



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia

Producto 5: Informe de Resultados

Noviembre 12 de 2013

Directora de estudio

Carolina Murgueitio

Equipo Consultor

Carmen Elisa Flórez

Claudia Peñaranda

Elvia Vargas

Luisa Riveros

Salomón Bechara

Zuleima Urrea

Mauricio Castro

Comité Supervisor de la consultoría

Angélica Cecilia Nieto

Mary Luz Mejía Gómez

Lucy Wartenberg

Diva J. Moreno López

Roberto Púa Mora

Luis Carlos Forero Ballesteros

Sergio Riaga

Sandra Sterling

DNP

UNFPA

UNFPA

MINSALUD

MINSALUD

MINSALUD

UNICEF

ACPEM

CONSULTORÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN COLOMBIA

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1	4
METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	4
1.1 Instrumentos	4
1.2 Diseño muestral	7
CAPÍTULO 2	13
EL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA JÓVENES - SSAAJ.....	13
2.1 El Modelo SSAAJ	13
2.2 Antecedentes internacionales del Modelo	18
CAPÍTULO 3	26
LA CADENA DE VALOR DEL MODELO DE SSAAJ	26
3.1 Insumos	28
3.2 Procesos.....	31
3.3 Productos.....	33
3.4 Resultados	35
3.5 Impactos.....	37
CAPÍTULO 4	38
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	38
APÉNDICE	61
PORCENTAJE DE USUARIOS DE CONSULTA Y CHARLA POR IPS VISITADA	61
CAPÍTULO 5	65
RESULTADOS SOBRE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	65
5.1 Método de construcción de los índices	66
5.2 Calificación de los usuarios a los distintos aspectos de Desempeño.	68
5.3 Índice de Eficacia	71
5.4 Índice de Pertinencia	81

5.5	Índice de Intención de Uso de los SSAAJ	86
5.6	Índice de Cuidado.....	90
5.7	Síntesis de los Índices	95
CAPÍTULO 6		99
EVALUACIÓN DE OPERACIONES		99
6.1	Prestadoras de servicios	99
6.2	Entes territoriales	118
6.3	Cuellos de botella y barreras.....	124
APÉNDICE.....		129
ORDENAMIENTO SSAAJ POR MODALIDAD.....		129
APÉNDICE.....		131
CONSTRUCCIÓN ÍNDICE SINTÉTICO.....		131
CAPÍTULO 7		133
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		133
BIBLIOGRAFÍA.....		146
ANEXO 1: INSTRUMENTOS (EN MEDIO MAGNÉTICO)		148
ANEXO 2: MUESTRA(EN MEDIO MAGNÉTICO)		149
ANEXO 3: TRABAJO DE CAMPO(EN MEDIO MAGNÉTICO)		150
ANEXO 4: METODOLOGÍA CUALITATIVA (EN MEDIO MAGNÉTICO).....		151
ANEXO 5: COMPONENTES PRINCIPALES (EN MEDIO MAGNÉTICO)		152
ANEXO 6: PRINCIPALES HALLAZGOS DEL EJERCICIO CUALITATIVO		153

PRESENTACIÓN

El presente documento corresponde al informe final de resultados de la Evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia.

Econometría fue seleccionada con el fin de determinar si el modelo de SSAAJ es eficaz y pertinente en el logro de sus objetivos, de conformidad con los componentes que lo definen. Específicamente se busca identificar los principales resultados de los SSAAJ en los y las adolescentes y jóvenes, 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 su salud sexual y reproductiva y ejercicio de la actividad sexual; analizar la organización y funcionamiento del modelo de SSAAJ, teniendo en cuenta cada una de las etapas que son llevadas a cabo para que los participantes reciban el servicio en forma adecuada y a partir de lo anterior obtener recomendaciones en el funcionamiento y operación de los componentes y categorías del modelo SSAAJ.

La investigación contó con el concepto de un Comité de Ética ad hoc el cual se conformó de manera independiente y objetiva por miembros del grupo de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. El concepto se solicitó con el fin de garantizar la idoneidad de los instrumentos, metodologías y profesionales involucrados en el estudio. Se conceptuó que “En el proyecto no se identifican problemas que impliquen un cambio sustancial del protocolo o lo hagan inviable ética o metodológicamente”; es decir, los aspectos constitutivos de la evaluación se consideraron adecuados para cumplirla satisfactoriamente

El objetivo general de la evaluación es determinar si el modelo de SSAAJ es eficaz y pertinente en el logro de sus objetivos, de conformidad con los componentes que lo definen.

Por su parte los objetivos específicos son:

1. Identificar los principales resultados de los SSAAJ en los y las adolescentes y jóvenes, 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 su salud y ejercicio de su sexualidad.

2. Analizar la organización y funcionamiento del modelo de SSAAJ, teniendo en cuenta cada una de las etapas que son llevadas a cabo para que los beneficiarios reciban el ejercicio en forma adecuada.
3. Obtener recomendaciones en el funcionamiento y operación de los componentes y categorías del modelo SSAAJ

Para cumplir con lo anterior la evaluación está estructurada en tres componentes:

- Evaluación de Resultados
- Evaluación de Operaciones
- Recomendaciones

El informe se ha organizado de la siguiente manera:

Capítulo 1. Metodología de la Evaluación

A lo largo de este capítulo se presentan los principales aspectos metodológicos los cuales fueron tratados en detalles en el informe metodológico de esta misma consultoría. En el mismo capítulo se presenta el marco conceptual, la muestra de estudio y la recolección de información.

Capítulo 2. El modelo de servicios de salud amigables para jóvenes - SSAAJ

En este capítulo se presentan los antecedentes, normatividad y descripción del modelo SSAAJ, que introduce y da contexto a los capítulos posteriores. Asimismo se presentan los antecedentes del Modelo en el ámbito internacional en términos de prestación de los servicios y en evaluaciones similares a la presente.

Capítulo 3. La cadena de valor del modelo

De acuerdo con los términos de referencia, se realiza la construcción de la cadena de valor del modelo, con base en la metodología del Departamento Nacional de Planeación (DNP). En esta se detalla cada eslabón: insumos, procesos, productos, resultados e impactos (de este último es breve pues está fuera del alcance de la evaluación).

Capítulo 4. Caracterización de la población de estudio

Los resultados obtenidos de la encuesta permiten establecer las principales características de la población de estudio en términos de sus particularidades sociodemográficas, socioeconómicas, así como características de actividad sexual, participación y uso de métodos anticonceptivos.

Capítulo 5. Resultados

A lo largo de este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la construcción de unos índices que responden a las preguntas de investigación: eficacia, pertinencia, intención de uso y cuidado. Asimismo se triangula con los hallazgos cualitativos.

Capítulo 6. Evaluación de operaciones

El análisis de operaciones se presenta en este capítulo a través de un índice sintético que abarca los componentes del Modelo de SSAAJ a través de seis dimensiones que resultan en un agregado que permite identificar el avance en la implementación y las oportunidades de mejoramiento.

Capítulo 7. Conclusiones y Recomendaciones

Finalmente se presentan las conclusiones de la evaluación y las correspondientes recomendaciones que se sugieren desde el grupo consultor.

ANEXOS

Capítulo 1

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La metodología responde a cada uno de los tres componentes de la evaluación. El primero, la **evaluación de resultados** busca determinar la pertinencia de los objetivos y su grado de realización, la eficacia, la eficiencia, así como los cambios en las condiciones de los participantes gracias a los productos de la intervención¹.

El segundo componente es una **evaluación de operaciones o de procesos** que en la misma Guía de Sinergia se define como aquella evaluación que permite examinar los procedimientos y tareas involucradas en la implementación de un programa.

El tercer componente se deriva de las anteriores ya que con base en los resultados se identifican unas **recomendaciones** y buscan brindar sugerencias para un mejor desempeño del Modelo SSAAJ.

El marco conceptual de la Evaluación se basa en los factores moderadores (Glasgow, Lichtenstein, & Marcus, 2003) en la que se basaron los instrumentos de la evaluación, de los SSAAJ y son las características de los usuarios, sus características de intención de uso y adopción de prácticas y conocimientos. Igualmente la participación dentro de la investigación tanto de los usuarios, funcionarios de los servicios así como los decisores de política.

1.1 INSTRUMENTOS ²

Los instrumentos para la evaluación se diseñaron con el fin dar respuesta a todas las preguntas de investigación y a los objetivos.

1.1.1 Encuesta a jóvenes y adolescentes

Los objetivos de este instrumento fueron:

¹ Tal como se define en la Guía de Evaluación del DNP (Sinergia, Guía para la Evaluación de Políticas Públicas, 2011) la evaluación de resultados se utiliza para estudiar los cambios en las condiciones de los participantes como consecuencia (directa o indirecta, atribuible o no) de los productos entregados por una intervención en un horizonte corto y mediano plazo.

² El detalle de los instrumentos se presenta en el Anexo metodológico

- Capturar la percepción que manejan los y las adolescentes y jóvenes frente a los SSAAJ.
- Identificar el conocimiento, prácticas y actitudes de los jóvenes y adolescentes frente a su salud sexual y reproductiva

La metodología de análisis cuantitativo de los resultados de esta encuesta dirigida a los usuarios de los servicios se diseñó para identificar de manera precisa y estadísticamente válida las características de los usuarios sobre las cuales puede tener efecto la atención basada en el Modelo de Servicios Amigables. Estas variables de resultado se utilizan, primero para caracterizar a los usuarios y luego se conjugan para la construcción de índices compuestos que ofrecen mayor información sobre los efectos de la atención basada en el Modelo y una mejor comprensión de sus alcances, debilidades, fortalezas y oportunidades.

En el análisis de caracterización, que es básicamente descriptivo, es habitual realizar pruebas estadísticas de dispersión de los resultados y de diferencia de medias en variables seleccionadas para establecer contrastes en las condiciones propias de los usuarios. Así, se pueden establecer hipótesis con menos sesgos en la evaluación de resultados y tener una visión clara de quiénes son realmente los usuarios de los servicios.

Los resultados de las encuestas se analizan a partir del método de componentes principales, identifican y retienen unos “pocos” factores (de ahí el nombre componentes principales) que retengan la mayor variabilidad contenida en los datos. Más aún, por construcción las “nuevas” variables son estadísticamente independientes, bajo el supuesto de normalidad, y el de no correlación, lo cual es estadísticamente deseable en el análisis. (Una mayor profundización de este método se realiza en el capítulo correspondiente a los resultados)

1.1.2 Encuesta a funcionarios

Los objetivos de la encuesta se asociaron también a las preguntas de investigación en particular las del componente de operaciones; en este sentido, los objetivos son:

- Analizar y valorar el grado de implementación del modelo, considerando su organización y funcionamiento. Se busca obtener información sobre el grado de articulación y coordinación en cada una de las fases del proceso y por modalidad, así como su consistencia integral para el logro de los componentes contemplados en el modelo.

Esta encuesta se aplicó a dos tipos de informantes: el personal médico y profesionales de salud que atiende directamente a los jóvenes y adolescentes; y profesionales del área administrativa que manejan información sobre la administración de los servicios.

1.1.3 Entrevistas a funcionarios - EPS y Ministerio de Salud y Protección Social

Los objetivos de las entrevistas están asociados a las preguntas de investigación; en este sentido, los objetivos son profundizar sobre algunos de los aspectos objeto de estudio. En particular se buscó analizar y valorar el grado de implementación del modelo, considerando su organización y funcionamiento así como obtener información sobre el grado de articulación y coordinación en cada una de las fases del proceso y por modalidad, así como su consistencia integral para el logro de los componentes contemplados en el modelo

1.1.4 Encuestas virtuales a Entes Territoriales

El objetivo de estas encuestas fue obtener una caracterización de los SSAAJ a nivel departamental que evidencie información sobre número de servicios, motivos para no contar con ellos, registro de información, entre otros.

1.1.5 Grupos focales³

Se utilizó la metodología cualitativa de Grupos Focales de Nodos Temáticos y una modalidad grupal de preguntas abiertas privilegiando la participación de los jóvenes y adolescentes asistentes. Las sesiones buscaron los siguientes objetivos:

- Identificar la percepción que manejan los y las adolescentes y jóvenes frente a los SSAAJ.
- Identificar las razones por las cuáles los y las adolescentes y jóvenes usuarios podrían percibir cambios asociados con sus derechos (en salud y derechos sexuales y reproductivos); en la toma de decisiones frente a sus proyectos de vida; y con relación a ser multiplicadores de los servicios entre sus pares.
- Identificar las principales barreras que perciben las personas adolescentes y jóvenes para acceder a los SSAAJ; particularmente, frente a los procesos de entrega y formulación de métodos anticonceptivos.

³ Para un mayor detalle de la metodología de estos instrumentos referirse al Anexo 6

1.2 DISEÑO MUESTRAL

En la evaluación de resultados, la población objetivo está conformada por los jóvenes y adolescentes entre los 14 y 24⁴ años de edad que han hecho uso de los servicios del modelo SSAAJ o que lo estén haciendo en el momento en que se efectúa la recolección de información en los Servicios Amigables (Para un mayor detalle de la muestra referirse al Anexo 2).

En la evaluación de operaciones, la población de interés está conformada por el personal encargado de administrar y prestar los servicios del modelo SSAAJ.

El marco muestral de municipios con el que se contó para la implementación del diseño muestral, contiene una lista de 661 Servicios Amigables, ubicados en 482 municipios. Este marco corresponde a la Base Nacional de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes con corte a 31 de diciembre de 2011, entregada en conjunto con los términos de referencia.

Por su parte las unidades de muestreo (UPM) fueron los municipios en donde se desarrollan los servicios relacionados con el modelo SSAAJ. Las unidades secundarias de muestreo (USM) corresponden a los SSAAJ.

Las unidades de observación son:

- Los jóvenes y adolescentes entre los 14 y 24 años que hayan sido o sean usuarios del modelo al momento de la encuesta. Con ellos se plantea la realización de un muestreo no-probabilístico que se detallará más adelante.
- Los directivos y profesionales relacionados directamente con el modelo SSAAJ dentro de las diferentes instituciones. Para estos, se hizo un censo de todos los directivos y profesionales asociados en los servicios seleccionados como unidades secundarias de muestreo.

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta las tres Modalidades de atención de los SSAAJ⁵:

- Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Consulta dentro de un centro de atención y a cargo de un profesional entrenado. Puede ser dentro de la consulta normal.

⁴ Aunque los SSAAJ cubren personas desde los 10 a los 29 años, se acordó con el Comité interventor en la reunión del 30 de Abril de 2013 que el grupo entre los 10 y los 14 años de edad no será encuestado debido a las implicaciones éticas y los costos operativos; además los mayores de 24 años tampoco serán entrevistados puesto que así los términos de referencia colocan la cota superior en 24 años.

⁵ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública (2010) *La implementación de los servicios de Salud amigables para: Adolescentes y Jóvenes en el Departamento de Huila*. Bogotá, Colombia.

- Unidad amigable para adolescentes y jóvenes: Espacio destinado a la atención de adolescentes y jóvenes dentro del mismo centro de atención y en los cuales existen condiciones de acceso diferenciales, como el horario de atención, espacios locativos, entre otros.
- Centro amigable para adolescentes y jóvenes: Espacio locativo exclusivo para adolescentes y jóvenes, con profesionales solamente dedicados a estas labores y generación de espacios de interacción para jóvenes.

1.2.1 Reconstrucción del Universo

Uno de los primeros hallazgos de la consultoría fue la desactualización del universo de estudio, es decir los servicios amigables funcionando en el momento de la investigación. El punto de partida fue la información provista por el Comité de Supervisión de la consultoría el cual consistía en el inventario de servicios del año 2009 del Ministerio de Salud.

En la recopilación y verificación de los datos por parte de la consultoría, se evidenciaron limitaciones que son una oportunidad para mejorar y una fuente potencial de información relevante y de calidad. Debido a que en muchos municipios la aplicación del modelo es incipiente, y para otros ha sido un resultado de procesos autónomos sin direccionamiento del nivel central, aún no está consolidado el sistema de información, de carácter vinculante, que mantenga la provisión de información para los responsables del Modelo a nivel local, regional y nacional. La ausencia de información actualizada, consistente y fiable impidió realizar una clasificación de los servicios existentes según sus niveles de desarrollo (incipiente, bajo, medio y consolidado).

Durante la consultoría se evidenció que las bases existentes tenían inconsistencias entre la información interna y los reportes definitivos. Por lo tanto algunos departamentos no pudieron ser incluidos en la muestra al no contar con información fiable y actualizada de los SSAAJ en su área de influencia.

Fue entonces necesario hacer una reconstrucción del Universo de los servicios amigables para lo cual se realizó un operativo telefónico y de rastreo a los 661 servicios de la base original hasta consolidar un “nuevo universo” en el que se validó la existencia del servicio, un número mínimo de usuarios, y su operación dentro de los lineamientos del modelo.

1.2.2 Tamaño de la muestra planeada

Se planeó una muestra de 97 SSAAJ, ubicados en 40 unidades primarias de muestreo (equivalentes a 48 municipios⁶). La muestra esperada de usuarios fue de 2,000, entrevistados en las instalaciones en donde se han implementado los Servicios Amigables. Se planeó una distribución por género de 40% hombres y 60% mujeres. La muestra permite tener resultados con buenos niveles de precisión por sexo y dos grupos de edad 14 a 19 y 20 a 24⁷.

1.2.3 Cobertura de la muestra

Se lograron 2.332 encuestas efectivas, es decir, la cobertura efectiva fue de 116,6%. También se realizó sobre-cobertura en el número de servicios visitados, en lugar de los noventa y siete (97) servicios planeados se visitaron cien (100).

En cada servicio amigable se contó con un número mínimo de 20 adolescentes mayores de 14 años (por unidad de observación, es decir, por servicio amigable). No sólo los convocados fueron sujetos de entrevistas⁸, sino también aquellos que asistieron de manera independiente al servicio en la jornada de trabajo y accedieron a contestar la encuesta. De esta forma se disminuyó el sesgo generado por la probabilidad de recibir respuestas de jóvenes “modelo” de los servicios.

La distribución por género fue de 768 (33%) encuestas respondidas por hombres, y las restantes 1.564 por mujeres (67%).

El 62% de los municipios correspondieron a los priorizados en el Conpes 147.

De funcionarios se lograron 55 encuestas (57%) y secretarías departamentales la cobertura fue de 75% y 78% en el caso de secretarías municipales.

Se realizaron 4 grupos focales en Bogotá, Yopal, Villavicencio y la Unión (Valle). Asimismo el ejercicio cualitativo se complementó con tres observaciones de “cliente oculto”.

⁶ Como ya se señaló algunas Unidades Primarias de Muestreo involucran más de un municipio, en particular aquellas con área metropolitana, así las 40 UPM equivalen a 48 municipios del país.

⁷ Los rangos de edad fueron ajustados con respecto a los sugeridos en los términos de referencia para tener en cuenta lo establecido en la nota al pie número 2.

⁸ Previo al diligenciamiento de cualquier formulario, es la validación del “Consentimiento informado” donde quien responde accede a participar del ejercicio, conociendo el grado de anonimato que se maneja en la encuesta.

1.2.4 Resultados del trabajo de campo

El detalle del trabajo de campo se presenta en el anexo 3 de este informe. Los principales aspectos del operativo se destacan brevemente a lo largo de esta sección. La primera tarea fue la de alistamiento la cual consistió en el operativo de llamadas y la gestión de correspondencia que permitió dar aviso con respaldo institucional⁹ a los servicios seleccionados de la visita de la que serían objeto y de la visita para realizar las encuestas. Luego se realizó la labor de capacitación de instrumentos dirigidos tanto a adolescentes como funcionarios también se presentaron en las jornadas y se explicaron con detalle.

La gestión de convocatoria consistió en invitar a un mínimo de 20 adolescentes mayores de 14 años (por unidad de observación, es decir, por servicio amigable) a quienes aplicar el instrumento. Sin embargo, no sólo los convocados fueron sujetos de entrevistas, sino también aquellos que asistieron de manera independiente al servicio en la jornada de trabajo y accedieron a contestar la encuesta. Vale la pena señalar que la combinación de convocados y no convocados permitió recibir información de mejor calidad, puesto que disminuyó la probabilidad de recibir respuestas de jóvenes “modelo” de los servicios que podrían generar un sesgo en la evaluación.

Una jornada de trabajo de campo típica se inició con la breve presentación a los jóvenes del ejercicio de evaluación y del profesional de campo, a cargo de un miembro del personal de atención clínica, quien se retiraba del espacio reservado para el ejercicio una vez finalizada la introducción, garantizando así la privacidad de las respuestas de los jóvenes. A continuación el Profesional de Econometría agradecía la presencia de los usuarios, y exponía con más detalle los objetivos de la evaluación, indicaba las pautas para el diligenciamiento de los formularios y, tras solucionar cualquier inquietud que surja, daba inicio a la sesión con los jóvenes que en ese momento estuviesen presentes.

Para conservar el rigor metodológico, el personal de Econometría fue instruido para no inducir respuestas en los jóvenes ni sesgar las respuestas. Por lo tanto, al solucionar inquietudes no tomaban la decisión de respuesta por el usuario sino que parafraseaban la pregunta de tal manera que fuese más comprensible, o en caso necesario se aclaraban las categorías de respuesta para que éste tome su propia decisión. Como excepción, se dieron instrucciones al respecto para que los jóvenes que manifestaran dificultades para leer o comprender lo leído, o que tuviesen alguna limitación visual, se les realizara

⁹ Econometría agradece la gestión de la Dra. Diva J. Moreno y el Dr. Ricardo Luque por su disposición y amable colaboración que incluyó la firma personalizada de más de 300 cartas dirigidas a los distintos actores, de carácter Departamental, Municipal y de atención local.

un acompañamiento personalizado donde el encuestador leía las preguntas y diligenciaba las respuestas del usuario.

Como en todo operativo de trabajo de campo, la planeación que se llevó a cabo fue flexible para anticiparse a imprevistos que sin duda sucederán. La evaluación del Modelo de Servicios Amigables no fue la excepción. Durante las jornadas de capacitación y de contacto con los responsables de los servicios, y durante el diseño del operativo, se tuvieron presentes los posibles inconvenientes y se hizo énfasis en que las actividades planteadas tuvieran la capacidad de adaptarse al entorno y las condiciones.

Un aspecto relevante previo al diligenciamiento de cualquier formulario, fue la validación del “Consentimiento informado” donde quien respondía accedía a participar del ejercicio, previo conocimiento del grado de anonimato que se maneja en la encuesta.

Como valor agregado, para garantizar la idoneidad de los instrumentos, metodologías y profesionales involucrados en el estudio, Econometría Solicitó un Concepto del Comité de ética de la Universidad Javeriana, en cabeza del Instituto de Bioética.

El comité, conformado por cuatro (4) Profesores e investigadores de la institución señaló que “en [el] proyecto no se identifican problemas que impliquen un cambio sustancial del protocolo o lo hagan inviable ética o metodológicamente”; lo anterior teniendo presente que los aspectos constitutivos de la evaluación (Estructura de proyecto, técnicas de análisis, coherencia conceptual, instrumentos y equipo investigador) se consideraron adecuados para cumplir la evaluación propuesta. Las recomendaciones del comité de ética se adoptaron o están en proceso de adopción. El siguiente cuadro muestra el estado de cada recomendación:

Cuadro 1 – Recomendaciones Comité de Ética y su implementación

RECOMENDACIÓN	IMPLEMENTACIÓN
Se recomienda diseñar un acuerdo de confidencialidad al que deberán adherirse todos los que intervienen en el grupo de investigación	Se solicitó un modelo de acuerdo al Comité de Ética. En el Anexo 2 se encuentra el modelo para adaptación y firma de los participantes de la evaluación en el próximo comité del 01 de octubre.
Definir claramente el proceso de manejo de la información. Se recomienda diseñar un esquema de manejo, acceso y seguridad de la información, durante y después de la investigación (e.g. encriptación, anonimización, bases de datos generadas en el proyecto, etc.)	Se definirán conjuntamente con el Ministerio de Salud y Protección Social los protocolos de manejo de la información una vez termine el estudio. Como un adelanto al protocolo, para la información recolectada de jóvenes la anonimidad ya está garantizada pues no es posible ligar un dato específico a un usuario final

RECOMENDACIÓN	IMPLEMENTACIÓN
<p>Los resultados del proyecto deben ser ampliamente socializados. En particular, elaborando y enviando a los sujetos de investigación participantes del proyecto, informes hechos con un diseño y un lenguaje adecuados para la población adolescente y joven. Asimismo, enviando dichos informes a las instituciones relevantes, públicas y privadas, relacionadas con el tema de la investigación.</p>	<p>La difusión y socialización de los resultados es competencia del Comité Evaluador (o de una parte del mismo, según se defina) ya que es el propietario de la información generada en el proyecto así como de todos los productos entregados en el desarrollo de la evaluación. La firma consultora se compromete a proporcionar todos los insumos que permitan una socialización adecuada de los resultados. De acuerdo a los Términos de Referencia para esto se entregará:</p> <ul style="list-style-type: none">a. El mapeo de actores interesados en los resultados de la evaluación.b. Una presentación dinámica de la evaluación (versión extensa y versión resumida).
<p>Es recomendable que, teniendo en cuenta lo que se plantea en el apartado 5.3.2 al decir “[que] se concibe un proceso en el cual lo cualitativo permite la exploración de nuevos temas”, el componente de participación y las voces de los jóvenes deben tener un mayor peso en el proyecto.</p>	<p>Se hicieron ajustes en la metodología de los grupos focales para tener en cuenta esta recomendación del Comité de Ética, que también fue resaltada por el Comité Evaluador. La metodología con la que se realizaron los grupos focales es una de indagación asociativa en un primer momento; en el segundo se trabaja con nodos temáticos y un último momento en el que se presentan preguntas abiertas.</p>
<p>Se recomienda hacer una revisión de estilo, semántica y ortografía</p>	<p>Realizada y tenida en cuenta para los productos a entregar en adelante.</p>
<p>Hacer seguimiento por parte de este comité ético en las distintas etapas de la investigación</p>	<p>El seguimiento a nuevas etapas de la evaluación dependerá de la decisión del Comité Evaluador y de los recursos que sean dispuestos por parte del mismo</p>

Fuente: Elaboración propia. Econometría Consultores 2013.

Capítulo 2

EL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA JÓVENES - SSAAJ

En este capítulo se presenta, en el primer apartado, una explicación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes y posteriormente se da una mirada a los antecedentes internacionales del modelo, haciendo énfasis en experiencias latinoamericanas.

2.1 EL MODELO SSAAJ

En el interés de reducir las barreras de acceso que las personas adolescentes y jóvenes presentan a servicios integrales de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Fondo Población de las Naciones Unidas (UNFPA), diseñó y está implementando el Modelo de Servicios de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ).

Si bien el modelo está enmarcado en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003) y en el Plan Nacional de Salud Pública de Colombia (2007-2010), es importante resaltar la existencia de unos hitos normativos e institucionales que le dan forma y permiten conocerlo mejor, tales como la Ley 1098 de 2006 -“Código de Infancia y Adolescencia”, el Plan Andino de Prevención del embarazo adolescente (2008-2010) y de manera complementaria el documento Conpes 147 de 2012 “Prevención del Embarazo Adolescente”.

Este último documento, promulgado cinco años después de la implementación del Modelo de los SSAAJ, recoge en sus lineamientos no sólo la importancia de atender a los adolescentes y jóvenes de forma integral sino que hace énfasis en aspectos asociados con el desarrollo humano desde la perspectiva de derechos y el enfoque de género en los temas de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva.

En efecto, el Conpes 147/2012, si bien no es un referente normativo como tal, si promueve los SSAAJ a través del establecimiento de cuatro ejes estratégicos que resultan relevantes para efectos de la consultoría: “(i) el fortalecimiento de la intersectorialidad; (ii) la promoción del desarrollo humano y los proyectos de vida de

niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los 6 a los 19 años; (iii) la consolidación de la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), incluidos los de atención en SSR, la educación y la formación de competencias en DSR; y (iv) el monitoreo, el seguimiento y la evaluación de las acciones que fortalezcan la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia y contribuyan al mejor conocimiento en el tema” .

El documento de política también es referente para la identificación de los municipios seleccionados para efectos de la muestra que propone esta consultoría. El Conpes propone un horizonte de acción institucional y normativa para atender los aspectos de fondo a la problemática del embarazo adolescente y la necesidad de contar con un abordaje claro y obligatorio en la educación sexual y la atención de las personas adolescentes y jóvenes en el país. Para ello, atiende no sólo a lo que la normatividad colombiana ha definido, sino a lo que se identifica en acuerdos internacionales a los que nuestro Estado se ha comprometido, siendo por lo tanto mandatorios en lo que concierne a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y adolescentes.

A nivel de los SSAAJ, se resalta el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad), destacándose particularmente la Ley 1122 del 2007, la cual orienta la creación de servicios integrales y diferenciados a través del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Esta ley, junto con el convenio del 2007 realizado por el UNFPA-MPS, da piso al “Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes” para adecuar las respuestas de los servicios de salud a sus necesidades.

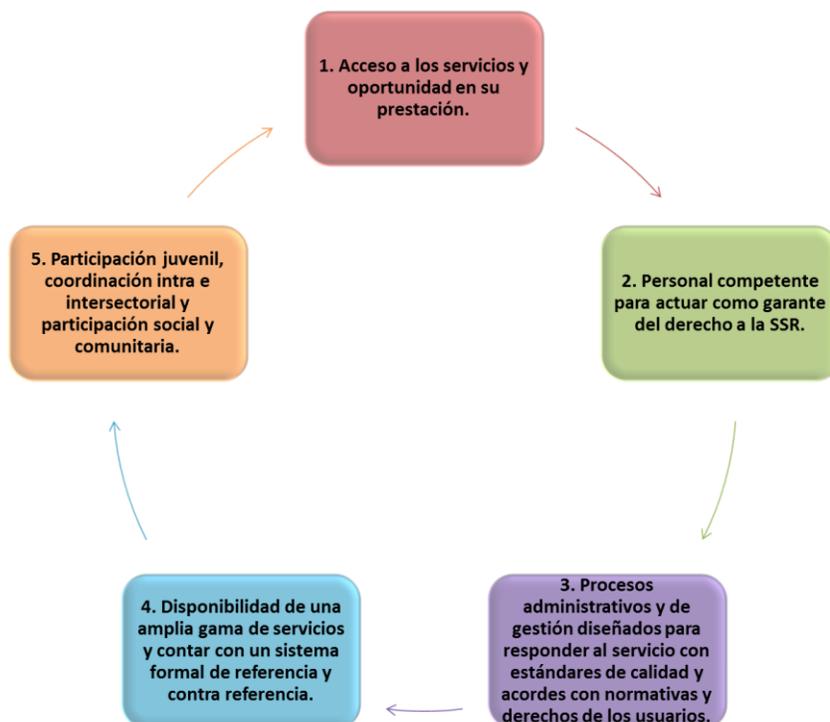
El Modelo de SSAAJ es una iniciativa que los Estados, en cumplimiento de sus obligaciones, ponen a disposición de las personas adolescentes y jóvenes con el fin de facilitarles el acceso a las acciones de prevención, educación y atención que les garantizan el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

Los SSAAJ son servicios en los cuáles los y las jóvenes “encuentran oportunidades de salud cualquiera sea su demanda (...), son agradables para jóvenes y sus familias por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones¹⁰”. En su enfoque, los servicios presentan una estrategia integral para la promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos con perspectiva de equidad de género, a la par que acciones que buscan fortalecer capacidades institucionales en los participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁰ Ministerio de la Protección Social. (2011). Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y jóvenes. Colombia. Taller: Diálogo Sur-Sur sobre prevención del embarazo adolescente en el área Andina. Documento en línea. http://www.slideshare.net/Superando_Barreras/ppt-colombia-slideshare#

El modelo identifica cinco componentes (ver Figura 2.1), los cuales deben ser tomados como partes de un proceso dinámico de atención integral que inicia con la oportunidad y el acceso a los servicios; requiere de un personal en salud que sea garante de derechos; esté apoyado por el desarrollo de unos procesos de gestión con calidad; provea una amplia gama de servicios; e implique en su quehacer la participación activa tanto de las personas adolescentes y jóvenes como de la comunidad en general.

Figura 2.1 - Componentes de los SSAAJ



Fuente: Elaboración propia con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (Segunda Edición). Recuperado el 10/03/2013
<http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>.

De acuerdo con la presentación que hace tanto UNFPA como el Ministerio de Salud y la Protección Social, el proceso integral en la puesta en marcha de los componentes implica:

2.1.1 Accesibilidad Geográfica e Infraestructura

Aunque es posible que se comparta la infraestructura con el servicio de salud, se cuenta con espacios exclusivos para adolescentes.

2.1.2 Identificación del Servicio

Los servicios cuentan con información y señales a la vista de las personas adolescentes y jóvenes de modo que a éstas les quede claro que el servicio está para su uso.

2.1.3 Ambiente físico

Permite crear un contexto real de bienvenida para los y las usuarias.

2.1.4 Horarios y programación de citas

Se puede contar con un contacto inicial que no requiere cita previa con las enfermeras del servicio y hay un horario que es adecuado a la vida cotidiana de las personas adolescentes y jóvenes, en donde la atención no depende del tipo de afiliación que se tenga y el tiempo mínimo de consultas es de 30 minutos.

2.1.5 Habilitación de los servicios

Esto se hace de acuerdo con el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000; las Normas Técnicas y Guías de Atención; la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Código de Infancia y Adolescencia.

2.1.6 Reconocimiento del Servicio mediante una estrategia de comunicación

Promociona el servicio en la comunidad y frente a las personas adolescentes y jóvenes. A ellas se les informa sobre los servicios que ofrece; la confidencialidad y los horarios que maneja.

2.1.7 Acento en los profesionales de la salud

Mediante su conocimiento y manejo de la norma, las habilidades para la evaluación de las situaciones y la comunicación; el reconocimiento de la diversidad cultural; la importancia de hacer de los SSAAJ un espacio agradable; promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables; y el que las personas adolescentes y jóvenes no se sientan obligados a abandonar sus creencias o valores.

2.1.8 La participación juvenil, social y comunitaria

Las personas adolescentes y jóvenes pueden tomar la iniciativa sobre propuestas que les pueden interesar, a la par que es posible realizar diagnósticos participativos sobre las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes.

2.1.9 Coordinación intersectorial e interinstitucional

Se realiza mediante acuerdos entre secretarías de salud, EPS y/o instituciones educativas, entre otras.

Es así como, en el diseño de sus componentes se tuvieron en cuenta los siguientes planteamientos que son fruto de la reflexión académica y de los cambios en las prioridades políticas:

- En la adolescencia y juventud las personas se consolidan como titulares de derechos.
- Los determinantes sociales inciden en las decisiones sexuales y reproductivas de adolescentes y jóvenes.
- Los SSAAJ contribuyen a contrarrestar los aspectos negativos de algunos de los determinantes sociales y a ampliar las oportunidades para que cada adolescente tome decisiones saludables sobre su propia sexualidad.
- La estrategia de los SSAAJ con énfasis en salud sexual y reproductiva hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación y educación de calidad para esta población.
- Los SSAAJ promueven programas de prevención, motivan grupos de discusión sobre derechos en el Sistema, asesoran en SSR, eliminan barreras de acceso, desarrollan acciones de demanda inducida, priorizan y definen acciones para los adolescentes y jóvenes con enfoque de riesgo y capacitan a los profesionales para que puedan prestar los servicios que demandan e identificar sus necesidades en salud de manera integral.
- Cuando los jóvenes identifican sus propias necesidades y plantean cómo solucionarlas, ponen en juego todas las riquezas o fortalezas de sí mismos, de sus grupos y de sus pares. La institución de salud no podrá tener mejores aliados que los mismos jóvenes organizados.

Los SSAAJ presentan tres modalidades de atención que puede variar de acuerdo a los recursos físicos (infraestructura) y humanos (número de especialistas, por ejemplo) que presentan pero sin cambios en la atención de calidad a los adolescentes y jóvenes. Las modalidades son de Consulta Diferenciada, Servicio Amigable y Centros Amigables, cuyas características se detallan más al presentar la cadena de valor.

2.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES DEL MODELO

A nivel internacional, desde el año 1994 es posible visibilizar una línea de tiempo en el desarrollo del modelo de servicios en salud para adolescentes y jóvenes, siendo el punto de partida la *Guidelines for Adolescent Preventive Services*¹¹ (GAPS) del Departamento de Salud en Adolescentes de la American Medical Association en Estados Unidos. Esta guía se constituyó en un documento orientador para la reestructuración de la atención en salud para personas entre los 11 y 21 años de edad y surgió como respuesta a datos que señalaban la importancia de trabajar con adolescentes y jóvenes para reducir la mortalidad y morbilidad prematura y la particular necesidad de atención de este grupo poblacional. El documento contiene 24 recomendaciones para ser desarrolladas mediante intervenciones a nivel de salud primaria y secundaria.

Si bien el razonamiento central de esta iniciativa ha sido el cambio de creencias y estilos de vida nocivos para la salud del adolescente, es de señalar que no contemplaba la atención integral que presenta actualmente el modelo de los SSAAJ.

Al respecto, es en 1997 cuando el tema ingresó de lleno en la agenda pública de la región mediante la exposición de una serie de indicadores sobre adolescentes y su situación en términos integrales de salud, que hizo el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Costa Rica en la *Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina: compromiso con el Futuro*. . Un año antes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había presentado a la opinión pública y especializada los *Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente* y una serie de módulos para su atención. En el año 1998, esta misma organización presentaría su *Plan de acción de desarrollo y salud de Adolescentes y jóvenes en las Américas -1998-2001*.

A partir de esta fecha, se empiezan a presentar distintas iniciativas en países de la región acerca de cómo mejorar la atención al adolescente y joven desde una perspectiva integral y mediante un procedimiento acorde a sus necesidades y contexto. Al respecto, es posible identificar, entre otras, las experiencias vividas por el Modelo de Atención Integral en Salud MAIS del Perú; por el Programa Nacional de Salud Adolescente en Uruguay apoyado por UNFPA; por los Centros de Atención Integral a la Salud Adolescente CAISA en Ecuador; por el Programa Integral de Salud y Desarrollo Juvenil en Chile; por el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia PASA en México y las iniciativas gubernamentales del sector salud en EL Salvador y Honduras, entre otros. El Cuadro 2.1 ilustra en mayor detalle cada una de dichas experiencias..

