



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

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
MD. Es. Epidemiología. Ms. SSR.

Ex Lider Curso de Vida Adolescencia y Juventud. Ministerio de Salud de Colombia.
Consultora Internacional Salud Adolescente. UNICEF Argentina
Asesora Comité de Adolescencia de ALAPE.

Miembro CODAJIC
dimoreno@unicef.org.





- Antecedentes
- Marco Teórico.
- Metodología.
- Diseño de instrumentos.
- Recolección de datos.
- Plan de análisis
- Resultados.
- Discusión.
- Conclusiones.



V ENCUENTRO DE SALUD PÚBLICA

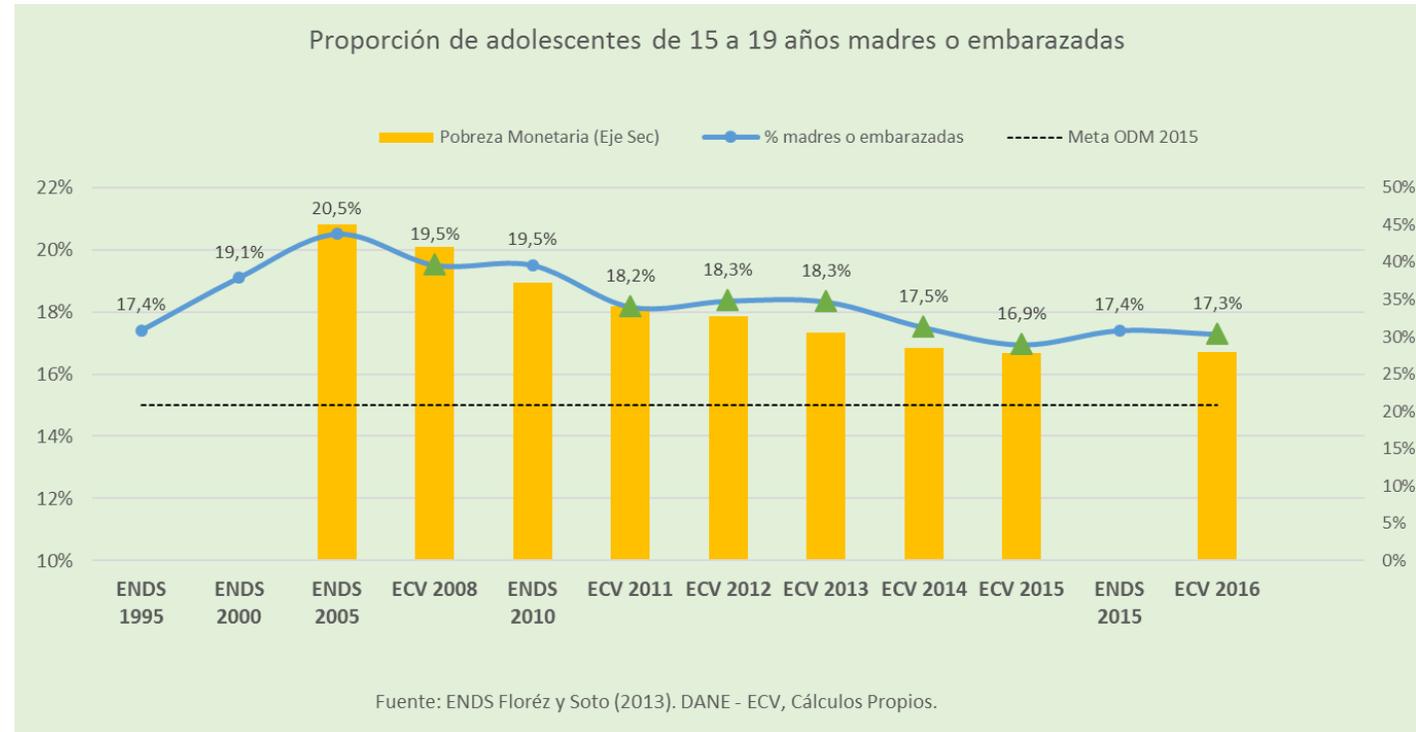
IV SIMPOSIO COLOMBIANO DE SALUD PÚBLICA
III ENCUENTRO DE UNIVERSIDADES
RETOS Y AVANCES EN LA FORMACIÓN DE LOS JÓVENES



ANTECEDENTES

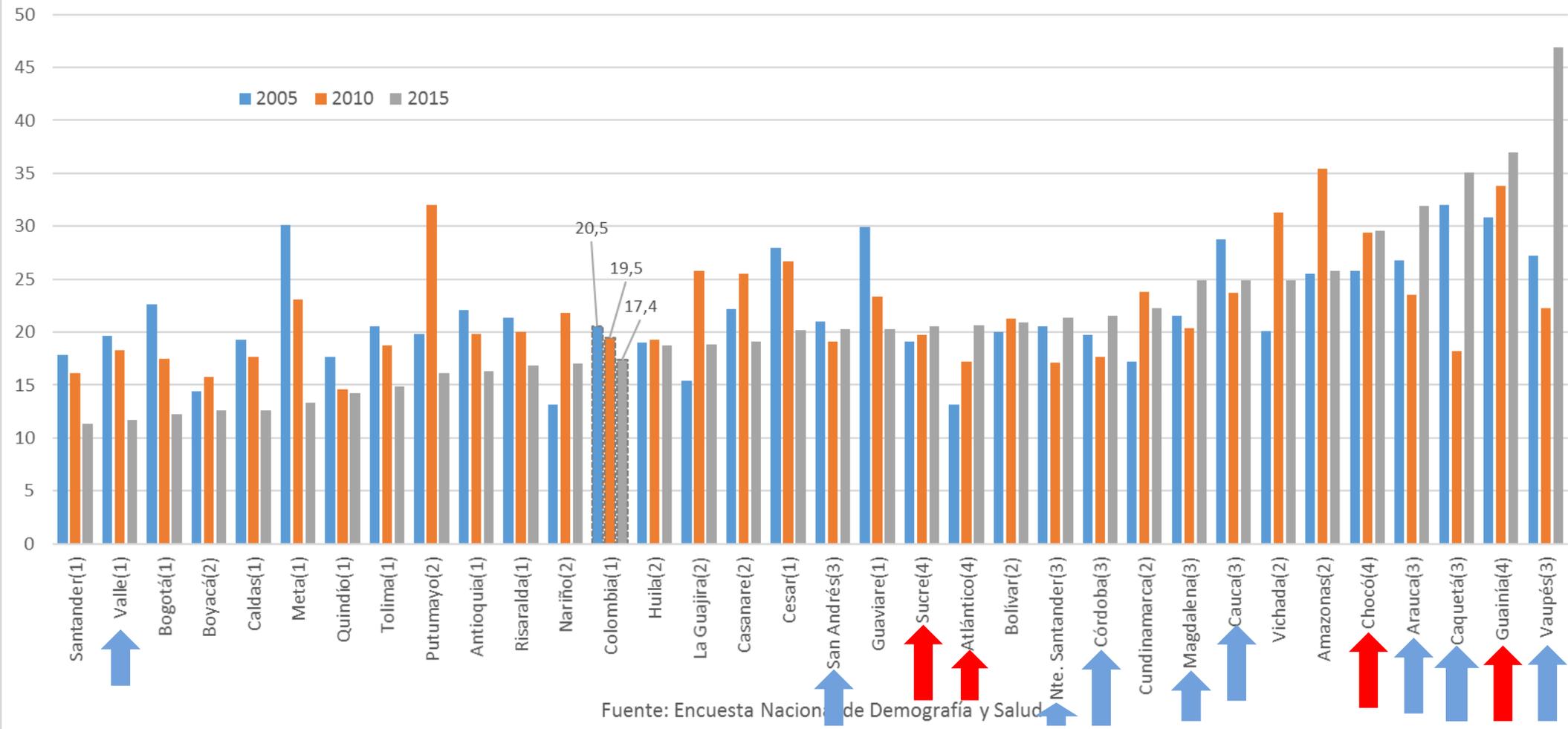


Proporción de adolescentes que han sido madres o están en embarazo



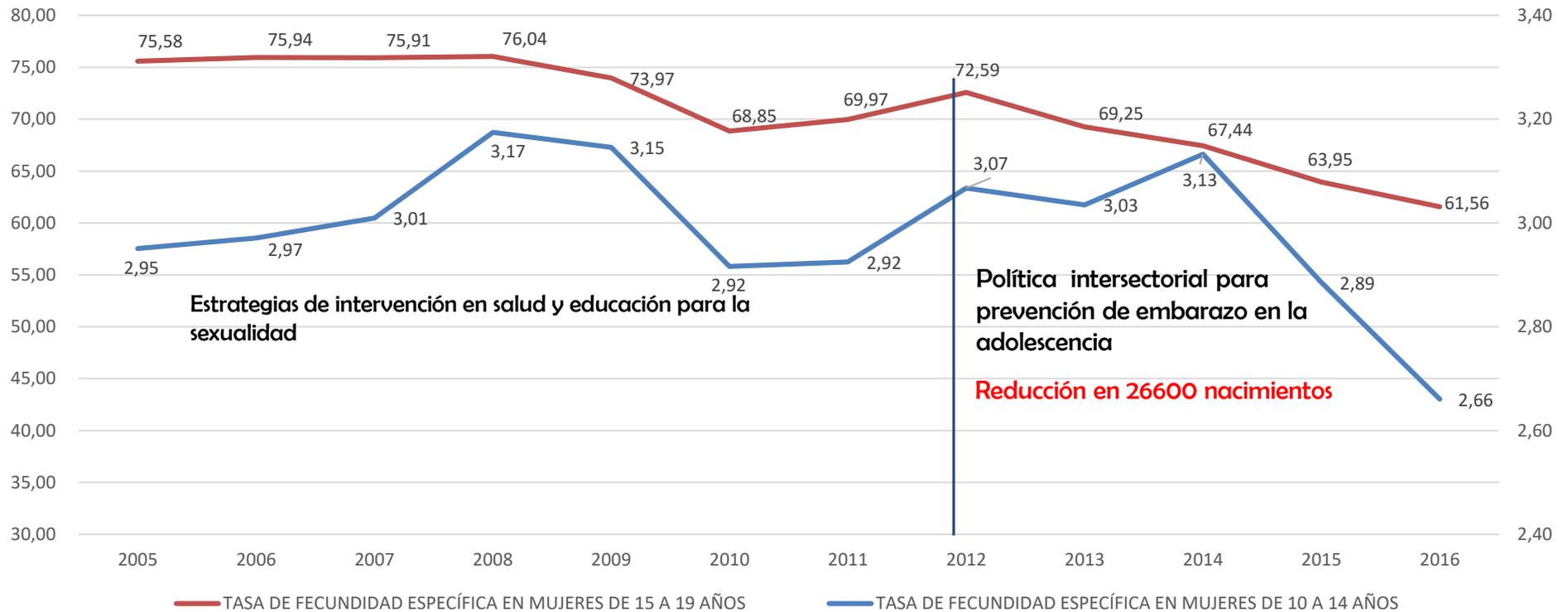
- ✓ Fuerte relación entre pobreza y embarazo en la adolescencia.
- ✓ No alcanzamos la meta de los ODM. 1 de cada 6 adolescentes es madre o está embarazada
- ✓ Esto significa, a 2016, 5,344 niñas de 12 a 14 años y 356,000 adolescentes de 15 a 19 que ya son madres o están embarazadas. Esto es el equivalente a toda la población de Chocó.

Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran embarazadas



1: Siempre mejora; 2: Había empeorado y mejoró; 3: Había mejorado y empeoró y; 4: Empeora siempre

Tasas de fecundidad adolescente por grupos de edad. Colombia 2005-2016



Fuente: EEVV. DANE.SISPRO.Minsalud.

A partir del año 2012 se integran las estrategias que realizan los diversos sectores para reducir el embarazo en la adolescencia en una Política Nacional Intersectorial.

Evaluación de procesos de la implementación de la estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años en una muestra de los municipios piloto, así como el levantamiento de una línea base, para en posteriores seguimientos, evaluar los resultados en la población beneficiaria. DNP. Econometría. Disponible en <https://goo.gl/9WuSHj>

Análisis de costo-efectividad de las estrategias del Conpes 147 de 2012 para la prevención del embarazo en la adolescencia . Ospina M, Perdomo M, Sarmiento R, Quiroga D. Universidad de los Andes.

Contexto



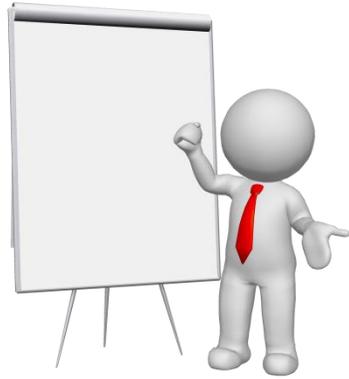
Resolución 412 del
Norma Técnica para la
detección de alteraciones
del joven de 10 a 29
años.



