

**Concordancia entre las
Percepciones que tienen usuarios y prestadores de la atención del desarrollo
De los servicios de salud diferenciados para adolescentes, en el marco del
Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
Colombia 2009 - 2010**

Trabajo final para optar por el título de Magíster en salud sexual y reproductiva

Diva Janneth Moreno López

**Tutora
MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ**

**Análisis Estadístico
Erika María Vargas**

**Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Maestría en salud sexual y reproductiva
Bogotá
2016**

TABLA DE CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	10
2. OBJETIVOS	32
2.1. Objetivo General:	32
2.2. Objetivos Específicos:	32
3. PROPÓSITO	33
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
5. MARCO LEGAL	36
6. MARCO TEÓRICO	38
7. METODOLOGÍA	57
7.1. Diseño e instrumentos	58
7.2. Técnica y plan de recolección de datos	62
7.3. Plan de análisis	64
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	70
9. RESULTADOS	71
9.1. Características sociodemográficas de adolescentes encuestados:	72
9.2. Análisis por componente.	73
9.3. Análisis de los componentes del MSSAAJ.	83
9.4. Análisis de percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales servicios de salud amigables. comparativo años 2009 y 2010	84
10. DISCUSIÓN:	86
11. CONCLUSIONES.	91
12. REFERENCIAS	94
13. LISTA DE GRÁFICOS	99
14. LISTA DE TABLAS	100
15. SIGLAS Y CONVENCIONES	101
16. ANEXOS	103

RESUMEN EJECUTIVO

TÍTULO: Concordancia entre las percepciones que tienen usuarios y prestadores de la atención del desarrollo de los servicios de salud diferenciados para adolescentes, en el marco del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Colombia 2009 – 2010.

AUTORA: Diva Janneth Moreno López

ASESORA TEMÁTICA: Mary Luz Mejía Gómez.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Erika Vargas

PALABRAS CLAVES: Adolescentes y Jóvenes, servicios de salud amigables, salud sexual y reproductiva, estándares de calidad.

INTRODUCCIÓN:

Colombia ha avanzado en el desarrollo de procesos de atención a grupos específicos y entre ellos los de los y las adolescentes quienes tomaron relevancia en la primera década del siglo 21, por los esfuerzos que desde la cooperación internacional se venían realizado en la Latinoamérica, estos fueron acogidos por el gobierno nacional abren la línea de atención integral a la salud de adolescentes y jóvenes. A finales del año 2007, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, –hoy Ministerio de Salud– inicia la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes.(SSAAJ)

La presente investigación analiza el contraste de la calidad percibida por los y las usuarias de los servicios de salud versus la calidad que percibe, ofrecen los profesionales que atienden los servicios. Los adolescentes y jóvenes, necesitaban demandar los servicios a través de un adulto, para que sus derechos sexuales y derechos reproductivos fueran respetados. En este campo, se hace relevante el fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes, ya que ésta permite el reconocimiento de sus necesidades, el mejoramiento de las decisiones por parte de las instituciones, y el aumento de conocimientos, habilidades y competencias cívicas en adolescentes y jóvenes (14). Es por esta razón que el Estado realiza el esfuerzo de ofrecer servicios diferenciados para esta población especialmente en lo relacionado a los aspectos de salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la concordancia que existe, entre la percepción de adolescentes y jóvenes, y la de profesionales y personal de salud sobre el grado de desarrollo logrado en cada uno los componentes, según el estándar definido en el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, mediante el uso de los datos de series

recogidas en los servicios existentes a través de los instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes (A4) y encuestas auto administradas para adolescentes y jóvenes (A11) en los años 2009 y 2010 de Colombia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de una investigación cuantitativa, observacional descriptiva y de corte transversal, para medir la concordancia¹ de la percepción de profesionales de la salud y adolescentes sobre los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, comparándolos de manera gráfica e inferencial. Para el análisis gráfico se usó el diagrama de Box-plot; y para el análisis inferencial se usó la prueba de bondad de ajuste de los datos, o prueba KOLMOGÓROV-SMIRNOV y según el resultado obtenido de esta prueba estadística, se realizó, la prueba t de diferencia de medias, o la prueba de U-mann Whithney, las cuales, evidencian si la diferencia de la percepción obtenida por los grupos es estadísticamente significativa. Con base en estos resultados y retomando los obtenidos en el análisis descriptivo, se identifican, qué ítems son los que están presentando la diferencia de evaluación de los servicios amigables dada por los dos grupos en cada uno de los componentes. Estos dos elementos del análisis se presentan de forma conjunta, para que del mismo modo, sean asumidos en el análisis de interpretación de la calidad del servicio. Para el proceso de referencias se usó el programa Mendeley con normas Vancouver.

Diseño e instrumentos:

El estudio se realiza en dos momentos: Aplicación de instrumento de análisis de SSAAJ, mediante auto apreciación, muestreo no consecutivo por conveniencia, que incluye los SSAAJ reportados al MSPS, que se encontraban funcionando en Colombia en los años 2009 y 2010, diligenciados por funcionarios responsables y usuarios de los servicios. Dos instrumentos uno con 89 ítems el segundo con 29 ítems, permiten la clasificación del grado de desarrollo de los componentes o estándares de calidad (Acceso de Adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación; Profesionales y personal de salud; Procedimientos Administrativos y de Gestión; Amplia Gama de Servicios; Participación Juvenil Social y Comunitaria) del servicio amigable en alto, medio, bajo e incipiente. La mayor puntuación, indica, mayor cumplimiento de los ítems a evaluar, y por lo tanto mayor grado de desarrollo del servicio, o mayor percepción de satisfacción de los y las jóvenes y se atribuye mayor grado de desarrollo del servicio. Se analizaron para el año 2009 un total de 207 instrumentos de análisis de un servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable (Anexo A4) y

¹ Entiéndase por concordancia, el grado de similitud que tienen dos o más grupos respecto a una variable de interés; en este caso la similitud de percepción entre los jóvenes usuarios de los SSAAJ, y los prestadores de la atención, respecto a los 5 componentes del MSSAAJ evaluados.

2.024 encuestas autoadministradas para adolescentes y jóvenes (Anexo A-11) y en el año 2010, se analizaron 485 encuestas auto administradas por los equipos de salud (A4) y 5.742 encuestas auto administrada a adolescentes de 17 de 32 departamentos del país.

Plan de análisis:

El análisis fue realizado con el programa estadístico SPSS 20.0 y se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento. Definición de los contenidos de cada componente: debido a que los instrumentos utilizados para las dos poblaciones (profesionales o equipo prestador de servicios y jóvenes o grupo de usuarios), contaban con un número diferente de preguntas para cada uno de los componentes, se realizó un ejercicio en el cual se contrastó cada formulario, identificando los ítems idénticos o similares y se asigna puntaje (1) al atributo o respuesta positiva y (0) en caso contrario (respuesta parcial, no responde o negativa). Se realiza análisis descriptivo de cada componente, análisis y comparación de los componentes según población de estudio para lo cual se usa el diagrama de Box-plot y se aplican las pruebas estadísticas de Kolmogorov-Smirnov, pruebas t de diferencias de medias o prueba U-mann Whithnney.

RESULTADOS

Las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de salud acerca del grado de desarrollo y calidad logrado en los servicios de salud amigables en Colombia, durante los años 2009 y 2010, varían de manera estadísticamente significativa, para: - los componentes de profesionales y personal de servicios de salud; - procedimientos administrativos y de atención y - disponibilidad de una amplia gama de servicios. Lo anterior puede estar relacionado con que el mayor volumen de la muestra analizada para el año 2010, proviene de regiones con mayor oferta en promoción de derechos sexuales y reproductivos y de servicios de salud.

En la percepción de los servicios por parte de los adolescentes, la mayor falla está, en que estos, no están suficientemente visibilizados; los profesionales persisten con actitudes que ellos/ellas están percibiendo como poco receptivas o que emiten juicios de valor sobre sus demandas.

A pesar de que el Modelo SSAAJ no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), permite dar cumplimiento a los estándares de calidad, para adecuar los servicios como lo propone el Modelo, en los aspectos de atención gratuita, programación de citas sin consulta inicial, capacitación a los equipos de salud a cargo de la atención a adolescentes y jóvenes, garantizar la confidencialidad y la privacidad, entre otros. Para profesionales, si bien es claro que gestionan la adecuación de sus servicios para hacerlos más amigables y atraer a adolescentes y jóvenes como usuarios permanentes, es necesario realizar mayores esfuerzos para

divulgar las opciones diferenciadas de atención de las que se dispone para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables.

Persisten dificultades por parte de los profesionales, para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, especialmente de las mujeres, así como para dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y dificultad de hablar sobre abuso sexual.

La participación de adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables, no es percibida por los profesionales de la salud como algo necesario para su desarrollo en razón a que su involucramiento en las decisiones y planificación del servicio son bajas, siendo este un estándar de calidad de los servicios de la OMS (Estándar 8), esto ligado a la poca divulgación de las opciones diferenciadas y la posibilidad de integrar grupos juveniles, se convierte en la principal barrera de acceso a los servicios.

DISCUSIÓN

Las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de salud acerca del grado de desarrollo y calidad logrado en los servicios de salud amigables en Colombia, durante los años 2009 y 2010, varían de manera estadísticamente significativa, para los componentes de: - profesionales y personal de servicios de salud; - procedimientos administrativos y de atención y disponibilidad de una amplia gama de servicios. Lo anterior puede estar relacionado con que el mayor volumen de la muestra analizada para el año 2010, proviene de regiones con mayor oferta en promoción de derechos sexuales y reproductivos y de servicios de salud.

Los ítems en los que se observan diferencias amplias, en las percepciones entre adolescentes y profesionales son en los que conforman el componente de acceso a los servicios y oportunidad en la atención, sin embargo, en este componente esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa; también hay diferencias para los dos años de análisis, siendo menor la percepción de profesionales de la salud para este componente en el año 2009, mientras que adolescentes y jóvenes para el año 2010, presentan percepciones con menor calificación que los profesionales, demostrando que la intención de adecuar los servicios, y hacerlos diferenciados, de fácil ubicación, con señal visible que indique que hay una atención exclusiva para ellos y ellas, que adecúa los horarios y espacios, a los cuales pueden acudir sin cita previa adolescentes y jóvenes, y encuentran información acerca de temas que les interesa como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, constituyen en sí mismos, una novedad, y el interés de asistir como usuarios.

Estos hallazgos son consistentes con los hallazgos de investigaciones anteriores (12-19-20) es decir, que la mayor falla de los servicios por la percepción de los adolescentes, está, en que estos, no están suficientemente visibilizados. Los servicios pudieran haber tomado mayor fuerza y más reconocimiento si hubiera la voluntad de ser promocionados.

Para el componente o estándar de calidad 2, de profesionales y personal de los servicios de salud, por su parte, mientras que profesionales y equipos de salud, dan una calificación muy alta (94,9%), que indica un nivel de desarrollo alto, adolescentes y jóvenes lo califican como de desarrollo bajo, (69,2%), es decir, que, en algunos profesionales persisten actitudes, que adolescentes y jóvenes, están percibiendo como poco receptivas o de juicio sobre sus demandas. Por lo que hay que insistir en sensibilización de los equipos de salud a cargo de los SSAAJ para que reconozcan y promuevan los derechos, en especial los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, usuarios de los servicios.

En general los profesionales de la salud, perciben que les falta capacitación en la atención diferenciada a los y las adolescentes lo cual es plausible, en razón a que en Colombia no existe formación de postgrado en adolescencia, y la formación de pregrado y post grado en programas de ciencias de la salud, se reduce en el mejor de los casos, a 2 semanas de rotación en adolescencia y el abordaje tiene un enfoque de riesgo, biologista, y paternalista, encaminado a las acciones de atención y recuperación, no a la promoción de la salud, en donde la adolescencia es vista como etapa problemática y conflictiva, no como una etapa de desarrollo.

El componente de procedimientos administrativos y de atención, es uno de los componentes de mayor valoración por parte de profesionales a cargo de los servicios, con una mediana de 10; este componente es el que tiene que ver con el aseguramiento, es decir dependen del Plan Obligatorio de Salud, por lo tanto, es posible, que a pesar de que el Modelo SSAAJ no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, el SGSSS permite dar cumplimiento a los estándares de calidad, para adecuar los servicios, como la atención gratuita, programación de citas sin consulta inicial, capacitación a los equipos de salud a cargo de la atención a adolescentes y jóvenes, garantizar la confidencialidad y la privacidad entre otros; por su parte si bien para profesionales es claro que gestionan la adecuación de sus servicios para hacerlos más amigables, y atraer a adolescentes y jóvenes como usuarios permanentes, estos no tienen la misma percepción especialmente en lo relacionado con las opciones de ser atendido por el mismo profesional en cada visita, acceder a servicios de manera gratuita, y recibir atención sin llamar la atención en el servicio con la presencia de adultos y opción de ser atendido con acompañante de la preferencia del adolescente. Lo anterior indica, que es necesario realizar mayores esfuerzos por parte de los prestadores para divulgar las opciones diferenciadas de atención que disponen para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables.

Además se observa en este componente, que algunos profesionales presentan percepciones bastante bajas, lo cual se considera atípico, y puede estar asociado con las encuestas diligenciadas por profesionales que se encuentran en servicios con grado de desarrollo incipiente o bajo, en los que no hay voluntad política ni de tomadores de decisiones ni los profesionales a cargo de los servicios, lo cual también fue reportado en investigaciones como la evaluación sumativa a los servicios amigables realizada en el año 2010, en la que profesionales en servicios con bajo nivel de desarrollo en entrevista semiestructurada, comentan frente al componente de procedimientos administrativos y de atención que “ el gerente de la ESE se interesa en sacar adelante el servicio, pero hasta ahora no hay sentido de pertenencia” y se corrobora en la

investigación realizada en Bogotá de barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios en el componente de mediación de acudientes para prestar los servicios de SSR en adolescentes y jóvenes, se observa que 2/3 partes de las instituciones requieren la presencia de un acudiente tanto para la asesoría como para la realización de procedimientos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo. Lo mismo sucede para la entrega de métodos anticonceptivos, en unas, para menores de 14 años y en 3 instituciones, para menores de 18 años (2)

En el componente 4, disponibilidad de amplia gama de servicios, la percepción de adolescentes y jóvenes acerca de los servicios que le brindan en los SSAAJ, es menor que la de profesionales; la diferencia de calificación es estadísticamente significativa; los servicios en los cuales hay menor percepción de disponibilidad son la atención al abuso sexual y la anticoncepción de emergencia. Esto hace pensar que persisten dificultades en los profesionales para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes especialmente de las mujeres y dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y la dificultad de hablar sobre el abuso sexual. Lo anterior se relaciona a su vez con la menor percepción de calidad en lo relativo con el profesional es receptivo y no te juzga.

Mientras adolescentes y jóvenes perciben que pueden dar opinión en los SSAAJ los profesionales, perciben que la participación de estos en el mejoramiento de los servicios es menor, esta diferencia la percepción de los dos grupos, podría explicarse, en la importancia que adolescentes y jóvenes dan a la novedosa experiencia de participación en contraste con la baja valoración que los profesionales dan a la participación, no obstante, se reconozca, la asimetría en el número de ítems de valoración que hay entre los dos formularios.

Adicionalmente, existe una diferencia en la valoración que hacen adolescentes y jóvenes sobre los servicios de salud amigables, quienes recomendarían este a otros y otras en un 87,2%. Por su parte los profesionales valoran en menor grado la participación de adolescentes y jóvenes a quienes sólo involucran en las decisiones de planificación del servicio en un 69,5%.

CONCLUSIONES:

El presente estudio permitió establecer que el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes aun sin ser de obligatorio cumplimiento en Colombia, cuando es implementado, evidencia la importancia que tiene para adolescentes y jóvenes el contar con servicios especiales para ellos, es decir con características de ser diferenciados, de fácil ubicación, con señales visibles que indiquen que hay una atención exclusiva para ellos y ellas, con adecuación de horarios y espacios, a los cuales puedan acudir sin cita previa y encuentren información acerca de los temas que les interesa, como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, lo cual constituyen en sí mismos, una novedad, y despierta en ellos y ellas el interés de asistir como usuarios. Por lo anterior se hace necesario entonces que estos servicios se promocionen y visibilicen más.

Se observó que persisten vacíos y dificultades en los profesionales para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes especialmente de las mujeres y para dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y en especial la dificultad de hablar sobre el abuso sexual.

Finalmente se encontró que los estándares de calidad que tiene el Modelo de SSAAJ de Colombia, para garantizar la participación efectiva de adolescentes y jóvenes es uno de los principales elementos de garantía de acceso, al ser percibido por ellos y ellas como un elemento decisorio para recomendar el servicio a un amigo.

Concordancia entre las percepciones que tienen usuarios y prestadores de la atención del desarrollo de los servicios de salud diferenciados para adolescentes, en el marco del modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Colombia 2009 2010

1. ANTECEDENTES

La evidencia actual demuestra que dentro de los factores que influyen directa e indirectamente, sobre el incremento de la fecundidad en adolescentes se encuentran, entre otros, las políticas y programas gubernamentales en los sectores de salud, mediante los cuales se organiza la oferta de los servicios de planificación familiar; así mismo la oferta de bienes y servicios de otros sectores como educación y empleo que directamente afectan la fecundidad (1)

Las necesidades de los y las adolescentes trascienden las cuestiones meramente biológicas, lo cual implica que los proveedores de servicios de salud deben ajustar su oferta de servicios, partiendo inclusive de su enfoque y abordaje. Se ha demostrado por ejemplo, que los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) se orientan hacia la atención de aspectos biológicos, especialmente ligados al ejercicio reproductivo dirigido a mujeres; poco se indaga acerca de violencia de pareja, abuso sexual, o sobre placer e inicio de relaciones sexuales (2); olvidando que para los y las adolescentes resulta mucho más importante el abordaje de los aspectos sociales o mentales, relacionados con la salud sexual y reproductiva. (3)

Los resultados de los estudios nacionales de demografía y salud en Colombia indican un leve cambio en el sentido de la tendencia al disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas de 20,5% al 19,5%. Igualmente, la tasa de fecundidad para adolescentes de 15 a 19 años disminuye: mientras en 2005 fue de 90 nacimientos por cada 1.000 adolescentes en 2010, baja a 84 por 1.000. (4)

En el mismo grupo de adolescentes de 15 a 19 años, se observa que es el grupo de mujeres en edad fértil que menos anticonceptivos usa; el 66%, sus embarazos fueron reportados como no deseados o no planeados (4) y este mismo grupo reporta ser víctima de violencia sexual en alta frecuencia: de los 22.155 exámenes médico legales por presunto delito sexual realizados en el año 2015 por el Instituto de medicina legal, 2.804, (14.8%) son realizados en adolescentes de 15 a 19 años y el 40,5% (7.648 casos) en niñas de 10 a 14 años (5).

Colombia ha avanzado en el desarrollo de procesos de atención a grupos específicos entre ellos los adolescentes, que tomaron relevancia en la primera década del siglo 21, en los que los esfuerzos que desde la cooperación internacional se venían realizando en la Región, fueron acogidos por el gobierno nacional para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes. Entre los principales hitos en la atención de la población adolescente y joven en Colombia se encuentran:

- i. Programa de Atención Integral en Salud dirigido esta población. (1993).
- ii. Resolución 412 del 2000. Norma Técnica para la detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años.

- iii. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 a 2006
- iv. Resultados de la ENDS 2005
- v. Proyecto Colombia 2004 a 2006. Fondo Mundial (25 millones de dólares)
- vi. Cooperación del UNFPA para proceso de recopilación y diseño del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ). 2006.
- vii. Ley 1098 de 2006, por la cual se adopta la ley de infancia y adolescencia,
- viii. Sentencia C355 de 2006 que despenaliza el aborto en 3 situaciones en Colombia.
- ix. Diseño del Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y Jóvenes. Octubre 2007.
- x. Ley 1122 de 2007. Modifica el sistema general de seguridad social en salud.
- xi. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública.
- xii. Resolución 425 de 2008. Plan de Intervenciones Colectivas.
- xiii. Decreto 2968 de 2010. Comisión Intersectorial para la promoción y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

A pesar de los esfuerzos realizados en Colombia a nivel nacional y territorial para mejorar la gestión integral de la SSR de adolescentes aún se presentan notorias diferencias territoriales y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el cumplimiento de la normatividad nacional vigente, que reglamenta la prevención y control de los problemas prioritarios como la SSR de Adolescentes, desde los ámbitos individual y colectivo (6)

A través de los proyectos y planes desarrollados, por el Ministerio de salud y protección social y las entidades territoriales, para el cumplimiento de la Política Nacional de salud sexual y reproductiva, –hoy Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) de 2014 a 2021–, en materia de promoción y prevención de riesgos asociados a la fecundidad temprana, las infecciones de transmisión sexual y la violencia doméstica y sexual en la población adolescente y joven, se presentan acciones aisladas en algunos departamentos sin producir las transformaciones esperadas.

Las acciones propuestas en los planes y proyectos de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, estaban encaminadas a reconocer a los y las adolescentes como sujetos de derecho. Otro propósito de la política, es la inclusión de este grupo poblacional como actores participantes en los procesos que les atañen. Aspecto este, que es ratificado en la actual PNSDSDR, en la que uno de sus objetivos es “Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción; sin limitación derivada de juicios valorativos sobre el sexo, el género y el ejercicio de la sexualidad, mediante la movilización de expresiones y contenidos afirmativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos” (7).

No obstante, se observan deficiencias en la gestión de las entidades responsables del SGSSS, y falta de cumplimiento a la normativa que reglamenta las acciones protección específica, detección temprana de alteraciones en el desarrollo del joven de 10 a 29 años y atención a los problemas asociados al

ejercicio sexual y reproductivo; lo anterior evidencia entre otras la falta de capacitación de los responsables de la atención en SSR de adolescentes; limitaciones para desarrollar acciones efectivas de inducción a la demanda, fallas en la concertación y coordinación de alianzas efectivas entre instituciones y sectores que trabajan con adolescentes y deficiencias en el suministro de métodos anticonceptivos para este grupo poblacional. Entre 2006 y 2007 se construye en el país el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ); A finales del año 2007, el Ministerio de la Protección Social, inicia la implementación del mismo, para lo cual realizó procesos de formación, dirigidos a equipos de salud (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as entre otros) de instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, Empresas Promotoras de Salud, Empresas Sociales del Estado, con el apoyo de las Direcciones Territoriales de Salud, en cumplimiento a lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública. (Decreto 3039 de 2007) (8).

De acuerdo con la estructura del Modelo de SSAAJ y los cursos de formación realizados, se espera que los servicios para adolescentes tengan alguna de las siguientes modalidades:

1. Consulta Diferenciada: Atención al adolescente y joven dentro de la agenda diaria del médico. Lo hace amigable la existencia de un profesional formado para ofrecer una atención de calidad
2. Unidad Amigable: Existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparte infraestructura con otros servicios de salud.

Cuenta con un horario diferenciado, profesionales capacitados en los temas y que además cumplen otras funciones en la institución.

3. Centro Amigable: Es un espacio físico independiente, por sí mismo, puede conformar una Institución de Prestación de Servicios Especializados en adolescentes y jóvenes; tiene profesionales especialistas designados para dicho servicio lo cual les garantiza accesibilidad permanente.

Estos servicios deben cumplir con los siguientes requisitos, componentes o estándares de calidad:

1. Acceso de Adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación.
2. Profesionales y personal de salud
3. Procedimientos Administrativos y de Gestión
4. Amplia Gama de Servicios
5. Participación Juvenil Social y Comunitaria.

