizativa, experiencia Institucional)	Existencia de Políticas y Programas para los adolescentes. Instancias intersectoriales para la prevención de embarazo adolescente	Poca capacidad de los trabajadores de salud para tratar los temas de adolescentes. Poca ingerencia de los adolescentes en el diseño de programas orientados a ellos. No se cuenta con la infraestructura necesaria para atender

Micro ambiente (proveedores, mercado, intermediarios y competencia)	I			
Macro ambiente (tendencias institucionales, económicas, tecnológicas, demográficas socioculturales, legales y de salud)			<p>Existe preocupación por la problemática adolescente.</p> <p>Interés de las agencias cooperantes y ONG para desarrollar trabajos relacionados con los adolescentes.</p> <p>Masificación de las nuevas tecnologías y de la comunicación alternativa.</p>	<p>Influencia de mensajes que distorsionan la sexualidad a través de diferentes medios.</p> <p>Prejuicios y creencias arraigadas en la población.</p>

GRUPO 4

AMBIENTES	INTERNAS		EXTERNAS	
	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Ambiente interno (organización del servicio, infraestructura, políticas, recursos humanos y financieros, estructura organizativa, experiencia institucional)	Recursos humanos, técnicos y de infraestructura para la generación de campañas, acompañamiento, a las mismas, etc.	Falta de diagnóstico y articulación, y pocos recursos financieros.	Existen instancias gubernamentales en todos los países -ORAS CONHU-, así como organizaciones civiles que trabajan y están interesados en el tema.	Fragmentación del proyecto y cambios de políticas gubernamentales.
	Existe un sistema de salud	Poca preparación de recurso humano y poco recurso humano interdisciplinario.	Hay un sistema de educación.	Este personal no está capacitado en SSR con adolescentes.
Micro ambiente (proveedores, mercado, intermediarios y competencia)	Existen RRHH como proveedores de salud	Estos recursos no son preparados adecuadamente para esta atención, y no hay en proporción suficiente a la demanda.	Es un tema vigente en la agenda pública	Que no haya continuidad y sostenibilidad en el abordaje del tema.
	Existe diversidad de medios de comunicación	No están interesados en el tema	Existe una red de medios de comunicación locales, nacionales y comunitarios, privados y públicos.	Poco trabajo con los libretistas y productores para modificar los mensajes de los programas.

				No hay formación para líderes de opinión y tomadores de decisiones
Macro ambiente (tendencias institucionales, económicas, tecnológicas, demográficas socioculturales, legales y de salud)	Hay una normatividad que puede respaldar las políticas de protección	Incumplimiento de la norma. Las normatividades no se ajustan a la realidad y a las necesidades de la población.	Aprovechar los medios para visibilizar el problema y la difusión de las normas	Que no haya interés en el tema.

Trabajo de Grupo Nº 3

Tema : Segmentación de audiencias - Identificación del público

Objetivo:

- Identificar cuales son los actores que intervienen en la prevención del embarazo en adolescentes
- Conocer su perfil
- Determinar sus conocimientos actitudes y practicas frente al embarazo en adolescentes

Metodología: Los mismos grupos conformados deberán identificar de forma secuencial: el público objetivo primario, secundario y los aliados estratégicos

GRUPO 1

ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS

¿QUÉ HACEN?	¿POR QUÉ LO HACEN?	¿QUÉ BENEFICIOS OBTIENEN	¿QUÉ COSTOS ACARREA?
Estudian	Por imposición, familiar o estatal.	Ascenso social, reconocimiento y aceptación familiar y social, adquisición de estatus superior. Posibilidad tentativa de acceder a mejores acciones.	Pierden la posibilidad de tener espacios de ocio, se pierden grados de libertad. Se separa de la familia y sus amigos.
Estudian y trabajan	Por falta de sustento en la familia	Obtienen autovaloración y liderazgo, reconocimiento, en base a modelos familiares o figuras públicas	Acelera su proceso de madurez, tiene poco tiempo para su desarrollo personal, aumentan los niveles de stress. No tienen tiempo para jugar.

Vagan	Crisis de autoridad familiar, sistemas educativos incapaces de evitar la deserción escolar, cuenta con redes de apoyo que lo sustentan	Satisfacen sus necesidades edonistas.	Pierden el tiempo, sufren exclusión progresivamente, no desarrollan sus habilidades
Participan en grupos sociales de riesgo (Pandillas, etc.)	Son grupos de identificación y referencia valórica, suplen carencias afectivas familiares, buscan protección	Sentido de pertenencia, reconocimiento de grupo, seguridad, acceso a bienes (hurto), acceso a sustancias psicotrópicas	Viven en estados de permanente tensión, viven en situaciones de riesgo, disminuyen sus expectativas de vida. Pierden acceso a redes sociales
Se recrean en espacios sin presencia de adultos (Fiestas)	Búsqueda de espacios de relación con el sexo opuesto distinto al que ofrecen los adultos, presión del grupo de referencia, generan espacios de libertad.	Establecen relaciones emocionales afectivas y sexuales.	Incurrir en altos gastos para financiar su estilo de vida, no establece relaciones sustentables, se deterioran las relaciones familiares, deterioro progresivo de sus salud.

<p>Establecen redes sociales a través de Internet</p>	<p>Potencias sus posibilidades de establecer relaciones sociales.</p>	<p>de relaciones Aumentan la cantidad de relaciones exponencialmente, protegen su identidad, simplifican los canales de comunicación, acceden a establecer relaciones con personas que no podrían haber conocido en la vida real.</p>	<p>Se deteriora su salud por el sedentarismo y malas posturas físicas, se deterioran sus relaciones cara a cara, se deteriora progresivamente su relación con la realidad. Adicción a juegos electrónicos. Incurren en gastos económicos.</p>
---	---	---	---

Públicos	Edad	Sexo	Ingreso	Grado de Instrucción	Caracterización de la Zona Donde Vive	Estado Civil	Con Quienes Vive
Público Objetivo Primario	Adolescentes, de 10 a 14 años	Ambos sexos	Adolescentes con pertenecientes a las familias de menores ingresos.	Bajo o nula escolaridad.	Rural, urbana.	Solteros	Familia
Público Objetivo secundario	Grupo Familiar	Ambos sexos	Familias de menores ingresos	Bajo o nula escolaridad.	Rural, urbana.		Con los adolescentes
Aliados Estratégicos	Gobiernos locales, Medios de Comunicaciones, ONG, Las Iglesias Comunitarios. Organizaciones comunitarias						

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Hábitos y Creencias	Prejuicios y Mitos
Público Objetivo Primario	Asisten a colegios o trabajan, frecuentan grupos de riesgo. La invariabilidad de la vida	Los varones sienten que tienen el control de la situación, las mujeres se autocensuran
Público Objetivo Secundario	Los varones trabajan y las mujeres asumen las labores del Hogar. Reproducen la cultura machista imperante.	Piensa que el adolescentes es incapaz que necesita control.
Aliados Estratégicos	Municipios: Privilegian la infraestructura por sobre las personas. Los medios cierran las puertas a la educación. Las iglesias intentan imponer su visión de mundo al conjunto de la sociedad. ONG, no comparten la sistematización de las experiencias. Las organizaciones comunitarias privilegian la infraestructura por sobre los logros sociales.	Comunicadores: Es incompatible el rol de entretención con el de educación. Los municipios sienten ser los solucionadores de problemas. Las Iglesias satanizan el sexo. Las ONG desconfían de las habilidades del sector público. Las organizaciones comunitarias asumen muchos de los prejuicios de los diferentes actores

Públicos	Medios que Utiliza para Desplazarse	Medios de Comunicación que Prefiere	Emisoras y/o TV. que más Escucha y/o Ve y Horarios	Otros
Adolescentes, de 10 a 14 años	Transporte Público, Bicicletas.	Televisión, Radio, Internet	Programa de entretenimiento, (realitys, programas de farándulas). Después de los 17:00 hrs.	
Grupo Familiar	Transporte Público, Bicicletas.	Televisión, Radio, Periodicos populares	Programa de entretenimiento, (realitys, programas de farándulas y telenovela). Después de los 08:00-22:00 hrs.	
Gobiernos locales, Medios de Comunicaciones, ONG, Las Iglesias Comunitarias. Organizaciones comunitarias				

GRUPO 2

ADOLESCENTES 8 - 12 AÑOS			
¿QUÉ HACEN?	¿POR QUÉ LO HACEN?	¿QUÉ BENEFICIOS OBTIENEN	¿QUÉ COSTOS ACARREA?
Copian modelos de comportamiento que les venden los medios de comunicación	Para imitar comportamientos "aceptados" (alcohol, cigarrillo, moda, música, etc.)	Reconocimiento de sus pares y exploraciones.	Alejamiento y conflicto intergeneracional
ADOLESCENTES 13 A 19			
Establecen Relaciones sexuales tempranas y periódicas	Porque tratan el vivir el momento en forma acelerado sin protegerse.	Reconocimiento de las amistades y se convierten en líderes de grupo.	Deserción escolar, pérdida de oportunidades para una vida mejor, problemas psicológicos, rechazo de la familia, abandono de los hijos, entre otros.