¹¹ American Medical Association's Department of Adolescent Health and the Centers for Disease Control and Prevention. (1994). *Guidelines for Adolescent preventive Services*

Cuadro 2.1 – Experiencias reseñadas de modelos y programas similares en Latino América y el Caribe

Nombre del programa	País	Año	Entidades participantes	Objetivo	Componentes	Link de consulta
Programa integral de salud y desarrollo juvenil en Santiago de Chile	Chile	1994 - 1996	Pontificia Universidad Católica de Chile, Organización Panamericana de la salud.	Crear un programa de salud con énfasis en el nivel primario de atención (con proyección hacia los otros niveles de atención mediante la ampliación de especialidades y hospitalización) centrado en las necesidades de los jóvenes de una comunidad de bajos recursos, incentivando la participación juvenil comunitaria para mejorar su calidad de vida y disminuir los factores de riesgo. También se incluye la capacitación de profesionales de la salud y de otras áreas relacionadas con el desarrollo adolescente (como profesores) para mejorar la atención a esta población.	El modelo de atención que describe este programa fue resultado de la implementación de una unidad diferenciada de adolescencia dentro de un centro de salud de nivel primario de atención en un sector de bajo nivel socioeconómico de la capital chilena. Su aplicación se extendió a las aulas de clase por medio de talleres, y a las comunidades a través de la red joven con brigadas ecológicas, obras de teatro y microempresas juveniles. Comprende varios frentes de atención (programas) específicos para la atención de embarazo adolescente, prevención de la morbilidad (suicidio), salud escolar (con coordinación entre profesores y profesionales de la salud), programa comunitario y de educación en salud, y por último un programa de capacitación e investigación dirigido al personal que les atiende. Se destacan varios logros (institucionalización del programa en la comuna, establecimiento de una red de prestación de servicios, réplica del modelo en varias zonas del país, disminución de morbilidad en hijos de adolescentes, disminución de segundo embarazo en adolescentes beneficiarias del programa, entre otros. Como lecciones aprendidas quedaron: la necesidad de involucrar personal de las ciencias sociales dentro del equipo de atención que se limitaba a personal de la salud, prever recursos físicos y de personal para cubrir el crecimiento de la demanda, establecer evaluaciones permanentes que surjan de una línea de base que defina los impactos deseados (antes de empezar a replicar el programa en otras partes), y promover la institucionalización desde el inicio para garantizar la financiación a futuro, entre otras.	http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion18/m4118caso.html

Nombre del programa	País	Año	Entidades participantes	Objetivo	Componentes	Link de consulta
Plan de Acción del Programa Regional de Salud de Adolescente de OPS/OMS) - recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva	Argentina	2000	CENEP, CLAP/OPS, OMS, Programa de Familia y Población - salud y desarrollo de adolescentes, FNUAP, Programa Materno Infantil y Subprograma de Salud Integral del Adolescente, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.	Brindar instrumentos de apoyo para el mejoramiento de la calidad de atención y promoción de la salud integral de los/las adolescentes desde los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención. Procurar las prácticas de autocuidado para la prevención de riesgos en los adolescentes. Fomentar la atención a los demás niveles de atención para mejorar la calidad de los servicios. Capacitar a los trabajadores de la salud que trabajan con adolescentes para facilitar el intercambio de experiencias.	Contempla las pautas básicas para la evaluación general de los jóvenes de la región con enfoque de género incluyendo esquema de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental y detección de factores de riesgo y de protección. Contiene un capítulo especial destinado a los problemas de salud específicos para niños de la calle. Adicionalmente a la promoción y prevención de adolescentes promueve estos mismos programas para los preadolescentes, y por último contempla la formación de jóvenes promotores de salud para generar cambios en la familia, comunidad y sociedad a través del empoderamiento de los adolescentes. Creación de servicios especiales para adolescentes denominados " <i>servicios de salud amigos de los/as adolescentes</i> ", con el fin de canalizar todo este proceso de atención integral a dicha población, garantizando la accesibilidad geográfica, de horarios, económica y cultural, así como la confidencialidad y el enfoque de género a través de intervenciones sustentables y evaluables en el tiempo, dentro del marco de los derechos de los niños. Destacan informar de manera clara al adolescente en cualquier tipo de consulta: cuál es el problema, qué consecuencias puede tener para su salud y qué debería hacer para el tratamiento.	http://cidbimena.desas.tres.hn/filemgmt/files/normasweb.pdf
Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención	Perú	2007	Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral Etapa de Vida adolescente,	Contribuir a través de orientaciones técnicas a que los servicios de salud brinden a los adolescentes una atención integral (con enfoque de derechos, equidad, diferencial e	El modelo de atención integral de salud (MAIS) ofrece un enfoque diferencial dirigido a la población adolescente con evaluación integral física y psicosocial, así como la elaboración, ejecución y seguimiento del plan de atención individualizado, dentro de lo que se incluye la intervención preventiva y promocional del entorno del adolescente (formación de promotores jóvenes).	http://www.slideshare.net/ilianaromero/orientaciones-minsa-adolescente

Nombre del programa	País	Año	Entidades participantes	Objetivo	Componentes	Link de consulta
			Instituto Nacional del Niño, Hospital María Auxiliadora, Instituto Materno Perinatal, Hospital Santa Rosa, INPPARES, APROPO, USAID, ANAR, UNFPA, Plan Internacional, AMARES, REDDES JÓVENES, ESSALUD, PATHFINDER INTERNATIONAL, GTZ.	intercultural) en respuesta a sus necesidades, así como la creación de acciones de promoción y prevención que eleven su calidad de vida y garanticen su buena salud. Establecer un manual de procedimientos estandarizados para la evaluación integral adolescente (procesos e instrumentos).		
Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención	Uruguay	2009	Ministerio de Salud Pública de Uruguay; Programa Nacional de Salud Adolescente; UNFPA	Promover la atención integral de salud de los y las adolescentes del país, tanto en los espacios específicos para ellos (espacios adolescentes) como en los servicios tradicionales de salud dirigidos a la población en general a donde acuden adolescentes.	Marco teórico (conceptos de adolescencia, familia y enfoques transversales de derechos, género y diversidad); criterios para la atención en salud integral de adolescentes (adecuación de sistemas de atención con equipo interdisciplinario para privilegiar la promoción de vida saludable y prevención de riesgos, involucrando a la familia y el entorno); lineamientos para el abordaje de los adolescentes (orientación y escucha con calidad y de manera amigable).	http://www.slideshare.net/ilianaromero/guias-abordaje-saludadolescente
Proyecto Centro Amigable: Centro de	Cuba	2010	Dirección Provincial de Salud de Cuba	Proporcionar educación en salud integral para prevención de problemas de salud con énfasis en	Área de servicios a través de equipo interdisciplinario con capacitación a personal de atención a adolescentes, promotores juveniles de salud, comunidad y familias. Difusión sobre factores de riesgo y orientación en salud sexual y	http://www.slideshare.net/ozuani/informe-atencion-integral-a-la-adolescencia-2009

Nombre del programa	País	Año	Entidades participantes	Objetivo	Componentes	Link de consulta
Atención Integral a la Salud Adolescente (C.A.I.S.A.) y desarrollo del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Los Adolescentes (P.A.I.S.A.)				sexualidad y reproducción, así como reforzar los factores de salud integral en la comunidad (prevención del abuso sexual y el maltrato infanto-juvenil) y reducir la morbilidad adolescente.	reproductiva. Actividades recreativas, educativas, culturales y deportivas integradas. Destacan logros en la reducción de embarazos adolescentes (de 18,1% a 17,4%) y abortos (de 40,3 a 32,2 x 1000 mujeres) desde la entrada en funcionamiento del centro. También exaltan la formación de jóvenes promotores y el establecimiento de la línea de base del riesgo reproductivo.	
Tu Salud es la Meta (Modelo de Promoción y Prevención en Salud de la Adolescencia) - Estrategia del Programa Estatal de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)	México	2011	Gobierno del Estado Veracruz, Secretaría de Salud del Estado	Proponer el desarrollo de acciones integrales para la salud de los adolescentes que viven en Veracruz entre programas, organizaciones civiles e instituciones afines, para coadyuvar en la disminución de la morbilidad y mortalidad en el rango de 10 a 19 años de edad, con enfoque de género y resiliencia. Garantizar la atención integral en todos los centros de salud del estado; intensificar	Integra cuatro líneas de acción para la atención de la población adolescente: 1) factores protectores y de riesgo; 2) derechos de los adolescentes; 3) perspectiva de género y, 4) promoción integral de la salud. Todo lo anterior es abordado con capacitación del recurso humano que atiende a los jóvenes y fomentando el autocuidado de la salud a través de los programas de promoción y prevención que se difundieron mediante campañas publicitarias en los principales medios de comunicación. Destacan la creación del sistema de información del adolescente (siad) como herramienta de registro y monitoreo del proceso de atención de la población joven.	http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/plan-estatal-de-trabajo-adolescencia-2011.pdf

Nombre del programa	País	Año	Entidades participantes	Objetivo	Componentes	Link de consulta
				estrategias de promoción así como fortalecer la coordinación entre programas e instituciones de atención a la población adolescente.		

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Desde un panorama más amplio ha de señalarse sin embargo, el rol que ha tenido en todo este proceso la Organización Mundial de la Salud, quien a la par con la OPS, ha jalonado iniciativas desde mediados de la década de los 90's. La OMS, mediante el desarrollo de los Youth-Friendly Health Services, desarrolló un modelo de atención para personas entre los 10 y 24 años en aspectos relacionados con la salud en general, la salud sexual y reproductiva y la reducción del VIH/SIDA. Es así como es posible identificar estudios¹² en distintos países del África y Asia donde este modelo empezó a ser desarrollado y observado en términos de sus resultados. Con el apoyo de la African Youth Alliance (AYA)¹³, la OMS trabajó de la mano con la fundación Bill and Melinda Gates y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en ese continente.

En Asia, el National Institute of Research in Reproductive Health (NIRRH) en la India¹⁴, en colaboración con la Corporación Municipal de Mumbai inició actividades con los Adolescent Friendly Health Clinics, bajo el nombre de “*Jagruti*”. En el proceso de implementación desde el año 2000, se han unido distintas ONG y gobiernos locales, así como la Asociación de Planificación Familiar de la India.

En términos de evaluaciones de servicios similares a los SSAAJ, el principal referente por la similitud de los servicios es la Guía de Evaluación de Calidad de los servicios para Adolescentes preparada por UNICEF que sirve de referencia para esta evaluación de resultados. Las pautas de evaluación se encuentran consignadas en la “*Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*” preparada por UNICEF y el Gobierno de Argentina (2012).

Asimismo, vale la pena tener como referentes los lineamientos establecidos en la *Guía de evaluación de calidad de los servicios de salud amigables para los adolescentes de la Organización*.

Como referentes de evaluación vale la pena destacar la evaluación de impacto de los Servicios Amigables de salud reproductiva para las y los adolescentes (Departamentos de Atlántida, Colón y Cortés) en Honduras en 2007. El modelo en este país es auspiciado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) y la Secretaria de Salud de Honduras¹⁵.

¹² WHO/UNICEF/UNFPA (sin fecha). Youth-Friendly Health Services. Study Group Framework for Country Programming. Documento en línea: <http://www.aafp.org/afp/1998/0501/p2181.html>

¹³ Pathfinder International (2005). Integrating Youth-Friendly Sexual and Reproductive Health Services in Public Health Facilities: A Success Story and Lessons Learned in Tanzania. Documento en línea http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/Tanz_case_study_FINAL.pdf

¹⁴ Nath, A & Garg, S. (2008). Adolescent friendly health services in India: a need of the hour. Population Council, New York City. Department of Community Medicine, India.

¹⁵ <http://www.google.com.co/url?sa=t&rcet=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=9&ved=0CGIQFjAI&url=http%3A%2F%2Fweb2.unfpa.org%2Fpublic%2Fabout%2Foversight%2Fevaluations%2FdocDownload.unfpa%3FdocId%3D26&ei=>

Los principales resultados de esta evaluación indican que, desde la perspectiva de la demanda, el servicio amigable se constituye en un medio para satisfacer las necesidades de información, consejería y servicios clínicos en el área de salud sexual y reproductiva, especialmente en lo relativo a prevención del embarazo y de las ITS/VIH. Sin embargo, es importante asegurar que las prácticas saludables reportadas en este estudio se mantengan o se incrementen en esta población mediante las estrategias de comunicación que busquen generar un cambio de comportamiento.

De otro lado, el estudio evidencia que se brinda una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva en forma integral con consejería incorporada, el 100% de las unidades de salud ofrecen especialmente los relativos a prevención del embarazo y de la prevención de ITS/VIH, detección y captación temprana del embarazo, evaluación de las condiciones físicas y psicosociales durante el control prenatal y preparación y referencia para el parto.

Desde la perspectiva de la oferta por los proveedores de servicios se encontró que el 89.5% de los recursos humanos de los servicios amigables son empleados de SS y éstos tienen una actitud positiva hacia el trabajo con adolescentes en salud sexual y reproductiva. La permanencia y el desarrollo de las capacidades de gerencia de programas y de entrega de servicios son vitales para garantizar la sostenibilidad de la estrategia.

Otros referentes en materia de evaluación a tener en cuenta son los realizados en Paraguay¹⁶, Bolivia, Perú y Ecuador¹⁷ así como México y Costa Rica¹⁸ en el ámbito latinoamericano.

WE7YUd2TI4nA9QTQ7YH0DQ&cusg=AFQjCNEBMADGAVwQJN_IyYRuasW9QYsIQQ&sig2=o89oAgILTo1xWGPJ7ili2A

¹⁶ <http://www.unfpa.org.py/download/Informe%20ADOLESCENTES%20a%203%20colores.pdf>

¹⁷ <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/acortandodistancias3.pdf>

¹⁸ http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/evaluaservcalidjoven.pdf

Capítulo 3

LA CADENA DE VALOR DEL MODELO DE SSAAJ

En este capítulo se realiza la construcción de la cadena de valor del modelo SSAAJ, la cual parte desde la **Teoría de Cambio** y busca identificar la lógica que ha sustentado el diseño y la implementación de los SSAAJ, lo cual permite hacer un recorrido de los eslabones que se siguen dentro de un planteamiento lógico de causas de un modelo y de sus efectos.

De acuerdo con Morra y Rist (2009), citado por el DNP (2012), mediante la cadena de valor se logra captar la “*secuencia causal de los procesos que componen la intervención*” (Sinergia, Guía para la Evaluación de Políticas Públicas, 2011). Para ello, el modelo inicial de Schuman (Schuman, 1967) que propone tener en cuenta insumos/productos/resultados, es ampliado a una cadena lógica que implica: insumos/procesos/productos/resultados/impactos (Wignaraja, 2009).

Así mismo, la cadena de valor permite evidenciar relaciones transversales entre sus eslabones, que también son útiles para evaluar el desempeño de la gestión pública. En este sentido, la evaluación busca medir específicamente la eficacia, efectividad y calidad de la gestión pública en la consecución de los objetivos de la intervención estatal. En este ámbito, la **eficacia** se entiende como el grado de cumplimiento de los objetivos a nivel de resultados; la **efectividad** se entiende como el grado en que los objetivos de la intervención se logran y se mide a nivel de impacto; la **calidad** se considera como la capacidad de una organización de responder de forma rápida y directa a las necesidades de la población y está relacionado con la satisfacción generada por el consumo del bien o el servicio (Sinergia, Guía Metodológica para el Seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo y la Evaluación de Política Estratégicas, 2012)

De acuerdo con la figura 3.1, donde para cada eslabón de la cadena se presenta un ejemplo de preguntas, la identificación de los aspectos asociados con los insumos y los procesos, daría cuenta de las preguntas que se hacen para la evaluación de operaciones, mientras que para la evaluación de resultados es posible trabajar mediante la respuesta a las preguntas que les son propias a los aspectos asociados con los productos, los resultados y los efectos.

Figura 3.1 – Cadena de valor conceptual y componentes de la evaluación de resultados y de gestión de los SSAAJ

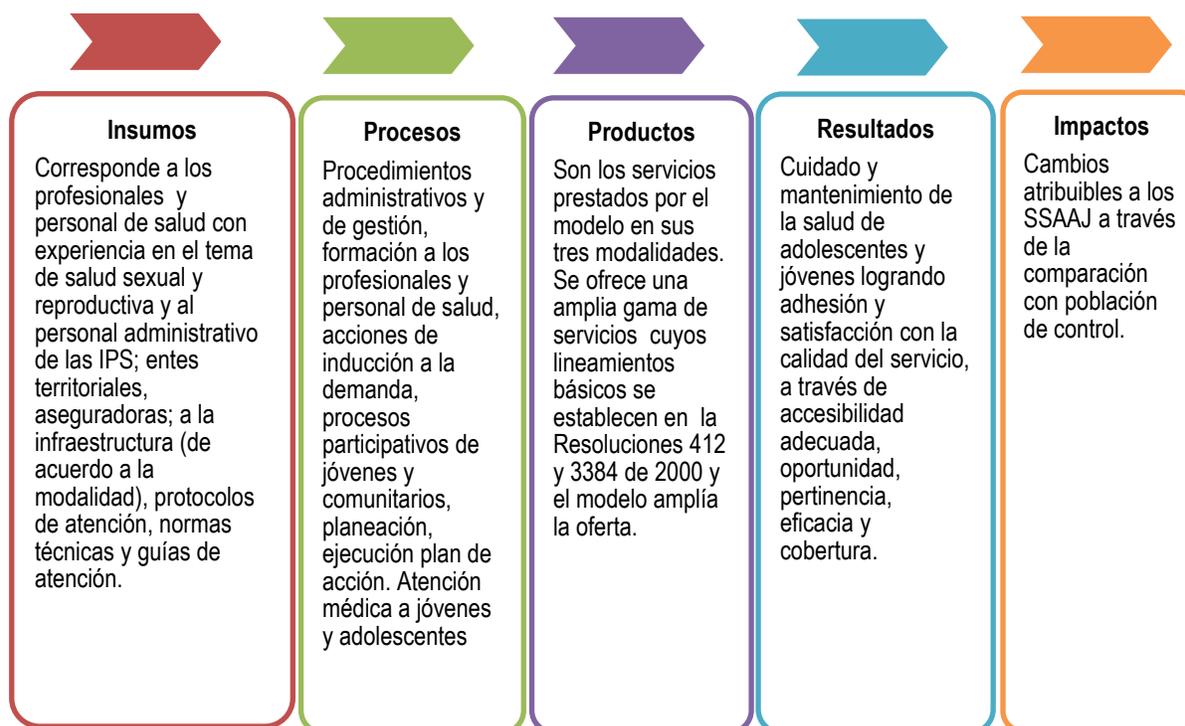


Fuente: Adaptado Guía para la Evaluación de Políticas Públicas, Serie de Guías Metodológicas Sinergia (2012), e Impact Evaluation in Practice, Banco Mundial (2011).

En este sentido, en la siguiente figura se construye la cadena de valor de los SSAAJ sobre la base de las indicaciones sugeridas por el Departamento Nacional de Planeación en sus guías metodológicas (Sinergia, Guía para la Evaluación de Políticas Públicas, 2011) y (Sinergia, Guía Metodológica para el Seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo y le Evaluación de Política Estratégicas, 2012).

En la figura 3.2 se realiza una síntesis de cada eslabón y luego se describe en detalle cada uno.

Figura 3.2 – Construcción de la Cadena de Valor del Modelo SSAAJ



Fuente: Elaboración propia con base en información disponible en (UNFPA, 2008)

3.1 INSUMOS

Los insumos son todos aquellos recursos que permiten la entrega de los Servicios Amigables, en este caso son los recursos humanos, físicos (de infraestructura), los entes territoriales, aseguradoras y los protocolos de atención, normas técnicas y guías de atención.

- Recurso Humano

El personal que ofrece servicios y gestiona su desarrollo y mantenimiento debe contar con ciertas competencias y aptitudes que les permitan hacer efectivos y amigables los momentos de interacción con esta población, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de los SSAAJ elaborada por UNFPA (UNFPA, 2008).

La Figura 3.3 muestra las competencias y habilidades sugeridas presentes en el personal que atiende directamente a los jóvenes (médicos y enfermeras, generalmente):

Figura 3.3 – Características del personal de atención

Habilidades para la evaluación de las situaciones y capacidad para orientar la toma de decisiones pertinentes y oportunas.

Capacidad para identificar, reconocer y respetar la diversidad cultural y las necesidades específicas de cada adolescente o joven.

Virtudes comunicativas y buen manejo de relaciones interpersonales.

Hacer de los servicios amigables un espacio agradable, donde adolescentes y jóvenes puedan obtener información veraz, oportuna y precisa.

Facultad para realizar intervenciones pertinentes de promoción de la salud, prevención, tratamientos y asesorías, entre otras.

Destreza para trabajar de manera interdisciplinaria y promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.

Comprensión de la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizar acciones para respetarlos y promoverlos.

Reconocimiento y aceptación de la existencia de grupos con diversas características de etnia, edad, género, oficio, lugar, situación económica, etc.

Rechazo frente a toda forma de discriminación o exclusión social.

Capacidad para identificar prejuicios, estereotipos y emociones que dificultan sentir empatía o prestar servicios a algunas personas o grupos y explorar caminos para superarlos

Comprensión de que cada persona y su respectiva situación de salud es única y ligada a su contexto social, cultural, político, económico.

Reconocimiento de la necesidad de estar en permanente actualización y entrenamiento sobre los temas básicos en adolescencia y juventud, SSR, asesoría, VIH/Sida.

No sentirse obligado(a) a abandonar sus creencias o valores, pero sí dispuesto(a) a entender los puntos de vista de los y las adolescentes, sin imprimir sus propias opiniones. Implica reconocimiento de la diversidad cultural.

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013. Con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). SSAAJ (Segunda Edición). Documento en línea: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>

Además del personal del equipo de salud, el personal encargado del área administrativa y de gestión también debe estar sensibilizado y formado para la atención diferenciada a la población objetivo.

- Recurso Físico

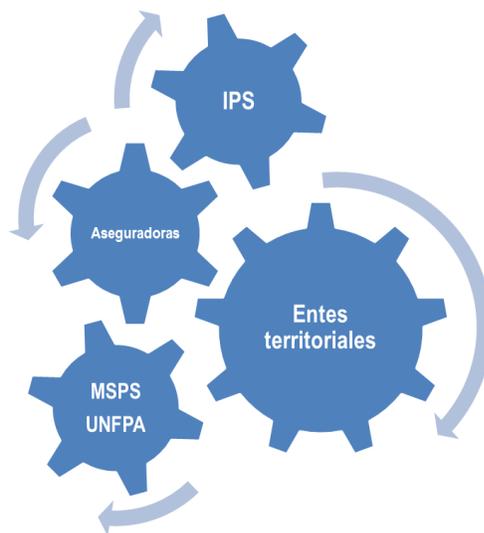
Dependiendo de la modalidad, las características de la infraestructura varían; en el caso de la **Consulta diferenciada**, no hay una diferenciación específica aunque hay una

infraestructura básica que permite el desarrollo de las características propias en las instituciones; en este caso hay una adecuada señalización que indica que el servicio atiende a jóvenes. La **Unidad Amigable** comparte la infraestructura con el servicio de salud aunque cuenta con espacios exclusivos que se encuentran adecuadamente señalizados y da la bienvenida a los jóvenes. Finalmente, el **Centro Amigable** cuenta con infraestructura propia y profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros, en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes; este centro cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación y su decoración es llamativa.

- Actores

Además de los profesionales y personal de salud, y del personal administrativo de la **IPS** propiamente, encargadas de atender a los jóvenes como su principal labor, el modelo cuenta con otros actores (Figura 3.4) que hacen parte de la entrega final de los servicios que son los **entes territoriales**, encargados principalmente de verificar que las entidades en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes y organizar y garantizar una red de prestación de servicios a la población pobre no afiliada. De otra parte, las **aseguradoras** encargadas principalmente de garantizar una red de prestadores de servicios con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, garantizar la suficiencia y acceso a la red disponible con relación al volumen de actividades resultantes de la programación anual, garantizando el primer nivel de atención en el lugar de residencia de afiliados y la continuidad e integralidad de los procesos de atención, contar con condiciones suficientes de tipo administrativo, capacitación del recurso humano y definición de los procesos de apoyo para la prestación de los servicios. Finalmente, el **Ministerio de Salud y Protección Social** junto con el **Fondo de Población de las Naciones Unidas**, cuyo papel es el de fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes a través de iniciativas que permitan cumplir objetivos propuestos en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Figura 3.4 – Actores del modelo



Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013.

- Protocolos de atención, normas técnicas y guías de atención

Los protocolos y las guías de atención enmarcan las acciones de los actores que se mueven en la infraestructura en donde se presta el servicio. Estos a su vez, encuentran fundamento en las normas que se han establecido para la prestación de los servicios.

Para este caso de los SSAAJ, el Decreto 1100 de 2006 propone estándares mínimos de calidad asociados a infraestructura y recurso humano. Por su parte, la Resolución 412 de 2000 propone guías de atención integral que guía los criterios de acreditación y el diseño de protocolos de atención para el mejoramiento de la calidad de los servicios. Particularmente la Ley 1122 del 2007 orienta la creación de servicios integrales y diferenciados a través del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Esta ley junto con el convenio del 2007 realizado por el UNFPA-MPS da piso al “Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes” para adecuar las respuestas de los servicios de salud a sus necesidades.

3.2 PROCESOS

El centro de los procesos se encuentra en la planeación (Figura 3.5) en la que se debe tener en cuenta los procedimientos administrativos y de gestión (de los recursos humano y físico, financiero y de información), atención en salud a jóvenes, acciones de inducción a la demanda y procesos participativos de jóvenes y comunitarios.

Figura 3.5 – Pirámide de procesos



Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Los procesos de apoyo (administrativos y de gestión) hacen referencia a la gestión en varios aspectos. En cuanto al **recurso humano**, que este sea idóneo y capacitado es fundamental para entregar servicios de salud que sean efectivamente amigables a los jóvenes y adolescentes (como se vio en el eslabón de insumos); en este aspecto se incluye la capacitación y sensibilización del personal para un adecuado abordaje y diagnóstico. Las instalaciones deben ser adecuadas y para esto la adquisición y manejo de los **recursos físicos** es indispensable para asegurar el normal desempeño de los procesos operativos y de gestión. En cuanto a la gestión de **información** tiene como propósito la provisión de datos e información útil para la toma de decisiones que se maneja a través de un sistema de información. Finalmente, la administración de los recursos que se tienen para asegurar que serán suficientes para cubrir los gastos para que los servicios amigables puedan funcionar (gestión financiera).

La **atención a jóvenes** es el proceso de cara a los usuarios, donde se desarrollan los procesos básicos que dependen de los dos niveles anteriores para su ejecución y en el que se involucran procedimientos y actividades que van desde el contacto inicial con jóvenes y adolescentes pasando por la instauración de tratamientos

Dentro de los procesos para la implementación de los SSAAJ también se debe proyectar la **participación juvenil y de la comunidad**, quienes pueden aportar para definir en dónde se encuentran los SSAAJ y a dónde quieren llegar. En la medida en que las personas se involucren en el proceso formativo, logran ejecutar acciones colectivas dirigidas a otros jóvenes como la difusión de los servicios amigables y procesos de adherencia.

Realizar acciones de **inducción de la demanda** también es un proceso fundamental ya que permite la sostenibilidad de los SSAAJ. El modelo considera dos escenarios que fortalecen estas acciones: el escenario tradicional que es el espacio en donde se presan servicios de salud como tal, mientras que el otro considera instituciones que trabajan con jóvenes como: colegios, ICBF, comisariás de familia, iglesias, grupos comunitarios.

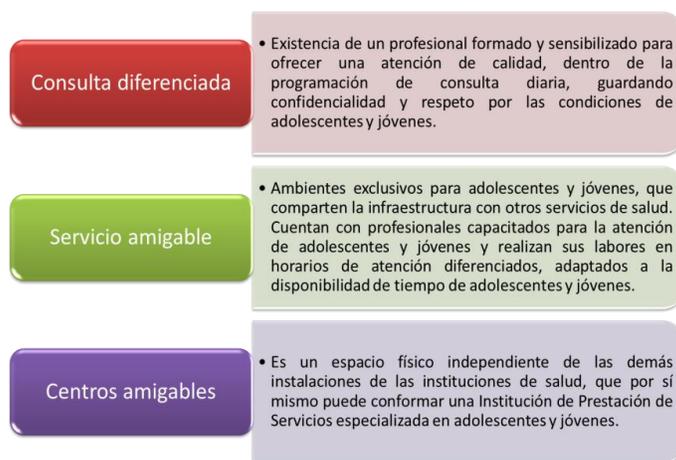
Finalmente, la planeación en los aspectos mencionados resulta en la ejecución del plan de acción que permite obtener el producto buscado: los Servicios Amigables.

3.3 PRODUCTOS

Los productos son la amplia gama de servicios ofrecidos por los SSAAJ teniendo claridad en que el énfasis es en salud sexual y reproductiva sobre la base de la búsqueda de una atención integral. En esencia, los servicios buscan que la población atendida tenga información suficiente y de calidad para tomar decisiones adecuadas acerca de su salud.

Los servicios se prestan en tres modalidades básicas que pueden variar de acuerdo a los recursos físicos (infraestructura) y humanos (número de especialistas, por ejemplo) que presentan pero sin cambios en la atención de calidad a los adolescentes y jóvenes. Las modalidades son de Consulta Diferenciada, Unidad de Servicio Amigable y Centros Amigables (Figura 3.6).

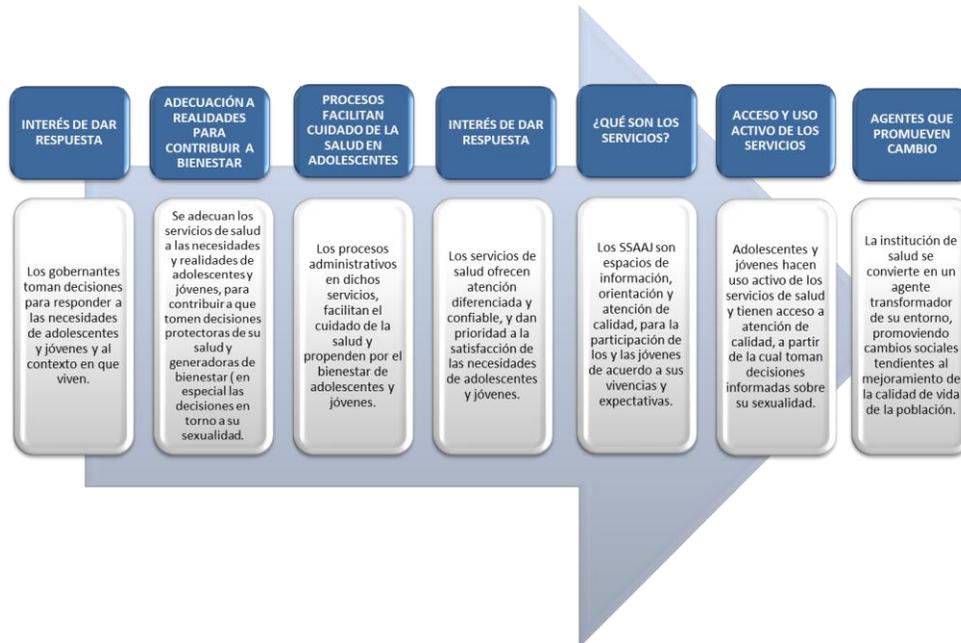
Figura 3.6 - Modalidades de los SSAAJ



Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013. Con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). SSAAJ (Segunda Edición). Documento en línea: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>

La figura 3.7 resume los principales aspectos que caracterizan el modelo de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Figura 3.7 - Aspectos característicos del modelo de SSAAJ



Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013. Con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). SSAAJ (Segunda Edición). Documento en línea: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>

De otra parte, el Cuadro 3.1 especifica los servicios prestados según la Guía de los SSAAJ elaborada por UNFPA (UNFPA, 2008):

Cuadro 3.1 – Servicios prestados por modalidad

Tipo de servicios	Consulta Diferenciada	Unidad amigable	Centro Amigable
Énfasis en salud sexual y reproductiva (sujetos de la evaluación de resultados)	Consulta médica 1ra vez	Consulta médica 1ra vez	Consulta médica 1ra vez
	Consulta medicina general control	Consulta medicina general control	Consulta medicina general control
	Consulta de enfermería 1 vez	Consulta de enfermería 1 vez	Consulta de enfermería 1 vez
	Consulta de enfermería control	Consulta de enfermería control	Consulta de enfermería control
	Consejería planificación general	Consejería planificación general	Consejería planificación general
	Asesoría pre test y post test prueba de VIH	Asesoría pre test y post test prueba de VIH	Asesoría pre test y post test prueba de VIH
	Asesoría en infecciones de transmisión sexual ITS	Asesoría en infecciones de transmisión sexual ITS	Asesoría en infecciones de transmisión sexual ITS
	Oferta de anticoncepción que ofrece el POS	Oferta de anticoncepción que ofrece el POS	Asesoría en infecciones de transmisión sexual ITS
		Asesoría en derechos sexuales y reproductivos	Oferta de anticoncepción que ofrece el POS
		Asesoría para la prevención de cáncer de cérvix y mama	Asesoría en derechos sexuales y reproductivos
			Asesoría para la prevención de cáncer de cérvix y mama

Tipo de servicios	Consulta Diferenciada	Unidad amigable	Centro Amigable
			Asesoría en identidad sexual Asesoría en embarazo no deseado Servicios relacionados con el aborto Consulta de ginecología Consulta de urología
Servicios adicionales	Consulta de odontología Profilaxis oral, sellantes, control de placa bacteriana Asesoría de nutrición	Consulta de odontología Profilaxis oral, sellantes, control de placa bacteriana Asesoría de nutrición Consulta de psicología Consulta de nutrición Consulta de trabajo social Terapia ocupacional Terapia física Detección de parafilias y desórdenes mentales. Asesoría en salud mental.	Consulta de odontología Profilaxis oral, sellantes, control de placa bacteriana Asesoría de nutrición Consulta de psicología Consulta de nutrición Consulta de trabajo social Terapia ocupacional Terapia física Detección de parafilias y desórdenes mentales. Asesoría en salud mental. Asesoría en violencia intrafamiliar y de pareja Consulta de trabajo social Consulta de pediatría Consulta de dermatología Consulta de endocrinología

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013. Con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). SSAAJ (Segunda Edición). Documento en línea: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>

3.4 RESULTADOS

Los resultados se refieren a los cambios en las condiciones de los participantes en cuanto al cuidado y mantenimiento de su salud sexual y reproductiva y a la adhesión a los servicios y satisfacción con la calidad de la prestación, a través de accesibilidad adecuada, oportunidad, pertinencia, eficacia y cobertura. Para medir los resultados, se establecieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué tan **eficaces** son los SSAAJ en la generación de capacidades para la toma de decisiones respecto a salud y ejercicio de su sexualidad?
- ¿Cuál es la **percepción** de calidad de los SSAAJ por parte de sus usuarios?
- ¿Qué tan **eficiente** es la operación de los SSAAJ?

- ¿Es **adecuada** la organización y funcionamiento de los SSAAJ?
- Servicios **equitativos**: ¿Todos los adolescentes pueden acceder a los servicios de salud que necesitan? ¿Todos reciben los mismos servicios?
- Servicios **accesibles**: ¿Los servicios tienen horarios apropiados? ¿La información que se brinda es suficiente? ¿La comunidad sabe de los servicios?
- Servicios **aceptables**: ¿Se brinda confidencialidad a los pacientes? ¿Existe privacidad? ¿Cómo califican los adolescentes la calidad de los servicios?
- Servicios **apropiados**: ¿Se proporciona el paquete de atención de salud necesario para satisfacer las necesidades de todos los adolescentes en el centro de atención?
- Servicios **efectivos**: ¿Los profesionales que prestan los servicios tienen las competencias apropiadas? ¿Se aplican protocolos y manuales? ¿Se dispone de herramientas e instrumentos suficientes?

Desde el Enfoque Basado en los Derechos Humanos, los resultados se valoran en función de los criterios listados en la Figura 3.8 que definen la calidad de la garantía del derecho a servicios de salud sexual y reproductiva: Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad.

Figura 3.8 – Criterios de calidad propuestos para la evaluación de los SSAAJ

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD*	ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS**
Accesibilidad (posibilidad que tienen adolescentes y jóvenes de utilizar los servicios de salud que les garantiza el SGSSS)	Disponibilidad (en número suficiente y en forma continua)
Oportunidad (posibilidad que tienen adolescentes y jóvenes de obtener los servicios que requieren, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su Salud).	Accesibilidad (geográfica y económicamente y no discriminatorios)
Seguridad (conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías comprobadas científicamente, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención).	Aceptabilidad (adaptados a las características de las minorías étnicas, sensibles a las necesidades de género y del ciclo vital y respetuosos de la confidencialidad para asegurar su satisfacción y su confianza en los mismos).
Pertinencia (grado en el cual adolescentes y jóvenes obtienen los servicios requeridos con una adecuada utilización de los recursos).	Adaptabilidad: (apropiados desde el punto de vista científico y médico y configurados de manera flexible considerado los factores históricos, ambientales y sociales que afectan su utilización)
Continuidad (facilidad con la cual adolescentes y jóvenes obtienen las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades).	

Nota: * UNFPA Colombia (2008). Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (Segunda Edición). Recuperada el 10/03/2013 <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>

**Naciones Unidas (2004). Informe del Relator Especial Paul Hunt sobre “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. E/CN.4/2004/49

3.5 IMPACTOS

El último eslabón de la cadena de valor de los SSAAJ (que no hace parte de esta evaluación) se refiere a la identificación de si los cambios en las condiciones de los usuarios de los servicios son atribuibles o no al modelo. Para ello sería necesario contar con una línea de base y un grupo de control con iguales características que permitieran una comparación en la que la diferencia entre los grupos fuese el asistir o no a los SSAAJ. En particular, la medición de impactos permitiría medir un cambio en el bienestar de los adolescentes y jóvenes usuarios de los servicios.

Capítulo 4

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

El capítulo de caracterización está diseñado para proveer una mirada de los jóvenes usuarios de los servicios amigables, y sus características. Siguiendo la lógica que se encuentra en el documento guía de los servicios amigables, “*si quieres enseñar Latín a Pedro, primero conoce a Pedro y luego enséñale Latín*”¹⁹, se busca reconocer a cada adolescente como un sujeto con una historia de vida y unas condiciones circundantes únicas, de manera que las aseveraciones que se realicen sobre el efecto que los servicios amigables tienen en la población usuaria se puedan asociar también con las variables que componen el día a día de la misma.

Cuando se tiene presente que los servicios amigables hacen parte de un Modelo estructurado, es decir de una manera diferencial de entender las necesidades y la atención, se comprende por qué es útil contar con información sobre las características relevantes de los usuarios, efectivos y potenciales, de tal atención en Salud.

Para efectuar la caracterización de manera coherente con el resto de la evaluación, desde el diseño muestral hasta el análisis de resultados, se plantean 3 grupos de características sobre las cuales se subdividen las demás presentadas.

La primera es el sexo biológico, es decir la tradicional división de hombres y mujeres, puesto que la experiencia ha demostrado que existen marcadas diferencias en la intensidad del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva entre hombres y mujeres así como en sus imaginarios y actitudes en el mismo tema (Peñaranda, 2012).

La segunda división es el grupo etario que agrupa en tres: adolescentes tempranos (14-17 años), tardíos (18-19 años) y jóvenes (20 – 24 años), puesto que los cambios a nivel biológico, psicológico y social varían en cada etapa.

Y finalmente, en tercer lugar, está la modalidad de atención en la que se encuestaron. Inicialmente se tenían 3 categorías correspondientes a las 3 modalidades: centro amigable, unidad amigable, y consulta diferenciada. Sin embargo, con base en lo encontrado en el

¹⁹ Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de los adolescentes y jóvenes en Colombia. 2008, Pág

trabajo de campo, se creó una nueva categoría denominada “Charlas” que recoge a todos los jóvenes que han recibido en sus centros de estudio o servicio de salud información sobre la existencia de los Servicios Amigables, sus bondades y su localización, pero que nunca han hecho uso de los mismos a través de consulta o solicitud de información.

Tal división es importante por dos razones al menos. La primera, de carácter analítico y que se validará más adelante, señala que los usuarios – en cualquier modalidad - tienen características relevantes para el análisis que son significativamente diferentes a las de sus pares no consultantes y es importante tener en cuenta tal distinción en el análisis para ganar precisión en los resultados sobre el efecto de los Servicios Amigables.

La segunda, de carácter operativo, se realiza debido a que un número importante de preguntas del formulario para adolescentes tienen que ver con sus experiencias al usar las consultas o espacios de información y que los no-consultantes estaban exentos de contestar.