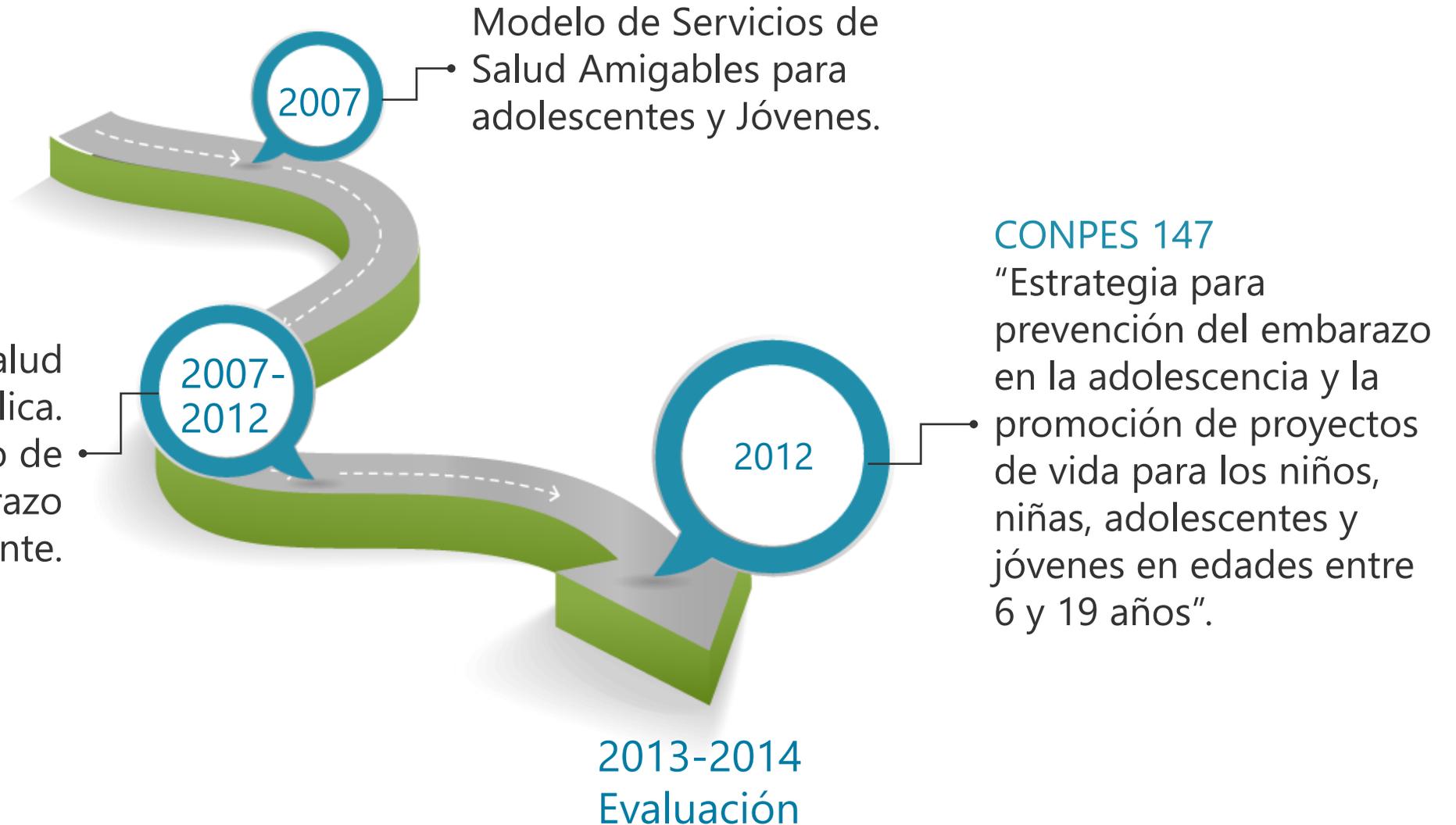
Programa de Atención
Integral en Salud dirigido
esta población.

*Política Nacional de
Salud Sexual y
Reproductiva.
*Proyecto Colombia.

Antecedentes



- Plan Nacional de Salud Pública.
- Plan Andino de Prevención de Embarazo Adolescente.



Antecedentes



ENDS 2015. Reducción de 3 puntos % en proporción de adolescentes alguna vez embarazadas



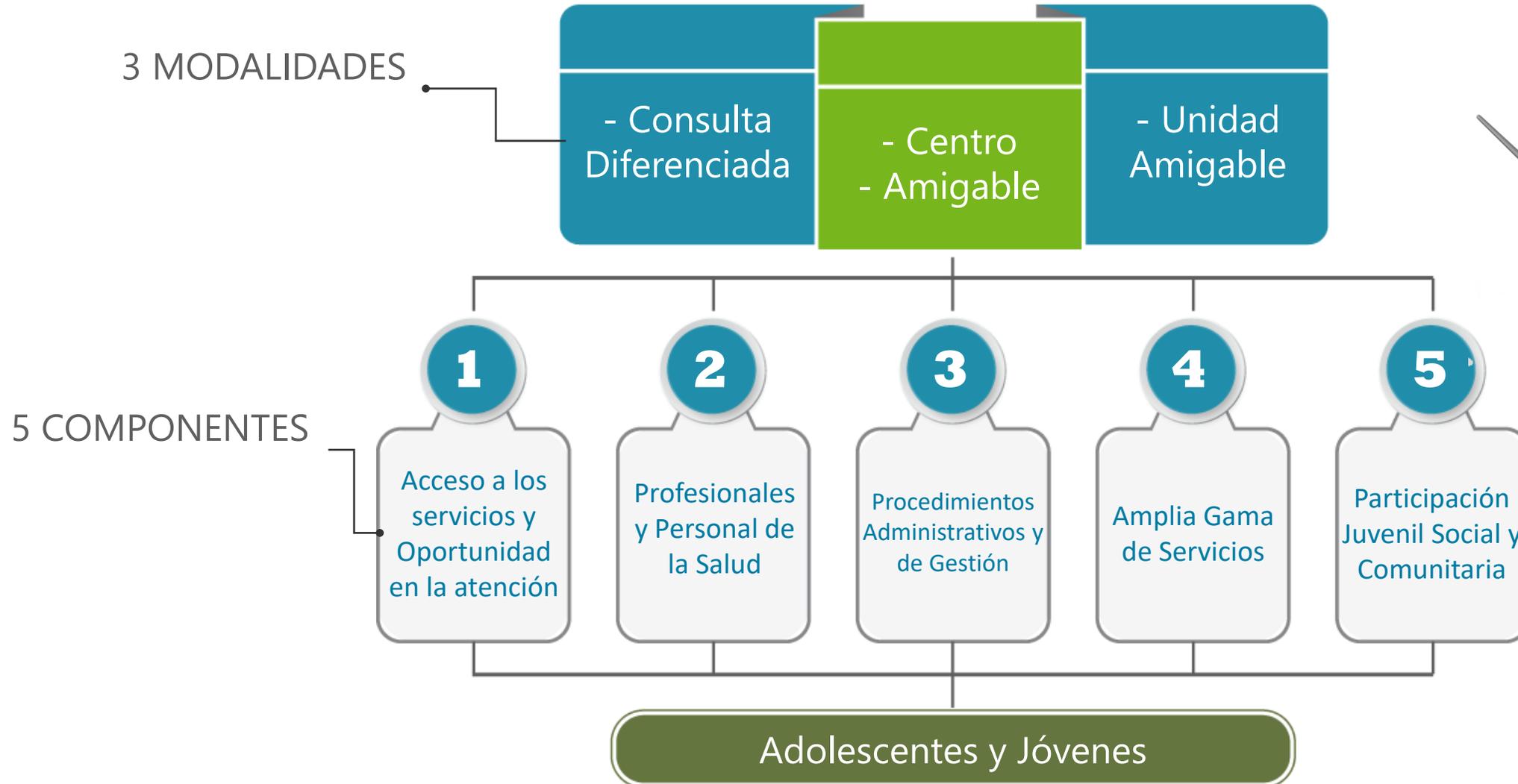
Definición de Modelo de servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

“Son servicios en los cuales ... 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 intervenciones”.

Tomado del UNFPA y la OPS



Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes



Avances en la implementación de SSAAJ por DTS

Departamento	SSAAJ 2009	SSAAJ 2010	SSAAJ 2011	SSAAJ 2012	SSAAJ 2013	Nº municipios SSAAJ	Total municipios x departamento	% cobertura de SSAAJ x municipio
Amazonas	0	0	1	3	3	1	11	9,1
Antioquia	52	48	60	77	75	28	126	22,2
Arauca	0	2	3	0	0	0	7	0,0
Atlántico	8	20	27	26	37	22	23	100
Barranquilla	3	11	11	14	15	1	23	100
Bogotá D.C.	5	30	30	33	33	13	20	6,5
Bolívar	8	15	21	15	3	4	46	8,7
Cartagena	0	12	13	11	42	4	46	8,7
Boyacá	8	50	116	63	84	84	123	68,3
Caldas	10	2	18	9	20	13	27	48,1
Caquetá	0	1	7	8	8	7	16	43,8
Cauca	18	26	30	5	17	14	42	33,3
Casanare	20	32	32	21	19	6	19	31,6
Cesar	16	27	27	19	15	8	25	32,0
Chocó	3	17	17	17	1	1	30	3,3
Córdoba	0	1	3	3	13	13	30	43,3
Cundinamarca	2	54	54	54	84	83	116	71,6
Guainía	0	1	2	2	1	1	1	100,0
Guaviare	0	1	0	0	4	3	4	75,0
Huila	17	24	34	30	41	34	37	91,9
La Guajira	0	3	6	9	13	5	15	17,2
Meta	21	36	35	9	14	5	29	17,2
Magdalena	0	8	7	10	4	5	29	17,2
Nariño	25	43	51	55	63	52	64	81,3
Norte de Santander	11	6	16	11	25	6	40	15,0
Putumayo	0	12	12	13	8	8	13	61,5
Quindío	7	2	15	2	7	7	12	58,3
Risaralda	3	12	14	12	8	2	14	14,3
San Andrés y Providencia	3	2	3	2	2	1	2	50,0
Santander	18	64	65	65	32	7	87	8,0
Sucre	15	22	26	17	14	5	26	19,2
Tolima	7	20	48	48	57	46	47	97,9
Valle del Cauca	10	33	45	46	46	42	42	100,0
Vichada	0	1	1	1	0	0	4	0,0

Fuente: Elaboración propia, a partir de información enviada a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, por las entidades territoriales de salud 2009 al 2013.

Evaluación de Calidad de los SSAAJ

Análisis de los instrumentos

Anexo A4: Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes.

Anexo A11: Encuesta auto administrada a adolescentes y jóvenes.



Según grado de desarrollo así:

ALTO: % Mayor a 75% en la respuesta equivalente a SI, para cada ítem.

MEDIO: % Entre 50% y 75% de respuestas equivalentes a SI, para cada ítem.

BAJO: % Entre 25% y 50% de respuestas equivalentes a SI, para cada ítem.

INCIPIENTE: % Menor a 25% de respuestas equivalentes a SI, para cada ítem.

Objetivos

2.1. Objetivo General:

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



Antecedentes

- ❑ Resolución 412 del 2000. Norma Técnica para la detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años.
- ❑ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 a 2007.
- ❑ Propuesta de actualización de la Norma Técnica de detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años. 2007.
- ❑ Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y Jóvenes. Octubre 2007.
- ❑ Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública.
- ❑ Resolución 425 de 2008. Plan de Intervenciones Colectivas.
- ❑ Ley 1438 de 2011.
- ❑ Plan decenal de salud pública 2012 - 2021
- ❑ Política de Sexualidad derechos sexuales y derechos reproductivos 2014 -2021.
- ❑ Resolución 3280 de 2018

**V ENCUENTRO DE
SALUD PÚBLICA**

IV SIMPOSIO COLOMBIANO DE SALUD PÚBLICA
III ENCUENTRO DE UNIVERSIDADES
RETOS Y AVANCES EN LA FORMACIÓN DE LOS JÓVENES



MARCO TEÓRICO





Adolescencia:

Una etapa de **ORO** del curso vital humano
por su oportunidad para crecer sin
adolecer

Olga Lucía Restrepo Espinosa



Adolescencia y Juventud

La OMS y OPS define la adolescencia como el periodo comprendido entre 10 a 19 años y la juventud como el periodo entre 15 y 24 años.

Adolescencia = «*adolescere*» = «Crecer»

La adolescencia y juventud es una etapa del ciclo vital humano.

Adolescencia temprana (10-13 años)

Adolescencia media (14-16 años)

Adolescencia tardía (17 a 20 años)

Juventud (21 a 24 años)

Adulthood emergente (Arnett, 2000)

Representa más del 30% de la población Colombiana.