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Edad	Sexo	Ingreso	Grado de Instrucción	Caracterización de la Zona Donde Vive	Estado Civil	Con Quienes Vive
Público Objetivo Primario Adolescentes.	8 - 12	Varones - Mujeres	No tienen - Son dependientes de los padres	5o. Primaria a final de secundaria	Zonas rurales y urbanas.	Solteros	Padres o adultos cuidadores, hermanos, entre otros.
Público Objetivo Adolescentes	13 a 19	Varones - Mujeres	Algunos tienen trabajos de tiempo parcial: ventas ambulantes, etc., y otros siguen dependiendo de los padres.	secundaria	Zonas rurales y urbanas.	Casados y solteros	Padres o adultos cuidadores, hermanos, y a veces hijos.
Padres de Familia	18 - +	Varones - Mujeres	Según zona y nivel socioeconómico	sin educación formal, básica, medios y profesionales	Zonas rurales y urbanas.	Solteros, casados, convivientes, viudos.	hijos, familiares
Aliados Estratégicos	Organismos cooperantes, Gobiernos, ONGS, grupos juveniles, organizaciones comunitarias, medios masivos de comunicación comerciales y comunitarios, las iglesias.						

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Medios que Utiliza para Desplazarse	Medios de Comunicación que Prefiere	Emisoras y/o TV. que más Escucha y/o Ve y Horarios	Otros
Público Objetivo Primario Adolescentes de 8 a 12 años	Transporte público. Transporte privado, patinetas, entre otros.	TV, Internet, radio.	según país	colegios - parques - centros comerciales
Publico Objetivo Secundario A. 13 - 19 Adultos	Transporte público. Transporte privado, bicicleta, patinetas, entre otros. Transporte público. Transporte privado, bicicleta, motocicletas, entre otros.	TV, Internet, radio. TV, radio, periódicos	Emisoras musicales juveniles. Noticieros, deportes, novelas, programas esotéricos Según país	colegios - parques - centros comerciales - zonas deportivas billares - iglesias - centros comerciales - plazas de mercado - ferias -

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Hábitos y Creencias	Prejuicios y Mitos
<p>Público Objetivo Primario NNA de 8 a 12 años</p>	<p>Jugar, estudiar, imitar: exploración de su cuerpo: masturbación.</p>	<p align="center">Caprichos</p> <p>"Entre más me parezca al actor/actriz de TV, más popular soy"</p> <p>Me tengo que parecer a los jóvenes más grandes que yo, y hacer lo que ellos hacen.</p>
<p>Público Objetivo Secundario Adolescentes 13 - 19</p>	<p>Fumar beber chatear</p>	<p>"A mayor cantidad de mujeres, más hombre soy"</p> <p>"Cuanto más chicos me besan, soy más sexy"</p>

Grupo 3

Público Objetivo Principal: Adolescentes (hombres y mujeres) entre 10 y 19 años de escaso acceso a recursos.

Públicos Objetivo Secundario: Padres y madres de familia, cuidadores y familia en general/ trabajador de salud

Aliado Estratégico: Docentes

ADOLESCENTES

¿QUÉ HACEN?	¿POR QUÉ LO HACEN?	¿QUÉ BENEFICIOS OBTIENEN	¿QUÉ COSTOS ACARREA?
Tienen relaciones sin protección	Por falta de información y creencias erróneas	Ninguna	Infecciones de Transmisión Sexual, Embarazos no deseados, tensión familiar, paternidad y maternidad irresponsables
Explorar la sexualidad con otras personas	Por curiosidad, por presión	Satisfacción	Infecciones de Transmisión Sexual, tensión familiar, generación de culpas y miedos
Presionan a sus pares para que tengan relaciones sexuales.	Por adquirir reconocimiento social	Inserción en grupos y aceptación de sus pares	Naturalización de conductas de riesgo
Viven arriesgadamente	Por adquirir reconocimiento social y auto afianzar su personalidad	Elevación de autoestima e Inserción en grupos y aceptación de sus pares	Naturalización de conductas de riesgo

Públicos	Edad	Sexo	Ingreso	Grado de Instrucción	Caracterización de la Zona Donde Vive	Estado Civil	Con Quienes Vive
Público Objetivo Primario	10 a 19 años	Hombres y mujeres	NO APLICA	Primaria, Básica, Secundaria, Universitarios y Sin educación	Zonas de pobreza y extrema pobreza, de sectores rurales y urbanos	Solteros, casados o en unión libre	Con sus padres, familiares responsables, solos, con su pareja o familia extensa
Público Objetivo secundario	Mayores de 15 años.	Hombres y mujeres	Menos de US \$ 300 mensuales (Familias y cuidadores). Más de US\$ 300 (Trabajadores de salud)	Primaria, Básica, Secundaria, Universitarios y Sin educación	Zonas de pobreza y extrema pobreza, de sectores rurales y urbanos. Zonas urbanas (trabajadores de salud)	Solteros, casados o en unión libre	Con sus padres, familiares, solos, con su pareja o familia extensa
Aliados Estratégicos	Mayores de 18 años	Hombres y mujeres	Más de US\$ 300 (Trabajadores de salud)	Secundaria, Universitarios y Sin educación	Zonas urbanas y rurales	Solteros, casados o en unión libre	Con sus padres, familiares, solos, con su pareja o familia extensa

Públicos	Medios que Utiliza para Desplazarse	Medios de Comunicación que Prefiere	Emisoras y/o TV. que más Escucha y/o Ve y Horarios	Otros
Público Objetivo Primario	A pie, tracción animal, bicicleta, transporte público.	TV, Radio, telefonía celular, internet	Radios locales, radios juveniles, telenovelas, musicales, programas de concursos (5:30 a.m. a 9 a.m./ 5 p.m. a 10 p.m.)	
Público Objetivo Secundario	A pie, tracción animal, bicicleta, transporte público.	TV, Radio, telefonía celular, internet, periódicos	Radios locales, radios juveniles, telenovelas, noticieros, musicales, programas de concursos (5:30 a.m. a 12 p.m.)	
Aliados Estratégicos	A pie, tracción animal, bicicleta, transporte público.	TV, Radio, telefonía celular, internet, periódicos	Radios locales, radios juveniles, telenovelas, noticieros, musicales, programas de concursos (5:30 a.m. a 12 p.m.)	

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Hábitos y Creencias	Prejuicios y Mitos
<p>Público Objetivo Primario</p>	<p>Poco auto cuidado de la salud.</p> <p>No reciben consejos, creen que nada malo les pasará.</p> <p>No utilizan métodos de anticoncepción o los mal utiliza</p> <p>Presión negativa de sus pares.</p> <p>Prefieren informarse de sus pares.</p> <p>Uso indiscriminado entre la píldora de emergencia</p> <p>La relación sexual te hace adulto y genera respeto entre pares.</p>	<p>Creen que no se quedan embarazadas en la primera relación sexual.</p> <p>El aceptar una relación coital es una muestra de amor de la mujer.</p> <p>La maternidad es una posibilidad de "amarrar" a un hombre</p> <p>Las mujeres creen q tener relaciones sexuales las hace corporalmente más deseadas.</p> <p>Las mujeres basan su autoestima en factores externos.</p>

<p>Público Objetivo Secundario</p>	<p>Poco auto cuidado de la salud sexual y reproductividad.</p> <p>Evitan hablar de la sexualidad con los adolescentes.</p> <p>No utilizan métodos de anticoncepción o los mal utiliza</p> <p>Promueven las relaciones sexuales de sus hijos hombres y restringen la sexualidad de sus hijas mujeres.</p> <p>La satanización de la sexualidad en los adolescentes.</p> <p>La sexualidad se centra y agota en la relación coital</p>	<p>El hecho de que los adolescentes tengan información sobre SSR los incita a iniciar su vida sexual.</p> <p>Subvalorización de la mujer que no es virgen</p>
<p>Aliados Estratégicos</p>	<p>Condena hacia adolescentes que ya iniciaron su vida sexual.</p> <p>Evitan hablar de sexualidad con sus estudiantes.</p>	<p>Consideran que la presencia de una adolescente embarazada incita a otras.</p> <p>El hecho de que los adolescentes tengan información sobre SSR los incita a iniciar su vida sexual.</p>

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Edad	Sexo	Ingreso	Grado de Instrucción	Caracterización de la Zona Donde Vive	Estado Civil	Con Quienes Vive
Público Objetivo Primario Adolescentes de poblaciones vulnerables, de áreas urbanas.	10 a 15 años	F y M	Niveles socioeconómicos bajos	Primario o sin instrucción	Urbana vulnerable (cinturones de pobreza)	Solteros	Con familia, cuidador o tutor.
Público Objetivo secundario Padres de familia	Entre 25 y 40 años	F y M	Mínimo o de economía informal	Primario o sin instrucción	Urbana vulnerable (cinturones de pobreza)	x	x

Aliados Estratégicos Docentes (con el respaldo de la Secretaría, núcleos o direcciones provinciales)	Entre 25 y 45 años	F y M	x	Especializados en biología, ciencias naturales, educación sexual, educación física, consejeros.	Urbano	x	x
---	---------------------------	--------------	----------	--	---------------	----------	----------

DEFINICIÓN DE AUDIENCIAS

Caracterización del público afectado por el problema de salud.

Jóvenes hombres y mujeres entre 10 y 15 años que viven en zonas urbanas

¿QUÉ HACEN?	¿POR QUÉ LO HACEN?	¿QUÉ BENEFICIOS OBTIENEN	¿QUÉ COSTOS ACARREA?
Estudiantes, del sistema público formal, ya sea diurno o nocturno.	<p>Existe un sistema formal de Educación y está dentro de los derechos de los niños.</p> <p>Entrega de beneficios:</p> <p>Alimentarios en algunos países</p> <p>Subsidios por hijo estudiando</p> <p>Ayuda económica a las familias.</p>	<p>Mejorar el grado de instrucción.</p> <p>Alimentación.</p> <p>Subsidios.</p>	No hay costo, es una inversión.
Jóvenes en situación de calle.		No hay Beneficios sólo riesgos	Riesgo de explotación.

