



ESTUDIO PILOTO EVALUACION CALIDAD DE LOS SSAAJ Convenio 638 de 2015

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención

JORGE DAVID PARRA VERGARA
Representante UNFPA



LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar UNFPA

MARTHA LUCIA RUBIO
Asesora SSR y Juventud

ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO
**Coordinadora Convenio 638 UNFPA-
MSPS**

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

ANA MARÍA PEÑUELA
Supervisión MSPS

Ricardo Luque Núñez
Profesional a Cargo MSPS

Jimmy Mendieta Montealegre
Consultor Nacional UNFPA

Diva Janeth Moreno
Referente Técnico MSPS

LUIS ALBERTO CUERVO O
Administrador Convenio UNFPA

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

DIANA MARCELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

CONSULTORÍA

CENTRO NACIONAL DE CONSULTORIA

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 638 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Contenido

Índice de tablas	7
Siglas y Acrónimos	8
1. Introducción	9
2. Antecedentes.....	10
3. Marco teórico.....	13
4. Objetivos	17
4.1. Objetivos específicos.....	17
5. Metodología	17
5.1. Tipo de estudio.....	17
5.2 Diseño muestral.....	18
5.2.1. Marco Muestral.....	18
5.2.2 Universo.....	18
5.2.3 Población objetivo	19
5.2.4 Tamaño de la población objetivo:	19
5.2.5 Calculo del tamaño de la muestra	19
5.2.6 Criterios de Inclusión	20
5.2.7 Criterios de Exclusión de la población objeto	21

5.3	Técnica de recolección de la Información..	21
5.3.1	Proceso de obtención de la Información.....	23
5.4	Control de errores y sesgos.....	23
5.4.1	Capacitación y aseguramiento de calidad	23
5.4.2	Capacitación del personal	24
5.5	Análisis de datos	24
6.	Resultados.....	27
6.1	Características del entorno	27
6.2	Nivel De Conocimiento Del Director Del Servicio De Salud.....	30
6.2	Percepción del equipo de salud.....	32
6.3	Percepción de Adolescentes.....	34
6.4	Nivel de cumplimiento de los estándares.....	48
	Conclusiones	49
	Recomendaciones.....	50
	Lecciones aprendidas	51
	Bibliografía	52

Índice de tablas

Tabla 1 Municipios e instituciones seleccionadas para estudio piloto de calidad de los SSAAJ.....	18
Tabla 2 Distribución estratificada de la muestra por sexo y grupo de edad.	20
Tabla 3 Segmentación de usuarios por SSAAJ según frecuencia de uso	20
Tabla 4 Categorías para la evaluación del cumplimiento de los estándares.....	25
Tabla 5 Nivel de cumplimiento global y por centro de salud según criterios evaluados en lista de observación. iError! Marcador no definido.	
Tabla 6 Nivel de cumplimiento global y por centro de salud según criterios evaluados en entrevista a directores. iError! Marcador no definido.	
Tabla 7 Nivel de cumplimiento global y por centro de salud según criterios evaluados en entrevista a profesionales. iError! Marcador no definido.	
Tabla 8. Derechos del usuario de las SSAAJ iError! Marcador no definido.	
Tabla 9. Porcentaje de respuestas positivas frente a las afirmaciones	iError! Marcador no definido.
Tabla 10. Atenciones negadas hoy en el SSAAJ iError! Marcador no definido.	
Tabla 12 Nivel de cumplimiento global y por centro según criterios evaluados en entrevista a usuarios. . iError! Marcador no definido.	
Tabla 12 Nivel de cumplimiento global y por centro según criterios evaluados.	iError! Marcador no definido.

Siglas y Acrónimos

CNC: Centro Nacional de Consultoría

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SSAAJ: Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

UNFPA: Fondo de población de las Naciones Unidas

1. Introducción

La atención integral en salud de adolescentes y jóvenes demanda que el sistema de salud adecue su respuesta de forma diferente, dada la magnitud de los cambios y la rapidez con que ocurren estos, por tanto se hace necesario una adecuación de la política, propiciando la transición institucional y territorial hacia la mirada integral y diferencial en la forma como se organice la prestación de los servicios en este momento vital.

Sin embargo, la OMS plantea (2014) que a pesar de los esfuerzos que han hecho los países aún hay debilidades en términos de que estos servicios tienen un alcance limitado en relación con la integralidad, fragmentación de los servicios y contenidos de la atención, la calidad es deficiente o por lo menos desigual, haciendo referencia a servicios inaceptables por la calidad de los prestadores, confidencialidad, privacidad, miedo al estigma y discriminación que tienen los/as adolescentes, planes de beneficios que no cubren las necesidades de los/as adolescentes, entre otros.

En Colombia se han hecho esfuerzos efectivos para consolidar la atención integral en jóvenes y adolescentes, uno de ellos se dio con el proyecto del Fondo Global en Colombia (2007) que en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), evidenció una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para adolescentes y jóvenes. Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes, a través de modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), hoy Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) a las direcciones territoriales, empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios.

“La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años, y sean capaces de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan.” (UNFPA, 2008)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, definen los servicios amigables como “aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones”.

Teniendo en cuenta que, cada entidad prestadora o aseguradora puede adaptar la organización de sus servicios, se hace necesaria una evaluación que permita recoger las lecciones aprendidas en la particularidad de cada Servicio Amigable para Adolescentes y Jóvenes. Este informe presenta la metodología y resultados de la evaluación piloto de calidad con base en los estándares propuestos por la OMS para la prestación de servicios con calidad a adolescentes y jóvenes para 3 SSAAJ (Duitama, Bosa- Bogotá y San Onofre). De tal manera que se incorporen parámetros de evaluación similares en los diferentes países de América Latina y el Caribe (ALC), y de esta manera abrir la posibilidad de adelantar procesos más amplios y comparables.

2. Antecedentes

El acuerdo de cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), suscrito con Colombia para el período 2015-2019, en el Componente de Salud Sexual y Reproductiva eligió como eje, la formulación e implementación de marcos normativos y reglamentarios para promover la salud sexual y reproductiva con un enfoque basado en los derechos, propuesta que articula las necesidades y condiciones del Ministerio de Salud y Protección Social con los objetivos y resultados del Plan Estratégico Global del UNFPA para 2015 – 2019.

Bajo este marco estratégico de cooperación acordado en el País, el Ministerio de Salud y Protección Social en coherencia con sus competencias de rectoría del sistema de seguridad social en salud y en desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública, en particular la dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, la dimensión transversal de fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud y la dimensión de la gestión diferencial de

poblaciones vulnerables, suscribió con el UNFPA el convenio de cooperación 638 de 2015 con el objeto de aunar esfuerzos entre el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y El Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA- para el desarrollo de herramientas que permitan la definición, implementación y evaluación de las políticas en salud.

Una de las líneas de acción del convenio es el mejoramiento de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes a partir de la implementación y/o fortalecimiento de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) que se viene impulsando en el país desde el año 2008, en un proceso de cooperación sostenido entre el MSPS y el UNFPA, y que surgió como una iniciativa de mejoramiento de la calidad y la pertinencia de los servicios de salud, que pudiese impactar en la prevención del embarazo en la adolescencia, y en una vivencia de la sexualidad informada y consciente.

Los servicios de salud amigables, se constituyen en una “forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud”. En este caso en particular orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población entre los 10 y 29 años y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. Buscan transformar la prestación de servicios y adecuarlos a las necesidades y dinámicas de los adolescentes y jóvenes, para brindar una atención cálida, amigable, confiable y comprensiva, de manera que esta población pueda sentirse acompañada y orientada en la toma de sus decisiones y cuente con métodos efectivos de prevención del embarazo y de protección frente a infecciones de transmisión sexual.

A la fecha, el país cuenta con 941 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en 689 municipios, que han ido surgiendo a partir de un proceso de capacitación a prestadores del servicio de salud y de movilización de la voluntad política de las EPS, IPS y autoridades gubernamentales de todas las regiones del país; el modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes ha ido tomando fuerza como estrategia de respuesta del sector salud y hoy se reconoce como la estrategia central para la prevención del embarazo en adolescentes en el país, en el marco del Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes-PLANEA.

En 2013 se desarrolló una evaluación de los servicios con el fin de determinar si el modelo era eficaz y pertinente en el logro de sus objetivos, específicamente en lo que respecta a la demanda de servicios, a la percepción de calidad y generación de capacidades y herramientas para la toma de decisiones libres e informadas respecto a la salud sexual y salud reproductiva y del ejercicio de la sexualidad en los/as adolescentes usuarios de los servicios

La evaluación concluyó que el modelo SSAAJ era pertinente y eficaz, para cumplir sus objetivos, lo cual se soporta básicamente en que los usuarios de los servicios tienen mayor conocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva, y aún el nivel de conocimientos es bajo; por lo cual se recomienda expandir el modelo a otras entidades territoriales, especialmente en los municipios más pequeños en los cuales no hay otras alternativas en servicios para los/las jóvenes.

Los resultados también permitieron identificar áreas que requieren fortalecimiento de los servicios ya existentes, por ejemplo, se encuentra que la mayor demanda de los servicios tienden a hacerla las personas que han iniciado actividad sexual o se perciben en riesgo, lo cual plantea la necesidad de mejorar en la oportunidad con la que los servicios llegan de forma promocional a los/as jóvenes antes del inicio de su actividad sexual, y visibilizarse como servicios integrales que fortalecen capacidades de los/as jóvenes para acceder a sus derechos. Los servicios son más pertinentes y efectivos en las mujeres, a pesar que los hombres también asisten, en ese sentido es necesario trabajar para la superación de las barreras culturales sexistas y fortalecer el trabajo con enfoque de *género y diferencial*. El bajo nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva encontrado, precisa mejorar la entrega de servicios y en especial la *educación en salud*.

En vista de estos antecedentes, el MSPS, UNFPA-LACRO y FAMILY CARE¹, organizaron el desarrollo de una "Consulta de expertos para la evaluación de la cobertura y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva prestados a los adolescente" en el que se hace una revisión general de los estándares de calidad de la OMS y los ajustados para América Latina y el Caribe, así como el abordaje del marco operativo de Tanahashi, para la medición de calidad y

¹ Family Care International (FCI), la primera organización internacional dedicada a la salud materna, ha estado trabajando desde 1987 - en colaboración, de manera innovadora y efectiva - para hacer más seguro el embarazo y el parto en todo el mundo.

cobertura, los cuales son una referencia técnica para la elaboración de cinco instrumentos que serán aplicados en los países vinculados en el estudio piloto como son Chile y Colombia. Los instrumentos mencionados son los que serán aplicados en la presente propuesta.