Adolescente

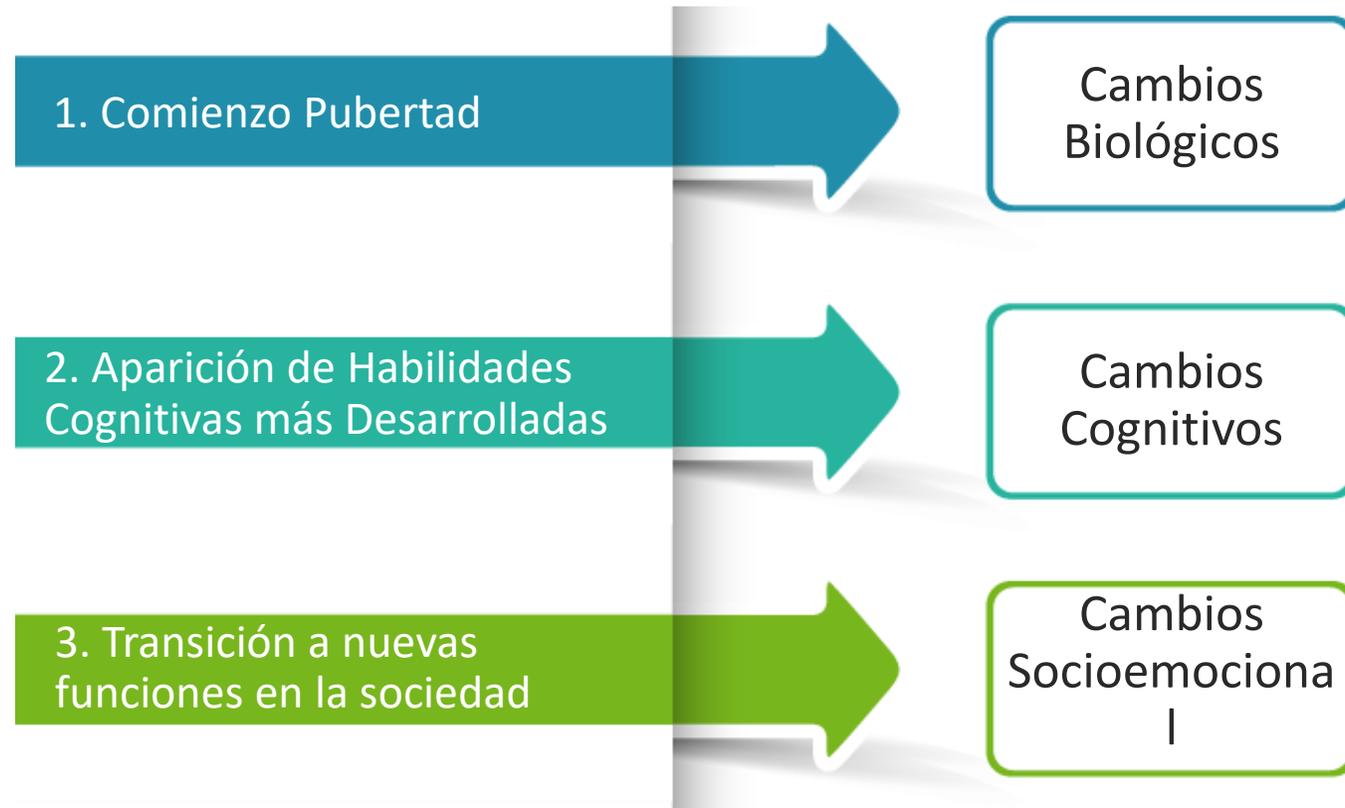
“Esta juventud está malograda hasta el fondo del corazón. Los jóvenes son malhechores y ociosos. Ellos jamás serán como la juventud de antes. La juventud de hoy no será capaz de mantener nuestra cultura”

escrita en un vaso de arcilla descubierto en las ruinas
de Babilonia hace 4, 000 años

“Nuestro mundo llegó a su punto crítico. Los hijos ya no escuchan a sus padres. El fin del mundo no puede estar muy lejos”

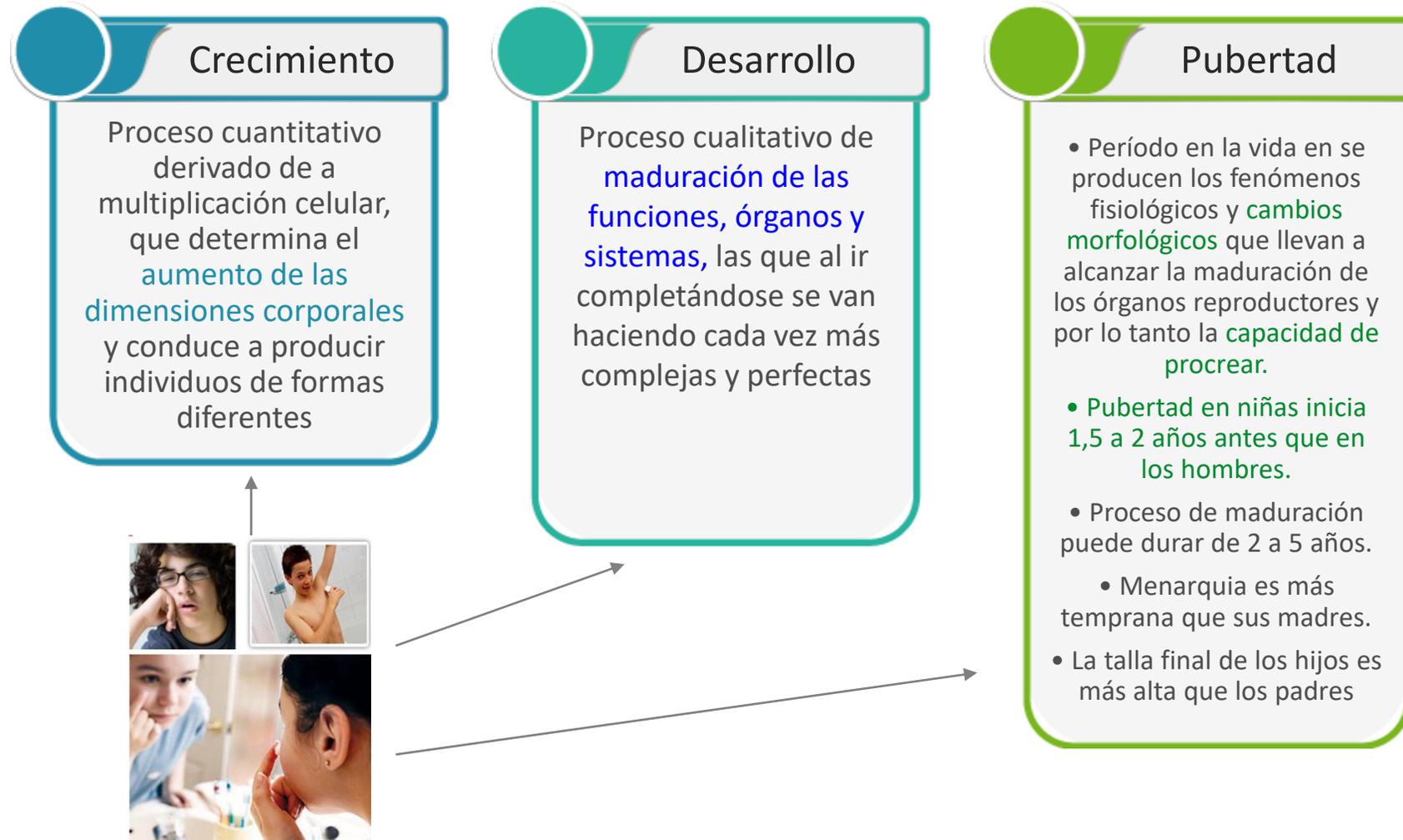
un sacerdote del año 2.000 AC

Características Universales de la Adolescencia



Fuente: Opciones y Cambios

Cambios Biológicos de la Adolescencia

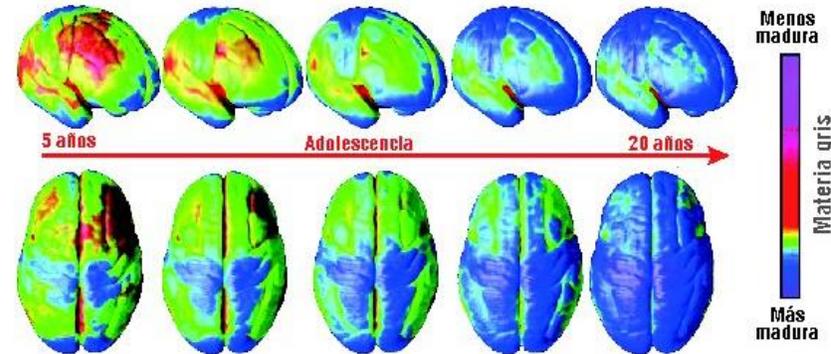


Desarrollo Cerebral en Adolescentes

El desarrollo Cerebral se Extiende a los Años Adolescentes.

Mayoría de este desarrollo ocurre en el lóbulo frontal.

- Funciones ejecutivas.
 - Planificación.
 - Razonamiento.
- Control de impulsos.

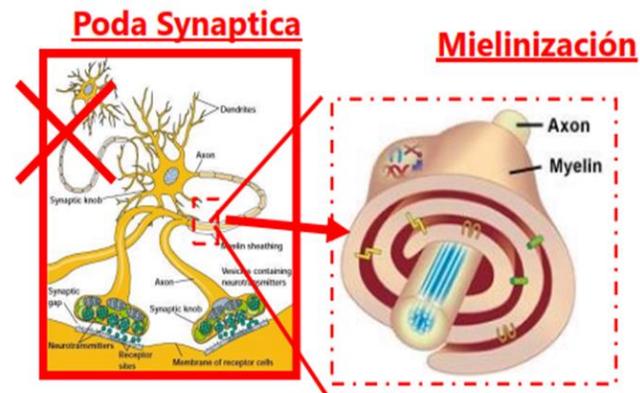


1. Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 77-85.
2. Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(6), 718-729.
3. Sowell, E. R., Thompson, P. M., Holmes, C. J., Jernigan, T. L., & Toga, A. W. (1999). In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature neuroscience*, 2(10), 859-861.

Maduración Cerebral en Adolescentes

Mejora función cerebral

- Aumenta la eficacia local de computabilizar
- Aumenta la velocidad de transmisión neuronal



- Fuentes:
1. Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 77-85.
 2. Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(6), 718-729.
 3. Sowell, E. R., Thompson, P. M., Holmes, C. J., Jernigan, T. L., & Toga, A. W. (1999). In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nature neuroscience*, 2(10), 859-861.

- Dorsolateral: Pensamiento a futuro e inhibición de la respuesta a impulsos
- Ventromedial: Regulación de emociones, balanceando riesgo y premios. Aprendiendo de la experiencia

Adolescente

“La juventud tiene el genio vivo y el juicio débil”.

Homero (VII AC-VIII AC)

“Ya no tengo ninguna esperanza en el futuro de nuestro país si la juventud de hoy toma mañana el poder, porque esa juventud es insoportable, desenfrenada, simplemente horrible.”

Hesíodo (720 AC)

Resultados en Salud Esperados en la Adolescencia

Logros del desarrollo

Desarrollo Cognitivo: funciones ejecutivas, control de la conducta, pensamiento moral

Construcciones identitarias que marquen trayectorias de desarrollo.

Autonomía

Capacidad de agencia.

Mejoran los sistemas cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético (mayor fuerza y resistencia).

Capacidad reproductiva, bases biológicas del proceso de sexuación

Redefinición afirmativa de la identidad sexual y de género

Integración del erotismo a su conjunto psicosocial.

Afectividad que aporta a su bienestar emocional

IDENTIDAD: Implica la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, definición de una ideología personal e identidad moral

AUTONOMÍA: "la capacidad de dar dirección a su propia vida, a establecer metas, sentirse competente y ser capaz de ajustar sus propias acciones de acuerdo a sus objetivos

CAPACIDAD DE AGENCIA " la capacidad de plantearse y trabajar por cumplir con planes de vida valiosos para uno mismo"

EXPRESIONES DE AGENCIA DE MUJERES:

Control sobre recursos,
Libertad de movimiento,
Poder de decisión en la familia, Libertad de riesgo de violencia
Capacidad de contar con voz en la sociedad e influencia política.



Ventana de oportunidad para lograr acumulaciones de capital humano, social y de salud.

Resultados en Salud Esperados en la Adolescencia

Logros del desarrollo



Ventana de oportunidad para lograr acumulaciones de capital humano, social y de salud.

DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD:

Es la descripción que hacemos de sí mismos que tiene que ver con el sexo, el género, la orientación sexual y a identidad sexual.

Está en permanente construcción.

Producto de la relación que tenemos con otras personas, instituciones y dice que somos y cómo nos reconocemos

QUE PASA CON LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La/el adolescente acepta su propio cuerpo
Entiende los cambios puberales y los considera normales
Busca información adicional cuando la necesita

Afirma que el desarrollo humano incluye el desarrollo sexual.
Identifica y vive de acuerdo a sus propios valores



Resultados en Salud Esperados en la Adolescencia

Logros del desarrollo



Ventana de oportunidad para lograr acumulaciones de capital humano, social y de salud.

PARTICIPACIÓN:
El ejercicio de la ciudadanía, se da cuando el individuo pasa de la **participación posible a la participación real**.
Se ocupa de los temas que le preocupan.
Produce sus propios mensajes.
La sociedad **reconoce** sus derechos.
Crea espacios para su ejercicio
Apoya sus propuestas y fomenta de la participación equitativa.

En la práctica, adolescentes y jóvenes, son las personas que **presentan mayores dificultades para ejercer plenamente su ciudadanía**, su voz es difícilmente escuchada, está limitada de diferentes formas según Durston (1999)

Para el caso del acceso a los servicios de salud la mayoría de los adolescentes y jóvenes, necesitan **presentar sus demandas a través de un adulto**, para que sus derechos sexuales y derechos reproductivos sean respetados. En este campo, se hace relevante el fortalecimiento de la **participación de adolescentes y jóvenes, ya que ésta permite el reconocimiento de sus necesidades**, el mejoramiento de las decisiones por parte de las instituciones, y el aumento de conocimientos, habilidades y competencias cívicas en adolescentes y jóvenes (Bravo Bolaños, 2012).