Padres Familias	de	Trabajan formal o informalmente. Lo realizan por necesidad de subsistencia	Subsistencia	Estar fuera del hogar
Maestros, profesores, educando, docentes		Porque está dentro de sus obligaciones	Un salario y satisfacción de formar a las nuevas generaciones	Inversión en capacitación.

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Hábitos y Creencias	Prejuicios y Mitos
Público Objetivo Primario Adolescentes	Tendencia a repetir las acciones de sus pares líderes, y al consumo y adopción de los mensajes y modas que imponen los medios de comunicación	Se sienten inmunes a los problemas del entorno social y de salud.
Público Objetivo Secundario Padres	Paternalismo y equivocación al repetir modelos que ellos mismos heredaron de sus padres	“eso no le pasa a mi hijo” se crea una burbuja alrededor de dar o brindar información a los hijos.

Aliados Estratégicos Docentes	Consideran que su accionar es el correcto. Las opiniones de los adolescentes no tienen valor	Están muy jóvenes para cuestionar modelos y estrategias. Actúan por impulso y no con racionalidad

Segmentación y Caracterización del Público Objetivo (Primario, secundario y aliados estratégicos)

Públicos	Medios que Utiliza para Desplazarse	Medios de Comunicación que Prefiere	Emisoras y/o TV. que más Escucha y/o Ve y Horarios	Otros
Público Objetivo Primario	Bicicletas. Medios de transportes masivos.	TV-Radio-Internet-medios	Musicales, comerciales, y de audiencia juvenil (series).	Foros de interés, comunidades virtuales, Chat, space face

Público Objetivo Secundario	Bicicleta y Medios Masivos	Radio , TV, Padres de Familia	Musicales y de Noticias. Series, Novelas, Horario Estelar y Noticieros	
Aliados Estratégicos	Medios Masivos, propios	Prensa Escrita, Radio, Internet, TV.	Noticieros, Programas Culturales, Musicales Noticieros, Programas de Opinión, Redes Web	

DIA 3

Tema: Análisis del comportamiento y barreras para el cambio

Objetivos:

- Identificar el comportamiento que se desea alcance las audiencia
- Diferenciar el comportamiento actual, el ideal y el factible

Metodología:

Los grupos utilizan matrices que les permite determinar:

- El comportamiento actual de las audiencias identificadas
- El comportamiento ideal que se espera que alcancen
- El comportamiento factible que deben llegar como mínimo

GRUPO 1

Matriz de Comportamientos

Público Objetivo Primario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
	Aún mantienen actitudes de niños pequeños. Búsqueda de grupos de referencia. Son sensibles a las influencias de cultura urbana y modas	Se espera una transición no traumática, más breve. Los menores debieran discriminar y buscar grupos de referencia confiables y protectores Que puedan discernir y rescatar sobre los aspectos positivos de la cultura urbana y las modas	Aceptación de los cambios que están viviendo. Que construyan lazos de confianzas con personas que tengan la capacidad de orientarlos. Que construyan lazos de confianzas con personas que tengan la capacidad de orientarlos.

Revelan cierta necesidad de autonomía

Mantiene una posición ambigua y pragmática respecto a sus roles y responsabilidades

Afectos y emociones fluctuantes

Cambios de temperamentos bruscos

Muestran un negativismo desafiante

Anteponen sus intereses ante los demás

Son solidarios con sus pares

Fase de descubrimiento de su sexualidad. Indiscriminada búsqueda de información respecto a su sexualidad.

Son susceptibles a las relaciones afectivas o sexuales frustrantes.

Que desarrollen una capacidad de negociar y respetar los acuerdos. Sería ideal que fueran coherentes con los roles asumidos.

Que sus afectos y emociones fueran constantes.

Carácter y temperamento estable.

Desarrollo de una actitud más constructiva.

Se espera que desarrollen una actitud empática con quienes los rodean.

Desarrollo de una solidaridad con todos quienes los rodean.

Búsqueda de información en fuentes confiables.

Lo ideal sería que aplacen su inicio sexual.

Que desarrollen una capacidad de negociar y respetar los acuerdos.

Que el adolescente reconozca progresivamente esas particularidades

Que el adolescente reconozca esas características junto a las personas que lo orienten

Que el adolescente reconozca esas características junto a las personas que lo orienten

Desarrollen una capacidad comunicativa más asertiva

Desarrollar la capacidad para conocer a los demás.

Desarrollo de una solidaridad con todos quienes los rodean.

Que manejen información a los lugares a que puedan acudir.

Sería deseable que los jóvenes manejen información si van a mantener una relación sexual y que ésta sea protegida.

	<p>Comienzan a preocuparse por su cuerpo y su aspecto físico.</p> <p>Existe una marcada indiferencia respecto a sus derechos.</p> <p>Involucramiento e interés en actividades perjudiciales.</p>	<p>Lo esperado es que mantuvieron un equilibrio en su interés por su aspecto físico.</p> <p>Conocimiento y ejercicio de sus derechos.</p> <p>Evitar el involucramiento de las actividades perjudiciales, desarrollando actividades saludables.</p>	<p>Lo esperado es que mantuvieron un equilibrio en su interés por su aspecto físico.</p> <p>Que construyan lazos de confianzas con personas que tengan la capacidad de orientarlos.</p> <p>Que sean capaces de evaluar y tomar decisiones cuando enfrenten situaciones de riesgo</p>
--	--	--	--

Público Objetivo Secundario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Grupo Familiar (entorno cercano)	<p>Niega y sataniza la sexualidad del adolescente.</p> <p>Desarrollan actitudes verticalistas respecto a la toma de decisiones sobre los adolescentes.</p>	<p>Que aceptara valorara el desarrollo sexual del adolescente y que desarrollara estrategias de acompañamiento y orientación, para construir una sexualidad sana.</p> <p>Desarrollar actitudes más horizontales en las cuales el respeto sea base fundamental en una toma de decisiones compartidas.</p>	<p>Que hubiera una apertura sobre los temas de sexualidad. Que establezcan canales de diálogo con los adolescentes.</p> <p>Desarrollo una actitud de escucha activa y un diálogo en que se explique al joven el por qué de la decisión.</p>

	<p>No están definidos los roles específicos, en el entorno, sobre la crianza de los jóvenes.</p> <p>No existe búsqueda de información sobre el comportamiento de los adolescentes. Se evade y se niega la realidad como mecanismo de defensa familiar y comunitario.</p>	<p>Que quienes ejercen la tutoría sobre los jóvenes se articulan definiendo los roles que cada uno debe cumplir en la vida del joven.</p> <p>Lo esperable sería que quienes ejercen la tutoría sobre los jóvenes, estuvieran completamente informados y sensibilizados sobre los cambios en la adolescencia y el desarrollo de la sexualidad y compartieran esta información con el grupo de apoyo más cercano.</p>	<p>Se espera que se logren acuerdos de participación de las partes.</p> <p>Que se busque la información y que exista el acceso a la misma.</p>
--	--	---	--

Aliados Estratégicos	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
<p>Gobiernos locales, Medios de Comunicaciones, ONG, Organizaciones comunitarias</p>	<p>Gobiernos locales: Privilegian la infraestructura por sobre las personas. La salud sexual de los adolescentes está fuera de su priorización.</p>	<p>Poner el desarrollo de las personas y comunidades como el eje de su accionar, asumir el tema del embarazo adolescente como política pública e inversión social a largo plazo</p>	<p>Que los gobiernos locales diseñen sus políticas sociales participativamente, con sus las organizaciones comunitarias, poniendo como eje el desarrollo de la calidad de vida. En este contexto deben asumir el embarazo adolescente como un problema de salud pública</p>

Los medios cierran las puertas a la educación. No promueven el desarrollo de conductas sexuales saludables.

ONG, no comparten la sistematización de las experiencias. Algunas de ellas no tienen definidas líneas programáticas en torno al tema.

Incorporar y privilegiar los espacios comunicativos en toda se parrilla programática, es que promuevan en sus espacios el desarrollo de una vida sexual saludable. Evitar los programas que promueven el erotismo desinformado entre los jóvenes.

Articulación con los actores públicos en la implementación de estrategias y desarrollo de planes y programas, en torno al embarazo adolescente que privilegie a la salud pública por sobre los temas de valores.

Abrir algunos espacios de manera progresiva a contenidos educativos en el desarrollo de una sexualidad sana y responsable en adolescentes.

Articulación con los actores públicos en la implementación de estrategias y desarrollo de planes y programas, en torno al embarazo adolescente que privilegie a la salud pública por sobre los temas de valores.

Las organizaciones comunitarias privilegian la infraestructura por sobre los logros sociales. Reproducen el modelo familiar.

Las Organizaciones comunitarias basen su accionar en el mejoramiento de la calidad de vida de sus representados y asuman el embarazo en adolescentes como un problema prioritario a resolver y no sustenten prácticas sexuales que lesionen los derechos de los adolescentes.

Que las comunidades adopten una actitud que armonice tanto los avances en infraestructura como en el desarrollo del bienestar común y puedan asumir que el embarazo adolescente es un problema que afecta la calidad de vida de toda la comunidad. Que sean capaces de desarrollar una gestión que involucre a los Gobiernos locales, pero que también sean capaces de intervenir en el mismo entorno.