El ejercicio adelantado en Chile, se enfocó a la revisión, análisis y ajuste inicial de cada uno de estos instrumentos, con los aportes planteados por los participantes del taller, una vez agotado este ejercicio inicial se efectuó una prueba piloto tanto en una institución educativa, como en un servicio de salud de adolescentes ubicados en Santiago, con el objeto de poner a prueba cada uno de estos instrumentos e identificar la aplicabilidad de los mismos.

Una vez adelantado ese ejercicio, el equipo de Chile en cabeza del Ministerio de Salud de ese país, incorporó las observaciones y realiza los ajustes finales de los instrumentos; los cuales son retomados por el equipo de Colombia quien hace lo correspondiente para su adecuación a las condiciones y parámetros normativos en salud de este país, los cuales se presentan como anexo a este documento.

Con estos instrumentos se propone realizar un estudio piloto con alcance para medir la calidad de los SSAAJ en el país, posibilitando de esta manera la identificación de fortalezas y debilidades tanto en el proceso de evaluación como en la validación de los instrumentos, a fin de escalarlos, a nivel nacional, por otra parte se espera generar insumos que aporten al desarrollo de las rutas de atención integral en el componente de Adolescentes y Jóvenes en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, por medio de la definición de acciones concretas e instrumentos que faciliten la implementación y evaluación periódica de los servicios que se ofertan.

3. Marco teórico

En Colombia se han hecho esfuerzos efectivos para consolidar la atención integral en jóvenes y adolescentes, uno de ellos se dio con el proyecto del Fondo Global en Colombia (2007) que en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), evidenció una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para adolescentes y jóvenes. Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes, a través de modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de las

metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a las direcciones territoriales, empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios, hoy Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

En este convenio se logró la construcción de un modelo que permite implementar acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, movilización de la demanda temprana y mejoramiento de la prestación de servicios como mecanismo de superación de barreras de acceso, con especial énfasis en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de adolescentes y jóvenes, en un marco de equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.

La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años, y sean capaces de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan. Para lograrlo, se hace necesario desarrollar y fortalecer conocimientos y habilidades específicas en los prestadores de servicios, para que identifiquen y atiendan a adolescentes y jóvenes de forma idónea, reconociendo que ellos y ellas requieren ser atendidos, y destacando que sus motivos de consulta están relacionados principalmente con situaciones de la vida cotidiana, muchas de ellas con su salud sexual y reproductiva, pero no necesariamente con daños o procesos mórbidos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y la Organización Panamericana de la Salud OPS, definen los servicios amigables como “aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones”.

El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes está dirigido a todos los actores del SGSSS encargados del proceso de gestión de la salud y bienestar de adolescentes y jóvenes; este modelo, además, ofrece pautas metodológicas para el diseño e implementación de los servicios, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Por ser un “modelo”, indica los elementos suficientes y mínimos necesarios para la adecuada atención al grupo etario en mención y el cumplimiento de la normatividad desarrollada en el SGSSS, orientada a garantizar el derecho que tienen adolescentes y jóvenes al cuidado de su salud. Por lo anterior, cada entidad prestadora o aseguradora puede, tomando estos elementos, adaptar la organización de sus servicios.

En este proceso de avanzar en el desarrollo, posicionamiento y fortalecimiento de servicios de salud diferenciados para esta población, mediante el modelo de SSAAJ, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó una serie de instrumentos incluidos en el modelo con el objeto de hacer seguimiento a sus avances y evaluar el grado de desarrollo en la implementación y los resultados que de este se deriven, que se espera estén dando respuesta a las necesidades y requerimientos de la población objetivo del modelo y sus intervenciones.

Es importante mencionar que el modelo contempla acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación mediante los anexos A4, A11 y los indicadores de productividad, pero que vale la pena incorporar en este proceso los estándares de calidad planteados por la OMS para la evaluación de los servicios de salud para adolescentes, de tal manera que se incorporen parámetros de evaluación similares en los diferentes países de América Latina y el Caribe (ALC), y de esta manera abrir la posibilidad de adelantar procesos más amplios y comparables.

Además de los estándares de calidad establecidos por la OMS, que integran las dimensiones de **usuario**, del **proveedor** y del **sistema de salud**, se tiene en cuenta los lineamientos propuestos por TANAHASHI, a partir de estos planteamientos se efectúa la medición de la cobertura en los servicios de salud, a fin de establecer algunas medidas de referencia que permitan establecer oportunidades de mejora en los servicios que se aborden.

En este sentido se parte de asumir que “la cobertura de los servicios de salud depende de la capacidad de un servicio de salud determinado de interactuar con las personas que deberían beneficiarse de él (la población objetivo que para este caso son adolescentes y jóvenes), es decir la capacidad de transformar la intención de servir a las personas a nivel de la institución, en una exitosa intervención en favor de su salud.

Contemplando este proceso desde el punto de vista de la prestación de servicios, es posible identificar cinco etapas importantes que de forma sucesiva llevan a una intervención deseada en favor de la salud y al tiempo definen mediciones de cobertura apropiadas para estas etapas entre las que se encuentran la **disponibilidad de cobertura**, que hace referencia al porcentaje de la población de adolescentes para quienes se encuentra disponible el servicio o la intervención; **Accesibilidad de cobertura** que habla acerca del porcentaje de la población adolescente que conoce cuáles son los servicios que se ofrecen y quiénes pueden acceder y hacer uso de ellos, la **aceptabilidad de cobertura** refiriéndose al porcentaje de la población adolescente que está dispuesta a hacer uso del servicio, la **cobertura de contacto** que refleja el porcentaje de la población adolescente que realmente utiliza el servicio y finalmente la **efectividad de la cobertura** que indica o señala el porcentaje de la población que realmente recibe servicios efectivos.

En este sentido la eficacia de la cobertura se mide al nivel de los establecimientos de salud con pruebas sobre los conocimientos y competencias de los profesionales de la salud sobre la base de directrices nacionales e internacionales, en lo que tiene que ver con condiciones comunes que presentan los adolescentes (por ejemplo, la historia clínica inicial, el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y de salud mental entre otras).

Teniendo en cuenta el objetivo de este ejercicio, se busca establecer parámetros para la medición de la calidad y cobertura de los servicios de salud para adolescente en dos países como son Chile y Colombia, que permita a la vez establecer elementos de comparación teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes en cada uno de ellos y que a futuro este ejercicio pueda ser escalado a nivel nacional en cada uno de estos países y posteriormente para el resto de ALC, con las adecuaciones necesarias para cada una de las naciones de esta región.

4. Objetivos

Evaluación de la calidad de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, mediante un estudio piloto en tres ciudades del país (Bogotá, Duitama, San Onofre).

4.1. Objetivos específicos

- Evaluar de las características del **entorno** donde se entrega el servicio de salud para adolescentes y jóvenes.
- Evaluar el nivel de conocimiento del **director del Servicio** de Salud para adolescentes y jóvenes.
- Conocer la percepción del **equipo de salud** del Servicio de salud para adolescentes y jóvenes.
- Conocer la percepción de la calidad del servicio de salud para adolescentes y jóvenes por parte del **usuario**.

5. Metodología

El uso de métodos de investigación cuantitativos intentan maximizar la objetividad, replicabilidad, generalizar los resultados, y por lo general facilitan hacer una predicción. Los métodos cuantitativos son con frecuencia descritos como deductivos, en el sentido de hacer inferencias a partir de pruebas de hipótesis estadísticas que conducen a inferencias generales sobre las características de una población (Harwell)

De acuerdo con el objetivo de la evaluación, el uso de métodos cuantitativos permitirá generalizar los resultados a la población objeto de estudio, y justificar acciones en pro de mejorar la operación del programa a nivel territorial. A su vez, los resultados contribuirán para mejorar el diseño del programa, teniendo en cuenta que esta es la fase piloto de la evaluación.

5.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, para medir la calidad de los SSAJ. Es descriptivo pues se selecciona un grupo de variables y se

mide cada una de ellas de manera independiente, transversal dado que se realiza una sola medición en el tiempo.

5.2 Diseño muestral

5.2.1. Marco Muestral

Se toma como marco muestral tres municipios del país seleccionados a conveniencia según el nivel de desarrollo del servicio de salud amigable; en cada uno de estos municipios se escogió una IPS que cuenta con el Modelo de Servicios Amigables.

Tabla 1 Municipios e instituciones seleccionadas para estudio piloto de calidad de los SSAAJ

Municipios		Instituciones	Servicio amigable
1	BOGOTÁ	ESE Hospital Pablo VI Bosa	Unidad Amigable el Rincón del Joven (Upa Laureles)
2	DUITAMA	ESE Hospital Tundama	Centro Amigable Tundama
4	SAN ONOFRE	ESE Hospital San Onofre	Unidad Amigable Hospital San Onofre

Fuente: Protocolo estudio de calidad de los SSAAJ

5.2.2 Universo

- Gerentes y/o Directores de las instituciones de salud que cuentan con el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
- Profesionales del nivel asistencial de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Nutricionistas entre otros)
- Población adolescente y joven con edades entre los 10 y los 19 años, usuarios del servicio amigable. Para fines de este estudio, se considera usuario todo aquel adolescente que haya consultado al menos una vez en los últimos 12 meses o cuya primera consulta se vaya a realizar durante el periodo de tiempo en el que se realicen las encuestas en el servicio de salud para adolescentes del estudio.

5.2.3 Población objetivo:

- Totalidad de los Gerentes y/o Directores de las instituciones de salud que cuentan con el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
- Totalidad de los Profesionales del nivel asistencial de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Nutricionistas entre otros)
- Se tomara una muestra probabilística de la población adolescente y joven con edades entre los 10 y los 19 años, usuarios del servicio amigable.

5.2.4 Tamaño de la población objetivo:

- Tres (3) gerentes y/o Directores de las instituciones de salud
- Catorce (14) Profesionales del nivel asistencial de los servicios de salud
- De la población de usuarios no se cuenta con el número de población atendida en términos de tiempo

5.2.5 Calculo del tamaño de la muestra

Para el estudio de usuarios se propone una muestra probabilística estratificada por edad, sexo de usuarios entre 10 y 19 años de edad de cada Centro de Salud según frecuencia de uso del servicio.

Para la determinación del tamaño de muestra se asume que la proporción de usuarios que está satisfecho con el servicio oscila entre un 40% y un 60%, por tanto se asumirá una p del 50%. Con un 95% de confianza y un error de estimación de 0.10 el tamaño de muestra asumiendo muestreo aleatorio simple para población infinita, dado que se desconoce el número de usuarios por servicio o población objeto. La fórmula a utilizar es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * pq}{E^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 * (0,5)(0,5)}{0.10^2}$$

$$n=97$$

Asumiendo una tasa de rechazo a participar de un 15%, ajustado para obtener un mayor tamaño de muestra a 116 usuarios. La muestra obtenida se de usuarios será estratificada por edad y sexo como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2 Distribución estratificada de la muestra por sexo y grupo de edad.