A su vez cada componente está conformado por diferentes criterios, y para cada uno de ellos características que se espera se cumplan y sirven para evaluar en qué grado el servicio de salud es amigable. (9)

Desde 2007 se han realizado talleres de capacitación por departamento, en los que han participado directivos y profesionales de secretarías de salud, empresas promotoras de salud (EPS), empresas sociales del Estado (ESE), IPS y de otros sectores como secretarías de educación de diferentes municipios. Éstos han sido coordinados por un equipo multidisciplinario, con el fin de abordar elementos

conceptuales, normativos y de gestión, que permitan generar capacidades y compromisos para la implementación del modelo. Hasta el 2010 se habían efectuado 50 cursos de formación y se había capacitado 2.238 funcionarios de instituciones públicas y privadas con recursos del Ministerio de Salud, y UNFPA Colombia, y la cooperación internacional de la agencia de cooperación española AECID, en el marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente.

(10)

En los Servicios Amigables que funcionaban en el país, para el año 2011, se observaban desarrollos diferentes en unos y otros territorios, por lo que se hizo necesario realizar acciones de seguimiento y evaluación de lo implementado hasta ahora, midiendo la percepción de jóvenes y profesionales, acerca de los servicios de salud para adolescentes de acuerdo con estándares de calidad previamente establecidos.

Tabla 1: Número de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes implementados por departamento. Colombia. 2009, 2010 y 2011.

Departamento	2009	2010	2011
AMAZONAS	0	0	1
ANTIOQUIA	52	48	52
ARAUCA	0	2	3
ATLÁNTICO	8	20	20
BARRAQUILLA	3	11	14
BOGOTÁ, D.C.	5	30	30
BOLÍVAR	8	15	21
CARTAGENA	0	12	13
BOYACÁ	8	50	50
CALDAS	10	2	14
CAQUETA	0	1	4
CAUCA	18	26	26
CASANARE	20	32	32
CESAR	16	27	27
CHOCÓ	3	17	17
CÓRDOBA	0	1	3
CUNDINAMARCA	2	54	54
GUAINÍA	0	1	1
GUAVIARE	0	1	1
HUILA	17	24	30
LA GUAJIRA	0	3	6
META	21	36	35
MAGDALENA	0	8	8
NARIÑO	25	43	43
NORTE DE SANTANDER	11	8	14
PUTUMAYO	0	12	12
QUINDÍO	7	2	15
RISARALDA	3	12	14
SAN ANDRÉS Y PROVID	3	2	3
SANTANDER	18	64	65
SANTANMARTA	0	0	0
SUCRE	15	22	25
TOLIMA	7	20	48
VALLE DEL CAUCA	10	33	45
VICHADA	0	1	1
VAUPÉS	0	0	0
TOTALES NACIONALES	290	640	747

Fuente: Información enviada a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la protección social, por las entidades territoriales de salud.

Para evaluar el grado de desarrollo y la calidad de los servicios amigables que funcionan en el país, se aplica una encuesta autoadministrada a los profesionales de la salud (Formulario A4) y a adolescentes y jóvenes (Formulario A11), que forma parte del Modelo de SSAAJ (9); el Ministerio de Salud y Protección Social, ha dado la instrucción a los SSAAJ, de aplicar estos instrumentos al menos 1 vez al año, y son recopilados por la Dirección General de Salud Pública hoy Dirección de Promoción y Prevención, para analizar el grado de avance en la implementación de los diferentes estándares de calidad de los servicios, medir el grado de desarrollo (alto, medio, bajo e incipiente) e identificar los elementos susceptibles de mejoramiento.

A la fecha se han realizado varias evaluaciones a la calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes funcionando en el país con distintas metodologías como se expone en la Tabla 2.

Tabla 2: Evaluaciones, Investigaciones, Sistematizaciones, Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes. Colombia.

<i>Investigación</i>	<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>Metodología</i>	<i>Población Objetivo y fuentes de datos</i>	<i>Principales conclusiones</i>	<i>Recomendaciones</i>
<p>Evaluación sumativa de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, en Colombia 2009 Ministerio de Salud DISPONIBLE: http://sipro.unfpa.org.co/documentos/monitoreo_evap/Evaluacion_SSAAJ_Informe_Final.pdf (11)</p>	2010	Mentor Colombiano a solicitud o por el Ministerio de Salud y UNFPA.	<p>Análisis de 207 formularios A4 de 17 departamentos y 123 municipios del país y 2.024 formularios A11 de 24 municipios (Excel); 58 entrevistas semiestructuradas, y grupos focales a alcaldes, secretarios de salud, jóvenes usuarios y no usuarios de los servicios, gerentes de hospitales de 9 servicios del país de alto, medio, bajo y ningún desarrollo en 9 municipios del país (ATLAS TI).</p>		<p>Los servicios evaluados con instrumento A4 se encuentran en un nivel medio de desarrollo, (64,5%) el mayor cumplimiento se encuentra en el componente de amplia gama de servicios, mientras que el componente de participación juvenil social y comunitaria es el de menor grado de desarrollo. Los profesionales, refieren tener procesos de capacitación y los procedimientos administrativos y de gestión presentan un cumplimiento del 100%. Por su parte los y las adolescentes y jóvenes, califican los servicios como fáciles de ubicar, pero les falta señalización; los profesionales, utilizan lenguaje claro y fácil de entender para ellos, quisieran mayor posibilidad de elección del profesional que les atiende.; piensan que los servicios respetan la confidencialidad y aseguran su privacidad; pero no tienen posibilidad de acceder al servicio sin llamar la atención de adultos, Entre las opciones de atención se destacan las pruebas de embarazo, y las asesorías de salud sexual y reproductiva; la anticoncepción de emergencia es el servicio menos conocido por los y las adolescentes. Por su parte en cuanto a la participación los jóvenes recomendarían el servicio a otros jóvenes, pero sienten que su posibilidad de opinar es baja. En la evaluación externa, los principales obstáculos encontrados para el desarrollo de los servicios fue la falta de disponibilidad del recurso humano designado al servicio, espacios físicos adecuados, flexibilidad en los horarios de atención y asignación de citas y falta de continuidad en la atención. Los logros y éxitos que se destacan son entre otros contar con equipos interdisciplinarios completos, reconocimiento y valoración positiva de los SSAAJ, dentro de la población beneficiaria, apoyo del Ministerio de Protección Social con asesoría</p>	<p>-Crear mecanismos y estrategias de permanencia del recurso humano a cargo de los servicios de salud amigables.</p> <p>-Crear espacios de formación virtual, para llegar a equipos de salud a bajo costo, en lugares apartados, y fortalecer procesos de actualización.</p> <p>-Ajustar más el Modelo de SSAAJ al SGSSS.</p> <p>- Continuar con asistencia técnica permanente del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), de manera continua, en formación, sensibilización a tomadores de decisiones, con miras a garantizar los recursos, espacios, y fortalecimiento de políticas en que las que adolescentes y jóvenes sean el tema central.</p> <p>-Promover en los servicios la labor de sistematización de experiencias que permitan construir memoria histórica, y nutrir de aprendizajes la implementación de los servicios, teniendo en cuenta que se tiene equipos comprometidos, con conocimiento y entusiasmo para extender su labor a otros sectores de la comunidad.</p>

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
					permanente. Otro éxito es el cambio de enfoque de la consulta tradicional, mayor gama de servicios, disminución de barreras administrativas, ampliación de cobertura de atención, voluntad política de tomadores de decisiones y avances en el desarrollo de liderazgos y procesos consolidados de participación de adolescentes y jóvenes en los servicios.	
Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. Disponible en : http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/682 Revista Colombia Médica Universidad del Valle del Cauca Colombia Vol. 41 No. 1 (12)	2010	Claudia Valencia, Gladys Canaval, Amanda Patricia Molina, Hugo Andrés Caicedo, Lina Marcela Serrano, Raquel Valencia, Vivian Piedrahita, Yurani Vasquez, Jaime Humberto Echeverry	Estudio de investigación-participación con jóvenes y funcionarios de una ESE de Cali. La población de jóvenes se encontraba entre los 10 a 19 años. Inicialmente se aplicó un instrumento de evaluación al personal de salud y luego una encuesta sobre los SAJ. Se realizaron entrevistas grupales y grupos de discusión para analizar los resultados. Se hizo abogacía y se formularon propuestas ante las autoridades locales y tomadores de decisiones, sobre el manejo de los recursos.		La encuesta al personal de salud mostró que en la mayoría de las instituciones prestadoras de salud, no se cuenta con espacios y horarios definidos para la atención a los jóvenes, falta capacitación y número adecuado de funcionarios para la atención, ausencia de material de apoyo para educación en salud. La encuesta de jóvenes fue respondida por 100 jóvenes, el 76% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 15.7 años con un rango entre los 12 y 26 años; con relación a la satisfacción en la atención brindada por el personal de salud, el porcentaje más alto lo obtuvo el personal médico y el más bajo el personal auxiliar de enfermería. El servicio más consultado es la consulta con médico general y los servicios más frecuentados en el último mes fueron vacunación (19.7%), odontología y urgencias (11.8% para cada uno).	Es necesario y de gran utilidad reorientar los servicios de salud que se ofrecen al joven de acuerdo a los principios y lineamientos de los SAJ, los cuales enfatizan en acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios de atención integral y sin barreras, así como fortalecer conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de servicios para que identifiquen y atiendan a jóvenes en forma idónea.
La implementación de servicios de Salud amigables para: Adolescentes	2010	Jinnet Bedoya y cols.	Sistematización de tipo retrospectiva. Análisis documental. Entrevistas semiestructuradas a funcionarios del nivel nacional, departamental y local.	Municipios de Campoalegre, La Plata y Neiva en el Departamento del Huila.	Lecciones aprendidas: -Importancia de realizar procesos de asistencia técnica y acompañamiento permanente a los diferentes actores del SGSSS, que involucre a otros sectores como educación, ICBF, SENA.	-La estrategia de oferta de servicios de salud dirigida a mejorar las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes debe ir acompañada, con otras que permitan afectar los determinantes de tipo más estructural de estas condiciones como acceso a

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
<p>y Jóvenes en el Departamento del Huila. La experiencia de las ESE de Campoalegre, La Plata y Neiva Disponible en</p> <p>http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/Sistemizacion-huila.pdf (Ministerio de la Protección Social, 2010) (10)</p>			<p>Talleres de reflexión sobre la experiencia en los municipios seleccionados. Análisis con Atls Ti</p>		<p>-Coordinación de acciones individuales del plan obligatorio de salud y las colectivas dirigidas a adolescentes y jóvenes o a sus problemáticas.</p> <p>-Se ratifica la importancia de ver los SSAAJ más allá de la oferta en SSR, hacia la prestación de servicios integrales que respondan a las necesidades de A y J.</p> <p>-El alcance de la implementación de los SSAAJ es mayor cuando se genera coordinación intersectorial desde el inicio del proceso en el diseño, así como en la implementación y evaluación, materializada en la definición de rutas de atención y trabajo en conjunto para las principales problemáticas que afectan a adolescentes y jóvenes.</p> <p><u>Lecciones aprendidas para las ESE.</u></p> <p>-Designar a un líder de la estrategia al interior.</p> <p>-inclusión del SSAAJ en los planes de desarrollo institucional y modelos de gestión o atención, lo que permite asegurar el respaldo administrativo y de los funcionarios para su desarrollo y se constituyen en un mecanismo que contribuye a darle sostenibilidad al interior de la institución.</p> <p>-Aplicar los estándares de calidad del Modelo de SSAAJ, confirma lo significativo que resulta en la apropiación de adolescentes y jóvenes. (Horarios diferenciados, atención sin cita previa, conformación de equipos de salud con empatía para atender a A y J, y disponibilidad permanente de insumos y medicamentos).</p> <p>- Sensibilización y capacitación además del equipo de salud a cargo del SSAAJ a todo el personal de la institución.</p> <p>-Importancia de la participación de A y J, desde la creación del SSAAJ, y tener en cuenta sus opiniones en la organización y</p>	<p>educación superior, generación de alternativas.</p> <p>-MPS tiene el reto de actualizar la norma técnica del año 2000, de atención del joven que hacer obligatoria para los actores del SGSSS la implementación de los SSAAJ en alguna de sus modalidades.</p> <p>-Avanzar en la integralidad del servicio, incluyendo la atención de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), su salud mental y la violencia intrafamiliar y sexual.</p> <p>-La ampliación de servicios en la norma técnica requerirá, así mismo, el ajuste al valor de la UPC para el joven, con el objetivo de generar sostenibilidad financiera a la estrategia.</p> <p>-Fortalecer el sistema de seguimiento a la estrategia en todos los Niveles.</p> <p>-Reorientación en la formación de los profesionales de salud frente a la atención al joven, que incluya como escenarios de práctica los SSAAJ.</p> <p>-Elaboración de caja de herramientas para el trabajo en promoción de DSR con adolescentes y jóvenes.</p> <p>-Difundir la estrategia en medios de comunicación masiva y local.</p> <p>- Ampliar la cobertura del PESCC a todas las instituciones Educativas a nivel local, de manera que contribuya a la formación de los docentes y padres de</p>

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
					planeación, fomento de formación de grupos, redes, organizaciones. -Incluir docentes, padres, madres cuidadores	familia en la educación para la sexualidad de adolescentes y jóvenes
Factibilidad para la creación de una IPS "Centro Amigable" para jóvenes y adolescentes en el municipio de Popayán http://hdl.handle.net/10882/518 http://repository.ean.edu.co/handle/10882/518 (Castro, Dueñas, & Martínez, 2011) (13)	2011	Castro Torres, Fernando; Dueñas, Mónica Cecilia; Martínez Rojas, Bredio Andrés;			En Colombia, desde la reunión de salud reproductiva y tecnología diagnóstica perinatal, se recomendó al Ministerio de Salud replantear la programación de actividades para incluir a adolescentes como sujeto y objeto de atención. A partir de esta recomendación, el Ministerio de Salud conformó un grupo de trabajo liderado por la División Materno Infantil y de Dinámica de la Población, para coordinar acciones dirigidas a la población adolescente, contando con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA8. En esta investigación se hace un estudio de Factibilidad de creación de una IPS Centro Amigable para jóvenes y adolescentes, en la ciudad de Popayán (c), como alternativa para que la población joven busque apoyo en el área de la salud sexual y reproductiva	
Elementos explicativos de la participación adolescente y juvenil en la implementación del programa "Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes en San Juan de Pasto, Colombia 2011 (14)	2011	Melly Andrea Bravo Bolaños	Teoría de acción colectiva para identificar factores que hacen que el adolescente o joven participe en los servicios de salud amigables	220 Adolescentes y jóvenes residentes en la ciudad de San Juan de Pasto Colombia, próximos a zonas de influencia de los servicios amigables de la ESE Pasto Salud. Instrumentos de recolección de información: Encuesta Modelo de Regresión Logística: i. Participación como beneficiarios de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las variables: percepción del riesgo y carencia de motivación institucional, explican la inasistencia de adolescentes y jóvenes a servicios de PyP y la debilidad de su participación en grupos juveniles. 2. Los diferentes tipos de participación, resultan complementarios para el sustento del bien de SSR, en cuanto un jóvenes participa en 1 de las actividades es más propenso a participar en las otras. 3. Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes a servicios de PyP. Y grupos juveniles e incrementar a su vez su 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar en mejorar la información a los jóvenes en cuanto al riesgo y en motivación institucional, es decir estrategias de comunicación, pertinentes, diferenciales. 2. Incrementar la participación en grupos juveniles para aumentar la participación de los jóvenes en actividades educativas. 3. Para los servicios de salud amigables de la ESE San Juan de Pasto,

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
				servicios de salud de P y P ii. Participación de adolescentes y jóvenes como asistentes a actividades educativas iii. Participación en grupos juveniles. iv. No participación de adolescentes y jóvenes en actividades educativas y como beneficiarios de servicios de P y P	participación en actividades educativas, permite a los jóvenes el ejercicio de uno de sus DSR: derecho a la información, para garantizar la autonomía reproductiva y mejorar su condición de ciudadanos al conocer sus derechos y los límites que éstos impone para luego ejercerlos. 4. El status socioeconómico no es determinante para participar,	trabajar en educación sobre concepción de derechos y la forma como adolescentes y jóvenes puedan ejercerlos. 4. Agilizar y garantizar procesos de atención a adolescentes y jóvenes y formación de recurso humano que permita ofrecer acciones coherentes con los discursos. 5. Modificar estrategias para convocar a adolescentes y jóvenes a los servicios.
Estudio a profundidad. Basados en las encuestas de demografía y salud ENDS 1990/2010. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos Colombia Agosto 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigit	2013	Elvia Vargas Trujillo - Investigadora Principal Darwin Cortés – Coinvestigador Juan Miguel Gallego – Coinvestigador Darío Maldonado – Coinvestigador Marta Carolina Ibarra –	Estudio exploratorio no experimental, de corte transversal, cuantitativo, correlacional, multivariado, desde el Enfoque Basado en Derechos Humanos y desde la perspectiva ecológica se examinaron factores individuales (status de SSR, variables sociodemográficas, variables psicosociales, tales como cogniciones, intenciones, actitudes, percepciones, conocimientos y prácticas en sexualidad. Tener relaciones sexuales vaginales, edad de inicio de las relaciones sexuales vaginales, prácticas sexuales, ser madre en la adolescencia, autocuidado de la salud, ejercicio de la autonomía, conocimiento sobre período	b. Fuentes de datos: Datos secundarios proporcionados por Profamilia de 21.065 mujeres de 13 a 24 años, encuestadas para la ENDS 2010. Datos proporcionados por MEN y el MSPS; datos de situación socioeconómica y climática de municipios disponibles en DANE, ICFES e IDEAM.	En los análisis realizados para todas las mujeres de 13 a 24 años, de edad que participaron en la encuesta, indican que a mayor nivel de implementación del PESCC en el municipio en el que viven, tienen más probabilidad de reportar un mayor número de prácticas de autocuidado que contribuyen a la protección, mantenimiento o recuperación de la salud sexual y reproductiva; tienen actitudes más favorables hacia asuntos que conciernen a la sexualidad (homosexualidad, uso de métodos anticonceptivos, personas viviendo con VIH, en contra de la violencia basada en género y embarazo en un futuro cercano) pero tienen una relación inversa con conocimientos acerca de sexualidad que indaga la ENDS 2010; lo cual está probablemente relacionado con el énfasis del PESCC en procesos de cambio actitudinal, más que cognoscitivo y que la ENDS examina la dimensión biológica y reproductiva de la sexualidad;. Mientras que las mujeres que viven en los municipios con mayor grado de desarrollo de los SSAAJ tienen mayor probabilidad de recibir	Es importante que la consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes incluya, además de la orientación en planificación, conversaciones que permitan identificar las actitudes y los conocimientos asociados a las prácticas sexuales que promueven y mantienen la salud, y que a esta estrategia se vinculen con propuestas específicas, y basadas en evidencia, las instituciones privadas del sector salud a las cuales acceden las mujeres afiliadas al sistema de seguridad social contributivo. Las secretarías de educación donde el PESCC tiene alto grado de desarrollo deben dar sostenibilidad al programa, lo cual implica el trabajo intersectorial para la implementación de las acciones, están en capacidad de liderar procesos que trascienden el

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
al/RIDE/INEC/INV/6%20-%20EDUCACION%20SEXUAL%20DE%20MUJERES%20COLOMBIANAS%20EN%20LA%20JUVENTUD.pdf (Vargas Trujillo, Cortés Gallego, Maldonado, & Ibarra, 2013) (15)		Coinvestigadora.	fértil, métodos anticonceptivos modernos, transmisión perinatal del VIH, síntomas de las ITS, en hombres y mujeres, interrupción voluntaria del embarazo, actitudes en SSR, percepciones acerca de la calidad y utilidad de los temas sobre los cuales han recibido educación sexual). Factores interpersonales (variables sociodemográficas de la familia, experiencias de inequidad en las relaciones interpersonales (asimetría de poder en la relación de pareja, ejercicio del derecho a decidir) educación sexual (fuentes de información y exposición a información) información acerca de sexualidad, participación en actividades de educación sexual) y factores contextuales Variables socioeconómicas del municipio; disponibilidad de iniciativas de promoción de los DHSR implementadas en el país por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) acerca del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, - PESCC- y el programa del Ministerio de Salud y protección social (MSPS) acerca de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes		información sobre diversos temas de la sexualidad en los no se relaciona significativamente con la calidad percibida, pero sí con conocimientos. Las mujeres jóvenes que han iniciado actividad sexual o que ya han tenido un hijo aprovechan más los servicios de salud.	ámbito escolar y, por lo tanto, de facilitar una gestión articulada de los recursos disponibles para los propósitos que se definan a nivel local para la promoción de los DHSR. -Fortalecer las competencias de las y los docentes y de las personas prestadoras de servicios de salud para la realización de acciones coordinadas entre los dos sectores y otros con competencia en el tema. -Reconocer las modalidades pedagógicas y las contribuciones disciplinares diversas y complementarias que se desarrollan desde cada sector. - Destinar los recursos necesarios para fortalecer el trabajo intersectorial que lidera el sector educativo en el marco del PESCC y diseñar evaluaciones de resultado, para la rendición de cuentas y toma de decisiones fundamentada en evidencia. - Empoderar a las figuras cuidadoras para crear entornos propicios para el desarrollo de la autonomía e implementar procesos de movilización social para posicionar el concepto de niñas, niños, adolescentes y jóvenes empoderadas y empoderados para el ejercicio de sus derechos. - Involucrar a los actores sociales que constituyen las fuentes de apoyo, información y modelo para las personas más jóvenes de la sociedad (figuras cuidadoras, personal de educación y salud, responsables de medios de comunicación, etc.).

