## **PROTOCOLO DE EDUCACIÓN SEXUAL**

**"Todas las grandes realizaciones de la humanidad han**   
**sido en algún momento utopías y para construirlas es**   
**necesario soñar"**

## 1. GENERALIDADES.

La educación sexual ha estado tradicionalmente inmersa en los distintos escenarios de la vida cotidiana, pero bajo una connotación parcial que reduce la concepción de la sexualidad a lo genital. Esta situación ha cimentado barreras socioculturales e individuales que han retrasado su integración a la educación formal y han contribuido, además, a una vivencia poco o nada placentera de la sexualidad.

Las fuentes de aprendizaje de lo sexual fueron por mucho tiempo la religión y la medicina. La primera imponiendo límites, Malamboficativos y castigos morales. La segunda, dando respuestas a las enfermedades o condiciones de riesgo para la salud sexual, con base en las cátedras de anatomía y fisiología como fuentes básicas de la formación médica.

Asimismo hasta mediados del siglo XX la responsabilidad de enfrentar y "solucionar" oficialmente las situaciones planteadas por las prácticas sexuales estaba en manos de los médicos. Cuando los problemas eran detectados o cuando las personas se acercaban a situaciones propias de la edad o del estado civil, los maestros o padres de familia simplemente hacían la remisión al médico o al sacerdote.

La preocupación por algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva surgieron hacía mediados de la década de los 60. Como respuesta a las políticas bancarias y demográficas mundiales y la voz de alarma dada por los países desarrollados ante el peligro de la "explosión demográfica en los países pobres", el Sector Salud colombiano emprende campañas de planificación familiar.

Asimismo se crea en 1965 la primera clínica de PROFAMILIA (Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana), entidad sin ánimo de lucro que promueve la planificación familiar. Convirtiéndose ésta en la primera asociación en el mundo que realizó promoción radial sobre planificación familiar y organizó programas de distribución comunitaria de anticonceptivos. Desde entonces, las tasas porcentuales de crecimiento demográfico en Colombia han pasado de 3.4%, en 1965, a 1.8%, en 1995.

Posteriormente en la década de los 70 el Ministerio de Educación Nacional integra al pensum académico la materia de Comportamiento y Salud para los últimos grados del bachillerato. Con ella se amplían los contenidos de anatomía y fisiología del sistema reproductor, abordando otros temas como el noviazgo y los valores. No obstante, esta materia se continúa impartiendo con los mismos contenidos temáticos y sin mayores modificaciones.

En la década de los 80, surgió la Sociedad Colombiana de Sexología, institución privada que recuperó el concepto de sexualidad humana desde un enfoque integral promoviéndola como tema de estudio y generando espacios y mecanismos para abordarla desde los diferentes sectores.

A partir de la década de los 90, la sexualidad recobra interés oficial y se reconoce la educación sexual como un componente importante en la Calidad de vida de las personas y no sólo como elemento para prevenir o modificar la ignorancia, el miedo, la inequidad de género y los conflictos de la vida sexual de las personas.

Surge entonces en el Sector Salud, el Sistema de Seguridad Social que en el Plan de Atención Básica, considera prioritaria la promoción de la salud sexual y hace evidente la necesidad de reorientar los objetivos y metodologías tradicionalmente utilizados para abordar la educación sexual.

Igualmente desde 1990 el Ministerio de Educación, a través del Viceministerio de la Juventud ha logrado definir y mantener el Proyecto Nacional de Educación Sexual, capacitando a docentes, diseñando paquetes pedagógicos, realizando investigaciones y creando la infraestructura administrativa a nivel Departamental y Municipal.

El Gobierno Nacional, en respuesta a los compromisos mundiales, ha adoptado las políticas relacionadas con la educación sexual y la salud reproductiva, surgidas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994. Allí se llamó la atención sobre el problema de la salud genésica, la necesidad de ejecutar acciones con orientación de género, abogar por los derechos de reproducción y por el papel de la mujer en su desarrollo. Los objetivos de la Conferencia hacen énfasis en las actividades de planificación familiar y la necesidad de servicios integrales, con el fin de abordar los problemas de sexualidad; incluyendo a los hombres y buscando la satisfacción de las necesidades de los adolescentes.