Muestra de Usuarios			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
10-14	29	29	58
15-19	29	29	58
Total	58	58	116

Dado que en la realidad los usuarios del programa no se distribuyen de esta manera se reajustaron las muestras, después de analizar los listados del año en curso. Se obtuvo la siguiente distribución de usuarios, de acuerdo a las bases de datos entregadas por los coordinadores de cada SSAAJ.

Tabla 3 Segmentación de usuarios por SSAAJ según frecuencia de uso

		M	H
Bogotá	10-14	21%	12%
	15-19	43%	23%
Duitama	10-14	13%	16%
	15-19	53%	19%
San Onofre	10-14	38%	13%
	15-19	38%	11%

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a las bases de datos entregadas en los SSAAJ

5.2.6 Criterios de Inclusión

Gerentes y/o Directores de las instituciones de salud que se encuentren en cargo activo en el momento de realizar la aplicación

del instrumento o en su defecto persona encargada de la dirección del servicio.

Profesionales del nivel asistencial de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Nutricionistas y personal de apoyo (auxiliares de enfermería o promotores de salud)

Adolescente y jóvenes con edades entre los 10 y los 19 años, usuarios del servicio amigable. Para fines de este estudio, se considera usuario todo aquel adolescente que haya consultado al menos una vez en los últimos 12 meses o cuya primera consulta se vaya a realizar durante dos semanas en las que se diligencien las encuestas encada uno de los servicios de salud mencionados.

5.2.7 Criterios de Exclusión de la población objeto

Gerentes y/o Directores de las instituciones de salud: no acepten la participación

Profesionales del nivel asistencial de los servicios de salud amigables: no acepten la participación

Adolescente y jóvenes con edades entre los 10 y los 19 años, usuarios del servicio amigable: no autoricen su participación en el consentimiento/asentimiento informado.

5.2.8 Técnica de recolección de la Información

Para la medición de la calidad de la atención se utilizarán instrumentos diferenciados para cada uno de los objetivos específicos presentados en este documento.

Para la evaluación de las características del **entorno** asociadas a la calidad de los servicios donde se entrega el servicio de salud para adolescentes se utilizará el instrumento denominado "Herramienta de Observación" (Anexo 3).

El instrumento es básicamente una lista de chequeo de las siguientes áreas: Visibilidad de la señalética, elementos disponibles en la sala de espera, adecuación y mantención de servicios higiénicos, existencia de facilidades para personas con discapacidad, disponibilidad de equipos médicos, materiales e insumos necesarios para la atención de adolescentes, disponibilidad de medicamentos e insumos anticonceptivos, disponibilidad de espacios que permitan mantener privacidad de la

atención, existencia de registros históricos de atención, existencia de instrumentos de evaluación de la calidad de atención, procedimientos de manejo de información y reportes, existencia de material informativo para adolescentes y de normas y procedimientos para la atención de salud en adolescentes.

Para la evaluación del Director del Servicio de Salud para Adolescentes se utilizará el instrumento *“Entrevista a Directores de Servicios de Salud para Adolescentes”* (Anexo 3).

El instrumento es un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas. Comienza con una sección en la que recaba información sobre el personal de salud contratado para la atención de salud de los adolescentes como a la capacitación en temas relevantes a su salud tanto del equipo como del Director. Indaga sobre el enfoque utilizado en la atención de salud y sobre la existencia y uso de directrices para la atención de salud de adolescentes. Finaliza evaluando sobre la existencia de instancias de auto-evaluación de la atención como la de medios de difusión usados sobre los aspectos éticos de la atención de salud en adolescentes

Para la evaluación de la percepción del equipo de salud se utilizará el instrumento *“Entrevista a Profesionales de Servicio de Salud para Adolescentes”* (Anexo 3).

El instrumento es un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas. Indaga sobre los problemas de salud de adolescentes que atiende y el tipo de servicio que brinda para cada problema de salud. Obtiene información sobre las capacitaciones que ha hecho en materias de salud para adolescentes. Evalúa la existencia de directrices y herramientas para el apoyo en la toma de decisiones sobre la información, asesoría y manejo de los problemas de salud de los adolescentes. Indaga sobre el conocimiento que el personal de salud tiene sobre directrices, guías, manuales sobre los aspectos relacionados a la atención de salud del adolescente. Conocimiento y práctica de acciones tendientes a proteger la privacidad y confidencialidad de los pacientes, conocimiento de herramientas de evaluación de la calidad de la atención de adolescentes son los temas que finalmente aborda en instrumento.

Para la medición de la calidad de la atención del adolescente atendido en los servicios de salud para adolescentes se usará en instrumento *“Entrevista a Usuario Adolescente Atendido en Servicios de Salud para Adolescentes”* (Anexo 3).

El instrumento recolecta información sobre el tipo de consulta realizado, conocimiento sobre el tipo de atenciones que ofrece el servicio de salud para adolescentes, condiciones del centro de salud para una adecuada atención, información clara y visible en el lugar de atención sobre los derechos como usuario que tiene. Se indaga si durante la consulta se habló de métodos de prevención de enfermedades, de sexualidad, de consumo de drogas y otros aspectos de la salud del

adolescente. Información sobre el trato recibido por parte del equipo de salud y de apoyo, como la negación a la prestación de algún servicio es también recolectada por el instrumento. Se indaga además sobre conocimiento sobre métodos de anticoncepción y acceso. Finaliza evaluando conocimiento sobre VIH y sobre infecciones de transmisión sexual.

5.2.9 Proceso de obtención de la Información

El equipo de terreno para la medición de calidad de atención mediante la aplicación de la *“Entrevista a Usuario Adolescente Atendido en Servicios de Salud para Adolescentes”* estará constituido por un supervisor y entrevistadores especialmente capacitados para este estudio.

Cada servicio de salud para adolescentes participantes del estudio proporcionó un listado con todos los adolescentes atendidos en los últimos seis meses y un listado de adolescentes citados para las dos semanas programadas para la recolección. El listado contenía una identificación del adolescente atendido o por atender, edad, sexo y fecha de atención.

Con este listado se confeccionaron los siguientes cuatro listados:

1. Listado de adolescentes de sexo masculino de entre 10 y 14 años de edad, ordenado por fecha de consulta
2. Listado de adolescentes de sexo femenino de entre 10 y 14 años de edad, ordenado por fecha de consulta
3. Listado de adolescentes de sexo masculino de entre 15 y 19 años de edad, ordenado por fecha de consulta
4. Listado de adolescentes de sexo femenino de entre 15 y 19 años de edad, ordenado por fecha de consulta

Cada listado fue ordenado por fecha de consulta. La muestra quedó finalmente constituida por todos los y las adolescentes que fueron atendidos durante el periodo de realización del estudio. En los casos en los que el número de adolescentes, para cada estrato, atendidos no fue suficiente, se comenzó a citar a los adolescentes en orden consecutivo según fecha de consulta realizada, comenzando por la más reciente.

5.3 Control de errores y sesgos

5.3.1 Capacitación y aseguramiento de calidad

Con el fin de garantizar la integridad de los datos y reducir la variación de observador en la recopilación de datos al mínimo, se tomaron las siguientes medidas: pruebas previas de todos los formularios de encuesta y procedimientos; formación especial y adecuada de todo el personal; un estudio piloto para asegurarse de estar familiarizado con todos los aspectos del protocolo en un escenario; monitoreo y supervisión de la actuación del personal en trabajo de terreno para eludir involuntarias desviaciones del Protocolo.

5.3.2 Capacitación del personal

Los pasos establecidos en el marco del Sistema de Gestión de Calidad del CNC para el reclutamiento de personal son los siguientes:

1. Realización del requerimiento de personal: la coordinadora de Campo formula a la Coordinadora de Selección de Personal de Campo la solicitud de encuestadores o supervisores de acuerdo con los requerimientos solicitados para dicha labor y las características específicas de cada estudio.
2. Se da inicio en la búsqueda de los candidatos para cubrir las vacantes solicitadas.
3. Se estudian las hojas de vida para preseleccionar a los candidatos que cumplen con el perfil (que se describe más adelante).
4. Se cita al aspirante para la aplicación de pruebas psicológicas y entrevista y entrega de los siguientes documentos: cédula, certificados de estudio, referencias laborales si aplica.
5. Se aplican las pruebas de competencias organizacionales, competencias funcionales y entrevista.
6. Se seleccionan las personas que tomarán el Curso Básico de encuestadores.

5.4 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se establecerán distribuciones de frecuencia de las variables de estudio, permitiendo de esta manera medir el nivel de cumplimiento de los estándares de la OMS, dispuestas por segmentación de edad de los beneficiarios (10 a 14 años y de 15-19 años) y Servicio Amigable (Municipio). La medición del cumplimiento de los estándares se realizó de acuerdo a

intervalos que determinan la necesidad o no de realizar mejoras en la atención.

Tabla 4 Categorías para la evaluación del cumplimiento de los estándares

> 80	60-80	<60
Se cumple el estándar - no se necesita mejora	Se cumple parcialmente el estándar - se necesita mejorar un poco	Estándar no se cumple - Se necesita una mejora substancial

El estudio de la calidad de la atención de los servicios de salud para adolescentes se desglosa en un componente relacionado a las características del **entorno** donde se realiza la atención de salud a las y los adolescentes, a la percepción de calidad desde la mirada del **Director del centro de salud** donde se inserta el servicio de salud para adolescentes, la percepción que tienen **los profesionales de salud** que proveen del servicio a los adolescentes, y finalmente desde la percepción del **usuario de estos servicios**.