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
			(SSAAJ) y análisis econométricos.			-Identificar temas pertinentes para abordar para cada momento del desarrollo, y favorecer que las personas cuenten con competencias (conocimientos, actitudes y prácticas) requeridas para el ejercicio de los derechos y el mantenimiento de la salud.
Barreras y Facilitadores para el Acceso de Adolescentes y Jóvenes a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de la Red Pública y Privada de Bogotá, D.C. Disponible en http://www.unfpa.org.co/?portfolio=embarazo-adolescente-en-bogota-construir-nuevos-sentidos (Secretaría Distrital de Salud - Fondo de población de las Naciones Unidas, 2011) (2)	2013	Pablo Montoya, Eliane Barreto y cols Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, UNFPA	Estudio observacional descriptivo. Metodología mixta cuantitativa y cualitativa. Cuantitativo: Variables Medidas: 1) Cobertura de consejería en prevención contra los riesgos asociados al ejercicio reproductivo, 2) capacidad para responder a la demanda de atención SSR, 3) cobertura de control prenatal en población adolescente y joven, 4) medición de oportunidad de cita, 5) medición de hemoglobina a adolescentes, 6) cobertura de tamizaje para VIH, 7) cobertura de tamizaje para cáncer de cérvix e infección por VPH, 8) seguimiento a casos de violencia, 9) tasa de negación de consultas y 10) cobertura de consulta de planificación familiar en adolescentes y jóvenes. Cualitativo:	Información de 25 EPS 22 ESE 18 Grupos focales y 30 entrevistas individuales a adolescentes y jóvenes de 10 a 14 años, 15 a 19 años, y 20 a 14 años. Cuidadores. 22 a Prestadores de servicios de salud (médicos, ginecobstetras, enfermeras, psicólogos) Tomadores de decisión; directivos de instituciones oficiales y no gubernamentales del nivel distrital y nacional y de cooperación internacional y observaciones directas a IPS, públicas y privadas y servicios amigables. .Localidades Suba, Kennedy,	Servicios de Salud para Adolescentes: -Fragmentación en la atención afecta la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la atención. -Sistemas de información ineficientes, dificultan la gestión de programas y seguimiento a las actividades desarrolladas -Norma técnica del joven desactualizada. -Implementación de servicios diferenciados para adolescentes (servicios amigables) en ESE de primer nivel y EPS subsidiadas. -Poco conocimiento de los SSAAJ por la población objetivo. -Escaso recurso humano asignado a la atención en SSR de adolescentes, con alta rotación, baja remuneración, contratación inestable e insuficiente capacitación específica -Baja participación de los y las adolescentes en el diseño y construcción de los servicios dirigidos a ellos. -Barreras en la entrega de métodos anticonceptivos; provisión en sitio diferente a la atención, requerimiento de acudiente, ruptura de la confidencialidad, exámenes previos a la entrega. -Exigencia de acudiente a menores de 18 años, especialmente en IPS del régimen contributivo. -Resistencia en los profesionales para entregar información, y abordar atención sobre interrupción voluntaria del embarazo, violencia sexual y de género, placer entre otros.	- Fortalecimiento de las actividades de Asistencia técnica, Inspección, Vigilancia y Control (IVC). - Fortalecimiento sistema de información. - Actualización guías técnicas para atención adolescente y joven. - Integración e integralidad de servicios. - La estrategia de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes no debe ser un tema de especialistas, debe estar disponible en todos los servicios de salud. - Los servicios deben planearse y adecuarse de acuerdo con la edad de las personas que van a recibirlos. Es importante tener en cuenta estas particularidades del desarrollo psicológico e interpersonal de los adolescentes no sólo en la comprensión de sus conductas de riesgo sino en los programas de prevención y atención en SSR. - Se evidenció la importancia de crear espacios para discutir estos temas con las y los cuidadores con el fin de promover el respeto por los DSR de las y los adolescentes y favorecer la comunicación entre cuidadores y adolescentes en términos francos y con conceptos

<i>Investigación</i>	<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>Metodología</i>	<i>Población Objetivo y fuentes de datos</i>	<i>Principales conclusiones</i>	<i>Recomendaciones</i>
					<p>-Temor en madres, padres y cuidadores para abordar temas de sexualidad con sus hijos e hijas,</p> <p>- Las fuentes de información y consulta sobre sexualidad y SSR de los adolescentes son los medios de comunicación, y pares.</p> <p>-Hay discrepancia entre la información que reciben los adolescentes y jóvenes con el conocimiento, actitudes y prácticas.</p> <p>-</p>	<p>acertados y promover el uso oportuno de los servicios.</p> <p>- Necesidad de desarrollar estrategias de educación de pares y fortalecimiento de grupos juveniles.</p> <p>- Crear mecanismos de evaluación sistemática y periódica de barreras de acceso y calidad de la prestación de servicios.</p> <p>- Integración intrasectorial: integración de objetivos, metas, estrategias y sistemas de monitoreo y evaluación.</p> <p>Abogar por la operativización de la "Comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos" generando mecanismos de monitoreo y evaluación integrados desde altas instancias y apoyando el desarrollo del plan nacional para la prevención del embarazo en adolescentes.</p>
<p>Evaluación Nacional de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. http://www.unicef.org/evaldatabase/index_73870.html https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Evaluacion-</p>	2013	<p>Carolina Murgueit o. Carmen Elisa Flórez. Claudia Peñaranda. Elvia Vargas. Luisa Riveros. Salomón Bechara Zuleima Urrea. Mauricio Castro</p>	<p>Estudio cuasi experimental de corte transversal, estructurada en 3 componentes: - Evaluación de resultados, evaluación de operaciones y recomendaciones basadas en resultados.</p>	<p>Encuestas a adolescentes usuarios de los servicios de 14 a 24 años: 2.332. SSAAJ visitados: 100 Municipios: 48. Departamentos: 25 Encuestas a funcionarios de secretarías departamentales y municipales de salud, y SSAAJ: 55. Grupos focales de adolescentes y jóvenes usuarios de</p>	<p>-Si bien el Modelo no es de implementación obligatoria y probablemente su posicionamiento dentro del sector salud sea todavía incipiente, presenta resultados destacables y positivos en términos de eficacia, pertenencia e intención de uso.</p> <p>-Las y los jóvenes están recurriendo a los servicios cuando perciben que tienen necesidad de orientación o apoyo en Salud Sexual y Reproductiva y esto es más probable que ocurra cuando ya han iniciado actividad sexual penetrativa</p> <p>-Los servicios cuentan con un alto puntaje en eficacia, intención de uso y en menor medida en pertinencia en la medida que el perfil de las personas usuarias que mayor utilidad</p>	<p>- Articular acciones con instituciones de otros sectores para fomentar la participación juvenil</p> <p>- Fortalecer las Unidades Amigables, que es la modalidad de mayor puntaje, y expandir el modelo a través de Unidades Amigables y las que se implementan a través de consulta diferenciada, fortalecerlas mediante el mejoramiento de las instalaciones y la capacitación al personal.</p> <p>- Es importante, de acuerdo a estos resultados, el fortalecimiento de los componentes de "Profesionales y personal de salud", capacitando y</p>

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
de-los-Servicios-Amigables.pdf (Ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008) (16)				servicios individuales y colectivos de los SSAAJ: 4 en las ciudades de Bogotá, Yopal (Casanare), Villavicencio (Meta), y la Unión (Valle del Cauca).	<p>encuentran en este tipo de servicios tiende a ser las que han iniciado actividad sexual o se perciben en riesgo.</p> <p>-Los usuarios expresan satisfacción frente a la calidad y atención de los SSAAJ y en general los SSAAJ son apreciados por los usuarios.</p> <p>-La calidad de los servicios y los profesionales son importantes para los adolescentes y son muy trascendentales a la hora de determinar si usarán o no un servicio amigable en el futuro.</p> <p>-Los usuarios de los servicios también tienen mayor conocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva, si bien no es posible atribuir tal condición exclusivamente al Modelo SSAAJ, sí es posible asegurar que quienes más utilizan los servicios, manteniendo todo lo demás constante, reportan mayor conocimiento sobre los temas de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.</p> <p>-Se identifican barreras culturales todavía por superar en especial en los imaginarios de los adolescentes y jóvenes que consideran que los hombres siempre deben estar dispuestos a las relaciones sexuales, no importa el riesgo que se corra y que las mujeres no pueden ejercer su sexualidad con total libertad al demostrar que tienen experiencia.</p> <p>- En el análisis de participación de los adolescentes, se evidenció que en general ésta es baja. Cuando este resultado se combina con lo encontrado en el índice de eficacia de los servicios que incluye a la participación como un factor que potencia los resultados deseables, se puede concluir que un canal clave para potenciar los resultados</p>	<p>sensibilizando al recurso humano que atiende y gestiona los SSAAJ así como el componente de "Participación social y comunitaria" pues los jóvenes tienen una participación baja, en particular en los procesos de veeduría, estableciendo alianzas con redes sociales y empoderando a los jóvenes para que puedan participar activamente en los procesos de toma de decisiones sobre los servicios.</p> <p>- Consistente con el Plan Decenal de Salud 2012-2021, es necesario desarrollar mecanismos para asegurar que la implementación de los SSAAJ sea de obligatorio cumplimiento. Para lograr este propósito es necesario visibilizar los resultados de esta evaluación, en donde se hace explícita la importancia de los SSAAJ para lograr los objetivos del Plan Decenal en la población de adolescentes y jóvenes.</p> <p>- Es necesario un sistema de financiamiento de los SSAAJ que garantice su permanencia, independiente de la voluntad política de líderes a nivel local o nacional. Para superar las barreras de implementación o permanencia de los SSAAJ (financiamiento, dotación, personal) se podría realizar un estudio que determine la viabilidad técnica y jurídica de un dotar al Ministerio de los recursos y competencias para acompañar directamente, por algún período de tiempo, a los servicios ubicados en</p>

<i>Investigación</i>	<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>Metodología</i>	<i>Población Objetivo y fuentes de datos</i>	<i>Principales conclusiones</i>	<i>Recomendaciones</i>
					<p>benéficos de los servicios amigables es la alianza de las instituciones de salud y los servicios amigables con los grupos juveniles. Adicionalmente, desde la perspectiva de los funcionarios de las entidades prestadoras de servicios, la participación de los adolescentes en los procesos de veeduría y control ciudadano así como en la toma de decisiones sobre agendas y funcionamiento de los SSAAJ es débil y es precisamente la dimensión de Redes y Participación la que arrastra hacia abajo el total general del Índice Sintético de la evaluación de operaciones.</p> <p>- La razón que se esgrime con más frecuencia por parte de los usuarios para no participar en los procesos de identificación de necesidades, implementación de servicios o seguimiento y evaluación, es el desconocimiento de las oportunidades de participación que se encuentran disponibles. Si bien existen otras razones, ampliar los canales de comunicación que informan a usuarios y no usuarios de dichas oportunidades, puede incentivar la participación con los correspondientes resultados deseables.</p> <p>- La calidad de los servicios y los profesionales son importantes para los adolescentes y son trascendentales a la hora de determinar si usarán o no un servicio amigable en el futuro.</p> <p>El modelo SSAAJ, se ha probado pertinente y eficaz, al menos en la mayoría de modalidades, para cumplir sus objetivos.</p> <p>La confidencialidad y privacidad se garantizan por parte de los servicios, no obstante persiste un tema de barrera cultural que hace que los jóvenes sientan que son señalados por usar los SSAAJ.</p>	<p>regiones con menores recursos, con implementación más reciente, o con riesgo de desaparición.</p> <p>Realizar un estudio que determine la viabilidad técnica y jurídica de un esquema que permita al sistema de salud dotar directamente de medicamentos, métodos y otros recursos a los Servicios Amigables con menores recursos o más recientemente formados.</p> <p>- Promover la recolección, actualización y registro frecuente de la información de usuarios de los SSAAJ así como de los mismos servicios de salud en el país para poder ejercer un eficiente registro de información que permita el seguimiento así como llevar a cabo rendición de cuentas. Para ello se requiere de obligatoriedad en el registro de información en integración con el RIPS (Registros individuales de prestación de servicios de salud). Esto en particular es muy importante para la ampliación del modelo a nuevas regiones.</p> <p>- Integrar los diferentes sistemas de registro de información sobre el tema en un UNICO sistema de información que sirva a los diferentes actores, con el fin de evitar duplicidad de tareas en las unidades prestadoras del servicio.</p> <p>- Evaluar la integración de los reportes actuales A4 y A11 como parte del UNICO sistema de información a definir el cual debería estar integrado al RIPS.</p>

<i>Investigación</i>	<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>Metodología</i>	<i>Población Objetivo y fuentes de datos</i>	<i>Principales conclusiones</i>	<i>Recomendaciones</i>
						<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar el universo de servicios amigables en el país y actualizar la información relacionada con su funcionamiento. - En ese sentido, como se evidenció en la calificación del Índice Sintético, es recomendable implementar la modalidad de Unidad Amigable, que es la de mejor desempeño en lo operativo y en la percepción de calidad por parte de los usuario. - Tener en cuenta los resultados sobre conocimientos que arroja esta evaluación para revisar los contenidos y la metodología de las estrategias de Comunicación, Información y Educación de los SSAAJ.- - Dar a conocer la diversidad de la oferta de los SSAAJ para incrementar la demanda, implementando otras alternativas novedosas de difusión como las TIC y los medios de comunicación. - Realizar campañas de formación en salud sexual y reproductiva y de los servicios, fortaleciendo la oferta de servicios colectivos (parte del componente de disponibilidad de una amplia gama de servicios) para que haya una mayor interacción entre padres, jóvenes y otros adultos y no se señale a los jóvenes por buscar estos servicios. - Si bien los servicios son pertinentes se requiere superar cuellos de botella de horarios de atención, cobertura geográfica y barreras culturales. Se recomienda incentivar el uso de servicios no han iniciado actividad sexual

Investigación	Año	Autores	Metodología	Población Objetivo y fuentes de datos	Principales conclusiones	Recomendaciones
						<p>penetrativa a través de actividades de promoción y educación y articulación con los otros sectores del Conpes 147.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el sistema de capacitación al personal de atención en las IPS. - Abordar el tema de la alta rotación del personal.
<p>Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia Disponible en : http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/1/90 : (Huaynoca, Svanemyr, Chandra-Mouli , & Moreno Lopez, 2015) (17)</p>		<p>Silvia Huaynoc a1*, Joar Svanemyr2, Venkatraman C. Chandra-Mouli2 and Diva Jeaneth Moreno Lopez3</p>	<p>Basada en una revisión bibliográfica sobre servicios de SSR para jóvenes, esfuerzos nacionales para mejorar la atención de calidad en Colombia y países vecinos y entrevistas a aliados clave. La información recolectada fue analizada con el marco ExpandNet de la Organización Mundial de la Salud.</p>		<p>En los siete años (2007–2013) de implementación del Modelo SSAAJ más de 800 clínicas a nivel nacional se convirtieron en amigables para jóvenes. En el 2013, 536 municipalidades en 32 departamentos tenían SSAAJ alcanzando una cobertura de 52 % por municipalidad.</p> <p>El análisis de la información identificó cinco elementos que facilitaron la ampliación a escala: políticas y guías claras de implementación de SSAAJ, atributos claros de la organización usuaria y del equipo de recursos, establecimiento e implementación de una estrategia interinstitucional e intersectorial, identificación de aliados y abogadores de los SSAAJ, y sólido monitoreo y evaluación.</p> <p>Los elementos que limitaron o retrasaron este esfuerzo fueron: insuficiente número del personal de salud capacitado en salud del joven y SSR, alta rotación del personal de salud, descentralizado sistema de seguro de salud, inadecuada dotación de recursos financieros y humanos, y percepciones negativas de miembros comunitarios sobre la oferta de información y acceso a servicios de SSR para jóvenes.</p> <p>Conclusión: La experiencia en Colombia muestra que en la ampliación a escala de programas de salud para jóvenes son esenciales políticas de salud con claras directrices de implementación, apoyo de líderes y directivos institucionales trabajando</p>	

<i>Investigación</i>	<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>Metodología</i>	<i>Población Objetivo y fuentes de datos</i>	<i>Principales conclusiones</i>	<i>Recomendaciones</i>
					en SSAAJ, formación continua del personal de salud e inclusión de usuarios en el diseño y supervisión de servicios.	

Fuente: Construcción propia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Conocer la concordancia que existe, entre la percepción de adolescentes y jóvenes, y la de profesionales y personal de salud sobre el grado de desarrollo logrado en cada uno los componentes, según el estándar definido en el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, mediante el uso de los datos de series recogidas en los servicios existentes a través de los instrumentos A4 y A11 en los años 2009 y 2010 de Colombia.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los Ítems idénticos o similares entre los instrumentos A4 y A11 aplicados a jóvenes usuarios de los servicios y prestadores.
- Identificar los ítems diferentes entre los instrumentos A4 y A11 aplicados a jóvenes usuarios de los servicios y prestadores.
- Identificar los ítems mejor y peor valorados en los instrumentos A4 y A11 aplicados a jóvenes usuarios de los servicios y prestadores.
- Analizar los niveles de concordancia logrados por las variables que miden las percepciones de adolescentes y jóvenes, frente a las de los prestadores respecto de cada uno de los componentes del modelo de SSAAJ
- Conocer la concordancia entre el grado de desarrollo y calidad de los SSAAJ percibido por profesionales de la salud y adolescentes.

- Comparar los aspectos de concordancia encontrados en las dos series en 2009 con los aspectos de concordancia encontrados en 2010

3. PROPÓSITO

Lo anterior expuesto motiva la presente investigación para saber ¿cuál es la concordancia que existe sobre el grado de desarrollo y calidad logrado en cada uno de los componentes del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de Colombia, según el registro de las percepciones de adolescentes y jóvenes respecto de las percepciones de profesionales y personal de salud, recogidas en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes que reportaron el hallazgo en 2009 y 2010?

Se quiere analizar el grado de concordancia existente entre las respuestas registradas en los 207 casos en el instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes. (Anexo A4), con los parámetros similares extraídos de las 2.024 encuestas auto administradas para adolescentes y jóvenes (Anexo A11), realizadas en los servicios de salud amigables en Colombia en el año 2009, así como realizar el mismo análisis para los 485 instrumentos A4 del 2010, con los parámetros similares de las 5.742 encuestas de A11 del mismo año.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien se ha realizado evaluación sumativa (11), para verificar el grado de implementación de los servicios amigables en 2010, y una evaluación con metodología cuasi experimental en 2014, no se ha medido la concordancia

entre la opinión de los prestadores y la opinión o percepción de adolescentes y jóvenes acerca de los mismos servicios

Realizar esta investigación, permitirá conocer la correlación entre las dos percepciones, la de profesionales que prestan los servicios de salud y adolescentes que acuden a ellos, con base en lo cual, se tendrá un alto grado de certeza, sobre el desarrollo y calidad de los servicios de salud amigables en Colombia, la pertinencia de los enfoques y estructura prevista en el Modelo de SSAAJ. Los anteriores datos permitirán sistematizar los aspectos que se comportan como limitantes o facilitadores, para sobre ellos fortalecer la capacidad de respuesta institucional y acelerar la extensión de cobertura de los servicios a los y las adolescentes y jóvenes.

No existe literatura disponible que compare la concordancia estadística entre las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales y personal de la salud, se encuentran estudios que miden las percepciones en forma aislada de cada una de las partes. Sin embargo, al definir cuáles son los parámetros que medidos a través de los instrumentos A4 y A11, recaban información similar sobre percepciones que vivencian dos grupos distintos de sujetos como son adolescentes y jóvenes demandantes y profesionales y personal de salud oferentes.

Con lo anterior se propone a través de la técnica estadística, encontrar los niveles de concordancia, que presentan las mismas variables, con los mismos niveles de medición, registradas sobre los mismos fenómenos, a partir de la percepción de dos grupos distintos de sujetos de observación como son los y las adolescentes y jóvenes consultantes y los profesionales y demás personas

integrantes de los servicios de salud que atienden esta población, en instituciones que han implementado el Modelo de SSAAJ,

Los elementos de valoración de la calidad, no han sido el centro de las diferentes evaluaciones e investigaciones que a la fecha se han hecho, lo cual implica que el tema es importante, pero no se ha enfocado de cuáles son las razones por las cuales los adolescentes acuden o no a demandar servicios, lo cual se relaciona directamente con lo que los estudiosos o académicos en el tema de la calidad como Donabedian², definen como características básicas de los servicios con calidad.

Desde el enfoque de calidad, la valoración suficiente y adecuada de las percepciones acerca de las condiciones y características del servicio tanto desde la visión del usuario en este caso los y las adolescentes y del servidor, en este caso los profesionales de la salud, no se ha realizado, es decir la evaluación de elementos de la calidad de la atención para superar las barreras de acceso y uso por parte de los adolescentes tiene en esta investigación, por primera vez la posibilidad de ser demostrada para validar o no este requisito indispensable de la atención en salud especialmente relevante cuando se trata de adolescentes hombres y mujeres.

Para evaluar el grado de desarrollo y la calidad de los servicios amigables que están funcionando en el país se aplica una encuesta autoadministrada a los

² "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" Según Donabedian, son tres componentes de la calidad: componente técnico, componente interpersonal y los aspectos de confort. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

profesionales de la salud y a adolescentes y jóvenes y se quiere saber la concordancia entre las dos percepciones.

Para garantizar la calidad de una medida depende tanto de su validez como de su fiabilidad. Mientras que la validez expresa el grado en el que realmente se mide el fenómeno de interés, la fiabilidad indica hasta qué punto se obtienen los mismos valores al efectuar la medición en más de una ocasión, bajo condiciones similares.

Cuando el objetivo se centra en la fiabilidad de una medición, se repite el proceso de medida para evaluar la concordancia entre las distintas mediciones. La concordancia entre mediciones puede alterarse no sólo por la variabilidad de los observadores, sino por la variabilidad del instrumento de medida. Existen limitaciones de conocimientos sobre la concordancia entre las percepciones de profesionales y adolescentes acerca de los servicios de salud para adolescentes.

5. MARCO LEGAL:

En Colombia, La población adolescente y joven en Colombia, ha sido objeto de intervenciones en salud, desde 1993 cuando se realiza el Programa de atención integral al adolescente, iniciativa del Ministerio de Salud de Colombia y posteriormente en la Resolución 412 del 2000, con la expedición de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años (18). Posteriormente, se observa una voluntad política manifiesta de apoyo el Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes, en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Código de

la Infancia y la Adolescencia, el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, y entre otras normas, que orientan a las autoridades locales, departamentales y nacionales en la formulación de planes y estrategias, a partir de las cuales se asignan recursos para priorizar el aseguramiento la protección y la salud integral de la población joven en condiciones de vulnerabilidad y su grupo familiar. Esto podrá garantizar el acceso y protección social por parte de adolescentes y jóvenes. Con lo anterior las autoridades territoriales, ratifican el poder y reciben las herramientas para incidir y regular la prestación de los servicios de salud dirigidos a jóvenes y adolescentes de sus territorios, verificando que éstos respondan al modelo de servicios amigables.

Adicionalmente otras normas fundamentales que tienen relación con el desarrollo del modelo, son la resolución 425 de 2008, que habla del plan de intervenciones colectivas (PIC), en la que se contempla de manera clara la obligatoriedad en la implementación del modelo de servicios de salud amigables, para la atención y desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, planteando un énfasis en la asesoría y consejería en planificación familiar, suministro de métodos anticonceptivos modernos y prevención de riesgos.

Finalmente, se cuenta con la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, instancia creada en 2010, mediante Decreto 2968, con el fin de articular políticas, planes, programas y proyectos que promuevan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos de los colombianos y las colombianas; En esta comisión también

se encuentran el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Tecnologías de la Información y la Comunicación, el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.

Durante su primera etapa, la Comisión desarrolló un plan estratégico para atender diferentes problemáticas asociadas a la Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos Sexuales y Reproductivos; dentro del plan inicial se identificaron tres prioridades: prevención de violencias, prevención de VIH y el estigma y la discriminación asociada a este, y prevención del embarazo en adolescentes; sin embargo, en 2011, las acciones se concentraron en la prevención del embarazo en adolescentes, motivo por el cual se desarrolló un trabajo conjunto para el desarrollo de una estrategia de prevención y promoción que llevó a la aprobación del Conpes Social 147 de 2012 (“Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”).

6. MARCO TEÓRICO

Las etapas o fases evolutivas del desarrollo humano que dentro del curso de vida corresponden a adolescencia y juventud, han sido definidas por los diferentes expertos, por los cambios y característica que van adoptando los niños y niñas en el proceso de crecimiento y desarrollo y que se consolidan como rasgos de tipo biológico, psicológico y social y por tanto de capacidades, que determinan que este tránsito se ha realizado. El Comité de Derechos del Niño define adolescencia como “un periodo caracterizado por rápidos cambios

físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos”³

La OMS define la adolescencia como el periodo de 10 a 19 años de edad y la juventud como el periodo entre 15 y 24 años; “personas jóvenes” es un término que se utiliza para incluir a ambos grupos (19). En Colombia según la ley 1098 del 2006, por la cual se adopta el Ley de Infancia y Adolescencia, se consideran adolescentes las personas entre 12 y 17 años⁴.

La adolescencia es un concepto moderno, esta de hecho no era considerada en las civilizaciones primitivas, donde los individuos tenían una corta esperanza de vida y requerían involucrarse rápidamente en la cadena productiva y en aspectos reproductivos, y no puede considerarse como un fenómeno de naturaleza fija e inmutable, sino como producto de circunstancias histórico-sociales (20). Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración biológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos.

Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que también es

³ ONU (2003) Comité de los Derechos del Niño. Observación General N° 12 “Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 4 y 42, párrafo 6 del art 44)”. Ginebra: CRC/CG/2003/5

⁴ Conforme a la Convención sobre los derechos del Niño.

transformado por éste. Esta etapa inicia con los cambios físicos y finaliza con la asunción de los derechos y responsabilidades del adulto, como tal se asume el cuerpo y la sexualidad como integrantes de la identidad y la personalidad. Se consolida el rol social.

Algunas veces en la adolescencia se conforma familia, se ingresa o se prepara para el mundo laboral, se ha concluido o están cerca de culminar su media; por ello es propio que ellos y ellas cuestionen las actuaciones tradicionales de la sociedad adulta y piensen que todo se puede cambiar.

En esta fase de la vida, adolescentes y jóvenes se vinculan a asociaciones y grupos y hay quienes quieren conocer y explorar el mundo que se abre gracias a la autonomía que van ganando. En general, se consolida el ser social e individual y esto resulta de gran importancia, porque las decisiones que aquí se toman son definitivas para el futuro de la gran mayoría de las personas. El desempeño intelectual está en un nivel alto, se ha desarrollado su capacidad de pensar en abstracto, aumenta el control que tiene de su propia vida, toma decisiones más reflexivas y analiza las consecuencias de cada acto; comienza a consolidar la experiencia de las etapas anteriores y la inteligencia se torna contextual o práctica. La definición de un plan de vida laboral o de formación marca un cambio en el intelecto y la personalidad. Las personas jóvenes cuestionan valores y principios sostenidos por largo tiempo en la cultura. Durante la adolescencia y la juventud, las personas se consolidan como titulares de derechos a través de las relaciones que establecen como personas (21).

La adolescencia puede definirse entonces, como un momento que se caracteriza por importantes transformaciones, a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales; representa una ventana de oportunidad para desarrollar capacidades de agencia, autonomía, ciudadanía; capacidad de actuar por sí mismos. Son tareas del desarrollo entonces entre otras, la búsqueda y afirmación de la identidad y el logro de la autonomía. La identidad según Erikson (22) es el principal organizador del sujeto, un sentido coherente y estable de quien se es, que no cambia significativamente de una situación a otra. Implica la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, definición de una ideología personal e identidad moral (23).

Krauskopf (24), describe identidad como vivencia básica de conexión interna que se articula con sentido de vida, reconocimiento, pertenencias y diferenciación, trabajo de síntesis y organización, da sustento a la expresión de comportamientos, sentimientos y relaciones dentro de contextos sociales específicos. Esto varía entre estratos, culturas, clases sociales y se debe diferenciar de la individuación, individualización y el individualismos

5 Individuación: Diferenciación identitaria en el desarrollo psicosocial.

Individualización: Organización del individuo para moverse en el sistema de coordenadas del mundo que le rodea para incorporarse y construirse una identidad mínimamente estable.

Gestión de la incertidumbre; ser cogestor y promotor del desarrollo propio y de su colectivo

Individualismo: Organización del individuo que da prioridad a sus intereses con desinterés por lo demás. Resultado de la descomposición de los lazos sociales-Asociado con egoísmo.

La autonomía por su parte, se entiende según Nomm, Dekovic y Meeus, como "la capacidad de dar dirección a su propia vida, a establecer metas, sentirse competente y ser capaz de ajustar sus propias acciones de acuerdo a sus objetivos"

La adolescencia actualmente es entendida como una fase vital esencial para lograr todo el potencial del ser humano: para Patton, Implica la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, definición de una ideología personal e identidad moral *et. al* (25), en la adolescencia se da un desarrollo dinámico del cerebro en el que la interacción con el entorno social da forma a las capacidades que un individuo integrará en su vida adulta. En este curso de la vida, surgen también los problemas de salud relacionados con inicio de actividad sexual, el control emocional y la conducta; los cuales derivan en embarazo adolescente, lesiones por violencia, trastornos mentales, uso de sustancias psicoactivas, y enfermedades no transmisibles. Esto se da concomitante con necesidades insatisfechas de asistencia sanitaria, barreras por falta de conocimiento de acceso a servicios y mayor sensibilidad a las violaciones de la confidencialidad.

La persona joven, no tiene como el adulto un campo de perspectivas estructurado a partir del ejercicio autónomo y consolidado de su rol social; existirán adolescentes particularmente sensibles a contradicciones, dispuestos a seguir al adulto que se presente con un sistema de valores definido y que "resuelva" los aspectos que le parecen inaceptables de la sociedad (20) Estos

adolescentes generalmente son los que han sido privados de la participación como lo plantea Aberastury⁶.

La capacidad de acción es definida por Durston (1999) (26), como el ejercicio de la ciudadanía; es decir que el individuo pasa de la participación posible, a la participación real, que se ocupa de los temas de preocupación de la colectividad, que hace escuchar su voz; deja de ser sólo consumidor de mensajes, a ser productor de sus propios mensajes. Para que haya ejercicio pleno de la ciudadanía, también es necesario que la sociedad reconozca los derechos a todas las personas, cree espacios para su ejercicio, apoye las propuestas y fomente la participación equitativa (26).

En la práctica, adolescentes y jóvenes, son las personas que presentan mayores dificultades para ejercer plenamente su ciudadanía, su voz es difícilmente escuchada, está limitada de diferentes formas según (26), por discriminación racial o ciudadanía denegada⁷, la que no es negada explícitamente o ciudadanía de segunda clase⁸, la que es rechazada por los

6 ...Si al adolescente se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto en la omnipotencia del pensamiento. Se dice, con frecuencia que el adolescente habla y no realiza. Sin embargo, el mundo actual ha mostrado cómo este proceso temprano de intelectualización y de tendencia a la teorización, puede ser llevado rápidamente a la acción, cuando el medio externo lo permite (Aberastury 1973:42)

7 Por ausencia de espacios de participación dentro su hábitat, y falta de acceso a conocimiento necesario para ejercer la ciudadanía

8 Ciudadanos que enfrentan barreras sutiles para el ejercicio de su ciudadanía como las mujeres; jóvenes, personas con baja educación con limitadas posibilidades de acceso a nuevas formas de producción, información y conocimiento.

mismos jóvenes o ciudadanía despreciada⁹, la falta de motivación o ciudadanía latente¹⁰ y por último la ciudadanía construida con espacios, valores y actitudes favorables al ejercicio efectivo de la ciudadanía.

Para el caso del acceso a los servicios de salud la mayoría de los adolescentes y jóvenes, necesitan presentar sus demandas a través de un adulto, para que sus derechos sexuales y derechos reproductivos sean respetados. En este campo, se hace relevante el fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes, ya que ésta permite el reconocimiento de sus necesidades, el mejoramiento de las decisiones por parte de las instituciones, y el aumento de conocimientos, habilidades y competencias cívicas en adolescentes y jóvenes (14)

Entre los factores que obstaculizan la demanda de servicios a los adolescentes se mencionan:

1. Los y las adolescentes, no son conscientes de las consecuencias de embarazo e ITS, que conllevan sus encuentros sexuales y no saben cuándo deben buscar atención.

9 Jóvenes que desprecian su ciudadanía basados en crítica radical de la deshonestidad, hipocresía, manipulación que perciben entre los políticos y el sistema político tradicional.

10 Jóvenes que no han encontrado una motivación para participar, pero tienen disposición favorable, o que ha participado y ha sido frustrado y vuelve al estado de latencia, pero pueden volver a activarse cuando la causa y las condiciones lo dicten.

2. Usualmente ellos y ellas no saben la ubicación ni el tipo de servicios de salud reproductiva existentes, o no conocen lo que éstos ofrecen.
3. El horario de atención no es el más conveniente para ellos y ellas.
4. El costo de los servicios sobrepasa sus posibilidades económicas.
5. Con frecuencia, los y las adolescentes, tienen limitaciones para costear el transporte a los servicios, o los servicios están muy alejados de sus viviendas (27).
6. Temor a las reacciones y la discriminación de padres, educadores y personal de salud.
7. Negación de la información sobre anticoncepción y suministro de métodos a adolescentes en adolescencia temprana (2).

Otros factores que es importante señalar, están relacionados con los y las adolescentes quienes tienden a no acudir a los establecimientos de salud en razón a:

1. Los servicios de salud reproductiva, materno-infantiles y de planificación familiar están enfocados en las mujeres casadas y sus parejas.
2. Pocos proveedores de servicios han recibido capacitación relacionada con la atención a las necesidades de los adolescentes.

3. Los y las adolescentes sienten vergüenza de ser vistos asistiendo a algún establecimiento de salud reproductiva y más cuando han sufrido abuso o violencia sexual.
4. Ellos y ellas sienten preocupación por la falta de privacidad y confidencialidad de los servicios de salud, o sienten miedo de que sus padres se enteren sobre sus visitas al consultorio.
5. Las adolescentes sienten temor a los procedimientos médicos, especialmente a los exámenes pélvicos.
6. Las y los adolescentes juzgan que la actitud del personal de salud es hostil.

Un estudio cualitativo realizado en la ciudad de Bucaramanga (21) a través de grupos de discusión, utilizando diálogos informales, entrevistas focales y observación a partir de una muestra por conveniencia, de varones adolescentes entre los 13 y 18 años, del área metropolitana, de los estratos 2 al 6, provenientes de: Dos instituciones de educación pública para varones; de una institución educativa mixta privada y de un grupo de jóvenes no escolarizados encontró entre sus principales hallazgos los siguientes,

1. Muy pocos adolescentes conocen directamente los beneficios que se obtienen en los servicios de SSR, lo cual los lleva a obtener información errónea de fuentes poco reconocidas.

2. Para algunos, la única entidad de la cual han escuchado es Profamilia: “dan charlas, hay médicos especializados, le dan a la mujer métodos de planificación y a los hombres los operan”.
3. En algunos adolescentes a pesar de conocer los servicios de salud ofrecidos en su comunidad, no acuden a ellos, ya que no los consideran como una fuente de información importante o como parte de su red de apoyo.
4. La tendencia, es a solicitar asesoría en situaciones problemáticas como ITS, o sospecha de embarazo mas no como medida preventiva.
5. Quienes conocen la existencia de los servicios de SSR señalan que no asisten porque: “le da pena [vergüenza] a uno”, “a mi realmente no me llama la atención”; y la mayoría insiste en que teme a la falta de confidencialidad.
6. Para los adolescentes, es importante establecer una comunicación asertiva y afectuosa con el personal de salud, para así crear un ambiente de confidencialidad que genere la libre expresión y en el cual no se sientan prejuzgados.
7. Entre las dificultades que los adolescentes refieren para el acceso a los servicios, se destacan: -los trámites burocráticos que deben cumplir para ser atendidos; - los horarios de atención inadecuados; - la alta demanda que tienen los servicios, lo cual dificulta la relación con los prestadores; -la falta de espacio, privacidad y confianza lo

cual impide a los prestadores, que puedan acoger sus dudas y dar orientación en aspectos preventivos.

8. Para los adolescentes, el personal que ofrece estos servicios debe poseer características especiales, como amabilidad, comprensión, discreción, experiencia profesional, confianza y respeto, “que entiendan el estado de ánimo y el modo de pensar de nosotros los jóvenes”.
9. Para ellos es importante que el personal de salud, “no utilice tanta terminología que lo confunde a uno más”, “que la persona se baje un poco de nivel para poder explicarle bien el problema que se tiene”. Algo para ellos relevante es que el o la profesional que los atienda, sea joven; y de preferencia, que sea del mismo sexo.
10. Al indagarles sobre lo que consultan los adolescentes en un servicio de salud sexual y reproductiva contestaron que buscan educación sobre sexualidad, ITS y métodos de planificación familiar.

Estas conclusiones están en relación con hallazgos de estudios internacionales, a adolescentes mujeres y hombres a quienes se les preguntó su preferencia por la clase de servicios de salud que desean, a lo que respondieron que el centro de salud ideal debe ofrecer variedad de servicios; estar abierto en la tarde y la noche, contar con personal empático, capacitado y que garantice confidencialidad y ambiente amigable; para los y las adolescentes; los factores determinantes en su decisión de acudir a un servicio de salud sexual y reproductiva (SSR) son: La actitud del personal (95%),

ambiente ubicación, decoración y atmósfera (89%), métodos anticonceptivos disponibles (85%), y horario de atención (81%) (27, 28).

En este sentido la evaluación sumativa realizada a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de Colombia en el año 2010, reporta que el mayor cumplimiento de los componentes (o estándares de calidad) de los servicios, lo tuvo la amplia gama de servicios, en concordancia con uno de los elementos que determinaría que adolescentes y jóvenes acudieran a los servicios de salud (11).

Al revisar la literatura, acerca de estudios que midan la percepción de profesionales de la salud y de adolescentes de los servicios diferenciados, se encuentra un estudio realizado durante los meses de agosto a octubre del año 2003, en el municipio de Londrina, Paraná - Brasil, donde se explora la opinión de 47 profesionales, líderes en la clasificación de cinco temas: (i) los servicios de salud de los adolescentes: baja oferta o baja demanda? (ii) acciones de atención a la salud de los adolescentes, (iii) necesidad de la educación / formación en la adolescencia, (iv) multidisciplinario e intersectorial y (v) para construir un programa específico para los adolescentes. La percepción de los profesionales es que el cuidado existe para adolescentes en el servicio de salud de la familia, pero que: no se encuentra sistematizada a causa de otras prioridades; los adolescentes no usan el servicio, los profesionales de salud no se sienten preparados para motivar la demanda por parte de los adolescentes a los servicios de salud, pero tampoco para comprender su situación y brindar

una atención acorde a sus necesidades; teniendo en cuenta estos hallazgos, con el fin de implementar un programa de asistencia sanitaria para los adolescentes en la estrategia de salud de la familia, se evidencia la necesidad de reorganizar el servicio para formar a los actuales miembros del equipo y contratar a otros profesionales (29). Por su parte la investigación realizada por la secretaría de salud de Bogotá descrita en la tabla 2, sobre barreras y facilitadores de acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva de la Red Pública entre sus principales conclusiones por parte de los profesionales en la atención a adolescentes y jóvenes se encontró entre otras que persisten resistencia en los profesionales para entregar información, y abordar atención sobre interrupción voluntaria del embarazo, violencia sexual y de género, placer entre otros, barreras en la entrega de métodos anticonceptivos; provisión en sitio diferente a la atención, requerimiento de acudiente, ruptura de la confidencialidad, exámenes previos a la entrega; exigencia de acudiente a menores de 18 años, especialmente en instituciones prestadoras de servicios de salud del régimen contributivo y existe escaso recurso humano asignado a la atención en SSR de adolescentes, con alta rotación, baja remuneración, contratación inestable e insuficiente capacitación específica. Por su parte adolescentes y jóvenes participantes de los grupos focales, tienen poco conocimiento acerca de la existencia de los SSAAJ, baja participación en la construcción en el diseño y construcción de los servicios dirigidos a ellos, las fuentes de información y consulta sobre sexualidad y SSR de los adolescentes son los medios de comunicación, y pares y hay discrepancia entre la información que reciben los adolescentes y jóvenes con el conocimiento, actitudes y prácticas (2)

Otro estudio, que mide los límites a la confidencialidad en situaciones clínicas percepciones y comportamiento de un grupo de 711 universitarios. Los participantes asignaron diferentes grados al valor de la confidencialidad en el cuidado de su salud. Aceptar que la información se comuniquen a los demás con el consentimiento del paciente. Cuanto mayor sea el riesgo de la integridad física, más fácilmente admitir la violación de la confidencialidad no autorizada, pero difícilmente en los aspectos con respecto a su sexualidad. En Brasil, el Código de Ética Médica (art.103) prohíbe el médico "Revelar el secreto con respecto a pacientes menores de edad, incluyendo a los padres o tutores, siempre que su hijo son capaces de evaluar su problema y se conducirán por sus propios medios para resolverlo, excepto cuando la falta de divulgación puede causar daño a los pacientes; la Sociedad Brasileña de Pediatría confirma esta posición y destaca el derecho de los adolescentes a la intimidad, afirmando que "Los padres o tutores sólo se informó acerca de la contenido de las consultas, por ejemplo, en temas relacionados con la sexualidad y la prescripción de métodos anticonceptivos, con el consentimiento expreso de los adolescentes. (30)

Todas estas organizaciones reconocen que la participación en cuestiones de salud familiar de los adolescentes, es muy conveniente y debe fomentarse, pero los límites de esa participación deben quedar claros para la familia, los jóvenes y para los profesionales que los asisten. Un total de 74,7% de los encuestados, habían consultado estos profesionales antes del establecimiento de una relación profesional, factor positivo, importante para facilitar el acceso y la continuidad de asistencia del adolescente a los servicios (30)

Es claro que la implementación de un enfoque de derechos, para atender a los y las adolescentes provee herramientas para comprender de manera integral la sexualidad, ayudando a eliminar aquellas barreras que perpetúan el estigma y la discriminación.

Así mismo, la participación efectiva de los y las adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva, asegura que las necesidades de este grupo sean conocidas y abordadas; este es el fundamento del Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de Colombia, el cual defiende como objetivos el mejoramiento de la eficacia y eficiencia de las acciones en SSR, así como el empoderamiento de los adolescentes y jóvenes como agentes de su propio desarrollo, para la vivencia de una sexualidad plena, sana y responsable

En ese sentido, la principal conclusión de la investigación de (14), acerca de los elementos explicativos de la participación adolescente y juvenil en la implementación de los SSAAJ en la ESE San Juan de Pasto (tabla 2), establece que la percepción del riesgo y la carencia de motivación institucional actúa como norma social que impide la participación de adolescentes y jóvenes como beneficiarios de servicios de promoción y prevención, actividades educativas y participación en grupos juveniles, lo cual actúa a su vez a favor cuando estos participan, ya que pueden disminuir el riesgos, considerando que adquieren información y acceso a servicios. (14); esto se corrobora en la evaluación nacional de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Colombia (tabla 2) realizada en 2013, en la que se observa en el análisis de participación de los adolescentes, que en general ésta es baja. Cuando este

resultado se combina con lo encontrado en el índice de eficacia de los servicios que incluye a la participación como un factor que potencia los resultados deseables, como la generación de capacidades en adolescentes y jóvenes; se puede concluir que un canal clave para potenciar los resultados benéficos de los servicios amigables es la alianza de las instituciones de salud y los servicios amigables con los grupos juveniles; el hecho de contar con jóvenes multiplicadores y el conocimiento de derechos son factores que permiten que los SSAAJ sean más eficaces(16). Al igual que lo expuesto por Bravo M, una de las causas por las cuales no acuden adolescentes y jóvenes a los servicios es el desconocimiento de las oportunidades de participación.

En cuanto a la percepción del riesgo, en la evaluación nacional a los SSAAJ, se evidencia que los y las jóvenes están recurriendo a los servicios cuando perciben que tienen necesidad de orientación o apoyo en SSR y es más probable que ocurran cuando hayan iniciado actividad sexual penetrativa (16). Adicionalmente se observa en esta evaluación que los usuarios de los servicios también tienen mayor conocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva, si bien no es posible atribuir tal condición exclusivamente al Modelo SSAAJ, sí es posible asegurar que quienes más utilizan los servicios, manteniendo todo lo demás constante, reportan mayor conocimiento sobre los temas de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva (16)

La evidencia disponible entonces, recomienda integrar la participación de los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva (31) y el Modelo SSAAJ de Colombia, desde el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, desde el año 2007,

propone 5 estándares de calidad que han sido evaluados en distintas investigaciones (tabla 2), adicionalmente mediante la metodología Expand Net de la OMS, demostró el escalamiento del Modelo de SSAAJ de un piloto a una política pública con cobertura nacional; la conclusión fue: Colombia muestra que en la ampliación a escala de programas de salud para jóvenes son esenciales políticas de salud con claras directrices de implementación, apoyo de líderes y directivos institucionales trabajando en SSAAJ, formación continua del personal de salud e a partir de su seguimiento e inclusión de usuarios en el diseño y supervisión de servicios (17).

Los elementos considerados como factores clave que facilitaron la ampliación a escala del Modelo de SSAAJ¹¹, se incorporan en los estándares de calidad propuestos por la OMS que se describen a continuación:

Estándares de Calidad para los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. OMS

El objetivo de los Estándares de Calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, es ayudar a los responsables políticos, y a los planificadores de servicios de salud; en la mejora de la calidad de los servicios.

De manera que a los y las adolescentes les resulte más fácil obtener los servicios de salud que necesitan para mejorar su salud y bienestar. La principal intención de los estándares es mejorar la calidad de la atención para los

11 i. políticas y guías claras de implementación de SSAAJ: ii. atributos claros de la organización usuaria y del equipo de recursos: iii. , establecimiento e implementación de una estrategia interinstitucional e intersectorial, iv. identificación de aliados y abogadores de los SSAAJ, v. sólido monitoreo y evaluación.

adolescentes en los servicios de salud del gobierno, sin embargo, son igualmente aplicables a las instalaciones a cargo de organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado.

Tabla 3: Estándares mundiales para la atención en SSRA

1. Los adolescentes están bien informados sobre su propia salud, y saben, dónde y cuándo obtener los servicios de salud.
2. Los padres, tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias reconocen el valor de la prestación de servicios de salud a los adolescentes. Apoyan dicha disposición, y la utilización de los servicios por los adolescentes.
3. El centro de salud ofrece un paquete de servicios de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención que satisfagan las necesidades de todos los adolescentes. Los servicios se ofrecen en el centro, a través de vínculos de referencia.
4. Los proveedores de salud demuestran la competencia técnica necesaria para proporcionar servicios de salud eficaces para adolescentes. Tanto los proveedores de salud y personal de apoyo respetan, protegen los derechos de los adolescentes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la actitud libre de prejuicios y respeto.
5. El centro de salud cuenta con un ambiente acogedor y limpio, y mantiene la privacidad y la confidencialidad. Tiene los equipos, medicamentos, insumos y la tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios a los adolescentes.
6. La instalación de salud proporciona servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, escolaridad, origen étnico, orientación sexual u otras características.
7. El establecimiento de salud recopila, analiza y utiliza datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención desglosados por

edad y sexo para apoyar y mejorar la calidad. El personal del establecimiento participa en la mejora continua de la calidad.

8. Los adolescentes están involucrados en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud, en las decisiones sobre su propio cuidado, así como en ciertos aspectos apropiados de prestación de servicios

Fuente: OMS. 2014 (32)

Las herramientas de monitoreo que acompañan a los estándares proporcionan orientación sobre la identificación de las medidas que se deben tomar para mejorar la implementación de dichos estándares, de igual manera, permiten evaluar el cumplimiento de los estándares. El fin último de la aplicación de los estándares es incrementar el acceso y cobertura a los servicios por parte de los y las adolescentes, y así contribuir a mejorar los resultados de salud.

Una revisión descriptiva de la literatura realizada por la OMS y La Universidad de Washington, y publicada el año pasado, evaluó la eficacia de las iniciativas para mejorar el acceso de los adolescentes y la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en países de bajos y medianos ingresos (33)

Los resultados reportados coinciden con lo siguiente:

- a. Hay pruebas limitadas para apoyar la eficacia de las iniciativas que se limitan a brindar únicamente a capacitar a los trabajadores de salud en la atención amigable para los adolescentes.
- b. Los datos son más amplios para los enfoques que utilizan una combinación de: capacitación a los trabajadores de la salud, mejoras a las instalaciones de los servicios de salud para adolescentes y amplia difusión de la información a través de la comunidad y las escuelas.