De la Plataforma de Acción emanada de la Conferencia Mundial sobre Mujer (Beijing, China, 1995), el Gobierno se comprometió a desarrollar los siguientes aspectos con relación a la educación sexual:

|  |
| --- |
| **ASPECTOS A DESARROLLAR** |
| * Incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y programas del sector salud. |
|  Impulsar la expedición de una Ley sobre salud sexual y reproductiva. |
|  Mejorar los servicios de salud preventiva y curativa, planificación familiar, salud reproductiva y diagnóstico rápido de enfermedades que aquejan a las mujeres. |

Acorde con lo anterior, el Ministerio de Salud publicó en 1997 el documento "Lineamientos de Educación Sexual para el Sector Salud", como aporte conceptual y metodológico de las acciones de Promoción en el Plan de Atención Básica (PAB) y en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En este documento se plantea la organización de programas especiales de información y educación, al igual que la elaboración de acciones de carácter individual y colectivo, que apunten directamente a la disminución de problemas relacionados con el comportamiento y la salud sexual.

Por último, en la "Declaración de Valencia por los Derechos Sexuales", emanada del 13avo Congreso Mundial de Sexología y Derechos Humanos, se hace un llamado a la sociedad en general a que se creen las condiciones dignas para satisfacer las necesidades de desarrollo integral de las personas y la difusión y cumplimiento de los derechos sexuales definidos como inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana.

## 2. MARCO TEÓRICO.

La forma en que se ha vivenciado la sexualidad en nuestro medio, no ha posibilitado el crecimiento personal, familiar ni social en la medida en que se espera. Se ha demostrado que la educación sexual deficiente, no planeada y la discordancia entre el hogar, la escuela y el medio social, se asocian a múltiples problemas como la represión sexual, la intolerancia, la violencia intrafamiliar, la desinformación y la carencia de servicios de salud para grupos específicos.

Se considera que una de las mejores herramientas para subsanar y superar esta situación es la educación sexual integral, científicamente fundamentada y que promueva el mejoramiento de la Calidad de vida en hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital.

Existen situaciones sociales que pueden intervenirse en forma integral dentro de los procesos de educación sexual como son diseñar y ejecutar acciones efectivas que logren "acabar" o disminuir la inequidad en que se vivencian las diferencias de género y la debilidad en los referentes de identidad.

La idea es propiciar un aumento en la autoestima, una inteligente toma de decisiones, una práctica de valores que permita la convivencia pacífica; en fin, el desarrollo de habilidades sociales. Esto a su vez contribuiría considerablemente en la prevención de embarazos precoces, el nacimiento de hijos no deseados, las altas tasas de morbimortalidad y el incremento del VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

### 2.1. Política de salud sexual y reproductiva.

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva (SSR) de hombres y mujeres, y el fortalecimiento de la autonomía de la mujer, son condiciones fundamentales para el logro de un desarrollo humano sostenible. En este sentido, Colombia ha logrado avances sustantivos en la mejoría de varios componentes de la salud sexual y reproductiva de su población, gracias al desarrollo de un conjunto de políticas sociales que pretenden dar respuestas a las necesidades de la población, a la modernización del Estado y a una transformación del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS), definido mediante la ley 100 y la ley 60 de l993, que establece claramente las acciones, competencias y recursos para cada uno de los actores y niveles comprometidos en su desarrollo, dando cumplimiento a principios y políticas formulados en la Constitución Política de l991. Este nuevo Sistema General de Salud y Seguridad social garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud sexual y reproductiva, con el propósito de mejorarla y mantenerla en hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, con un enfoque de equidad de género y desarrollo humano.

Los principales objetivos de esta política integral, propenden por el mejoramiento de la salud sexual, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, de los embarazos no deseados y abortos en adolescentes y la disminución del impacto de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Colombia en l992 se convirtió en uno de los pocos países latinoamericanos con un Plan Nacional para la Educación Sexual, con un mandato estatal que obliga a los colegios públicos y privados a elaborar planes para enseñar educación sexual a todos los estudiantes de bachillerato. Si bien la ejecución del plan ha sido desigual, las directrices nacionales son progresistas en tanto holísticas, pues abarcan temas como el papel de los géneros, el embarazo en adolescentes, la prevención del VIH/SIDA y los derechos reproductivos.