Evaluar las características del **entorno** donde se entrega el servicio de salud para adolescentes, describiendo:

- Grado de adecuación de la señalización, condiciones de confort e higiene del espacio físico destinado a la espera y a la atención de los adolescentes.
- Existencia del equipamiento mínimo necesario para proveer la atención de salud según las necesidades del adolescente atendido
- Existencia de los insumos requeridos según el tipo de atención requerido por los adolescentes
- Existencia de las condiciones mínimas que permitan mantener la privacidad de la atención y la confidencialidad de la información de los adolescentes
- Existencia de material de difusión sobre la existencia e importancia de los servicios ofrecidos a los adolescentes
- Existencia de herramientas de autoevaluación de la calidad del servicio ofrecido a los adolescentes
- Existencia de registros de capacitación sobre tópicos relevantes a la atención de salud para adolescentes

Evaluar el nivel de conocimiento del **director del Servicio** de Salud para adolescentes y jóvenes. Describiendo:

- Portafolio de servicios ofrecidos por el servicio de salud para adolescentes
- Temas de capacitación en relación a la atención de salud para adolescentes tanto como para el personal de salud como para la Dirección del Servicio
- Practicas del enfoque integral en la atención de salud de los adolescentes
- Conocimientos y grado de aplicación de las directrices para la atención de salud en adolescentes
- Existencia de procedimientos de aseguramiento de la privacidad, confidencialidad y la seguridad de los adolescentes
- Existencia de un sistema de información que incluya datos sobre utilización de los servicios
- Informes sobre calidad de atención con enfoque de adolescentes
- Existencia de un plan para informar y evaluar la calidad de los servicios de salud para adolescentes

Conocer la percepción del **equipo de salud** del Servicio de salud para adolescentes y jóvenes. Describiendo:

- Distribución de los servicios prestados a los adolescentes según área y tipo de prestación
- Áreas de la atención de salud para adolescentes en las que ha recibido capacitación
- Disponibilidad de directrices y herramientas para la entrega de información, asesoría y manejo clínico en las distintas áreas de la atención de salud para adolescentes
- Grado de conocimiento de las directrices, orientaciones, normas y guías para la atención de salud del adolescente
- Manejo que el profesional hace de la privacidad y confidencialidad de los adolescentes
- Grado de conocimiento de las herramientas para la evaluación de la calidad de la atención de salud en adolescentes

Conocer la percepción de la calidad del servicio de salud para adolescentes y jóvenes por parte del **usuario**. Describiendo:

- Perfil del usuario de los servicios de salud para adolescentes
- Tipo de atención recibida en última visita
- Grado de conocimiento que los usuarios tienen sobre los servicios que se ofrecen para la atención de salud para adolescentes
- Existencia de condiciones de información, higiene y ambientales mínimas para una buena atención de salud
- Grado de conocimiento que los adolescentes tienen sobre sus derechos de atención de salud
- Grado de satisfacción usuaria en relación a la forma en que se ofrece el servicio
- Grado de conocimiento que los usuarios tienen sobre métodos anticonceptivos
- Nivel de conocimiento que los usuarios tienen sobre VIH y sintomatología de las enfermedades de transmisión sexual

6. Resultados

6.1 Características del entorno

El estudio de calidad de la atención de los servicios para adolescentes se desglosa en un primer componente relacionado a las características del entorno donde se realiza la atención de salud a las y los adolescentes, en este sentido al evaluar el **grado de señalización**, se evidencia que dos (66,7%) de los tres servicios cuentan con un letrero que indica que hay un servicio diferenciado para adolescentes, sin embargo solo uno (33,3%) es entendible y visible desde todo lugar de observación y ninguno de ellos menciona los horarios de atención, situación similar al evaluar los **elementos informativos** a la vista en el servicio, en los cuales no se evidencia las políticas de privacidad y confidencialidad, principios bioéticos, políticas de focalización a grupos vulnerables, el 67,7% dispone de información relacionado con derechos en la atención y derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a **condiciones de confort** la totalidad de los servicios evaluados cuenta con asientos apropiados y suficientes, en términos generales cuentan con iluminación, ventilación, limpieza y distribución espacial adecuada. En relación a los **servicios**

higiénicos básicos, el 33,3% no cuenta con papel higiénico, sistema de secados de manos, dispensador de jabón, rampas para uso de personas con discapacidad.

El 67,7% de los SSAAJ cuenta con **material informativo y educativo** desarrollado específicamente para adolescentes en salud sexual y salud reproductiva, salud mental y adolescencia, tan solo un servicio cuenta con material en salud nutricional.

Al verificar la existencia del **equipamiento e insumos** mínimos necesarios para proveer la atención de salud según las necesidades del adolescente, se evidencia que el 33,3% no cuenta con tabla de evaluación para la visión, equipos de comunicación (teléfono, micrófono, parlantes) y computadores con acceso a internet y correo electrónico, de los demás equipos, materiales e insumos se evidencia un cumplimiento del 100%.

En relación a **medicamentos e insumos anticonceptivos** el 33,3% de los servicios amigables no dispone de condones, implantes subdermicos y tampoco anticonceptivos de emergencia. Las condiciones mínimas que permiten mantener la **privacidad de la atención y confidencialidad** de la información, se cumplen en un 67,7%, dado que un servicio no cuenta con cortinas en la sala de atención, lo cual no permite la privacidad visual y auditiva.

El 100% de los SSAAJ evaluados cuenta con **registros, historiales y herramientas** para la sistematización de las atenciones por edad, sexo y motivo de consulta, existencia de medicamentos e insumos anticonceptivos y sistema de registro de referencias y contra referencias. Sin embargo solo el 67,7% cuenta con registros de las actividades realizadas para informar sobre la existencia e importancia del servicio con adolescentes (67,7%), organizaciones juveniles, comunitarias o institucionales (37,7%) y con padres y profesores (67,7%).

Por otra parte, se verifico la existencia de **herramientas de autoevaluación de la calidad** del servicio ofrecido a las y los adolescentes, evidenciando que el 100% cuenta con los instrumentos de evaluación A4 y A11 propuestos por el modelo, sin embargo son empleados con diferentes metodologías, periodicidad, plan de análisis que difieren a la propuesto, en parte porque los instrumentos han sido ajustados de acuerdo a las dinámicas de los servicios, por lo cual se hace necesario la estandarización de procesos que permita realizar análisis comparativos en las diferentes

escalas del territorio. El 100% de los SSAAJ refiere involucrar a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, forma en que se entrega y la evaluación para su mejora.

Por último, se revisó la existencia de registros de capacitación sobre temas relevantes a la atención de salud para adolescentes, en cuanto a **directrices y otras herramientas** para el apoyo de decisiones, para la información, asesoría y manejo clínico, el 67,7% no cuenta con material en principios bioéticos, siendo el tema de menor consideración en los planes de capacitación, así mismo el 37,7% de los SSAAJ no cuenta con herramientas en salud mental, nutrición, actividad física y violencias, enfermedades crónicas y discapacidad que faciliten la toma de decisiones por parte del proveedor.

Con base en lo anterior y con el propósito de verificar los **procesos de capacitación**, se indago sobre las capacitaciones realizadas durante el último años, evidenciado un cumplimiento de tan solo el 37,3% en los temas de atención integral con enfoque de derechos, políticas de privacidad y confidencialidad, y lo relacionado con sistemas de información propios del servicio, los demás temas no fueron abordados.

A partir de la anterior descripción, a continuación se presenta los resultados en categorías que definen el nivel de mejora que es necesario para alcanzar los estándares acordados; en el estándar de **equidad** el resultado es cero dado que ninguno de los SSAAJ ha realizado procesos formativos con los profesionales en temas relacionados con la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley, víctimas de conflicto armado), así como tampoco en lo relacionado con habilidades comunicativas y participación juvenil, lo cual disminuye el cumplimiento del estándar de **apoyo de la comunidad y participación juvenil**.

Tabla 21 Nivel de cumplimiento global y por centro de salud según criterios evaluados en lista de observación.

ESTANDAR	GLOBAL	DUITAMA	SUCRE	BOGOTA
Conocimientos de los adolescentes sobre salud	57,3	62,50	45,96	62,50
Apoyo de la comunidad	58,3	50,00	50,00	75,00
El paquete de servicios	100	100,00	100,00	100,00
Competencias de los prestadores	63,64	69,70	36,36	84,85

Entorno físico y equipo de los establecimientos de salud	91,22	98,65	75,68	100,00
Equidad	0	0,00	0,00	0,00
Mejora en los datos recolectados y en la calidad	90,48	85,71	85,71	100,00
Participación de los adolescentes	55,56	66,67	33,33	66,67

Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos estudio piloto.

6.2 Nivel De Conocimiento Del Director Del Servicio De Salud

El 100% de las directoras estuvo de acuerdo con participar en la realización del estudio, con antigüedad en el cargo que superan los 7 meses y un máximo de 8 años, todas ellas con estudios de posgrado en diferentes áreas relacionadas con la administración de servicios de salud.

En relación al **talento humano** el 100% de los SSAAJ tiene profesionales en las áreas de medicina y enfermería tiempo completo, 67,7% cuenta con psicología, trabajo social y odontología tiempo completo y el 37,7% vincula a comunicación social, el 100% de ellos ha sido capacitados en atención para adolescentes y jóvenes, así mismo se especifica en la descripción de cada cargo las funciones del personal empleado en el servicio de salud.

Al indagar sobre los **temas de capacitación**, se identifica que aquellos que han sido abordados en menor proporción, son los relacionados con habilidades de comunicación efectiva con adolescentes y familias, aspectos bioéticos y legales en la atención de adolescentes, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), los anteriores temas alcanzaron un cumplimiento de tan solo el 33,3%, lo cual explica en parte el cumplimiento parcial de los estándares **conocimiento de los adolescentes y apoyo de la comunidad**.

En relación a **prácticas, lineamientos, directrices con enfoque integral para la atención en salud de adolescentes**, se evidencia un cumplimiento del 100% en 13 de los 15 ítems evaluados, estos dos faltantes hace referencia a orientaciones, guías o protocolos acerca de los reconocimientos y estímulos para el personal altamente calificado y comprometido con el servicio amigable y lo relacionado con la supervisión facilitadora en la

atención integral en salud de las y los adolescentes, estos dos ítem alcanzan un cumplimiento del 66,7%.

El 100% de los servicios evaluados cuenta con **procedimientos de auto-evaluación** con el propósito de identificar las expectativas de las y los adolescentes acerca de los servicios brindados, experiencia de atención, evaluar la calidad de los servicios, establecer planes de acción con el fin de hacer mejoras e informar sobre las prioridades en la supervisión.

En este sentido, se verifico sobre la existencia de **procedimientos de aseguramiento de la privacidad, confidencialidad y seguridad** de las y los adolescentes, se encontró un cumplimiento del 100% en los criterios relacionados con la información sobre la identidad del adolescente al momento de realizar los registros, los cuales se mantienen en un lugar seguro y accesible solo a personal autorizado, en el 33,3% no se mantiene la privacidad durante la consulta, dado que no cuenta con cortinas o biombos que separen el área de consulta de otras áreas. Estos servicios disponen de sistemas para la recopilación de datos de las atenciones brindadas a las y los adolescentes, desglosados por edad, sexo y motivo de consulta o diagnóstico, el 66,7% lo realiza de manera electrónica.