De acuerdo con lo anterior, las estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud para adolescentes, entre otras; deben integrar capacitación, instalaciones adecuadas y acordes a las necesidades de los adolescentes y difusión de la prestación de los servicios con calidad en la comunidad.

Contar con Estándares de calidad para los servicios de Salud en Latinoamérica y el Caribe, se constituye en uno de los principales logros para eliminar las disparidades en salud sexual y reproductiva para adolescentes

Lo anterior expuesto motiva la presente investigación para saber ¿cuál es la concordancia que existe sobre el grado de desarrollo y calidad logrado en cada uno de los componentes del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de Colombia, según el registro de las percepciones de adolescentes y jóvenes respecto de las percepciones de profesionales y personal de salud, recogidas en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes que reportaron el hallazgo en 2009 y 2010?

7. METODOLOGÍA:

Se presenta una propuesta de investigación cuantitativa, observacional descriptiva y de corte transversal, Para medir la concordancia¹² de la percepción de profesionales de la salud y adolescentes de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, comparándolos de manera gráfica e inferencial. Para el análisis gráfico se usó el diagrama de Box-plot; y

¹² Entiéndase por concordancia, el grado de similitud que tienen dos o más grupos respecto a una variable de interés; en este caso la similitud de percepción entre los jóvenes usuarios de los SSAAJ, y los prestadores de la atención, respecto a los 5 componentes del MSSAAJ evaluados.

para el análisis inferencial se usó la prueba de bondad de ajuste de los datos, o prueba KOLMOGÓROV-SMIRNOV y según el resultado obtenido de esta prueba estadística, se realizó, la prueba t de diferencia de medias, o la prueba de U-mann Whithney, las cuales, evidencian si la diferencia de la percepción obtenida por los grupos es estadísticamente significativa. Con base en estos resultados y retomando los obtenidos en el análisis descriptivo, se identifican, qué ítems son los que están presentando la diferencia de evaluación de los servicios amigables dada por los dos grupos en cada uno de los componentes. Estos dos elementos del análisis se presentan de forma conjunta, para que del mismo modo, sean asumidos en el análisis de interpretación de la calidad del servicio. Para el proceso de referencias se usó el programa Mendeley con normas Vancouver. A continuación se describe paso a paso el método usado en la presente investigación:

7.1. Diseño e instrumentos:

El estudio se realiza en dos momentos: Aplicación de instrumento de análisis de SSAAJ, mediante auto apreciación, muestreo no consecutivo por conveniencia, que incluye los servicios amigables, reportados al Ministerio de la Protección Social, que se encontraban funcionando en Colombia en los años 2009 y 2010, diligenciados por funcionarios responsables y usuarios de los servicios de salud amigables. A continuación se presenta una breve descripción de los instrumentos utilizados.

7.1.1. Anexo A-4 del Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: INSTRUMENTO DE ANALISIS DEL

SERVICIO DE SALUD A PARTIR DE LOS COMPONENTES DE UN
SERVICIO AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JOVENES. (Anexo
1).

El Anexo A-4, es una encuesta que consta de 5 capítulos y en total son 89 variables, que permiten al evaluador realizar un análisis del servicio amigable y establecer a partir de los componentes el grado de desarrollo de su servicio amigable. Cada capítulo corresponde a los cada uno de los cinco componentes del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes así:

Componente 1: Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación. Con este capítulo de la encuesta se mide la adecuación que ha realizado el servicio de salud para facilitar el acceso de adolescentes y jóvenes al servicio: la accesibilidad geográfica, el ambiente, la programación de horarios y citas, la habilitación y el reconocimiento de los servicios. En total 21 ítems.

Componente 2: Profesionales y personal de los servicios de salud. Con este capítulo se mide el esfuerzo que ha realizado el servicio en la capacitación y selección de profesionales y equipo de salud a cargo de la atención a adolescentes y jóvenes, así: capacitación en servicios amigables, actitud hacia el servicio en el que entre otras cosas se mide si el personal de la institución reconoce y promueve los derechos ya autonomía de los y las adolescentes en la toma de decisiones; adicionalmente se establece si el servicio cuenta con equipo interdisciplinario y la especificidad de género. En total 13 ítems.

Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención: Con este capítulo se indaga la adecuación de las políticas institucionales, los costos de los servicios, los procedimientos para la atención, especialmente si la atención es mediada por acudiente y si requiere consentimiento de los padres en los procedimientos a jóvenes mayores de 14 años. Se indaga además la manera como se realiza el registro de las actividades de manera que se garantice la confidencialidad y el seguimiento al adolescente que ha recibido atención en el servicio amigable. En total 18 ítems.

Componente 4: Disponibilidad de una amplia gama de servicios: Con este capítulo se verifica la oferta de servicios individuales, colectivos, integrales y servicios de extensión que presta el servicio amigable a adolescentes y jóvenes. En total 22 ítems.

Componente 5: Participación Juvenil Social y comunitaria: Este capítulo recoge las acciones que ha realizado el servicio de salud para integrar a adolescentes, jóvenes, comunidad y diferentes sectores a participar; se indaga la participación de la población juvenil, la población adulta, la integración del servicio a la comunidad y la coordinación intersectorial e interinstitucional. En total 15 ítems.

La sumatoria de los 89 ítems, permiten la clasificación del grado de desarrollo del servicio amigable en Alto, medio, bajo e incipiente. La mayor puntuación, indica, mayor cumplimiento de los ítems a evaluar, y por lo tanto mayor grado de desarrollo del servicio. Cada capítulo puede ser medido de manera

independiente por parte de los funcionarios a cargo del servicio, según la necesidad del evaluador.

7.1.2. Anexo A-11 del Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: ENCUESTA AUTOADMINISTRADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES (Anexo 4).

El anexo A-11 es una encuesta como su título indica es en la modalidad de autoadministrada, y consta de 5 secciones ó capítulos con preguntas de selección múltiple y 3 preguntas abiertas para un total de 29 preguntas, que permite al servicio conocer la opinión de los y las jóvenes acerca de la atención recibida.

La primera sección de la Encuesta se indaga la percepción de los adolescentes acerca de la accesibilidad: *Háblanos de la accesibilidad* y consta de 6 ítems.

La segunda sección indaga acerca de la percepción de los y las adolescentes acerca de profesionales y equipos de salud: *Háblanos del personal*, y consta de 6 ítems.

La tercera sección indaga sobre la atención que los y las adolescentes reciben en el servicio, el precio de los servicios, confidencialidad, opción de ser atendido/a sin presencia de los padres a mayores de 14 años: *Háblanos de la atención* y consta de 8 ítems.

La cuarta sección indaga sobre los servicios que reciben los y las adolescentes en el servicio: *Háblanos de las opciones* consta de 10 ítems.

La quinta sección indaga sobre posibilidad de participar que perciben los y las jóvenes y si recomendarían el servicio a otros jóvenes: *Háblanos de tu participación* y consta de 2 ítems.

Por último la encuesta indaga con preguntas abiertas acerca de la forma como se enteraron de los servicios, la dificultad o no en el acceso y sugerencias de mejora de los servicios.

Al igual que el anexo A-4, la sumatoria de los 29 ítems, permiten la clasificación del grado de desarrollo del servicio amigable en Alto, medio, bajo e incipiente desde la percepción de adolescentes y jóvenes usuarios de los mismos. La mayor puntuación, indica, mayor percepción de satisfacción de los y las jóvenes y se atribuye mayor grado de desarrollo del servicio

7.2. Técnica y plan de recolección de datos:

Primera Fase: Estos instrumentos, se diligencian de forma regular en los servicios, en la mayoría de las ocasiones el A11 como encuesta y el A4 como instrumento de seguimiento y autoevaluación por parte del grupo de prestadores.

Se recopilaron en el año 2009 un total de 207 instrumentos de análisis de un servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable (Anexo A4) y 2.024 encuestas autoadministradas para adolescentes y jóvenes (Anexo A-11) (Tabla 4). y en el año 2010, se recopilaron 485 encuestas auto

administradas por los equipos de salud (A4) y 5.742 encuestas auto administrada a adolescentes (A11-Tabla 5)

Tabla 4: Comparativo instrumentos recopilados A4- A11 de los Servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes. Colombia 2009

DEPARTAMENTO	ANEXO A4 2009	ANEXO A11 2009
ANTIOQUIA	29	110
ATLÁNTICO	3	335
BOGOTÁ	12	15
BOLIVAR	2	0
BOYACÁ	7	743
CASANARE	13	67
CAUCA	18	95
CESAR	6	50
CHOCÓ	1	0
HUILA	15	0
META	25	259
NARIÑO	25	221
QUINDÍO	1	0
RISARALDA	2	3
SANTANDER	18	126
TOLIMA	20	0
VALLE DEL CAUCA	10	0
Total general	207	2024

Fuente: Informe avances en la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

Tabla 5: Comparativo instrumentos recopilados A4- A11 de los Servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes. Colombia 2009

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD	Total SSAAJ	Anexo A4 2010	Anexo A11 2010
Antioquia	48	37	149

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD	Total SSAAJ	Anexo A4 2010	Anexo A11 2010
Arauca	2	0	0
Atlántico	31	25	478
Bogotá D.C.	30	25	0
Bolívar	27	15	128
Boyacá	50	26	1863
Caldas	2	2	0
Caquetá	1	0	0
Casanare	32	32	0
Cauca	26	22	0
Cesar	27	19	425
Chocó	17	17	0
Córdoba	1	1	0
Cundinamarca	54	54	0
Guainía	1	0	0
Guaviare	1	0	0
Huila	24	15	430
La Guajira	3	3	109
Magdalena	8	8	0
Meta	36	28	207
Nariño	43	43	500
Norte de Santander	8	8	0
Putumayo	12	6	0
Quindío	2	1	130
Risaralda	12	12	0
San Andrés	2	2	0
Santander	64	23	215
Sucre	22	22	500
Tolima	20	16	0
Valle del Cauca	33	21	608
Vichada	1	2	0
Total	640	485	5742

Fuente: Informe avances en la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

7.3. Plan de análisis:

Para dar cumplimiento al objetivo del presente trabajo, el análisis fue realizado con el programa estadístico SPSS 20.0 y se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento:

7.3.1. Definición de los contenidos de cada componente: debido a que los instrumentos utilizados para las dos poblaciones (profesionales o equipo prestador de servicios y jóvenes o grupo de usuarios), contaban con un número diferente de preguntas para cada uno de los componentes, se realizó un ejercicio en el cual se contrastó cada formulario, identificando así, los ítems idénticos o similares. En el cuadro siguiente se presenta, la conformación de cada uno de los componentes especificando uno a uno los ítems que lo conformaron según el instrumento asociado.

Tabla 6: Componente 1 - Acceso a los servicios y Oportunidad en la atención

GRUPOS DE ESTUDIO	
Adolescentes	Profesionales
P4 - La institución de salud es fácil de ubicar	P111 - La institución de salud se ubica en un lugar de la localidad que facilita el acceso de adolescentes y jóvenes
P5 - Existe una señal visible dentro de la institución que indique que el servicio atiende jóvenes	P122 - Existe una señal visible dentro de la institución que indica que el servicio atiende a adolescentes y jóvenes.
P6 - El servicio es amistoso o acogedor	P131 - El ambiente físico da la bienvenida a adolescentes y jóvenes
P7 - Los horarios de atención se adaptan a las horas en que las y los jóvenes pueden acudir al centro	P141 - Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio.
P8 - El servicio dispone de horarios en los que no tienes que hacer una cita previa	P142 - Se realizan consultas sin previa cita
P9 - Existe información sobre los servicios que se brindan en el centro	P165 - Existen estrategias de comunicación realizadas con las y los jóvenes para dar a conocer los servicios que se ofertan

GRUPOS DE ESTUDIO	
Adolescentes	Profesionales
P10 - El servicio dispone de folletos y afiches con información que quieren las y los jóvenes	P133 - En la sala de espera se pueden encontrar revistas, materiales educativos, juegos
P7 - Los horarios de atención se adaptan a las horas en que las y los jóvenes pueden acudir al centro	P141 - Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio.
P8 - El servicio dispone de horarios en los que no tienes que hacer una cita previa	P142 - Se realizan consultas sin previa cita

Fuente: Elaboración propia, con base en los instrumentos A4 y A11.

Tabla 7: Componente 2: Profesionales y personal de los servicios de salud.

GRUPOS DE ESTUDIO	
Adolescentes	Profesionales
P11 - El personal es amistoso	P224 - El personal de la institución está en capacidad de establecer relaciones cálidas y de confianza con adolescentes y jóvenes usuarios
P12 - El personal es receptivo (no te juzga)	P223 - El personal de la institución de salud reconoce y promueve los derechos de adolescentes y jóvenes
P13 - El personal puede responder satisfactoriamente a todas tus preguntas	P213 - El personal está preparado para responder a las necesidades específicas de cada adolescente o joven
P14 - El personal comprende las preocupaciones de las y los jóvenes sobre la sexualidad y las relaciones sexuales	P222 - Se considera a adolescentes y jóvenes como personas capaces de tomar sus propias decisiones
P15 - El personal utiliza un lenguaje que puedes entender	P214 - El personal se capacita en temas relacionados con el desarrollo y la psicología de la gente joven.
P16 - El personal tiene tiempo para escuchar tus problemas en tus propias palabras	P212 - El personal de la institución de salud recibe capacitación específica y permanente en atención a adolescentes y jóvenes
P17 - Puedes elegir entre que te atienda personal masculino o femenino	P241 - Hay profesionales de género masculino y femenino

Fuente: Elaboración propia, con base en los instrumentos A4 y A11.

Tabla 8: Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención.

GRUPOS DE ESTUDIO	
Adolescentes	Profesionales
P18 - El precio de los servicios es razonable	P321 - Existen mecanismos que permiten que las y los jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita

P19 - Te dan la opción de ser atendida o atendido por la misma persona en cada visita		P351 - Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial
P20 - Te dan la opción de ser atendida o atendido en compañía de tu pareja o con un(a) amigo(a)		P334 - Si lo desean, adolescentes y jóvenes pueden ingresar a la consulta solos(as) o acompañados(as) de personas en las que confían.
P21 - Se te ha ofrecido información completa de los servicios que has solicitado		P232 - El equipo humano conoce los servicios que se prestan a adolescentes y jóvenes y está en capacidad de orientarlos hacia estos
P22 - Te pueden enviar a otro lugar si no te pueden proporcionar un servicio		P336 - Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad
P23 - La gente joven puede acceder a los servicios sin llamar la atención en un servicio con adultos		P333 - Durante su visita al servicio, adolescentes y jóvenes interactúan con un número mínimo de funcionarios.
P24 - La persona respeta la confidencialidad, es confiable, y asegura la privacidad		P341 - Los registros utilizados contienen la información básica de identificación que garantice la confidencialidad.
P25 - Puedes recibir asesoría en privado (sin que otra persona escuche)		P331 - No se requiere de la atención mediada por un acudiente.

Fuente: Elaboración propia, con base en los instrumentos A4 y A11.

Tabla 9: Componente 4: Disponibilidad de una amplia gama de servicios.

GRUPOS DE ESTUDIO		
Adolescentes		Profesionales
P26a - Asesoría sobre salud sexual y reproductiva		P411 - Asesoría sobre salud sexual y reproductiva
P26b - Consulta del joven sano		P412 - Consulta del o de la joven sano(a)
P26c - Servicio para personas jóvenes que han experimentado violencia sexual		P413 - Atención del abuso sexual
P26d – Citologías		P4110 - Citología cérvico-vaginal
P26e – Anticonceptivos		P414 – Anticoncepción
P26f - Anticoncepción de emergencia		P415 - Anticoncepción de emergencia
P26g - Prueba, tratamiento y asesoría de infecciones de transmisión sexual (ITS)		P418 - Atención de las infecciones de transmisión sexual
P26h - Asesorías y pruebas de VIH		P416 - Asesoría y prueba de VIH
P26i - Prueba de embarazo		
P26j - Control de embarazo y atención del parto		P419 - Control prenatal y atención del parto

Fuente: Elaboración propia, con base en los instrumentos A4 y A11.

Tabla 10: Componente 5: Participación Juvenil social y comunitaria.

GRUPOS DE ESTUDIO		
Adolescentes		Profesionales
P27 - Hay formas para que des tu opinión sobre los servicios		P511 - Adolescentes y jóvenes participan en el mejoramiento del servicio de salud, para hacerlo amigable.
P28 - ¿Recomendarías este servicio a un(a) amigo(a)?		P512 - Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo.

Fuente: Elaboración propia, con base en los instrumentos A4 y A11.

En este componente se presenta una situación especial, mientras que en el instrumento A4 se realiza una amplia indagación de la percepción de los profesionales acerca de las diferentes características o ítems que constituyen la calidad del estándar (15 ítems valorados), en el instrumento A11 dirigido a adolescentes y jóvenes sólo se indagan dos ítems, que se homologan como se observa en la tabla anterior.

7.3.2. Asignación de puntaje: Luego de la identificación del total de preguntas para cada componente, se asignó puntaje 1 al atributo o respuesta positiva y en caso contrario (respuesta parcial, no responde o negativa) cero; Posteriormente se totalizó los valores dados en cada uno de los ítems evaluado en cada componente. A continuación se presenta el rango de respuesta por cada uno de los componentes evaluados:

Tabla 11: Asignación de puntaje y estandarización de componentes.

Componentes	Descripción	Puntaje
Componente 1	Acceso a servicios y oportunidad en la atención	(0 -9)
Componente 2	Profesionales y personal de servicios de salud.	(0-8)
Componente 3	Procedimientos administrativos y de atención.	(0-8)
Componente 4	Disponibilidad de una amplia gama de servicios	Profesionales (0-9) Adolescentes (0-10)

Componentes	Descripción	Puntaje
Componente 5	Participación juvenil social y comunitaria	

Fuente: *Elaboración propia, con base en los instrumentos A4 y A11.*

Para la mayor comprensión de los resultados, y facilidad de manejo de los datos, se estandarizó la escala de todos los componentes de 0 a 10 puntos.

7.3.3. Análisis descriptivo de cada componente: Este se realiza a partir del valor total y la interpretación de los contenidos que las preguntas indagan. En cada componente existen unas preguntas de valoración que miden la percepción que tiene cada individuo frente a la condición específica del servicio, es decir; luego de obtener el total de puntaje en cada componente, se analizó, cada uno de los ítems, para identificar en cuál de ellos había mayor valoración positiva y qué ítems eran susceptibles de mejoras a futuro. Para obtener estos resultados se realizó un análisis estadístico descriptivo; es decir se obtuvo medidas de tendencia central y de dispersión para el total del componente y porcentajes para cada una de las preguntas.

7.3.4. Análisis y comparación de los componentes según población de estudio: Debido a la diferencia del tamaño de la muestra recolectada para los grupos de estudio, no fue posible realizar totalmente el plan de análisis propuesto en el protocolo de esta investigación. Sin embargo se opta por métodos que cumpliendo los requisitos propuestos se aplican de la siguiente manera: Efectuado el procedimiento antes descrito para los dos formularios en todos sus componentes, se estructura el siguiente

paso que corresponde a la comparación de la percepción que tienen adolescentes y jóvenes usuarios y los profesionales prestadores de servicios frente a cada uno de los componentes que conforman el Modelo de Servicios de Salud amigables (MSSAJ). Para esto, el puntaje mediano obtenido, por cada uno de los dos grupos evaluadores, en cada componente, es comparado, tanto de manera gráfica como inferencial. Para el análisis gráfico, se hizo uso del diagrama de Box-plot; en el cual, se puede identificar, si existe una diferencia entre el puntaje mediano entre las dos poblaciones y la presencia de outliers (personas que tienen una calificación o percepción muy diferente al resto del grupo). Para complementar el anterior análisis, fue necesario, realizar una prueba de bondad de ajuste de los datos; es decir, si estos se ajustaban a una distribución normal; este análisis se hizo mediante la prueba KOLMOGOROV-SMIRNOV y según el resultado obtenido de esta prueba estadística, se realizó, la prueba t de diferencia de medias, o la prueba de U-mann Whithney, las cuales, evidencian si la diferencia de la percepción obtenida por los grupos es estadísticamente significativa. Con base en estos resultados y retomando los obtenidos en el análisis descriptivo, se identifican, qué ítems son los que están presentando la diferencia de evaluación de los servicios amigables dada por los dos grupos en cada uno de los componentes. Estos dos elementos del análisis se presentan de forma conjunta, para que del mismo modo, sean asumidos en el análisis de interpretación de la calidad del servicio.

8. CONSIDERACIONES ÉTICA

De acuerdo con los principios establecidos en el Reporte de Belmont, (respeto por las personas, beneficencia y justicia) y debido a que esta investigación según el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, es una investigación sin riesgo para los participantes, en tanto se emplea investigación documental retrospectiva, sobre información secundaria ya procesada, la cual al fue solicitada a adolescentes y jóvenes participantes, en los diferentes servicios de salud amigables del país por parte de los funcionarios responsables de estos servicios; adolescentes y jóvenes respondieron los cuestionarios de forma voluntaria, una vez conocieron los objetivos de la encuesta y la forma anónima del cuestionario (Anexo A11) a diligenciar (omitir el nombre) accedieron a diligenciar la encuesta . Una vez diligenciadas las encuestas los funcionarios responsables de los servicios de salud amigables, vaciaron las respuestas en las bases de datos, de acuerdo con el instructivo de diligenciamiento dado por el Ministerio de Salud y Protección Social y estas bases de datos fueron enviadas a la Dirección de Salud Pública hoy Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social. Este mismo proceso se surtió para el instrumento A4. La presente investigación se realiza, a partir de estas bases de datos, y los datos se manejan durante todo el proceso de manera confidencial y privada y en todas las publicaciones eventuales se mantendrá el anonimato.

9. RESULTADOS

En el año 2009 Colombia contaba con 290 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes funcionando en 22 de las 36 Direcciones

Territoriales de Salud; en este año, se realizaron 207 encuestas autoadministradas, diligenciadas por profesionales encargados de SSAAJ de 17 departamentos del país; en cuanto a las 2024 encuestas diligenciadas por los adolescentes de 11 DTS, se analizaron 1.496; las restantes fueron excluidas del análisis, porque las entidades territoriales, enviaron los consolidados y no la base de datos respectiva. Para el año 2010, se encontraban funcionando en el país 640 SSAAJ en 33 de las 36 DTS, y se recolectaron 484 encuestas autoadministradas, diligenciadas por profesionales encargados de SSAAJ de 27 DTS; así como 6.011 encuestas autoadministradas por adolescentes y jóvenes usuarios de SSAAJ de 13 DTS.

En total para los dos años 2009 y 2010 se analizaron 7.507 encuestas a adolescentes y jóvenes, y 691 encuestas de profesionales de salud.

9.1. Características sociodemográficas de adolescentes encuestados:

Para el año 2009, respondieron la encuesta autoadministrada, 2024 adolescentes y jóvenes, de los cuales el 32,8% hombres, y 66,4% mujeres; en el 2010, respondieron la encuesta 5.806 adolescentes y jóvenes de los cuales 36,65% eran hombres y 58,7% mujeres. (Tabla No 12)

Tabla 12 : Háblanos de ti. A11 2009 -2010

		GENERO							
		2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
		Hombre		Mujer		En blanco		Total	
N		664	2.128	1.345	3.408	15	270	2024	5.806

%	32,81%	36,65%	66,45%	58,7%	0,74%	4,65%	100 %	100%
---	--------	--------	--------	-------	-------	-------	----------	------

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos A11 2009 -2010

En cuanto a la edad, el mayor número de encuestados en los dos años, de análisis tenía entre 15 y 19 años. (Tabla No 13)

Tabla 13: Edad A11 2009 2010.