En el país persisten aún serios problemas que afectan la salud sexual y reproductiva de la población, tales como los altos índices de violencia contra las mujeres y niños, en especial en el área sexual y reproductiva, las altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal, la alta incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual VIH, SIDA especialmente en la adolescencia y la juventud.

Esta situación es condicionada y agravada por la pobreza y la marginación social, la diversidad educativa, territorial y cultural y las necesidades de los grupos especiales (mujeres cabeza de familia, desplazados, poblaciones indígenas y adolescentes).

Tanto el limitado acceso actual de la población a los servicios de SSR como la adecuación de éstos a los efectos de la transición hacia el nuevo modelo de servicios de salud, afectan y condicionan las alternativas para solucionar los problemas y necesidades en esta área y hacen imperativa la definición e instrumentalización de los lineamientos para lograr una política integral de salud sexual y reproductiva.

Los métodos hormonales para las mujeres, comenzando con los primeros anticonceptivos orales en 1960, y la elaboración subsiguiente de dispositivos intrauterinos y la esterilización quirúrgica moderna, condujeron al desarrollo de una comunidad de servicios de planificación familiar centrada en la mujer, que a menudo excluye a los hombres. El desafío de hoy, como lo expresa la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el CAIRO en l994, consiste en aumentar la responsabilidad de los hombres en cuanto a la planificación familiar mediante la ampliación de los servicios, de modo que se proteja la salud de la reproducción de los hombres y de las mujeres, y el fomento de una mayor sensibilidad en cuanto a las cuestiones de género.

Algunas personas temen que la adición de servicios para los hombres hará que disminuyan los recursos disponibles para las mujeres, que actualmente tienen la mayor responsabilidad en cuanto a la planificación familiar y a otras cuestiones de salud de la reproducción. Uno de los mayores obstáculos encontrados es la renuencia de los hombres a usar los servicios de salud. Los hombres saben poco acerca de su propia sexualidad o de la sexualidad de las mujeres, hay poca comunicación respecto a la sexualidad en sus relaciones y aún subsisten muchos mitos.

#### 2.1.1. Salud sexual.

Es el completo estado de bienestar físico, mental y social más allá de la ausencia de enfermedades o dolencias, que permite a un individuo relacionarse, sentir y expresar afecto, formar pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual; contempla dimensiones comunicativas, afectivas, placenteras y reproductivas que se reflejan en su conducta, actitudes y prácticas frente a las diferentes experiencias de la vida.

2.1.2. Salud reproductiva.

Es un estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

La atención en salud sexual y reproductiva, se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud, al bienestar reproductivo y a evitar o resolver los problemas relacionados.

#### 2.1.3. Fecundidad.

Según la Encuesta de Demografía y Salud - ENDS – de l995, la fecundidad descendió casi 23% en los últimos 15 años. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 3 hijos en promedio durante toda la vida fértil.

La fecundidad de adolescentes requiere atención preferencial por la profunda repercusión que tiene en la vida de las jóvenes. Según la ENDS de l955 el 17% de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo: a los 19 años ya lo son 4 de cada 10 y entre ellas hay un 9% que ya tiene por lo menos 2 hijos. La mitad de las mujeres ha tenido su primera relación sexual antes de los 20 años, en promedio casi un año antes del establecimiento de la primera unión.

Aunque la edad de inicio de la vida reproductiva ha variado poco en los últimos 20 años pues la mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años, entre las mujeres con mayor educación se observa la tendencia a retrasar la iniciación de la maternidad.

#### 2.1.4. Planificación familiar.

Los programas de planificación familiar deben ofrecer a las (los) clientes el acceso a una atención de alta Calidad, por medio de una amplia gama de servicios anticonceptivos y de atención de seguimiento por el tiempo que lo requieran.

El conocimiento de las mujeres en edad fértil y en unión, sobre los métodos anticonceptivos en Colombia, es casi del 100%. Los más conocidos son la píldora, el condón, la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino (DIU). El 72% de las mujeres colombianas en unión está usando anticonceptivos; la mayor prevalencia de uso se encuentra entre las mujeres de mayor nivel educativo y las residentes en las zonas urbanas. El mayor aumento en el uso de la esterilización se registró entre 1990 y 1995 al pasar de 21 a 26%. También aumentó en forma considerable el uso del condón del 2 al 4%. La píldora es usada por el 12,9% y el DIU por 11,1% de las mujeres.