Matriz de Barreras y Facilitadores para los Comportamientos Esperados

Comportamiento Esperado	Barreras que Impiden la Adopción	Aspectos Facilitadores
Adolescentes hombres y mujeres, empoderados sobre el ejercicio de sus derechos y sus responsabilidades.	Barreras culturales (Religiosas, educacionales, familiares)	Instituciones públicas y privadas con programas dirigidos a adolescentes y con personal capacitado. Políticas públicas enfocadas en esta problemática
Grupo familiar y Comunidad incluyente, dialogante y sensibilizado sobre los temas y sentimientos de los adolescentes.		
Que los gobiernos locales diseñen sus políticas sociales participativamente, con las organizaciones comunitarias, poniendo como eje el desarrollo de la calidad de vida.	Los gobiernos locales creen que pueden trabajar solos.	

Abrir algunas espacios de manera progresiva a contenidos educativos	Los medios masivos creen que no es compatible lo educativo con el entretenimiento	Ya existen experiencias desde ONGs que se pueden compartir y mostrar
Que las ONG, sean capaces de sumarse y compartir en la implementación de planes y políticas sociales		
Que las comunidades adopten una actitud que armonice tanto los avances en infraestructura como en el desarrollo de calidad de vida.	Barreras culturales (Religiosas, educacionales, familiares)	

Público Objetivo Primario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
<p>Adolescentes de 8 a 12 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Juegan * Imitan * Se identifican con modelos * Reciben información de manera tergiversada. * Se identifican con los modelos que ellos prefieren, desechando lo bueno y adoptando lo malo, en muchos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Responsables * Dedicados al estudio * Que se informen 	<ul style="list-style-type: none"> * Los adolescentes participan en espacios de reflexión con facilitadores que les aportan medidas de auto cuidado.

Público Objetivo Secundario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
<p>Adolescentes de 13 a 19 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Les cuesta seguir las normas de la casa, del colegio, normas sociales, etc. * Conforman grupos que a veces no tienen fines claros y conllevan a actividades nocivas para ellos mismos. * Establecen relaciones sexuales tempranas y periódicas, exponiéndose a diversos riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Que se apropie de las normas y apoye su cumplimiento. * Que conformen grupos con actividades constructivas y no se dejen llevar a otras nocivas para sí mismos * prácticas sexuales con principios de responsabilidad y oportunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Que conozca las normas y que al menos las respete. Que aplique al menos las básicas. * Conocer las expectativas que los motiva a agruparse, y aprovecharlos para empoderar a los jóvenes, y mostrarles ejemplos positivos. * Los adolescentes se informen de los métodos de protección,

<p>Padres de familia</p>	<p>* Tienen temor de hablar con sus hijos sobre sexualidad</p>	<p>* Que busquen información sobre sexualidad para comunicar a los adolescentes * Logren establecer diálogo con los adolescentes.</p>	<p>* Se informen y se capaciten.</p>
<p>Aliados Estrategicos</p> <p>*Agencias cooperantes *ONGs *Colegios *Iglesias *Municipios *Medios de comunicación</p>	<p>* Le creen mucho a los medios y asumen por esto practicas irresponsables</p> <p>* No existe una cohesión entre los aliados para afrontar el problema. * Se desarrollan iniciativas aisladas.</p>	<p>Comportamiento Ideal</p> <p>* Prioricen la problemática * Articular estrategias * Prioricen recursos humanos y económicos</p>	<p>Comportamiento Factible</p> <p>* Se empiecen a desarrollar proyectos comunes</p>

GRUPO N° 2

PUBLICO PRIMARIO: ADOLESCENTES 8 - 12

Comportamiento Esperado	Barreras que Impiden la Adopción	Aspectos Facilitadores
<p>* Los adolescentes participan en espacios de formación y reflexión, con facilitadores que les aportan medidas de auto cuidado.</p>	<p>* Los padres cuentan con poco tiempo para dedicarle a los hijos.</p> <p>* Los colegios, escuelas, etc., no trabajan el tema de autocuidado de manera suficiente. Falta capacidad técnica.</p>	<p>* Los y las adolescentes en estas edades, permiten un trabajo fácil por su actitud colaborativa</p>

PUBLICO SECUNDARIO: ADOLESCENTES 13 - 19

Comportamiento Esperado	Barreras que Impiden la Adopción	Aspectos Facilitadores
<p>* Que conozca las normas y que al menos las respete. Que aplique al menos las básicas.</p> <p>*Conocer las expectativas que los motiva a agruparse, y aprovecharlos para empoderar a los jóvenes, y mostrarles ejemplos positivos.</p>	<p>* Que no hay cultura de difusión de las normas (a través de los medios de comunicación y otros).</p> <p>* Los colegios, escuelas, etc., no trabajan el tema de autocuidado de manera suficiente. Falta capacidad técnica.</p> <p>* Que los jóvenes tienden a agruparse sin tener en cuenta la orientación de las instituciones.</p>	<p>* Las plantas de personal del sector salud, educación, etc., que pueden apoyar este proceso.</p> <p>* Las plantas de personal del sector salud, educación, etc., que pueden apoyar este proceso.</p>

PUBLICO SECUNDARIO: PADRES DE FAMILIA

Comportamiento Esperado	Barreras que Impiden la Adopción	Aspectos Facilitadores
<p>* Se informen y se capaciten.</p>	<p>* Que los padres dispongan de tiempo y recursos para las capacitaciones.</p> <p>* f</p>	<p>* Las plantas de personal del sector salud, educación, etc., que pueden apoyar este proceso.</p> <p>* Las plantas de personal del sector salud, educación, etc., que pueden apoyar este proceso.</p>
	<p>* Que no le dan suficiente importancia al tema</p>	<p>* Los medios de comunicación, pueden ser formas alternativas de llegarle a este público.</p>

GRUPO 3

Público Objetivo Primario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Adolescentes de 10 a 14 años.	Consideran pautas normativas de la familia y están abiertos al diálogo.	Mantener espacios de diálogo con la familia.	Mantener espacios de diálogo con la familia.
	Inicio de etapas exploratorias (tabaco, drogas, sexualidad).	Resolver dudas con personas que tengan conocimiento	Conocer sobre temas de sexualidad y acceso a servicios de salud o de apoyo.
	Pasividad ante acciones de violencia escolar.	Reconocer derechos y empoderamiento para el ejercicio de éstos.	Reconocer derechos y empoderamiento para el ejercicio de éstos.
	Consumo de drogas en población vulnerable	Evitar el consumo de drogas.	Conocer y sensibilizarse del impacto del consumo de drogas en la salud y vida social.
	Inicio de actividad sexual.	Retraso de la actividad sexual.	Conocer y sensibilizarse del impacto del inicio temprano de la actividad sexual en la salud y vida social.

Adolescentes de 15 a 19 años	Tienen relaciones sin protección	Negocien las condiciones de inicio de su vida sexual	Que conozcan sus derechos SSR
		Negocien las condiciones de inicio de su vida sexual	Usen protección
	Exploran la sexualidad con otras personas	Mayor información y protección para la toma de decisiones	Que busquen mayor información y que se protejan.
	Presionan a sus pares para que tengan relaciones sexuales.	Tomar decisiones autónomas	Que busquen redes de apoyo para mejorar la toma de decisiones.
	Basan sus decisiones en referentes	Que puedan elegir referentes positivos, con capacidad crítica.	Que diferencien los referentes positivos de los negativos.
	Consumen drogas y alcohol con más frecuencia	Que no haya consumo	Que se informen sobre medidas de seguridad o ambientes protegidos para el desarrollo de las actividades de interés juvenil.

Público Objetivo Secundario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Padres y madres de familia, cuidadores y trabajadores de salud.	Adulto centrismo; las y los adultos buscan que sus opiniones prevalezcan sobre las de sus hijos/as.	Búsqueda de espacios para la comunicación y Participación conjunta de las y los adolescentes en la construcción del mundo social	Sensibilizarse sobre la pertinencia y beneficios de una buena comunicación con los hijos/as
	Evitan hablar de la sexualidad con los adolescentes.	Que cuenten con actitudes y conocimientos útiles para abordar con iniciativa las necesidades d sus hijo/as en materia de SSR.	Que cuenten con información suficiente para abordar las necesidades de sus hijo/as en el
	Promueven las relaciones sexuales de sus hijos hombres y restringen la sexualidad de sus hijas mujeres.	Que reconozca y respeten los derechos de sus hijos e hijas.	Que conozcan los riesgos que implican ciertas pautas de crianza.
	Rechazan y condenan la sexualidad en los adolescentes.	Que reconozcan y comprendan la sexualidad de forma integral e inherente al desarrollo de los adolescentes	Que se informen sobre la sexualidad.

Público Objetivo Secundario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Aliados estratégicos	Condenan a adolescentes que ya iniciaron su vida sexual.	Muestran interés y comprensión hacia el adolescente.	Conocen los derechos de los adolescentes.
	Evitan hablar de sexualidad con sus estudiantes.	Promueven el diálogo sobre temas de interés de los adolescentes, orientándolos e informándolos.	Que permitan la apertura de espacios de reflexión en las aulas.
	Se interesan por la problemática del adolescente	Que apoyen la totalidad de las acciones de corto, mediano y largo plazo propuestas por el Ministerio.	Que financien las acciones propuestas en este plan.