	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		Más de 24 años		En blanco		Total	
N	479	1.261	842	2.989	376	789	310	434	17	267	2024	5.982
%	23,67%	21,08%	41,60%	49,97%	18,58 %	13,19	15,32 %	7,26 %	0,84%	4,46%	100%	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos A11 2009 -2010

El estado civil de los encuestados, era soltero en un 70,1% de los casos para el 2009 y en el 76,89% de los casos en el año 2010 (tabla No 14)

Tabla 14: Estado Civil A11 2009 2010.

	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	Soltera(o)		Casada(o)		Unión libre		En blanco		Total	
N	1419	4565	193	345	373	758	39	269	2024	5937
%	70,11%	76,89%	9,54%	5,81%	18,43%	12,77%	1,93%	4,53%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos A11 2009 -2010

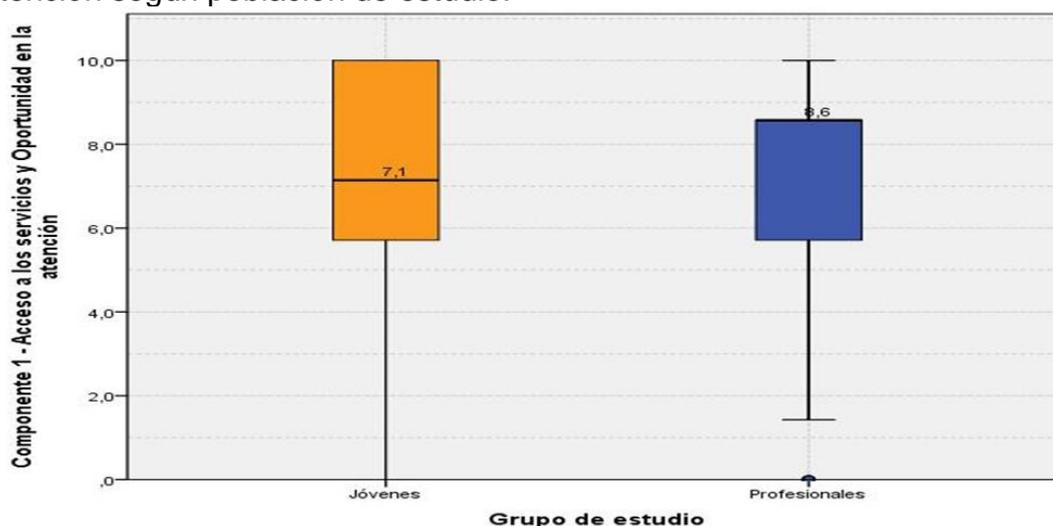
9.2. Análisis por componente.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por componentes, de las preguntas pareadas de los dos grupos de estudio, teniendo como base para el análisis las bases de datos agregadas para los dos años 2009 y 2010 así:

9.2.1. Componente 1 - Acceso a los servicios y Oportunidad en la atención

Se encontró que para los años 2009 y 2010, la mayor valoración del componente de acceso la realizan los profesionales, que en promedio, puntúan con 8,6 mientras que adolescentes y jóvenes, dan a este componente un puntaje promedio de 7,1. –Gráfico 1-

Gráfico 1: Grafico Box-plot del componente 1- Acceso y oportunidad en la atención según población de estudio.



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 –A11 año 2009-2010

De otro lado, se encontró que, los profesionales y equipos de salud fueron más homogéneos en su evaluación frente a este componente, es decir presentaron una variación estándar menor que la estimada para el grupo de adolescentes y jóvenes, como se observa en la tabla No 15.

Tabla 15 Estadísticas descriptivas del puntaje estandarizado. Componentes MSSAAJ según población de estudios años 2009-2010.

Grupo de estudio			Componente 1 - Acceso a los servicios y Oportunidad en la atención	Componente 2 - Profesionales y personal de los servicios de salud	Componente 3 - Procedimientos administrativos y de atención	Componente 4 - Disponibilidad de una amplia gama de servicios
Jóvenes	N	Valid	7507,0	7503,0	7477,0	7353,0
		Missing	6,0	10,0	36,0	160,0
		Mean	7,3	7,6	7,0	7,3
		Median	7,1	8,6	7,5	8,0
		Std. Deviation	2,5	2,6	2,8	2,9
		Variance	6,2	6,6	7,6	8,1
		Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
		Maximum	10,0	10,0	10,0	10,0
Profesionales	N	Valid	691,0	691,0	691,0	691,0
		Missing	0,0	0,0	0,0	0,0
		Mean	7,4	9,0	9,0	9,3
		Median	8,6	10,0	10,0	10,0

Grupo de estudio	Componente 1 - Acceso a los servicios y Oportunidad en la atención	Componente 2 - Profesionales y personal de los servicios de salud	Componente 3 - Procedimientos administrativos y de atención	Componente 4 - Disponibilidad de una amplia gama de servicios
Std. Deviation	2,4	1,9	1,8	1,6
Variance	5,9	3,5	3,4	2,5
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	10,0	10,0	10,0	10,0

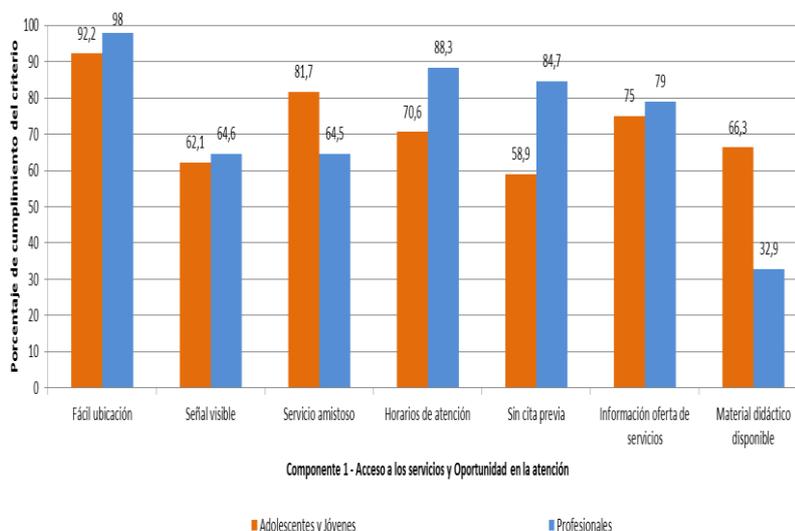
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 Años 2009 y 2010

Al analizar la prueba de normalidad, se encontró que los datos seguían una distribución normal, por lo cual se realizó la prueba t de diferencia de medias, encontrándose que para este componente no había diferencia estadísticamente significativa entre las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales. (p valor= 0,3)

Por su parte, se observa que para los profesionales los ítems de mayor valoración, para el componente de acceso a servicios y oportunidad en la atención fueron que la institución de salud era de fácil ubicación (98%), y los horarios de atención adecuados a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir a los servicios, con un 88,3%. Por su parte, adolescentes y jóvenes coinciden en el ítem de institución de salud fácil de ubicar (92,2%) y adicionalmente consideran que el servicio es amistoso y acogedor (81,7%). Mientras que el ítem con menor valoración para este grupo fue la disposición de horarios de atención sin cita previa (58,9%), y la existencia de una señal visible, que indicara que el servicio era amigable (62,1%) para los profesionales sus mayores debilidades en este componente estaban en la disposición de materiales educativos, revistas y juegos en la sala de espera (32,9%) y el

ambiente físico, da la bienvenida a adolescentes y jóvenes es amistoso (64,5%). –Gráfico No 2-

Gráfico 2: Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 1. Acceso a los servicios y oportunidad en la atención



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

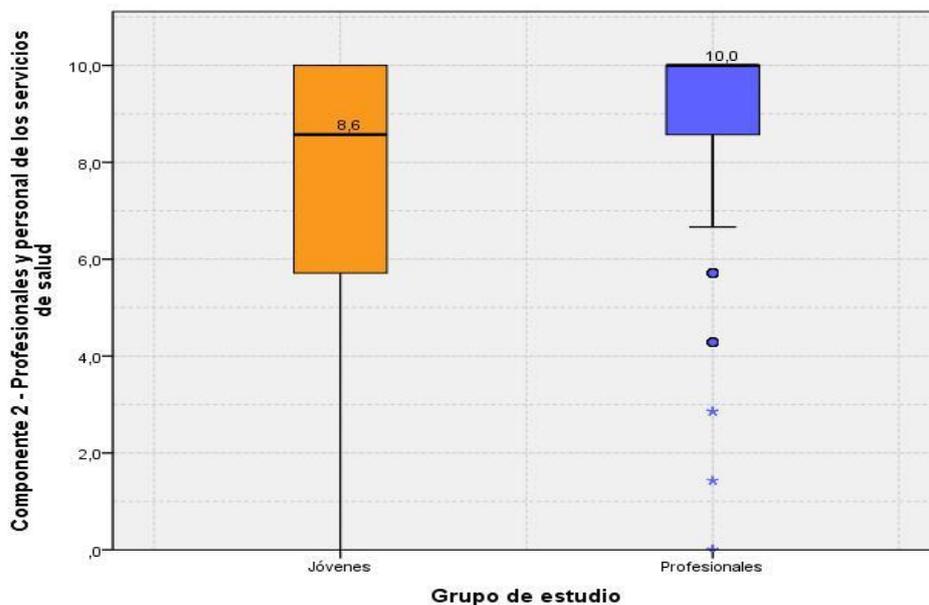
9.2.2. Componente 2 - Profesionales y personal de los servicios de salud

En este componente se encontró que el puntaje promedio de la escala estandarizada, para adolescentes y jóvenes puntuó 7.6, mientras que para los profesionales, puntuó 9.0.

Al realizar el análisis para la base de datos agregada de 2009 y 2010, se observa que las percepciones son más altas en los profesionales con una mediana de 10, mientras que en adolescentes y jóvenes su calificación es 8,6. De igual manera se observó que la opinión de ambos grupos de estudio para este componente fue diferente; siendo mayor la varianza en las percepciones de adolescentes y jóvenes que en profesionales y equipos de salud.

Llama la atención que algunos profesionales, evalúan este criterio, con bajo puntaje, lo califican con puntajes inferiores a 2. (Ver gráfico No 3)

Gráfico 3: Grafico Box-plot del componente 2- Profesionales y personal de servicios de salud, según población de estudio.

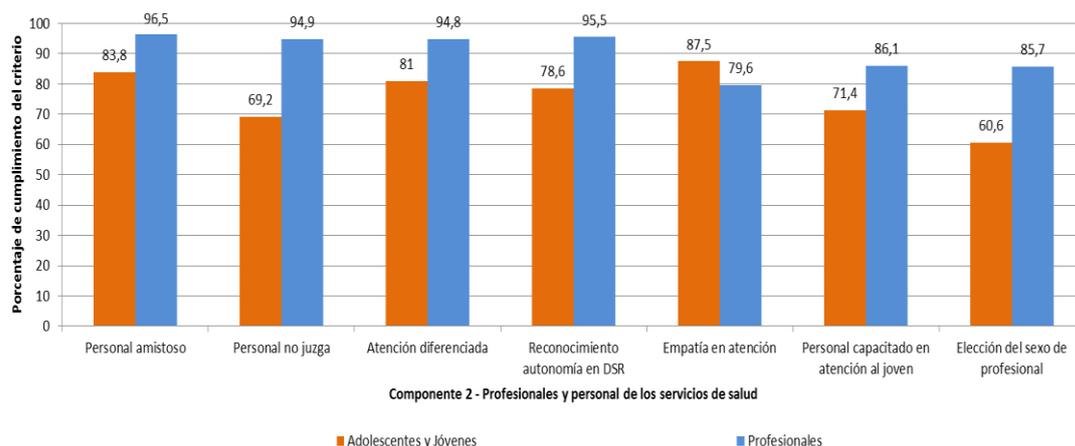


Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009-2010

Se identificó que los datos no seguían una distribución normal (p value <0.01), y hay evidencia estadística suficiente para afirmar que el puntaje de los adolescentes es diferente al de los profesionales (U mann Whitney p value <0.001)

Al identificar el ítem específico que influyo en dicha diferencia se encontró que, el de mayor diferencia fue el personal es receptivo no los juzga, con una diferencia entre las dos percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de más del 25%, (69,2% vs 94,9%) y en la posibilidad de elección del profesional masculino o femenino (60,6% vs 85,7%) respectivamente. Grafico No 4.

Gráfico 4 Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 1. Acceso a los servicios y oportunidad en la atención

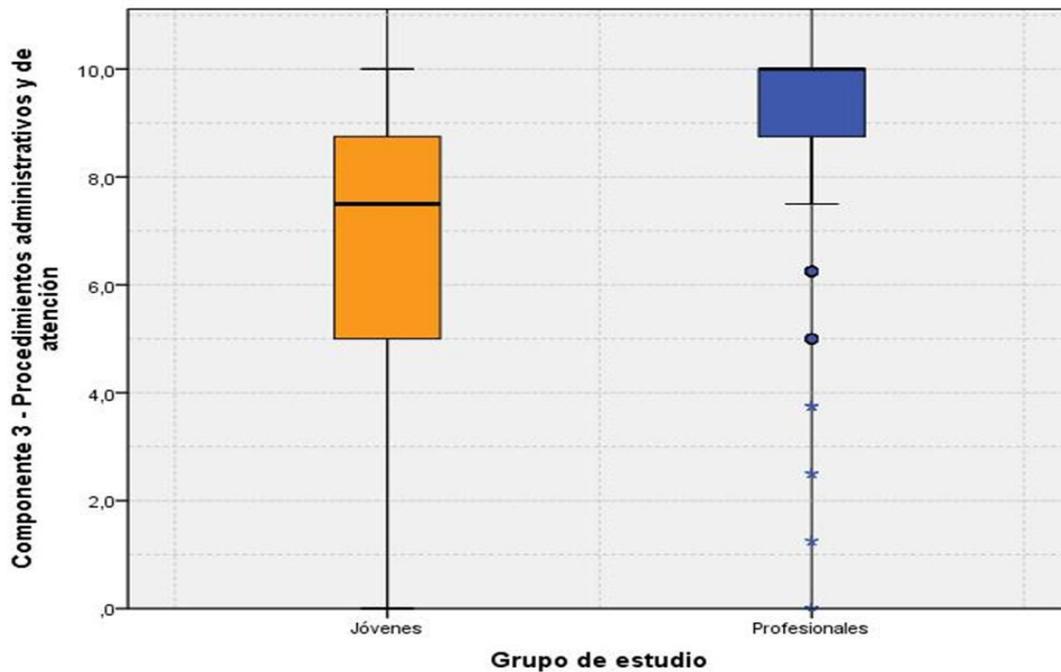


Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

9.2.3. Componente 3 - Procedimientos administrativos y de atención

La calificación mediana dada por adolescentes y jóvenes para el componente 3 es en promedio de 7, mientras que el puntaje dado por profesionales es de 9.0, teniendo mayor varianza en las percepciones el grupo de adolescentes y jóvenes. (Gráfico 5)

Gráfico 5: Gráfico Box-plot del componente 3- Procedimientos administrativos y de atención, según población de estudio.



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009-2010

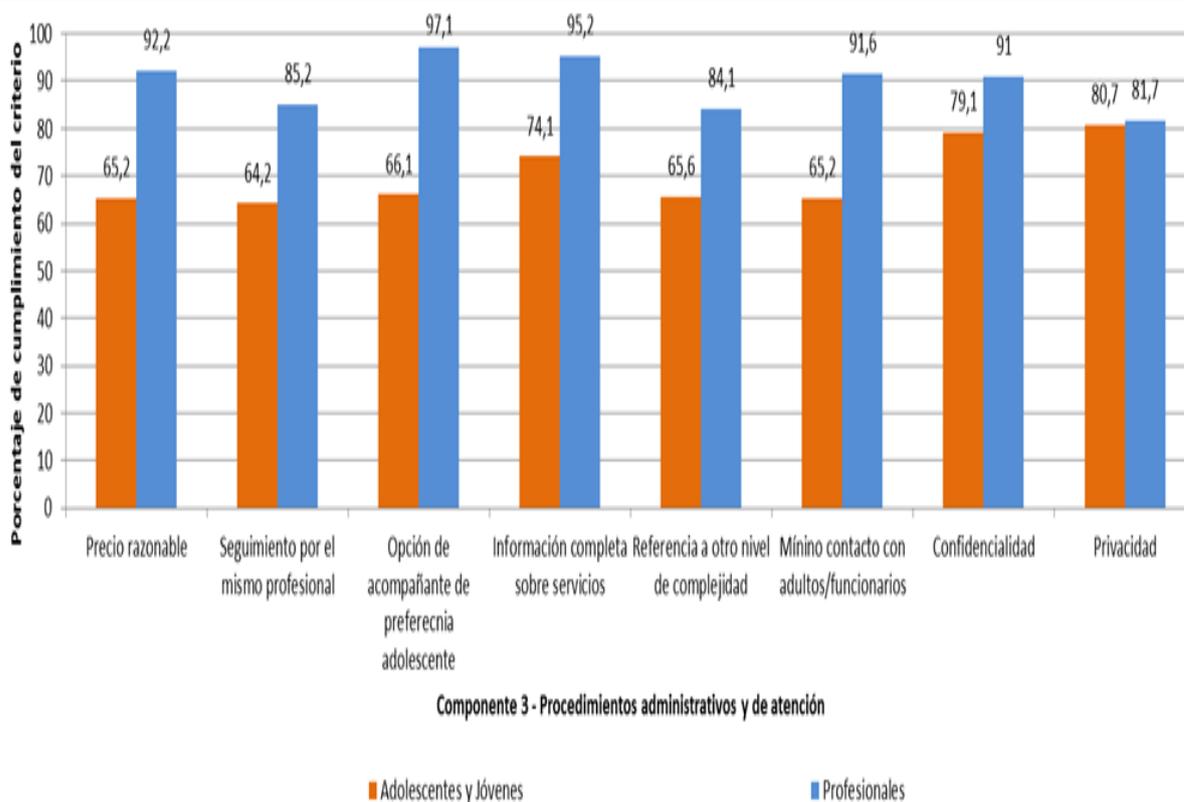
Sin embargo algunos profesionales presentan percepciones bastante bajas respecto a este componente, lo cual se considera atípico

Al igual que en el componente 2, esta diferencia de percepciones entre los dos grupos de estudio es estadísticamente significativa (P value = 0,000). También se identificó en este caso, que los datos no seguían una distribución normal (p valor <0.01), y hay evidencia estadística suficiente para afirmar que el puntaje de los adolescentes es diferente al de los profesionales (U mann Whitney p value= <0.001).

En este componente los adolescentes puntúan la privacidad y la confidencialidad similar a la puntuación dada por los profesionales, siendo estos dos ítems los de mayor valoración por parte de adolescentes y jóvenes; en los restantes ítems, la diferencia es de 20% aproximadamente, la mayor

diferencia se observa en el ítem de opción de acompañante de la preferencia del adolescente (66,1% vs 97,1%) y precios razonables (65,2% vs 92,2%).

Gráfico 6: Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 3. Procedimientos administrativos y de atención.



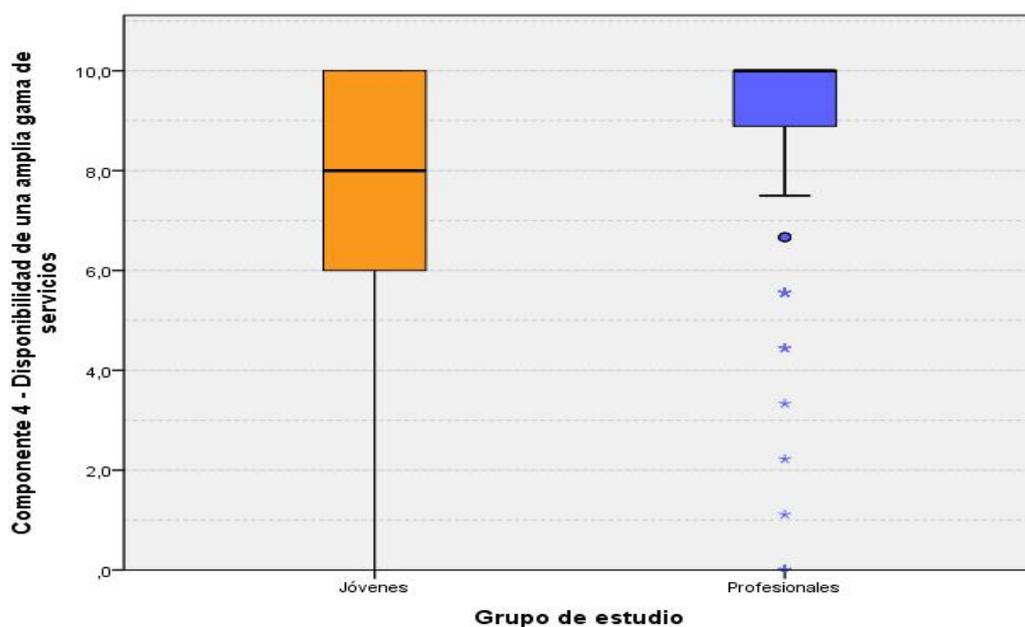
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

9.2.4. Componente 4 - Disponibilidad de una amplia gama de servicios

En general los profesionales de la salud, que respondieron el instrumento A4, tienen variabilidad, pues existen valores mínimos de cero (0) y máximos de diez (10), el 75% puso una puntuación mínima de 8,75 y máxima de 10, mientras que los jóvenes, el 50%, puntúa hasta 8,0 este componente; la mayor varianza en las percepciones la tienen adolescentes y jóvenes y al igual que los componentes 2 y 3. Además se observa que algunos profesionales, dan una calificación baja al componente de amplia gama de servicios. Hay un peso

relativo grande de la valoración de los profesionales, hace que la puntuación con respecto adolescentes y jóvenes sea mayor; sin embargo, llama la atención la gran dispersión y heterogeneidad de sus puntuaciones, con valores también muy bajos. Si bien las puntuaciones realizadas por adolescentes son más bajas, estas son más consistentes y no presentan dispersión.

Gráfico 7: Grafico Box-plot del componente 3- Disponibilidad de Amplia Gama de servicios, según población de estudio.



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009-2010

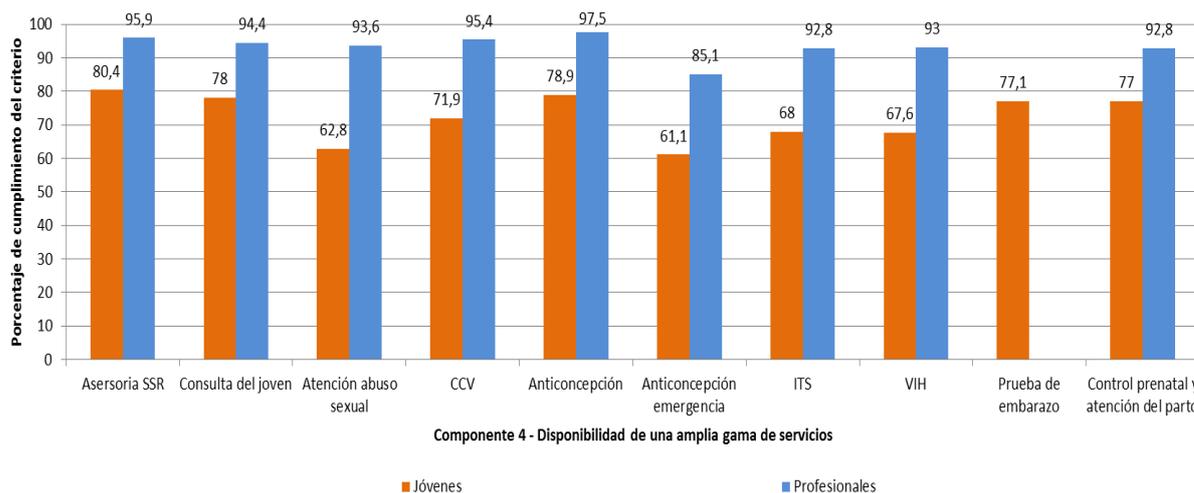
También se identificó para el componente 4, que los datos no seguían una distribución normal (p valor <0.01), y hay evidencia estadística suficiente para afirmar que el puntaje de los adolescentes es diferente al de los profesionales (U mann Whitney p value= <0.001)

Al analizar los ítems constitutivos del componente se encontró, que mientras en el instrumento diligenciado por adolescentes y jóvenes se indaga por la percepción de disponibilidad de la prueba de embarazo, este ítem no es

preguntado en el instrumento diligenciado por los profesionales, sin embargo es claro para adolescentes y jóvenes que este servicio está disponible, en un 77,1%.