#### 2.1.5. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

En la era del SIDA se ha prestado más atención a las ETS como peligros principales para la salud de la reproducción. Antes de la era de las ETS vírales incurables y a menudo mortales, no eran motivo de mucha preocupación para los hombres porque las enfermedades tradicionales solían ser asintomáticas o producían síntomas que podían tratarse con antibióticos y no tenían secuelas visibles duraderas para los hombres. Actualmente se sabe que algunas ETS reducen la fertilidad masculina, ya que las infecciones pueden causar bloqueo de los conductos deferentes o causar epididimitis, que es una inflamación de los tubos por los que los espermatozoides se desplazan desde los testículos hasta los conductos.

Con frecuencia, la gente no sabe o no recuerda que la infertilidad afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Particularmente en los países en desarrollo, es posible que se culpe a las mujeres e incluso que sus esposos se divorcien de ellas por la creencia de que ellas son las únicas culpables de no tener hijos.

Los hombres fueron la única causa o un factor contribuyente en la infertilidad de más de la mitad de las 5.800 parejas infértiles que la OMS estudió entre 1979 y 1984.

## 3. OBJETIVOS.

|  |
| --- |
| **OBJETIVOS** |
| * Fortalecer la construcción de referentes de identidad de la persona consigo misma y con su entorno. |
|  Promover relaciones equitativas entre los géneros, replanteando los roles sexuales tradicionales. |
|  Fomentar una cultura humanista y de equidad de la salud sexual reproductiva en hombres y mujeres, en todas las etapas del ciclo vital. |
|  Desarrollar programas y proyectos intersectoriales orientados a intervenir el perfil epidemiológico. |

## 4. ESTRATEGIAS.

|  |
| --- |
| **ESTRATEGIAS** |
| * Mover la voluntad política en la Administración Municipal, para que se asuma la educación sexual como parte del Plan de Desarrollo y se dé cumplimiento a la normatividad vigente en las instituciones públicas y privadas. |
|  Fortalecer la Coordinación Interinstitucional, a través del Comité, como espacio permanente de asesoría técnico - científica y de dirección y control. Constituir la Red Municipal de Educación Sexual, para impulsar encuentros de saberes e igualmente para manejar la parte operativa del proyecto. |
|  Difundir y posicionar el Proyecto a través de los medios masivos de comunicación, formales y alternativos; para que la población asuma la educación sexual como un derecho y una oportunidad. |
|  Desarrollar el talento humano, garantizando los procesos de sensibilización y capacitación a docentes y funcionarios de salud. Fomentar intencionalmente el trabajo en equipo interdisciplinario en las comunas. |
|  Diseñar y desarrollar investigaciones locales. Entre otros, el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales CAP’s, aplicado a la población con la participación de la Red y la comunidad en general. |
|  Reorientar los servicios en salud para que mejoren su atención; con énfasis en la equidad de género, de acuerdo con lo estipulado en la reforma del Sistema de Seguridad Social. |
|  Gestionar la financiación de fuentes locales, regionales, nacionales e internacionales que garanticen la ejecución continuada de los proyectos. |

## 5. METODOLOGÍA.

El Proyecto "Hacia la Identidad y Equidad con Enfoque de Genero", se fundamenta en las disposiciones legales de los Ministerios de Salud y Educación. Es por ello que para el diseño, la ejecución y el seguimiento de los proyectos y programas, que se desarrollen en cada institución, además de los documentos, separatas y material editado desde el nivel nacional, se ofrecen los siguientes lineamientos:

|  |
| --- |
| **METODOLOGÍA** |
| * La concepción del Proyecto Pedagógico implica un trabajo en conjunto no terminado; y que debe ser enriquecido con la participación de todos los directamente implicados en el proceso. |
|  El enfoque humanista, la perspectiva de género, la búsqueda de la identidad, y el respeto por los derechos humanos, orientan una propuesta metodológica en la cual el énfasis se hace en el "aprender a ser". De allí que lo importante es partir de los conceptos, conocimientos, experiencias y sentimientos de quienes participan en el proceso. |
|  Los proyectos y programas deben partir de la identificación y el reconocimiento de las opiniones, valores, prácticas, riquezas y necesidades de la audiencia o beneficiarios; de los estudiantes, docentes, usuarios de los servicios de salud, jóvenes de los grupos comunitarios, mujeres y hombres de los barrios y comunas de la ciudad. Se deben recoger sus historias y las de sus lugares de procedencia, identificando el aporte de orígenes, de razas, de nivel cultural y étnico, de tal forma que se potencialice la pluralidad. |
|  Disminuir las situaciones negativas no es el único propósito del Proyecto. El Perfil Epidemiológico debe ser materia de trabajo para el Comité Municipal de Educación Sexual, con el fin de buscar soluciones y ser un punto de partida para la evaluación de impacto del proyecto a mediano y largo plazo. |
|  El Proyecto va más allá de las actividades académicas e institucionales. Debe generar una gama de propuestas creativas donde el arte y la lúdica se integren como mecanismos de interpretación, creación y difusión, de tal manera que no riñan la responsabilidad con el placer o el deber con la alegría. |
|  El Proyecto debe animar y motivar la participación, impregnar los ambientes, los materiales educativos, el lenguaje, la decoración y la estética de los espacios. Los mensajes e imágenes deben reflejar las relaciones equitativas y la búsqueda permanente de referentes de identidad |
|  Para su desarrollo, todos los espacios son válidos (la familia, la calle, las instituciones de salud, de educación, de deporte o los grupos organizados). |

El Proyecto debe impulsar la ternura y la expresión de sentimientos como elementos fundamentales en el desarrollo de una personalidad equilibrada y con un manejo saludable de la sexualidad. La información y el desarrollo de una personalidad armónica exigen una atmósfera serena, fruto de la comprensión, la confianza recíproca y la colaboración entre los responsables. El instrumento básico para el desarrollo de este proyecto es el Taller.

### 5.1. El Taller como estrategia metodológica.

El Taller es considerado un espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. Es el lugar apropiado para la participación que permite aprender haciendo. Por su versatilidad, es una estrategia que se emplea con grupos pequeños, sin importar si saben leer o no. Sus resultados dependen en gran parte de la capacidad y creatividad del dinamizador sexual.

Una de las características del Taller es promover un clima cálido, permisivo, de confianza, aceptación, expresión de emociones y sentimientos, de comprensión por las experiencias. Esto, con el fin de obtener el ánimo y la seguridad del grupo y alcanzar los resultados previstos. Es recomendable que en cada taller se tengan en cuenta las precisiones teóricas o conceptuales sobre el tema a tratar para que sean discutidas y ampliadas por los participantes.

Según la metodología propuesta por Germán Marín y otros autores, el Taller debe contemplar cinco fases:

|  |
| --- |
| **FASES DEL TALLER** |
| * Reflexionar y compartir: Consiste en reconocer los puntos de vista y confrontar las opiniones y conocimientos que los participantes tengan del tema a tratar. |
|  Consultar: Tiene que ver con la búsqueda y confrontación de otras teorías con respecto a los conceptos que posea el auditorio. Este aspecto promueve el espíritu investigativo a través de la lectura de libros y de entrevistas a expertos en la materia. |
|  Debatir: Es confrontar los diferentes puntos de vista con el fin de enriquecer el pensamiento de los participantes a partir de lo consultado dentro y fuera del taller. |
|  Comprometer y debatir: Consiste en motivar a los participantes para que pongan en práctica lo debatido en los talleres. El compromiso debe ser individual, por lo tanto no deben ser todos iguales. Deben definirse claramente, de tal manera que cada participante señalé qué va a hacer, dónde, cuándo y con quién. No deben descartarse los compromisos grupales para determinadas situaciones. |
|  Evaluar: Es verificar en qué medida los participantes están cumpliendo con los compromisos individuales y grupales. |

El Taller no puede tomarse como una moda. Cuando se elige, debe resultar de una claridad y un compromiso verdaderamente educativos. A menudo se abusa del término "Taller" para designar la realización de eventos que carecen en realidad de su esencia y finalidad.