El péndulo de las visiones determina que son blanco de manipulación y de interés por su CONSUMO de productos o bienes del mercado

Contribuciones a la Agencia

Para que un/a adolescente adquiriera la conducción integradora de su propio desarrollo se requiere:

- Ejercer sus derechos
- Expresar sus capacidades de iniciativa
- Aprender estrategias de anticipación de resultados.
- Incluir el manejo de consecuencias.
- Contar con habilidades para la toma de decisiones.
- Tener oportunidades de puesta en práctica del sentido de su vida, interlocución, solución de problemas y del cuidado mutuo.



Fuente: Dina Krauskopf

Habilidades para la vida

- Empoderamiento a través de mayor competencia en sus acciones.
- Educación en habilidades y no sobre habilidades.
- Oportunidades de aprender a ser, aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a convivir.
- Sentimientos vs conductas (todos los sentimientos están bien, algunas conductas no lo están).

Fuente: Dina Krauskopf



Adolescente

“Los jóvenes hoy en día son unos tiranos. Contradicen a sus padres, devoran su comida, y le faltan al respeto a sus maestros”

“Nuestros hijos hoy son unos verdaderos tiranos. Ellos no se ponen de pie cuando una persona anciana entra. Responden a sus padres y son simplemente malos”

Sócrates (470 AC-399 AC)

“Los jóvenes de hoy no parecen tener respeto alguno por el pasado ni esperanza ninguna para lo porvenir.”

Hipócrates (V-IV AC)

Achieving Gender Equality by 2030: Putting Adolescents at the Center

November 2018

JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH



GEAS CONCEPTUAL MODEL FOR EMPOWERMENT AMONG ADOLESCENTS (BLUM 2018)

AGENCY

Voice:

- Ability to express opinions and be heard
- Ability to express needs and desires

Freedom of Movement:

- Ability to meet with friends
- Ability to participate in recreational activities

Decision-making:

- Ability to make decisions that govern daily life

OPPORTUNITY STRUCTURES

- Economic
- Political
- Cultural
- Family
- Legal
- Education
- Social Capital

SELF-ACTUALIZATION

Achievements of desired outcomes

- Education
- Employment
- Healthy behaviors

EMPODERAMIENTO DEL ADOLESCENTE

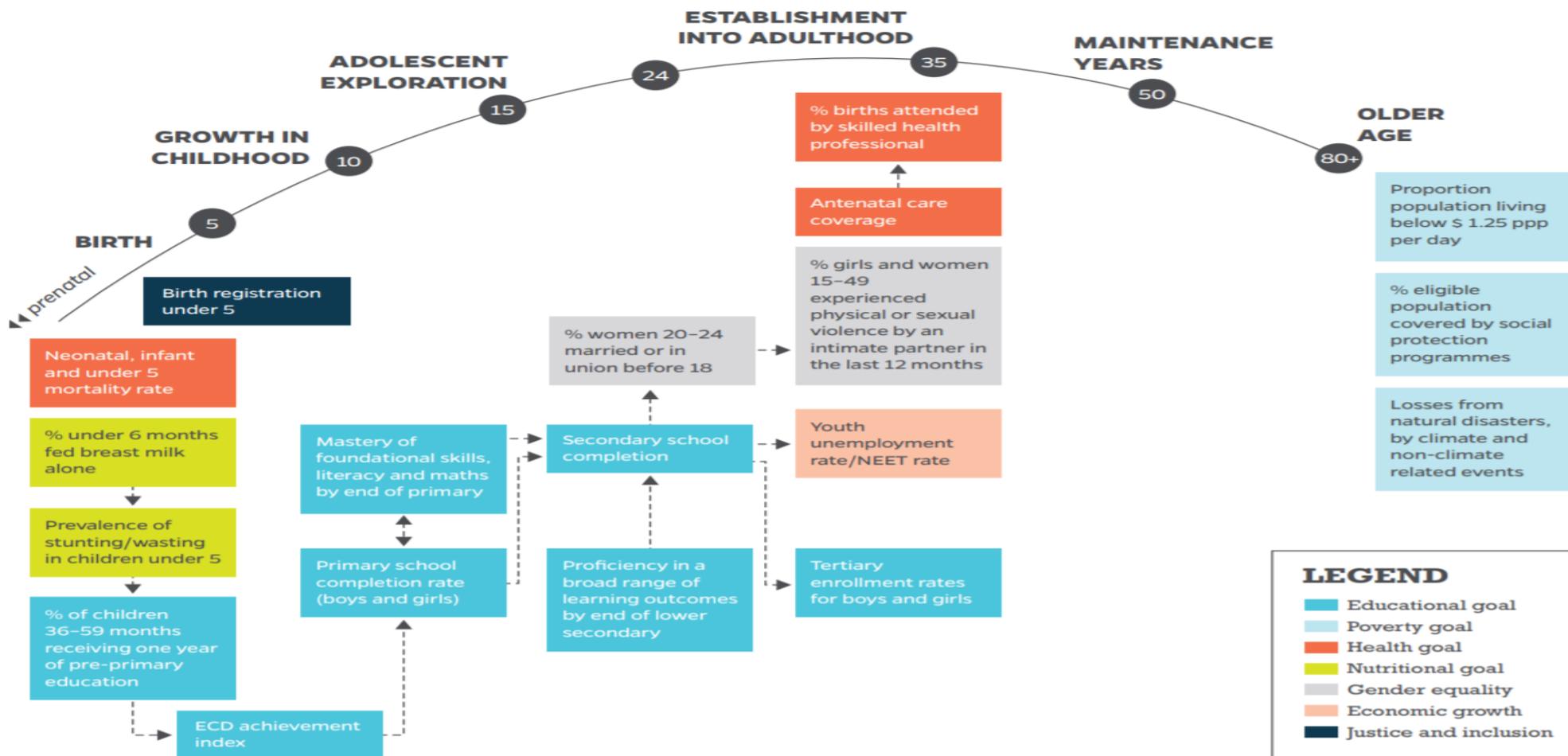
“el concepto de mejorar la capacidad de un individuo o grupo para tomar decisiones efectivas; es decir, tomar decisiones y luego transformarlas en acciones y resultados deseados”.⁵ Como tales, hay dos dimensiones clave: agencia y oportunidad. La agencia es individual. Para los adolescentes, se refleja principalmente en la voz, la toma de decisiones y la libertad de movimiento. La oportunidad es estructural. Incluye acceso a educación, apoyo familiar y comunitario, servicios sociales y de salud, y estructuras económicas y políticas que en conjunto ayudarán a una persona a lograr sus objetivos. Sin oportunidad, la agencia no es igual de empoderamiento.

Banco Mundial

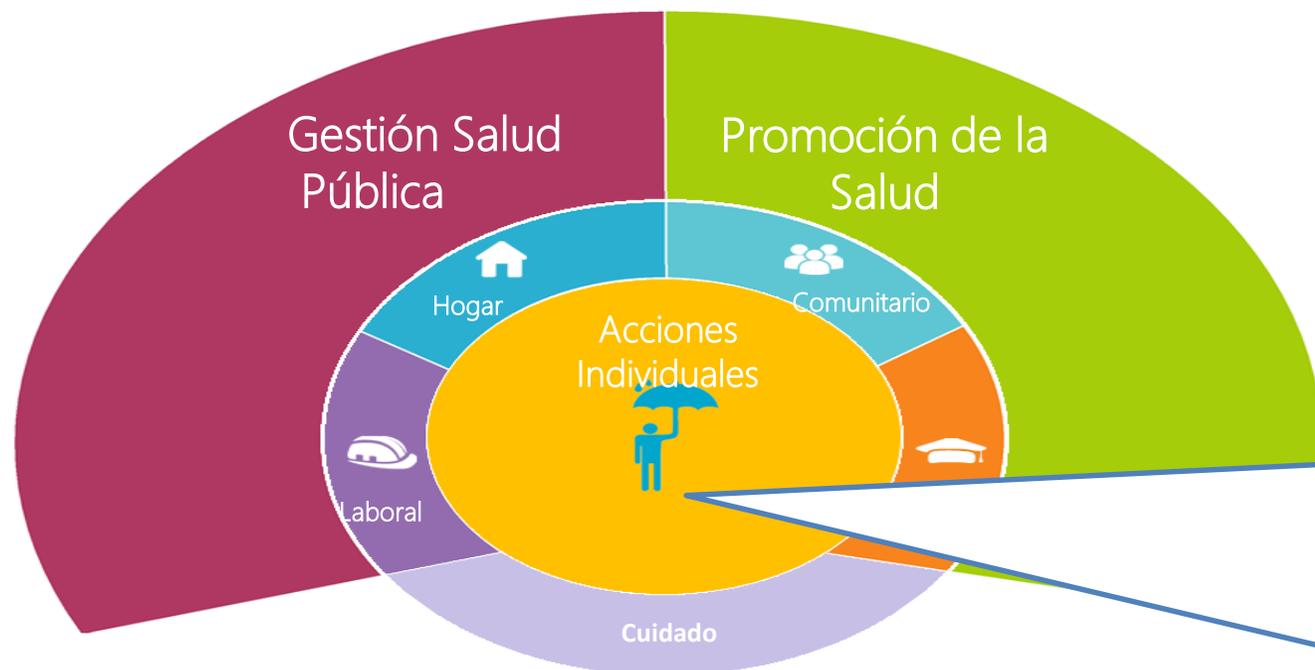
INDICATOR	IMPORTANTANCE
▶ Percent completing secondary school by sex	▶ Achieve universal secondary education and graduation for all boys and girls. Education has been shown to significantly increase gender equality.
▶ Percent of schools with comprehensive sex education (CSE)	▶ CSE has been shown to effectively provide skills and resources that help people to control their reproductive futures.
▶ Percent of adolescents who feel safe in their neighborhood by age and sex	▶ Safety and security are essential for young people to be able to have experiences that allow for healthy development.
▶ Percent of adolescents who feel they can ask for help when needed	▶ Voice is a critical component of empowerment, and seeking help when needed enhances safety and security.
▶ Percent of adolescents with access to family planning services by age, sex and marital status	▶ Access to family planning services helps people to control their reproductive future and to decide if and when to have children.
▶ Percent of adolescents with depression by age and sex	▶ There is growing evidence globally that mental health is one of the greatest needs of young people.
▶ Percent of adolescents with iron-deficiency anemia by age and sex	▶ Iron-deficiency anemia affects both the adolescent's growth and ability to learn. It impairs their children as well.
▶ Percent of adolescents married on or before age 15 by sex	▶ Child marriage effectively ends education, is a form of child abuse, and eliminates the opportunity for women to control their reproduction.
▶ Percent married between ages 16 and 18 years by sex	

RESEARCH PRIORITIES	SPECIFIC FOCUS
Drivers of child marriage, particularly among children 15 and younger	▶ The role of coercion into marriage ▶ The protective role of social networks
Unpaid work and its consequences	Consequences for: early marriage, early school leaving, future employment
Female genital cutting/mutilation	▶ Men's attitudes towards FGM ▶ The relationships between sexual well-being and FGM ▶ Coercion, social norms, and FGM ▶ Trend estimations at the country level
Contraceptive decision-making	▶ The meaning of "choice" in adolescence ▶ Impacts of laws and policies related to contraceptive access by adolescents
Gender-based violence	Improved estimates of gender-based violence (perpetration and victimization) by sex
Expanded impact evaluation of interventions	▶ Understanding processes of recovery and resilience in adolescence ▶ Improved understanding of the social contexts in the lives of low-income adolescents and the experiences of gender inequalities.
Critical transitions in adolescence and their relationships to health and social outcomes	▶ Care burden ▶ Menarche ▶ Fertility
Replication research to understand the processes of taking effective programs to scale	Replication of programs with low-cost alternatives that can be scaled
Quality assessment of adolescent services	▶ Adolescent health services delivery ▶ Sex education
Evaluation of laws and policies that advance gender equality	Impact evaluation of laws related to the following to identify what works: child marriage, female genital cutting, gender-based violence, universal secondary education

FIGURE 1: LINKING SDG INDICATORS TO A LIFE COURSE FRAMEWORK
 (MODIFIED FROM BANATI IN VERMA AND PETERSEN, 2018)