Con el fin de explotar más las características de los datos, se generó una discriminación entre usuarios consultantes y los no consultantes dónde la primera categoría agrupa a quienes efectivamente han asistido voluntariamente (es decir se autoseleccionaron para ir) alguna vez a un servicio amigable a fin de recibir atención o información, sin importar la modalidad, y la segunda a quienes únicamente han asistido a charlas sobre el tema.

Después de depurar las bases para eliminar inconsistencias, es decir los registros con un porcentaje muy bajo de respuesta o aquellos que se encontraban incumpliendo requisitos de edad, se obtuvieron 2199 datos, es decir 10% más que el total planteado para el trabajo.

Para los 3 subgrupos de análisis los resultados se encuentran en el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1 - Distribución de la muestra según grupos de análisis.

Sexo	Población	Porcentaje
Mujeres	1,468	66.76
Hombres	731	33.24
Total	2,199	100.00
Grupo etario	Población	Porcentaje
Adolescentes tempranos	1,182	53.75
Adolescentes tardíos	613	27.88
Jóvenes	404	18.37
Total	2,199	100.00
Modalidad de uso	Población	Porcentaje
Centro Amigable	192	8.73
Unidad Amigable	282	12.82
Consulta diferenciada	1,237	56.25
Charlas	488	22.19
Total	2,199	100.00

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Las características principales de la muestra que se evidencian en el cuadro 4.2 se pueden resumir en: una mayor proporción de mujeres, una mayoría de adolescentes entre 14 y 17 años, con menos del 20% de usuarios mayores de 19 años, y debido a su mayor cobertura en el territorio, una proporción importante de los datos se recogieron en consultas diferenciadas.

Se resalta que, entre los usuarios convocados por los servicios o seleccionados por estos como su población de atención, el 22% corresponde a charlas, es decir nunca ha hecho uso efectivo de los servicios amigables.

Cuadro 4.2 Variables preexistentes según categorías de análisis.

Variable	Total	Sexo		Usuario SSAAJ			Modalidad				Grupo etéreo			P		
		Hombre	Mujer	P	Consulta	Charla	Centros	Unidades	Consultas	Charlas	P	Adolescentes Tempranos	Adolescentes tardíos		Jóvenes	
Estudiante	78.88 (.87)	85.4 (1.31)	75.63 (1.12)	***	76.26 (1.03)	88.04 (1.47)	***	69.79 [63.28 ; 76.31]	80.29 [75.61 ; 84.97]	76.36 [73.99 ; 78.74]	88.04 [85.15 ; 90.93]	*** (3)	90.30 [88.6 ; 91.99]	75.45 [72.03 ; 78.87]	50.62 [45.72 ; 55.53]	***(2)
Años de educación	9.73 (.04)	9.8 (.07)	9.69 (.05)		9.67 (.05)	9.92 (.07)	**	10.67 [10.28 ; 11.07]	10.08 [9.89 ; 10.29]	9.42 [9.31 ; 9.54]	9.92 [9.78 ; 10.07]	*** (3)	9.10 [9.01 ; 9.2]	10.42 [10.27 ; 10.57]	10.5 [10.29 ; 10.84]	***(2)
Trabaja	17.47 (.81)	22.98 (1.56)	14.72 (.93)	***	18.77 (.94)	12.91 (1.52)	**	21.35 [15.54 ; 27.17]	22.78 [17.86 ; 27.69]	17.46 [15.34 ; 19.58]	12.91 [9.93 ; 15.89]		11.94 [10.09 ; 13.79]	19.25 [16.12 ; 22.37]	30.94 [26.43 ; 35.46]	***(2)
Edad	17.89 (.55)	17.43 (.09)	18.11 (.07)	***	18.12 (.07)	17.08 (.09)	***	19.29 [18.91 ; 19.68]	18.00 [17.7 ; 18.3]	17.95 [17.81 ; 18.11]	17.07 [16.9 ; 17.25]	*** (3)	15.9 [15.86 ; 15.98]	18.7 [18.71 ; 18.85]	22.2 [22.17 ; 22.38]	***(2)
Afiliado a Salud	92.31 (.57)	90.7 (1.08)	93.12 (.66)	***	93.45 (.6)	88.32 (1.46)	***	98.44 [96.68 ; 1.00]	92.20 [89.06 ; 95.34]	92.96 [91.53 ; 94.39]	88.32 [85.47 ; 91.17]	*** (3)	89.93 [88.22 ; 91.65]	94.44 [92.63 ; 96.26]	96.04 [94.13 ; 97.94]	***(2)
Grupos étnicos	43.02 (1.06)	47.23 (1.86)	40.92 (1.3)		42.17 (1.2)	46.03 (2.28)		35.98 [29.11 ; 42.84]	48.39 [42.51 ; 54.26]	41.71 [38.94 ; 44.48]	46.03 [41.55 ; 50.5]	** (3)	42.60 [39.75 ; 45.44]	42.45 [38.5 ; 46.4]	45.11 [40.22 ; 50.]	*(2)
Rural	39.2 (1.04)	33.38 (1.75)	42.1 (1.29)	***	40.74 (1.19)	33.81 (2.14)	***	47.40 [40.31 ; 54.48]	41.49 [35.73 ; 47.25]	39.53 [36.8 ; 42.26]	33.81 [29.61 ; 38.02]	*** (3)	37.48 [34.72 ; 40.24]	42.41 [38.5 ; 46.33]	39.36 [34.58 ; 44.13]	*(2)
Pobre	27.74 (.95)	26.4 (1.63)	28.41 (1.18)		28.99 (1.1)	23.36 (1.92)	**	30.21 [23.69 ; 36.72]	27.30 [22.09 ; 32.52]	29.2 [26.65 ; 31.72]	23.4 [19.6 ; 27.12]		23.01 [20.61 ; 25.41]	29.69 [26.07 ; 33.31]	38.61 [33.86 ; 43.37]	** (2)
Tamaño hogar	3.73 (.04)	3.39 (.07)	3.9 (.06)	***	3.84 (.05)	3.34 (.07)	***	3.80 [3.51 ; 4.1]	3.70 [3.47 ; 3.95]	3.87 [3.76 ; 4.]	3.33 [3.19 ; 3.48]		3.39 [3.28 ; 3.5]	3.84 [3.69 ; 4.]	4.51 [4.29 ; 4.74]	***(2)
Hijo de madre adolescente	37.7 (1.03)	27.22 (1.65)	42.92 (1.29)	***	39.86 (.01)	30.12 (.02)		35.42 [28.63 ; 42.2]	38.30 [32.61 ; 43.98]	40.91 [38.16 ; 43.65]	30.12 [26.05 ; 34.2]	*** (3)	35.53 [32.8 ; 38.26]	40.46 [36.57 ; 44.35]	39.85 [35.07 ; 44.63]	*(2)

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Las variables para caracterización pueden incluirse en dos grandes grupos que a su vez responden a distintas categorías de análisis. En primer lugar se encuentran aquellas que son independientes (o al menos con una baja correlación) del uso o existencia de los servicios amigables, como el sexo (ya especificada antes), la edad, el grupo étnico, la condición de pobreza, el tamaño del hogar y el habitar en una zona rural o urbana. También se incluyeron aquí variables que potencialmente podrían verse afectadas por los servicios amigables pero no de manera directa, como la condición de ser estudiante y los años de educación formal, o estar trabajando al momento de la encuesta.

En el cuadro 4.3 recoge los resultados en porcentajes cuando aplica, del primero grupo de variables de caracterización tanto para el total de la muestra como para cada de las categorías de discriminación que se plantearon al inicio del capítulo. Para aquellas con dos subcategorías (sexo y condición de usuario) se realizaron pruebas de diferencias de medias y los resultados incluyen el nivel de significancia en la columna adyacente.

Para las variables con más de dos categorías se utilizó el estadístico de Kruskal-Wallis (no paramétrico) para identificar la existencia de diferencias entre subpoblaciones de una misma muestra. El número a la derecha de las estrellas marca las combinaciones donde se encontraron diferencias significativas. Aunque el lector también puede realizar la comprobación de las diferencias entre categorías a partir de los intervalos de confianza (al 95%) para determinar si éstas existen y entre qué grupos.

Cuadro 4.3 - Distribución de estado conyugal según categorías de análisis.

Estado Conyugal	Total	Sexo		Consultantes de SSAAJ		Modalidad				Grupo etéreo		
		Hombre	Mujer	Sí	No	M1	M2	M3	M4	G1	G2	G3
Soltero/a	80.29	89.88	75.51	76.54	93.44	78.65	83.33	74.66	93.44	91.19	77.65	52.48
Casado/a	1.46	1.37	1.5	1.76	.41	3.13	2.13	1.46	0.41	1.02	0.82	3.71
Union Libre	17.34	8.34	21.83	20.6	5.94	17.71	13.12	22.75	5.94	7.37	20.55	41.58
Separado/a	.82	.27	1.09	.99	.2	0	1.42	1.05	0.2	0.25	0.98	2.23
Viudo/a	.09	.14	.07	.12	.	0.52	0	0.08	0	0.17	0	0

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Cuadro 4.4 - Distribución de estrato socioeconómico según categorías de análisis

Estrato Socioeconómico	Total	Sexo		Consultantes de SSAAJ		Modalidad				Grupo etéreo		
		Hombre	Mujer	Sí	No	M1	M2	M3	M4	G1	G2	G3
0	12.47	13.27	12.07	12.57	12.09	8.33	9.96	13.82	12.09	16	8.48	8.17
1	41.13	33.11	45.13	41.4	40.16	41.15	44.84	40.66	40.16	37.93	44.21	45.79
2	34.21	38.44	32.11	34.56	32.99	38.54	32.38	34.44	32.99	32.18	37.68	34.9
3	11.24	13.95	9.88	10.53	13.73	7.81	11.74	10.67	13.73	12.87	9.3	9.41
4	.73	.96	.61	.64	1.02	1.56	1.07	0.4	1.02	0.93	0.16	0.99
5	.09	.	.14	.12	.	1.04	0	0	0	0	0.16	0.25
6	.14	.27	.07	.18	.	1.56	0	0	0	0.08	0	0.5

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Cuadro 4.5 - Distribución de régimen de afiliación según categorías de análisis

Régimen de Salud	Total	Sexo		Consultantes de SSAAJ		Modalidad				Grupo etéreo		
		Hombre	Mujer	Sí	No	M1	M2	M3	M4	G1	G2	G3
Subsidiado	53.05	43.09	58.01	56.78	39.96	69.79	48.23	56.72	39.96	43.06	59.48	72.52

Régimen de Salud	Total	Sexo		Consultantes de SSAAJ		Modalidad				Grupo etéreo		
		Hombre	Mujer	Sí	No	M1	M2	M3	M4	G1	G2	G3
Contributivo	37.22	45.69	32.99	34.68	46.11	26.56	39.72	34.79	46.11	44.25	33.82	21.78
Especial	2.05	1.92	2.11	1.99	2.25	2.08	4.26	1.46	2.25	2.62	1.14	1.73
Sin afiliación	1.91	2.74	1.5	1.58	3.07	0.52	2.48	1.54	3.07	1.35	2.78	2.23
NS	5.78	6.57	5.39	4.97	8.61	1.04	5.32	5.5	8.61	8.71	2.78	1.73

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Cuadro 4.6 - Distribución de auto identificación étnica categorías de análisis.

Grupo Étnico	Total	Sexo		Consultantes de SSAAJ		Modalidad				Grupo etario		
		Hombre	Mujer	Sí	No	M1	M2	M3	M4	G1	G2	G3
Afro	11.32	11.36	11.3	12.16	8.37	14.29	13.62	11.49	8.37	10.07	12.11	13.78
Indígena	3.84	3.88	3.81	4.33	2.09	2.12	6.81	4.11	2.09	2.58	4.48	6.52
Mestiza	25.05	28.67	23.23	23.25	31.38	18.52	25.45	23.48	31.38	26.68	23.38	22.81
Mulata	2.82	3.32	2.57	2.43	4.18	1.06	2.51	2.63	4.18	3.27	2.49	2.01
Blanca	56.98	52.77	59.08	57.83	53.97	64.02	51.61	58.29	53.97	57.4	57.55	54.89

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013.

De los cuadros anteriores, se puede establecer que los usuarios son mayormente de estratos bajos, con más del 80% en los estratos 0*, 1 y 2, es decir provenientes de hogares con bajo poder adquisitivo, lo que repercute por ejemplo en los métodos anticonceptivos que eligen usar y la disponibilidad de acceder a estos. En general, los estratos bajos también se caracterizan por un bajo logro educativo y una vinculación más temprana al mercado laboral en condiciones que distan de ser ideales. Los jóvenes son asegurados en su mayoría en el régimen subsidiado de salud, un porcentaje bajo no está afiliado (2%) y, por lo tanto, enfrentan las limitaciones inherentes al sistema de salud del país. La composición étnica es derivada mayormente de las regiones visitadas.

En cuanto al estado conyugal, 80% son solteros, pero el nivel de uniones es relativamente alto entre las mujeres (cerca del 25% ha estado alguna vez unida). Por supuesto es notorio que más del 8% (casi todas mujeres) en el grupo de adolescentes tempranos (menores de 18 años) ya está unida (en matrimonio o unión consensual), aumentando su exposición al riesgo de embarazo y en las jóvenes el nivel supera el 45%. El nivel de uniones y matrimonios es más bajo entre los no usuarios de las consultas que entre las demás modalidades.

En el cuadro siguiente se profundizan las características de los jóvenes que se relacionan con la actividad de los servicios amigables, pues en su mayoría hacen referencia a la salud sexual y reproductiva.

Cuadro 4.7 - Variables de vida sexual y uso de servicios según categorías de análisis.

Variable	Total	Sexo		Consultantes SAAJ		P	Modalidad				P	Grupo étnico				P
		Hombre	Mujer	Sí	No		Centros	Unidades C	Consultas	Charlas		Adolescentes Tempranos	Adolescentes tardíos	Jóvenes		
Vida sexual iniciada	66.44 (1.01)	65.8 (1.76)	66.76 (1.23)	71.36 (1.09)	49.18 (2.27)	***	82.29 [76.87 ; 87.71]	65.60 [60.05 ; 71.16]	70.98 [68.45 ; 73.51]	49.18 [44.74 ; 53.62]	*** (3)	48.3 [45.46 51.16]	81.89 [78.84 84.94]	96.03 [94.13 97.94]	*** [2]	
Número de parejas sexuales	2.54 (.08)	3.56 (.21)	2.19 (.08)	2.52 (.09)	2.68 (.17)	***	3.08 [2.6 ; 3.58]	2.62 [2. ; 3.25]	2.38 [2.2 ; 2.56]	2.68 [2.36 ; 3.01]	*** (3)	2.29 2.07 2.53	2.48 2.26 2.71	2.95 2.58 3.33	*** [2]	
Actualmente unido	64.08 (2.37)	58.14 (7.61)	64.77 (2.49)	64.6 (2.43)	56. (10.13)		79.31 [64.26 ; 94.36]	60.38 [47.04 ; 73.71]	63.93 [58.52 ; 69.35]	56 [36.08 ; 75.92]		58.11 46.76 69.46	63.7 [55.54 71.87]	66.5 [59.97 73.03]	[2]	
Alguna vez en embarazo	34.11 (1.26)	9.13 (1.33)	46.44 (1.62)	38.22 (1.41)	12.93 (2.21)	***	27.74 [20.66 ; 34.82]	25.41 [19.05 ; 31.78]	42.82 [39.51 ; 46.14]	12.93 [8.6 ; 17.26]	*** (3)	15.91 12.86 18.97	34.07 [30 38]	60.68 55.76 65.61	*** [2]	
Algún hijo nacido vivo	14.51 (.75)	2.74 (.6)	20.37 (1.05)	18.18 (.93)	1.64 (.58)	***	13.54 [8.69 ; 18.4]	10.28 [6.73 ; 13.84]	20.70 [18.44 ; 22.95]	1.64 [.51 ; 2.77]	*** (3)	3.21 2.21 4.22	17.61 [14.6 20.64]	42.82 37.99 47.66	*** [2]	
Alguna relación afectiva	1.63 (2.76)	2.04 (5.46)	1.43 (2.99)	1.65 (3.1)	1.57 (6.08)	***	1.61 [1.44 ; 1.79]	1.80 [1.65 ; 1.97]	1.62 [1.55 ; 1.69]	1.56 [1.45 ; 1.69]	** (3)	1.48 1.41 1.56	1.71 1.62 1.81	1.93 1.80 2.07	*** [2]	
Alguna unión	18.95 (.84)	6.06 (.89)	25.4 (1.14)	22.86 (1.02)	5.35 (1.02)	***	15.18 [10.08 ; 20.29]	19.00 [14.38 ; 23.61]	24.94 [22.51 ; 27.37]	5.35 [3.35 ; 7.35]	*** (3)	6.32 4.93 7.72	22.4 19.08 25.73	50.49 45.60 55.39	*** [2]	
Busca info. Métodos A.	54.98 (1.06)	58.28 (1.83)	53.34 (1.3)	55.76 (1.2)	52.25 (2.26)	**	65.10 [58.34 ; 71.87]	65.48 [59.91 ; 71.05]	52.10 [49.32 ; 54.89]	52.25 [47.82 ; 56.69]	*** (3)	50.97 48.12 53.83	60.19 56.32 64.08	58.81 54.00 63.62	*** [2]	
Busca info. Vida sexual	31.67 (.99)	36.58 (1.78)	29.22 (1.19)	32.32 (1.13)	29.36 (2.07)	***	45.83 [38.76 ; 52.9]	35.11 [29.52 ; 40.69]	29.59 [27.04 ; 32.13]	29.36 [25.31 ; 33.41]	*** (3)	26.73 24.21 29.26	36.11 32.30 39.92	39.35 34.58 44.13	*** [2]	
Busca info. Entidades de promoción	27.65 (.95)	28.73 (1.67)	27.11 (1.16)	30.22 (1.11)	18.65 (1.76)	***	40.63 [33.66 ; 47.59]	36.52 [30.89 ; 42.16]	27.16 [24.68 ; 29.64]	18.65 [15.19 ; 22.11]	*** (3)	23.18 20.77 25.59	30.99 27.33 34.66	35.64 30.96 40.32	*** [2]	
Edad al primer embarazo	17.55 (.3)	18.28 (.35)	17.48 (.33)	17.55 (.32)	17.48 (.4)	***	18.53 [17.73 ; 19.34]	17.56 [16.83 ; 18.3]	17.43 [16.66 ; 18.22]	17.48 [16.69 ; 18.28]	*** (3)	16.64 13.45 19.84	16.78 16.57 17.00	18.44 18.13 18.76	*** [2]	
Edad a la primera relación	15.3 (.06)	14.53 (.12)	15.62 (.06)	15.38 (.06)	14.87 (.13)	***	16.17 [15.77 ; 16.58]	15.49 [15.21 ; 15.78]	15.20 [15.07 ; 15.34]	14.86 [14.61 ; 15.12]	*** (3)	14.22 14.08 14.38	15.6 15.45 15.76	16.4 16.19 16.63	*** [2]	
Embarazo Adolescente	18.05 (.82)	4.24 (.75)	24.93 (1.13)	21.86 (1.)	4.71 (.96)	***	14.06 [9.13 ; 19.]	12.41 [8.55 ; 16.27]	25.22 [22.8 ; 27.64]	4.71 [2.83 ; 6.6]	*** (3)	7.27 5.79 8.76	26.91 23.40 30.43	36.13 31.45 40.83	*** [2]	

Variable	Total	Sexo		P	Consultantes SSAAJ		P	Modalidad				P	Grupo étnico				P		
Edad planeada para iniciar VS	20.02 (.25)	19.73 (.35)	20.2 (.35)		19.9 (.31)	20.26 (.45)		20.36 [18.3 ; 22.43]	20.23 [18.59 ; 21.88]	19.78 [19.1 ; 20.47]	20.25 [19.38 ; 21.14]		19.66 19.13	20.21 20.21	20.41 20.41	22.73 22.73	21.90 21.90	28.60 28.60	*** [2]
Edad a la primera unión	16.91 (.13)	17.71 (.64)	16.82 (.12)	**	16.9 (.13)	17.09 (.51)		18.5 [17.62 ; 19.38]	17.30 [16.57 ; 18.03]	16.68 [16.4 ; 16.97]	17.08 [16.08 ; 18.1]	*** (3)	15.5 15.04	16.23 15.96	17.84 15.91	16.56 16.56	17.47 17.47	18.22 18.22	*** [2]
Vida sexual en el mes	56.4 (1.3)	44.91 (2.27)	62.04 (1.55)	***	58.39 (1.41)	46.25 (3.23)	***	63.29 [55.75 ; 70.84]	56.22 [49.04 ; 63.39]	57.97 [54.7 ; 61.24]	46.25 [39.92 ; 52.58]	*** (3)	49.03 [44.93	54.98 [53.14	69.07 [50.62	59.34 [59.34	64.46 [64.46	73.68 [73.68	*** [2]
Parejas sexuales en el mes	1.21 (.03)	1.45 (.08)	1.13 (.03)	***	1.2 (.03)	1.34 (.11)		1.28 [1.03 ; 1.54]	1.12 [1.02 ; 1.22]	1.19 [1.13 ; 1.26]	1.33 [1.12 ; 1.56]		1.26 1.15	1.2 1.39	1.17 1.10	1.17 1.31	1.08 1.08	1.26 1.26	[2]
Pareja 10 años mayor	37.04 (1.27)	37.47 (2.2)	36.83 (1.55)		37.66 (1.39)	33.89 (3.07)		28.03 [20.97 ; 35.08]	41.53 [34.36 ; 48.7]	38.58 [35.36 ; 41.81]	33.89 [27.87 ; 39.91]	** (3)	34.85 30.94	33.87 38.77	44.32 29.70	38.04 38.04	39.38 39.38	49.28 49.28	** [2]
Tipos de relaciones afectivas	1.63 (.03)	2.04 (.05)	1.43 (.03)	***	1.65 (.03)	1.57 (.06)		1.61 [1.44 ; 1.79]	1.80 [1.65 ; 1.97]	1.62 [1.55 ; 1.69]	1.56 [1.45 ; 1.69]	** (3)	1.48 1.41	1.71 1.56	1.93 1.62	1.81 1.81	1.80 1.80	2.07 2.07	*** [2]
# Relaciones sostenidas en el mes	4.6 (.19)	4.61 (.35)	4.6 (.23)		4.59 (.2)	4.65 (.58)		5.06 [3.75 ; 6.37]	3.85 [3.12 ; 4.58]	4.65 [4.18 ; 5.12]	4.65 [3.52 ; 5.79]		3.98 3.43	4.39 4.54	5.44 3.76	5.04 5.04	4.70 4.70	6.20 6.20	*** [2]
Frecuencia de uso SSAAJ	20.9 (.48)	22.52 (.95)	20.24 (.55)	**	20.93 (.49)	-		15.51 [13.05 ; 17.98]	27.74 [25.3 ; 30.2]	20.06 [18.95 ; 21.17]	- -	*** (3)	23.08 21.68	18.91 24.48	18.45 17.24	20.59 20.59	16.64 16.64	20.27 20.27	** [2]
Influencia SSAAJ en decisiones	2.65 (.01)	2.62 (.03)	2.67 (.02)		2.66 (.01)	-		2.67 [2.58 ; 2.76]	2.76 [2.7 ; 2.83]	2.62 [2.6 ; 2.66]	- -	*** (3)	2.63 2.59	2.65 2.67	2.69 2.61	2.71 2.71	2.64 2.64	2.75 2.75	[2]
Influencia SSAAJ vida diaria	1.59 (.02)	1.55 (.04)	1.6 (.02)		1.59 (.02)	-		1.68 [1.57 ; 1.81]	1.79 [1.72 ; 1.87]	1.52 [1.48 ; 1.58]	- -	*** (3)	1.55 1.50	1.64 1.61	1.57 1.58	1.72 1.72	1.48 1.48	1.66 1.66	[2]

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

El cuadro 4.7 recoge el siguiente grupo de variables que revelan características acerca de los jóvenes, en especial las relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

Se puede observar que más de dos terceras partes del total de jóvenes ha iniciado ya su vida sexual y esta se convierte en la condición más fuerte de uso de los servicios. De ahí que la mayoría de las variables subsiguientes se calculan para este grupo ya que por supuesto no aplican para los demás. La diferencia marcada entre el inicio de la vida sexual entre usuarios consultantes y no consultantes es significativo y de una magnitud considerable, siendo también superior al promedio reportado por la ENDS para la población entre 15-19 años. También es creciente, como era de esperarse, con la edad.

El número de parejas sexuales reportado también es superior que el promedio nacional, creciente con la edad y con diferencias por sexo, aunque conviene recordar que en general algunos adolescentes, aún en encuestas anónimas como la realizada, tienden a sobre estimar o subestimar algunos aspectos de su vida sexual.

En el componente de unión, legal o consensual los porcentajes reportados son altos, si bien no es posible invalidar las respuestas de los jóvenes, es preciso actuar con cautela al utilizar dicho resultado en análisis posteriores. Quienes contestaron haberse unido alguna vez (en su inmensa mayoría mujeres) contestaron también que actualmente están unidas.

Un resultado que llama la atención es la prevalencia de embarazo. Para el total de los encuestados (hombres y mujeres) el porcentaje se situó en 34.1, una tasa alta para los grupos de edad bajo análisis.

Sin embargo, el resultado más notorio se relaciona con la tasa de embarazo adolescente, (incluye a las adolescentes menores de 19 años actualmente embarazadas). Pues a primera vista el dato para los usuarios de la encuesta (18%) es inferior al dato para Colombia reportado en la ENDS 2010 (19.5%). Pero cuando se separa por género y se evalúa para las mujeres la tasa aumenta hasta casi el 25%. Es decir una de cada cuatro usuarias de los servicios amigables ha estado embarazada por lo menos una vez antes de cumplir los 19 años y el 4% de los varones está en la misma condición. Al respecto Peñaranda (2012) recoge las experiencias de padres adolescentes y las implicaciones para sus vidas educativas y laborales así como para la relación que se da con sus familias. Al leer tal resultado es prudente recordar que la existencia de una diferencia significativa no implica de ningún modo una relación de causalidad. Más adelante esto se hace evidente para el tema de embarazo.

En consecuencia al nivel de embarazo, el porcentaje de usuarias con hijos nacidos vivos (20.3%) es también superior al promedio nacional (15.8%). Y de manera consistente los datos de algún embarazo, embarazo adolescente e hijos nacidos vivos son superiores en las mujeres que en los hombres y crecientes con el grupo de edad. En el último caso, es prudente recordar que los clasificados en los dos primeros grupos tienen un número promedio de años de vida sexual menor que sus pares jóvenes por lo que se han expuesto menos.

Aunque las características de la evaluación (una sola toma de datos en un momento particular del tiempo sin datos de línea de base para hacer comparaciones longitudinales) no permiten hacer atribuciones de causalidad, si se acepta la evidencia disponible acerca de que un embarazo en la adolescencia es mayormente no planeado y fruto de asumir comportamientos de riesgo²⁰, se puede plantear como hipótesis que los SSAAJ son usados mayoritariamente por quienes se perciben con alguna posibilidad de tener un resultado no deseado; lo anterior basándose en la comparación entre la tasa de embarazo adolescente reportada por los usuarios consultantes (21%) contra las de los No-Consultantes (4.7%).

Cuando se examina por grupos etarios, donde la tasa de los adolescentes tempranos parece más baja que la de los demás grupos, conviene recordar que dicha población aún tiene en promedio 3 años más de exposición al riesgo de un embarazo adolescente, por lo que pueden terminar con una tasa mayor.

Aunque el nivel de embarazo adolescente no es atribuible a los servicios amigables, es importante considerar que el promedio superior al nacional sí da cuenta de las condiciones generales de la población usuaria. Para profundizar, la edad al primer embarazo también es inferior a lo reportado en algunas regiones en la ENDS, pero no en todas (Pacífico por ejemplo), y cuando se cuentan los meses de exposición promedio a los servicios amigables (9 meses en promedio), y la diferencia entre la edad actual de las adolescentes y la edad al momento de su primer embarazo se observa que en su mayoría no eran usuarias de los servicios cuando quedaron embarazadas, pero que empezaron a usarlos tras esa experiencia.

El dato que sí es similar al reportado en la ENDS es la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, 15.3 años, tanto en consultantes como no consultantes, si bien la

²⁰ En estudios previos (véase por ejemplo la serie de Estudios a Profundidad de Profamilia 2013), se reconocen como comportamientos de riesgo aquellos que aumentan significativamente la probabilidad de tener un embarazo no planeado o adquirir una ITS.

diferencia es estadísticamente significativa entre los distintos grupos etarios, donde es consistente la reducción de la edad a la primera relación entre los más jóvenes. Por su parte, a quienes no han tenido relaciones sexuales se les preguntó por la edad a la que estiman es conveniente hacerlo, y se obtuvo una media de respuesta de poco más de 20 años, siendo menor para hombres que para mujeres y más cercana a su edad actual para los grupos etarios más altos.

También se indagó por la búsqueda autónoma de información acerca de Salud Sexual y Reproductiva, (la no inducida por un tercero, como padres, personal de salud o educadores), en particular por el uso de internet para a) Conocer más o recibir métodos anticonceptivos, b) acercarse a proveedores de Servicios de Salud o c) mejorar su vida sexual. Los porcentajes de respuestas afirmativas son bajos en búsqueda de proveedores y mejora de la sexualidad, pero superiores al 50% en búsqueda de información o provisión de métodos. Se resalta que todos los porcentajes aumentan cuando la pregunta se responde únicamente por aquellos que ya han iniciado su vida sexual, donde éste último porcentaje llega al 60%. Lo anterior es relevante puesto que al preguntar a los jóvenes si apreciarían (o considerarían buena idea) recibir información por vía web (correo electrónico), más de tres cuartas partes contestó afirmativamente, y también aumenta cuando sólo se tienen en cuenta los que reportaron tener actividad sexual penetrativa (77%).

El anterior hallazgo evidencia una demanda insatisfecha en cuanto a información y provisión de métodos que no están siendo atendidos por los SSAAJ debido probablemente a barreras de acceso en particular en medios de comunicación como correo electrónico o redes sociales.

Un dato que vale la pena resaltar concierne al porcentaje de jóvenes que reportó haber usado un método en la primera relación sexual (52,4%), y para ese grupo el más utilizado fue el condón con cerca del 90% de preferencia. Si bien aún se observa un porcentaje alto de primeras relaciones no protegidas, se ha avanzado al respecto y los servicios amigables intensifican el uso de métodos como se verá más adelante.

Para los propósitos de esta evaluación se consideraron como indicadores de comportamientos de riesgo el número de parejas en un intervalo de tiempo dado, que en el último mes para los usuarios tuvo una media superior a la unidad. Dicho promedio incluye sólo a quienes tuvieron relaciones en las últimas cuatro semanas, (56% de los usuarios). De los cuales, más de una tercera parte no utilizó ningún método anticonceptivo o de protección en el mismo plazo.

Al examinar más en detalle se encuentra que para los usuarios de métodos de barrera (por ejemplo condón) el número reportado de usos de método no necesariamente es igual al número de relaciones sostenidas, es decir, que inclusive quienes alguna vez “se cuidan” tienen un comportamiento irregular en el uso de métodos.

Cuadro 4.8 - Variables de vida sexual y uso de servicios según categorías de análisis.

Variables	Total	Género		Consultantes			Modalidad				Grupo etario			P		
		Hombre	Mujeres	P	Sí	No	P	Centro	Unidad	Consulta	Charla	P	A. temp		A. tard.	Jóvenes
Método Moderno su primera vez	50.7	48.6	51.8	54.0	52.5	55.6	48.4	55.6	52.5			53.5	51.4	45.8	*(2)	
Condón su primera vez	47.4	47	48.2	46.7	50.8	53.7	44.1	52.9	50.8	**	(3)	51.3	47.8	41.2	***(2)	
Métodos Modernos recientes	66.3	69.8	65.1	74.1	65.1	*	77.2	61.8	69.5	65.1	***	(3)	66.5	64.1	68.5	***(3)
Condón en relaciones recientes	58.1	87.4	46.7	***	54.9	76.9	***	64.5	50.6	63.7	76.9	***	69	58.6	46.3	***(2)

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

El cuadro anterior indica que para todos los grupos bajo escrutinio, el porcentaje de encuestados que utilizó métodos anticonceptivos modernos es superior en las últimas cuatro semanas al de la primera relación sexual de la misma población. En dicho aumento confluyen tanto el uso de los servicios como la experiencia acumulada de la actividad sexual de los jóvenes.

Cabe resaltar que el uso de métodos que previenen el embarazo pero no protegen ante la transmisión de ITS, es superior entre los entrevistados No-consultantes que entre los usuarios tradicionales de las consultas independientemente de la modalidad. Teniendo presente que el indicador sólo toma en cuenta a las personas con actividad sexual reciente (4 semanas) los SSAAJ parecen cumplir mejor el papel de prevención del embarazo que el de cuidado de la salud vía prevención de la transmisión de ITS.

También es destacable que en la comparación pro grupos de edad, los más jóvenes tienen, en general, tasas de uso superiores, de cualquier método y de condón, que sus pares de más edad. Lo que apunta a efectos deseables de la información temprana y la

influencia positiva de los servicios en las decisiones de los más jóvenes. Debido a que el modelo es relativamente reciente en la mayoría de las regiones, quienes pertenecen a la categoría de jóvenes (18 años en adelante) posiblemente no fueron expuestos a los servicios al inicio de su vida sexual.

La segunda sección de éste capítulo tiene como objetivo aprovechar la existencia de entrevistados que no han utilizado las consultas SSAAJ, el grupo referido de No-consultantes y su provisión de información para realizar un ejercicio de identificación de las características que inducen a usar los servicios y de los efectos que estos pueden tener.

Para ello, se sostiene que 1) la decisión de usar un servicio es autónoma en la mayoría de los casos y que son los mismos jóvenes quienes deciden asistir a una consulta tras una auto-valoración de sus circunstancias y necesidades; 2) que todos los jóvenes entrevistados contaban con la misma información pues todos los que finalmente resultaron clasificados en charlas recibieron conferencias sobre salud sexual y reproductiva que, bien sea que lo supieran o no, eran ofrecidas por personal de SSAAJ donde además de proveer información se les invitaba a asistir si lo deseaban, 3) dado que son de las mismas regiones, municipios y centros escolares, tienen características de oferta de servicios similares y por lo tanto enfrentan las mismas barreras por parte de la institucionalidad.

Bajo esos supuestos, se realizó un ejercicio tipo *Probit* con el fin de averiguar qué características de los jóvenes (de las no afectadas por un servicio amigable) inciden en su decisión de acercarse a consultas o peticiones de información.

Cuadro 4.9 - Modelo *Probit* de uso de los SSAAJ.

Variable	Total	Significancia	(p-valor)
Vida sexual activa	0.47 (0.08)	0.000	***
Sexo	-0.40 (0.08)	0.000	***
Edad	0.09 (0.02)	0.000	***
Autopercepción de pobreza	-0.06 (0.06)	0.300	
Estrato	-0.06 (0.04)	0.167	
Estudiante	-0.13	0.236	

Variable	Total	Significancia	(p-valor)
	(0.11)		
Trabaja	0.16 (0.10)	0.121	
Años de educación	-0.09 (0.02)	0.000	***
Hijos de la misma madre	0.02 (0.02)	0.431	
Afiliación a salud	0.44 (0.13)	0.001	***
Edad de recepción de información en embarazo	0.03 (0.03)	0.299	
Edad de recepción de información en M.A.	-0.01 (0.03)	0.822	
Edad de recepción de información ITS	-0.05 (0.03)	0.084	*

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

En el cuadro anterior, la variable dependiente es ser usuario de consulta de un servicio amigable, y las variables seleccionadas son características propias de los jóvenes. Aunque no se controló por otros inobservables, los resultados van en línea con algunas hipótesis que se manejan tanto en la literatura como en los informes precedentes y el resto del documento.

En primer lugar, la vida sexual activa sí es un determinante del uso de los servicios, lo que si bien ya es conocido, nuevamente da luces sobre la posibilidad de orientar el modelo a un enfoque que también sea promocional. Los datos expuestos sugieren que los SSAAJ están atendiendo a la población que ya se ha expuesto al riesgo y, por lo tanto, están funcionando como un recurso para prevenir o atender situaciones de salud de quienes han iniciado actividad sexual en circunstancias que no favorecen los resultados deseables. El desafío, por lo tanto, es captar a las y los adolescentes antes de que inicien actividad sexual para que puedan tomar decisiones sexuales autónomas, fundamentadas en información científica y oportuna.

Lo anterior no pretende soslayar el papel de atención de los SSAAJ y el servicio pertinente que prestan a la población sexualmente activa. Puesto que ya se ha resaltado que ejercen influencias positivas en los adolescentes. Más bien señala la oportunidad de acercar el objetivo de generación de competencias a quienes aún no han iniciado su

actividad sexual, para que la formación y el acompañamiento estén presentes desde el inicio.

También se evidencia, no por frecuencia sino por aumento de probabilidad, que las mujeres utilizan más los servicios, igualmente en línea con otros hallazgos, puesto que perciben más el riesgo que los varones.

También resultó significativo el número de años de educación (tras corregir por edad que también es significativa, puesto que a más edad más probabilidad de requerir atención en SSR) pero con signo negativo, que pueden ser los jóvenes que acuden al Servicio a obtener información porque no la han recibido de otras fuentes (menos educados y no se les ha hablado). La afiliación a Salud también resultó significativa revelando una potencial barrera de acceso y, finalmente, la edad a la que recibió información por primera vez sobre infecciones de transmisión sexual, con signo negativo, confirmando que hablar a los más jóvenes sobre SSR puede motivarlos a buscar información, orientación y apoyo oportunamente.

La tercera sección del capítulo de características de los jóvenes, tiene como eje central una de las metas de los SSAAJ que es proveer información adecuada, confiable y oportuna a los adolescentes en salud sexual y reproductiva. Para ello, en los cuestionarios se incluyó una lista de 26 preguntas estilo Verdadero/Falso que cubrían temas biológicos, de protección, de derechos y salud sexual, para determinar qué tanto conocen los jóvenes.

Así, se creó un puntaje para cada individuo calculado a partir de la cantidad de respuestas correctas. El puntaje máximo fue 20 puntos (74% de aciertos) y el menor fue 0 (ausencia de respuesta). Cerca del 90% de las observaciones presentaron un puntaje por debajo de 10 puntos (es decir 38% de aciertos) y el puntaje promedio fue de 5.73 puntos (22% de aciertos). Esto evidencia un desconocimiento en los encuestados sobre los temas de SSR (que deben proveer los SSAAJ), y es consistente con los resultados de la ENDS-2010 según la cual solamente cerca de una tercera parte de las mujeres en edad reproductiva conoce el periodo fértil de la mujer.

Cuadro 4.10 - Distribución del puntaje de conocimiento según categorías de análisis.

Variable	Total	Sexo		Consultante SAAJ		p
		Hombre	Mujer	Sí	No	
Puntaje	5,74	5,91	5,65	5,87	5,26	***
Neto	(,08)	(,14)	(,09)	(,09)	(,15)	

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Posteriormente, se analizó este puntaje a través de las variables a considerar. En este ejercicio no se presentaron diferencias significativas para la media del puntaje entre mujeres y hombre lo que indica que hay un nivel de conocimiento homogéneo. Cuando se analizó por las categorías de grupo etario se obtuvo una conclusión similar pues no se encontró significancia de la diferencia de las medias lo que podría ser indicio de que el nivel de información de acuerdo a lo evaluado en la séptima parte de la encuesta es de conocimiento común a los diferentes grupos segmentados por edad.

Cuadro. 4.11 - Distribución del puntaje de conocimiento según categorías de análisis.