Comportamiento Esperado	Barreras que Impiden la Adopción	Aspectos Facilitadores
Mantener espacios de diálogo con la familia.	Prejuicios	Vínculos afectivos y de protección
Conocer sobre temas de sexualidad y acceso a servicios de salud o de apoyo.	Disposiciones normativas	Disposición de actores y equipos técnicos
Reconocer derechos y empoderamiento para el ejercicio de éstos.	Violencia estructural legitimada en las prácticas cotidianas.	Estados de derechos y constitución basada en los derechos humanos.
Conocer y sensibilizarse del impacto del consumo de drogas en la salud y vida social.	Fácil acceso a situaciones y factores de riesgo.	Instituciones escolares con pensum/curriculum en los temas. Disposición de actores y equipos técnicos
Conocer y sensibilizarse del impacto del inicio temprano de la actividad sexual en la salud y vida social.	Prejuicios y creencias	
Que conozcan sus derechos SSR	Violencia estructural legitimada en las prácticas cotidianas. Normatividad.	Estados de derecho
Usen protección	Conocimiento parcial de los métodos y su uso.	Interés por mejorar la calidad de vida.
Que busquen mayor información y que se protejan.	Temor de vulneración del derecho a la intimidad.	Servicios preestablecidos en materia de SSR.
Que busquen redes de apoyo para mejorar la toma de decisiones.	Redes sociales escasas o con débil formación en el tema.	Algunas redes sociales de apoyo y de protección.

Que diferencien los referentes positivos de los negativos.	Información parcializada; creencias y prácticas culturales.	Enfoque de manejo social de riesgo y de derechos en las organizaciones afines.
Que se informen sobre medidas de seguridad o ambientes protegidos para el desarrollo de las actividades de interés juvenil.	Prácticas de riego naturalizadas o reconocidas como legítimas.	

GRUPO 4

Matriz de Comportamientos

Público Objetivo Primario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Adolescentes de 10 a 15 años, urbanos.	<p>Cambiante, errático, diverso.</p> <p>Agrupados en –tribus- o comunidades urbanas de acuerdo a sus intereses.</p> <p>Están absolutamente mediatizados.</p>	<p>Responsables.</p> <p>Compromiso.</p> <p>Auto identidad.</p> <p>Perceptivos, participativos frente a estilos de vida saludables.</p> <p>Autocríticos.</p>	<p>Que se involucren en un proceso formativo o participativo que propenda por estilos de vida saludables, y se conviertan en multiplicadores con sus pares.</p>

Público Objetivo Secundario	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Padres, madres o adultos cuidadores entre 25 y 40 años.	<p>Con muchos tabúes.</p> <p>Con dificultades de comunicación.</p> <p>Con desinformación.</p> <p>Comunicación errada.</p>	<p>Participativos</p> <p>Informados</p> <p>Comunicativos</p> <p>Negociadores y no impositivos.</p>	Comprometidos con la educación de sus hijos.

Aliados Estratégicos	Comportamiento Actual	Comportamiento Ideal	Comportamiento Factible
Docentes entre 25 y 45 años	<p>Conocimiento básico sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes.</p> <p>Tienen tabúes.</p> <p>Con concepto preestablecido.</p> <p>Mal informado.</p> <p>Impositivos</p>	<p>Capacitados y con manejo del tema.</p> <p>Capacidad para transferir correctamente la información</p>	<p>Docentes motivados para aprender y transmitir.</p> <p>Empatía con el tema y sus alumnos.</p> <p>Negociadores.</p> <p>Capacidad de Escucha</p>

Comportamiento Esperado	Barreras que Impiden la Adopción	Aspectos Facilitadores
<p>Mejorar su auto cuidado y el conocimiento de su cuerpo.</p> <p>Valor y respetar su cuerpo.</p> <p>Cambio de actitud.</p>	<p>Cultural, religioso.</p> <p>Presión de grupo.</p> <p>Influencia de medios.</p> <p>Estereotipos.</p>	<p>La decisión política del Estado.</p> <p>Compromiso de los medios de comunicación a tratar el tema.</p> <p>Comunidad comprometida.</p> <p>Participación de la sociedad civil.</p>

CUARTO DIA

Temas: Definición de objetivos y resultados esperados

Objetivo: Determinar los objetivos de comunicación que se espera alcanzar con el plan así como los resultados esperados

Metodología: Se conforman los grupo por cada país para

- Definir los objetivos de comunicación
- Analizar los riesgos (limitaciones) y los supuestos (facilitadotes) para que se realice el plan
- Especificar los resultados que se espera alcanzar con cada objetivo
- Identificar los indicadores de proceso y resultado

CHILE

PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN
ALTA TASA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 19 AÑOS.	Diseñar una estrategia de comunicación interna para apoyar el plan de prevención de embarazo adolescente.
BARRERAS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	<ol style="list-style-type: none">1. Visibilizar y validar ante las y los jóvenes entre 15 y 19 años, la oferta pública en información y educación en salud sexual y reproductiva.2. Crear nuevas instancias de información y educación en SSR para las y los jóvenes entre 15 y 19 años.3. Diseño de estrategia comunicacional para promover uso de servicio de orientación telefónica en salud.
NO EXISTEN ESPACIOS DISEÑADOS PARA LA ATENCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LAS Y LOS JOVENES ENTRE 14 Y 19 AÑOS.	<ol style="list-style-type: none">1. Diseñar un modelo de evaluación participativa con los jóvenes, a tres meses de la puesta en marcha de los centros de salud adolescentes, para que los espacios implementados respondan a las necesidades en salud

	<p>reproductiva y sexual de los jóvenes.</p> <p>2. Diseño de estrategia comunicacional para promover el acceso a 54 nuevos centros de salud adolescente.</p>
--	---

SUPUESTOS
1. Mantención de la reducción del embarazo adolescente como objetivo sanitario para la próxima década.
2. Dotación de recurso humano suficiente, con formación en salud adolescente, para dar cobertura a las necesidades de este grupo etáreo.
3. Disposición de recursos financieros suficientes para el cumplimiento del objetivo sanitario.
4. Un contexto político y social favorable para el desarrollo del plan de prevención de embarazo adolescente.
5. Que los centros de salud adolescentes que se van a implementar cumplan con el objetivo de reducir las tasas de embarazo adolescentes.

RIESGOS	CONTROL
1. Modificación de la reducción del embarazo adolescente como objetivo sanitario para la próxima década.	1. Instalar en la agenda pública la necesidad de dar continuidad a este objetivo sanitario, independiente del contexto político imperante.
2. Dotación de recurso humano insuficiente, con deficitaria formación en salud adolescente, para dar cobertura a las necesidades de este grupo etáreo.	2. Priorizar en los planes anuales en capacitación del MINSAL, el perfeccionamiento en comunicación interpersonal dirigida a adolescentes.

3. Falta de priorización de los recursos financieros suficientes para el cumplimiento del objetivo sanitario.	3. Instalar en la agenda pública la necesidad de dar continuidad a este objetivo sanitario, independiente del contexto político imperante.
4. Un contexto político y social hostil para el desarrollo de esta estrategia sanitaria.	4. Desarrollar una estrategia de movilización social que permita enfrentar un contexto político y social hostil a esta estrategia.
5. Que persista la dificultad de acceso de los jóvenes a las prestaciones en salud.	5. Modelo de gestión participativa en el diseño e implementación de los centros de salud adolescentes.

OBJETIVO DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	RESULTADO ESPERADO (3)	INDICADOR		
			DENOMINACION (4a)	LINEA BASE (4c)	FUENTE (4d)
REDUCIR ALTA TASA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 19 AÑOS.	Diseñar una estrategia de comunicación interna para apoyar el plan de prevención de embarazo adolescente.				
		Conformación del "Comité Gestor Nacional de P.E.A	Plan de trabajo del Comité Gestor		Actas reuniones "Comité Gestor"
DISMINUIR BARRERAS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LOS JOVENES ENTRE 14 Y 19 AÑOS.	1. Visibilizar y validar ante las y los jóvenes entre 15 y 19 años, la oferta pública en información y educación en salud sexual y reproductiva.				
		Incremento de la utilización de la oferta en información y educación de la red pública en salud adolescentes	Número de consejerías registradas		Registro estadístico diario de la red pública de salud.
	2. Crear nuevas instancias de información y educación en SSR para las y los jóvenes entre 15 y 19 años	Codiseño de sitio web con información y educación en SSR.	Número de visitas y consultas recibidas en el sitio.		Auditoria externa de registro.

	3. Diseño de estrategia comunicacional para promover uso de servicio de orientación telefónica en salud. (Salud Responde)	Incremento de las consultas telefónicas recibidas en el fono Salud Responde	Ingreso de llamadas a plataforma telefónica por jóvenes de entre 14 y 19 años.		Registro de Call Center
IMPLEMENTAR 54 CENTROS DE SALUD ADOLESCENTES, EN LAS COMUNAS MÁS VULNERABLES, DISEÑADOS PARA LA ATENCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LOS JOVENES	1. Diseñar un modelo de evaluación participativa con los jóvenes, a tres meses de la puesta en marcha de los centros de salud adolescentes, para que los espacios implementados respondan a las necesidades en salud de los jóvenes.	Centros de Salud Adolescentes validados por los jóvenes, a tres meses de su puesta en marcha	Focus Groups		Empresa consultora externa
	2. Diseño de				

	estrategia comunicacional para promover el acceso a 54 nuevos centros de salud adolescente.	Lograr entregar atención en salud a un 20% de la población objetivo, por comuna.	Número de jóvenes atendidos		Registro estadístico diario de la red pública de salud.