El menor puntaje, tanto por profesionales como por adolescentes y jóvenes fue dado a la anticoncepción de emergencia, sin embargo la mayor diferencia de percepción se registra en la atención al abuso sexual (93,6% vs 62,8%). Las atenciones ofertadas por los servicios de salud amigables que son de mayor reconocimiento por parte de adolescentes y jóvenes son los relacionados con la salud sexual y reproductiva: la asesoría en salud sexual y reproductiva (80,4%), la anticoncepción (78,9%), la prueba de embarazo (77,1%) y control prenatal y atención del parto (77%) Ver gráfica 8

Gráfico 8 : Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios



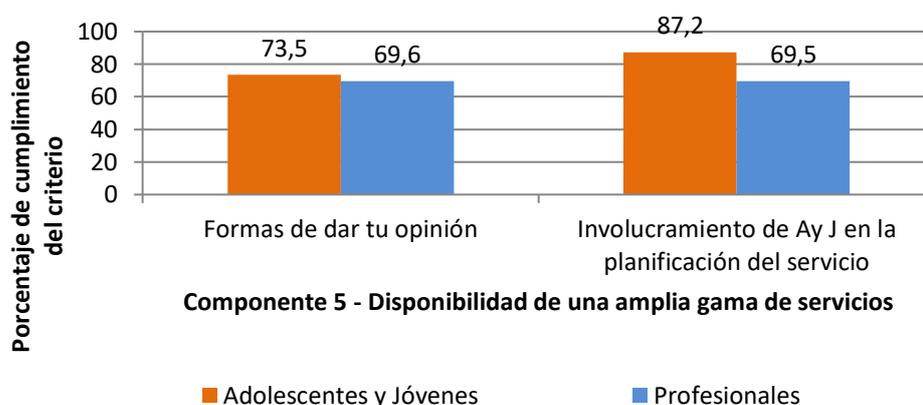
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

9.2.5. Componente 5 - Participación juvenil, social y comunitaria

Mientras adolescentes y jóvenes perciben que pueden dar opinión en los SSAAJ en un 73,5%, los profesionales consideran que estos participan en el

mejoramiento del servicio en un 69,6%. Adicionalmente, adolescentes y jóvenes recomendarían el servicio a otros y otras en un 87,2%, mientras que los profesionales involucran a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio en un 69,5%.

Gráfico 9: Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios



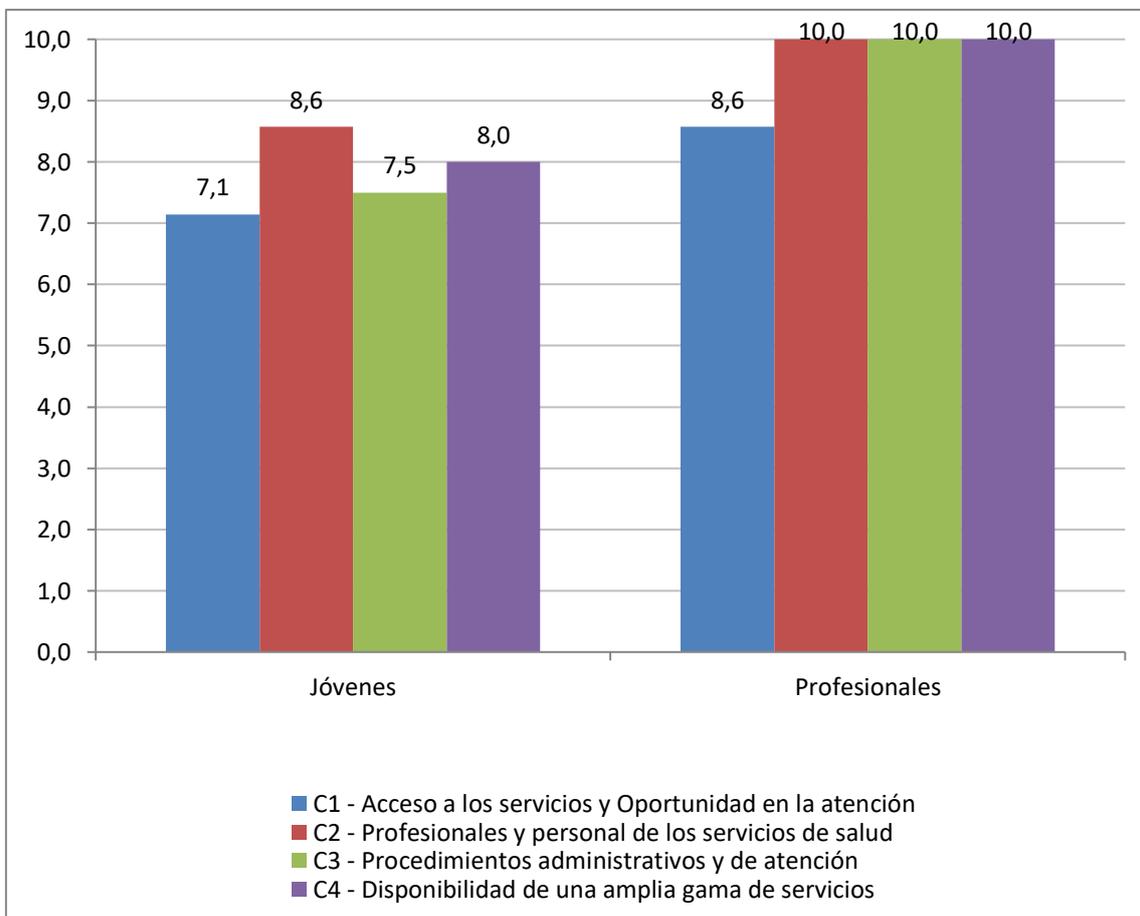
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

9.3. Análisis de los componentes del MSSAAJ.

Al realizar un análisis de los componentes, o estándares de calidad del Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes para los años 2009 y 2010 en Colombia, en general la calificación dada a todos los componentes en una escala de 1 a 10 es alta; oscila entre 7,1 y 10, lo cual coloca los servicios en un grado de desarrollo entre medio y alto; es decir que adolescentes y jóvenes tienen percepción de calidad de los servicios, se observa además que la mediana de las percepciones de adolescentes y jóvenes, tienen mayor varianza que la de profesionales de salud. La calificación dada por los dos grupos de estudio, al componente de acceso a los servicios y oportunidad en la atención fue la más baja. (7,1 y 8,6 respectivamente); adolescentes y jóvenes, asignan la mayor calificación al componente de

profesionales y personal de servicios de salud. Los componentes 2 al 4, que implica la organización y oferta de los servicios de salud, tienen la mayor calificación posible por parte de profesionales y personal de salud. (Gráfico 10)

Gráfico 10: Mediana de las percepciones dada por adolescentes y jóvenes y profesionales por componentes del MSSAAJ.



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

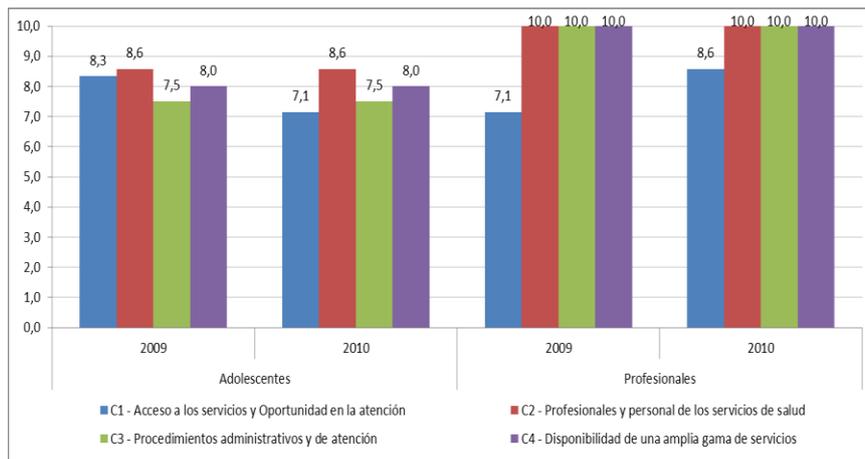
9.4. Análisis de percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales servicios de salud amigables. comparativo años 2009 y 2010

Se realiza un análisis comparativo por componentes del Modelo de SSAAJ a partir de las percepciones de adolescentes y jóvenes usuarios

y profesionales a cargo de los servicios en Colombia en los años 2009 y 2010. En primer lugar se destaca la diferencia de respuesta en la recolección y envío de las encuestas por parte de las Direcciones Territoriales de Salud; mientras que en 2009, se recibieron 207 encuestas A4 de 290 servicios funcionando (71%) y 1703 encuestas a adolescentes y jóvenes; en el 2010, aumenta el número de servicios reportados 484 de 640 funcionando (75%), y 6011 encuestas a adolescentes y jóvenes, proporcionalmente al aumento de cobertura de servicios en el país. Varía también el número de DTS que reportan.

Para el año 2009, se observa que la calificación más baja dada, fue al componente de acceso a los servicios y oportunidad en la atención, por los profesionales de salud; mientras que para el año 2010, varía esta calificación, siendo más baja la dada por adolescentes y jóvenes. Pero como se observó en la base de datos agregada de los dos años, esta diferencia no fue estadísticamente significativa; mientras que las calificaciones de las percepciones de los dos grupos de estudio, para los componentes 2 al 4, se mantuvieron iguales comparativamente los dos años; estas últimas diferencias si fueron estadísticamente significativas.

Gráfico 11: Mediana de las percepciones dada por adolescentes y jóvenes y profesionales por componentes del MSSAAJ. Comparativo años 2009 -2010.



Fuente Cálculos propios a partir de la base de datos A4 y A11 años 2009 y 2010.

10. DISCUSIÓN:

Las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de salud acerca del grado de desarrollo y calidad logrado en los servicios de salud amigables en Colombia, durante los años 2009 y 2010, varían de manera estadísticamente significativa, para los componentes de profesionales y personal de servicios de salud, procedimientos administrativos y de atención y disponibilidad de una amplia gama de servicios. Lo anterior puede estar relacionado con que el mayor volumen de la muestra analizada para el año 2010, proviene de regiones con mayor oferta en promoción de derechos sexuales y reproductivos y de servicios de salud.

Los ítems en los que se observan diferencias amplias, en las percepciones entre adolescentes y profesionales son en los que conforman el componente de acceso a los servicios y oportunidad en la atención, sin embargo en este componente esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa; y hay diferencias también para los dos años

de análisis, siendo menor la percepción de profesionales de la salud para este componente en el año 2009, mientras que adolescentes y jóvenes para el año 2010, presentan percepciones con menor calificación que los profesionales, lo que demuestran es que la intención de adecuar los servicios, y hacerlos diferenciados, de fácil ubicación, con señal visible que indique que hay una atención exclusiva para ellos y ellas, que adecúa los horarios y espacios, a los cuales pueden acudir sin cita previa adolescentes y jóvenes, y encuentran información acerca de temas que les interesa como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, constituyen en sí mismos, una novedad, y el interés de asistir como usuarios. Estos hallazgos son consistentes con los hallazgos de investigaciones anteriores (12-19-20) es decir que la mayor falla de la percepción de los servicios por parte de los adolescentes, está, en que estos, no están suficientemente visibilizados. Los servicios pudieran haber tomado mayor fuerza y más reconocimiento si hubiera la voluntad de ser promocionados.

Para el componente 2, de profesionales y personal de los servicios de salud, por su parte, mientras que profesionales y equipos de salud, dan una calificación muy alta (94,9%), que indica un nivel de desarrollo alto, adolescentes y jóvenes lo califican como de desarrollo bajo, (69,2%), es decir, que, en algunos profesionales persisten actitudes, que algunos adolescentes y jóvenes, están percibiendo como poco receptivas o de juicio sobre sus demandas. Por lo que hay que insistir en sensibilización de los equipos de salud a cargo de los SSAAJ para que reconozcan y promuevan

los derechos, en especial los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, usuarios de los servicios.

Para el año 2009, en general los profesionales de la salud, perciben que les falta capacitación en la atención diferenciada a los y las adolescentes, lo cual es plausible en razón a que en Colombia no existe formación de postgrado en adolescencia, y la formación de pregrado y post grado en programas de ciencias de la salud, se reduce en el mejor de los casos, a 2 semanas de rotación en adolescencia y el abordaje tiene un enfoque de riesgo, biologicista, y paternalista, encaminado a las acciones de atención y recuperación, no a la promoción de la salud, en donde la adolescencia es vista como etapa problemática y conflictiva, no como una etapa de desarrollo. La investigación realizada en la ciudad de Bogotá Colombia, al indagar si las instituciones capacitaron personal en atención diferenciada a adolescentes y jóvenes en el año 2009, evidencian que aproximadamente dos terceras partes, de las instituciones de salud del estudio respondieron afirmativamente (17/28), se encontraron diferencias significativas ($p=0.047$ test de Fisher) entre las instituciones, evidenciando que las ESE de primer nivel (8/9) fueron las que más eventos de formación realizaron, frente a las de régimen contributivo (2); en este mismo estudio se evidenció que hay menos de 1 profesional de cada categoría (médico general, médico familiar, auxiliar de enfermería, enfermeras, psiquiatras, ginecólogos, psicólogos, efebólogos) por cada 10.000 personas elegibles para recibir los servicios.

En cuanto al componente de procedimientos administrativos y de atención, es uno de los componentes de mayor valoración por parte de profesionales

a cargo de los servicios, con una mediana de 10; este componente es el que tiene que ver con el aseguramiento, es decir dependen del Plan Obligatorio de Salud, por lo tanto, es posible, que a pesar de que el Modelo de servicios de salud amigables no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, el SGSSS permite dar cumplimiento a los estándares de calidad, para adecuar los servicios, como la atención gratuita, programación de citas sin consulta inicial, capacitación a los equipos de salud a cargo de la atención a adolescentes y jóvenes, garantizar la confidencialidad y la privacidad entre otros; por su parte si bien para profesionales es claro que gestionan la adecuación de sus servicios para hacerlos más amigables, y atraer a adolescentes y jóvenes como usuarios permanentes, estos no tienen la misma percepción especialmente en lo relacionado con las opciones de ser atendido por el mismo profesional en cada visita, acceder a servicios de manera gratuita, y recibir atención sin llamar la atención en el servicio con la presencia de adultos y opción de ser atendido con acompañante de la preferencia del adolescente. Lo anterior indica, que es necesario realizar mayores esfuerzos por parte de los prestadores para divulgar las opciones diferenciadas de atención que disponen para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables.

Además se observa en este componente, que algunos profesionales presentan percepciones bastante bajas, lo cual se considera atípico, y puede estar asociado con las encuestas diligenciadas por profesionales que se encuentran en servicios con grado de desarrollo incipiente o bajo, en los que no hay voluntad política ni de tomadores de decisiones ni los

profesionales a cargo de los servicios, lo cual también fue reportado en investigaciones como la evaluación sumativa a los servicios amigables realizada en el año 2010, en la que profesionales en servicios con bajo nivel de desarrollo en entrevista semiestructurada, comentan frente al componente de procedimientos administrativos y de atención que “ *el gerente de la ESE se interesa en sacar adelante el servicio , pero hasta ahora no hay sentido de pertenencia...* “; y se corrobora en la investigación realizada en Bogotá de barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios en el componente de mediación de acudientes para prestar los servicios de SSR en adolescentes y jóvenes, se observa que 2/3 partes de las instituciones requieren la presencia de un acudiente tanto para la asesoría como para la realización de procedimientos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo. Lo mismo sucede para la entrega de métodos anticonceptivos, en unas, para menores de 14 años y en 3 instituciones, para menores de 18 años (2)

En cuanto al componente 4, disponibilidad de amplia gama de servicios, la percepción de adolescentes y jóvenes acerca de los servicios que le brindan en los SSAAJ, es menor que la de profesionales; (ver grafica 7), con una mediana de 8 vs 10; al realizar la concordancia de las percepciones se observa que la diferencia de calificación es estadísticamente significativa; los servicios en los cuales hay menor percepción de disponibilidad son la atención al abuso sexual y la anticoncepción de emergencia. Esto hace pensar que persisten dificultades en los profesionales para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes especialmente de las

mujeres y dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y la dificultad de hablar sobre el abuso sexual. Lo anterior se relaciona a su vez con la menor percepción de calidad en lo relativo con el profesional es receptivo y no te juzga.

Mientras adolescentes y jóvenes perciben que pueden dar opinión en los SSAAJ los profesionales, perciben que la participación de estos en el mejoramiento de los servicios es menor, esta diferencia la percepción de los dos grupos, podría explicarse, en la importancia que adolescentes y jóvenes dan a la novedosa experiencia de participación en contraste con la baja valoración que los profesionales dan a la participación, no obstante, se reconozca, la asimetría en el número de ítems de valoración que hay entre los dos formularios.

Adicionalmente, existe una diferencia en la valoración que hacen adolescentes y jóvenes sobre los servicios de salud amigables, quienes recomendarían este a otros y otras en un 87,2%. Por su parte los profesionales valoran en menor grado la participación de adolescentes y jóvenes a quienes sólo involucran en las decisiones de planificación del servicio en un 69,5%.

11. CONCLUSIONES.

- 11.1.** Las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de salud acerca del grado de desarrollo y calidad logrado en los servicios de salud amigables en Colombia, durante los años 2009 y 2010, varían de manera estadísticamente significativa, para los componentes de profesionales y personal de servicios de salud, procedimientos

administrativos y de atención y disponibilidad de una amplia gama de servicios. Lo anterior puede estar relacionado con que el mayor volumen de la muestra analizada para el año 2010, proviene de regiones con mayor oferta en promoción de derechos sexuales y reproductivos y de servicios de salud. Lo anterior permite afirmar que los procesos de formación en derechos sexuales y reproductivos, conllevan a una mayor capacidad de demanda y exigencia por parte de adolescentes y jóvenes.

- 11.2.** Según la percepción de los servicios por parte de los adolescentes, la mayor falla está, en que estos, no están suficientemente visibilizados. Los servicios pudieran haber tomado mayor fuerza y más reconocimiento si hubiera la voluntad de ser promocionados.
- 11.3.** En algunos profesionales persisten actitudes, que adolescentes y jóvenes, están percibiendo como poco receptivas o de juicio de valor sobre sus demandas. Lo cual lleva insistir en la necesidad de sensibilización de los equipos de salud a cargo de los SSAAJ para que reconozcan y promuevan los derechos, en especial los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, usuarios de los servicios.
- 11.4.** A pesar de que el Modelo de servicios de salud amigables no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, el SGSSS permite dar cumplimiento a los estándares de calidad, para adecuar los servicios como lo propone el Modelo, en los aspectos de atención gratuita, programación de citas sin consulta inicial, capacitación a los equipos de salud a cargo de la atención a

adolescentes y jóvenes, garantizar la confidencialidad y la privacidad entre otros; por su parte si bien para profesionales es claro que gestionan la adecuación de sus servicios para hacerlos más amigables, y atraer a adolescentes y jóvenes como usuarios permanentes.

- 11.5.** Es necesario realizar mayores esfuerzos por parte de los prestadores para divulgar las opciones diferenciadas de atención de las que se dispone para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables.
- 11.6.** Persisten dificultades por parte de los profesionales para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, especialmente de las mujeres, así como para dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y la dificultad de hablar sobre el abuso sexual.
- 11.7.** La participación de adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables, no es percibida por los profesionales de la salud como algo necesario para su desarrollo en razón a que su involucramiento en las decisiones y planificación del servicio son bajas, siendo este un estándar de calidad de los servicios de la OMS (Estándar 8), esto ligado a la poca divulgación de las opciones diferenciadas y la posibilidad de integrar grupos juveniles, se convierte en la principal barrera de acceso a los servicios.

12. REFERENCIAS

1. FHI 360. (5 de Octubre de 2016). *FHI 360*. (Citado el 10 de mayo de 2016) Disponible desde <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/InFOCUS/RHfriendlySP.htm>.
2. Secretaría Distrital de Salud - Fondo de población de las Naciones Unidas. (2011). *Barreras y Facilitadores para el Acceso de*

Adolescentes y Jóvenes a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de la Red Pública y Privada de Bogotá. Bogotá: legis s.a.