A partir de lo anterior, se verifica la existencia de un sistema de información que incluya datos sobre la utilización de los servicios e **informes sobre calidad de la atención**, con un cumplimiento del 66,7%, informes que son enviados a las direcciones municipales de salud con realimentación en el 100% de los casos.

Por último, se evaluó la existencia de un **plan para informar a adolescentes, adultos y comunidad en general** sobre los desarrollos y avances del servicio, portafolio y acciones que permitan mejorar la calidad de la atención basados en el resultado de las auto-evaluaciones, con un cumplimiento del 100%, sin embargo solo el 66,7% cuenta con presupuesto para actividades de educación continua en profesionales , acciones de difusión para adolescentes en cuanto a cómo acceder y usar ciertos servicios y reconocimiento al personal por su trabajo destacado.

Tabla 22 Nivel de cumplimiento global y por centro de salud según criterios evaluados en entrevista a directores.

ESTANDAR	GLOBAL	DUITAMA	SAN ONOFRE	BOGOTA
----------	--------	---------	------------	--------

Conocimientos de los adolescentes sobre salud	66,67	100,00	25,00	75,00
Apoyo de la comunidad	66,67	100,00	50,00	50,00
El paquete de servicios	91,67	75,00	100,00	100,00
Competencias de los prestadores	74,24	90,91	40,91	90,91
Entorno físico y equipo de los establecimientos de salud	95,56	100,00	86,67	100,00
Equidad	83,33	100,00	75,00	75,00
Mejora en los datos recolectados y en la calidad	75,56	93,33	46,67	86,67
Participación de los adolescentes	88,89	100,00	66,67	100,00

Fuente: Cálculos propios a partir de base de datos estudio piloto.

6.3 Percepción del equipo de salud

En total se entrevistaron 14 profesionales vinculados a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, el 50% hace parte del Centro Amigable Tundama, 28,6% a la ESE San Onofre y el restante 21,4% pertenece a la UPA Laureles.

Según profesión, el 28,5% corresponde a profesionales de medicina, 21,4% enfermería, 14,3% psicología, 14,3% trabajo social, auxiliares de enfermería, comunicación social y odontología configuran 7,1% cada uno. De estos perfiles el 71,4% corresponde a mujeres, 28,6% cuenta con estudios de posgrado, el promedio de antigüedad en el cargo es de 32,7 meses, con una mínima de 7 meses y un máximo de 108 meses y el 100% refiere que el director del servicio de salud le ha hecho una descripción de su cargo, rol y responsabilidades en el SSAAJ.

En cuanto a la distribución de los **servicios ofertados** por el centro de salud según área y tipo de prestación (información, educación, manejo clínico, remisión), se evidencia que lo relacionado con información y educación se da en un 100% de los problemas de salud o necesidades evaluadas, con excepción en nutrición (92,9%), inmunización (92,9%) y accidentes/lesiones accidentales (92,9%). En manejo clínico se observa que los temas de salud mental (64,3%), Nutrición (42,9%), actividad física (64,3%), Inmunización (64,3%), Interrupción Voluntaria del Embarazo (21,4%) y abuso de sustancias y trastornos por el abuso de drogas (64,3%), accidentes/lesiones accidentales (42,9%), son necesidades que requieren de remisión.

Al indagar sobre las áreas de la atención de salud para adolescentes en las cuales ha recibido **capacitación**, el 71% de las y los profesionales refiere no haber participado en procesos formativos liderados por el centro de salud durante los últimos 12 meses, las políticas de privacidad y confidencialidad y formación en competencias para la recolección, registro y análisis de datos para la mejora de calidad, fueron los dos temas que alcanzan un 50%. Dada esta situación se indagó sobre la existencia de un sistema o plan establecido de capacitaciones, la mitad de las y los encuestados manifiesta que no existe.

Así mismo, se indagó sobre el **grado de conocimiento de directrices y herramientas** para la entrega de información, asesoría y manejo clínico, evidenciando que el 77,86% de las y los profesionales tiene conocimiento sobre la existencia de estos lineamientos, los temas de mayor reconocimiento por parte de las y los proveedores son: anticoncepción (100%), asesoría/consejería en SSR (100%), Interrupción Voluntaria del Embarazo (100%), Inmunización (92,86%).

Por último se evaluó el **grado de conocimiento de las herramientas para la evaluación de la calidad** de la atención de salud en adolescentes, evidenciando que el 78,6% conoce las herramientas para la evaluación de la calidad, 63,6% usa estas herramientas, 71,4% ha participado en autoevaluaciones, 57,14% ha sido supervisado y ha recibido retroalimentaciones con el fin de mejorar la calidad de la atención. El 64% refiere involucrar a adolescentes y grupos de situación en vulnerabilidad en la planificación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud y en la prestación de estos y el 57,2% refiere no realizar trabajo comunitario.

Tabla 23 Nivel de cumplimiento global y por centro de salud según criterios evaluados en entrevista a profesionales.

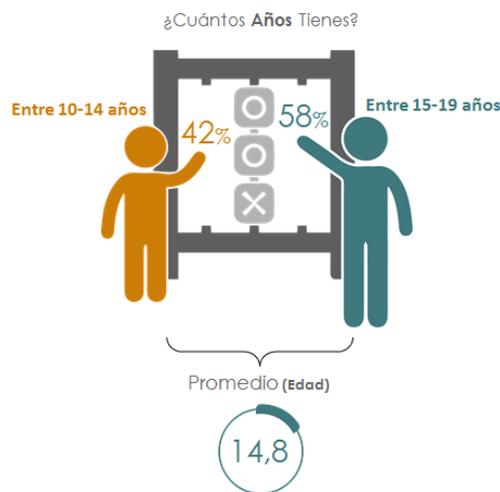
ESTANDAR	GLOBAL	DUITAMA	SAN ONOFRE	BOGOTA
Conocimientos de los adolescentes sobre salud	88,49	96,03	87,50	66,67
Apoyo de la comunidad	85,37	93,88	92,86	33,33
El paquete de servicios	91,88	91,88	92,61	90,91
Competencias de los prestadores	77,05	91,79	43,09	87,94
Entorno físico y equipo de los	94,61	98,10	90,00	93,33

establecimientos de salud				
Equidad	93,65	94,44	91,67	94,44
Mejora en los datos recolectados y en la calidad	73,38	76,62	52,27	93,94
Participación de los adolescentes	82,14	92,86	79,17	44,44

6.4 Percepción de Adolescentes

Los usuarios de los SSAAJ del piloto (San Onofre, Duitama y Bogotá) en su mayoría (58%) tienen edades entre los 15 y los 19 años con un promedio de edad de 14,8 años.

Figura 31. Edad de los usuarios de SSAAJ



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos.

A su vez, las mujeres consultan con mayor frecuencia y en promedio ellas son mayores en edad que los hombres. 15,3 años para las mujeres frente 14,2 años promedio en los hombres.

En San Onofre esta diferencia es más notoria, 67% de los usuarios encuestados fueron mujeres y el 33% restante fueron hombres; en Duitama la distribución es par, las 50% de hombres usuarios y 50% de mujeres atendidas; por último en Bogotá se presentan 56% de mujeres

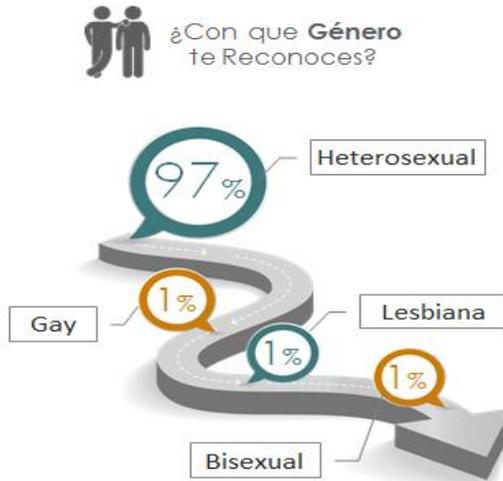
Figura 32. Sexo de los usuarios de SSAAJ



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos.

El 97 % de las y los encuestados se reconoce como heterosexual, gays, lesbianas y bisexuales configuran el porcentaje restante.

Figura 31. Género con que se reconocen los usuarios de SSAAJ

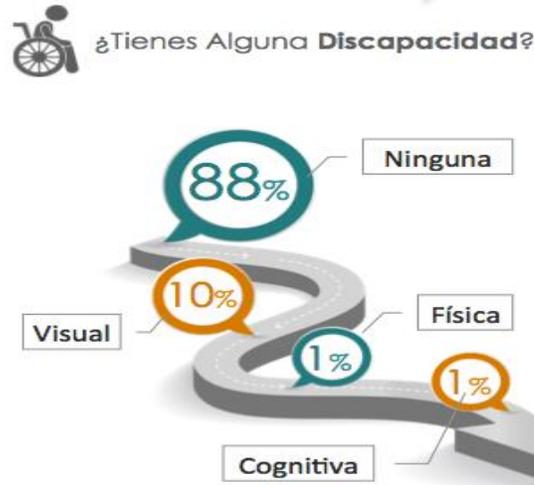


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos.

El 95% de los usuarios no se reconoce en ningún grupo particular, mientras que el 5% restante se identifica como víctima del conflicto armado. Particularmente, en San Onofre las víctimas del Conflicto armado ascienden a 8% y se presenta un 1% de trabajadora sexual.

Finalmente, el 88% de los usuarios encuestados no reportan ninguna discapacidad.

Figura 34. Discapacidad con que se reconocen los usuarios de SSAAJ



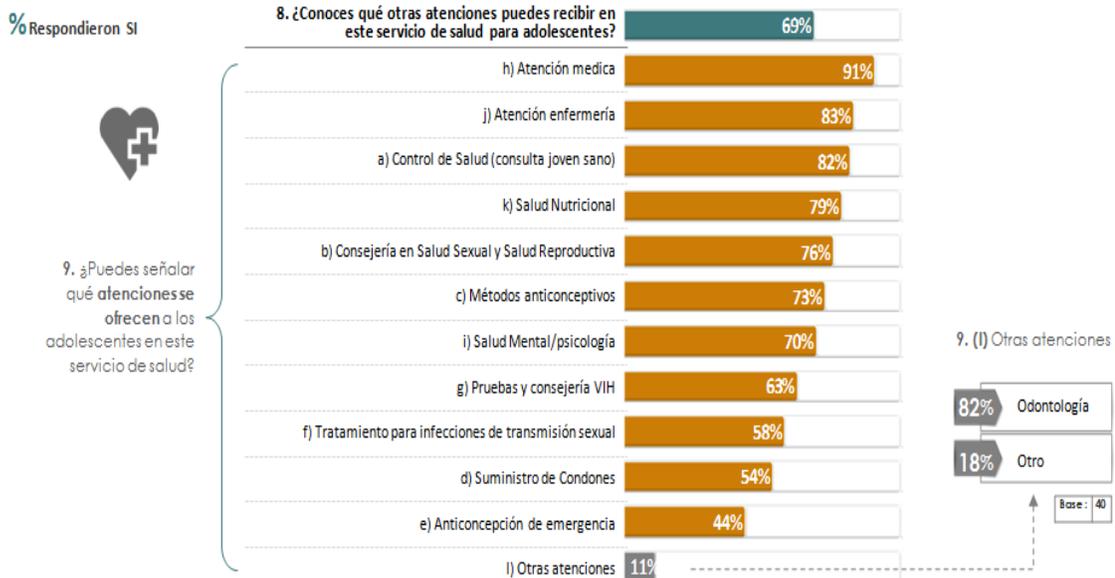
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos.