BOLIVIA

OBJETIVO DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	RESULTADO ESPERADO (3)	INDICADOR		
			DENOMINACION (4a)	LINEA BASE (4c)	FUENTE (4d)
Implementar la Política Nacional de Prevención del Embarazo en adolescentes	Elaborar difundir e implementar la estrategia de comunicación social en el abordaje del problema	El Plan normativo de prevención del embarazo en adolescentes, cuenta con el componente de comunicación social	Documento de estrategia de comunicación elaborado, difundido e implementado		Documento con Resolución Ministerial
	Socializar la Política Nacional de prevención del embarazo en adolescentes en las organizaciones sociales del ámbito Nacional, departamental y Municipal	Redes sociales conocen y ejercen sus derechos	9 Talleres de capacitación UNO en cada SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD		Lista de asistencia e informes
Promover el acceso de adolescentes a los establecimientos de salud.	Difundir de la existencia de centros de atención diferenciada en los establecimientos de salud	Adolescentes informados asisten a los servicios de atención diferenciada	Batería de medios de comunicación social audiovisual		Artes gráficas impresas, masters de audiovisuales y pautas de difusión

	Promover la integración de las organizaciones de adolescentes y jóvenes en las actividades de los establecimientos de salud	Personal de los establecimientos de salud capacitados en temas de adolescentes, interculturalidad y respeto a las diferencias	Documental de presentación de la Política Nacional. De Prevención del Embarazo en Adolescentes para ser difundido en los servicios de salud.		Listado de distribución e informes de difusión
			Protocolos sociales de atención		Documento de protocolos sociales de atención
Promover la participación de las organizaciones de jóvenes y adolescentes de las comunidades en la gestión de comunicación en salud	Capacitar a los jóvenes y adolescentes en estrategias de comunicación interpersonal y mediática	Las organizaciones Juveniles, capacitadas en estrategias de comunicación, ejecutan el plan local de comunicación social	Talleres de capacitación a líderes adolescentes multiplicadores de salud		Lista de asistencia e informes. Encuestas
			Ferias interactivas de promoción		Informes y archivo de imágenes fijas y en movimiento

ECUADOR

PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN
Adolescentes y Jóvenes representan el 20% de la población total (2783108), de los cuales el 10% resultan con embarazos precoces	Crear redes de comunicadores al interior del CIPEA (Consejo Interinstitucional de Prevención de Embarazos en Adolescentes) para elaborar estrategias de comunicación que nos permita promocionar la sexualidad responsable en grupos de adolescentes de 9 a 19 años.
Limitado acceso a la información respecto de SSR en adolescentes y entorno social.	Crear espacios de información participativos partiendo del nivel primario en salud con énfasis en grupos vulnerables de adolescentes y su entorno social
Desconocimiento y/o uso inadecuado de métodos de anticoncepción	Socializar y difundir el uso adecuado de métodos de anticoncepción con la participación de los diversos actores involucrados
Temprana iniciación de actividades sexuales y nupcialidad en adolescentes	Sensibilización sobre la responsabilidad de las relaciones sexuales tempranas y sus riesgos a los diversos actores involucrados.

SUPUESTOS

1. Marco jurídico favorable para la implementación de la RED de comunicación al interior del CIPEA (Acuerdo Ministerial Interinstitucional)

2. Marco jurídico constitucional que garantiza el acceso y la promoción de los DSR a los adolescentes en el Ecuador, y el replanteamiento oficial del currículo en Educación sexual y Reproductiva en las instituciones educativas

3. El nuevo modelo de atención en salud Integral familiar y comunitaria HOLA SALUD, como uno de sus principios básicos, participa y planifica junto a la comunidad, actividades concernientes al tema a través de los EBAS (equipos básicos de atención)

4. Existencia de programas específicos en el sector de coordinación de desarrollo social, enfocados en niños, niñas y adolescentes.

Nuevas garantías constitucionales dirigidas a grupos vulnerables.

5. Existencia de servicios de atención adolescentes SADA, y experiencias exitosas de otros países

RIESGOS	CONTROL
<p>1. Inestable permanencia de autoridades competentes y escasez de talento humano (comunicadores, promotores de la salud)</p>	<p>1. Inclusión y capacitación de personal operativo del CIPEA, y veedurías ciudadanas.</p>
<p>2. Intervención de Instituciones, grupos y organizaciones sociales críticos a la difusión en la población sobre la sexualidad integral.</p> <p>Escaso compromiso de los medios de comunicación respecto del tema</p>	<p>2. Involucrar e informar a la población sobre sexualidad integral</p> <p>Diálogos con los directores de medios de comunicación nacional, regional y local.</p>

<p>3. Intervención de Instituciones, grupos y organizaciones sociales críticos a la difusión en la población sobre salud sexual y reproductiva.</p> <p>Falsas creencias asociadas al uso de métodos anticonceptivos en la población</p>	<p>3. Involucrar e informar a la población sobre sexualidad</p> <p>Intervención con la población a través de los EBAS.</p>
<p>4. Creencias asumidas social y culturalmente, contrarias a la difusión que favorecen los DSR.</p>	<p>4 Intervención en grupos cautivos de adolescentes (escolarizados) y otros que existan en la comunidad (no escolarizados)</p>
<p>5. Focalización de la atención intramural al adolescente, escaso trabajo en promoción y prevención (extramural).</p> <p>Espacios disfuncionales para la atención directa al adolescente, y limitado presupuesto y personal para el trabajo extramural.</p>	<p>5 Sensibilización de la importancia del trabajo en promoción y prevención en salud para adolescentes.</p> <p>Abogacía a nivel del CIPEA (Consejo Interinstitucional de Prevención de Embarazos en Adolescentes) en la importancia de la reestructuración e implementación de Servicios de atención diferenciada a adolescentes.</p>

OBJETIVO DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	RESULTADO ESPERADO (3)	INDICADOR		
			DENOMINACION (4a)	LINEA BASE (4c)	FUENTE (4d)
Adolescentes y Jóvenes representan el 20% de la población total (2783108), de los cuales el 10% resultan con embarazos precoces	Crear redes de comunicadores al interior del CIPEA (Consejo Interinstitucional de Prevención de Embarazos en Adolescentes) para elaborar estrategias de comunicación que nos permita promocionar la sexualidad responsable en grupos de adolescentes de 9 a 19 años.	Redes consolidadas, estructural y operativamente funcionales	1 Red Nacional 24 Redes Provinciales		Redes legalizadas
Limitado acceso a la información respecto de SSR en adolescentes y entorno social.	Crear espacios de información participativos partiendo del nivel primario en salud con énfasis en grupos vulnerables de adolescentes y su entorno social	Espacios de información participativos en el nivel primario de salud y en grupos vulnerables de adolescentes	1 Espacio de información sobre SSR por cada área de salud en el país.		Espacios de información habilitados por cada área de salud en el país.
Desconocimiento y/o uso inadecuado de métodos de anticoncepción	Socializar y difundir el uso adecuado de métodos de anticoncepción con la participación de los diversos actores involucrados	El empoderamiento sobre el tema en el público objetivo y entorno social	Asimilación de los contenidos sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en la población		Sistematización del nivel de conocimientos del público objetivo a través del trabajo de los EBAS, programa salud escolar.

Temprana iniciación de actividades sexuales y nupcialidad en adolescentes	Sensibilización sobre la responsabilidad de las relaciones sexuales tempranas y sus riesgos a los diversos actores involucrados.	Suficiente y adecuada información sobre el tema en el público objetivo y entorno social	Criticidad en la información disponible y entregada		Reducción de los índices de sexualidad y nupcialidad temprana, mediante estadísticas epidemiológicas.
Escasa información respecto de servicios de atención diferenciada a adolescentes	Promocionar servicios de atención adolescentes en los diferentes niveles de salud (áreas de salud, hospitales).	Empoderamiento y reconocimiento de los servicios de salud (áreas y hospitales)	Número de asistencia de los y las adolescentes a los servicios de salud (área y hospitales)		Partes diarios y consolidados mensuales de asistencias de los adolescentes a los servicios de salud.

COLOMBIA

PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años. (Según OPS)	Posicionar el abordaje social de los factores de riesgo y de protección para promover la minimización de los embarazos en adolescentes con la participación de instituciones prestadoras de servicio, organizaciones públicas y privadas al servicio de lo social; familias, comunidades, adolescentes y entornos laborales y escolares.	Fortalecer y ampliar el comité de comunicación de la mesa nacional intersectorial con la participación regional y local, hacia la promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos, con énfasis en la prevención de embarazo adolescente (con enfoque diferencial y participativo). Potenciar la alianza nacional e implementar la estrategia multimedial de eduentrenimiento para Colombia, buscando sostenibilidad. (Estrategia de investigación, educación, participación y evaluación local para posicionar el tema de interés en agenda pública regional y nacional, y aportar a

		la transformación de prácticas y creencias sociales en SSR).
		Generar opinión pública favorable al tema de prevención de embarazo adolescente, a través de los medios alternativos locales y regionales
		Promover el análisis y la retroalimentación académica y sistemática de las realidades locales, regionales y nacionales en cuanto a SSR.

SUPUESTOS

Voluntad política e institucional (técnica).

Instancias de articulación local, regional y nacional entre las áreas de comunicación y los equipos técnicos de educación, salud, desarrollo (en el nivel intersectorial).