VALORACIÓN DEL DESARROLLO

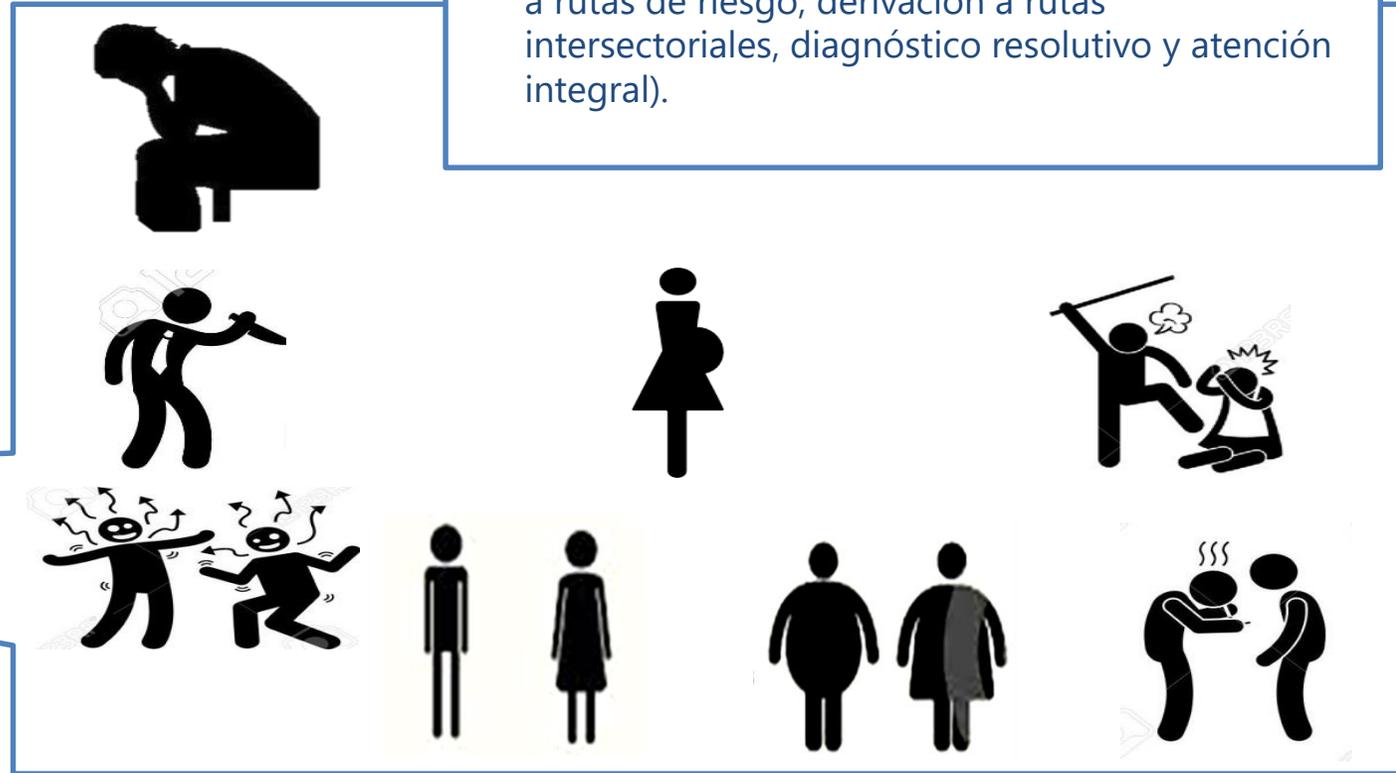


- **Valoración integral del desarrollo**, detectar desviaciones del desarrollo y gestionar adecuadamente; información para la salud.
 - **Valorar el crecimiento y desarrollo**
 - Valoración cognitiva
 - Proceso y construcciones identitarias
 - Autonomía
 - Crecimiento físico y la maduración sexual
 - **Valorar el estado nutricional**
 - **Valorar la salud sexual y reproductiva**
 - **Valorar la salud bucal**
 - **Valorar la salud auditiva y comunicativa,**
 - **Valorar la salud visual**
 - **Valorar la salud mental**
 - **Valoración familiar y del entorno**

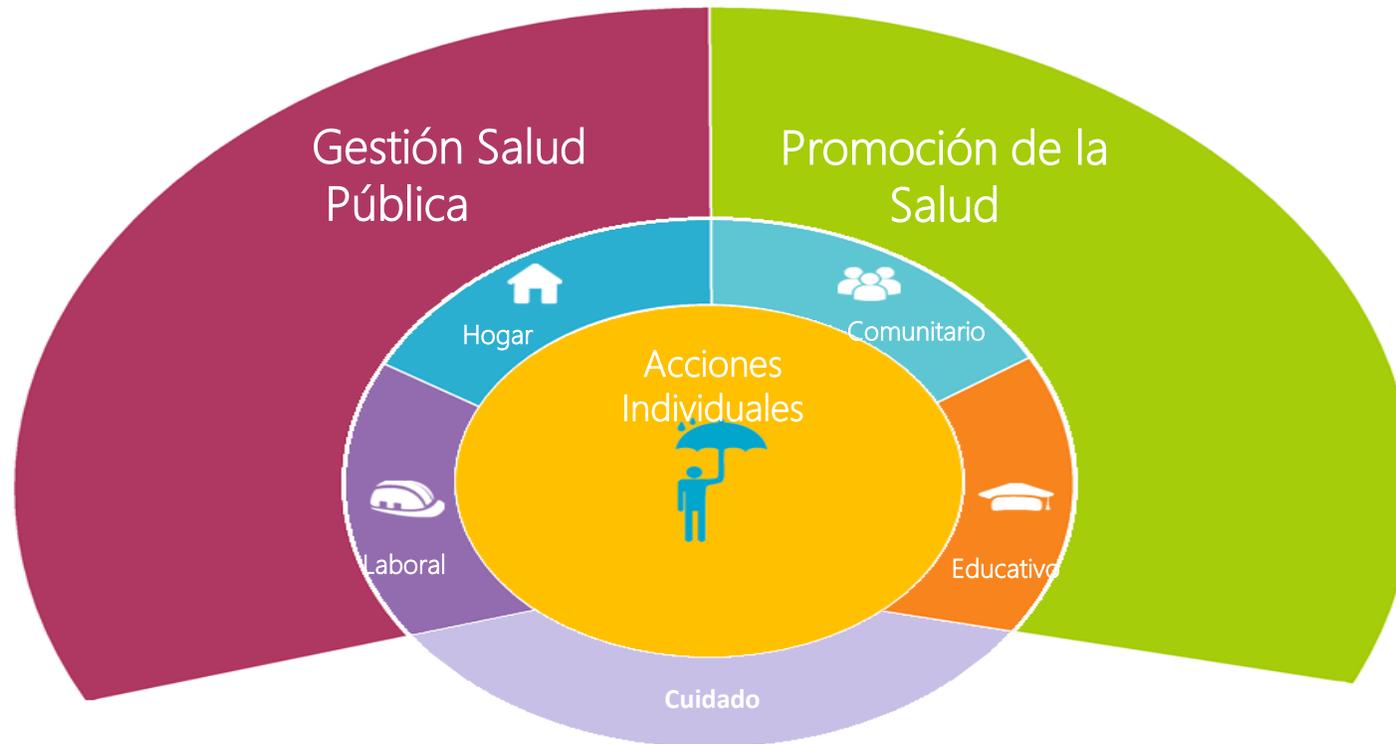
GESTIÓN DEL RIESGO



- **Detección de alteraciones y de riesgos en salud** (riesgos acumulativos).
- Gestión de los riesgos (plan de manejo, derivación a rutas de riesgo, derivación a rutas intersectoriales, diagnóstico resolutivo y atención integral).



PROMOCIÓN DE LA SALUD



- **Educación para la salud**, desarrollo de capacidades emocionales y sociales.
- Asesoría en SSR
- Habilidades para la vida
- Educación en DS DR
- Estilos de vida saludables
- Educación con las familias (planes integrales de cuidado)

- **Protección específica**
- Vacunación
- Anticoncepción
- Suplementación

RESULTADOS EN SALUD ESPERADOS EN LA ADOLESCENCIA

“lograr en los territorios la construcción, operación y evaluación coherente y sostenible de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales, orientadas a alcanzar el desarrollo integral” (PDSP)

Coordinación Intersectorial para alcanzar condiciones necesarias para lograr el desarrollo integral y humano de adolescentes. Lograr realizaciones en derechos, afectar los determinantes.

Gestión de la prestación de servicios individuales: servicios diferenciados, accesibles adaptados, amigables; redes completas y suficientes

Participación Social: adecuación de los servicios, control social, iniciativas juveniles

Gestión de las Intervenciones Colectivas: articulada con el PB para garantizar la integralidad en la atención del/la adolescente, afectar entornos.



Adolescente

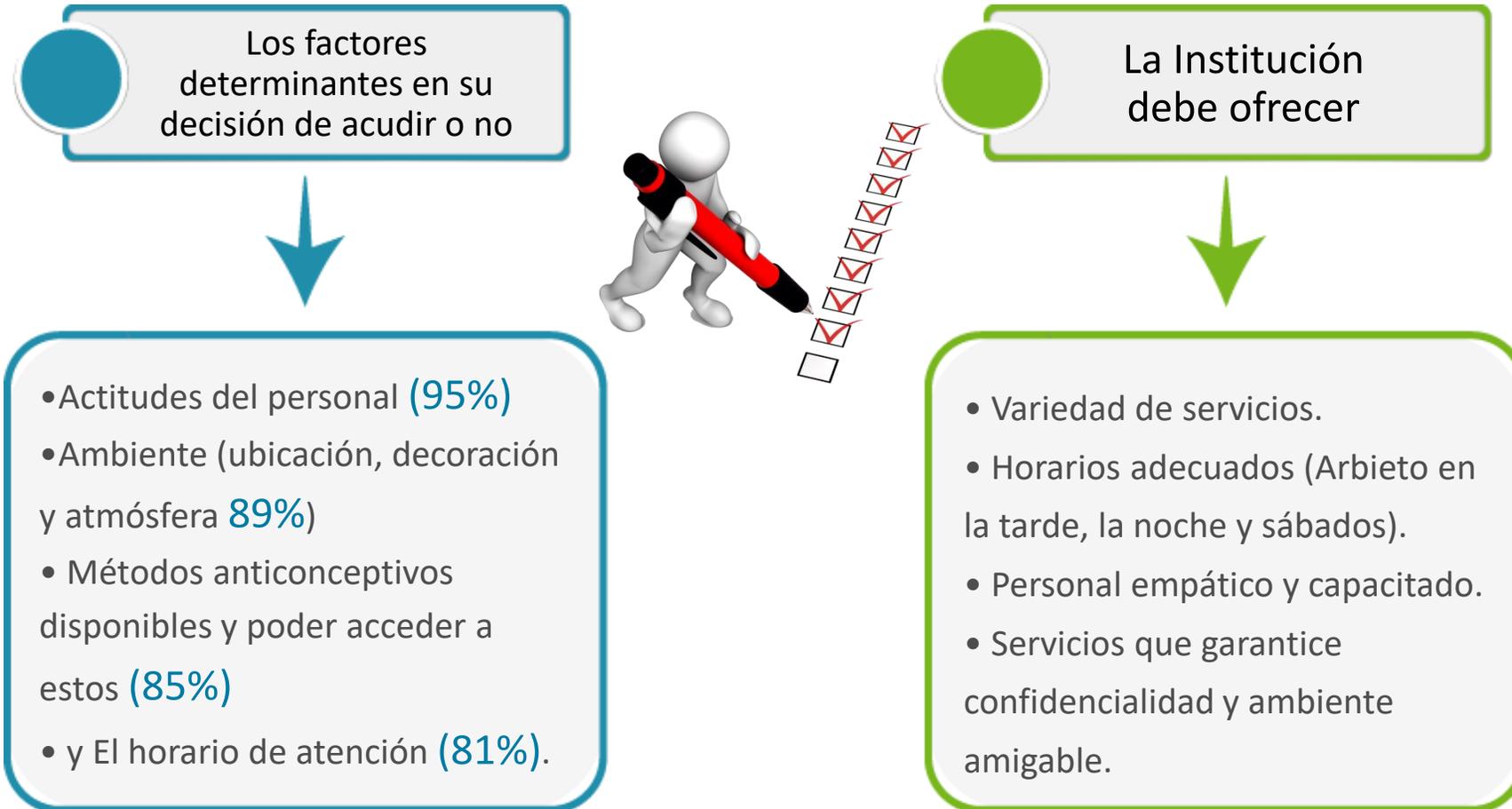
“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta”.

[Aristóteles](#) (384 -322 AC)

“La juventud no es un tiempo de la vida, es un estado del espíritu”.

Mateo Alemán (1547-1613)

¿Que clase de servicios desean los jóvenes?



Evaluaciones realizadas al Modelo de SSAAJ de Colombia

Home > Vol 41, No 1 (2010) > Valencia

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

SERVICIOS AMIGABLES PARA JÓVENES: CONSTRUCCIÓN CONJUNTA ENTRE JÓVENES Y FUNCIONARIOS

Claudia Patricia Valencia, Gladys Eugenia Canaval, Amanda Patricia Molina, Hugo Andrés Caicedo, Lina Marcela Serrano, Raquel Valencia, Vivian Piedrahita, Yurani Vasquez, Jaime Humberto Echeverry

Full Text: [PDF](#) [HTML](#)

ABSTRACT

Antecedentes: La atención integrada y amigable a los adolescentes en salud es un aspecto de vital importancia para el logro de indicadores en salud y para la prevención de comportamientos de riesgo que dejan consecuencias severas.

Objetivos: Identificar la percepción, experiencias y expectativas de jóvenes y funcionarios de salud sobre los servicios a jóvenes de la zona de ladera de Cali, Colombia. Desarrollar una estrategia conjunta entre jóvenes y funcionarios para el mejoramiento de los mismos servicios de salud a partir de los lineamientos de los Servicios Amigables para Jóvenes (SAJ).