Modalidad				p	Grupo etario		
Centro	Unidad	Consulta	Charlas		Adolescentes tempranos	Adolescentes tardíos	Jóvenes
5,36	5,74	5,98	5,26	***	5,77	5,80	5,54
[4,86 ; 5,87]	[5,3 ; 6,15]	[5,7 ; 7 ; 6,19]	[4,9 ; 7 ; 5,56]	(3)	[5,56	; 5,98]	[5,5 ; 6,1] ; 5,88]

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Aunque el nivel de conocimiento es bajo entre usuarios consultantes y no consultantes, se encontró una diferencia significativa al 1% para los promedios del puntaje del primer grupo (5,87) en contraste con los demás (5,26). Esto implica que estadísticamente existe evidencia que asevera la existencia de una diferencia entre quienes utilizan los SSAAJ para solicitud de información y atención cuando se contrasta con quienes no sólo reciben las charlas, en el puntaje que mide el conocimiento de los encuestados sobre los diversos temas relacionados con sexualidad y salud sexual y reproductiva. Este es un hecho de relevancia particular, aunque no hay que olvidar que los niveles de conocimiento son muy bajos en ambos grupos. Adicionalmente se encontró que existía un alto nivel de significancia, también al 1%, para una diferencia en el promedio del puntaje por cada modalidad de uso de los SSAAJ.

Por supuesto, la evidencia por diferencias no es necesariamente robusta, por lo cual se decidió hacer una verificación adicional a partir de regresiones por mínimos cuadrados, utilizando el puntaje de conocimientos como variable dependiente y la intensidad de uso de los servicios (frecuencia de uso multiplicada por variedad de consultas), la edad, el sexo biológico, los años de vida sexual, el comportamiento de uso de métodos y el nivel educativo como independientes. Los resultados sostienen la hipótesis de los SSAAJ como una fuente adecuada de conocimientos que puede potenciarse en los jóvenes, y que tendría aún mayor efecto superando las barreras que están ocasionando el bajo nivel de conocimiento en temas de SSR entre los usuarios.

Cuadro 4.12 - Modelo de regresión para puntaje de conocimientos.

Puntaje de conocimientos	Coefficiente	P>t
Intensidad del Uso de SSAAJ	0.0005739 (.00031)	0.061
Sexo	0.0547225 (.02513)	0.03
Estrato	-0.0261701 (.01116)	0.02
Años de educación	-0.0088113 (.00409)	0.032
_cons	0.3943403 (.04381)	0

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Resulta interesante el papel de los años de educación, puesto que, si bien no se controló por la exposición del centro escolar al PESCC, si deja en evidencia que la escolaridad no está diferenciando significativamente los resultados.

Un cuarto punto a analizar es el papel de la participación juvenil en las actividades relacionadas con la promoción de sus derechos en salud sexual y reproductiva. En la encuesta se dedicó un módulo entero a determinar qué tanto participan los jóvenes y cómo lo hacen. El cuadro siguiente resume los principales hallazgos.

Cuadro 4.13 - Análisis de participación.

VARIABLE	PORCENTAJE TOTAL DE PARTICIPACIÓN	PORCENTAJE PARCIAL DE PARTICIPACIÓN	MODALIDAD DE PARTICIPACIÓN MÁS FRECUENTE	RAZÓN DE NO PARTICIPACIÓN CON MAYOR FRECUENCIA
Participación en acciones para visibilizar las necesidades	9.10%	53.76%	Como miembro de un grupo juvenil (68,27%)	"Nunca me han ofrecido participar" ($\mu=0,4620253$)
Participación en actividades de diseño o implementación durante el comienzo de SSAAJ	8.3%	49.06%	Como miembro de un grupo juvenil (68,67%)	"Nunca me han ofrecido participar" ($\mu=0,3938462$)
Participación en actividades para proporcionar propuestas o sugerencias a los SSAAJ	9.4%	55.23%	Como miembro de un grupo juvenil (65,89%)	"Nunca me han ofrecido participar" ($\mu=0,3853503$)
Participación en actividades de control social o veeduría al SSAAJ	6.41%	37.90%	Como miembro de un grupo juvenil (61,33%)	"Nunca me han ofrecido participar" ($\mu=0,4171779$)

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

El primer resultado es que la participación global es baja, inferior al 10% en todas las categorías, lo que abre una enorme oportunidad al fomento en todos los ámbitos (educación, servicios de salud, familia y comunidad).

Para avanzar en el análisis, la segunda columna de resultados muestra en qué actividades han participado quienes reportan haberlo hecho por lo menos una vez, siendo la categoría de vigilancia y seguimiento la que tiene menor porcentaje de cobertura (37,9%) mientras que las demás tienen una participación alrededor del 50-55%.

La modalidad de participación, es decir el “cómo” eligen participar los jóvenes revela que las agrupaciones son su principal vía y que por ende pueden usarse como canal de fomento. En todos los casos el grupo juvenil tuvo más presencia (por encima del 60%) que la participación individual o la de carácter político, religioso o deportivo.

Por último, vale señalar que la desinformación es una de las razones más frecuentemente señaladas para no participar puesto que con más frecuencia que cualquier otra opción (alrededor del 40%), se escoge "Nunca me han ofrecido participar" como el principal motivo para no hacerlo. En otras palabras, divulgar las oportunidades que tienen los jóvenes para participar en las iniciativas que les conciernen puede incentivar su participación.

La última sección del capítulo de caracterización, incluye el uso de los servicios amigables por parte de los jóvenes, en tres rubros: Frecuencia de uso, tipología y variedad de los servicios.

Cuadro 4.14 - Análisis de Servicios demandados.

Variable	Total	Sexo		Significancia
		Hombre	Mujer	
Demanda servicios de Salud Sexual	70,4 (,97)	73,46 (1,63)	68,87 (1,21)	**
Demanda Servicios de prevención	45,11 (1,06)	37,07 (1,79)	49,11 (1,31)	***
Demanda servicios de cuidado de la Salud	39,75 (1,04)	35,98 (1,78)	41,62 (1,29)	**
Intensidad de la intervención	73,74 (,78)	75,05 (1,43)	73,21 (,93)	
Variedad de servicios utilizados.	51,75 (,8)	48,84 (1,31)	53,2 (1,01)	**

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Los servicios asociados a la sexualidad incluyen, entre otros, la atención en sexualidad y relaciones sexuales, violencia sexual, embarazo en la adolescencia, ITS, Solicitud de pruebas de VIH, consultas de asignación y provisión de métodos anticonceptivos y la anticoncepción de emergencia. Por su parte la atención en prevención recoge la prevención del cáncer, la lactancia materna y la prevención de abuso infantil. El cuidado de la salud incluye las consultas de salud mental, de nutrición y odontología.

Cuadro 4.15 Análisis de servicios demandados.

Variable	Modalidad			Significancia	Grupo etario			Significancia
	Centro	Unidad	Consulta		A. tempranos	A. tardíos	Jóvenes	
Demanda servicios de Salud Sexual	68.23 [61.62 ; 74.84]	85.82 [81.73 ; 89.9]	81.81 [79.66 ; 83.96]	***	66.92 [64.24 ; 69.61]	71.94 [68.38 ; 75.5]	78.22 [74.19 ; 82.25]	***
Demanda Servicios de prevención	32.81 [26.15 ; 39.47]	57.80 [52.02 ; 63.58]	53.68 [50.9 ; 56.46]	***	43.74 [40.91 ; 46.57]	45.68 [41.73 ; 49.63]	48.27 [43.39 ; 53.15]	
Demanda servicios de cuidado de la Salud	34.38 [27.64 ; 41.11]	45.04 [39.22 ; 50.86]	46.40 [43.62 ; 49.18]	***	38.24 [35.47 ; 41.01]	39.64 [35.76 ; 43.52]	44.31 [39.45 ; 49.16]	*
Intensidad de la intervención	84.47 [81.26 ; 87.68]	63.34 [58.98 ; 67.71]	74.93 [73.15 ; 76.7]	***	71.47 [69.22 ; 73.73]	75.55 [72.77 ; 78.33]	76.61 [73.62 ; 79.6]	
Variedad de servicios utilizados.	45.14 [40.31 ; 49.97]	62.88 [58.9 ; 66.87]	60.63 [58.73 ; 62.53]	***	49.63 [47.42 ; 51.84]	52.42 [49.47 ; 55.37]	56.93 [53.51 ; 60.35]	***

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Al observar las variables de uso según sexo, de acuerdo a la significancia de la diferencia, parece que el grupo de hombres presenta una preferencia en términos relativos por la demanda de servicios de salud sexual respecto del grupo de mujeres. En contraste, el grupo de mujeres presenta una mayor diversidad en el uso como se evidencia en la diferencia del uso de servicios relacionados específicamente con SSR y de cuidado de la salud. Esta tendencia parece estar constatada en la diferencia presente en la variedad de servicios solicitados.

El análisis por categorías de modalidad evidencia que existe significancia estadística para todas las variables a considerar. A pesar de que la “Consulta diferenciada” presenta los valores promediados más altos para 3 de los 5 casos y solo representa el 13% de las modalidades de uso para la muestra. La alta significancia de las diferencias en todos los casos puede ser un indicio de que existen modalidades que son inherentemente más apropiadas para cierto tipo de servicio. Por definición los usuarios de charlas (es decir no usuarios de consultas) fueron excluidos del análisis.

En los grupos etarios existe una marcada tendencia creciente en el valor de las diferentes variables de uso conforme aumenta la edad. Parece ser que los jóvenes realizan sistemáticamente mayor uso de los servicios al compararlo con los grupos de menor edad, de manera estadísticamente significativa para los servicios de salud sexual y de cuidado de la salud.

APÉNDICE

PORCENTAJE DE USUARIOS DE CONSULTA Y CHARLA POR IPS VISITADA

Clinica	Usuario clínica	Asistencia charla
Red Salud Armenia Centro de Salud La Milagrosa	57%	43%
CAP Blas De Lezo	38%	62%
CAP Blas de lezo	67%	33%
CAP Nelson Mandela	95%	5%
Centro Canapote	100%	0%
Centro De Salud Lorenzo	100%	0%
Centro Hospital Divino Niño	48%	52%
Centro Hospital El Progreso	87%	13%
Centro Hospital La Florida	79%	21%
Centro Llanaditas	42%	58%
Centro Loreto	29%	71%
Centro Pablo VI	71%	29%
Centro Palmitas	55%	45%
Centro Santodomingo	100%	0%
Centro Villatina	100%	0%
Centro de Salud Alfonso López	76%	24%
Centro de Salud Carpinelo	79%	21%
Centro de Salud El Poblado	54%	46%
Centro de Salud El Popular	65%	35%
Centro de Salud El Salvador	73%	27%
Centro de Salud El Triunfo	91%	9%
Centro de Salud Florencia	45%	55%
Centro de Salud Guayabal	100%	0%
Centro de Salud Las Margaritas	83%	17%
Centro de Salud Lorenzo	67%	33%
Centro de Salud Moravia	88%	13%
Centro de Salud Picacho	70%	30%
Centro de Salud San Blas	86%	14%
Centro de Salud Santa Helena	92%	8%

Clinica	Usuario clínica	Asistencia charla
Centro de Salud Santander	73%	27%
Centro de Salud Villa Laura	88%	13%
Centro de Salud Villa del Socorro	100%	0%
Cooemeva UBA Cordialidad	82%	18%
Corregimiento de Caracoli	100%	0%
ESE Cami Suba	100%	0%
ESE Centro De Salud La Campiña	60%	40%
ESE Centro Obrero	86%	14%
ESE Fabio Jaramillo Londoño IPS Milan	97%	3%
ESE Fabio Jaramillo Londoño IPS Solano	76%	24%
ESE Hospital Municipal de Sabanagrande	100%	0%
ESE Hospital San Rafael Nivel II	100%	0%
ESE Hospital San Rafael Nivel II Quetame	94%	6%
ESE Hospital San Rafael de Leticia	77%	23%
ESE IPS Nivel I Sur Oriente Hospital Carlos Carmona	86%	14%
ESE ISABU Centro de Salud Kennedy	84%	16%
ESE ISABU Centro de Salud Villa Rosa	63%	38%
ESE Ladera	100%	0%
ESE Norte IPS Puerto Mallarino	83%	17%
ESE Nuestra Señora De Fatima	35%	65%
ESE Oriente IPS Charco Azul	71%	29%
ESE Salud Sogamoso	100%	0%
ESE Salud Tundama	69%	31%
ESE San Francisco IPS Campiña	41%	59%
ESE San Francisco IPS Libertad	40%	60%
ESE UPA Ismael Perdomo	25%	75%
ESE UPA Laureles "Rincon Del Joven"	81%	19%
ESE UPA Rincon	92%	8%
Fundacion Clinica Leticia	100%	0%
HLC Sede Bayunca	100%	0%
Hospital Gonzalo Contreras	65%	35%
Hospital Juan Fernando Urrego	20%	80%
Hospital La Buena Esperanza	88%	12%
Hospital Local De Turbaco	66%	34%
Hospital Local De Yotoco	64%	36%

Clinica	Usuario clínica	Asistencia charla
Hospital Local de Chibolo	22%	78%
Hospital Local de San Onofre	0%	100%
Hospital Marco A Cardona	92%	8%
Hospital Municipal De Acacias	65%	35%
Hospital San Francisco ESE	100%	0%
Hospital San Jose De Neira	100%	0%
Hospital San Luis A Blaque	100%	0%
Hospital San Rafael ESE	100%	0%
Hospital San Rafael Nivel II une	100%	0%
Hospital San Roque	71%	29%
Hospital San Vicente de Paul	93%	7%
Hospital Santa Catalina	78%	22%
Hospital Venancio Diaz	68%	32%
IPS ESQ Salud	88%	12%
IPS Indigena Trapecio Amazonico	100%	0%
IPS Niña Ceci	100%	0%
IPS Universitaria De Antioquia Camino Metropolitano	100%	0%
IPS Universitaria De Antioquia Paso La Playa	100%	0%
IPS Universitaria De Antioquia Paso Las Malvinas	100%	0%
IPS Universitaria De Antioquia Paso Nueva Era	100%	0%
IPS Universitaria De Antioquia Paso Rebolo	100%	0%
IPS Universitaria De Antioquia Juan Mina	14%	86%
IPS Universitaria de Antioquia Camino Metropolitano	44%	56%
IPS Universitaria de Antioquia Centro Paso Pasadena	100%	0%
IPS Universitaria de Antioquia Paso Las Malvinas	76%	24%
Punto De Atencion Sotara	100%	0%
UBA Destino Rural	100%	0%
UBA Loma de Bolivar	95%	5%
UPA 48 San Pablo	100%	0%
UPA Betania	100%	0%
UPA Fiscala San Camilo	57%	43%
UPA San Francisco	29%	71%
UPA San Juan Bautista	28%	72%
UPA San Pablo	100%	0%
UTP	83%	17%

Clinica	Usuario clínica	Asistencia charla
Universidad De La Amazonia Bienestar Social Universitario	90%	10%
Universidad Metropolitana	100%	0%
PROMEDIO	78%	22%

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Capítulo 5

RESULTADOS SOBRE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Los resultados de los SSAAJ se miden en el marco de esta evaluación a través de índices sintéticos que permiten, como su nombre lo indica, sintetizar la información recogida en unos índices que se construyen para cada uno de los criterios de la evaluación: eficacia, pertinencia, intención de uso y cuidado.

Vale la pena advertir que este estudio es de corto transversal y busca medir resultados más no impactos. Ello quiere decir que debe tener cautela con las atribuciones de causalidad entre las variables ya que no es posible establecerlas. De todas maneras si es posible identificar tendencias y la dirección negativa o positiva entre las variables.

La construcción de estos índices, a excepción del de cuidado, se basó en la técnica de componentes principales. A lo largo de este capítulo se presenta en una primera parte la metodología para la construcción de los índices, para luego presentar los resultados de cada uno.

Es de anotar que una de las grandes ventajas de la técnica de componentes principales es que además de permitir la síntesis de la información, permite identificar cuáles son aquellos factores clave que inciden tanto de manera positiva o negativa en cada uno de los temas y preguntas de investigación.

Los índices recogen los resultados sobre la población de adolescentes y jóvenes en lo que respecta al aumento de la demanda de servicios, la percepción de calidad, generación de capacidades y herramientas para la toma de decisiones libres e informadas respecto a su salud y ejercicio de su sexualidad. Cada uno representa una escala de 1 a 100 puntos.

El punto de partida del cálculo de los índices fue la matriz de preguntas (Ver Anexo 7) la cual se desarrolló en el Informe Metodológico de la consultoría en la cual se identificaron para cada tema de investigación las preguntas especificadas en los términos de referencia y las correspondientes preguntas en los instrumentos de recolección de información. En esta matriz se había realizado el ejercicio para eficacia y pertinencia y luego, a lo largo de la consultoría se identificaron como de igual importancia los índices de intención de uso y el de cuidado.

5.1 MÉTODO DE CONSTRUCCIÓN DE LOS ÍNDICES

Para la construcción de los índices, que permiten la evaluación de los aspectos definidos en el diseño metodológico, se consideran dos tipos de indicadores:

1. **Indicadores jerárquicos:** Hacen referencia a aquellos indicadores que directamente definen una jerarquización. Es decir, al tener este tipo de indicadores se puede establecer un orden de superioridad y por tanto niveles de aceptabilidad. Ejemplo de este tipo de indicadores son aquellos que llevan a cabo calificaciones por parte de los usuarios de los servicios o aquellos que definen el cumplimiento de alguna condición deseable.
2. **Indicadores jerarquizados:** A diferencia de los primeros, estos indicadores no establecen directamente niveles de ordenamiento ni de aceptabilidad, por lo que se hace necesario categorizarlos de tal manera que se puedan jerarquizar indirectamente a través de la imputación de valores enteros entre 1 y 3 (donde 1 es malo, 2 es regular y 3 es bueno). Previamente a esta estandarización, se realizó un puntaje siguiendo la Escala de Likert²¹ entre - 2 y 2 lo cual permite discriminar mejor las respuestas. Se encuentran en este grupo, los indicadores que llevan a cabo algún tipo de caracterización. El procedimiento para categorizar consistió en una serie de consultas a expertos en metodologías de análisis cualitativo que permitieron identificar un consenso en cuanto a los valores a imputar dependiendo de las opciones de respuesta.

Al definir estos indicadores se procede a la construcción de los índices por ejes temáticos de la siguiente manera:

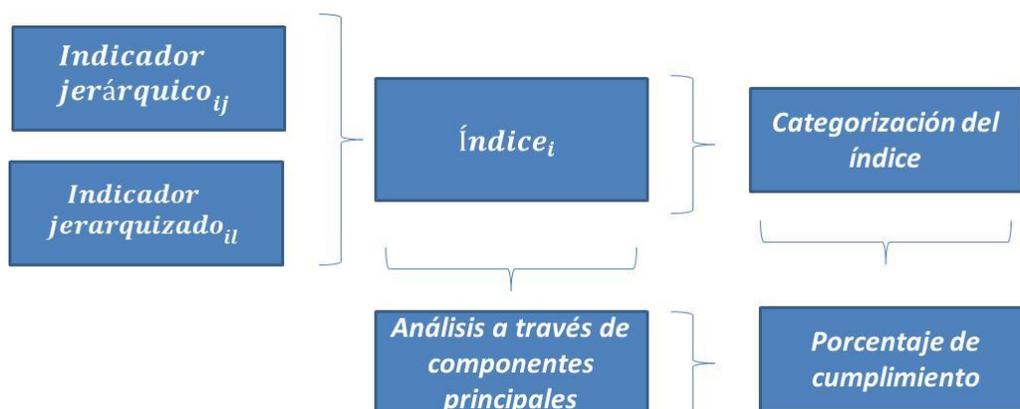
$$\text{Índice}_i = \sum_{j=1}^{n_{io}} \text{Indicador jerárquico}_{ij} + \sum_{l=1}^{n_{ip}} \text{Indicador jerarquizado}_{il}$$

Donde ***i*** representa los ejes de la evaluación: desde la eficacia, pertinencia e intención de uso (el de cuidado se construye de manera diferente como se explica más adelante) ; ; ***n_{io}*** el número de indicadores jerárquicos en el eje ***i*** y ***n_{ip}*** el número de indicadores jerarquizados en el eje ***i***.

²¹ Es una escala psicométrica con la cual se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta).

Una vez categorizados los índices se puede obtener el porcentaje de cumplimiento como la relación entre el promedio ponderado del índice y el valor máximo de dicha categorización, que para todos los casos es 3. Adicionalmente, y a partir del análisis de componentes principales²², se pueden identificar los indicadores que más aportan²³ (tanto positiva como negativamente) en la explicación de varianza de los distintos aspectos de los ejes de la evaluación.

Figura 5.1 - Proceso de construcción y análisis de los resultados del Programa



Fuente: UT Econometría S.A.

Para conocer con certeza qué variables son adecuadas para la construcción de cada índice se utilizó la prueba estadística de Káiser-Meyer-Olkin²⁴, la cual permite establecer cuáles variables deben hacer parte del índice y cuáles no.

Por su parte, para el índice de cuidado se varió la metodología en el sentido que fue necesario construir un índice para cada tipo de persona o usuario, como se especificará en el numeral correspondiente. De otro lado, no se utilizó la técnica de componentes principales si no que se otorgó un puntaje por persona según sus prácticas de cuidado.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada índice, determinando el puntaje sobre 100, así como los factores que los determinan de manera positiva o

²² Análisis multivariado que permite reducir la dimensionalidad de los análisis conservando la mayor parte de la información relevante.

²³ El nivel de aporte se define a partir del coeficiente de correlación entre el indicador y el componente correspondiente.

²⁴ Esta prueba mide la idoneidad de los datos para realizar un análisis factorial comparando los valores de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial. Si la suma de los cuadrados de los coeficientes de correlación parcial entre todos los pares de variables es pequeña en comparación con la suma de los coeficientes de correlación al cuadrado, esta medida tiende a uno.

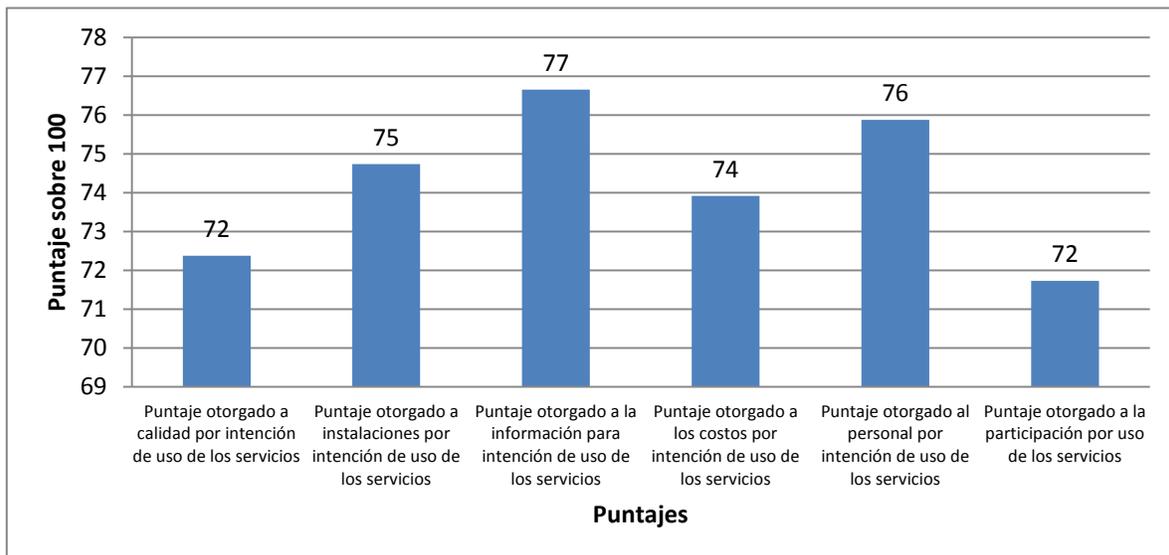
negativa. Este análisis es de vital importancia en la medida que permite identificar las fortalezas del Modelo así como las oportunidades de mejora. Es de anotar que para facilitar la lectura las tablas de resultados de los índices con los correspondientes coeficientes y sus atributos estadísticos se presentan en el Anexo 6. De otro lado, para cada índice se presentan el puntaje desagregado por grupo de población estudiado así como por modalidad de los servicios.

Antes de analizar los resultados de cada uno de los índices vale la pena detenerse en los puntajes obtenidos en las principales variables que los componen. Esta información a su vez permite conocer la calificación que otorgan los usuarios a cada uno de los aspectos de calidad desde dos puntos de vista: i) Aquellos aspectos que los “invitan” a regresar a los SSAJ (intención de uso de los SSAJ) y ii) desde los aspectos que miden el desempeño de los servicios a partir de la visión de los usuarios.

5.2 CALIFICACIÓN DE LOS USUARIOS A LOS DISTINTOS ASPECTOS DE DESEMPEÑO.

Tal como se especificó en el párrafo anterior, el puntaje que otorgan los usuarios se realiza desde el punto de vista desde la intención de uso de los servicios²⁵ y desde el punto de vista de eficacia. Los resultados son los siguientes:

Figura 5.2 - Puntaje otorgado por los usuarios desde el punto de vista de intención de uso de los servicios



²⁵ Este aspecto se toma como un proxy de la ya que no se preguntó cuáles son los atributos de los servicios que hacen que los y las adolescentes y jóvenes vuelvan sino qué atributos son los que le harían retornar.

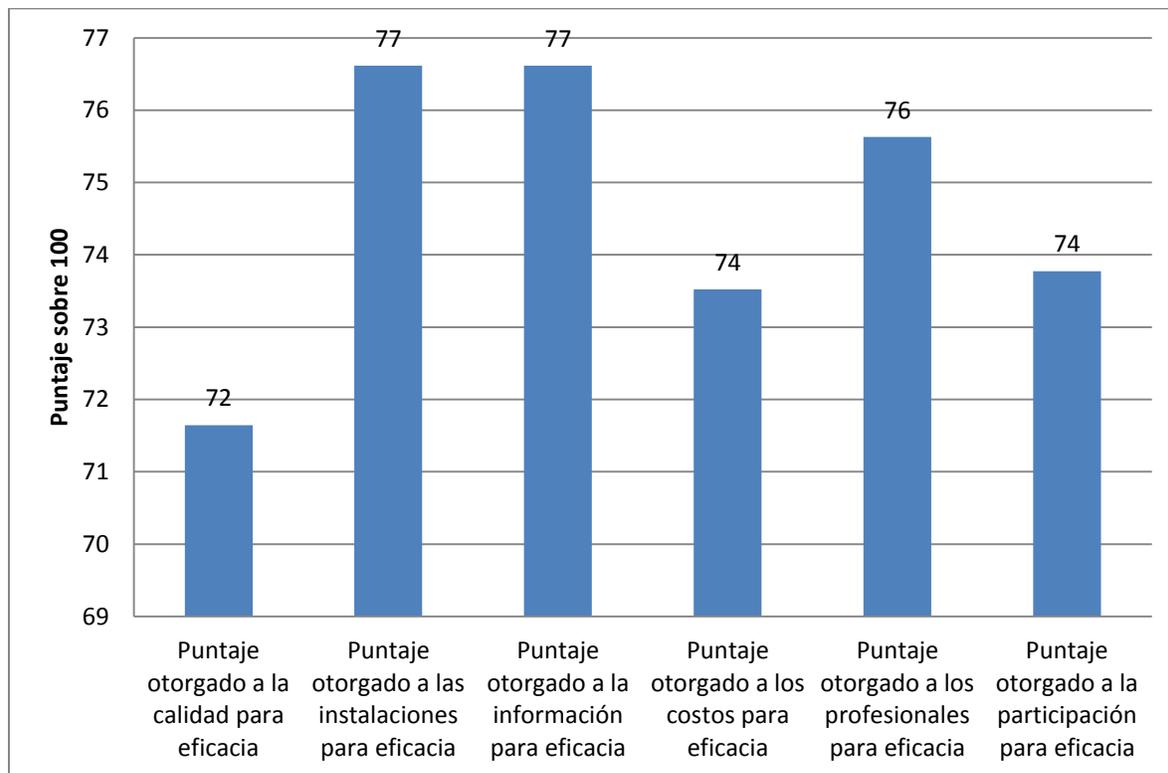
Fuente: Econometría S.A

Tal como se observa, los servicios cuentan con un puntaje mayor en términos de información que se brinda a los usuarios así como en el personal y las instalaciones. Menores puntajes, aunque siguen siendo relativamente altos, se otorgan a la calidad y a la participación.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres o entre grupos etarios como se observa en el cuadro 5.1. Por modalidad, se encuentran mayores puntajes en la Unidad Amigable frente a las demás modalidades. Por definición, para los no usuarios de consultas o modalidad de charlas no se computan los índices pues están excluidos de la encuesta en tales secciones.

Los mismos criterios fueron calificados por los usuarios desde el punto de vista de la eficacia, es decir de la calidad que ellos perciben con los servicios. Se encontró que los mayores puntajes se otorgan a las instalaciones, a la información y a los profesionales. De manera similar, a los resultados anteriores, no se evidencian diferencias entre grupos poblacionales pero si entre modalidades, siendo la Unidad amigable la que mayores puntajes obtiene.

Figura 5.3 - Puntaje otorgado por los usuarios desde el punto de vista de eficacia



Fuente: Econometría S.A

Cuadro 5.1 - Puntajes otorgados por los usuarios en términos de intención de uso y eficacia

Tema	Variable	Total	Sexo		Consultante		Modalidad				p	Grupo etáreo		
			Hombre	Mujer	Sí	No	Centro	Unidad	Consulta	Charlas		Adolescentes tempranos	Adolescentes tardíos	Jóvenes
Adherencia	Puntaje otorgado a calidad para adherencia	72,4	70,9	73,5	72,2	73,1	74.84	77.46	70.68	73.10		72,1	72,9	72,3
	Puntaje otorgado a instalaciones para adherencia	74,7	73,9	75,4	74,4	76,7	78.03	79.74	72.67	76.70	***(3)	75,1	74,4	74,2
	Puntaje otorgado a la información para adherencia	76,7	76,3	77,0	76,6	76,8	78.59	83.30	74.76	76.81	***(3)	76,9	76,9	75,8
	Puntaje otorgado a los costos para adherencia	73,9	73,4	74,3	74,3	71,8	81.06	78.16	72.63	71.8		72,8	75,3	74,5
	Puntaje otorgado al personal para adherencia	75,9	75,0	76,6	75,8	76,5	78.46	81.64	74.02	76.49	***(3)	76,8	75,7	74,0
	Puntaje otorgado a la participación para adherencia	71,7	72,6	71,1	71,4	73,7	72.72	78.58	69.44	73.73	***(3)	72,5	72,1	69,3
Eficacia	Puntaje otorgado a la calidad para eficacia	71,6	70,9	72,2	71,6	71,9	71.04	76.37	70.48	71.87		72,4	71,5	70,1
	Puntaje otorgado a las instalaciones para eficacia	76,6	77,1	76,2	76,6	76,7	77.60	82.63	75,0	76.74	***(3)	77,3	76,2	75,5
	Puntaje otorgado a la información para eficacia	76,6	77,1	76,2	76,6	76,7	77.60	82.63	75,0	76.74	***(3)	77,3	76,2	75,5
	Puntaje otorgado a los costos para eficacia	73,5	73,0	73,9	73,5	73,7	73.48	78.79	72.16	73.73		71,8	75,8	74,3
	Puntaje otorgado a los profesionales para eficacia	75,6	75,6	75,7	75,6	75,8	78.16	81.92	73.76	75.81	***(3)	76,7	75,2	73,7
	Puntaje otorgado a la participación para eficacia	73,8	73,5	74,0	74,0	72,7	72.47	81.32	72.30	72.67	***(3)	74,3	74,2	71,9

Fuente: Econometría S.A

5.3 ÍNDICE DE EFICACIA

La definición de eficacia se refiere a la capacidad de alcanzar el efecto o resultado que espera o se desea tras la implementación de la intervención, en este caso de los SSAJ. Se diferencia del concepto con el de eficiencia que se refiere al uso racional de los medios para alcanzar un objetivo predeterminado (es decir, cumplir un objetivo con el mínimo de recursos disponibles y tiempo).

En la cadena de valor de los SSAAJ expuesta en el Capítulo 3 de este mismo documento, corresponde entonces al eslabón de resultados: “Resultados sobre el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes logrando adhesión y satisfacción con la calidad del servicio, a través de accesibilidad adecuada, oportunidad, pertinencia, eficacia y cobertura”.

El índice de eficacia se define entonces como el resultado que se obtiene sobre la capacidad que se ha generado en los adolescentes y jóvenes para realizar acciones individuales y grupales para hacer efectivos sus derechos en salud, en salud sexual y en salud reproductiva por el hecho de asistir a los SSAAJ. Igualmente mide los resultados en términos de consultas y servicios ofrecidos y la calidad de los mismos y la participación tanto de los usuarios como de los padres en los procesos de diseño e implementación de los SSAAJ.

Lo anterior conduce a que las variables que deben componer este índice son:

Cuadro 5.2 - Preguntas e indicadores del índice de eficacia

Preguntas de investigación	Variables e indicadores
1. ¿Cómo perciben los y las adolescentes y jóvenes los SSAAJ?	<ul style="list-style-type: none"> Grado de satisfacción de los adolescentes y jóvenes
2. ¿Los y las adolescentes y jóvenes se convierten en promotores y multiplicadores de los SSAAJ entre sus pares? ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes y jóvenes que se convierten en agentes promotores y multiplicadores
3. ¿A través de la implementación de los SSAAJ, los y las adolescentes y jóvenes conocen sus derechos en salud, en salud sexual y en salud reproductiva? ¿Los aplican? ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> Grado de conocimiento de derechos en SSSR Grado de aplicación de derechos en SSSR Razones de no aplicación
4. ¿Los y las adolescentes y jóvenes han realizado acciones individuales y grupales para hacer efectivos sus derechos en salud, en salud sexual y en salud reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de adolescentes y jóvenes que realizan acciones individuales y grupales

Preguntas de investigación	Variables e indicadores
5. ¿Los y las adolescentes y jóvenes participan de los procesos de diseño e implementación de los SSAAJ?, ¿Perciben que dicha participación se ha tenido en cuenta para el fortalecimiento de los SSAAJ?	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de jóvenes y adolescentes que participan • Precepción de la participación

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Dado que se conjugan muchas dimensiones en lo anterior, se decidió dividir en dos el índice de eficacia. En una primera parte se sintetizan las variables que tienen que ver con los factores que potencian la generación de capacidades en los adolescentes y jóvenes como consecuencia del uso de los SSAAJ. La segunda parte del índice de eficacia tiene que ver con los factores que determinan el uso y calidad percibida por parte de los usuarios.

5.3.1 Resultados del Índice de eficacia – generación de capacidades ²⁶

El índice tal como se mencionó busca determinar cuáles son los factores que potencian la creación de capacidades en los adolescentes y jóvenes frente a las decisiones que puedan tomar en materia de sus derechos de salud, salud sexual y salud reproductiva. Para ello se identificó que las variables adecuadas para construir este índice son:

- Número de meses de exposición a los servicios
- Jóvenes que se consideran multiplicadores de los servicios
- Conocimiento de derechos
- Influencia de los SSAAJ en la toma de decisiones
- Influencia de los SSAAJ en las relaciones de pareja
- Influencia de los SSAAJ en el cuidado de la salud

El puntaje en una escala de 1 a 100 para este índice es de **69.3** puntos. El análisis de componentes principales arrojó que la participación es el factor que potencia la generación de capacidades en los adolescentes y jóvenes. Asimismo el hecho de contar con jóvenes multiplicadores y el conocimiento de derechos son factores que permiten que los SSAAJ sean más eficaces.

²⁶ Los coeficientes obtenidos para cada índice se presentan en el Anexo 6

Si bien la influencia del uso de los SSAAJ en la toma de decisiones, relaciones de pareja y cuidado de la salud también son factores con un comportamiento positivo aportan menos al índice de capacidades.

Resulta pertinente exponer los hallazgos que mediante la metodología cualitativa se lograron frente al tema de la participación. Es así como, las personas participantes en los grupos focales expresan que su experiencia con los servicios no es un tema reservado para sí mismos y por el contrario suelen comentarla a sus amigos y amigas contándoles lo que allí realizan y las ventajas que tiene acercarse a allá.

Los temas sobre los que hablan son: prevención del embarazo, el uso de métodos y la doble protección que ofrecen, particularmente señalan la prevención frente a las infecciones de transmisión sexual.

“Si, para que tengan una información para su vida, más que todo a amigas para que no vaya a quedar embarazada o tener una infección sexual”

“Para que se protejan...”

Hay sin embargo opiniones que señalan que no todos están abiertos a recibir esta información y que tampoco a todo el mundo se le comenta sobre esto, pues depende de la cercanía que se tenga y lo interesadas que se muestren sus amigos y amigas sobre el tema.

“Si, algunos lo aceptan bien, otros lo ven como una bobada porque uno ya sabe, o porque hay otras cosas que hacer...”

“Yo tengo una tía ella es muy extrovertida, pero si uno le va a hablar con los hijos sobre sexualidad, dice que no”

Son los amigos y la familia las personas a las que se les habla sobre los servicios. La información es sobre todo una recomendación acerca de lo profesional que puede ser la información y la orientación que puede recibirse allí.

Continuando con el índice, al discriminar por los grupos de estudio se encuentran los siguientes puntajes:

Cuadro 5.3 - Puntaje del índice de eficacia – generación de capacidades por grupo poblacional

Grupo poblacional	Puntaje
Mujeres	70.8
Hombres	65.6

Grupo poblacional	Puntaje
Adolescentes tempranos (menores de 17 años)	69.5
Adolescentes tardíos (17-19 años)	69.4
Jóvenes (20 años y más)	68.8

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Relacionado con las capacidades, en lo cualitativo se evidenció que las capacidades que otorga el conocimiento de los derechos están presentes. Al respecto, hubo respuestas que mostraban que los derechos están asociados con la posibilidad de elegir: elegir la pareja o decidir si se va a vivir solo o en matrimonio o *“con respecto a tu proyecto de vida, si tú quieres conseguir pareja a que te colabore en los proyectos que tengas...tenemos derecho a elegir con qué nos sentimos bien”*.

De igual forma, los derechos se perciben asociados directamente con los proyectos de vida: *“por ejemplo yo tengo un proyecto que es tener más adelante una relación con una persona, casarnos y en el momento preciso debe haber una motivación para uno ejercer el proyecto de vida entonces uno debe ejercer ese derecho de vivir como uno quiera por eso lo importante es motivarse”*.

“Los derechos de uno mismo, tener derecho a la vida sexual y reproductiva, a los beneficios, como los métodos anticonceptivos”.

El embarazo en la adolescencia es identificado como un tema problemático por la mayoría de las personas participantes en los grupos focales. Se reconoce que puede ser una dificultad para el desarrollo presente y futuro de la joven madre que requiere muchas responsabilidades y conlleva consecuencias para la vida.

“Si uno tiene la idea de tener un hijo [pues que] lo encaminen porque un hijo no es solamente tener sexo y quedar embarazada sino es un proceso muy largo, como la alimentación.”

“... no es solamente enseñarle a los jóvenes cómo planificar, porque ahorita en Colombia es un problema que las niñas de 14 años ya están teniendo un bebé, pero hay que ver que también hay mucha enfermedad y que no tienen cura... la higiene y también el respeto por uno mismo, porque la promiscuidad es no quererse uno mismo.”

Las dificultades que acarrear las infecciones de transmisión sexual (ITS) también son temas que los jóvenes reconocen. Al respecto hablan de la importancia de la higiene, el cuidado personal y el cuidado con la pareja.