3. Braeken, D., & Rondinelli, I. (2012). Sexual and reproductive health needs of young people: Matching needs with systems. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 560–563.
4. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS*. Bogotá: Printex Impresores Ltda.
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Forensis 2015 Datos para la Vida*. Bogotá: Imprenta Nacional.
6. Ministerio de Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá : Fondo de Población de las Naciones Unidas.
7. Social Protección M de S, Profamilia, Migraciones OI, Unidas N. Política Nacional de Sexualidad , Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Minist salud. 2014;150.
8. Ministerio De La Protección Social. Decreto 3039 Plan Nacional Salud Publica 2007. 2007; Available from: http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO_3039_2007_Plan_Nacional_SP_2007-2010.pdf
9. Ministerio de la Proteccion Social, Unfpa. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jovenes. Fondo Población las Nac Unidas-UNFPA- Colomb. 2008;2º edición:283.
10. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Implementación de Servicios de salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en el departamento del Huila. 2010;61.
11. Mentor Colombia . (2010). *Proceso de evaluación sumativa a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes que se han implementado en el país*. Bogotá .
12. Valencia, C. P., & Canaval, G. E. (2010). Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. (Internet) *Revista Colombia Médica*, 26-34. (citado el 10 de mayo de 2016) Disponible desde: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/Article/682>

13. Castro F, Dueñas M, Martínez B. Factibilidad Para La Creación De Una Ips "Centro Amigable" Para Jóvenes Y Adolescentes En El Municipio De Popayán. 2011;62. Disponible desde <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/Article/682>
14. Bravo Bolaños , M. A. (2012). *Elementos explicativos de la participación adolescente y juvenil en la implementación del programas "Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes en San Juan de Pasto, Colombia.* (Internet) Ciudad de México : Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible desde <http://bibdigital.flacso.edu.mx:8080/dspace/handle/123456789/4086>
15. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA. Serie de estudios a profundidad, encuesta nacional de demografía y salud, ENDS 1990/2010. 2010;
16. Murgueito C, Flórez C, Peñaranda C, et al. Evaluación Nacional de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Informe de Resultados.(Internet) 2014,Jun. Ministerio de salud y protección social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF, (citado el 8 de mayo de 2016) Disponible desde: http://www.unicef.org/evaldatabase/index_73870.html
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Evaluacion-de-los-Servicios-Amigables.pdf>
17. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli VC, Moreno Lopez DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reprod Health* [Internet]. Reproductive Health; 2015;12(1):90. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0079-7>
18. Moreno, D., & Púa, R. (2012). Servicios de salud amigables para adolescentes. Una revisión de su implementación y principales características. Editorial Académica Española.
19. Shutt-Aine,, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y Políticas.* Organización Panamericana de la Salud.
20. Krauskopf , D. (2014). *Adolescencia y Educación.* San José Costa Rica: Ed Universidad Estatal a Distancia.
21. Pinilla Gómez E, Forero Bulla CM, Vladivieso C MC. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). *Fac Nac Salud Pública El Escen para la salud pública desde la Cienc* [Internet]. 2009;27(2):164–8. Available from:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986716&info=resumen&idioma=ENG>

22. Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. Psychological issues.
23. Gaete V. [Adolescent psychosocial development]. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2014;86(6):436–43. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Krauskopf D. La condición juvenil contemporánea en la constitución identitaria. Última Década. 2010;(jóvenes y adolescentes):27–42. Disponible desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362010000200003
25. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afi R, Allen NB, et al. Las comisiones de Lancet Nuestro futuro : una comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar adolescente. :9–14.
26. Durston J. Limitantes de Ciudadanía entre la Juventud Latinoamericana. Rev Última DÉCADA. 1999;10:1–8.
27. Kurz, K., Johnson Welch, C., Le Franc, E.-M., & Hamilton, P. (1995). Adolescent fertility and reproductive health: a needs assessment in the English Speaking Caribbean for the Pew Charitable Trusts. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
28. Transgrud R. Adolescent Sexual and Reproductive Health in Eastern and Southern Africa. (Draft/borrador). Prepared for USAID/REDSO, May 1997.
29. Pimenta Ferrari, R. A., Thomson, Z., & Melchior, R. (2006). Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, 2491-2495.
30. Clotet, J., & Goldim, J. R. (2007). *Percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários (Tesis de Posgrado)*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
31. Villa-Torres, L., & Svanemyr, S. (2015). Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive Health Policies and Programs. *Journal of Adolescent Health*, 551-557.
32. Baltag Valentina, ppt. Estándares globales de la OMS para servicios de salud amigables para adolescentes de calidad. O.M.S diciembre de 2014.
33. Denno, D., Hoopes, A., & Chandra-Mouli, V. (2014). Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health

Services and to Increase Demand and Community Support. *Journal of Adolescent Health*, 522- 541.

13. LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Grafico Box-plot del componente 1- Acceso y oportunidad en la atención según población de estudio.	74
Gráfico 2: Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 1. Acceso a los servicios y oportunidad en la atención	76
Gráfico 3: Grafico Box-plot del componente 2- Profesionales y personal de servicios de salud, según población de estudio.	77
Gráfico 4 Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 1. Acceso a los servicios y oportunidad en la atención	78
Gráfico 5: Grafico Box-plot del componente 3- Procedimientos administrativos y de atención, según población de estudio.	78
Gráfico 6: Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 3. Procedimientos administrativos y de atención.	80
Gráfico 7: Grafico Box-plot del componente 3- Procedimientos administrativos y de atención, según población de estudio.	81
Gráfico 8 : Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios.....	82
Gráfico 9: Porcentaje de respuesta. Grupos de estudio. Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios.....	83
Gráfico 10: Mediana de las percepciones dada por adolescentes y jóvenes y profesionales por componentes del MSSAAJ.....	84
Gráfico 11: Mediana de las percepciones dada por adolescentes y jóvenes y profesionales por componentes del MSSAAJ. Comparativo años 2009 -2010.	85

14. LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Número de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes implementados por departamento. Colombia. 2009, 2010 y 2011.	16
Tabla 2: Evaluaciones, Investigaciones, Sistematizaciones, Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes. Colombia.	19
Tabla 3: Estándares mundiales para la atención en SSRA	55
Tabla 4: Comparativo instrumentos recopilados A4- A11 de los Servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes. Colombia 2009.....	63
Tabla 5: Comparativo instrumentos recopilados A4- A11 de los Servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes. Colombia 2009.....	63
Tabla 6: Componente 1 - Acceso a los servicios y Oportunidad en la atención	65
Tabla 7: Componente 2: Profesionales y personal de los servicios de salud.	66
Tabla 8: Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención.	66
Tabla 9: Componente 4: Disponibilidad de una amplia gama de servicios.	67
Tabla 10: Componente 5: Participación Juvenil social y comunitaria.....	67
Tabla 11: Asignación de puntaje y estandarización de componentes.	68
Tabla 12 : Hablanos de ti. A11 2009 -2010	72
Tabla 13: Edad A11 2009 2010.	73
Tabla 14: Estado Civil A11 2009 2010.	73
Tabla 16 Estadísticas descriptivas del puntaje estandarizado. Componentes MSSAAJ según población de estudios años 2009-2010.	74

15. SIGLAS Y CONVENCIONES

DSR	Derechos sexuales y reproductivos.
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas.
SSAAJ:	Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
MSSSAAJ	Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
EA:	Espacios amigables.
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud-
PNSSDSDR	Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos.
EPS	Empresas Promotoras de Servicios de Salud.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
ESE.	Empresas Sociales del Estado
AECID	Agencia de Cooperación Internacional Española
DTS	Direcciones Territoriales de Salud
PESCC	Programa de Educación para la sexualidad y Construcción de Ciudadanía.
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Nacional
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SPA	Sustancias psicoactivas
AYJ	Adolescentes y Jóvenes.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
ICFES	Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales-
MEN	Ministerio de Educación Nacional

IVC	Inspección Vigilancia y Control
VPH	Virus del Papiloma Humano
TIC	Tecnología de Información y Comunicación.
PIC	Plan de Intervenciones colectivas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
SSRA:	Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes
ONG	Organización no gubernamental

16. ANEXOS

Anexo 1: Anexo A4.

INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DEL SERVICIO DE SALUD A PARTIR DE LOS COMPONENTES DE UN SERVICIO AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Fecha	
Departamento:	
Municipio:	
Barrio	
Institución de Salud:	
Modalidad de Servicio Amigable:	

Opciones de respuesta

SI - El servicio cumple en su totalidad el criterio.	1
P - El servicio cumple parcialmente el criterio.	2
NO -El servicio no cumple el criterio.	3
NR - No tiene respuesta para el criterio.	4
NA - El criterio no corresponde ser analizado en el servicio que presta la institución de salud.	5

COMPONENTES Y CRITERIOS

Componente 1: Acceso de Adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación

Accesibilidad geográfica	Calificación	Observaciones *
La institución de salud se ubica en un lugar de la localidad que facilita el acceso de adolescentes y jóvenes		
Se Presta el servicio independiente del lugar de procedencia del adolescente y joven		
Identificación del servicio	Calificación	Observaciones
La institución de salud cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación		
Existe una señal visible dentro de la institución que indica que el servicio atiende a adolescentes y jóvenes.		
Ambiente	Calificación	Observaciones
El ambiente físico da la bienvenida a adolescentes y jóvenes		
Existe una decoración llamativa para adolescentes y jóvenes		
En la sala de espera se pueden encontrar revistas, materiales educativos, juegos		
Horarios adecuados y programación de citas	Calificación	Observaciones

Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio.		
Se realizan consultas sin previa cita		
Pueden programarse las citas telefónicamente.		
Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes, independiente del tipo de afiliación al SGSSS.		
El tiempo de espera para la atención de adolescentes y jóvenes es mínimo.		
Se define un tiempo estándar que facilita la interacción joven/profesional.		
Habilitación de los servicios	Calificación	Observaciones
La prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes tiene en cuenta las normas de habilitación previstas en el Decreto 1011 de 2006.		
Para la prestación del servicio se tiene en cuenta la Resolución 412 de 2000: Normas técnicas y guías de atención, otras normas que la modifiquen, y la Política de Salud Sexual y Reproductiva.		
Reconocimiento del servicio	Calificación	Observaciones
Se cuenta con una estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable.		
El establecimiento informa a la comunidad sobre los servicios para jóvenes.		
Existen mensajes que animan a la gente joven a llevar a sus pares		
Existen anuncios que explicitan que la atención es confidencial.		
Existen estrategias de comunicación realizadas con las y los jóvenes para dar a conocer los servicios que se ofertan		
Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio		
SUBTOTAL COMPONENTE 1		
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 1		

Componente 2. Profesionales y personal de los servicios de salud

Capacitación en servicios amigables	Calificación	Observaciones
Los profesionales de la institución conocen y manejan la norma de atención de la Resolución 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el joven		
El personal de la institución de salud recibe capacitación específica y permanente en atención a adolescentes y jóvenes		
El personal está preparado para responder a las necesidades específicas de cada adolescente o joven		
El personal se capacita en temas relacionados con el desarrollo y la psicología de la gente joven.		
Actitud hacia el servicio amigable	Calificación	Observaciones
A los profesionales que ofrecen el servicio les gusta el trabajo con adolescentes y les gusta el trabajo con adolescentes y jóvenes		

Se considera a adolescentes y jóvenes como personas capaces de tomar sus propias decisiones		
El personal de la institución de salud reconoce y promueve los derechos de adolescentes y jóvenes		
El personal de la institución está en capacidad de establecer relaciones cálidas y de confianza con adolescentes y jóvenes usuarios		
Interdisciplinariedad	Calificación	Observaciones
Cuenta con un equipo interdisciplinario		
El equipo humano conoce los servicios que se prestan a adolescentes y jóvenes y está en capacidad de orientarlos hacia estos		
La planeación y la ejecución de acciones se realiza en coordinación con el equipo interdisciplinario		
Especificidad	Calificación	Observaciones
Hay profesionales de género masculino y femenino		
Hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes		
SUBTOTAL COMPONENTE 2		
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 2		

Componente 3. Procedimientos administrativos y de atención

Políticas institucionales	Calificación	Observaciones
Hay una política de atención prioritaria, preferencial o diferencial para adolescentes y jóvenes		
Se implementa la Norma de detección precoz de alteraciones del adolescente y el joven		
Existen protocolos para brindar asesorías en salud sexual y reproductiva		
Se coordina con otros niveles de complejidad, para garantizar atención integral de adolescentes y jóvenes		
Costos del servicio	Calificación	Observaciones
Existen mecanismos que permiten que las y los jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita		
Existe contratación con las EPS o EPS del régimen subsidiado para la prestación de servicios a adolescentes y jóvenes		
Existe contratación con el municipio para ofrecer servicios a adolescentes y jóvenes		
Procedimientos para la atención	Calificación	Observaciones
No se requiere de la atención mediada por un acudiente.		
Los procedimientos para jóvenes mayores de 14 años pueden ser solicitados sin consentimiento de sus padres		
Durante su visita al servicio, adolescentes y jóvenes interactúan con un número mínimo de funcionarios.		
Si lo desean, adolescentes y jóvenes pueden ingresar a la consulta solos(as) o acompañados(as) de personas en las que confían.		
Se les explica a adolescentes y jóvenes qué se está haciendo durante cualquier procedimiento.		

Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad		
Registro	Calificación	Observaciones
Los registros utilizados contienen la información básica de identificación que garantice la confidencialidad.		
Se utilizan formatos de registros acordes con la Resolución 412 de 2000.		
Seguimiento	Calificación	Observaciones
Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial		
Se elabora o adopta, para cada adolescente y joven, un plan de intervención propuesto en la Resolución 412 y otras normas relacionadas.		
Se establece la forma en que se puede establecer contacto nuevamente con cada adolescente y joven que asiste al servicio.		
SUBTOTAL COMPONENTE 3		
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 3		

Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios

Oferta de servicios individuales	Calificación	Observaciones
Asesoría sobre salud sexual y reproductiva		
Consulta del o de la joven sano(a)		
Atención del abuso sexual		
Anticoncepción		
Anticoncepción de emergencia		
Asesoría y prueba de VIH		
Atención integral a jóvenes viviendo con VIH		
Atención de las infecciones de transmisión sexual		
Control prenatal y atención del parto		
Citología cérvico-vaginal		
La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamiento para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.		
Oferta de servicios colectivos	Calificación	Observaciones
Se realizan acciones educativas de orientación grupal con adolescentes y jóvenes.		
Existen grupos de aprendizaje para el auto cuidado o el cuidado mutuo de la salud		
Existen estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos		
Oferta de servicios integrales	Calificación	Observaciones
Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios		
Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad		
Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.		

Organización de servicios de extensión	Calificación	Observaciones
Se otorga gran importancia a los servicios extramurales		
Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes		
Se desarrollan estrategias que permiten identificar a adolescentes y jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo		
Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.		
SUBTOTAL COMPONENTE 4		
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 4		

Componente 5. Participación juvenil, social y comunitaria

Participación de la población juvenil	Calificación	Observaciones
Adolescentes y jóvenes participan en el mejoramiento del servicio de salud, para hacerlo amigable		
Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo.		
Se cuenta con mecanismos de participación con grupos juveniles y organizaciones no gubernamentales que apoyan el trabajo con jóvenes.		
Participación de la población adulta	Calificación	Observaciones
Se involucra a los adultos en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación del mismo		
Los adultos apoyan a la gente joven en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva		
Se promueve que madres, padres y otros adultos de la comunidad apoyen el uso de métodos de protección.		
Integración del servicio a la comunidad	Calificación	Observaciones
Existe coordinación con los diferentes actores de la comunidad para la difusión del servicio		
Se realizan diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de adolescentes y jóvenes, para encontrar soluciones		
El servicio de salud es considerado por la comunidad como una entidad clave de bienestar		
Se fortalecen los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud.		
Coordinación intersectorial e interinstitucional	Calificación	Observaciones
Se realizan acciones de coordinación y apoyo con otras instituciones de salud del mismo o de diferente nivel de complejidad		
Se establecen acuerdos de apoyo con entidades como secretarías de salud, EPS o EPS de régimen subsidiado, entre otras.		

El servicio se articula con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y medios de comunicación		
Se coordina de forma permanente con instituciones educativas, garantizando complementariedad en las acciones		
Se crean grupos de apoyo interinstitucionales e intersectoriales, incluyendo grupos de apoyo conformados por jóvenes.		
SUBTOTAL COMPONENTE 5		
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 5		

TOTAL GENERAL DEL SERVICIO		
NIVEL DE DESARROLLO DEL SERVICIO		

Anexo2. Base de Datos Anexo A4 (Se entrega en medio magnético)

Anexo 3: Instructivo para el diligenciamiento y Análisis Anexo A4

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DEL SERVICIO DE SALUD A PARTIR DE LOS COMPONENTES DE UN SERVICIO AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES. ANEXO A4

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una lista de componentes que sirven para evaluar en qué grado su servicio de salud es amigable.

Debe ser diligenciado un instrumento por cada servicio amigable que se encuentre funcionando en su Institución.

Se prefiere que este instrumento sea aplicado por la o las personas responsables del servicio amigable, desde su auto apreciación y los resultados de la encuesta autoadministrada a adolescentes y jóvenes del servicio amigable.

Cada uno de los componentes presenta diferentes criterios y para cada uno de ellos una serie de características que se espera se cumplan. Es importante analizar cada criterio por separado y, una vez terminado este proceso, marcar con el número correspondiente según el criterio.

Las opciones de respuesta sugeridas son:

- **SÍ:** indica que el servicio cumple en su totalidad el criterio.
- **PARCIALMENTE (P):** indica que el servicio cumple parcialmente con el criterio. Explicar en OBSERVACIONES.
- **NO:** indica que el servicio no cumple con el criterio.
- **NO RESPUESTA (NR):** el personal de salud no tiene respuesta para el criterio revisado. Explicar en OBSERVACIONES.
- **NO APLICA (NA):** indica que el criterio no corresponde ser analizado en el servicio que presta la institución de salud. Explicar en OBSERVACIONES.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

- Evaluar con el equipo de trabajo cada uno de los componentes con sus respectivos criterios, teniendo en cuenta las valoraciones:
 - Si: 1 (uno)
 - Parcialmente: 2 (dos)
 - No: 3 (tres)
 - No respuesta: 4(cuatro)

- No aplica: 5(cinco)
- Cuando se termine la evaluación de los cinco componentes con sus criterios, se debe hacer una sumatoria de las respuestas marcadas con la valoración SI. (El formulario A4 lo realiza automáticamente).
- Establecer el porcentaje de cumplimiento, revisando los criterios cumplidos con respecto al total de criterios definidos para los cinco componentes. En total son 84 criterios que equivale al 100% del cumplimiento. Si en alguna institución de salud, hay criterios que No aplican, no se tendrán en cuenta para la sumatoria total. (El formulario A4 lo realiza automáticamente).
- Una vez se ha establecido el porcentaje de cumplimiento, el equipo líder utilizará la siguiente tabla para definir el nivel de desarrollo alcanzado: Este puede ser incipiente, bajo, medio o alto según los resultados obtenidos. (El formulario A4 lo realiza automáticamente).

Nivel de desarrollo de los componentes de servicios amigables		
0% a 25%	Incipiente desarrollo	La institución está empezando el proceso de implementación de los servicios amigables
26% a 50%	Bajo desarrollo	La institución deberá hacer una revisión completa de los aspectos que pudieron incidir en los resultados: actividades planteadas, recursos humanos, técnicos y financieros, estableciendo acciones de mejora si es necesario.
51% a 75%	Mediano desarrollo	La institución tiene avances significativos que debe sostener. Además deberá evaluar si es necesario plantear mejoras o cambios al plan para alcanzar un nivel más alto de desarrollo.
76% a 100%	Alto desarrollo	La Institución ha logrado avanzar exitosamente. Esta lista para nuevos retos, pues este es un proceso de mejora continua, pero además tiene la responsabilidad de sostener los logros alcanzados.

Anexo 4: Anexo A11 Encuesta Auto administrada a Adolescentes y Jóvenes.

MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES

ENCUESTA AUTO ADMINISTRADA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES (Anexo A-11)

Fecha:

Encuesta N°

Institución:

En el Servicio Amigable para Adolescentes y Jóvenes Tu opinión nos interesa y queremos saber cómo mejorar nuestros servicios. A continuación encontrarás una serie de preguntas que buscan conocer lo que es importante para ti en un servicio de salud. Tus comentarios nos ayudarán a que el personal identifique aquellos aspectos que se pueden mejorar.

No es necesario que escribas tu nombre en el formulario. Por favor, marca con una X la casilla que se ajuste a tu respuesta. Si tienes comentarios adicionales, puedes escribirlos al final. Es importante que sepas que tus respuestas son confidenciales.

ANEXO A 11: ENCUESTA AUTO ADMINISTRADA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES

Recolección de Información a través de encuestas Ejemplo de una encuesta autoadministrada para adolescentes y jóvenes

Hablanos de Ti.....

- | | | | |
|----|----|--------------------------|-----------------------|
| 1 | a. | <input type="checkbox"/> | Soy Hombre |
| | b. | <input type="checkbox"/> | Soy Mujer |
| 2. | a. | <input type="checkbox"/> | Tengo 10 a 14 años |
| | b. | <input type="checkbox"/> | Tengo 15 a 19 años |
| | c. | <input type="checkbox"/> | Tengo 20 a 24 años |
| | d. | <input type="checkbox"/> | Tengo más 24 años |
| 3. | a. | <input type="checkbox"/> | Soy soltera o soltero |

- b. Estoy casada o casado
 c. Estoy en unión libre

Hablanos de la Accesibilidad

- | | No | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | Si | No | sé | |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La institución es facil de Ubicar |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existe una señal visible dentro de la Institución que indica que el servicio atiende a jovenes. |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El servicio es amistoso y acogedor |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los horarios de atención se adaptan a las horas en que los jovenes pueden acudir al centro (por ej: antes o despues de ir al colegio, las tardes o en los fines de semana. |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El servicio dispone de horarios en los que no tienes que hacer cita previa para ir. |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Existe información sobre los servicios que se brindan en el centro. |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El servicio dispone de folletos y afiches con información que quieren las y los jovenes. |

Hablanos del personal....

- | | No | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | Si | No | sé | |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal es amistoso |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal es receptivo (no te juzga) |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal puede responder satisfactoriamente a todas tus preguntas. |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal comprende las preocupaciones de las y los jovenes sobre la sexualidad y las relaciones sexuales. |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal utiliza un lenguaje que puedes entender. |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal tiene tiempo para escuchar tus problemas en tus propias palabras. |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puedes elegir entre que te atienda personal masculino o femenino. |

Hablanos de la atención....

- | | No | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Si | No | sé | |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El precio de los servicios es razonable |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te dan la opción de ser atendida o atendido por la misma persona en cada visita. |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te dan la opción de ser atendida o atendido en una compañía de tu pareja o con un(a) amigo(a) |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se te ha ofrecido información completa de los servicios que has solicitado. |
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te pueden enviar a otro lugar si no te pueden proporcionar un servicio. |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Los jóvenes pueden acceder a los servicios sin llamar la atención en un servicio con adultos.

24.

El personal respeta la confidencialidad, es confiable y asegura la privacidad.

25.

Puedes recibir asesoría en privado (sin que otra persona escuche).

Hablanos de las opciones....

26. Las y los jóvenes pueden elegir entre una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva.

	Si	No	sé
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No

a. Asesoría sobre salud sexual y reproductiva

b. Consulta del joven sano.

c. Servicios para personas jóvenes que han experimentado violencia sexual.

d. Citologías.

e. Anticonceptivos.

f. Anticoncepción de emergencia.

g. Prueba tratamiento y asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS)

h. Asesoría y prueba para VIH

i. Prueba de embarazo

j. Control del embarazo y atención del parto.

Hablanos de tu participación.....

	Si	No	sé
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No

27. Hay formas para que des tu opinión sobre los servicios.

28. ¿Recomendarías este servicio a un(a) amigo(a) ?

Responde estas Preguntas

29. ¿Como te enteraste de estos servicios?

30. ¿Has tenido alguna dificultad para utilizar el servicio?

31. ¿Puedes sugerir alguna mejora que se pueda hacer ?

Anexo 5 Base de Datos Anexo A11 (Se anexa en medio magnético)

Anexo 6: Instructivo de análisis Anexo A11 PARA BASE DE DATOS.

Datos del Servicio

1. La fecha - debe ingresarse en el formato año/mes/día.
2. Departamento – Elegir una opción de la lista desplegable dando clic en la casilla adjunta a la celda.
3. Ciudad – Elegir una opción de la lista desplegable dando clic en la casillas adjunta a la celda, en este caso despliega todos los municipios de cada departamento.
4. Barrio - El nombre del Barrio se debe digitar.
5. Institución - Ingrese el nombre de la institución.
6. Modalidad - Elegir una opción de la lista desplegable dando clic en la casillas adjunta a la celda.

Datos de contactos

Abre un formulario flotante, donde se ingresa el nombre de cada una de las personas que responden por la información del Servicio Amigable, y los demás datos personales así:

1. Digitar el nombre completo.
2. Digitar el teléfono donde se puedan comunicar con usted.
3. Digitar el Celular donde se puedan comunicar con usted.
4. Escriba su correo electrónico.

Datos del Formulario.

Está dividido en bloques, el primero es información personal, Genero, Edad y Estado Civil. Ingrese la información como indica cada celda.

Al frente de cada pregunta encontraran las opciones de respuesta y deberán escoger una por línea, si se equivocan, solo tiene que dar clic en la correcta y el cambia la respuesta. Se deben contestar todas las preguntas para realizar una correcta evaluación.

Antes de finalizar encontrara tres preguntas la primera se responde eligiendo una opción de la lista adjunta y las otras dos debe escribir de acuerdo a l criterio personal.

Gracias.