En San Onofre estas proporciones son similares e incluso la ausencia de discapacidad alcanza el 93%.

Conocimientos de los adolescentes sobre salud: El 69% de los encuestados conoce otras atenciones que puede recibir en este servicio de salud para adolescentes, diferentes a la atención que lo llevó en la fecha de la encuesta.

La siguiente gráfica muestra las **atenciones** que reconocen los usuarios en los centros de salud, entre las que se destacan la atención médica y la atención de enfermería. Es importante mencionar que la anticoncepción de emergencia es la atención con menor porcentaje de reconocimiento, sobretodo en Bogotá que solo alcanza el 35%.

Figura 32 Atenciones en los SSAAJ



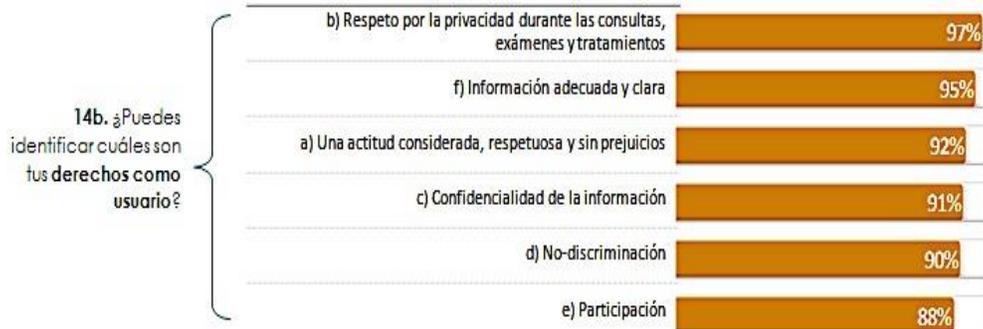
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos.

Es en Bogotá donde hay mayor conocimiento frente a donde ir en caso de que la atención no sea prestada por SSAAJ con un 64% frente al promedio de 54%, la disponibilidad de información y recursos de la ciudad incide en este resultado.

Los SSAAJ deben estar **equipados con información** dirigida a su público de interés (adolescente y joven). En promedio los jóvenes dicen haber visto alguna clase de información de este tipo en las salas de espera en un 59%, sin embargo en Duitama esta cifra aumenta a un 75%. Se recomienda encontrar las lecciones aprendidas de este centro para replicar en otras zonas del país, teniendo en cuenta que la información es clara y le gusta a los usuarios (97%).

Hay un **reconocimiento de los derechos** como usuarios, sin embargo, hay una diferencia en la enunciación de la participación como derecho y las prácticas participativas que se incluyen en otro estándar. La siguiente tabla muestra los resultados para los derechos del usuario.

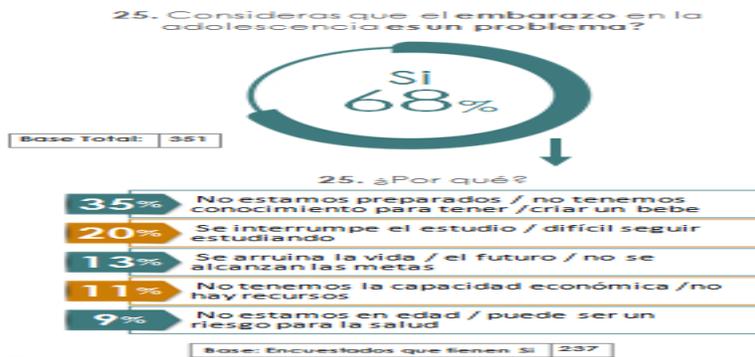
Tabla 24. Derechos del usuario de las SSAAJ



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos.

El 68% de los entrevistados consideran que el embarazo en la adolescencia es un problema, sin embargo en Duitama solo el 55% lo considera así.

Figura 33. Razones por las que se considera el embarazo como problema en la adolescencia.



Fuente: Elaboración propia.

Al tener relaciones sexuales existe el riesgo de un embarazo, obtuvo 95% de respuestas positivas, sin embargo solo el 83% sabe cómo prevenir un embarazo, siendo los métodos anticonceptivos la forma más reconocida.

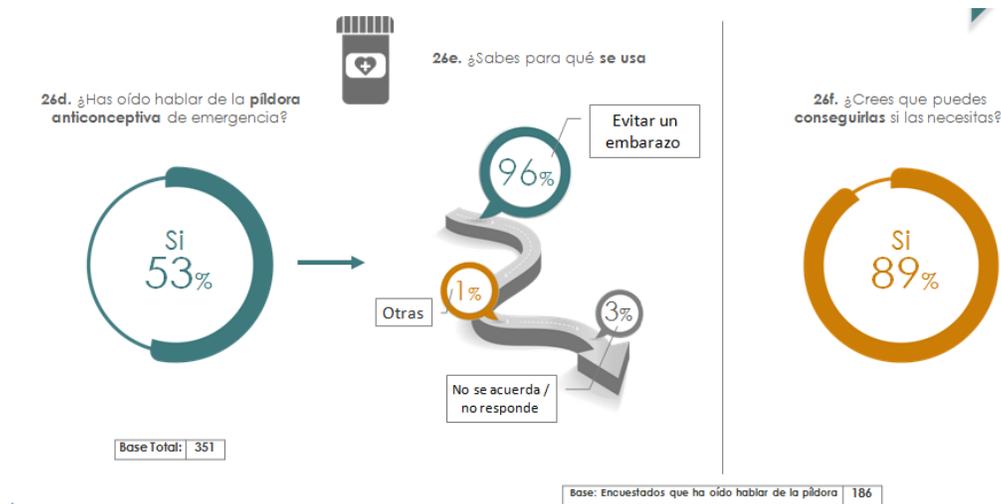
En torno al **conocimiento de métodos anticonceptivos** el condón aparece con el mayor reconocimiento (91%), seguido por los inyectables con un 74%. Los menos reconocidos son el coito interrumpido, el ritmo y la abstinencia con 23%, 18% y 23% respectivamente.

En Duitama se conoce menos el condón frente las otras dos ciudades, así mismo, se conoce más el ritmo frente a las demás. En San Onofre se conocen menos las píldoras anticonceptivas de emergencia, los implantes y el dispositivo intrauterino que en las otras dos ciudades.

El 82% de los encuestados reporta saber donde conseguir anticonceptivos si los necesita, sobresalen las droguerías y los hospitales como los lugares donde se consiguen estos elementos. Las mujeres y los mayores de 15 años conocen más sobre donde conseguir anticonceptivos que los hombres y los menores de 14 años.

Frente a la píldora anticonceptiva de emergencia solo el 53% de los encuestados declara haber oído algo sobre ella, sin embargo entre estas personas la información sobre su uso y el lugar donde conseguirlas es bastante claro, como se evidencia en la siguiente figura:

Figura 34 Píldoras anticonceptivas de emergencia



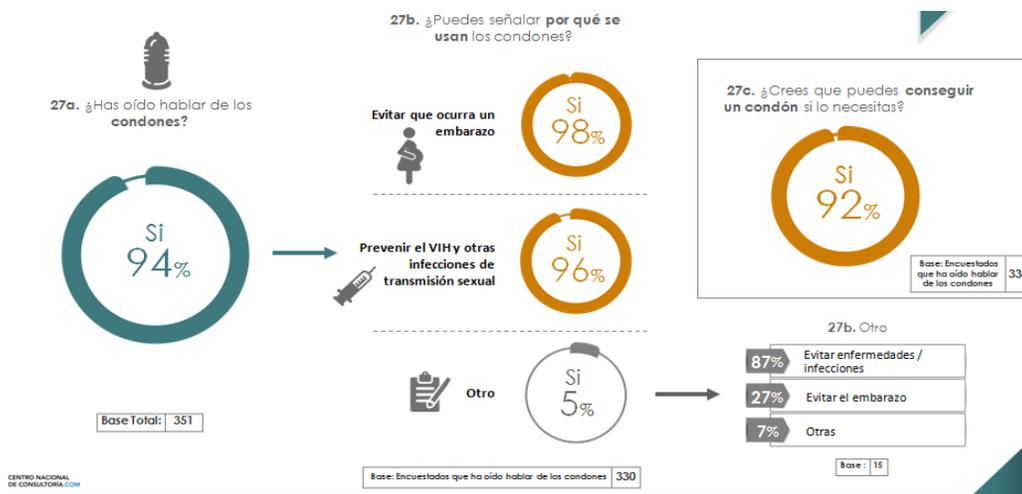
Fuente: Elaboración propia.

En San Onofre hay un rezago en esta información, solo el 36% de los encuestados dicen haber oído sobre la píldora anticonceptiva de emergencia. Son las mujeres y los mayores de 15 años los que presentan mejores indicadores de conocimiento.

El condón es más popular el 94% de los usuarios encuestados ha oído hablar de él. Tienen altos niveles de conocimiento frente a sus usos y los lugares donde conseguirlos.

En San Onofre es notoria la ausencia de Profamilia y las EPS como actores protagonistas en el territorio y el hecho que el SSAAJ esté llegando de manera extramural fortalece esta gestión. En Duitama los amigos son una fuente para conseguir condones, aspecto que no es tan relevante en las otras dos ciudades.

Figura 35 Conocimiento Condones



Fuente: Elaboración propia.

Hay un reconocimiento importante sobre el **VIH/ SIDA** en las tres ciudades, aunque es más bajo en Duitama (83%). Al igual que con los métodos anticonceptivos, la píldora anticonceptiva de emergencia y los condones son las mujeres y los mayores de 15 años los que tienen mayor conocimiento de esta situación.