“De saber sobre enfermedades de transmisión sexual... Que nos podemos proteger a la hora de estar con alguien para evitar una enfermedad o un embarazo”

Un aspecto que llama la atención es que al preguntar sobre la definición de salud sexual y reproductiva algunos testimonios apuntan no sólo al conocimiento que deben tener los jóvenes sino también sus padres. Se resalta la importancia de que los padres trasciendan la idea de que la sexualidad es pecado o que es algo de lo que no se debe hablar sino hasta el matrimonio.

“Para mí las clases no deberían ser sólo para los jóvenes sino también para los papás algunos papás son muy echados a la antigua “solamente cuando me case”...”

“...no hija! Usted no puede ponerse a planificar porque eso es pecado.”

De otro lado, en la búsqueda de una mejor salud sexual y reproductiva, los jóvenes señalan que además de información sobre el tema, se requiere contar con información de a dónde ir y a qué. Esto es, información sobre el quehacer de las instituciones y sus servicios.

“Lo ideal sería que uno antes de empezar supiera por dónde va que en el momento que uno dice “sí” ya sepa qué voy a utilizar, qué me conviene...”

Tener conocimiento se percibe como positivo, aunque los jóvenes consideran que no necesariamente para los adultos esto es bueno debido a que se puede creer que la información podría incitar a la acción.

“De pronto muchas veces en la casa piensan que si le van a explicar a uno sobre sexo o algo piensan que lo están impulsando a uno a hacer eso.”

Adicionalmente, la información debe incluir prácticas tales como saber cómo poner o ponerse un preservativo, pues como bien lo dice un participante: *“No todo el mundo nace aprendido, entonces yo no creo que un hombre sepa como colocarse un condón entonces les deben enseñar y tienen que practicar”.*

Un aspecto final que llama la atención sobre capacidades está en el interés que dicen los jóvenes sentir ahora por conocer el pasado de su pareja a través de exámenes para mirar si están saludables.

“Uno antes de estar con una persona debería mandarle exámenes médicos pero el problema es que eso no pasa, uno es muy impulsivo.”

Aspectos asociados con los conocimientos de derechos y la influencia de los servicios en la toma de decisiones, en las relaciones de pareja y en el cuidado de la salud fueron profundizados en los grupos focales realizados dentro del ejercicio cualitativo.

De acuerdo con los testimonios, la toma de decisiones puede estar mediada por otros aspectos distintos al conocimiento. Es así como algunas personas jóvenes entrevistadas consideran que es muy difícil con sólo conocimiento o información enfrentar situaciones de intimidad que están cargadas de mucha emocionalidad, conformando lo que llaman “el momento”.

“Una persona hace lo que se lleva por el momento y no sabe las consecuencias...”

A pesar de esto, los jóvenes perciben que tener información siempre será una ventaja: *“...porque se sabe los riesgos a los que se puede exponer, por decir, cuando se empieza a tener relaciones temprano, tiene sus riesgos, si viven con la promiscuidad. También saber los riesgos que se va a tener, si no se cuida con el condón o anticonceptivos se sabe a qué se puede tener. En cambio si uno está desinformado como en el formulario de esta mañana "no pues al ritmo" entonces está mal hecho eso”.*

En el índice se establece que son las mujeres quienes otorgan un mayor puntaje a los servicios en términos de eficacia por capacidades aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Tampoco se encuentran diferencias por grupos étnicos.

Por modalidad, se encuentra que hay un mayor puntaje a la Unidad Amigable en términos de eficacia (significativa al 10%) en lo que se refiere a factores que potencian la generación de capacidades.

Cuadro 5.4 - Puntaje del índice de eficacia – generación de capacidades por modalidad²⁷

Modalidad	Puntaje
Centro Amigable	64.0
Unidad Amigable	74.5*
Consulta Diferenciada	66.8

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

De igual forma, asociado con este índice está el reconocimiento que hacen los jóvenes de “herramientas” que consideran que adquieren al conocer cuándo y cómo asumir una sexualidad más informada.

Independiente de la posibilidad de tener acceso a la información, se reconoce que existe mucha ignorancia sobre la sexualidad y los mecanismos de planificación y no sólo por parte de los jóvenes, sino en general de las personas.

²⁷ No se consideran la modalidad de charlas debido que a muchas de las preguntas necesarias para el cálculo del índice no aplicaban para ese grupo.

Yo creo que el tema que más tiene tabú es la sexualidad entonces de pronto...yo he escuchado muchos mitos, que para no quedar embarazada que orinar, echarse cerveza, hay muchos tabús, y si existen es porque alguna gente lo hará ...unas cosas que digamos si uno está bien informado uno dice "lógicamente que no"...o que porque a la vecina le funcionó entonces a mí también..."

Unido a lo anterior, en los grupos focales hubo opiniones que ven como ventajoso ser 'ignorante' porque el saberse así hace que la gente tome mayores precauciones y se exponga menos.

"Yo creo que una persona desinformada que no sepa del tema de sexualidad va a tener como más control porque ella no sabe de nada de lo que está pasando, entonces ella por miedo a no tener información pues no lo hace..."

Otro aspecto que resulta interesante es la manera como se privilegia más la educación recibida en casa o en la familia que la que se pueda obtener en otros lados. Aun así algunos jóvenes consideran importante recibir información en el colegio como una práctica regular que debería hacerse en una clase particular y para aprender sobre los deberes y derechos sexuales y reproductivos y la mejor manera de tomar decisiones.

En el colegio, establecen que la psi orientadora o docentes especializados pueden proveer información útil para ellos dentro de un ambiente de confianza y de conocimiento.

"En el colegio, porque para eso hay unas docentes especializadas en eso, también...tener confianza y todo eso, porque si tiene confianza pues uno va, le informan, el problema o el caso que uno tenga para ver si le pueden apoyar o colaborar".

A pesar de esto, algunos jóvenes señalan que en el colegio no se habla de estos temas: *"...yo no he visto la primer clase oficial de salud sexual y reproductiva".*

Además del rol que puede tener el colegio en este punto, los jóvenes y adolescentes identifican a los padres, hermanos y amigos como fuentes de información. Muchas personas se informan con los padres de familia porque considera que con ellos tienen más confianza para hablar. Aun así, algunos señalan que la vergüenza o 'pena' puede ser un obstáculo para hablar de forma más tranquila con ellos. La manera como la familia puede asumir estos temas puede ser un condicionante en la decisión del joven de acercarse a sus padres para hablar o no hablar sobre estos temas. Es el caso de testimonios que relatan cómo para sus familias este tema no es "normal", trayendo esta percepción la sensación de sentirse solicitando información "anormal" que puede generar hacia ellos rechazo".

“...me daba pena preguntar, me da pena preguntar algo sobre sexualidad porque no es un tema normal, para mi familia no es un tema normal, es un tema que ellos no comparten y tampoco les gusta”.

Unido a las personas que conforman la familia (padres, hermanas, hermanos, tías, etc), también se identifica a los adultos como informantes. En esta categoría se reconoce a los ‘amigos mayores’. Aunque bajo la categoría de amigos, pueden estar los pares, existe una mención importante a los amigos y amigas que tienen más años y por lo tanto se considera que manejan mayor experiencia. Una razón para elegirlos a ellos y ellas como informantes está en la confianza que inspiran.

“Yo si he tenido confianza con mi mamá y mi tía, yo hablo con ellas y me dicen: no haga esto, no la vaya a embarrar, y también con mías amigas. Es como tener confianza, la persona que tiene confianza con los familiares pues habla con ellos y los que tengan con amigos pues también igual, si uno tiene confianza con la mamá con la tía pues que lo comente”.

Una última fuente de información la constituye la televisión y el internet, incluyendo dentro de este último aspecto a las redes sociales virtuales.

“Por los programas de ‘Discovery’ uno se da cuenta...”

“Prácticamente pues yo tuve información pero no fue por amigos ni por familiares sino fue por redes sociales. La primera vez que yo quise tener, me metí a la red para saber qué riesgos tengo yo y qué riesgos no puedo tener, qué protección hay para tener una relación sexual y me metí por páginas, por buscadores. Me pareció mejor por ahí por la pena, porque me daba pena ir a un consultorio...”

A manera de contra pregunta se indagó por las razones que podrían tener los jóvenes para no buscar información en lugares o con personas que podrían proveerla desde un mejor conocimiento, como es el caso de maestros y personal de salud. Las respuestas a esta pregunta pueden agruparse de la siguiente manera:

- Por aspectos asociados a la manera como fueron educados los jóvenes dentro del seno familiar, en donde los temas íntimos no deben ser compartidos con nadie sino que deben ser resueltos de forma individual.

“...es que nos criaron como con eso, que es que el hospital es sólo cuando usted está grave cuando usted tiene algo muy general, y lo suyo íntimo es sólo suyo, arréglole usted solo, vea tómese esto aquí que el señor dijo que era buenísimo...no le enseñan a uno como preguntar o como uno enterarse o si de verdad en un hospital uno puede tener esa clase de citas...”

- La novedad que todavía tienen los centros de servicios dentro de la dinámica de las comunidades y que los hace ser percibidos como una propuesta que exige familiaridad y costumbre.

“Hace muchos años no existía esa oportunidad que aborita nos dan con estos centros hospitalarios porque antes este espacio de jóvenes no existía... apenas se está aprovechando ese espacio...”

- Relacionado con lo anterior, está no saber concretamente dónde buscar la información y cuáles son los servicios que prestan los centros. Lo anterior, unido a la pena que sienten los jóvenes de abordar el tema, dificulta la búsqueda de buena información.

“Una parte por pena y por otra porque nos faltaba a nosotros saber dónde nos dan este tipo de información. Por ejemplo, muchas personas no saben que hay centros que dan clases sobre sexualidad o que en los colegios hayan [sic] personas que saben. Entonces unos por pena otros por falta de información.”

- Las dificultades de la atención que perciben dentro de los centros de servicios y que estaría centrada sobre todo en ‘saltar’ de un funcionario a otro, en el pago mediante “la facturación”, la aglomeración de gente, el tener que hacer filas y la falta de intimidad y confidencialidad en el trato con los jóvenes, entre otras manifestaciones.

“Muchas veces uno va a preguntar algo y le dicen: ¡ay! No. Vaya pregúntele a fulanito...pero no, primero facture, primero esto, primero lo otro, pierde uno es la cita.”

“Un mundo de fila, un mundo de gente. En un pueblo todo el mundo se conoce; por ejemplo acá, si uno pide una cita tiene que ser pasito para que no oigan sino empiezan a hablar...”

Finalmente, un aspecto que podría dificultar en los jóvenes buscar información en los centros de servicios está en el ‘qué dirá’ la gente si los ve solicitándola. Quienes así lo perciben expresan que acudir a los servicios implica exponerse a que los demás crean que ya se es sexualmente activo o que se tiene dificultades como un embarazo.

Si uno entra a este segundo piso, “Ay! ya está en embarazo!...Si ya desde la entrada lo ven entrar con el novio o con un muchacho dicen cosas... Por miedo de hablar...a que los juzguen y les digan cosas que los hacen sentir mal.”

Este aspecto asociado a las barreras para acceder a los servicios será expuesto más adelante en la medida en que hace parte de los índices construidos como parte de la evaluación.

5.3.2 Resultados del índice de eficacia – uso y calidad de los servicios

El índice relacionado con uso y calidad de los servicios permite conocer los factores que determinan el uso y la calidad de los servicios. Para ello se identificó que el grupo de variables que lo componen son:

- Puntaje otorgado por los usuarios a la calidad de la atención clínica y los productos
- Puntaje otorgado a las instalaciones e insumos
- Calidad de la información
- Costos
- Participación colectiva

El puntaje de este índice es de **72.8** sobre 100 puntos. Todas las variables que componen el índice lo determinan de manera positiva a excepción de los costos. Es decir el uso se determina por la calidad que los usuarios otorgan a los servicios en términos de atención clínica, los productos y servicios recibidos, las instalaciones e insumos y la calidad de la información. De nuevo la participación también determina el uso y calidad percibida de los servicios. En cuanto a los costos se encontró un aporte negativo al índice lo cual indica que a mayores costos los usuarios dejan de usar los servicios y cambian su percepción de calidad.

En lo cualitativo, aunque se indagó sobre posibles costos en los que los jóvenes habrían de incurrir, se encontró que este aspecto no está dentro de las barreras identificadas. Sólo una persona expuso que la solicitud de la cita si le implica costos.

“...ya estamos acostumbrados a que todo es demorado, al papeleo, no todos los jóvenes disponemos de la plata para pedir una cita...”

Otro aspecto que podría estar asociado con los costos es la distancia que puede implicar llegar al servicio. Si bien esta barrera pudo ser indagada, se encontró que más que asociado con los costos, estaba más relacionado con la privacidad y el hecho de no ser reconocido por los habitantes cercanos a los servicios. Se encontró que importa mucho si éste está ubicado en una ciudad grande o si está en un municipio pequeño donde todo el mundo tiende a conocerse entre sí. La cercanía dentro de la comunidad hace que a los jóvenes les ‘de pena’ ser reconocidos como usuarios de los servicios. Es el caso de una persona que comenta que su mamá es dueña de una farmacia y que ella atiende allí sabe que sólo compran condones los mayores de 20 años porque los jóvenes y adolescentes sienten vergüenza de entrar y pedirlos.

“Como es un pueblo, hay un chismerío, [y] de pronto la enfermera le cuenta a todo el mundo... En una ciudad a uno no le daría pena porque a uno no lo conocen, ni a los doctores... Pueblo chiquito infierno grande, entonces por los chismes y también por la crianza...”

De otro lado, al desagregar el puntaje del índice por grupos poblacionales no se encuentran diferencias.

Cuadro 5.5 - Puntaje del índice de eficacia – uso y calidad de los servicios

Grupo poblacional	Puntaje
Mujeres	72.9
Hombres	72.7
Adolescentes tempranos (menores de 17 años)	73.2
Adolescentes tardíos (17-19 años)	73.0
Jóvenes (20 años y más)	71.5

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Así mismo por modalidad tampoco se encuentran diferencias significativas en la calificación.

Cuadro 5.6 - Puntaje del índice de eficacia – uso y calidad de los servicios

Modalidad	Puntaje
Centro Amigable	76.1
Unidad Amigable	79.1
Consulta Diferenciada	71.1

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

5.4 ÍNDICE DE PERTINENCIA

La pertinencia se refiere a la medida en que los resultados de los SSAAJ corresponden y son congruentes con las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes. En efecto, el Modelo plantea que “Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos”.

De manera coherente en la cadena de valor en términos de pertinencia, se plantea que los Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, son un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Por tanto este índice incluye de manera conceptual las

necesidades y cómo se han adecuado las respuestas de los servicios de salud para atenderlas. El índice de pertinencia integra entonces las preguntas de los términos de referencia que tienen que ver con el uso, motivaciones, barreras y resultados sobre prácticas y formación de capacidades en los adolescentes y jóvenes. Las preguntas de los términos de referencia son:

Cuadro 5.7 - Puntaje del índice de eficacia – uso y calidad de los servicios

Preguntas de investigación	Variables e indicadores
1. ¿Los y las adolescentes y jóvenes hacen uso de los SSAAJ? ¿Cuáles son sus principales motivaciones y barreras? ¿Con qué frecuencia van? ¿Qué servicios demandan?	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de uso de los servicios Frecuencia de asistencia • Identificación de barreras • Demanda por servicios
2. ¿Con base en la información que reposa en las IPS o EPS cuáles son los servicios de salud que se demandan? ¿Hay evidencia de resultados? Consulte las historias clínicas y RIPS	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de servicios demandados
3. ¿Los SSAAJ han generado cambios en las prácticas sexuales de los y las adolescentes y jóvenes? ¿Qué tipo de cambios? ¿Cómo se han evaluado?	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan haber sufrido cambios según temáticas • Percepción de consecuencias • Percepción del grado de cambio
4. ¿Cuál es el acceso (entrega/formulación), en los SSAAJ, a condones y métodos anticonceptivos? ¿Cuáles son las barreras entre la formulación o prescripción y la entrega?	<ul style="list-style-type: none"> • Número de condones entregados al mes • Número de métodos anticonceptivos entregados al mes • Número de prescripciones realizadas al mes • Barreras en la entrega • Barreras en la prescripción
5. ¿Los adolescentes y jóvenes usuarios de los servicios han desarrollado capacidades para tomar decisiones sexuales y reproductivas informadas, acordes con su proyecto de vida y placenteras?	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de capacidades desarrolladas por adolescentes y jóvenes (preguntas de escala de Lickert ante situaciones relacionadas con capacidades)
6. ¿Para qué les ha servido a los y las adolescentes y jóvenes los SSAAJ?	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de jóvenes y adolescentes que manifiestan que los SSAAJ les han sido de utilidad • Frecuencia de razones por las cuales les han sido de utilidad

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

Una vez realizado el test estadístico de Káiser-Meyer-Olkin para identificar las variables adecuadas que deben componer el índice, se encontró que estas variables son:

- Uso adecuado de métodos anticonceptivos (condicional a la vida sexual activa)

- Número de parejas sexuales
- Uso escalonado el cual da cuenta de la intensidad de los servicios. Se pondera la variedad con la frecuencia.
- Percepción de la sexualidad en adolescentes y jóvenes (incluye aspectos como si los hombres nunca deben negarse y las mujeres mostrar que están listas o que deben parecer inexpertas)
- Actitudes hacia métodos anticonceptivos
- Percepción de conformidad con el género
- Percepción de homonegatividad
- Puntaje obtenido en el examen de conocimientos realizado en la encuesta

Al calcular el índice se obtuvo un puntaje de **64.1** sobre 100 puntos. El índice mide para quiénes son más pertinentes los servicios y qué factores determinan esta pertinencia. Se encuentra que los SSAAJ son pertinentes para aquellas personas que hacen uso de métodos anticonceptivos al tener una vida sexual activa en el último mes, para aquellas personas que tienen pareja y presentan actitudes positivas ante el uso de métodos anticonceptivos.

Por su parte, los factores que afectan negativamente el índice, es decir que disminuyen la potencia de la pertinencia son: grado de conocimiento y actitudes hacia la sexualidad, en particular aquellas en que se evidencia como “los hombres nunca deben negarse a las relaciones sexuales y las mujeres mostrar que están listas o que deben parecer inexpertas”) y la intensidad de uso de los servicios.

La razón para que la intensidad del uso de los servicios afecte negativamente al índice es porque este obtiene un puntaje bajo. En efecto, el resultado es de 26.3 puntos sobre 100, lo cual está revelando que los usuarios no están haciendo un uso intensivo de los SSAAJ y no están aprovechando el potencial de los servicios y tienden a usarlos más como respuesta a una necesidad específica de protección de riesgo y no como un acompañamiento permanente. Al desagregar el puntaje del índice por grupos poblacionales se encuentra una diferencia significativa en el puntaje de los hombres frente al de las mujeres lo cual conduce a reflexionar que quizás las mujeres están encontrando una mayor pertinencia en los servicios y probablemente su actitud frente al riesgo es de mayor protección que el de los hombres, como efectivamente se analizará a la luz de los resultados del índice de cuidado en la sección 5.5.

Cuadro 5.8 - Puntaje del índice de pertinencia por grupos poblacionales

Grupo poblacional	Puntaje
Mujeres	65.8
Hombres	58.2*
Adolescentes tempranos (menores de 17 años)	63.4
Adolescentes tardíos (17-19 años)	64.7
Jóvenes (20 años y más)	64.3

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Así mismo por modalidad no se encuentran diferencias significativas en la calificación.

Cuadro 5.9 - Puntaje del pertinencia por modalidad

Modalidad	Puntaje
Centro Amigable	66.2
Unidad Amigable	66.3
Consulta Diferenciada	63.0

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Complementa lo anterior la indagación que se hizo desde lo cualitativo sobre la percepción que manejan las personas jóvenes frente a los SSAAJ y para conocer cuáles son las motivaciones que ellos y ellas pueden tener para asistir a los servicios, así como cuáles son sus percepciones de lo que se hace en ellos.

En este sentido, frente a la pregunta de para qué van las personas adolescentes y jóvenes a un servicio de salud amigable, se encuentra que los jóvenes perciben que se asiste para:

- Obtener mayor conocimiento: la obtención de información sobre aspectos relacionados con la sexualidad determinaría el motivo de la visita a los servicios.
- Prestar atención a un conjunto de aspectos emocionales como son a) los sentimientos, b) la represión o vergüenza, c) el miedo de tener alguna enfermedad venérea y descartar alguna inquietud sobre la propia salud.

“...si no están los recursos en el momento [en el colegio] o uno está reprimido de ir a un hospital normal, entonces uno puede recurrir ahí”.

“...pues para estar al tanto de algunas cosas de las que uno tenga dudas inquietudes ¿si? Capacitarse, recibir una mejor orientación.”.

“ para hacerse exámenes, descartar alguna inquietud sobre uno.”

- Recibir ayuda en concreto, como puede ser la ‘pastilla de emergencia’.

- Compartir con otros jóvenes de la misma edad y similares experiencias e inquietudes. Se reconocen las actividades que realizan en los centros y las orientaciones que brindan a los jóvenes.
- Cumplir con alguna tarea que los adultos, generalmente los profesores, les encomiendan como parte de su proceso formativo:

“A mí la profesora de ética me dijo que viniera, o sea, no fue por iniciativa mía sino porque tenía que hacer una tarea y averiguar sobre aspectos de sexualidad.”

Al preguntar acerca de qué creen que hacen las personas adolescentes y jóvenes en un servicio de salud amigable, se encontraron cinco conjuntos de respuestas dentro de las cuales es interesante observar unas relacionadas con la disposición de los jóvenes y del personal de salud para establecer un diálogo en los cuales está claro que quienes tienen las dudas y las preguntas son los primeros y que quienes son percibidos como los que tienen las respuestas, son los segundos. En este sentido se percibe que existe en los jóvenes una ‘claridad’ de roles que les lleva a ubicarse como ‘los que ponen atención’, dejando poca cabida a la posibilidad de ser ellos los que hablen.

Otras respuestas apuntan a una adquisición de conocimiento por parte de los jóvenes que es percibida por ellos como una forma de “culturizarse” y “quitarse los miedos”.

“...para prevenir ignorancia, porque muchos no conocen de qué se tratan los temas acá, entonces quieren saber más para no sentir que no saben nada... Vienen y hablan sobre los problemas que los afectan, por ejemplo si tienen depresión, o si se sienten mal con respecto a algo que hicieron”.

Existen de igual forma respuestas que apuntan a ver lo que se hace en los servicios desde una mirada que privilegia la salud y aspectos relacionados con la atención frente a la enfermedad, como es el caso de la práctica de “cumplir citas médicas...o a hacerse exámenes médicos”.

“...Mucha gente viene a cumplir citas, pues previamente han asistido y entonces les dicen que vuelvan y les asignan citas...”

“...que es que el hospital es sólo cuando usted está grave cuando usted tiene algo muy general...”

De igual forma, se considera que se asiste a los servicios a solicitar una información básica relacionada particularmente con lo que allí ofrecen. Luego, dependiendo de lo que digan, se tomará la decisión de volver a pedir orientación o no.

Finalmente, se identifican testimonios en los cuales se perciben algunos servicios como espacios que facilitan compartir con pares temas o actividades que les unen y les permite departir entre sí, haciendo este espacio, muy atractivo para ellos.

“... también podemos asistir a actividades, más que todo a eso venimos, a compartir con el grupo...”

De los anteriores resultados tanto cuantitativos como cualitativos, se concluye que los servicios son pertinentes para aquellas personas que lo requieren, es decir personas con exposición al embarazo y con una percepción de riesgo alta. Si bien el Modelo se concibe para estas personas no puede dejarse de lado que se diseñó igualmente para servicios adicionales buscando la integralidad en la atención. Lo que los resultados indican es que las y los jóvenes están recurriendo a los servicios cuando perciben que tienen necesidad de orientación o apoyo en SSR y esto es más probable que ocurra cuando ya han iniciado actividad sexual penetrativa.

5.5 ÍNDICE DE INTENCIÓN DE USO DE LOS SSAAJ

Conceptualmente la de intención de mantenerse como usuario se desprende de que el Modelo plantea que: “Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos”. Por tanto vale la pena identificar: ¿Cuáles son esas características de los servicios que se relacionan con la intención de continuar usándolos?

Para lograr dar respuesta a esta pregunta, en el cuestionario dirigido a las personas adolescentes y jóvenes que usan los servicios se incluyó un pregunta así: ¿Qué tanto influye cada uno de los siguientes puntos en tu decisión de volver a usar un servicio amigable? (se refería a 16 puntos como son afiches, privacidad, facilidad de acceso, condición general de las instalaciones, condición general de las instalaciones, instrumentos y materiales en buen estado, horarios, servicios adecuados a las necesidades, suficientes métodos anticonceptivos, instrucciones claras de uso de los métodos, examen médico, costos, formación del personal, respeto, honestidad por parte del personal, claridad en las respuestas y claridad y exactitud en la información y folletos).

Por tanto, el índice de intención de uso mide aquellos factores que determinan que un usuario una vez utiliza los servicios considera que debe volver. En otras palabras el

índice mide aquellos factores que determinan que los adolescentes y jóvenes sean “retenidos” por los servicios. Las variables que los componen son²⁸:

- Puntaje otorgado a la calidad de la atención clínica y los productos
- Puntaje otorgado a las instalaciones e insumos
- Calidad de la información
- Costos
- Puntaje otorgado al personal de atención
- Participación colectiva

El puntaje del índice es de **73.12** sobre 100. Los resultados además arrojan que todos los anteriores factores determinan de manera importante la intención de uso a los servicios. De nuevo los costos tienen una relación negativa lo cual indica que a mayores costos los usuarios dejan de volver a los servicios. La intención de uso entonces depende que la calidad de los servicios sea adecuada, que tengan instalaciones adecuadas e insumos suficientes; asimismo que la información que se brinde a los adolescentes y jóvenes sea idónea y el personal de atención sea capacitado. Nuevamente la participación es un elemento determinante de los servicios, en este caso de la intención de uso, en la medida que los adolescentes y jóvenes perciban que tienen canales de participación se aumentará la probabilidad de asistir nuevamente a los servicios. Al desagregar el puntaje del índice por grupos poblacionales no se encuentran diferencias.

Cuadro 5.10 - Puntaje del índice de intención de uso por grupos poblacionales

Grupo poblacional	Puntaje
Mujeres	73.6
Hombres	72.5
Adolescentes tempranos (menores de 17 años)	73.4
Adolescentes tardíos (17-19 años)	73.4
Jóvenes (20 años y más)	72.0

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Las personas participantes en los grupos focales señalan que en ocasiones por desconocimiento prima la imagen de un personal de salud alejado: Algunos participantes dicen que el desconocimiento de quién es el personal de salud, les lleva a pensar que son personas muy serias intimidantes y hasta “amargados”. Esta imagen

²⁸ Es de mencionar que este índice no está relacionado con la matriz del anexo 7 ya que no era una de las preguntas de investigación planteadas en los ToR.

cambia luego de entrar en contacto con ellos y conocerlos, ya que quienes han asistido a los centros expresan que efectivamente, como su nombre lo dice, al entrar en relación con ellos los ven como personas amigables que entienden a los jóvenes y los hacen sentirse bien porque hablan su mismo lenguaje y se expresan en los mismos términos que los jóvenes lo hacen.

“...El concepto general de un médico es [el de ser] una persona seria, que no se ríe que es amargada, sabiendo que no es así. El médico de acá es muy dinámico con los jóvenes que hablan con la jerga de un joven, socializa muy bien, uno entra con pena, pero viendo la actitud de él y que la transmite uno está menos penoso...”

Un aspecto que resaltan los participantes es la confianza. Ésta, consideran que es lo que les ayuda a superar la pena de hablar *“de la nada...con alguien a quien no se conoce...a contarle lo que piensa o siente...”*. Se considera que la confianza para hablar es un asunto que trasciende el momento de conversación y los temas que se hablan y puede incluso cambiar aspectos de crianza, en donde a muchas personas les dijeron en sus casas que sobre esto no debía tratarse con nadie.

“Hay personas que son muy cerradas por la misma formación de la casa y así les brinden confianza no lo hacen...”

Otro aspecto está en que no se conocen los servicios. Algunas opiniones señalan que los servicios no tienen suficiente divulgación para llegar a ser conocidos por todos y todas. Sin embargo, opinan que a ellos como potenciales usuarios les falta motivación para preguntar y consideran que deberían acercarse a preguntar, pues si éstos no se conocen es *“por pura ignorancia”*.

“No se promocionan, es decir, no hay publicidad, si estos servicios fueran más difundidos de pronto la gente viniera más a saber de qué se trata”.

Como los jóvenes no conocen a profundidad los servicios ni la gama de atención a la que podría tener acceso, no solicitan métodos anticonceptivos o la asesoría psicosocial. Para el primer caso, la gran mayoría dice que no ha realizado solicitud de métodos porque no los ha necesitado al no tener una sexualidad activa. La posibilidad de acceder a métodos no estaría planteada por una solicitud que provenga de los jóvenes sino probablemente a partir de que el personal de servicios sea quien tome la iniciativa y haga la pregunta a la persona joven sobre su necesidad de este tipo de servicio.

“Yo le comenté a alguien y le dije que hasta le pueden dar condones gratis y dijo "eso pa que"...”

Finalmente otro aspecto que puede aportar al índice eficacia en el uso y calidad de los servicios está en los resultados de la actividad del ‘cliente oculto’. Se encontró que ante servicio, el personal que atendió respondió con el ofrecimiento tanto de información como de métodos. Es de resaltar la actitud de una enfermera de un servicio en Bogotá que se mostró muy diligente e interesada y ofreció, debido a que no tenía pastillas allí, comprar ella misma lo que se necesitaba.

Complementaria a la desagregación que permite el índice, se identificó que por modalidad tampoco se encuentran diferencias significativas en la calificación.

Cuadro 5.11 - Puntaje del índice de intención de uso por modalidad

Modalidad	Puntaje
Centro Amigable	76.2
Unidad Amigable	79.0
Consulta Diferenciada	71.0

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

En este capítulo sobre el uso y la calidad de los servicios, resulta pertinente incluir las recomendaciones que las personas de los grupos focales hicieron frente a las barreras que perciben. Ante las preguntas de qué se puede hacer para que estas barreras puedan ser eliminadas y qué aspectos facilitarían un mayor uso de los servicios por parte de los adolescentes y jóvenes, las respuestas fueron distintas y dependiendo del tipo de barrera identificada previamente.

- Lo mejor contra la desinformación es la divulgación. Se considera que una primera forma de dar a conocer los servicios es a través de los colegios y las visitas que se puedan dar a los servicios junto a los compañeros de clase.

“Que hagan actividades donde los lleven al lugar, que lo busquen a uno en los colegios y nos traigan”

Una segunda forma estaría en la divulgación masiva a través de la radio o afiches en los municipios para que los padres de familia y los adultos en general sepan que este es un servicio al que los jóvenes tienen derecho. Frente a este último punto algunos testimonios consideran que “...es un proceso muy largo de enseñanza que podría demorar hasta 10 años...”

“Eso tiene que ser un proceso largo y que se le dé importancia desde un principio y que no sea como unos proyectos que lanzan y los primeros meses es muy importante, y al otro año ya se desapareció y a la gente se le olvidó...”

No obstante, existen opiniones que afirman que “la información la recibe quien la quiere recibir porque en muchas familias puede ocurrir que la mamá le dice a la hija: cuídese

pero no le dice cómo cuidarse y si alguien quiere recibir información sobre sexualidad y reproducción puede pedir una cita en el hospital y ahí le van a hablar de esto”.

Una tercera manera para superar barreras estaría en el trato diferencial que logren hacer los profesionales en los servicios con los jóvenes que finalmente solicitan atención. Lo anterior uniría la actitud del profesional que atiende con el ambiente que logre generar el servicio dentro del centro de salud. Se considera al respecto que es clave que dicho ambiente brinde comodidad y confianza.

“La clave está en que sepan hablar con uno, en las claves de uno y la jerga de uno porque así es más fácil entenderse con la persona”

“Que haya una relación de confianza con el personal: si yo llego que la atención sea amable y me den tranquilidad, porque si el trato es muy seco entonces no me dan confianza y no hablo”

Finalmente, algunos testimonios proponen que al presentar los servicios, éstos se presenten de manera más integral y no sólo atendiendo a aspectos asociados con la sexualidad o los derechos sexuales y reproductivos. La idea es que se conozca que allí se cuenta con personal que da asesoría a todo nivel, desde lo médico y de salud hasta lo psicológico en los jóvenes y sobre la mejor manera de relacionarse con el mundo.

“...Que se conozca más sobre lo que ahí se hace, que no es sólo sobre un tema sino que acá se tratan diversos temas que afectan a los jóvenes...”

5.6 ÍNDICE DE CUIDADO

Para la consolidación del **Índice de cuidado** se generó un puntaje para cada individuo en las preguntas concertadas que toma valores discretos en el intervalo de $[-2, 2]$ de acuerdo a si la respuesta proporcionada desfavorece o favorece en mayor o menor medida el cuidado o la mitigación del riesgo en prácticas relacionadas con salud sexual y/o reproductiva. Una vez se diseñó e implementó este sistema de puntaje, surgió la necesidad de generar una serie de categorías que hicieran los diversos puntajes homologables o comparables debido a que individuos con características similares en sus vidas sexuales respondían un cierto número de preguntas específico al interior del conjunto seleccionado para la creación del índice. Esto debido a la estructura misma de la encuesta y aplicabilidad de ciertas preguntas a ciertos perfiles de individuo.

Los perfiles de usuarios y para los cuales se calculó el puntaje según sus prácticas son los siguientes:

1. Individuo sin vida sexual iniciada.
2. Individuo que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas y ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos.
3. Individuo que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas pero no ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos.
4. Individuo que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y no presenta actividad sexual en las últimas cuatro semanas.
5. Individuo que no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas y ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos.
6. Individuo que no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas y no ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos.
7. Individuo que no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y no presenta actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

Conforme se crearon las categorías enunciadas se procedió a la estandarización del puntaje al interior de cada una para generar el índice en una magnitud comparable para todas las observaciones.

Para cada uno de los perfiles se comparó el puntaje entre hombres y mujeres. Asimismo entre consultantes y no consultantes. Estos últimos son los encuestados pertenecientes a las charlas lo cual brindó una oportunidad para hacer esta comparación. Para cada uno de estos grupos también se discriminó por tipo de modalidad de atención con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados se presentan en la matriz de la siguiente página. Tal como se observa, el índice general de cuidado tiene un puntaje de **56.7 puntos** sobre 100. Se evidencia a su turno un mayor puntaje entre las mujeres frente a los hombres, siendo estadísticamente significativa la diferencia, lo cual indica que las percepciones y actitudes frente al riesgo son mayores en las mujeres que en los hombres.

Igualmente se presenta un mejor puntaje entre los consultantes frente a los no consultantes (la diferencia es estadísticamente significativa al 95%) lo cual indica que los servicios están incidiendo de manera positiva sobre las personas que asisten a los SSAAJ.

Por su parte, al analizar los resultados por modalidades se encuentra que se obtiene un mayor puntaje en los centros amigables y en las unidades frente a las consultas diferenciadas y las charlas (estas últimas obtienen el menor puntaje).

De igual forma, se evidencia que el índice de cuidado es también mayor en los jóvenes frente a los dos grupos de adolescentes lo cual es esperable si se tiene en cuenta que las prácticas de cuidado se fortalecen y se adquiere mayor conciencia con la madurez.

Frente a los resultados de cada uno de los perfiles analizados se encuentra que en general, las personas empiezan a cuidarse cuando se advierten en mayor riesgo. En efecto se encuentra que los grupos de mayor riesgo y que por tanto están más expuestos, parecen ser los más conscientes de su situación y por lo tanto son más propensos a adoptar prácticas de cuidado. Estas además son adquiridas al estar expuestos a los SSSAAJ como se confirma al comparar en cada uno de los grupos, las diferencias entre consultantes y no consultantes. Desde lo cualitativo se encuentra que Los jóvenes consideran que una buena salud sexual y reproductiva afecta aspectos relacionados con su madurez como personas y las expectativas que pueden tener frente a sus proyectos vitales. Se considera que se “...necesita madurez suficiente para iniciar una relación sexual a una edad adecuada ¿sí? Porque a veces uno se apresura y vive cosas que no son de la edad”.

La madurez, según los testimonios, va acompañada de la responsabilidad. Esta se considera que no sólo le pertenece a los hombres en el uso de preservativos, por ejemplo, sino también de la decisión de protegerse que debe compartir la pareja en su conjunto.

“Yo creo que los hombres no son los únicos irresponsables, eso es por parte y parte, porque no es solamente los hombres sino las mujeres también, a veces a las mujeres no les gusta que nosotros los hombres utilicemos preservativos porque dicen que para ellas se siente feo pero de por sí es por parte y parte, el cuidado es de los dos.”

A la responsabilidad se le agregaría, la confianza en sí mismo, el conocimiento que se pueda tener sobre sus intereses y cuerpo y “saber qué es lo que cada cual quiere y necesita”.

En otras palabras, “que cada uno conozca sus derechos y deberes: si yo sé que tengo unas responsabilidades y también unos derechos es mejor porque tengo más información y más capacidad de hacer tal o cual cosa”.

El tema de los derechos fue uno de los que se buscó profundizar. Los jóvenes perciben que sus proyectos de vida pueden verse truncados si no hay responsabilidad y madurez

en su vivencia de la sexualidad y en asumir seriamente sus derechos sexuales y reproductivos. Esta irresponsabilidad les puede acarrear situaciones para las que no están preparados y a las que se tendrían que “resignar”.

“Uno tiene un plan de estudio y queda embarazada y se acabó, porque tiene que ponerse a trabajar o a cuidar al niño”.

“Al quedar embarazada me dicen...usted se tiene que ir a vivir con ese muchacho...Acá a esta casa no vuelve” entonces me tengo que resignar a lo que no quería”.

“...si yo quedo embarazada, entonces ya no puedo estudiar, me toca trabajar y mis proyectos se acaban”

Los participantes consideran ideal contar más adelante con un hogar y con unos hijos para criar pero prefieren que esta situación se presente cuando se esté preparado. De igual forma perciben que un proyecto de vida implica desear esto pero también “programarse” para lograrlo.

“Pues que de aquí a mañana cuando una persona ya esté totalmente organizada...ya puede pensar si ya está casada o viviendo con su pareja o está estable, bien económicamente, puede planear tener un hijo o que de aquí a 10 años voy a tener a mi hijo y el derecho a su salud sexual...a programarse y a proyectarse cuándo quiere y a qué edad”.

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos y el proyecto de vida también surgió el tema de la identidad de género y la orientación sexual. Al respecto, se presentaron testimonios sobre la importancia de asumir quién se es y a quién se decide amar. Se considera que la persona que “...no asume su orientación sexual siempre va a tener complicaciones porque va a tener miedo de que en cualquier momento se sepa, entonces no vamos a tener una vida tranquila, eso de esconder algo no es lo adecuado...”.

De igual forma se considera como una opción respetable y dentro de sus derechos la posibilidad de vivir solo, sin necesidad de pensarse en pareja o con hijos.