Redes de infraestructura local.

Experiencia local y regional en el tema (comunicación y SSR)

Existen Líneas de Base (estudios y estadísticas locales y nacionales) sobre las temáticas.

Potencialidades en talento humano en las áreas de comunicación en educación y en lúdica.

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Potenciales aliados estratégicos (agencias de cooperación, empresa privada, entre otros).

RIESGOS	CONTROL
Cambios de decidores políticos y de equipos técnicos.	Elevar control social de las poblaciones participantes en el plan.
No continuidad en la ejecución de Programas, proyectos.	
Presupuestos limitados.	Buscar co-financiación de agencias de cooperación o aliados estratégicos (UNFPA, empresa privada).
Demora y falta de coordinación en los trámites administrativos de los planes, proyectos, y programas de orden social, derivando en ejecuciones apresuradas.	Planeación y evaluación estratégica teniendo en cuenta las dinámicas públicas y privadas de cada región.
Sobre valoración de los alcances de la estrategia multimedial y de eduentretenimiento, respecto de las responsabilidades estatales o institucionales en la garantía de derechos.	<ul style="list-style-type: none"> -Claridad en los objetivos del plan en el mercadeo con los actores competentes. - visualizar estrategias complementarias.
Dificultades en la articulación de los actores institucionales y sociales.	Identificar líderes comprometidos y elaborar planes de coordinación intersectorial.

OBJETIVO DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	RESULTADO ESPERADO (3)	INDICADOR		
			DENOMINACION (4a)	LINEA BASE (4c)	FUENTE (4d)
BARRERAS EN LA INFORMACIÓN PARA ACCEDER A SERVICIOS O PREVENIR EMBARAZO ADOLESCENTE: Posicionar el abordaje social de los factores de riesgo y de protección para promover la minimización de los embarazos en adolescentes con la participación de instituciones prestadoras de servicio, organizaciones públicas y privadas al servicio de lo	Fortalecer y ampliar el comité de comunicación de la mesa nacional intersectorial con la participación regional y local, hacia la promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos, con énfasis en la prevención de embarazo adolescente (con enfoque diferencial y participativo).	Comité Nacional ampliado, con participación local y regional, que implementa estrategias locales, regionales y nacionales en favor de los derechos en SSR.	# de comités implementados.	Mesa creada en el nivel nacional	Actas de creación
	Potenciar la alianza nacional e implementar la estrategia multimedial de eduentrenimiento* para Colombia, buscando sostenibilidad. (Estrategia de investigación, educación, participación y evaluación local para posicionar el tema de interés en agenda pública regional y nacional, y aportar a la transformación de prácticas y creencias sociales en SSR).	Instituciones articuladas que implementan la estrategia de eduentrenimiento y multimedial.	# de temporadas emitidas. # de instituciones vinculadas a la alianza nacional	En construcción	Informe de actividades y de evaluación
	Generar opinión pública	Población que	% de población	No hay	Encuesta General de

social; familias, comunidades, adolescentes y entornos laborales y escolares	favorable al tema de prevención de embarazo adolescente, a través de los medios alternativos locales y regionales	reconoce la acción de los medios alternativos locales y regionales y eleva control social sobre el tema.	que reconoce la acción de los medios. % de población que participa en acciones de control social.		Medios
	Promover el análisis y la retroalimentación académica y sistemática de las realidades locales, regionales y nacionales en cuanto a SSR.	Procesos comunicativos en SSR fundamentados con base académica (actualizada y confiable).	# de análisis que abordan temas de SSR	CINDE	Informes de análisis de los Observatorios

PERU

PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN
<p>Incremento de los índices de embarazo adolescente no deseado en zonas urbanas, periurbanas y rurales del Perú.</p>	<p>Promover espacios de comunicación y sensibilización a adolescentes entre los 10 y 19 años y sus tutores sobre derechos y sexualidad responsable que contribuyan a disminuir los índices de embarazo adolescente no deseado en zonas urbanas, periurbanas y rurales de Lima, Ucayali y Ayacucho.</p>
	<p>Incorporar a funcionarios y autoridades locales, regionales y nacionales para que faciliten las políticas y las normas que permitan el desarrollo de actividades de comunicación y sensibilización dirigidas a adolescentes y sus tutores.</p>
	<p>Informar y sensibilizar a prestadores de salud para que desarrollen las actividades de comunicación y sensibilización dirigidas a adolescentes y sus tutores.</p>
	<p>Generar apoyo de las ONGs, Agencias de Cooperación y Medios de Comunicación a las actividades del proyecto y garantizar su impacto.</p>

SUPUESTOS

1. Hay lineamientos de políticas nacionales referidas a adolescentes en sectores como Salud, Educación, Trabajo, Mujer y Desarrollo Social y existe una entidad coordinadora como la Secretaria Nacional de Juventud.
2. Existen planes regionales con el componente adolescente incorporado, estrategias y programas que trabajan con adolescentes temas como VIH SIDA, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos en Salud.
3. En el nivel ejecutor (Hospitales) existen Centros de atención diferenciada para adolescentes.
4. En todos los niveles, existen ONG's que trabajan con adolescentes que apoyan las estrategias y programas del Sector Salud y que están dispuestas al trabajo conjunto.
5. Prestadores de Salud capacitados en temas de derechos del adolescente y Salud Sexual y Reproductiva.
6. Interés de las Agencias de Cooperación en apoyar económicamente proyectos nacionales y regionales dirigidos a adolescentes.
7. Existen buenas relaciones con medios de comunicación que apoyan el trabajo del sector.

RIESGOS	CONTROL
1. Los cambios de gobierno y de personal afectan la continuidad de las políticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Abogacía con las autoridades y funcionarios entrantes para garantizar la continuidad del proyecto.

<p>2. No se prioriza la problemática en el momento de ejecutar el presupuesto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo y evaluación desde la Oficina General de Comunicaciones a los avances y resultados del Proyecto. • Tercerizar algunas actividades prioritarias del proyecto para garantizar su cumplimiento e impacto.
<p>3. En los Centros de atención diferenciada para adolescentes no se cuenta con materiales educativos y la infraestructura no es adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer de material e infraestructura necesaria para el desarrollo de las actividades en los Centros de atención diferenciada.
<p>4. Prestadores de Salud no dan un servicio de calidez en la atención diferenciada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar y desarrollar habilidades de los prestadores de salud para garantizar calidez en la atención diferenciada.
<p>5. Los medios de comunicación opositores al gobierno de turno y la Iglesia Católica podrían generar corrientes de opinión desfavorable al proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones y talleres de información sensibilización para asegurar su apoyo.

OBJETIVO DE SALUD	OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	RESULTADO ESPERADO (3)	INDICADOR		
			DENOMINACION (4a)	LINEA BASE (4c)	FUENTE (4d)
Disminuir los índices de embarazo adolescente no deseado en zonas urbanas, periurbanas y rurales del Perú.	Promover espacios de comunicación y sensibilización a adolescentes entre los 10 y 19 años y sus tutores sobre derechos y sexualidad responsable que contribuyan a disminuir los índices de embarazo adolescente no deseado en zonas urbanas, periurbanas y rurales de Lima, Ucayali y Ayacucho	Adolescentes con información suficiente para la práctica responsable de su sexualidad	% adolescente con práctica responsable de su sexualidad	Inexistente	Estudios cuanti-cualitativos
		Tutores con información sobre derechos y salud sexual reproductiva de los adolescentes y práctica de orientación sexual con los adolescentes a su cargo	% de tutores con prácticas de orientación sexual con adolescentes a su cargo	Inexistente	Estudios cuanti-cualitativos

	Incorporar a funcionarios y autoridades locales, regionales y nacionales para que faciliten las políticas y las normas que permitan el desarrollo de actividades de comunicación y sensibilización dirigidas a adolescentes y sus cuidadores.	Ministerios, Gobiernos Regionales, DISAS y DIREAS con Políticas y Normas favorables para el desarrollo de las actividades del Proyecto	Nº de Políticas y normas favorables	11 lineamientos de política del Plan Nacional de la Juventud 4 lineamientos de política de salud de las y los adolescentes Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010 Plan Regional Concertado de Salud en Ucayali y Ayacucho	Revisión Documental de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
			Nº de Proyectos implementados	1 Proyecto para la disminución de la prevalencia del VIH-sida en la Región Ucayali	Revisión Documental de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
			Grado de satisfacción de los adolescentes que acuden a los Centros de atención diferenciada	Inexistente	Estudios cuanti-cualitativos
	Informar y sensibilizar a prestadores de salud para que desarrollen las actividades de comunicación y sensibilización dirigidas a adolescentes y sus cuidadores.	Prestadores de salud de los Centros de atención diferenciada de Lima, Ayacucho y Ucayali atendiendo con calidad y calidez	Nº de atenciones diferenciadas por mes a	Información estadística de atenciones	Revisión Documental de los establecimientos de salud

		adolescentes			
		Grado de conocimiento de los temas de derecho y salud sexual reproductiva de los prestadores	Inexistente	Estudios cuanti-cualitativos	
	Generar apoyo de las ONGs, Agencias de Cooperación y Medios de Comunicación a las actividades del proyecto y garantizar su impacto.	ONGs apoyan con estrategias y materiales el desarrollo del proyecto	Nº de ONGs que apoyan el proyecto con estrategias de comunicación	Inexistente	Revisión documental y entrevistas
			Nº de ONGs que apoyan el proyecto con materiales de comunicación	Inexistente	Revisión documental y entrevistas
		Agencias de Cooperación financian estrategias y actividades del proyecto	Nº de estrategias y actividades financiadas por agencias cooperantes	Inexistente	Estudios cuanti-cualitativos
Medios de Comunicación informan con frecuencia los avances del proyecto		Nº de noticias emitidas y rebotes en medios de comunicación	Inexistente	Revisión documental y entrevistas	