Métodos: Estudio de investigación-acción-participación con jóvenes y funcionarios de una ESE de Cali. La población de jóvenes se encontraba entre los 10 a 19 años. Inicialmente se aplicó un instrumento de evaluación al personal de salud y luego una encuesta sobre los SAJ. Se realizaron entrevistas grupales y grupos de discusión para analizar los resultados. Se hizo abogacía y se formularon propuestas ante las autoridades locales y tomadores de decisiones sobre el manejo de los recursos.

Resultados: La encuesta al personal de salud mostró que en la mayoría de las instituciones prestadoras de salud, no se cuenta con espacios y horarios definidos para la atención a los jóvenes, falta capacitación y número adecuado de funcionarios para la atención, ausencia de material de apoyo para educación en salud. La encuesta de jóvenes fue respondida por 100 jóvenes, el 76% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 15.7 años con un rango entre los 12 y 26 años; con relación a la satisfacción en la atención brindada por el personal de salud, el porcentaje más alto lo obtuvo el personal médico y el más bajo el personal auxiliar de enfermería. El servicio más consultado es la consulta con médico general y los servicios más frecuentados en el último mes fueron vacunación (19.7%), odontología y urgencias (11.8% para cada uno).

Conclusiones: Es necesario y de gran utilidad reorientar los servicios de salud que se ofrecen al joven de acuerdo a los principios y lineamientos de los SAJ, los cuales enfatizan en acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios de atención integral y sin barreras, así como fortalecer conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de servicios para que identifiquen y atiendan a jóvenes en forma idónea.

Es necesario y de gran utilidad reorientar los servicios de salud que se ofrecen al joven de acuerdo a los principios y lineamientos de los SAJ, los cuales enfatizan en acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios de atención integral y sin barreras, así como fortalecer conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de servicios para que identifiquen y atiendan a jóvenes en forma idónea.

Minsalud Colombia-UNPA-Mentor 2010

Estándar	
Estándar 1: Acceso de los adolescentes y los jóvenes a los servicios de salud y puntualidad en la prestación de servicios	60,0%
Estándar 2: Prestadores de servicios de salud y personal de apoyo	73,3%
Estándar 3: Procedimientos administrativos y atención	75,6%
Estándar 4: Disponibilidad de una amplia gama de servicios.	73,6%
Estándar 5: Participación de los jóvenes y la comunidad	51,1%
TOTAL	66,8%

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/682>

Revista Colombia Médica Universidad del Valle del Cauca Colombia

Vol. 41 No. 1 (26)

Evaluaciones realizadas al Modelo de SSAAJ de Colombia



Minsalud Colombia-UNFPA- 2010

<http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/Sistematizacion-huila.pdf> (Ministerio de la Protección Social, 2010)

- Aplicar los estándares de calidad del Modelo de SSAAJ, confirma lo significativo que resulta en la apropiación de adolescentes y jóvenes. (Horarios diferenciados, atención sin cita previa, conformación de equipos de salud con empatía para atender a A y J, y disponibilidad permanente de insumos y medicamentos).
- Coordinación de acciones individuales del POS y las colectivas dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- Designar a un líder de la estrategia al interior.
- inclusión del SSAAJ en los planes de desarrollo institucional y modelos de gestión o atención,
- Importancia de la participación de A y J, desde la creación del SSAAJ,



Acreditada
en Alta Calidad

Res. n°. 29499 del Mineducación.
29/12/17 vigencia 28/12/21

🏠 Minerva Digital Library / Trabajos de Grado / Facultad de Ingeniería / Especialización en Administración Hospitalaria / View



Factibilidad para la creación de una IPS "Centro Amigable" para jóvenes y adolescentes en el municipio de Popayán

URI: <http://hdl.handle.net/10882/518>

En Colombia, desde la reunión de salud reproductiva y tecnología diagnóstica perinatal, se recomendó al Ministerio de Salud replantear la programación de actividades para incluir a adolescentes como sujeto y objeto de atención. A partir de esta recomendación, el Ministerio de Salud conformó un grupo de trabajo liderado por la División Materno Infantil y de Dinámica de la Población, para coordinar acciones dirigidas a la población adolescente, contando con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA8. En esta investigación se hace un estudio de Factibilidad de creación de una IPS Centro Amigable para jóvenes y adolescentes, en la ciudad de Popayán (c), como alternativa para que la población joven busque apoyo en el área de la salud sexual y reproductiva

View/Open

📄 Trabajo de grado (575.5Kb)

Date
2011

Author
Castro Torres, Fernando
Dueñas, Mónica Cecilia
Martínez Rojas, Bredio
Andrés

In Colombia, since the meeting reproductive health and perinatal diagnostic technology, it was recommended to the Ministry of Health to reconsider the scheduling of activities to include adolescents as subject and object of attention. From this recommendation, the Ministry of Health formed a working group led by the Division of Maternal and Child Population Dynamics, to coordinate actions aimed at adolescents, with the technical and financial support from the Fund for Population Activities UN UNFPA8. "This research is a feasibility study of creating an IPS ""Friendly Center"" for youth and adolescents in the city of Popayán (c) as an alternative for young people seek support in the area of ??sexual and reproductive health"

<https://repository.ean.edu.co/handle/10882/518>

Evaluaciones realizadas al Modelo de SSAAJ de Colombia



FLACSO
MÉXICO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede México

Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos

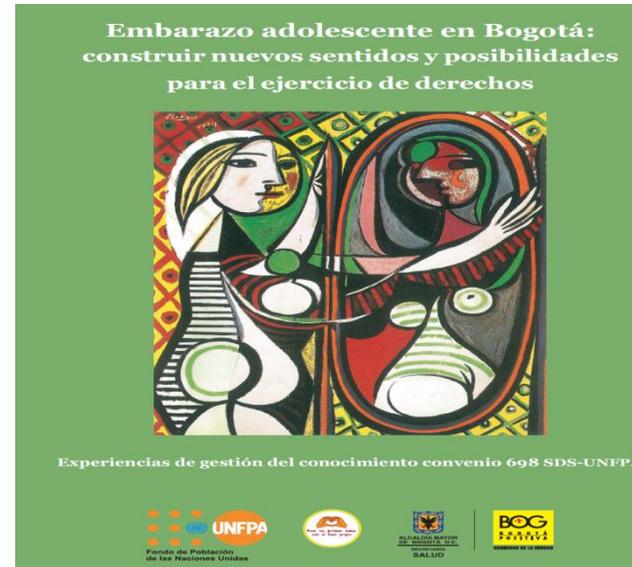
X Promoción

2010-2012

Elementos explicativos de la participación adolescente y juvenil en la implementación del programa “Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes en San Juan de Pasto, Colombia. 2011”

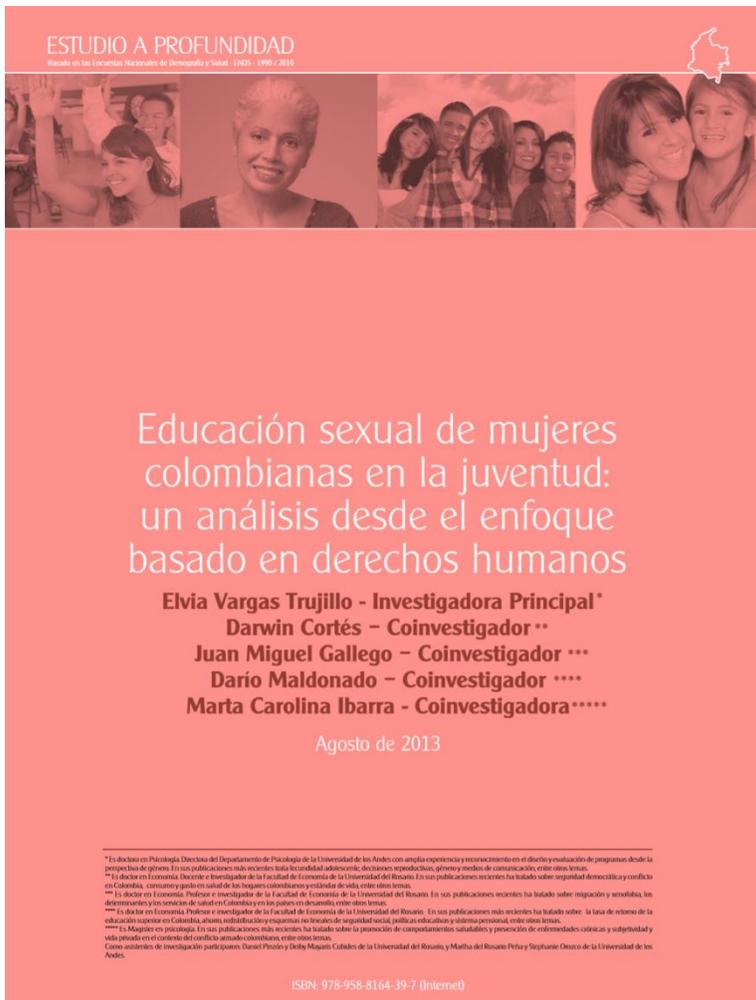
Melly Andrea Bravo Bolaños

1. Las variables: percepción del riesgo y carencia de motivación institucional, explican la inasistencia de adolescentes y jóvenes a servicios de PyP y la debilidad de su participación en grupos juveniles.
2. Los diferentes tipos de participación, resultan complementarios para el sustento del bien de SSR, en cuanto un jóvenes participa en 1 de las actividades es más propenso a participar en las otras.
3. Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes a servicios de PyP. Y grupos juveniles e incrementar a su vez su participación en actividades educativas, permite a los jóvenes el ejercicio de uno de sus DSR: derecho a la información, para garantizar la autonomía reproductiva y mejorar su condición de ciudadanos al conocer sus derechos y los límites que éstos impone para luego ejercerlos.
4. El status socioeconómico no es determinante para participar.

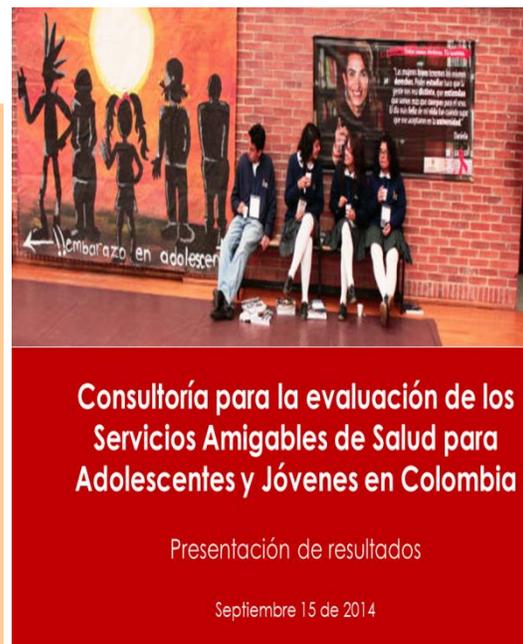


- Fragmentación en la atención afecta la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la atención.
- Sistemas de información ineficientes, dificultan la gestión de programas y seguimiento a las actividades desarrolladas
- Norma técnica del joven desactualizada.
- Implementación de servicios diferenciados para adolescentes (servicios amigables) en ESE de primer nivel y EPS subsidiadas.
- Poco conocimiento de los SSAAJ por la población objetivo.

Evaluaciones realizadas al Modelo de SSAAJ de Colombia



- Las mujeres de 13 a que viven en los municipios con mayor grado de desarrollo de los SSAAJ tienen mayor probabilidad de recibir información sobre diversos temas de la sexualidad en los no se relaciona significativamente con la calidad percibida, pero sí con conocimientos.
- Las mujeres jóvenes que han iniciado actividad sexual o que ya han tenido un hijo aprovechan más los servicios de salud.



Directora de estudio
Carolina Murgueitio

Equipo Consultor
Carmen Elisa Flórez
Claudia Peñaranda
Elvia Vargas
Luisa Riveros
Salomón Bechara
Zuleima Urrea
Mauricio Castro

https://www.unicef.org/evaldatabase/index_73870.html

- No obstante el Modelo no es de implementación obligatoria presenta resultados destacables y positivos en términos de eficacia, pertinencia e intención de uso.
- 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. 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.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/6%20-%20EDUCACION%20SEXUAL%20DE%20MUJERES%20COLOMBIANAS%20EN%20LA%20JUVENTUD.pdf>

Evaluaciones realizadas al Modelo de SSAAJ de Colombia

Huaynoca et al. *Reproductive Health* (2015) 12:90
DOI 10.1186/s12978-015-0079-7



REVIEW

Open Access

Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia



Silvia Huaynoca^{1*}, Joar Svanemyr², Venkatraman C. Chandra-Mouli² and Diva Jeaneth Moreno Lopez³

Abstract

Background: Young people make up for 24.5 % of Latin America's population. Inadequate supply of specific and timely sexual and reproductive health (SRH) services and sexuality education for young people increases their risk of sexual and reproductive ill health. Colombia is one of the few countries in Latin America that has implemented and scaled up specific and differentiated health and SRH services—termed as its Youth Friendly Health Services (YFHS) Model.

Objective: To provide a systematic description of the crucial factors that facilitated and hindered the scale up process of the YFHS Model in Colombia.

Methods: A comprehensive literature search on SRH services for young people and national efforts to improve their quality of care in Colombia and neighbouring countries was carried out along with interviews with a selection of key stakeholders. The information gathered was analysed using the World Health Organization-ExpandNet framework (WHO-ExpandNet).