“...si yo no quiero casarme no me pueden obligar... entonces [si me obligan] eso cambiaría todos mis planes”

Cuadro 5.12 - Puntajes del índice de Cuidado según perfil de los individuos

Variable	Total	Sexo		P	Consultante		P	Modalidad				P	Grupo étnico			P
		Hombre	Mujer		Sí	No		Centro	Unidad	Consulta	Charlas		Adolescentes tempranos	Adolescentes tardíos	Jóvenes	
Índice General	56,7 (.27)	54,7 (.45)	57,7 (.33)	***	58,07 (.3)	51,95 (.5)	***	60,36 [.93 ;	61,29 [.74	56,98 [.35	51,95 [.49	***	55,04 [.36	58,32 [.51	59,17 [.6	***
1. Individuo sin vida sexual iniciada	52,83 (.44)	53,8 (.76)	52,3 (.54)		54,68 (.57)	49,16 (.61)	***	53 [2,27 ;	60,76 [1,23	53 [.65	49,16 [.61	****	52 [.48	55 [1,19	60,02 [3,72	**
2. Individuo que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas y ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos	49,91 (.62)	47,17 (.82)	52,11 (.86)	***	51,18 (.7)	44,92 (1,03)	***	50,75 [2,24 ;	54,36 [1,89	50,52 [.8	44,92 [1,03	***	48,94 [.81	50,01 [1,07	52,16 [1,64	
3. Individuo que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas pero no ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos	49,67 (.7)	46,87 (1,41)	50,56 (.79)	**	49,73 (.73)	49,14 (2,19)		52,55 [2,58 ;	43,39 [1,63	50,42 [.82	49,14 [2,19	**	48,9 [1,08	50,43 [1,2	49,79 [1,43	
4. Individuo que utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y no presenta actividad sexual en las últimas cuatro semanas.	55,47 (.59)	51,45 (.96)	57,07 (.7)	***	56,12 (.64)	51,31 (1,44)	**	55,93 [1,65 ;	58,8 [2,12	55,75 [.72	51,31 [1,44		54,2 [1,29	56,19 [1,06	55,6 [.85	
5. Individuo que no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas y ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos	64,25 (.58)	61,37 (.83)	66,07 (.76)	***	65,12 (.67)	60,82 (.98)	**	69,49 [1,84 ;	67,32 [1,59	63,91 [.79	60,82 [.98	***	63,4 [.81	63,88 [1,02	66,81 [1,37	
6. Individuo que no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, ha tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas y no ha utilizado, en estas cuatro semanas, métodos anticonceptivos.	62,17 (.9)	58,78 (1,)	63,04 (1,95)	**	62,03 (.98)	63,18 (2,29)		63,81 [3,36 ;	65,47 [1,99	61,13 [61,13	63,18 [63,18		61,18 [1,7	63,32 [1,39	61,69 [1,63	
7. Individuo que no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y no presenta actividad sexual en las últimas cuatro semanas.	67,38 (.5)	64,8 (1,)	68,37 (.57)	**	68,3 (.54)	62,2 (1,2)	***	68,62 [1,22 ;	70,46 [1,04	67,64 [.71	62,2 [1,12	***	67,04 [.8	68,27 [.86	66,81 [.99	

Fuente: Elaboración Econometría Consultores. 2013

5.7 SÍNTESIS DE LOS ÍNDICES

A continuación se presentan tres figuras basadas en los cuadros, que permiten sintetizar los resultados de los índices hasta aquí presentados. Luego, se construye un cuadro que resume todos aquellos aspectos que potencian de manera positiva los SSAAJ y los que inciden de manera negativa, los cuales se constituyen en oportunidades de mejoramiento.

Cuadro 5.13 - Síntesis de los índices según grupo poblacional

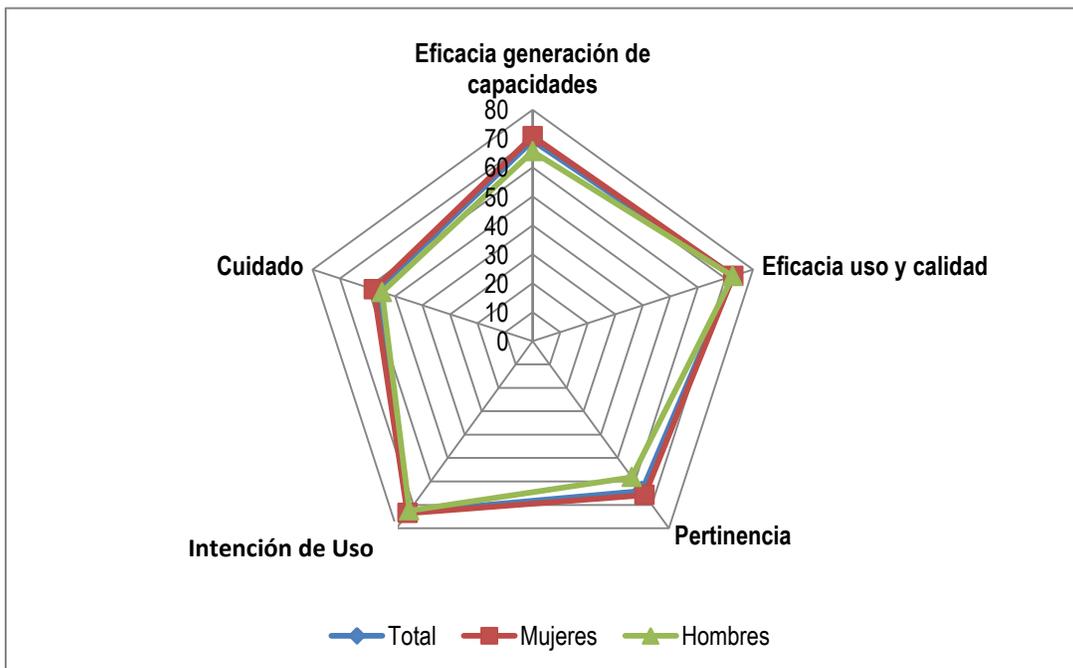
Índice	General	Mujeres	Hombres	A. tempranos	A. tardíos	Jóvenes
Eficacia generación de capacidades	69,3	70,8	65,6	69,5	69,4	68,8
Eficacia uso y calidad	72,8	72,9	72,7	73,2	73,0	71,5
Pertinencia	64,1	65,8	58,2	63,4	64,7	64,3
Intención de uso	73,1	73,6	72,5	73,4	73,4	72,0
Cuidado	56,7	57,7	54,7	55,1	58,3	59,2

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Tal como se aprecia en la siguiente Figura y el cuadro anterior, los índices de mayor puntaje son el de eficacia en uso y calidad y el de intención de uso y el de menor puntaje es el de cuidado. Las mujeres por lo general obtienen puntajes más altos y se obtienen diferencias significativas en el de generación de capacidades y pertinencia, lo cual indica que son las mujeres quienes encuentran una mayor utilidad a los servicios.

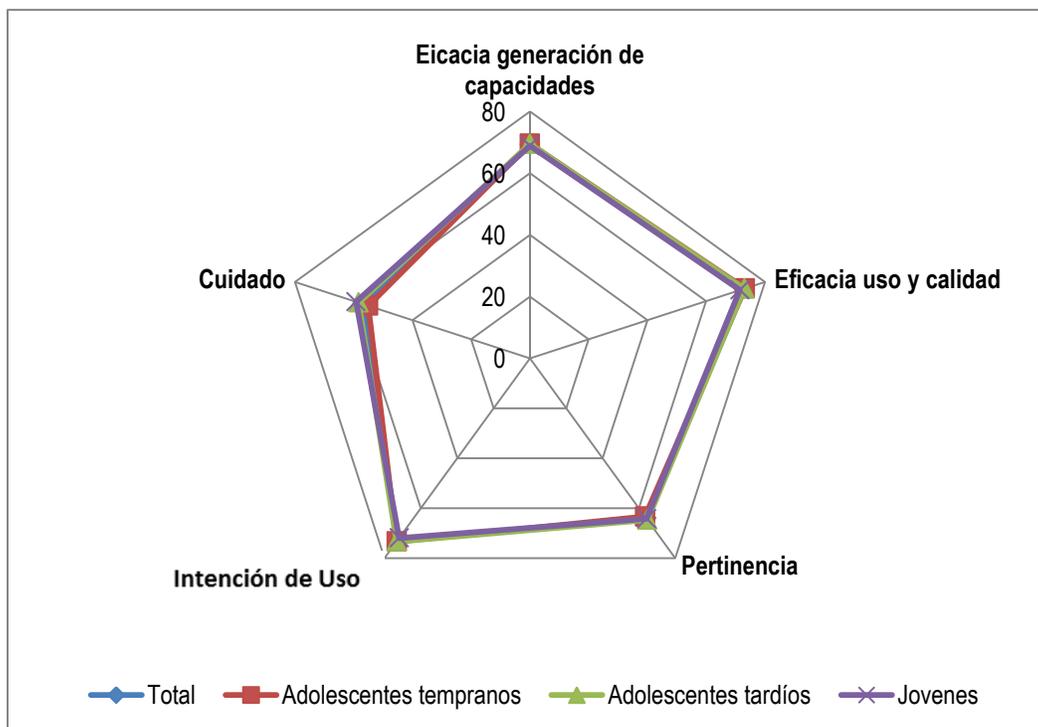
Por grupos de edad no se encuentran mayores diferencias excepto en el de cuidado que como se observó, indica que se mejoran las prácticas de cuidado en la medida en que se adquiere mayor madurez.

Figura 5.4 - Síntesis de resultados de los índices según género del usuario



Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Figura 5.5 - Síntesis de resultados de los índices según grupos etáreos



Fuente: Cálculos Econometría S.A.

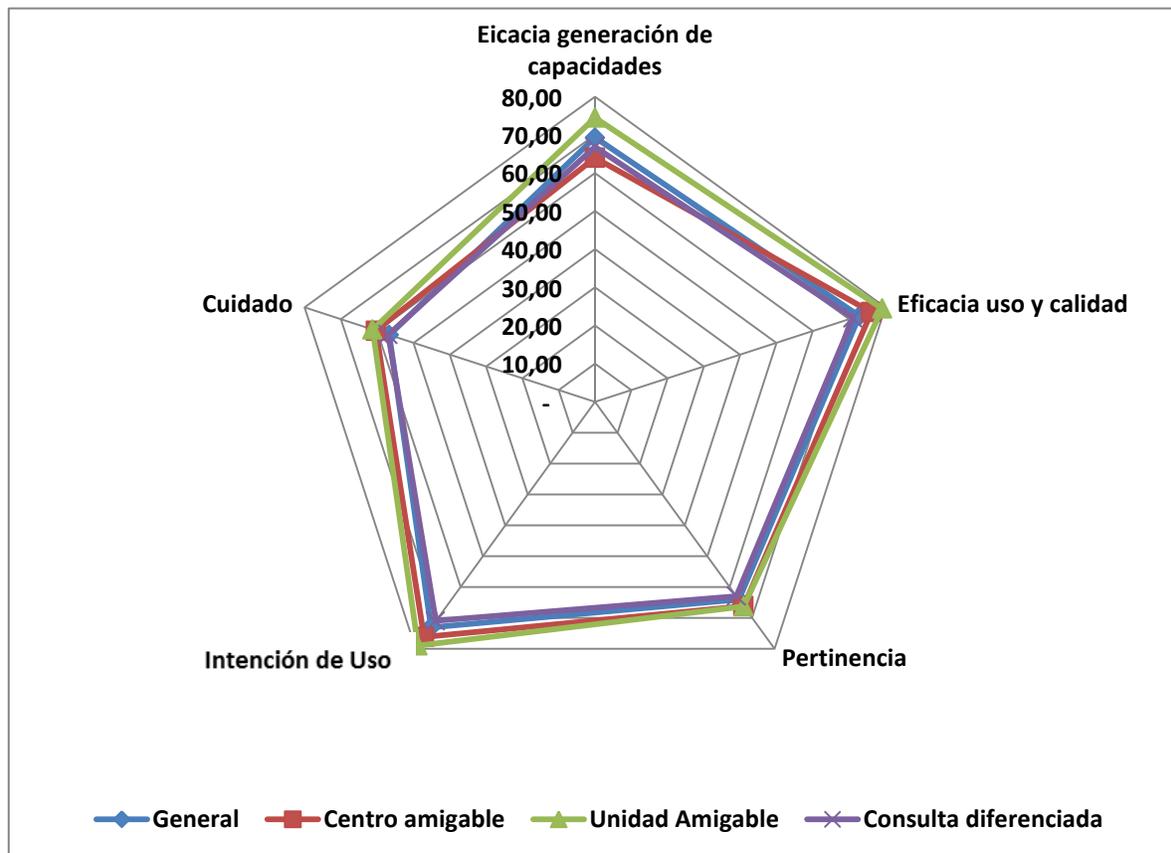
Por su parte, al comparar los índices por modalidad se encuentra que en general la Unidad Amigable obtiene los mejores puntajes frente a las otras dos modalidades. Los centros amigables presentan también puntajes altos en el uso y calidad y en el índice de intención de uso.

Cuadro 5.14 - Síntesis de los índices según modalidad

Índice	Total	Centro amigable	Unidad Amigable	Consulta diferenciada
Eficacia generación de capacidades	69,3	64,0	74,5	66,8
Eficacia uso y calidad	72,8	76,1	79,1	71,1
Pertinencia	64,1	66,2	66,3	63,0
Intención de uso	73,1	76,2	79,0	71,0
Cuidado	56,7	60,4	61,3	57,0

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Figura 5.6 Síntesis de resultados de los índices según modalidad de atención



Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Por su parte los factores que potencian de manera positiva o negativa los SSAAJ según lo que arrojan los resultados hasta aquí analizados se presentan a continuación:

Cuadro 5.15 – Aspectos positivos y negativos identificados del análisis de índices

Aspectos positivos	Factores que inciden de manera negativa
Participación	Costos
Jóvenes multiplicadores	Actitudes sexistas (“los hombres nunca deben negarse y las mujeres no deben mostrar que tienen experiencia o que están listas”)
Conocimiento de derechos	Baja intensidad en el uso de escalonado de los servicios
Influencia de los SSAAJ en:	Factores protectores del riesgo
Toma de decisiones	
Relaciones de pareja	
Cuidado de salud	
Calidad de atención clínica y productos	
Calidad de instalaciones e insumos	
Calidad de la información	
Uso de Métodos Anticonceptivos	
Tener pareja	
Actitudes positivas hacia el uso de Métodos Anticonceptivos	

Fuente: Cálculos Econometría S.A.

Capítulo 6

EVALUACIÓN DE OPERACIONES

En este capítulo se presentan los resultados en cuanto a la operación del modelo, su desarrollo y grado de implementación. El modelo cuenta con una serie de actores que se articulan para llevar a cabo las actividades necesarias para entregar los servicios amigables a los jóvenes y adolescentes, por esto el análisis a continuación muestra las diferentes perspectivas de cada uno. En primer lugar, se presenta una evaluación del grado de implementación del modelo, desde la perspectiva de los prestadores de servicios amigables, teniendo en cuenta la articulación y coordinación en cada una de las fases del proceso así como su consistencia integral para el logro de los componentes contemplados en el modelo. En segundo lugar, se hace un análisis desde la perspectiva de los entes territoriales, contrastando el deber ser de su papel con la visión que tienen del mismo y obteniendo una caracterización general de los SSAAJ desde los niveles departamental y municipal. Adicionalmente se incluye un estudio del papel de las EPS con base en las 2 entrevistas logradas.

6.1 PRESTADORAS DE SERVICIOS

Las entidades prestadoras de servicios se encargan principalmente de la organizar el servicio para facilitar la atención a jóvenes, ajustando procesos y encargándose de garantizar dotación e infraestructura para una atención adecuada. La figura 6.1 muestra en detalle el rol de las IPS definido en el modelo de SSAAJ.

Para evaluar el grado de implementación del modelo, se aplicó una encuesta a dos tipos de actores: el personal médico y profesionales de salud que atiende directamente a los jóvenes y adolescentes; y por otro lado a profesionales del área administrativa que conoce de ese aspecto en la prestación de los servicios.

De las 97 instituciones contactadas que recibieron el enlace de la encuesta virtual, 54 la respondieron (algunas parcialmente²⁹), es decir, se logró un cubrimiento de 55,7% una vez agregados los resultados de funcionarios de las áreas de atención y de administración.

²⁹ La Fundación Clínica Leticia sólo respondió la información de cuatro (4) de las ocho (8) preguntas del segundo capítulo, las demás secciones: 3 a 7 no fueron diligenciadas.

Figura 6.1 – Rol de las IPS en los SSAAJ



Fuente: Elaboración propia con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). "Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes" (Segunda Edición). Recuperado el 05/11/2013 http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/modelosamigables2.pdf.

En términos generales, el perfil de profesionales que diligenciaron la encuesta fue enfermeras, psicólogos y coordinadores de los servicios amigables y de programas de promoción y prevención.

Cuando se preguntó por cómo se entiende el rol de los prestadores de servicios dentro del modelo, se observa que la mayoría ve su papel como orientadores de los jóvenes en términos de su salud, no sólo sexual y reproductiva sino también en cuanto a salud mental, proyecto de vida y en general, como prestadores de atención integral para un buen desarrollo de la salud física y emocional. Dentro de sus responsabilidades también resaltan las actividades de inducción a la demanda que deben realizar y la prestación de servicios de consulta médica.

Los encuestados también mencionan la promoción de actividades que generen la participación activa de jóvenes, la coordinación con otros servicios, entidades gubernamentales, grupos y organizaciones juveniles, instituciones educativas y comunidad en general. Aunque no es generalizado, hay algunos servicios que mencionan su responsabilidad en el entrenamiento a los funcionarios de la IPS y lograr

que “*los colegas conozcan la estrategia*”³⁰. El seguimiento al desarrollo del modelo para mejorarlo, verificando que se esté prestando atención oportuna a jóvenes y la evaluación de los programas de promoción de SSR en jóvenes son otras de las labores que se mencionan.

Al hacer una comparación con las directrices que da el modelo (figura 6.4) en cuanto a las actividades de las IPS, se observa que en términos de atención son fuertes. Sin embargo, la parte administrativa muestra aún oportunidades de mejora; las debilidades se encuentran en el ajuste de los procesos administrativos a la prestación de los servicios amigables, el diseño de un sistema integral de información, el registro permanente y en términos generales, aunque se menciona el seguimiento, se requiere una mayor atención en la parte de documentación de procesos, elaboración de actas para socialización de los resultados y consolidación de los indicadores de gestión. También se ve necesario fortalecer la importancia en el rol de capacitación del recurso humano.

En la encuesta a funcionarios también se recolectó información para la creación de un índice sintético con el fin de identificar las fortalezas y debilidades en ese desarrollo del modelo³¹. El índice está compuesto por 6 categorías, todas con los mismos pesos o ponderaciones dentro del puntaje total. A continuación se detalla la composición del índice:

- a. Prestación de servicios
- b. Talento Humano
- c. Recurso Físico
- d. Gestión de la Información, Seguimiento y Monitoreo
- e. Procesos y sostenibilidad
- f. Redes y participación

Para cada una de estas categorías, el cálculo del puntaje de cada institución se hizo con base al cumplimiento alcanzado, es decir, se estableció el “puntaje ideal” de cada

³⁰ Respuesta abierta de encuestado por *Survey Monkey*

³¹ No todas las preguntas son calificables, se incluyeron muchas netamente informativas por lo que solo se tuvieron en cuenta las útiles en el cálculo del índice. Adicionalmente, como la idea es poder asignar una única calificación a cada entidad (lo que llevará al puntaje agregado del índice en cada categoría), las respuestas de funcionarios de atención y administrativos de una misma entidad se agregaron de la siguiente manera: a) se complementan las respuestas cuando alguno de los dos no respondió o revela no saber, es decir, se toma la respuesta de quien “sí sabe”, b) Si ambos respondieron, se toma la respuesta del más conocedor del servicio lo cual se observa en el perfil de quien respondió (ej.: si se tienen las respuestas de el/la coordinador/a del servicio amigable (respondiendo como personal de atención) y la de el/la estadístico/a (respondiendo como personal de administrativo), se toma la respuesta del coordinador del servicio), c) Si no hay claridad con la información para determinar quién sería el informante idóneo con base al perfil, de acuerdo a la categoría, se toma la respuesta del encuestado en atención o en administración.

categoría y luego se contrastó el logro de cada institución, obteniendo un porcentaje de cumplimiento³². Esto se realizó como una estandarización del puntaje al interior de cada categoría para generar el índice en una magnitud comparable para todas las dimensiones.

Al final, el Índice está expresado en una escala del 0% al 100%, donde los puntos extremos de la escala son valorados como la mínima y máxima calificación, respectivamente, y se puede ver cómo fue el logro en cada dimensión. Para dar claridad a la interpretación de los resultados, se definieron cuatro rangos dentro de la escala:

Figura 6.2 – Rangos de calificación



Fuente: Elaboración propia. Econometría S.A. 2013.

Los anteriores rangos aplican para el análisis, tanto a nivel de categorías como para el puntaje final de Índice.

Con este índice se responde a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el grado de implementación y desarrollo de los componentes de los SSAAJ en cada una de sus modalidades? (Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación, Profesionales y personal de salud, Procedimientos administrativos y de gestión, Disponibilidad de una amplia gama de servicios, Participación social y comunitaria)
- ¿Los jóvenes participan en los procesos de planificación y operacionalización del servicio?, ¿En qué componentes, en qué etapas, y en qué nivel de participación?
- ¿Qué información se genera sobre atención y servicios prestados en el marco del modelo? ¿Cómo se realiza su captura, registro y procesamiento? ¿Qué dificultades se presentan?

³² Cada variable del índice fue construida con base a preguntas con respuestas dicotómicas, que utilizan Escala de *Likert*, o con más de una opción pero cerrada, lo que permitió otorgar puntajes de acuerdo a la respuesta esperada, puntuando con un mayor valor a aquellas más cercanas a lo establecido por el modelo. Las respuestas vacías o “No sabe/No responde” obtienen un valor nulo en la calificación.

- ¿El personal asistencial está debidamente capacitado para implementar y desarrollar el modelo? ¿por qué? (Caracterice a los profesionales encargados de la atención a las y los adolescentes y jóvenes)
- ¿El servicio cuenta con guías o protocolos para brindar una atención integral?, ¿En qué casos?
- ¿Qué procesos administrativos utilizan las IPS, para garantizar la continuidad y oportunidad de los servicios enmarcados en el modelo SSAAJ?
- ¿El servicio ha implementado un sistema de gestión de calidad?

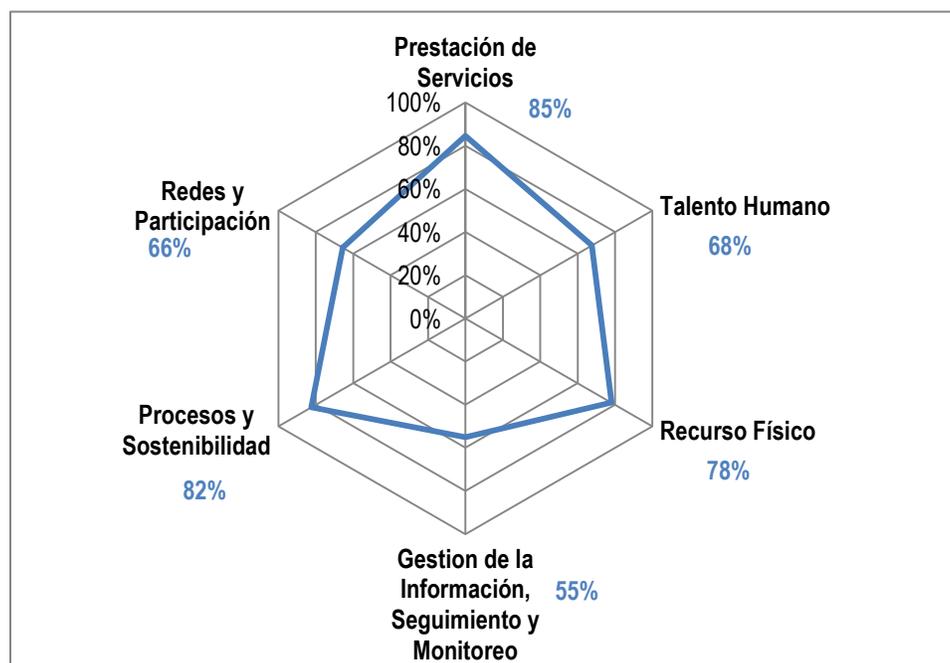
Más adelante en el capítulo se responden las siguientes preguntas:

- ¿Los actores que participan en el modelo están coordinados, articulados y tienen delimitadas claramente sus competencias? Si no están claramente delimitadas, ¿cuáles son las razones?
- ¿Cuál es el portafolio de servicios que se ofertan a adolescentes y jóvenes?, ¿dicho portafolio contempla la atención integral de adolescentes y jóvenes, más allá de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ¿Qué características determinan la adopción e implementación del modelo por parte de prestadores?

La figura 6.3 muestra los resultados de este índice sintético, donde se evidencia que el modelo de servicios amigables, en general, produjo resultados satisfactorios: el Índice Sintético se ubicó en el rango “Intermedio Alto” de calificación con un puntaje de **72%**³³; este porcentaje se puede interpretar como el grado de implementación del modelo de servicios amigables. Más adelante en este capítulo se profundizará en cada dimensión que llevó a obtener este resultado. Como se observa en la figura, la mayoría de categorías se encuentra en el nivel “Alto”: Prestación de Servicio, Recurso Físico, Gestión de la Información, Seguimiento y Monitoreo, y Procesos son las dimensiones de mayor calificación. Por otra parte, Redes y Talento Humano son las categorías que se encuentran con calificaciones por debajo de 75% halando hacia abajo el valor del índice.

³³ Se incluyeron en el cálculo 53 de las 54 que respondieron ya que una las entidades, FUNDACIÓN CLÍNICA LETICIA

Figura 6.3 – Índice sintético



Fuente: Cálculos Econometría S.A

Este índice se puede desagregar por modalidad como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 6.1 – Calificaciones del índice sintético por modalidad

Modalidad	Prestación de Servicios	Talento Humano	Recurso Físico	Gestión de la Información, Seguimiento y Monitoreo	Procesos y Sostenibilidad	Redes y Participación	Total
Consulta Diferenciada	84%	68%	75%	55%	83%	63%	71%
Unidad Amigable	85%	71%	96%	57%	78%	80%	78%
Centro Amigable	88%	55%	86%	54%	85%	67%	73%

Fuente: Cálculos Econometría S.A

Se observa que las Unidades Amigables (7) son las de mejor desempeño en varias dimensiones, superando a los Centros Amigables (3) en algunos casos³⁴. En términos de recurso físico³⁵, talento humano, gestión de la información y redes, superan a las

³⁴ Cabe recordar que este ejercicio no tiene representatividad estadística.

³⁵ Dado que las pautas en términos de recurso físico e instalaciones difiere entre modalidades, en el cálculo del índice este aspecto se tuvo en cuenta por lo que los resultados son comparables.

otras dos modalidades. Los Centros Amigables se destacan en la dimensión de prestación de servicios y en procesos.

En los siguientes apartados, cada una de las dimensiones del Índice Sintético se analiza de manera independiente con el fin de identificar el logro en cada una de las mismas. Vale anotar que inicialmente se había considerado una categoría de Gestión Financiera; sin embargo, debido a la baja tasa de respuesta en esta sección de la encuesta (66% del total de encuestados), esta categoría se sustituyó por la de Procesos. No obstante, más adelante en este capítulo se hace referencia a los resultados encontrados en la categoría de Gestión Financiera.

6.1.1 Prestación de servicios

En esta categoría la calificación general obtenida fue de **85%**, ubicándose en el rango “Alto”. Dentro de esta categoría se evalúan las acciones que realizan las entidades para inducir a la demanda, el conocimiento de la normatividad para la prestación del servicio y las alternativas que se ofrecen a los jóvenes cuando demandan servicios que no se ofrecen en la institución; este último aspecto muestra el compromiso de las instituciones con los jóvenes más allá de la prestación de un servicio.

Como se vio en la parte introductoria, las IPS tienen claro su papel como difusores de la demanda de los servicios entre los jóvenes y esto concuerda con el logro alcanzado en este aspecto: de seis opciones de acción planteadas para inducir a la demanda, las IPS están realizando, en promedio, 5³⁶.

En cuanto al conocimiento de la normatividad para la prestación del servicio, las entidades también se destacan: dentro de los 5 temas por los cuales se indagó, éstas tienen conocimiento, en promedio, de un 91%. En particular, en esta subcategoría se preguntó por una serie de decretos y resoluciones que son básicas para el desarrollo de servicios de salud en general³⁷.

En cuanto a las acciones que se realizan cuando un joven solicita un servicio que no se presta en la institución, se observó que se toman alternativas como darle un primer servicio orientado a cubrir parcialmente la necesidad del joven o informándole de la IPS más cercana en donde se sepa que hay un servicio como el demandado; en menor

³⁶ Las 6 opciones son: 1) Realiza atención extramural y jornadas especiales, 2) Promueve remisión de colegios y redes sociales, 3) Promueve remisión de ICBF y comisarías, 4) Conformar grupos juveniles que promuevan los SSAAJ, 5) Promueve activamente los SSAAJ, 6) Ofrece programas de Prevención y Protección.

³⁷ Se preguntó por: Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1446 de 2006, Circular externa 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 1445 de 2006.

medida, aunque también se realiza con frecuencia, no sólo se orienta sobre la alternativa sino que se garantiza la remisión.

Aunque en el índice no fue calificada, vale la pena señalar en este apartado la demanda por servicios reportada por las instituciones, de acuerdo con la frecuencia y rango de edad:

Cuadro 6.2 – Demanda de servicios por rango de edad (%)

Tipo de servicio	10-14 años						Total	15-19 años						Total	20-24 años						Total
	1. Muy poco frecuente	2. Poco frecuente	3. Ni poco ni muy frecuente	4. Frecuente	5. Muy frecuente	6. Aquí no se ofrece ese servicio		1. Muy poco frecuente	2. Poco frecuente	3. Ni poco ni muy frecuente	4. Frecuente	5. Muy frecuente	6. Aquí no se ofrece ese servicio		1. Muy poco frecuente	2. Poco frecuente	3. Ni poco ni muy frecuente	4. Frecuente	5. Muy frecuente	6. Aquí no se ofrece ese servicio	
a. Consulta y controles de Medicina y enfermería General, consulta médica especializada	0.0%	9.3%	16.7%	25.9%	37.0%	0.0%	100%	1.9%	5.6%	7.4%	33.3%	48.1%	0.0%	100%	0.0%	5.6%	1.9%	37.0%	53.7%	0.0%	100%
b. Consejería o consulta en anticoncepción o métodos anticonceptivos	1.9%	20.4%	11.1%	24.1%	38.9%	0.0%	100%	0.0%	0.0%	5.6%	37.0%	53.7%	0.0%	100%	0.0%	0.0%	3.7%	33.3%	61.1%	0.0%	100%
c. Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado	11.1%	24.1%	11.1%	27.8%	20.4%	1.9%	100%	3.7%	9.3%	14.8%	37.0%	29.6%	3.7%	100%	1.9%	14.8%	11.1%	35.2%	33.3%	1.9%	100%
d. Asesoría en salud mental y psicología	3.7%	13.0%	14.8%	31.5%	24.1%	5.6%	100%	1.9%	11.1%	13.0%	37.0%	27.8%	5.6%	100%	0.0%	7.4%	14.8%	44.4%	22.2%	7.4%	100%
e. Asesoría en violencia intrafamiliar y de pareja	11.1%	31.5%	16.7%	22.2%	11.1%	1.9%	100%	9.3%	25.9%	22.2%	25.9%	11.1%	1.9%	100%	9.3%	18.5%	14.8%	38.9%	11.1%	3.7%	100%
f. Asesoría sobre identidad género y orientación sexual	18.5%	22.2%	22.2%	22.2%	5.6%	3.7%	100%	11.1%	22.2%	22.2%	27.8%	9.3%	3.7%	100%	20.4%	22.2%	18.5%	25.9%	7.4%	1.9%	100%

Tipo de servicio	10-14 años						Total	15-19 años						Total	20-24 años						Total
	1. Muy poco frecuente	2. Poco frecuente	3. Ni poco ni muy frecuente	4. Frecuente	5. Muy frecuente	6. Aquí no se ofrece ese servicio		1. Muy poco frecuente	2. Poco frecuente	3. Ni poco ni muy frecuente	4. Frecuente	5. Muy frecuente	6. Aquí no se ofrece ese servicio		1. Muy poco frecuente	2. Poco frecuente	3. Ni poco ni muy frecuente	4. Frecuente	5. Muy frecuente	6. Aquí no se ofrece ese servicio	
g. Asesoría y atención sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/SIDA	18.5%	18.5%	14.8%	22.2%	18.5%	1.9%	100%	1.9%	14.8%	18.5%	31.5%	29.6%	1.9%	100%	3.7%	9.3%	20.4%	37.0%	22.2%	0.0%	100%
h. Atención en abuso sexual	22.2%	31.5%	24.1%	11.1%	5.6%	0.0%	100%	22.2%	27.8%	24.1%	14.8%	5.6%	1.9%	100%	27.8%	29.6%	18.5%	11.1%	5.6%	1.9%	100%
i. Atención integral a jóvenes viviendo con VIH	44.4%	18.5%	16.7%	7.4%	3.7%	5.6%	100%	27.8%	25.9%	25.9%	3.7%	5.6%	7.4%	100%	27.8%	24.1%	22.2%	11.1%	3.7%	7.4%	100%
j. Toma de citología cérvico-vaginal	27.8%	13.0%	9.3%	18.5%	25.9%	0.0%	100%	3.7%	3.7%	16.7%	24.1%	50.0%	0.0%	100%	3.7%	3.7%	3.7%	22.2%	63.0%	0.0%	100%
k. Solicitud de preservativos	22.2%	16.7%	14.8%	16.7%	24.1%	1.9%	100%	5.6%	13.0%	5.6%	24.1%	44.4%	3.7%	100%	5.6%	14.8%	5.6%	29.6%	37.0%	3.7%	100%
l. Solicitud de tratamientos para infecciones de transmisión sexual	42.6%	22.2%	14.8%	7.4%	7.4%	1.9%	100%	20.4%	14.8%	22.2%	25.9%	13.0%	0.0%	100%	13.0%	18.5%	22.2%	22.2%	20.4%	0.0%	100%
m. Solicitud de prueba de VIH o medicamentos retrovirales	38.9%	18.5%	13.0%	14.8%	3.7%	5.6%	100%	18.5%	14.8%	20.4%	25.9%	16.7%	1.9%	100%	14.8%	22.2%	16.7%	24.1%	14.8%	3.7%	100%
n. Derechos de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia	16.7%	18.5%	11.1%	22.2%	24.1%	3.7%	100%	3.7%	16.7%	11.1%	33.3%	29.6%	3.7%	100%	5.6%	11.1%	24.1%	24.1%	29.6%	1.9%	100%
o. Nutrición	14.8%	13.0%	16.7%	20.4%	13.0%	18.5%	100%	7.4%	16.7%	18.5%	18.5%	20.4%	14.8%	100%	11.1%	18.5%	11.1%	18.5%	20.4%	16.7%	100%
p. Odontología	3.7%	3.7%	9.3%	35.2%	44.4%	0.0%	100%	3.7%	3.7%	5.6%	35.2%	46.3%	1.9%	100%	5.6%	9.3%	11.1%	31.5%	38.9%	1.9%	100%

Fuente: Cálculos Econometría S.A

Nota: Las respuestas "No sabe/No responde" se omitieron del cuadro, sin embargo, la sumatoria de la columna "Total" contiene esta posibilidad de respuesta por lo que las columnas 1-6 no suman 100%

Como se puede observar, los servicios demandados con mayor frecuencia en el rango de 10 a 14 años son odontología (44%), consejería o consulta en anticoncepción o métodos anticonceptivos (39%) y consulta y controles de medicina y enfermería general, consulta médica especializada (37%). Al pasar al rango de 15 a 19 años, la solicitud de consejería o consulta en anticoncepción o métodos anticonceptivos es más demandada (53,7%) y la toma de citología cérvico-vaginal entra como un servicio altamente demandado (50%), según los funcionarios encuestados; las consultas y controles de medicina y enfermería general, también aumentan en cuanto a su demanda por parte de este grupo etario. En el grupo de 20 a 24 se mantienen con la más alta demanda los mismos tres servicios aunque aumenta su frecuencia: la toma de citología cérvico-vaginal es de 63% y las consultas en anticoncepción o métodos anticonceptivos tiene una frecuencia de 61%.

La atención integral a jóvenes viviendo con VIH es, para todos los rangos de edad, de los servicios con menor frecuencia de demanda según los funcionarios encuestados.

En términos generales, se observa que los servicios más demandados en los rangos de población presentados están relacionados con SSR; aunque se demandan frecuentemente servicios como odontología (mayor demanda rango de 10 a 14 años), nutrición y asesorías en salud mental por parte de los jóvenes de 15 a 24 años, las consultas sobre métodos anticonceptivos, la solicitud de preservativos, y los exámenes y asesorías especializados en SSR predominan.

6.1.2 Talento Humano

En esta categoría la calificación general obtenida fue de **68%**, ubicándose en el rango “Intermedio Alto”. Dentro de esta categoría se evalúan la frecuencia con la que la IPS ofrece capacitaciones a todo el personal, los temas en los que reciben capacitación (19), la rotación del personal capacitado en atender a la población joven y adolescente, y qué tan seguro/a se siente el encuestado³⁸ en su habilidad o capacidad para atender en su práctica de salud diferentes situaciones (13) a las que puede verse enfrentado.

La frecuencia de las capacitaciones es una de las variables que arrastra hacia abajo el valor de esta categoría. Aunque el 85% de las instituciones revela que en los últimos 24 meses ha sensibilizado al personal sobre la atención a población joven y adolescente, al preguntarles por capacitaciones de más de 24 horas (también sobre la atención a jóvenes) u orientadas a instruir sobre el modelo de SSAAJ, los porcentajes se reducen a

³⁸ Esta pregunta sólo fue dirigida a personal de atención

49% y 66% respectivamente. En cuanto al contenido de esas capacitaciones, se indagó puntualmente por 19 ítems, entre los que se incluyó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, auditoría y sistemas de costos hospitalarios, alto riesgo obstétrico y desarrollo de protocolos de atención al adolescente³⁹. En esta subcategoría, las instituciones, en promedio, llegan a un logro de 70%, es decir, están haciendo, en promedio, capacitaciones en trece de los diecinueve temas preguntados.

La categoría también se ve afectada de manera negativa por la alta rotación del personal que atiende a jóvenes: un 40% de las instituciones coincide en que su rotación es alta y otro 40% indica es media. La principal razón que revelan los encuestados para esta rotación es por el tipo de contrato laboral y también lo atribuyen al cambio de administración municipal/departamental.

En cuanto a las habilidades para atender diferentes situaciones con las que se presenten los jóvenes en el servicio, se observa que la mayoría de funcionarios de atención se sienten muy seguros en cuanto a sus capacidades para orientar a los adolescentes, identificar y respetar diferencias y necesidades específicas de cada joven, reconocer que deben estar en constante actualización sobre temas de juventud. En efecto, el porcentaje de cumplimiento en esta subcategoría es de 73%.

6.1.3 Recurso Físico

En esta categoría la calificación general obtenida fue de **78%**, ubicándose en el rango “Alto”. Esta categoría indaga por dos aspectos de la infraestructura de las instituciones de salud: por un lado, las características comunes que puede tener cualquier prestadora de salud que ofrezca o no servicios amigables y, por otro lado, las características propias de las modalidades de servicios para jóvenes.