		Medios de Comunicación asignan espacios e incorporan información y mensajes sobre derechos y salud sexual reproductiva de los adolescentes	Nº de espacios asignados en medios de comunicación	Inexistente	Revisión documental y entrevistas
--	--	--	--	-------------	-----------------------------------

ANEXO V

PLANES POR PAIS

ECUADOR

OBJETIVO PLAN PPEA	OBJETIVO DE SALUD	OBJETIVO DE	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META PROGRAMA	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION (5)												PRESUPUESTO					
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D						
Contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes , mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación, y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e	Reducir el embarazo en adolescentes en un 25% a nivel nacional	Crear redes de comunicadores al interior del CIPEA (Consejo Interinstitucional de Prevención de Embarazos en Adolescentes) para elaborar estrategias de comunicación que nos permita promocionar los Derechos Sexuales y Reproductivos en grupos de adolescente	Abogacía, comunicación directa interpersonal y horizontal.	Generar una línea de base para reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) con referencia a los servicios de salud y educación.	Documento de investigación	Documento de investigación validado	x	x	x										15000					
				Identificación del personal competente en el área de comunicación al interior del CIPEA	Lista de comunicadores, miembros de organizaciones juveniles y otros profesionales identificados por provincia.	Nómina de actores locales identificados	x	x														500		
				Convocar al personal identificado de salud, educación, protección social y organizaciones juveniles para construir la red de comunicadores a nivel nacional.	Nº de recibidos de oficios e invitaciones enviadas	Asistencia del personal convocado						x											200	
				Establecer competencias, planificar y evaluar actividades con miembros de la RED CIPEA .	Registro de asistencia, actas de reunión y número de actividades planificadas	Planificación estructurada con actividades definidas	XX						XX					XX				X		96000
				Presentación pública a los medios de comunicación locales	Registro de asistencia y actas de acuerdos con los medios	Evento realizado																X		24000

			<p>Campaña informativa acerca de los servicios de atención diferenciadas al adolescente, a través de movilización social (convocatorias focalizadas - ferias de la salud), promoción en escuelas saludables.</p>	<p>Estudios de impacto. Elaboración de banners, manillas, camisetas y demás materiales comunicacionales pertinentes al público objetivo.</p>	<p>Material distribuido al público objetivo</p>	x	x	x	x	xx	60000								
	Promocionar servicios de atención adolescentes en los diferentes niveles de salud (áreas de salud, hospitales).	Abogacía y comunicación alternativa e interpersonal	<p>Reuniones de trabajo con medios de comunicación nacionales en fechas claves para posicionar el tema (1 2 de septiembre, 26 de septiembre)</p>	<p>Asistencia y actas de acuerdo</p>	<p>Espacios gratuitos en medios</p>									xx	x	xx	xx	8000	
			<p>En el modelo de atención familiar y comunitario, se incluirá la promoción de información sobre SSR</p>	<p>Material impreso sobre la prestación diferenciada de servicios de salud.</p>	<p>Material distribuido al público objetivo.</p>	x	x	x	xx	20000									

CHILE

TEMA: PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE SANITARIO: PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN CHILE				OBJETIVO	UNIDAD DE MEDIDA	META PROGRAMADA	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION (5)												PRESUPUESTO							
Objetivo	Objetivo de Comunicación	Estrategias de Comunicación	Actividad operativa				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D								
Disminuir barreras de acceso a la información y educación en salud sexual y reproductiva para los y las jóvenes en general y de las o los adolescentes de 10 y 14 años en particular.	Promover la coordinación de instancias públicas (Ministerio, Seremi y Servicios de Salud) e intersectoriales para apoyar el plan de prevención del embarazo adolescente.	Estrategia de comunicación país (institucional e intersectorial) para apoyar el plan de prevención de embarazo adolescentes	1.-Presentación de propuesta de comunicaciones a autoridades de salud. 2.- Talleres de diseño del Plan de Trabajo que incluya a los expertos del área clínica y comunicaciones y agrupaciones juveniles.		1 documento	1	x													US 2.487.000 x Año. Total Proyecto 2 años 4.974.000						
																					US 2.000					
	Visibilizar y validar ante las y los jóvenes entre 10 a 14 años, la oferta pública en información y educación en salud sexual y reproductiva	Creación de sitio Web interactivo para informar y orientar en salud adolescente.	Campaña de Comunicación para informar y promover el uso de la oferta pública de servicios de información y orientación en salud para adolescentes.	1.Conformar comité gestor del sitio web.		1 Comité Nacional y 15 regionales	16				x										US 10.000					
				2.Definición de objetivos		1 documento	1					x											US 1.000			
				3.Elaboración de 'briefing' creativo		1 documento	1						x											US 34.000		
				4.Elaboración de Mensajes		1 documento	1						x											US 1000		
				5.Diseño de arquitectura de Soportes		n soportes								x										US 800.000		
				6.Testeo en público objetivo.		1								x										US 900.000		
				7.Validación del Plan de medios de campaña (mensajes, soportes, etc.).		1 nacional y 15 regionales	30									x								US 100.000		
				8.Lanzamiento del sitio Web.		1 nacional y 15 regionales	16										x							US 600.000		
				9.Monitoreo de Campaña		1 documento	1											x						US 1000		
				10.Evaluación de Salud Responde		1 comité nacional	1												x					US 140.000		
	Readequación/Ampliación de la plataforma de asistencia del Servicio de Orientación Telefónica Salud Responde.	Readequación/Ampliación de la plataforma de asistencia del Servicio de Orientación Telefónica Salud Responde.	Readequación/Ampliación de la plataforma de asistencia del Servicio de Orientación Telefónica Salud Responde.	1.Conformar comité gestor Salud Responde		1 comité nacional	1													x		US 1.000				
				2.Diagnóstico Salud Responde en asistencia telefónica en temas de salud adolescente.		1 documento	1															x		US 30.000		
				3.Definición de objetivos de asistencia telefónica en salud adolescente.		1 documento	1																x		US 1.000	
				4.Definición de contenidos en salud adolescente.		1 documento	1																	x		US 1.000
				5.Formación de equipo Salud Responde en temas y habilidades para entregar orientación telefónica en salud adolescente.		1 documento con integrantes	1																	x		US 1.000
				6.Testeo en público objetivo /simulaciones.		1 Documento	1																	x		US 1.000
				7.Diseño estrategia de difusión Salud Responde para adolescentes.		1 documento	1																	x		US 100.000
				8.Lanzamiento de plataforma de asistencia de orientación en salud adolescente.		1 lanzamiento Nacional	1																			US 20.000
9.Evaluación Equipo Salud Responde.																										
10.Retroalimentación a gestores sitio Web.																										

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de los cinco días de discusión se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Existe un gran potencial humano en las Oficinas de Comunicaciones.
2. Hay mucha creatividad en los profesionales de la comunicación.
3. Existe mucho personal profesional joven, lo cual permite asegurar cierta continuidad en las propuestas que se realicen.
4. Existe poca articulación entre las Oficinas de Comunicaciones y los responsables de los servicios de salud
5. Hay una limitada participación de los actores sociales en la construcción de los mensajes y materiales de comunicación.
6. No se validan los productos comunicacionales por limitaciones de tiempo y presupuesto.
7. Se trabaja generalmente sin línea de base, por lo cual resulta difícil medir el impacto de las acciones comunicacionales.
8. La comunicación social viene ganando espacio en el campo de la salud y el trabajo de los comunicadores es más reconocido, aunque aun persiste el "intrusismo".
9. Hay un significativo avance en el cambio de enfoque: del modelo tradicional (difusionista) a nuevo modelo participativa.
10. En el caso de la prevención de embarazo en adolescentes la principales barreras son las culturales y religión.
11. No hay continuidad en la gestión de los planes cuando se produce cambio de funcionarios.
12. No se sistematiza el trabajo realizado

Recomendaciones

1. El acompañamiento para la ejecución del plan de comunicación para el embarazo en adolescentes debe ser permanente, para asegurar el cumplimiento de las propuestas.
2. Es necesario formalizar el compromiso de trabajo conjunto con los responsables de comunicación de los Ministerio de Salud, pues no asistieron a la reunión
3. Es necesario realizar en cada país una línea de base, para poder luego medir el resultado de las estrategias utilizadas y poder corregirlas o continuarlas.
4. Se debe dar mucho énfasis en el trabajo participativo con los y las adolescentes, para el desarrollo de los planes. Se les debe incluir en el diseño de programas de prevención.
5. El trabajo con los prestadores de servicio es fundamental y deben realizarse talleres conjunto para establecer puntos de coincidencia que les permita realizar un trabajo más efectivo
6. La abogacía con los medios de comunicación locales es fundamental para la transmisión de mensajes, sin embargo también es importante hacer abogacía con los tomadores de decisión para que faciliten el trabajo de los comunicadores.
7. Se debe fortalecer o priorizar el trabajo en fronteras y zonas rurales donde el problema de embarazo en más frecuente.
8. Es necesario que se creen o fortalezcan las redes de comunicadores locales y regionales a fin de asegurar la continuidad del proyecto.