### 5.2. Contenidos temáticos.

Los programas educativos se han adaptado en sus contenidos a las necesidades e inquietudes de las personas participantes. Se recomienda manejar los énfasis y los contenidos de acuerdo al grado escolar y a la etapa del ciclo vital. Estos se encuentran detallados en los cuadernos de Educación Sexual del Ministerio de Educación y en los lineamientos de Educación Sexual del Ministerio de Salud.

|  |  |
| --- | --- |
| **EDADES**  **7**  **10** | **CONTENIDOS SUGERIDOS.**   * **Identidad y rol de género: Ser niño. Padres y madres y su rol con respecto a los niños y amigos.** * **El cuerpo: Diferencias entre los cuerpos, aceptación del propio cuerpo.** * **Ciclo Reproductivo: Desarrollo psicosexual en la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez.** * **Crecer y desarrollarse: Cuidado del cuerpo, responsabilidad ante su cuerpo, abuso sexual, erotismo, sensaciones placenteras, intimidad.** * **Vínculos: Padre, madre, hijos, amigos, parejas.** * **Tolerancia.** * **Reciprocidad. Ternura.** * **Diálogo.** * **Derechos humanos del niño.** * **Mitos y tabúes de la sexualidad.** * **Lenguaje no sexista.** |
| **EDADES**  **11**  **14** | **CONTENIDOS SUGERIDOS.**   * **Autoestima:** * **¿Quién soy?** * **¿Estoy cambiando?** * **¿Qué quiero ser?** * **Pubertad y grupo de iguales.** * **Ética sexual.** * **Ciclo Reproductivo:** * **Desarrollo psicosexual en la niñez, adolescencia, adultez y vejez.** * **Comunicación Familiar.** * **Pubertad y erotismo.** * **Mitos y Tabúes.** * **Derechos humanos (sexuales y reproductivos)** |
| **EDADES**  **15**  **20** | **CONTENIDOS SUGERIDOS**   * **Conceptos Básicos: Definición de Sexualidad, identidad, orientación sexual, rol sexual, género, "normalidad sexual".** * **Ciclo Reproductivo: Desarrollo psicosexual en la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez.** * **Ética y sexualidad.** * **Resolución de conflictos y toma de decisiones.** * **Erotismo.** * **Ciclo de la respuesta sexual.** * **Función de la sexualidad.** * **Alternativas para la satisfacción sexual: Masturbación, fantasías.** * **Métodos de planificación familiar.** * **Sexualidad u afectividad: Amistad, noviazgo, tolerancia, ternura, amor, relación de pareja.** * **Autoestima y sexualidad.** * **Sexualidad de riesgo: Embarazo indeseado, ETS, SIDA, aborto, infertilidad.** * **Mitos y tabúes.** * **Derechos humanos (sexuales y reproductivos).** * **Expresiones de la sexualidad.** |

## 6. ESTRATEGIAS DE EVALUACION.

La evaluación del Proyecto "Hacia la Identidad y Equidad con Enfoque de Genero", tiene como finalidad el análisis del impacto y el desarrollo del proceso.

Este es el enfoque que permite un análisis periódico. De tal manera que oportunamente se observen aciertos, problemas y dificultades para el ajuste y presentación de nuevas perspectivas.

### 6.1. ¿Qué evaluar? ¿Cuándo evaluar?

|  |
| --- |
| **SE EVALÚAN EL PROCESO, LOS RESULTADOS Y EL IMPACTO.** |
| * El proceso se evalúa a través de la sistematización de la experiencia y de la producción colectiva del conocimiento, al igual que verificando el cumplimiento de los objetivos. Puede ser a corto plazo (cada 6 meses ). |
|  Los resultados se evalúan confrontando el número de actividades realizadas frente a las programadas, el cumplimiento del cronograma propuesto, la cobertura lograda y la ejecución del presupuesto. Esta es a mediano plazo ( cada año ). |
|  El impacto se mide a mediano y a largo plazo. Se puede observar a través de los cambios en la población. Se evaluará cada 3 años con la realización de un estudio de Comportamientos Actitudes y Prácticas (CAP), el análisis del Perfil Epidemiológico y el Plan Estratégico. |

### 6.2. ¿Quién evalúa?

Todos los actores y destinatarios del Proyecto, según su nivel de complejidad, con el acompañamiento o la convocatoria del Comité Interinstitucional.

El cumplimiento de las metas y las estrategias se precisará con indicadores cuantitativos y cualitativos a través de instrumento y en espacios establecidos.