En términos generales, las instalaciones de las entidades encuestadas cuentan con los servicios básicos: acueducto, alcantarillado y energía eléctrica. La mayoría (más del 80%) cuenta con teléfono, conexión a internet, ventilación e iluminación adecuados. Con respecto a las características especiales de los servicios amigables, es importante

³⁹ Los temas incluidos son: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Reglamentación del Sistema General de Seguridad Social, Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos, Género, Normatividad del SGSSS, Auditoría y sistemas de costos hospitalarios, Estadísticas vitales, Ecografía básica, Estrategias de Información Educación y Comunicación, Alto riesgo obstétrico, Reducción de la morbilidad y la mortalidad materna, Desarrollo de protocolos de atención a la adolescente, Reglamentación para la detención y atención temprana de la violencia sexual en el escenario del SGSSS en Colombia, Conceptos básicos de violencia sexual, Diseño y redacción de estrategias creativas, Competencias institucionales frente a la violencia sexual, Entrevista forense con énfasis en instituciones que reciben denuncias, Investigación, dictamen y manejo forense de la escena y la evidencia

mencionar que el puntaje en esta subcategoría se corrigió por la modalidad ya que no aplican a todas las mismas preguntas por lo que no se puede castigar, por ejemplo, a las consultas diferenciadas, por no contar con salas de espera exclusivas para los adolescentes. Haciendo esta corrección, se encuentra que las mayores debilidades de esta subcategoría se encuentran en los anuncios que deberían tener motivando a la participación de pares y otros explicitando que la atención y la información son confidenciales. En contraste, la señalización de los espacios donde operan los servicios así como la privacidad que ofrecen a los jóvenes y adolescentes son para la mayoría de las instituciones que respondieron, una fortaleza.

6.1.4 Gestión de la Información, Seguimiento y Monitoreo

En esta categoría la calificación general obtenida fue de **55%**, ubicándose cerca al límite inferior del rango “Intermedio Alto”. En este caso, la calificación se basó en el tipo de registros que llevan las entidades, la calidad de los mismos y el reporte de información, tanto en la encuesta como al MSPS; para esto se indagó al nivel nacional por lo que esta categoría tiene dos elementos: uno de evaluación “interna” y otro “externa” .

El 89% de las instituciones registra información sobre la atención prestada en los servicios amigables, la cual incluye motivo de la consulta, resultado de la misma y fecha estimada de control. El 92% de las entidades hace el registro en medio digital (puede ser en alguno de los programas de Office o en un sistema propio de la entidad; sin embargo, y en términos generales, la información se registra en Excel); esto es algo muy importante ya que permite que la información se preserve y tenga potencial de ser compartida. Sin embargo, este tipo de registro no garantiza heterogeneidad en los archivos por lo que la recepción y procesamiento de la información se dificultan. En efecto, al preguntar al MSPS por las principales dificultades en la gestión de información se mencionó que el registro y uso de las bases de datos e instrumentos de recolección, es la principal dificultad. A esto le sigue el manejo de la información, el reporte y la recolección y análisis.

Adicionalmente, al preguntar al nivel nacional qué porcentaje de prestadoras de servicios reporta la información de los formatos A4, A11 e indicadores de productividad de la manera debida (es decir, como se le solicita o como se espera), se encuentra que en promedio, sólo 7 de las prestadoras realiza el reporte periódico a pesar que *“la gestión de información en los SSAAJ, se ha realizado de manera concertada con los*

*actores, a través de reuniones regionales y nacionales en las que se definió en consenso los indicadores a recolectar y los medios de recolección de la misma*⁴⁰.

Aun con estas dificultades, al interior de las entidades prestadoras de servicios el registro de información permite implementar un sistema de seguimiento y monitoreo. El 79% indica que cuenta con un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación implementado para la prestación de los SSAAJ. Uno de los encuestados⁴¹, que respondió de manera negativa a la pregunta de si tiene este sistema afirmó que no lo tienen implementado en su entidad *“porque el personal no presta atención exclusiva para jóvenes”*. Aunque hay una buena proporción de las entidades que, de acuerdo a lo anterior, cuenta con información suficiente, la calidad de sus registros no es muy buena ya que sólo el 64% reporta estar depurando la información registrada.

Adicional a lo anterior, una de las variables que se incluyó en el índice fue el uso de los indicadores de productividad, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer seguimiento a la estrategia SSAAJ para las actividades de vigilancia y control. El 79% respondió de manera afirmativa, lo cual aumentó su puntaje en esta categoría de gestión de información. Quienes no lo han implementado explican que se debe a que *“falta mayor información”* sobre el uso y a que no se han actualizado en este tema.

Aunque si se llevan registros, se observa que hay deficiencias para el reporte a instancias como el MSPS: desde la perspectiva nacional, el avance en cuanto a gestión de información es del 80% y, puntualmente, el reporte de la información es deficiente pues los reportes son irregulares, incompletos y son muy pocos los que lo hacen periódicamente. Al interior de las entidades se encuentra que no se lleva un control de calidad de la información pues no todas tienen dentro de sus procesos esa práctica; adicionalmente, cuando se preguntó por el rol que se entendía tiene la entidad como prestadora del servicio, sólo un par de instituciones resaltaron la importancia de su responsabilidad en cuanto al registro de información.

6.1.5 Procesos y sostenibilidad

En esta categoría la calificación general obtenida fue de **82%**, ubicándose en el rango “Alto”. Se incluyó una variable relacionada con el número de guías y/o protocolos con las que cuenta la entidad y también otra con el número de procesos que estén implementados en la entidad a la fecha, de acuerdo con el modelo de Sistema de

⁴⁰ Testimonio MSPS. La labor de recolección desde el nivel nacional es reforzada mediante oficios dirigidos a secretarios de salud departamentales y correos electrónicos de seguimiento dirigido a los coordinadores de SSR departamentales.

⁴¹ Funcionario de modalidad: Consulta diferenciada

Gestión de Calidad para servicios de Salud Sexual y Reproductiva⁴². Por último, se incluye una variable sobre alianzas con el gobierno; aunque tendría cabida en la dimensión de Redes y Participación, se incluye aquí debido a su importancia para la sostenibilidad del modelo. En efecto, al haber establecido alianzas con entidades gubernamentales como secretarías de salud municipales y departamentales u otras entidades como el ICBF, hay una mayor probabilidad de que los servicios se fortalezcan en el tiempo y no dependan de la presencia de una persona con iniciativa dentro de la entidad o de alguna administración.

Para la primera subcategoría se indagó por 8 guías⁴³. En promedio, las instituciones que respondieron cuentan con 7 de éstas, lo cual muestra fortalezas en cuanto al establecimiento de procedimientos. La guía con la que menos cuentan los servicios es la guía técnica Proyecto Integra.

De otra parte, en cuanto a definición de procesos, en promedio el 92% de las entidades reveló que cuenta con procesos básicos o modelo de atención, un 87% cuenta con procesos de apoyo, es decir, aquellos que garantizan la calidad de los insumos y personas requeridas para el servicio: gestión del recurso humano, gestión financiera, gestión de recursos físicos, gestión de información. Hay una misma proporción que cuenta con procesos de direccionamiento definidos y un 83% tiene procesos de evaluación, análisis y mejora.

Detallando en los procesos administrativos que se utilizan para garantizar la continuidad y oportunidad de los servicios enmarcados en el modelo SSAAJ, las instituciones mencionan la articulación interinstitucional y el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención.

6.1.6 Redes y participación

En esta categoría la calificación general obtenida fue de **66%**, ubicándose en el rango “Intermedio Alto”. En esta categoría se tuvo en cuenta, de una parte, el desarrollo de acciones conjuntas con otros actores para garantizar complementariedad en las acciones para la coordinación en la prestación de los servicios amigables y, por otra parte, el aspecto de mayor relevancia en esta dimensión fue la participación de los jóvenes en los procesos de identificación de las necesidades en términos de servicios en SSR, en los procesos de diseño e implementación, en la promoción y comunicación, en la

⁴² Modelo de Servicios Amigables, p.80.

⁴³ Las 8 guías / protocolos son: Decreto 1011 de 2006, Resolución 412 de 2000, Normas técnicas y guías de atención (versión actualizada de 2007), Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Código de la Infancia y la Adolescencia, Guías técnicas Proyecto Integra, Guías de atención basadas en la evidencia, Protocolos institucionales

evaluación y propuesta de acciones de mejora a los servicios así como, en los procesos de veeduría y control ciudadana, y en la toma de decisiones sobre agendas y funcionamiento de los SSAAJ.

El componente que arrastra hacia arriba el valor del índice es el relacionado con articulación interinstitucional: un 85% de las entidades que respondieron realiza acciones conjuntas con otros actores; esto ya se había evidenciado en la sección anterior pues precisamente uno de los procesos administrativos que es más mencionado es el de trabajo intersectorial.

La participación de los jóvenes, por otro lado, es la subcategoría que hace perder puntos a las instituciones prestadoras de servicio en esta dimensión y en particular, la participación en los procesos de veeduría y control ciudadano así como en la toma de decisiones sobre agendas y funcionamiento de los SSAAJ. Esto es coherente con lo encontrado en las encuestas hechas a los jóvenes: el porcentaje total de participación es inferior al 10%⁴⁴ y es en las actividades de control social en donde se presenta la menor intervención de los adolescentes (6,41%). Esto se puede deber a que no hay una divulgación adecuada de los beneficios del modelo y de la misma posibilidad de participación por parte de la población.

De acuerdo con los resultados encontrados para jóvenes, también se identificó que la mayor participación de esta población (ya sea individualmente o de manera colectiva) es en las etapas de identificación de necesidades de servicios orientados a la SSR y en la evaluación y propuesta de mejora de los mismos.

⁴⁴ Ver Capítulo 4: Caracterización

Recuadro 6.1
ESTUDIO DEL PAPEL DE LAS EPS EN EL MODELO SSAAJ

Dado que se considera importante el potencial de la extensión del modelo de los SSAAJ, en el marco de la evaluación se entrevistaron algunas EPS con el fin de explorar las posibilidades de ampliación a través de estas entidades así como identificar los principales retos desde el punto de vista de ellas.

Se encontró que las EPS entrevistadas se encuentran en una fase de preparación para la adaptación del modelo a su sistema de gestión y se encuentran en las capacitaciones correspondientes mientras que la otra implementa el modelo desde 2008. El interés por el modelo surge porque se encuentra que la población adolescente es estratégica para las entidades.

Una de ellas, Coomeva, ya cuenta con un servicio amigable denominado “Cordial Amigo” para cuyo montaje e implementación ha contado con la permanente asesoría del Ministerio de Salud. Funciona bajo la modalidad de una consulta diferenciada que se atiende en un consultorio como otra actividad y se le abre espacio a los adolescentes y jóvenes y para ello se cuenta con un horario específico, los sábados en horas de la mañana.

Se ve como fundamental la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la prevención del embarazo adolescente a muy temprana edad, así como la prevención de enfermedades mentales en esta población. Las EPS entrevistadas ven como prioritario unir la atención a adolescentes bajo la política integral de atención y prevención de salud mental, bajo un enfoque de derechos y para ello ponen a disposición personal en psicología y psiquiatría.

La promoción de la consulta diferenciada se realiza a través de los distintos medios con los que cuentan las EPS. Se inicia con talleres como una primera exploración y se ha definido que la modalidad será consulta diferenciada.

El interés de implementar el modelo surge como una necesidad identificada de la población atendida y se conoce a través de medios de promoción del Ministerio como congresos, cartillas y otros medios de información. En la implementación del modelo se considera que el papel del equipo de trabajo es apoyar a los jóvenes para que ellos puedan tomar decisiones libres informadas y responsables con relación a su salud mental a su salud sexual y reproductiva y “todos los componentes que conforman la integridad del ser humano”.

En los casos de estudio se encontró que la implementación del modelo es ya una decisión tomada a nivel institucional y se considera que tendrá sostenibilidad porque hace parte del direccionamiento estratégico de las instituciones. Sin embargo se considera que el Modelo de SSAAJ debería ser de obligatorio cumplimiento al menos en las zonas del país donde se identifiquen altas tasas de embarazo adolescente, problemas de violencia y problemas de adicciones y en general de situaciones de vulnerabilidad para la población adolescente. (CONTINÚA)

Recuadro 6.1

ESTUDIO DEL PAPEL DE LAS EPS EN EL MODELO SSAAJ

Las EPS trabajan en generar una demanda por los servicios amigables a través de la atención que se presta a los adolescentes. Una vez atienden a una persona en este rango de edad lo remiten a la consulta diferenciada. Esto se refuerza a través de los programas que se tienen en particular con población universitaria y a través de talleres con adolescentes.

Los servicios que se prestan son: Planificación familiar, anticonceptivos y concepto de anticoncepción; asesoría para la prueba de embarazo, aplicación de la prueba, examen de cuello uterino; prevención de cáncer de seno la cual se complementa con la enseñanza de autoexamen; prevención de cáncer de testículos en el autoexamen; maternidad segura adolescente y jóvenes prevención de enfermedades de transmisión sexual; salud mental; aspectos nutricionales y alimentarios; prevención del maltrato del abuso sexual y prevención del matoneo la cual es de los principales motivos de consulta. Se trabaja también en talleres como por ejemplo ciclo ovárico, desarrollo sexual del adolescente y joven, cambio físico, higiene, imagen personal, orientación sexual, equidad de género, anatomía, fisionomía de los órganos genitales, patrones culturales, prácticas sexuales, presiones de pareja, soluciones anticonceptivas, mitos y tabúes, presión del suicidio, trastornos alimentarios, uso y abuso de sustancias y psicoactivas y otros temas propuestos por los mismos jóvenes.

En el tema de costos se cuenta con un esquema en el cual los adolescentes no pagan y tienen derecho a dos consultas al mes y quedan registrados ya como pacientes. Desde el punto de vista de las EPS existe cierta incertidumbre acerca de las nuevas disposiciones legales y cómo irá a quedar el régimen de promoción y prevención que es por donde se maneja actualmente. De todas maneras se encuentra muy interesante que se identifica a los SSAAJ como una estrategia que en largo plazo permite reducir los costos de atención en la medida en que se previenen enfermedades al enseñar de manera integral a los adolescentes acerca de su cuidado en prevención de enfermedades de transmisión sexual, en maneras adecuadas de manejar la nutrición, prevención del embarazo temprano, etc. Al respecto uno de los testimonios de las EPS indica:

“el modelo está en implementación y desde del 2008 estamos trabajando con muchos jóvenes y adolescentes afortunadamente ya tenemos la pertenencia de ellos hacia nosotros y obviamente las patologías de los adolescentes han disminuido bastante acá los jóvenes adolescentes más que todos los adolescentes es la anemia acá se le da mucho valor a los carbohidratos piensan que comer un tubérculo una yuca es de gran alimento y no es así y entonces se trabaja también nutrición entonces la consulta de la anemia ha disminuido bastante”

Además del apoyo del Ministerio, las EPS encuentran un apoyo importante en las secretarías de salud en particular para el acceso a los colegios y a las instituciones educativas y los servicios amigables también del distrito con todo el apoyo de recreación y cultura y deportes.

(CONTINÚA)

Recuadro 6.1
ESTUDIO DEL PAPEL DE LAS EPS EN EL MODELO SSAAJ

Frente a las principales limitaciones del modelo, desde el punto de vista de las EPS entrevistadas se identifican: limitaciones económicas en particular para publicidad y para aspectos logísticos como carteleras o meriendas para ofrecer en los talleres; otra barrera es el tiempo dedicado a los adolescentes que es un poco limitado ya que lo ideal sería que fuese todos los días y a toda hora. Existen también barreras a nivel de las familias de los adolescentes. Por ejemplo la falta de apoyo de los padres para asistir; muchos jóvenes no cuentan con el apoyo económico para el transporte. Como lecciones aprendidas para promover los servicios está la utilización de medios de comunicación que atraen a la población adolescente como *Facebook*, mensajes de texto, correo electrónico y el *Whatsapp*. Principalmente generar confianza en la atención, respetar las distintas opiniones y generar convivencia y tolerancia entre los adolescentes. brindando información confiable y completa. ◆

6.1.7 Adopción del modelo y gestión financiera

En este apartado se presentan las principales razones señaladas por las entidades prestadoras de servicios para adoptar el modelo SSAAJ; adicionalmente se mencionan algunos aspectos encontrados en términos de gestión financiera. Vale recordar que este aspecto se planeó incluir en índice sintético, sin embargo, debido a la baja respuesta recibida por parte de las entidades, se limita a un reporte de los hallazgos logrados a través de la encuesta⁴⁵.

La principal razón señalada por las entidades encuestadas para adoptar el modelo de servicios amigables es suplir la necesidad de los jóvenes en los temas que aborda el modelo: 66.67% atribuyó a esta razón la adopción de los SSAAJ. Haber conocido el documento del modelo también influyó mucho en la adopción del mismo

Cuadro 6.3 – Adopción del modelo SSAAJ

Razones de adopción del modelo	Muy poco	Poco	Ni poco Ni mucho	Algo	Mucho
La capacitación que recibió del Ministerio de Salud y Protección Social	14,81%	7,41%	20,37%	22,22%	33,33%
La solicitud expresa de implementación por parte del MSPS	3,70%	9,26%	9,26%	38,89%	38,89%
La promoción por parte de la Secretaría de Salud de su municipio / ciudad	5,56%	3,70%	22,22%	31,48%	37,04%
Las necesidades de los jóvenes en los temas que abordan los SSAAJ	1,85%	1,85%	7,41%	22,22%	66,67%
El conocimiento del documento del modelo	1,85%	5,56%	14,81%	33,33%	42,59%

Fuente: Cálculos Econometría S.A

⁴⁵ Indirectamente se incluyó en la dimensión de “Gestión de la Información” para tener en cuenta la tasa de respuesta de las entidades.

El cuadro 6.3 muestra el nivel de influencia de distintas razones para que las prestadoras de servicio adopten el modelo. Llama la atención que la capacitación recibida por el MSPS es de las razones que menos influye en la adopción del modelo según las prestadoras de servicios así como la promoción por parte de las secretarías de salud.

Se preguntó por la fuente de financiación para las adecuaciones de espacios y mobiliario para la atención bajo el Modelo SSAAJ; De las entidades que reportaron información en este aspecto (66%, es decir, 36 de 54), 6% los atribuye a recursos del departamento, 8% a las EPS, 19% al MSPS, 33% a recursos del municipio y 92% aporta recursos propios para estas adecuaciones⁴⁶. En cuanto a la fuente de recursos para las capacitaciones de los profesionales para la atención bajo el Modelo SSAAJ, 11% los atribuye a recursos del departamento, 8% a las EPS, 33% al MSPS, 33% a recursos del municipio y 83% aporta recursos propios para estas capacitaciones⁴⁷.

6.2 ENTES TERRITORIALES

La labor de los entes territoriales está orientada a planear, vigilar, evaluar y garantizar la red de prestación de servicios.

El siguiente numeral responde a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué procesos administrativos utilizan el gobierno municipal y las IPS, para garantizar la continuidad y oportunidad de los servicios enmarcados en el modelo SSAAJ?
- ¿Los actores que participan en el modelo están coordinados, articulados y tienen delimitadas claramente sus competencias? Si no están claramente delimitadas, ¿cuáles son las razones?
- ¿Cuáles son las acciones que implementan las entidades territoriales, e IPS para el seguimiento y evaluación de los SSAAJ?
- ¿Los municipios priorizan, en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, las acciones que complementen o fortalezcan la intervención a los jóvenes en el modelo SSAAJ?
- ¿Dentro de los POAI se identifican acciones concretas para el fortalecimiento del modelo, de acuerdo a las necesidades de la población beneficiaria?, ¿Qué tipo

⁴⁶Ninguna señala haber solicitado crédito para estas adecuaciones y sólo una, el Centro de salud de Meléndez - IPS de Ladera, menciona haber recibido recursos de UNFPA.

⁴⁷Ninguna ha recibido recursos de organismos multilaterales o ha solicitado crédito para estas actividades.

de acciones, se plantean metas y seguimiento a las mismas? ¿se desarrollan y evalúan?

- ¿Qué gestión realiza la administración municipal para promover la adopción del modelo SSAAJ por parte de las EAPB? (identifique dificultades o prácticas exitosas)

La siguiente figura muestra en detalle el rol de los entes territoriales definido en el modelo de SSAAJ:

Figura 6.4 – Rol de los entes territoriales en los SSAAJ



Fuente: Elaboración propia con base en información disponible en UNFPA Colombia (2008). "Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes" (Segunda Edición). Recuperado el 05/11/2013 http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/modelosamigables2.pdf.

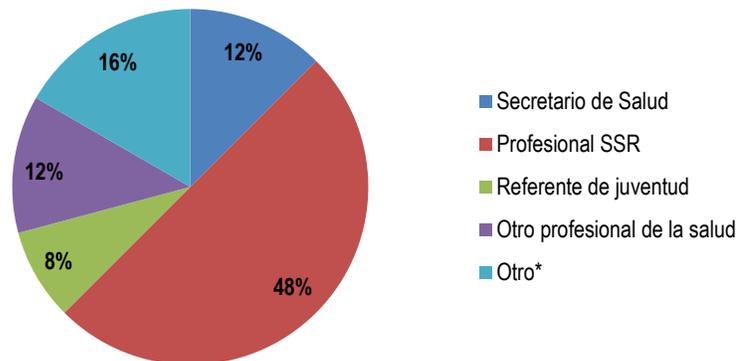
Para abordar estos actores se realizó una encuesta a las secretarías departamentales y municipales que indaga, entre otras cosas, sobre cómo ven su papel dentro del modelo, las razones que dificultan su implementación y una caracterización de la oferta de servicios. Para las Secretarías Departamentales, se logró un cubrimiento de 75%, es decir, 24 de las 32 respondieron las preguntas enviadas vía *Survey Monkey*⁴⁸. De otra parte, el cubrimiento de las Secretarías Municipales fue de 78%, es decir 14 de las 18 dieron respuesta al formulario.

En su mayoría, el perfil de los encuestados corresponde a profesionales responsables de los programas de salud sexual y reproductiva. El cuadro 6.3 muestra lo anterior:

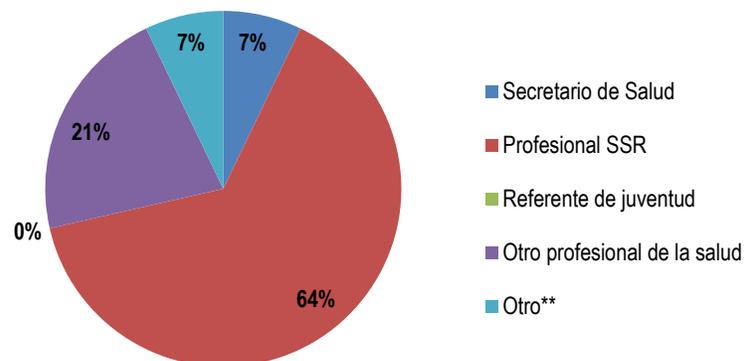
⁴⁸ Survey Monkey: proveedor mundial líder en soluciones de encuestas basadas en la web. Fuente: <https://es.surveymonkey.net/mp/aboutus/>

Figura 6.5 – Perfil profesional del encuestado

a. Secretarías Departamentales



b. Secretarías Municipales



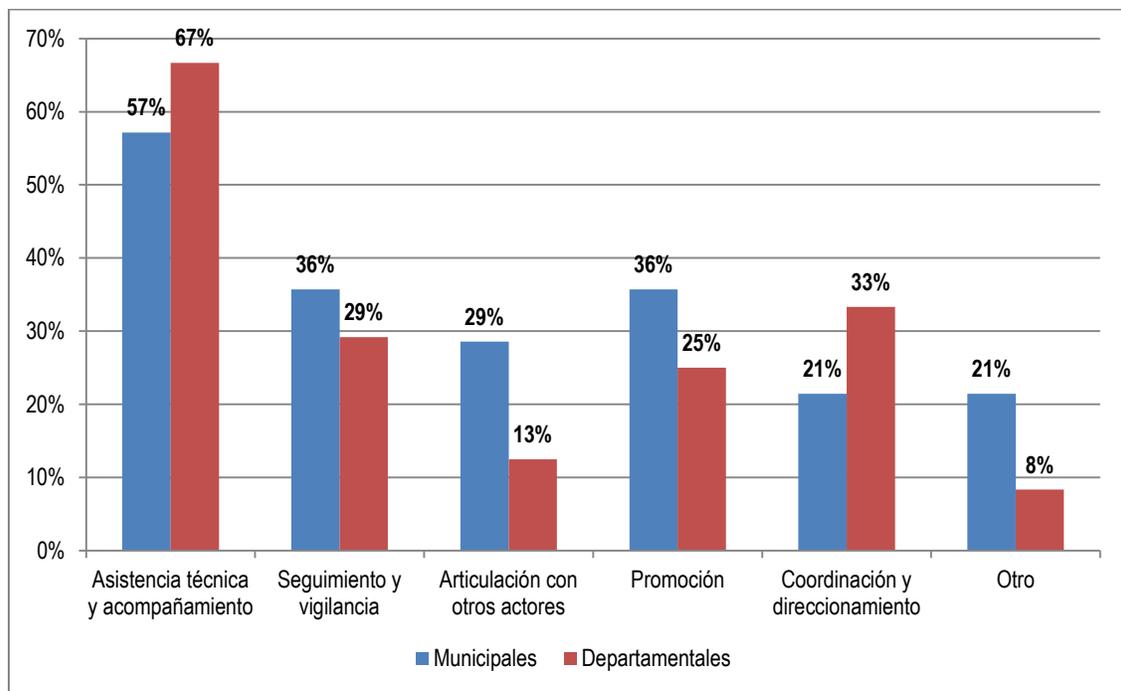
Fuente: Cálculos Econometría S.A

Al indagar por el rol de la entidad, se observa que la mayoría de las secretarías, tanto departamentales como municipales, ven la asistencia técnica y el acompañamiento como su principal responsabilidad (figura 6.6). El seguimiento y vigilancia así como la promoción también se reconocen como tareas de las administraciones, más por parte de las municipalidades que por parte de los departamentos.

Al contrastar estos resultados con los lineamientos planteados en el modelo (figura 6.5) en cuanto a las actividades de los entes territoriales, se observa que en términos de vigilancia y seguimiento a los servicios son claras las responsabilidades así como en la participación en actividades de inducción a la demanda (promoción). También la coordinación y direccionamiento (ordenamiento de red de servicios, definición de

mecanismos de seguimiento) son competencias claras; sin embargo, se observa que el componente de análisis de las condiciones administrativas para la organización de prestación de servicios para garantizar oportunidad y, sobretudo, continuidad en el servicio, es un punto débil; en efecto, al salir a la recolección de información se encontraron varios Centros Amigables clausurados por falta de financiamiento. Adicionalmente, como se mencionó en la sección anterior, las IPS perciben que hay una falta de continuidad del programa por factores políticos y falta de apoyo de las administraciones departamentales y municipales. Nótese que sólo algunas secretarías (municipales en mayor medida) reconocen su labor como articuladores dentro del modelo.

Figura 6.6 – Entendimiento del rol de los entes territoriales en el modelo SSAAJ



Fuente: Cálculos Econometría S.A
 *Otro hace referencia a Otro hace referencia a que no responde a la pregunta

En cuanto al tema de **vigilancia y control**, se observa que las secretarías tienen definidos ciertos mecanismos para este seguimiento, en concordancia con su entendimiento del papel que tienen dentro del modelo; principalmente realizan **visitas periódicas**⁴⁹ de vigilancia, inspección y control en las que emplean listas de chequeo y realizan actas. Es de notar que en ambos niveles, uno de los mecanismos de seguimiento es el acompañamiento a las actividades realizadas por las IPS para los

⁴⁹ No se cuenta con información para todas las secretarías y entre aquellas que lo indicaron, se encuentra que no hay uniformidad: algunas tienen programadas dos visitas al año, otras 5, etc.

jóvenes lo que les permite obtener una retroalimentación directa del usuario sobre los SSAAJ.

La mayoría también señala que se apoya en los indicadores de productividad (aunque más marcado en el nivel departamental, el nivel municipal también lo señala), sin embargo, esto contrasta con la debilidad encontrada desde las IPS ya que, como se observó, la utilización de los formatos no tiene una cobertura del 100% y la pregunta de la encuesta que solicitaba el diligenciamiento de información sobre cantidad de servicios amigables, con base en los formatos, fue escasamente respondido. Desde la perspectiva de las secretarías, las principales dificultades en el registro de información son la falta de personal capacitado para diligenciar los formatos, en parte por la alta rotación que lleva a perder el entrenamiento en los procesos, no hay compromiso para asumir esta tarea y hay una alta carga laboral que tampoco permite a los funcionarios empoderarse de los registros. Adicionalmente, los sistemas de información son deficientes: en algunos los computadores son escasos y hay subregistros de información al interior de las IPS. Adicionalmente, frente a los formatos de los indicadores de productividad, se manifiesta que son difíciles de diligenciar y duplican solicitud de información. Al respecto algunos de los encuestados mencionan: “[los] instrumentos diseñados por el ministerio dispendiosos, un número importante de campos en dichos instrumentos”, “Con el último formato enviado en Excel con Macros los Municipios reportaron muchas dificultades para su diligenciamiento, se sugiere sea más amigable el formato”

En el aspecto de **promoción**, las secretarías realizan, principalmente, actividades en donde sensibilizan a las IPS y socializan el protocolo de implementación de los SSAAJ o lo hacen a través de la emisión de circulares; se reúnen para realizar mesas de trabajo y, desde ambos niveles administrativos, ofrecen acompañamiento en la implementación a las entidades que muestren interés así como capacitaciones al personal de salud de las prestadoras de servicios; esa asistencia técnica es lo que más destacan las entidades territoriales. Se mencionan también contratos y convenios administrativos para llevar a cabo las acciones planteadas en el Plan de Intervenciones Colectivas⁵⁰.

De otra parte, se preguntó a las secretarías si dentro de los **Planes Operativos Anuales de Inversión** se identifican acciones concretas para el fortalecimiento del modelo de acuerdo a las necesidades de la población beneficiaria; tanto en el caso de las

⁵⁰ Es de notar que 33% de las secretarías departamentales no respondieron a esta pregunta mientras otras 3 revelaron que no se realizan. En cuanto a las municipales, sólo 2 (14%) no dieron respuesta a la pregunta de cuáles son las acciones de promoción que realiza para la implementación de los SSAAJ.

departamentales como en el de las municipales, más del 90%⁵¹ respondió de manera afirmativa. Las acciones mencionadas se pueden clasificar en 6 grandes grupos:

Figura 6.7 – Acciones POAI



Fuente: Elaboración propia. Econometría S.A

Los dos niveles administrativos coinciden en las 5 primeras categorías, la última, de dotación, es exclusiva de los departamentales.

En cuanto a **asistencia técnica** se menciona que se canalizará hacia las IPS para facilitar la implementación y, en donde ya está operando, el fortalecimiento de los servicios en las diferentes modalidades que estén en funcionamiento en el municipio/departamento a través de la estructuración de un documento de ruta para la implementación y protocolos para el ejercicio. La **promoción** se orienta a 3 aspectos:

- Derechos de salud sexual y reproductiva a través de una estrategia de comunicación que incluya campañas de televisión y procesos de sensibilización a adolescentes con talleres y capacitaciones a líderes juveniles.
- Realización de acciones de demanda inducida (implementación y fortalecimiento en donde ya se realizan) por medio de la socialización del modelo en las diferentes jurisdicciones
- Del modelo en IPS, instituciones educativas, jurisdicciones en jornadas, talleres y otras actividades colectivas.

En cuanto al **seguimiento**, se menciona la coordinación de acciones de vigilancia y control al cumplimiento de la normatividad vigente para la implementación del modelo así como la realización de visitas de inspección y revisión de los indicadores de productividad de los servicios que están operando.

⁵¹ 92% departamentales y 93% municipales

La **articulación** se ve como una labor integral, que involucra a concejos de juventud, redes comunitarias, redes juveniles, padres de familia y a instituciones educativas (educación básica, media y superior). Dentro de las acciones articuladoras se incluyen **capacitaciones** a los docentes en educación para la sexualidad y construcción para la ciudadanía con apoyo de secretarías de educación así como a padres de familia. Las acciones de formación se extienden al personal de atención de las IPS.

En el caso de las secretarías departamentales, se mencionan dentro de las acciones incluidas en el POAI, la **dotación** para los servicios amigables de suministros de métodos anticonceptivos y medios audiovisuales.

Ahora bien, tanto a nivel departamental como municipal, se observa que desde las secretarías se manifiesta que la mayoría de municipios priorizan dentro del PIC acciones orientadas a complementar o fortalecer la intervención a los jóvenes en el modelo SSAAJ (63% de las secretarías departamentales y 57% de las municipales lo indican). Dentro de las que declaran que (en su departamento o su municipio) son la minoría, se indica que algunas de las razones son la falta de obligatoriedad de implementación del modelo, aun es incipiente la consolidación de una estrategia de trabajo con adolescentes ya que “*los municipios interpretaban para el componente de SSR acciones sueltas como folletos, charlas, brigadas...*”⁵² así que sólo se da prioridad a temas de SSR específicos y en algunos municipios hay pocas IPS prestando estos servicios. También se menciona la falta de voluntad gerencial y la escasez de recursos disponibles.

6.3 CUELLOS DE BOTELLA Y BARRERAS

Luego de examinar a las entidades prestadoras de servicios y a los entes territoriales, en este numeral se pueden identificar los principales cuellos de botella y barreras que obstaculizan el desarrollo y la implementación del modelo de servicios amigables. De esta manera, las siguientes preguntas de los términos de referencia serán respondidas en este apartado:

- En el marco del SGSSS ¿cuáles son las principales barreras que se identifican para el acceso de los potenciales beneficiarios a los SSAAJ y qué medidas se han adoptado para intervenirlas?
- ¿Qué cuellos de botella se identifican en la prestación del servicio, por cada modalidad? (caracterícelos)

⁵² Testimonio de una de las secretarías departamentales de los encuestadas.

El siguiente cuadro muestra los principales cuellos de botella identificados por los funcionarios de las prestadoras de servicios encuestados (tanto del nivel administrativo como del de atención); se clasifican de acuerdo al componente al que pertenecen:

Cuadro 6.4 – Cuellos de botella

Componente	Cuello de botella
Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación	Dificultad con los horarios de atención
	Poco tiempo asignado para cada consulta
	Infraestructura insuficiente
	Dificultad de acceso geográfico
Profesionales y personal de salud	Tipo de contratación del personal (contratistas, temporal)
	Escasez de recurso humano capacitado
Procedimientos administrativos y de gestión	Tipo de (o falta de) afiliación de los jóvenes
	Escasez de recursos económicos para el programa
	Falta de sensibilización del personal administrativo
	Se prioriza el cobro sobre la atención a los jóvenes (Los servicios de atención individual únicamente se brindan a usuarios con los cuales la IPS tiene contrato de prestación de servicios de salud)
	Identificación de los jóvenes (Falta de actualización de documento de identidad)
Disponibilidad de una amplia gama de servicios	Escasez en dotación de medicamentos y otros
Participación social y comunitaria	Débil participación de las familias
	Falta de apropiación y motivación por parte de los jóvenes
	Miedo a participar por parte de los jóvenes por lo que puedan decir sus padres o la comunidad
Otros*	Falta de continuidad del programa por factores políticos o por cambio de administración en las IPS
	Falta de apoyo de las administraciones departamentales y municipales
	Escasez en material didáctico y educativo para la atención a jóvenes
	Falta de conocimiento de los servicios por parte de los jóvenes (difusión)

Fuente: Cálculos Econometría S.A

*Se incluye esta categoría, para tener en cuenta los otros cuellos mencionados por las IPS que no caben dentro de los componentes del modelo

Se observa que estos cuellos de botella son frecuentes, independientemente de la modalidad que esté ofreciendo SSAAJ⁵³. Dentro de estos cuellos, los que prevalecen son la dificultad con los horarios de atención, el tipo de contratación del personal,

⁵³ Recuérdese, sin embargo, que de las 54 entidades que diligenciaron la encuesta, 44, es decir el 81%, son consultas diferenciadas, 7 Unidades amigables (13%) y 3 Centros Amigables (6%)

escasez en dotación de medicamentos y otros, y la falta de continuidad del programa por factores políticos o por cambio de administración en las IPS. Nótese que en el componente de “Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación”, la deficiencia en infraestructura hace referencia a espacios para atender a grupos de jóvenes; esto va en línea con la cobertura de la encuesta a servicios en la modalidad de consulta diferenciada (81%), que además del espacio de atención, no tienen diferenciación específica. Las secretarías coinciden con las prestadoras en la falta de recursos económicos para la implementación del modelo, que afecta en la disponibilidad para contar con material educativo y de promoción del servicio y en general, a la implementación

En cuanto a las barreras encontradas, el siguiente cuadro resume las identificadas por las IPS y el grado de incidencia:

Cuadro 6.5 – Barreras y su nivel de influencia

Barrera	Si	Muy poco	Poco	Ni poco, ni mucho	Algo	Mucho
Algunos profesionales no han sido capacitados para la atención de Jóvenes o temas de SSR.	53%	3.57%	17.86%	10.71%	21.43%	46.43%
El personal asignado es insuficiente *	40%	4.76%	9.52%	9.52%	28.57%	42.86%
Algunos profesionales no han sido capacitados en derechos de los jóvenes y les dificultan el acceso a procedimientos o productos a los que por ley tienen derecho.	40%	4.76%	9.52%	9.52%	19.05%	57.14%
Accesibilidad geográfica al servicio	40%	4.76%	9.52%	0%	28.57%	57.14%
En la comunidad no es habitual que los jóvenes sin vida sexual activa busquen asesoría en temas de SSR *	36%	0%	15.79%	10.53%	42.11%	21.05%
Los jóvenes no conocen los servicios o no hay estrategia de comunicación y divulgación de su existencia.*	32%	5.88%	5.88%	5.88%	29.41%	35.29%
Servicios sin señales visibles que identifiquen al SSAAJ *	30%	12.50%	0%	0%	37.50%	43.75%
El ambiente del servicio no es amigable con los jóvenes y no hay privacidad en las áreas de espera.	30%	6.25%	12.50%	0%	25.00%	56.25%
Las consultas son muy cortas, no hay tiempo suficiente para brindar el apoyo necesario que promueva el retorno de los jóvenes al servicio.	28%	0%	0%	6.67%	13.33%	80.00%
En la comunidad no es bien visto que los jóvenes busquen asesoría en temas de salud sexual y reproductiva	26%	14.29%	14.29%	14.29%	21.43%	35.71%
No hay profesionales de ambos géneros y eso disuade a algunos adolescentes.	25%	7.69%	0%	15.38%	38.46%	38.46%
No existe contratación con EPS o Municipios para brindar atención preferencial. *	21%	18.18%	0%	0%	27.27%	45.45%
Los horarios no son adecuados para la programación de citas por parte de adolescentes y jóvenes	13%	28.57%	14.29%	0%	0%	57.14%

Barrera	Si	Muy poco	Poco	Ni poco, ni mucho	Algo	Mucho
Los costos para los adolescentes son altos	6%	0%	33.33%	0%	33.33%	33.33%

Fuente: Cálculos Econometría S.A

La incidencia de cada una de las barreras señaladas con asterisco no suma 100% ya que hubo un número menor de encuestados que respondió sobre el nivel de incidencia en comparación con los que respondieron si efectivamente la barrera influye.

La principal barrera identificada por parte de los funcionarios de las prestadoras de servicios tiene que ver con el personal de atención, tanto en lo que respecta a sus capacidades para atender a los jóvenes como en cuanto a la suficiencia, en términos de cantidades, del mismo (filas 1 a 3 del cuadro 6.4); El 53% de los encuestados cree que “Algunos profesionales no han sido capacitados para la atención de Jóvenes o temas de SSR” y de ellos el 46,43% considera que es una barrera que incide mucho en el uso de los SSAAJ por parte de los jóvenes. Adicionalmente, 40% está de acuerdo en que el personal asignado es insuficiente y en que algunos profesionales no han sido capacitados en derechos de los jóvenes y les dificultan el acceso a procedimientos o productos a los que por ley tienen derecho. Las secretarías (departamentales y municipales) coinciden en que una de las tres principales barreras es precisamente la alta rotación así como la falta de personal (capacitado en atención a jóvenes y suficiente).