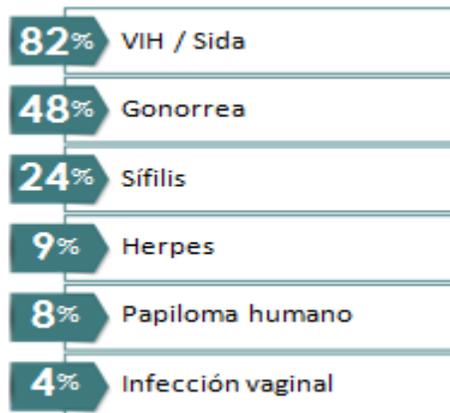
Figura 36 Posibilidad de realizarse la prueba del VIH



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, el 81% de los encuestados ha oído hablar de enfermedades que pueden ser transmitidas durante las relaciones sexuales y reconocen ampliamente sus síntomas. Entre estas enfermedades los encuestados mencionan:

Figura 7 Enfermedades de transmisión sexual



Fuente: Elaboración propia.

Ante este tipo de situaciones es preocupante que el 54% de los encuestados considere que se debe acudir a una droguería, un 11% tomar medicamentos sin fórmula médica, aunque se reconoce que el 96% menciona acudir al hospital en estos casos.

Para el estándar **Apoyo de la comunidad**, en general el 95% de los padres/tutores o adultos responsables están de acuerdo con que los jóvenes y adolescentes consulten servicio.

Cabe resaltar el caso de San Onofre que presenta el 98% de la aceptación de los padres/ tutores o adultos responsables a la asistencia de los jóvenes y adolescentes al Servicio Amigable, frente al 93% y 92% de Bogotá y Duitama respectivamente, que puede explicarse por las diferentes ofertas que tiene esta población en estos territorios.

En relación al **paquete de servicios**: El 96% de los encuestados recibieron la atención por la que llegaron al servicio amigable y el 8% fueron remitidos a otros centros por atenciones que no se entregan en los SSAAJ. Si bien el indicador de remisiones o interconsulta es alto (83%), en Bogotá alcanza el 92%, lo cual se puede explicar a la disponibilidad de otros centros y recurso humano.

Finalmente, frente a la pregunta sobre la recepción de información, consejería o atención fuera del servicio de salud (por ejemplo en la escuela, clubes, grupos juveniles, brigadas de salud, reuniones comunitarias u otro lugar) se presenta un indicador positivo del 70%, aunque depende del contexto y entorno de cada SSAAJ, por ejemplo, en San Onofre esta respuesta afirmativa llega al 83% dados los programas extramurales que este centro realiza, mientras que en Duitama solo el 53% de los encuestados responden Sí a esta pregunta, permitiendo concluir que la atención está centrada en la institución.

En **Competencias de los prestadores** se pretende medir la calidad y competencia de los prestadores de salud. La calidad está dada porque los proveedores de salud demuestren la competencia técnica necesaria para proporcionar servicios de salud eficaces para adolescentes y que tanto los proveedores de salud y personal de apoyo respeten y protejan los derechos de los adolescentes a la información, la privacidad y la confidencialidad, y mantengan una actitud respetuosa y libre de prejuicios.

El 64% de los usuarios encuestados dijeron encontrar en un sitio visible los derechos como usuarios; solo el 52% dijo ver un letrero que especificaba que la atención a los jóvenes y adolescentes se

realiza sin discriminación en las SSAAJ y 43% vieron un letrado que hablaba de la confidencialidad del servicio. Se requiere adecuar los espacios para hacerle explícito a los usuarios sus derechos, entre ellos los de no discriminación y a la confidencialidad, de existir los letrados se debe buscar mejores estrategias de comunicación que hagan atractivos los mensajes.

En la siguiente tabla se muestran las respuestas afirmativas de los encuestados:

Tabla 25. Porcentaje de respuestas positivas frente a las afirmaciones

	Sí %
a) En general, ¿Sentiste que el personal de salud te trato con respeto?	99
j) ¿El profesional te trató de manera amigable?	98
k) ¿El profesional fue respetuoso de tus necesidades?	96
d) ¿Te habló algún profesional de cómo prevenir enfermedades y qué hacer para mantenerse sano?	78
e) ¿El profesional te informó sobre las atenciones disponibles?	76
c) ¿Durante el examen físico te sentiste tratado(a) en forma adecuada y con respeto?	70
b) ¿En la atención que recibiste te hicieron examen físico?	60
g) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tu sexualidad?	58
f) ¿El profesional te preguntó sobre tu familia y tu relación con tus padres?	56
d) ¿El profesional te preguntó sobre la escuela?	56
f) ¿El profesional te preguntó sobre la práctica de deportes y otras actividades físicas?	55
e) ¿El profesional te preguntó sobre tus hábitos de comida?	54

i) ¿El profesional te preguntó sobre tu estado de ánimo o salud mental?	53
h) ¿El profesional te preguntó sobre consumo de cigarrillo, alcohol u otras drogas?	47

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, 2016

En general, los usuarios plantean (por encima del 95%) que los profesionales los tratan con calidad, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios.

Con menor porcentaje de respuestas afirmativas pero aun en un rango alto los usuarios reconocen que los profesionales les hablan sobre prevenir enfermedades y qué hacer para mantenerse sano, las atenciones disponibles y durante el examen físico se sienten tratado(a) s en forma adecuada y con respeto. Finalmente, los encuestados manifiestan en menor medida (por debajo del 60%) que durante las atenciones se hace referencia a los hábitos y la cotidianidad.

Frente al personal de apoyo y aunque el contacto se dio solamente en el 52% de los jóvenes y adolescentes encuestados, éstos califican excelente el trato respetuoso y amigables (99%).

Para el estándar de **Entorno físico y equipo de los establecimientos de salud** y ante la pregunta "Si viniste acompañado, ¿pudiste quedarte solo/a con la persona que te atendió?" El 50% contesta afirmativamente, lo que es un bajo indicador para un servicio amigable que respeta la confidencialidad de los pacientes. Sin embargo, en Bogotá el caso es más complicado cuando solo el 38% responde afirmativamente, a pesar que en infraestructura San Onofre tienes mayores problemas que dificultan este indicador la respuesta positiva es del 53%.

El 93% de los usuarios consideran que el horario de atención es conveniente y 89% que el tiempo de espera es adecuado. El tiempo de espera promedio es de 13,7 minutos lo cual es bastante positivo en el área de la salud de los adolescentes y jóvenes.

Los valores para la comodidad de las sillas y la confidencialidad del consultorio son de 96% y 91% respectivamente lo que es muy positivo, mientras que la disponibilidad del agua en los baños se reduce a un 76%, por la situación de San Onofre. Aspecto que se confirma cuando se pregunta por la limpieza de los alrededores y del

lugar de atención que también presentan buenos indicadores, mientras que el funcionamiento de los baños presenta un 76%.

Uno de los principales problemas es que la proporción de usuarios que plantea que el profesional que lo atendió aseguró desde el principio de la consulta que la información no será compartida con nadie sin su consentimiento, salvo en situaciones de riesgo vital es del 72%, lo que implica que hay una oportunidad de mejora en este punto, rescatando la experiencia de San Onofre donde el 81% de los encuestados responden afirmativamente.

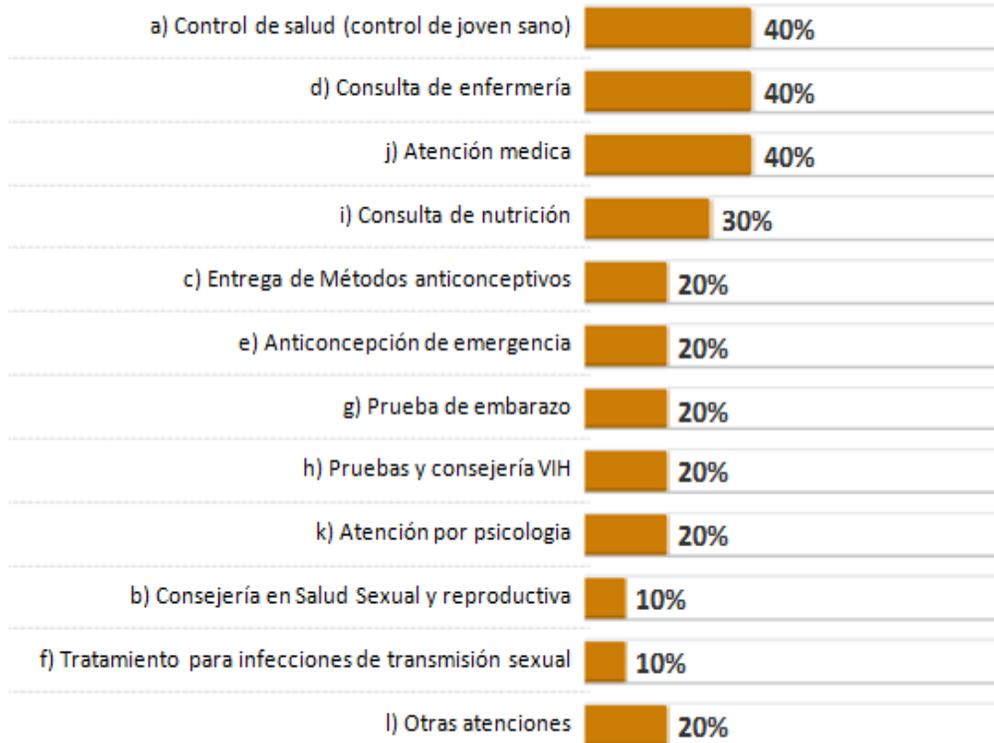
Así mismo un 24% de usuarios que contestan que alguien más entró/interrumpió durante la consulta es bastante alto para un servicio de salud que debe proteger la privacidad y confidencialidad del usuario. Finalmente, es muy importante que el hecho de negar servicios por falta de medicamentos (4%) o equipos (2%) tiene porcentajes muy bajos, que muestran la solidez de este modelo. En equidad se evaluó si la instalación de salud proporciona servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, afiliación, edad, sexo, estado civil, escolaridad, origen étnico, orientación sexual u otras características.

Frente a la pregunta 21A "En el día de hoy ¿se te negó algún tipo de atención?" el resultado es positivo, solamente 10 usuarios responden afirmativamente, es decir, que el 97% de los encuestados obtuvieron la atención en el Servicio de salud. No hay variaciones significativas entre los municipios.

Las razones por las cuales estos 10 usuarios piensan que se dio esta negativa fue, en su mayoría (40%) el no tener disponibilidad de horario y el restante 60% dividido entre llegar atrasado, la falta de insumos y el no ir acompañado por un adulto.

Tabla 26. Atenciones negadas hoy en el SSAAJ

21c. ¿Qué atenciones se te negaron?



Base: Encuestados que se negó algún tipo de atención | 10

Por último, en cuanto a la participación de adolescentes se evidencia confianza sobre la información de salud dada durante la consulta, el 97% de los encuestados responde afirmativamente a “¿Sentiste que la información sobre salud que se te dio durante la consulta fue clara y que entendías bien?”

Frente a la pregunta “En términos generales, ¿tuviste la oportunidad de expresar tu opinión y fuiste escuchado con interés?” en promedio el 91% de los usuarios contestaron afirmativamente, sin embargo, es importante revisar el caso de Duitama en donde solo el 86% lo consideró así.

Frente a la confidencialidad de la información contada al profesional en la consulta el 87% confía en que esta información no será comentada con nadie más sin su consentimiento, salvo en

situaciones de riesgo vital. Es importante hacer énfasis en este derecho de los usuarios.

Y finalmente, el 85% de usuarios encuestados contestan afirmativamente frente a la pregunta “¿El profesional te preguntó si estás de acuerdo con el tratamiento /procedimiento/ solución que se propuso?” Lo que implica un proceso de capacitación a los prestadores de servicios de salud en la necesidad de entender al paciente como parte fundamental de su tratamiento.

Únicamente el 23% de los encuestados responde afirmativamente a haber sido solicitados para trabajar con otros jóvenes y el 45% a la pregunta “¿Alguien te pidió a ti o a tus amigos ayudar al personal del servicio de salud para mejorar la calidad de este?”. Lo anterior implica que se debe reforzar el tema de la participación de los adolescentes y jóvenes en su atención y vincularlos al proceso de corresponsabilidad frente a su estado de salud.

A partir de lo anterior, se agruparon las respuestas de acuerdo al criterio objeto de medición y estándar, para la dimensión de usuarios no se contempla criterios en el estándar de mejora en los datos recolectados y calidad.

Tabla 27 Nivel de cumplimiento global y por centro según criterios evaluados en entrevista a usuarios.

ESTANDAR	GLOBAL	DUITAMA	SAN ONOFRE	BOGOTA
Conocimientos de los adolescentes sobre salud	74,96	75,31	73,47	76,03
Apoyo de la comunidad	94,59	93,10	98,31	92,31
El paquete de servicios	82,76	74,14	85,73	86,32
Competencias de los prestadores	66,85	66,33	70,85	63,30
Entorno físico y equipo de los establecimientos de salud	68,36	71,00	66,59	67,52
Equidad	97,15	96,55	98,31	96,58
Mejora en los datos recolectados y en la calidad	NA	NA	NA	NA
Participación de los adolescentes	68,03	63,10	73,05	67,86

6.5 Nivel de cumplimiento de los estándares

Los estándares de calidad establecidos por la OMS, integran las dimensiones de **usuario**, del **proveedor** y del **sistema de salud**, a partir de lo cual se integran los resultados de las evaluaciones realizadas en cada una de las dimensiones, posibilitando de esta manera medir el nivel de cumplimiento en cada uno de los estándares de manera global.

A partir de este ejercicio se evidencia cumplimiento de los estándares relacionados con apoyo de la comunidad, paquete de servicios, entorno físico y equipos de los establecimientos de salud con un porcentaje de cumplimiento superior al 80%.

Los demás estándares tienen un cumplimiento parcial, por tanto es necesario el fortalecimiento de capacidades de los proveedores por medio de planes de capacitación periódicos liderados por el SSAAJ, el otro estándar que necesita acciones de mejora, es el relacionado con la recopilación, análisis y utilización de datos de la atención desglosados por edad y sexo para apoyar la mejora de la calidad, en este punto no se evidenció participación de los equipos de salud en los procesos de autoevaluación y tampoco existen mecanismo para vincular supervisión de apoyo a las prioridades de mejora identificadas en el monitoreo, así como la ausencia de mecanismos de reconocimiento del desempeño de alta calidad para los prestadores de salud y personal de apoyo del establecimiento.

Por otra parte y a pesar que se obtuvo cumplimiento parcial del estándar, se evidencia debilidades en las acciones de divulgación con las organizaciones de jóvenes y comunitarias sobre la importancia de proporcionar servicios de salud a adolescentes, así como acciones puntuales, no continuas, para identificar las expectativas de las y los adolescentes acerca del servicio, evaluar su experiencia de la atención e involucrarlos en la planificación, monitoreo y la evaluación de los servicios de salud.

Tabla 28 Nivel de cumplimiento global y por centro según criterios evaluados.

ESTANDAR	GLOBAL	DUITAMA	SAN ONOFRE	BOGOTA
Conocimientos de los adolescentes	72,91	80,74	63,15	72,04

sobre salud				
Apoyo de la comunidad	82,36	87,20	81,30	72,54
El paquete de servicios	88,64	81,55	91,63	91,64
Competencias de los prestadores	69,25	75,23	55,48	75,60
Entorno físico y equipo de los establecimientos de salud	81,08	84,96	75,35	82,65
Equidad	78,07	80,68	76,93	76,53
Mejora en los datos recolectados y en la calidad	79,80	85,22	61,55	93,54
Participación de los adolescentes	71,78	74,80	66,39	69,12

Se anexan cuatro (4) presentaciones de resultados, donde se grafican las respuestas para cada una de las preguntas del formulario de usuarios y por ciudad.

Conclusiones

- Lo que no se puede medir no se puede mejorar, por ende la medición o mejora de la calidad a partir de estándares, permite la identificación de brechas entre la calidad requerida y observada, para que a partir de esas necesidades identificadas se generen e implementan acciones de mejora de la calidad.
- La mejora en la calidad conlleva a una mejora en la cobertura, por tanto se debe vincular las percepciones de los usuarios con las actitudes de los proveedores de servicios con la evaluación de la calidad, permitiendo un mayor alcance y objetividad al momento de identificar las áreas específicas que necesitan mejorar, enmarcadas en un sistema de mejora continua de la calidad.
- A pesar de la no existencia de programas de formación continuada para los prestadores de los servicios de salud, se evidencia conocimiento de las directrices y normas técnicas para la atención integral a adolescentes y jóvenes, en parte por el compromiso de las y los funcionarios y los procesos de fortalecimiento de capacidades liderados por el nivel nacional.

- Existe conocimiento de las herramientas de monitoreo y evaluación propuestas en el modelo de SSAAJ, sin embargo el uso que se da es limitado, en cuanto no todos los profesionales vinculados participan de estos procesos, lo cual se vio reflejado en la ausencia de mecanismos de supervisión de apoyo a las prioridades de mejora identificadas durante el monitoreo para apoyar la mejora de la calidad.
- Los profesionales vinculados al modelo no reconocen la importancia y necesidad de involucrar a adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación del modelo, siendo este un estándar de calidad de los servicios.
- La mayoría de entrevistados reconocen la importancia y valor social de contar con espacios diferenciados dentro de las instituciones para la atención, sin embargo como se evidencio en la medición de los estándares se hace necesario fortalecer los mecanismos de vinculación para adolescentes en la planificación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud.

Recomendaciones

- Las y los proveedores reconocen la ausencia de programas de formación institucional para brindar una atención diferenciada, lo cual coincide con lo reportado en otros estudios, en cuanto a la falta de programas de formación en adolescentes desde la academia, por tanto es necesario el trabajo articulado este sector.
- Dadas las diferentes metodologías utilizadas para la medición de la calidad en los territorios, se sugiere la estandarización de procesos a partir de la evaluación de la calidad impulsada por los estándares de la OMS, por medio de la aplicación de los instrumentos utilizados en el presente estudio, lo cual permitirá hacer análisis comparativos y amplios en las diferentes escalas del territorio nacional (municipal, departamental, nacional)

Frente al formulario de recolección de información es importante tener en cuenta:

- Organizar los ítems o preguntas de los instrumentos por estándar, de tal forma que facilite el análisis y la medición del nivel de cumplimiento.
- Agregar la opción madre, padre o cuidador (tutor) porque al hablar de padre, algunos encuestados lo asocian con el padre de sexo masculino únicamente.
- La pregunta 28b ítem a, es muy confusa, fue necesario leerla varias veces y en ocasiones el encuestado no sabía que responder.
- Los encuestados no entienden claramente la pregunta 30b, aunque se repetía la pregunta se percibía que el encuestado la contestaba sin entenderla.
- El formulario no tiene la opción NO SABE y eso hace que se pueda sesgar respuestas hacia el NO, cuando realmente hay un desconocimiento del tema.
- En términos generales no fue complejo hacer preguntas a los menores sobre temas de salud sexual y salud reproductiva. En algunos casos se sonrojaban, o simplemente contestaban que no sabían, puede evaluarse implementar encuestas autodilenciadas.

Lecciones aprendidas

- A pesar que el modelo de SSAAJ no es de obligatorio cumplimiento para los actores del SGSSS, la propuesta permite dar cumplimiento a los estándares de calidad para la adecuación del servicio.
- Se requiere conocer la proporción de usuarios de acuerdo a la segmentación solicitada en cada servicio antes de definir muestra alguna.

- Se debe tener en cuenta el flujo de usuarios en cada sede para definir el trabajo de campo y evitar sesgos en la medición.
- El formulario debe ajustarse a algún criterio preestablecido, de tal manera que el formulario fluya y permita un análisis secuencial.
- Para futuras mediciones se requiere que cada actor que interactúa con los jóvenes y adolescentes en el Servicio Amigable conozca el proceso de medición y se los comente a los usuarios, eso facilitaría la consecución de información.
- La colaboración de la coordinación y los demás en cada servicio es fundamental para lograr el acercamiento a los jóvenes y adolescentes.
- Para garantizar la confidencialidad de la información se requiere de un espacio físico que permita que los jóvenes se sientan libres de contestar sin ninguna presión.
- Definir la evaluación en periodos en que el Centro Amigable esté en funcionamiento normal y sin impactos externos como la terminación del año escolar o remodelación.

Bibliografía

Habicht JP, V., & CG, V. J. (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol.* , 1-8.

Harwell, M. R. *Research Design in Qualitative/Quantitative/ Mixed Methods*. Minnesota: University of Minnesota.

Huamán-Espino, L., Aparco, J. P., Nuñez-Robles, E., Gonzáles, E., Pillaca, J., & Mayta-Tristán, P. (2012). Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en apurímac, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*.

- Nebot, M., & otros. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit* , 3-8.
- Tenorio Gnecco, A., & Plaza, R. V. (2008). Evaluación de programas de salud. *Universidad del Cauca. Volumen 10 Numero 2* .
- UNFPA. (2008). *Servicios amigables para adolescentes y jóvenes. Segunda edición*. Bogotá.