La accesibilidad geográfica es otro aspecto que las prestadoras de servicios resaltan: el 40% indica que es en efecto una barrera (y 57% de ellos señala que incide mucho en el uso de los servicios amigables), lo cual coincide con los grupos focales en los que se encontró que, más que asociada con los costos, esta barrera está relacionada con la privacidad y el hecho de no ser reconocido por los habitantes cercanos a los servicios. En la entrevista con las EPS, una de ellas señalaba lo siguiente con respecto a la ubicación del servicio: *“[en] un municipio de acá de la costa había una unidad amigable y los adolescentes no asistían y estaba muy bonito, estaba bien decorado, la decoración iba de acuerdo al adolescente; resulta que no iban porque al frente del servicio amigable vivía un señor que era el más chismoso del pueblo y el adolescente tenía miedo de ir porque decían que si ellos iban el pueblo se iba a enterar que yo había iniciado mi vida sexual, ellos muchas veces van porque quieren estar en contacto con otros jóvenes y quieren recibir asesoría en cualquier tema que les interese y entonces esa persona generaba cierta resistencia”*

Lo anterior lleva a la siguiente barrera que identifican las prestadoras de servicios y es que en la comunidad no es habitual que los jóvenes sin vida sexual activa busquen asesoría en temas de salud sexual y reproductiva: un 36% indica que esto afecta el uso de los servicios de SSR. Adicionalmente, se indica que los jóvenes no conocen los

servicios o no hay estrategia de comunicación y divulgación de su existencia (un 32% de prestadoras lo señala y en la entrevista con EPS también mencionan que una buena práctica es establecer la comunicación con jóvenes a través de mensajes de texto y *Whatsapp* es más efectivo.

El cuadro 6.4 muestra todas las barreras identificadas por las prestadoras de servicios, con el nivel de influencia que indican que tiene sobre el uso de los SSAAJ.

Una adicional, señalada de manera reiterada por las secretarías es la falta de voluntad política y gerencial: el bajo interés desde ambos niveles (administración territorial y directivos de las IPS) hace que no haya una prioridad en la implementación del modelo.

APÉNDICE

ORDENAMIENTO SSAAJ POR MODALIDAD

Departamento	Modalidad	Nombre de la IPS / Centro de Salud	Índice
Boyacá	Centro amigable	ESE SALUD DEL TUNDAMA	79%
Boyacá	Centro amigable	ESE SALUD SOGAMOSO	77%
Risaralda	Centro amigable	IPS UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA	62%
SUBTOTAL CENTRO AMIGABLE			73%
Cundinamarca	Unidad amigable	UPA LAURELES HOSPITAL PABLO VI BOSA	91%
Sucre	Unidad amigable	IPS CAMPIÑA	91%
La Guajira	Unidad amigable	EZEQ-SALUD IPSI	78%
Valle del Cauca	Unidad amigable	CENTRO DE SALUD DE MELENDEZ-IPS DE LADERA	78%
Quindío	Unidad amigable	E.S.E RED SALUD DE ARMENIA CENTRO DE SALUD LA MILAGROSA	76%
Nariño	Unidad amigable	CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA ESE	70%
Tolima	Unidad amigable	HOSPITAL SAN FRANCISCO E.S.E	61%
SUBTOTAL UNIDAD AMIGABLE			78%
Atlántico	Consulta diferenciada	IPS UNIVERSITARIA DE ANTIOQUIA PASO NUEVA ERA	90%
Bolívar	Consulta diferenciada	IPS POLICLINICA SAN ANTONIO	90%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD OBRERO	89%
Cundinamarca	Consulta diferenciada	U.P.A SAN JUAN BAUTISTA	87%
Meta	Consulta diferenciada	IPS POPULAR	86%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN DE PALMITAS	86%
Tolima	Consulta diferenciada	HOSPITAL SAN ROQUE COYAIMA E S E	86%
Nariño	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD EL PROGRESO	85%
Cauca	Consulta diferenciada	ESE CENTRO 2 PUNTO DE ATENCION SOTARA	84%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	RED DE SALUD DEL NORTE ESE/ IPS PUERTO MALLARINO	84%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	HOSPITAL LOCAL DE YOTOCO E.S.E	83%
Antioquia	Consulta diferenciada	C.S GUAYABAL	83%
Nariño	Consulta diferenciada	IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.E	82%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	HOSPITAL GONZALO ESE CONTRERAS LA UNION	81%
Antioquia	Consulta diferenciada	CS SANTANDER ESE METROSALUD	80%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD MORAVIA	80%
Atlántico	Consulta diferenciada	IPS UNIVERSITARIA DE ANTIOQUIA PASO LA PLAYA	79%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	HOSPITAL CARLOS CARMONA	77%
Nariño	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD LORENZO DE ALDANA	76%

Departamento	Modalidad	Nombre de la IPS / Centro de Salud	Índice
Caquetá	Consulta diferenciada	UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA BIENESTAR SOCIAL UNIVERSITARIO	74%
Caquetá	Consulta diferenciada	ESE FABIO JARAMILLO LONDOÑO IPS MILAN	73%
Antioquia	Consulta diferenciada	METROSALUD C.S VILLA DEL SOCORRO	73%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	ESE HOSPITAL SANTA CATALINA EL CAIRO	73%
Atlántico	Consulta diferenciada	IPS UNIVERSITARIA DE ANTIOQUIA PASO REBOLO	73%
Antioquia	Consulta diferenciada	METROSALUD C.S. ALFONSO LOPEZ	71%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD PICACHITO	71%
Antioquia	Consulta diferenciada	CS FLORENCIA	69%
Atlántico	Consulta diferenciada	IPS UNIVERSITARIA DE ANTIOQUIA CAMINO METROPOLITANO	65%
Norte de Santander	Consulta diferenciada	IPS NIÑA CECI	64%
Bolívar	Consulta diferenciada	ESE CARTAGENA DE INDIAS, CAP BLAS DE LEZO	63%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD VILLATINA	63%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD CARPINELO	61%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD LLANADITAS	61%
Amazonas	Consulta diferenciada	IPS INDIGENA TRAPPECIO AMAZONICO	60%
Bolívar	Consulta diferenciada	HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS C.S. CANAPOTE	59%
Santander	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD KENNEDY	58%
Valle del Cauca	Consulta diferenciada	ESE LUIS ABLANQUE DE LA PLATA	56%
Antioquia	Consulta diferenciada	C.S PABLO VI	55%
Atlántico	Consulta diferenciada	UNIVERSIDAD METROPOLITANA	52%
Cundinamarca	Consulta diferenciada	U.P.A BELLO HORIZONTE	50%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD LORETO (METROSALUD)	48%
Antioquia	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD VILLA LAURA	46%
Santander	Consulta diferenciada	CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	44%
SUBTOTAL CONSULTA DIFERENCIADA			71%
TOTAL			72%

APÉNDICE

CONSTRUCCIÓN ÍNDICE SINTÉTICO

Talento humano		Recurso Físico		Sistemas de Información		Servicios		Redes y Participación		Procesos y sostenibilidad	
Pregun- ta Encue- sta	Descripció- n	Pregun- ta Encue- sta	Descripció- n	Pregun- ta Encue- sta	Descripció- n	Pregun- ta Encue- sta	Descripció- n	Pregun- ta Encue- sta	Descripció- n	Pregun- ta Encue- sta	Descripció- n
302 - 304	Capacitación en los últimos 24 meses (sensibilización, atención a población joven y adolescente, y/o modelo SSAAJ)	403	Los servicios con que cuenta el SSAAJ, entre más servicios tenga, más puntos	501	Registro de información	204	Acciones inducción a la demanda	206	Participación con otros actores en acciones conjuntas	530	Procesos definidos en la entidad
306	Tipo de capacitación entregada a los funcionarios	404	Características del servicio entre más servicios tenga, más puntos	503	Tipo de información que se registra para prestar atención	205	Acciones que realiza cuando joven demanda servicio que no se presta en la institución	701	Participación de jóvenes en identificación de necesidades	607	Alianzas con el gobierno
307	Rotación del personal			505	Manera de registrar la información	529	Conocimiento de la normatividad	703	Participación de jóvenes en el diseño e implementación del modelo SSAAJ	610	Manejo de guías y protocolos
311	Seguridad sobre sus capacidades para la atención de usuarios (as)			509	Depuración de información			705	Participación de jóvenes en promoción y comunicación		
				514	Sistema de seguimiento y monitoreo			707	Participación de jóvenes en evaluación		
				517	Empleo de los indicador			709	Participación de jóvenes en		

Talento humano		Recurso Físico		Sistemas de Información		Servicios		Redes y Participación		Procesos y sostenibilidad	
Pregunta Encuesta	Descripción	Pregunta Encuesta	Descripción	Pregunta Encuesta	Descripción	Pregunta Encuesta	Descripción	Pregunta Encuesta	Descripción	Pregunta Encuesta	Descripción
					es del MSPS				veeduría		
				603-604	Reporte de información en gestión financiera			711	Participación de jóvenes en agenda y funcionamiento (si dice si a esta y las anteriores de jóvenes, gana punto)		
				201	Reporte de información de usuarios						
				-	Calificación de reporte de información por parte del MSPS						

Capítulo 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La primera conclusión que debe resaltarse es que si bien el Modelo no es obligatorio y probablemente su posicionamiento dentro del sector salud sea todavía menor, presenta resultados destacables y positivos en términos de eficacia, pertinencia e intención de uso. Si bien el hecho de no contar con normatividad que haga obligatoria la implementación de los SSAJ puede incidir en la sostenibilidad del Modelo, la evaluación evidenció que las instituciones lo están implementando y se le encuentra relevancia en satisfacer las necesidades de la población.

De otro lado también se destaca que a pesar de ser las mujeres las usuarias de mayor frecuencia se encontró que los hombres asisten en forma importante.

Lo que los resultados de la evaluación indican es que 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, lo cual es coherente con los lineamientos del Modelo en la medida en que “Lo esencial es permitir que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información de calidad, para que así puedan aumentar el control de su propia salud”.

La anterior conclusión se apoya también en los ejercicios de identificación de usuarios que revelaron la actividad sexual como un factor determinante de la demanda y a comportamientos de riesgo como el elevado número de parejas o las relaciones no protegidas como eventos con mayor prevalencia entre los consultantes que sus pares que no asisten.

Es de destacar también que la evaluación contó con importantes dificultades en términos de construcción del marco muestral para seleccionar la muestra en la medida en que la información acerca de los servicios en el país es deficiente y se encuentra desactualizada. Uno de los valores agregados de esta consultoría fue precisamente la reconstrucción del universo.

Frente a los índices se concluye que 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 encuentran en este tipo de servicios tiende a ser las que han iniciado actividad sexual o se perciben en riesgo.

Se halló un resultado interesante en a la participación como factor que potencia los SSAAJ así como la existencia de jóvenes multiplicadores de las actitudes y conocimientos adquiridos en los servicios. Los usuarios sienten satisfacción en a la calidad y atención de los SSAAJ y en general los SSAAJ son apreciados por los usuarios. 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. Más aún, los usuarios que asisten con más frecuencia son los más “críticos”, evidencia de la propuesta formadora del Modelo y de la capacidad de los jóvenes para valorar los servicios que les son ofrecidos.

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 SAAJ sí es posible asegurar que entre más se utilizan los servicios, manteniendo todo lo demás constante, mayor conocimiento se adquiere. Los datos cualitativos también permitieron establecer que uno de los aspectos valorados más positivamente por las y los jóvenes que favorece la intención de uso es la calidad de la atención que ofrece el personal de salud y la competencia de los operadores de los servicios para establecer relaciones de confianza. Esto es consistente con los planteamientos de Senderowitz (1999) acerca de que para lograr acercar a las personas jóvenes se debe aprovechar el contacto entre el prestador de servicios y su usuario como una oportunidad para el cuidado de la salud y el fomento de prácticas de autocuidado.

La evaluación permitió también identificar oportunidades de mejoramiento en cómo lograr que el uso sea más intensivo por parte de los usuarios. Igualmente se encuentran oportunidades de mejoramiento en las prácticas de cuidado que deben fomentarse desde la información que se brinda a los usuarios.

Asimismo 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.

Los resultados de los índices también arrojan que los SSAAJ son más pertinentes y efectivos en las mujeres y si bien se encontró que los hombres están asistiendo, todavía debe profundizarse más el trabajo con ellos y superar barreras culturales sexistas como las que plantean que la prevención es “cosa de mujeres”. El modelo Probit de participación sostiene tal argumento.

Otros estudios también han identificado que las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres. De acuerdo con dichos estudios, las funciones reproductivas de las mujeres favorecen el uso de servicios referidos a la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio (Gómez Gómez, 2002). Esta autora también afirma que en comparación con los hombres, la autopercepción de la enfermedad es también sistemáticamente más frecuente entre las mujeres en respuesta a condicionamientos culturales de género que inciden en el reconocimiento de las afecciones y en la libertad de expresión del sufrimiento. Los hombres, por su parte, tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que contradicen la imagen cultural que se le atribuye a la masculinidad de fortaleza.

Así mismo cabe señalar que los SSAAJ sí tiene un efecto positivo en el conocimiento de los jóvenes en temas de SSR y promueven las prácticas seguras si bien en el plano del cuidado. Sin embargo, es importante tener en mente que tanto los consultantes como no consultantes de los SSAAJ reportan muy bajo nivel de conocimiento en temas relacionados con SSR. En efecto, los SSAAJ mejoran el conocimiento en temas de SSR, pero el nivel de conocimiento es muy bajo (puntaje de 22%) tanto en consultantes como no consultantes. Eso confirma resultados de la ENDS sobre bajo conocimiento en SSR, e implica revisar contenidos y forma de transmitir conocimiento en esos temas en los SSAAJ y demás responsables.

Es de llamar la atención sobre el énfasis “biologicista y genitalista” de la información que se ofrece lo cual no favorece el cumplimiento de los objetivos en términos de desarrollo de competencias para la toma de decisiones en aspectos que no tienen que ver con los reproductivos.

Frente a las modalidades se encuentra que la unidad amigable parece tener ventajas con relación a las otras modalidades. En operaciones esto se confirma en recurso humano, en recurso físico, redes, gestión de la información, y en prestación de servicios.

En cuanto a las “charlas” que se desarrollan en municipios pequeños no parecen ser efectivas en inducir demanda mientras no exista la oferta para ello. Se encontró además

que el índice de cuidado es significativamente menor en esta modalidad. Este último punto va en línea con lo señalado anteriormente del cuidado como respuesta a la percepción de riesgo y no como un hábito de salud. Para los jóvenes que no han iniciado actividad sexual genital o penetrativa, ir a un servicio amigable no parece atractivo y por lo tanto sólo lo usarán una vez las características de su vida sexual les hagan pensar que requieren tal atención.

Estas charlas de los SSAAJ deberían enfocarse en inducir la demanda asegurándose que exista la oferta adecuada. Asimismo se deberían articular con la educación de la sexualidad en el ámbito escolar lo cual podría facilitar que la consulta se realice como parte del proceso de toma de decisiones, antes de exponerse al riesgo.

Al respecto, vale la pena reflexionar sobre los temas que se abordan en la modalidad charlas. Si el tema concierne a métodos anticonceptivos e ITS, la audiencia puede pensar que en los SSAAJ sólo se atienden personas que han tenido relaciones sexuales genitales o penetrativas. Esto puede ser un factor que explica la baja demanda de los servicios de jóvenes que no han iniciado actividad sexual.

Las barreras que pueden explicar el bajo uso de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) con fines promocionales, son múltiples y diversas. En esta evaluación se identificó, entre otras, la percepción de que si no se tienen relaciones sexuales penetrativas no se necesita buscar atención. Esta respuesta, es consistente con el énfasis preventivo y curativo de la atención en salud en nuestra cultura, pero también puede ser una expresión de creencias infundadas que vale la pena tener en cuenta en las acciones que se implementen en el futuro.

Desde esta perspectiva, por lo tanto, las estrategias e iniciativas de promoción de la salud sexual y reproductiva deben ir más allá de la prestación de servicios de planificación familiar y del diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Esto es, las iniciativas deben ser integrales, deben abarcar todas las dimensiones de la salud sexual (física, psicológica y sociocultural), al igual que la amplia variedad de factores psicosociales y socioeconómicos que la determinan.

En este mismo orden de ideas, experiencias de diferentes países muestran la importancia de que éstos servicios sean parte integral del sistema de salud para garantizar una cobertura más amplia de la población (Nath & Garg, 2008). Se ha encontrado que cuando se involucran activamente diferentes actores en salud, incluyendo proveedores, puede aprovecharse al máximo el contacto con la o el adolescente y disminuir el número de oportunidades perdidas (Cheng & Klein, 1995).

También se ha encontrado que cuidar del desarrollo de las y los adolescentes y promover la atención integral en salud requiere de acciones complementarias y sinérgicas por parte de diferentes instituciones, organizaciones y sectores: salud, educación, cultura, comunicaciones y, en general, todas las partes interesadas en garantizar los derechos humanos sexuales y reproductivos de las personas en la juventud (Nath & Garg, 2008).

Si bien es cierto que los planteamientos previos han sido considerados en el Modelo de SSAAJ, y de hecho se encontró que en varios se ofrece servicios integrales, en la definición de los lineamientos para la atención en salud para los adolescentes (v.g. Norma Técnica de Detección de las Alteraciones de Desarrollo del Joven de 10 a 29 años, Resolución 00412, 2000 actualizada en 2007), los resultados de esta evaluación sugieren que en la práctica, y en la mayoría de los casos analizados, las acciones siguen estando restringidas a la atención de la demanda por parte de jóvenes que ya enfrentan condiciones de SSR que afectan su bienestar.

Para mejorar el servicio, ampliar la cobertura y cumplir con los objetivos que se plantean para los SSAAJ, se sugiere que conforme a las recomendaciones de estudios sobre el tema y la Norma Técnica, se enfatice los servicios de educación en salud.

Los servicios de educación en salud, si bien suelen implementarse en los centros de salud con la finalidad de promover las competencias de los adolescentes para el cuidado de su salud, es deseable que comiencen a articularse con otras iniciativas más cercanas a los jóvenes que aún no han tenido actividad sexual y que, por lo tanto no identifican como prioridad la atención en SSR. Estas iniciativas pueden ser las del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía – PESCC que se desarrollan en las Instituciones Educativas del Municipio, las de los Clubes Juveniles del ICBF y las que desarrollen otros sectores con niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

En cuanto a la participación se concluye que aún es incipiente, pero puede potenciarse al menos de dos formas, la primera apoyándose en la vinculación de grupos juveniles a las actividades y al tiempo que se promueve la participación individual, y la segunda ampliando los canales de comunicación para que los jóvenes sepan que es posible ser partícipes activos. Para tal fin se pueden aprovechar estrategias de Información Educación y Comunicación (IEC) para lograr que la oferta de servicios sea conocida entre los jóvenes, los padres y otros adultos significativos para ellos. Como lo evidenciaron los resultados cualitativos, los mismos adolescentes sugieren dar a conocer los servicios a través de los colegios y mediante visitas grupales que se puedan dar a los servicios, y a través de la radio o afiches en los municipios para que los padres de

familia y los adultos en general sepan que este es un servicio al que los jóvenes tienen derecho.

Estudios de evaluación en diferentes países revelan que los jóvenes deben estar involucrados en la planeación y provisión de servicios de salud y que este tipo de involucramiento de pares también es clave para atraer a otros adolescentes. Además, la participación de los adolescentes como multiplicadores ó educadores de sus pares, ha tenido resultados exitosos para la difusión de mensajes de cuidado y el entrenamiento en conductas de protección de la salud (Santelli et al., 2003). Adicionalmente, la participación de los padres y acompañantes resulta efectiva para el mejoramiento de las competencias de los adolescentes en el cuidado de su salud (Quintana & Hidalgo, 2003). Una evaluación de desempeño en un SSA urbano en Clínicas en Mumbai (India) mostró que el involucramiento de los padres contribuyó al comportamiento de búsqueda de ayuda de los jóvenes (Joshi, Chauhan, Donde, Tryambake, Gaikwad & Bhadoria, 2006).

En cuanto a operaciones se puede decir que el avance en la implementación del modelo de servicios amigables en las prestadoras de servicios, aunque no se ha logrado en un 100%, si tiene un desarrollo importante que se evidencia en los resultados del Índice Sintético calculado. Se valoraron diferentes aspectos que dan cuenta de los componentes del modelo y los resultados fueron satisfactorios: en términos generales, el porcentaje de logros alcanzados es de **73%**. Este resultado fue arrastrado hacia abajo por las dimensiones de Talento Humano y Redes y Participación. Por modalidad, se ven oportunidades de mejora, sobre todo para las consultas diferenciadas cuyos logros alcanzaron un 67%; resultado que fue influenciado principalmente por las dimensiones de Redes, Talento Humano y Recurso Físico. Las Unidades Amigables, por su parte, tienen oportunidades en cuanto a la definición de Procesos (categoría en la que son superadas por las otras dos modalidades) y en Talento Humano, que aunque de mejores resultados que las Consultas Diferenciadas y los Centros Amigables, tienen una brecha de casi 30% frente al ideal. Es importante entonces, de acuerdo a estos resultados, hacer énfasis el fortalecimiento del componente de “Profesionales y personal de salud”, capacitando y sensibilizando al recurso humano que atiende y gestiona los SSAAJ así como el componente de “Participación social y comunitaria” pues los jóvenes tiene una participación baja, en particular en los procesos de veeduría.

Vale anotar que, aunque los resultados en términos de gestión de la información son buenos para las tres modalidades, se observa que hay deficiencias para el reporte a otras instancias como el MSPS: por un lado, los formatos no se están utilizando con una cobertura del 100% lo que hace que la información a nivel interinstitucional sea

heterogénea. Tampoco se está haciendo una depuración estricta de la información lo que no garantiza una alta calidad de la información registrada y, dentro de las responsabilidades con las que se ven las Prestadoras de Servicios, los sistemas de registro y gestión de información, no son una prioridad o sencillamente no se cuentan como una tarea más que permita el buen funcionamiento del modelo.

De otra parte, se observa que dentro de la cadena de actores, las EPS se ven cada vez más comprometidas con la salud integral de los jóvenes. En efecto, de los testimonios obtenidos de las EPS muestran que si no se ha implementado el modelo, se está en camino de lograrlo pero esto también puede ser muestra de una debilidad y es que dependiendo del responsable en la institución y de su interés frente a la salud integral de los jóvenes, los servicios se adoptan o no: finalmente, no hay una normatividad que obligue la implementación. Esto es análogo a la voluntad política de las administraciones municipales y departamentales, ya que dependiendo de la administración de turno, se otorgan o no recursos para el funcionamiento de los SSAAJ: esto se demostró en el desarrollo del trabajo de campo pues se encontraron varios Centros Amigables clausurados por falta de financiamiento.

Durante el trabajo de campo (en el alistamiento para la salida a recolección) también se evidenció la falta de un universo consolidado y actualizado que permitiera identificar en dónde están funcionando los servicios amigables.

Frente a las anteriores recomendaciones se especifica en la siguiente matriz la viabilidad de implementación y los actores encargados de su implementación:

Cuadro 7.1 - Matriz de recomendaciones, y soporte.

Área	Soporte	Recomendación
Articulación /procesos	En el análisis de participación, se evidenció que en general esta es inferior al 10% y que la manera más frecuente de los jóvenes es a través de grupos juveniles. 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 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	Articular acciones con instituciones de otros sectores para fomentar la participación juvenil

Área	Soporte	Recomendación
	<p>precisamente la dimensión de Redes y Participación la que arrastra hacia abajo el total general del Índice Sintético.</p>	
<p>Articulación /procesos</p>	<p>Dentro de los cuellos de botella señalados por las entidades, uno de los identificados (y que es recurrente) es la falta de continuidad del programa por factores políticos o por cambio de administración en las IPS. No sólo las prestadoras lo manifiestan: por parte de las secretarías también se ve esta falta de voluntad (no sólo política sino también gerencial). Esto, además, se observó en el desarrollo del operativo de campo, en el que no se encontraron operando servicios que, en principio si lo estaban, pero habían cerrado por falta de financiamiento</p>	<p>Definir y establecer un sistema de financiamiento de los SSAAJ que garantice su permanencia, independiente de la voluntad política de líderes a nivel local o nacional</p>
<p>Articulación /procesos</p>	<p>La capacitación del personal de atención de las IPS es un tema fundamental para el desarrollo y consolidación del modelo: uno de los factores que influyó de manera negativa en la dimensión de Talento Humano del Índice Sintético fue la baja frecuencia de las capacitaciones así como la deficiencia en las capacitaciones orientadas a la adopción/implementación del modelo SSAAJ: aunque el 85% de las instituciones revela que en los últimos 24 meses ha sensibilizado al personal sobre la atención a población joven y adolescente, al preguntarles por capacitaciones de más de 24 horas (y también sobre la atención a jóvenes) u orientadas a instruir sobre el modelo de SSAAJ, los porcentajes se reducen a 49% y 66% respectivamente. Adicionalmente, dentro de los cuellos de botella identificados se encuentra la escasez de recurso humano capacitado. La rotación de personal es uno de los aspectos que influye en esta fuga de conocimientos y la subsiguiente escasez de personal idóneo (esto se profundiza en la siguiente recomendación)</p>	<p>Incluir los temas de SSR y atención especial a adolescentes, en los curriculum de los programas de pregrado o postgrado encargado de la formación del personal que atiende los SSAAJ. Fortalecer el sistema de capacitación al personal de atención en las IPS.</p>
<p>Articulación /procesos</p>	<p>En el Índice Sintético, la categoría de Talento Humano se ve afectada de manera negativa por la alta rotación del personal que atiende a jóvenes: un 40% de las instituciones coincide en que su rotación es alta y otro 40% indica es media. La principal razón que revelan los encuestados para esta rotación es por el tipo de contrato laboral y también lo atribuyen al cambio de administración municipal/departamental; los encuestados también lo hacen explícito cuando se indaga por los cuellos de botella del modelo. Lo anterior concuerda con los hallazgos del documento "AVANCES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA</p>	<p>Abordar el tema de la alta rotación del personal</p>

Área	Soporte	Recomendación
	<p>ADOLESCENTES Y JOVENES EN COLOMBIA" del MSPS de Julio de 2011, en el cual se señala la importancia de trabajar en este elemento para lograr adherencia y compromiso en el desarrollo del modelo.</p>	
Articulación /procesos	<p>Para superar las barreras de implementación o permanencia de los SSAAJ (financiamiento, dotación, personal) se podría dotar al ministerio de los recursos y competencias para acompañar directamente, por algún período de tiempo, a los servicios ubicados en regiones con menores recursos, con implementación más reciente, o con riesgo de desaparición.</p>	<p>Determinar la viabilidad técnica y jurídica de un esquema que permita al MSPS dotar directamente de medicamentos, métodos y otros recursos a los Servicios Amigables con menores recursos o más recientemente formados.</p>
Difusión y cobertura	<p>Durante la fase de diseño y ejecución del trabajo de campo, se evidenció que los servicios amigables no cuentan con listados de usuarios, ni existe un universo consolidado de servicios de salud amigables para jóvenes en el país. Conocer quiénes son, dónde están y qué características sociodemográficas y de salud, tienen los usuarios de los SAJ permitirá direccionar el modelo a sus necesidades y extenderlo a otras regiones del país.</p>	<p>Promover la estimación de la -cobertura actual / algún uso- de los SSAAJ a través de encuestas existentes, como la ENDS para sus versiones posteriores</p>
Difusión y cobertura	<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>Ampliar los canales de comunicación hacia los jóvenes para convertirlos en agentes participativos</p>
Difusión y cobertura	<p>El modelo SSAAJ se ha probado pertinente y eficaz, al menos en la mayoría de modalidades, para cumplir sus objetivos. En los entes territoriales donde éste aún no tiene presencia, aún se tiene la oportunidad de brindar a los jóvenes la oportunidad de acceder a los mismos. Se puede tener en cuenta que los municipios donde no existen servicios amigables son en su mayoría pequeños o aislados, es decir que normalmente no existen alternativas o servicios sustitutos para la población joven.</p>	<p>Expandir el modelo a otras entidades territoriales</p>
Enfoque/contenidos	<p>La evaluación de resultados evidenció que los usuarios, en general, utilizan sólo una fracción del total de servicios a su disposición. Las áreas de promoción y cuidado de la salud, claves para alcanzar el objetivo de generación de capacidades, son las menos utilizadas. Los usuarios que hacen uso frecuente, demandan por encima de toda atención en áreas relacionadas directamente con la sexualidad y la</p>	<p>Fomentar el uso intensivo de los SSAAJ</p>

Área	Soporte	Recomendación
	<p>anticoncepción, y apenas el 5% de los jóvenes visita el servicio con una frecuencia superior a la mensual.</p>	
<p>Enfoque/contenidos</p>	<p>Dado que la muestra no tuvo marco muestral, se solicitó a los servicios la convocatoria de usuarios, siguiendo la composición de géneros que normalmente manejan pero fomentando la participación de los varones. Es por eso que el estudio no hace inferencias sobre la distribución de género de los usuarios a nivel nacional. Los resultados evidencian que la actividad sexual, las prácticas y las percepciones son significativamente diferentes para hombres y mujeres, por lo que se hace necesario fomentar la participación de estos últimos a fin de incentivar las prácticas de cuidado, los conocimientos, el uso frecuente de métodos anticonceptivos modernos y demás variables de resultado.</p>	<p>Fomentar una mayor participación de los hombres</p>
<p>Enfoque/contenidos</p>	<p>Los resultados de uso de algún método en la primera relación sexual penetrativa revelan un porcentaje de uso bajo, inferior al 50% pero similar entre quienes al momento de la encuesta se identificaron como usuarios de los servicios y usuarios de las charlas. Al examinar la distribución posterior se evidencia que los usuarios de servicios sexualmente activos tuvieron una mayor prevalencia en el uso de por lo menos un método moderno de anticoncepción que los usuarios de charlas sexualmente activos. Con tal resultado en mente es posible afirmar que exponer a las personas que aún no han iniciado su vida sexual a la información y la oferta de los servicios amigables puede aumentar el uso de métodos anticonceptivos en las primeras relaciones sexuales. También se evidenció que los usuarios de los servicios (la gran mayoría con vida sexual activa) tienen mejor resultados en conocimientos que los usuarios de charlas (En su gran mayoría sin vida sexual activa). En otras palabras, la exposición a los servicios amigables previa al inicio de la vida sexual puede mejorar también el grado de conocimientos y por ende fortalecer las capacidades en la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Incentivar el uso de los SSAAJ en población no activa sexualmente (haya iniciado o no actividad sexual) a través de actividades de promoción y de acciones coordinadas con las instituciones de educación.</p>
<p>Enfoque/contenidos</p>	<p>De manera consistente, los usuarios de la modalidad de charla, exhiben resultados menores favorables que sus pares usuarios de las consultas. De manera que si se consideran las charlas como una modalidad de atención incluida en los lineamientos del modelo, es preciso reevaluar los contenidos, la frecuencia,</p>	<p>Revisar el contenido de la actividad de charlas y la oferta de servicios disponible para atender la demanda que puede inducir</p>

Área	Soporte	Recomendación
	<p>los profesionales que las dirigen y demás factores capaces de incidir en las actitudes, percepciones y prácticas de los jóvenes.</p>	
Enfoque/contenidos	<p>Los puntajes de conocimiento, una de las variables más relevantes para el análisis, ofrecen dos resultados principales. En primer lugar el puntaje final es bajo de manera transversal a los géneros, las modalidades de atención y la condición de usuarios, en promedio se tuvieron menores de 6 respuestas correctas de Información0. Si se tiene en cuenta que todas las preguntas hacen referencia a contenidos que se pueden encontrar en la información documental de los servicios amigables y entran en los módulos del PESCC, se hace evidente que en este ámbito queda mucho por cumplir. El desconocimiento en temas de uso de anticonceptivos, ciclos biológicos e infecciones de transmisión sexual, pone en riesgo a los adolescentes. Si bien los datos revelan que los usuarios de consultas tienen un promedio superior en la calificación a los de charlas (sin que esto tenga implicaciones de causalidad) revela que es posible que la exposición a los servicios mejor en nivel de conocimientos y por ende favorezca el cuidado de la salud en los jóvenes.</p>	<p>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 SSAJ.</p>
Información	<p>El índice de cuidado, construido "a la medida" del historial de la persona, revela que las prácticas de cuidado se ven altamente influenciadas por la exposición al riesgo. Así, los usuarios sin vida sexual por ejemplo, no tienen prácticas que favorecen su cuidado como por ejemplo usar algún servicio amigable. Mientas que aquellos con múltiples parejas son más propensos a usar algún método que sus pares con una sola pareja. La percepción de exposición al riesgo (vida sexual activa, número de parejas, relaciones no protegidas, etc.) se constituye en un factor determinante del uso y la intensidad de uso de los Servicios Amigables.</p>	<p>Fortalecer la difusión de información en prácticas de cuidado</p>

Área	Soporte	Recomendación
Información	<p>El 92% de las entidades hace el registro en medio digital (puede ser en alguno de los programas de Office o en un sistema propio de la entidad; sin embargo, y en términos generales, la información se registra en Excel); esto es algo muy importante ya que permite que la información se preserve y tenga potencial de ser compartida. Sin embargo, este tipo de registro no garantiza heterogeneidad en los archivos por lo que la recepción y procesamiento de la información se dificultan. En efecto, al preguntar al MSPS por las principales dificultades en la gestión de información se mencionó que el registro y uso de las bases de datos e instrumentos de recolección, es la principal dificultad. A esto le sigue el manejo de la información, el reporte y la recolección y análisis. Aunque si se llevan registros, se observa que hay deficiencias: desde la perspectiva nacional, el avance en cuanto a gestión de información es del 80% y, puntualmente, el reporte de la información es deficiente pues los reportes son irregulares, incompletos y son muy pocos los que lo hacen periódicamente. Al interior de las entidades se encuentra que no se lleva un control de calidad de la información pues no todas tienen dentro de sus procesos esa práctica; adicionalmente, cuando se preguntó por el rol que se entendía tiene la entidad como prestadora del servicio, sólo un par de instituciones resaltaron la importancia de su responsabilidad en cuanto al registro de información.</p>	<p>Integrar los diferentes sistemas 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>
Información	<p>Durante la etapa de diseño del trabajo de campo, la firma consultora recibió un listado de los servicios amigables del país, con alrededor de 600 observaciones. Después del proceso de identificación de los servicios, que incluyó llamadas a los contactos allí listados, cruce de referencias dentro de los municipios y búsquedas virtuales, se identificó apenas un cuarto del total de la muestra. En el operativo de llamadas se hallaron casos reportados donde 1) Nunca ha existido un servicio amigable (Enfoque/contenidos) Existió pero fue abandonado y no se ha recuperado por razones de financiamiento o ausencia de personal para atención. Por su parte durante el operativo de campo de tuvieron noticias de la existencia de otros servicios amigables no listados en el marco muestral original. A conocimiento de la firma consultora, en este momento, no existe en el país un listado consolidado y actualizado de los servicios amigables para jóvenes que están</p>	<p>Consolidar el universo de servicios amigables en el país</p>

Área	Soporte	Recomendación
	operando. En consecuencia no sólo los procesos de evaluación, sino los reportes, las capacitaciones y demás, se ven subestimados y no se puede brindar el acompañamiento necesario si no se sabe cuántos servicios existen y dónde están ubicadas.	
Información	Durante la planeación del trabajo de campo y diseño de instrumentos el equipo consultor sopesó la opción de contrastar los resultados obtenidos en el análisis de operaciones con los resultados de la Evaluación sumativa SAAJ y la información obtenida de los consolidados de los Reportes A4 y A11, por lo que estos insumos fueron solicitados. Al analizarlos se hizo evidente que a Enfoque/contenidos01Información no se tiene un consolidado actualizado, consistente y comprensivo de los reportes de los formatos A4 y A11. Existen datos incompletos para Enfoque/contenidos010-Enfoque/contenidos01Enfoque/contenidos. Si se fortalece el sistema de reporte, actualmente implementado en excel, y se une a los ya existentes puede convertirse en una herramienta que provea de información actualizada y relevante a los niveles de planeación central y regional del país.	Evaluar la integración de los reportes A4 y A11 como parte del UNICO sistema de información a definir (recomendación 8).
Política Pública	El modelo SSAAJ cuenta con una flexibilidad que permite su adaptación según lo demanden las circunstancias del territorio y la población. Sin duda una ventaja. Pero por otro lado, la ausencia de una reglamentación y una asignación de responsables han dificultado la permanencia de algunos servicios y el funcionamiento adecuado de los mismos. Cuando la importancia de mantener en funcionamiento los SSAAJ no está explícita ni fomentada en los lineamientos de las políticas que direccionan el sector (Plan decenal de Salud, documento de reforma a la salud), es menos probable que se les dé la atención, al menos en términos presupuestales, que requieren para su adecuado funcionamiento.	Visibilizar / hacer explícita la importancia de los SSAAJ en el Plan de Salud como instrumento para facilitar el logro de objetivos que se propone con la población de adolescentes y jóvenes

Fuente: Econometría S.A

BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhi & J. Beckmann (Eds.), *Action.control: From cognition to behavior* (pp. 11.39). Heidelberg: Springer.
- Bandura, Albert (1987). (María Zaplana, trad.) *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona, Spain: [Martínez Roca](#). ISBN 9788427011625.
- Blum, Henrik L, (1974) Planning for health: development and application of social change theory. Human Sciences Press.
- Bronfenbrenner. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Díaz, L. y Morales, M. (2012), *Análisis estadístico de datos multivariados*, Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y jóvenes. Colombia. Taller: Diálogo Sur-Sur sobre prevención del embarazo adolescente en el área Andina*. Documento en línea. http://www.slideshare.net/Superando_Barreras/ppt-colombia-slideshare#
- Glasgow, R. E., & Lichtenstein, E. y. (Agosto de 2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267.
- Glasgow, R. E., & Lichtenstein, E. y. (Agosto de 2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267.
- Glasgow, R., Lichtenstein, E., & Marcus, A. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health*, 1261-1267.
- Schuman. (1967). *Evaluative Research: Principles and practice in public service action programs*. New York.
- Sinergia, D. N. (2011). *Guía para la Evaluación de Políticas Públicas*. Bogotá: Editorial Kimpres.

Sinergia, D. N. (2012). *Guía Metodológica para el Seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo y la Evaluación de Política Estratégicas*. Bogotá: Editorial Kimprés.

UNFPA, C. (2008). *www.unfpa.org.co*. Recuperado el 10 de 03 de 2013, de Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (Segunda Edición): <http://www.unfpa.org.co/menuSupIzqui.php?id=16>

Wignaraja, M. y. (2009). *Menon y Wignaraja (2009). Handbook on planning monitoring and evaluation for development results. United Nation Development Programme. .*

ANEXO 1: INSTRUMENTOS (EN MEDIO MAGNÉTICO)

ANEXO 2: MUESTRA (EN MEDIO MAGNÉTICO)

ANEXO 3: TRABAJO DE CAMPO (EN MEDIO MAGNÉTICO)

ANEXO 4: METODOLOGÍA CUALITATIVA (EN MEDIO MAGNÉTICO)

ANEXO 5: COMPONENTES PRINCIPALES (EN MEDIO MAGNÉTICO)

ANEXO 6: PRINCIPALES HALLAZGOS DEL EJERCICIO CUALITATIVO