Results/Discussion: In 7 years (2007–2013) of the implementation of the YFHS Model in Colombia more than 800 clinics nationally have been made youth friendly. By 2013, 536 municipalities in 32 departments had YFHS, resulting in coverage of 52 % of municipalities offering YFHS.

The analysis using the WHO-ExpandNet framework identified five elements that enabled the scale up process: Clear policies and implementation guidelines on YFHS, clear attributes of the user organization and resource team, establishment and implementation of an inter-sectoral and interagency strategy, identification of and support to stakeholders and advocates of YFHS, and solid monitoring and evaluation.

The elements that limited or slowed down the scale up effort were: Insufficient number of health personnel trained in youth health and SRH, a high turnover of health personnel, a decentralized health security system, inadequate supply of financial and human resources, and negative perceptions among community members about providing SRH information and services to young people.

Conclusion: Colombia's experience shows that for large-scale implementation of youth health programmes, clear policies and implementation guidelines, support from institutional leaders and authorities who become champions of YFHS, continuous training of health personnel, and inclusion of users in the design and monitoring of these services are key.

- En los siete años (2007–2013) de implementación del Modelo SSAAJ más de 800 clínicas a nivel nacional se convirtieron en amigables para jóvenes. En el 2013, 536 municipalidades en 32 departamentos tenían SSAAJ alcanzando una cobertura de 52 % por municipalidad.
- El análisis de la información identificó cinco elementos que facilitaron la ampliación a escala: políticas y guías claras
- de implementación de SSAAJ, atributos claros de la organización usuaria y del equipo de recursos, establecimiento
- e implementación de una estrategia interinstitucional e intersectorial, identificación de aliados y abogados de los
- SSAAJ, y sólido monitoreo y evaluación.
- La experiencia en Colombia muestra que en la ampliación a escala de programas de salud para jóvenes son esenciales políticas de salud con claras directrices de implementación, apoyo de líderes y directivos institucionales trabajando

Estándares globales para servicios de salud de calidad para los adolescentes OMS/OPS

Estándares globales para servicios de salud de calidad para los adolescentes	
Conocimientos de los adolescentes sobre la salud	ESTÁNDAR 1. Que los adolescentes estén informados acerca de su propia salud y sepan donde y cuando obtener los servicios de salud.
Apoyo de la comunidad	ESTÁNDAR 2. Que los padres, tutores y otros miembros de la comunidad, así como las organizaciones comunitarias, reconozcan el beneficio de que se ofrezcan servicios de salud a los adolescentes y que apoyen la prestación de dichos servicios y su utilización por parte de los adolescentes.
El paquete de servicios	ESTÁNDAR 3. Que los establecimientos de salud ofrezcan un paquete de información, asesoría, diagnóstico, tratamiento y atención que satisfaga las necesidades de todos los adolescentes. Que los servicios se presten en cada establecimiento de salud, a través de referencias y servicios de promoción.
Competencias de los prestadores	ESTÁNDAR 4. Que los prestadores de servicios de salud demuestren tener la competencia técnica que se requiere para ofrecer servicios eficientes de salud a los adolescentes. Que tanto los prestadores del servicio como el personal de apoyo respeten, protejan y cumplan los derechos de los adolescentes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación y a un entorno informado, respetuoso y libre de prejuicios

Fuente: OMS. 2014

Adolescente

“Si la juventud es un defecto, es un defecto del que nos curamos demasiado pronto”.

James Russell Lowell (1819-1891)

“La juventud es inmoderada en sus deseos”.

Émile Zola (1840-1902)

Estándares globales para servicios de salud de calidad para los adolescentes

OMS/OPS

Estándares globales para servicios de salud de calidad para los adolescentes	
Entorno físico y equipo de los establecimientos de salud	ESTÁNDAR 5. Que los establecimientos de salud tengan horarios convenientes, un ambiente acogedor y limpio, y que mantengan la privacidad y la confidencialidad. Asimismo que cuenten con el equipo, las medicinas, los suministros y la tecnología necesarios para garantizar un servicio efectivo a los adolescentes.
Equidad	ESTÁNDAR 6. Que los establecimientos de salud brinden servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel educativo y origen étnico.
Mejora en los datos recolectados y en la calidad	ESTÁNDAR 7. Que los establecimientos de salud reúnan , analicen y emplee los datos recolectados acerca del nivel de utilización y la calidad de sus servicios, desglosados por edad y sexo, con el fin de apoyar el proceso de mejora de la calidad. Que el personal de los establecimientos de salud reciba apoyo para capacitarse de forma continua en el tema de la mejora de la calidad.
Participación de los adolescentes	ESTÁNDAR 8. Que los adolescentes se involucren en la planeación, el monitoreo y la evaluación de los servicios de salud, en decisiones acerca del cuidado de su propia salud, así como en ciertos aspectos de la prestación del servicio.

Fuente: OMS. 2014

Metodología

- Investigación cuantitativa, observacional descriptiva y de corte transversal,
 - Análisis gráfico se usó el diagrama de Box-plot;
 - Análisis inferencial prueba KOLMOGOROV-SMIRNOV
 - Prueba t de diferencia de medias,
 - Prueba de U-mann Whithney,



Diseño de Instrumentos

Anexo A4: Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes.

- Consta de **5 capítulos**, denominados componentes o estándares de calidad del MSSAAJ
 - **89 variables o criterios.**
 - Componente 1: Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación. **21 ítems**
 - Componente 2: Profesionales y personal de los servicios de salud. **13 ítems.**
 - Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención **18 ítems.**
 - Componente 4: Disponibilidad de una amplia gama de servicios: **22 ítems.**
 - Componente 5: Participación Juvenil Social y comunitaria: **15 ítems.**

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

- Consta de **5 secciones** ó capítulos con preguntas de selección múltiple y 3 preguntas abiertas para un total de 29 preguntas, que permite al servicio conocer la opinión de los y las jóvenes acerca de la atención recibida.
 - Primera sección: Háblanos de la accesibilidad y consta de **6 ítems.**
 - Segunda sección: Háblanos del personal, y consta de **6 ítems.**
 - Tercera sección: Háblanos de la atención y consta de **8 ítems.**
 - Cuarta sección: Háblanos de las opciones consta de **10 ítems.**
 - Quinta sección: Háblanos de tu participación y consta de **2 ítems.**

Preguntas abiertas:
Como se enteraron de los servicios, la dificultad o no en el acceso y sugerencias de mejora de los servicios.

Primera fase 2009

DEPARTAMENTO	ANEXO A4 2009	ANEXO A11 2009
Antioquia	29	110
Atlántico	3	335
Bogotá	12	15
Bolívar	2	0
Boyacá	7	743
Casanare	13	67
Cauca	18	95
Cesar	6	50
Chocó	1	0
Huila	15	0
Meta	25	259
Nariño	25	221
Quindío	1	0
Risaralda	2	3
Santander	18	126
Tolima	20	0
Valle del Cauca	10	0
TOTAL GENERAL	207	2024

Segunda fase 2010

Recolección de Datos

Dirección Territorial de Salud	Total SSAAj	ANEXO A4 2009	ANEXO A11 2009
Antioquia	48	37	149
Arauca	2	0	0
Atlántico	31	25	478
Bogotá D.C.	30	25	0
Bolívar	27	15	128
Boyacá	50	26	1863
Caldas	2	2	0
Caquetá	1	0	0
Casanare	32	32	0
Cauca	26	22	0
Cesar	27	19	425
Chocó	17	17	0
Córdoba	1	1	0
Cundinamarca	54	54	0
Guainía	1	0	0
Guaviare	1	0	0
Huila	24	15	430
La Guajira	3	3	109
Magdalena	8	8	0
Meta	36	28	207
Nariño	43	43	500
Norte de Santander	8	8	0
Putumayo	12	6	0
Quindío	2	1	130
Risaralda	12	12	0
San Andrés	2	2	0
Santander	64	23	215
Sucre	22	22	500
Tolima	20	16	0
Valle del Cauca	33	21	608
Vichada	1	2	0
TOTAL	640	485	5742

Resultados

Año 2009



- 290 SSAAJ EN 22 de las 36 Direcciones Territoriales de Salud
- 207 Encuestas Autoadministradas diligenciadas por profesionales encargados de SSAAJ de 17 departamentos del país
- 2024 Encuestas diligenciadas por los adolescentes de 11 DTS
- Se analizaron 1.496;



Año 2010



- 640 SSAAJ en 33 de las 36 DTS,
- 484 encuestas autoadministradas, diligenciadas por profesionales encargados de SSAAJ de 27 DTS;
- 6.011 encuestas autoadministradas por adolescentes y jóvenes usuarios de SSAAJ de 13 DTS.

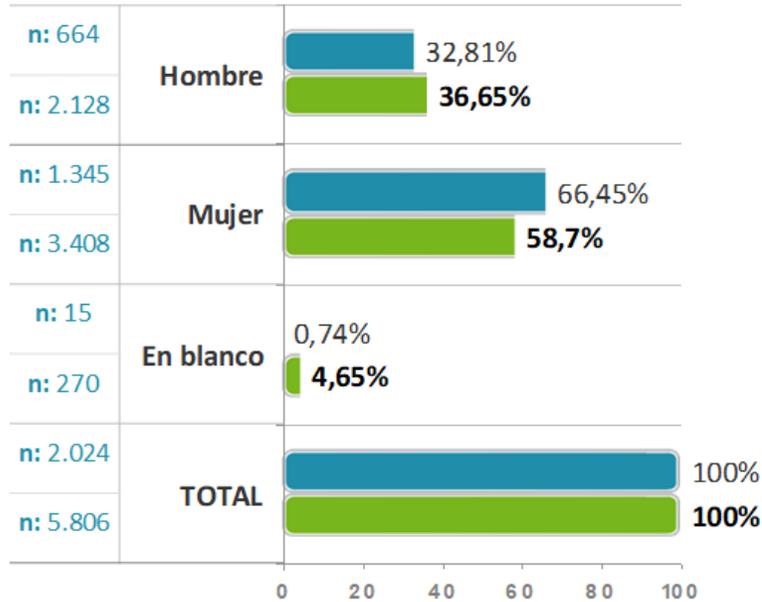
2009 y 2010 se analizaron 7.507 encuestas a adolescentes y jóvenes, y 691 encuestas de profesionales de salud.

Resultados

2009
2010



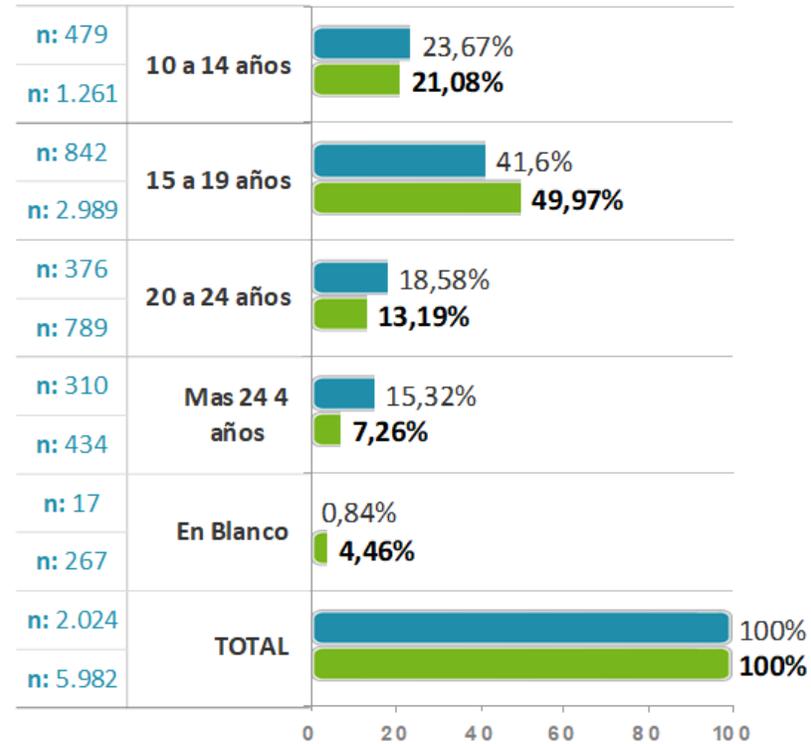
Háblanos de ti. A11 2009 -2010



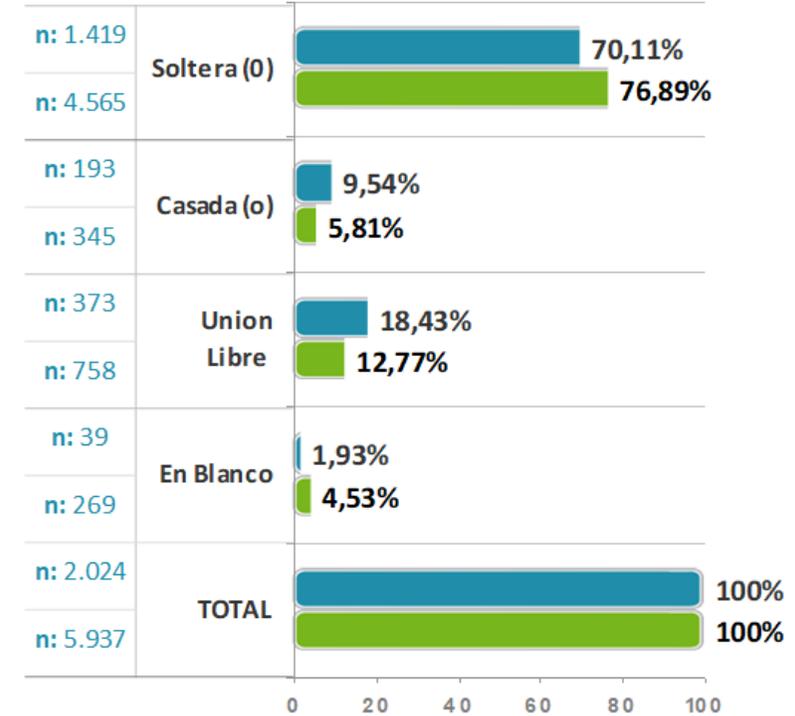
Características Sociodemográficas de Adolescentes Encuestados:



Edad A11 2009 2010



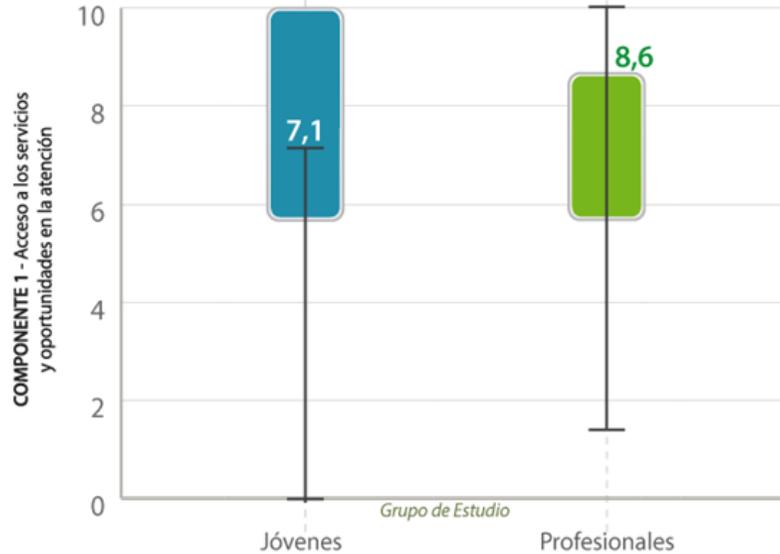
Estado Civil A11 2009 2010.



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

2 9.2. Análisis por componente: 1. Acceso

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

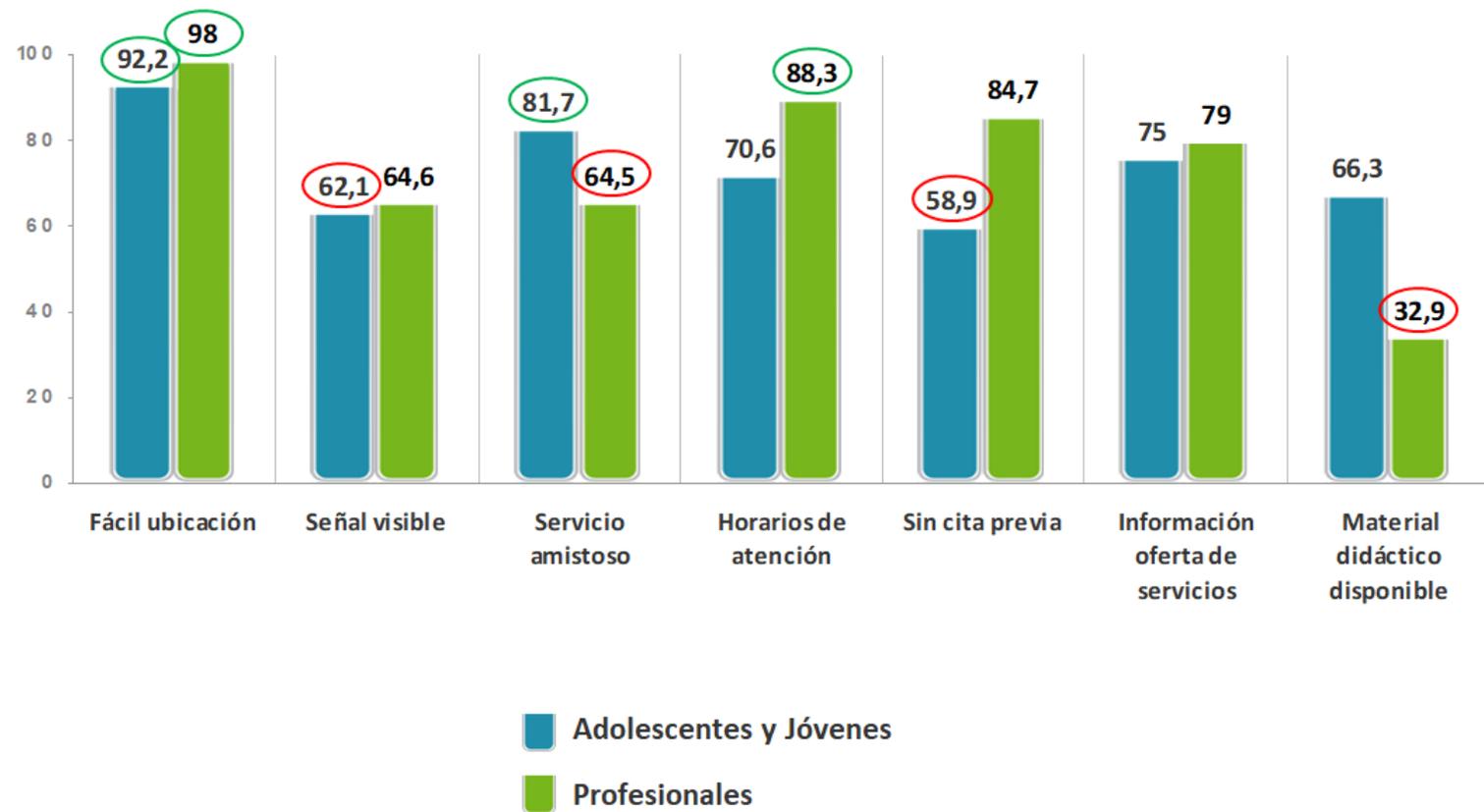


Pvalor= 0,3 t de medias
No hay diferencia estadísticamente significativa

Desviación estándar **Jóvenes= 2,5**

Desviación estándar **Profesionales= 2,4**

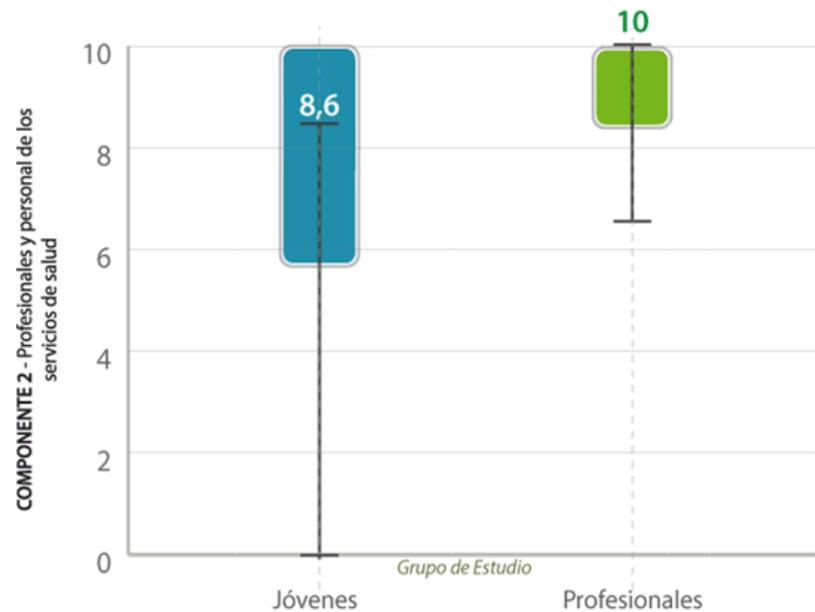
Componente 1: Acceso a los servicios y oportunidad de atención



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

Análisis Componente 2 - Profesionales y personal de los servicios de salud

Gráfico 1 Componente 2: Profesionales y personal de servicios de salud. Según población del estudio.

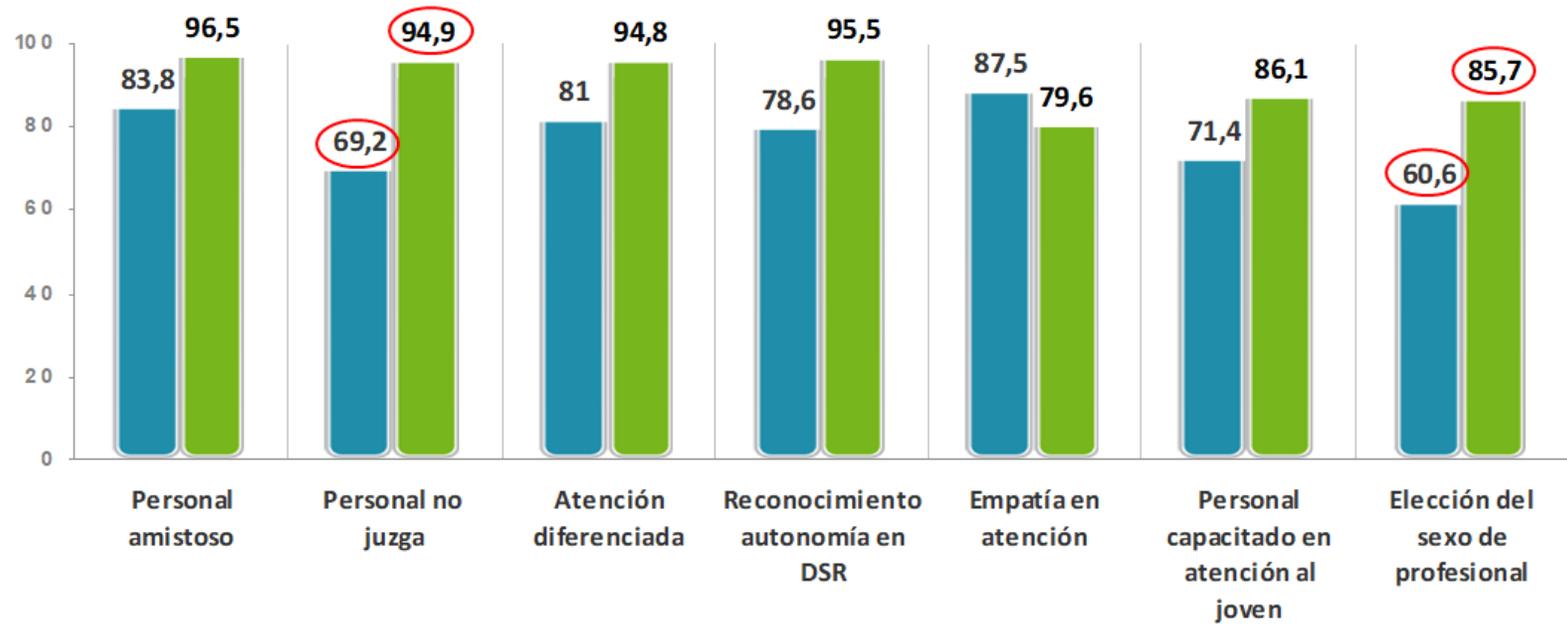


**Pvalue <0.001 U
mann Whitney
Diferencia Estadísticamente
significativa**

Variance Jóvenes= 6,6

Variance Profesionales= 3,5

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

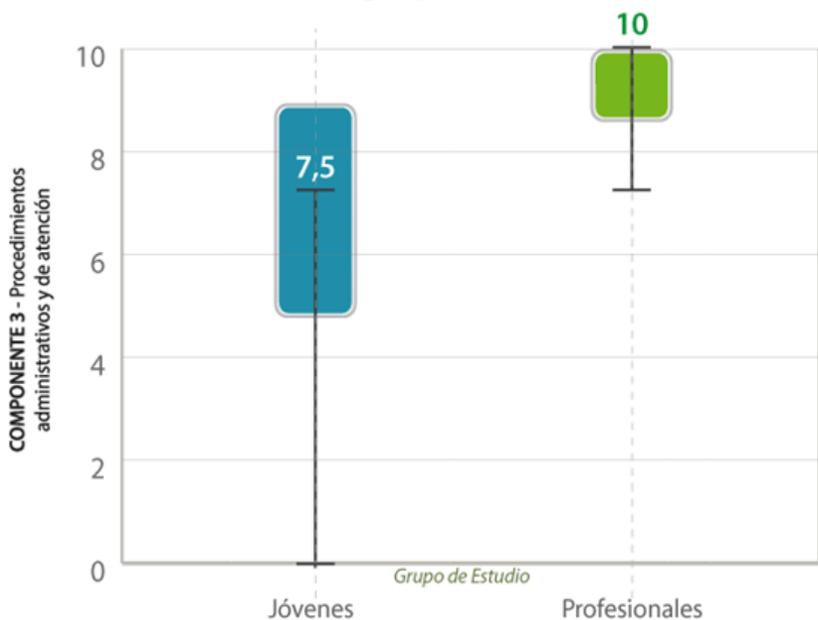


■ Adolescentes y Jóvenes
■ Profesionales

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

Componente 3 - Procedimientos administrativos y de atención

Grafico 1 Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención, según población de estudio

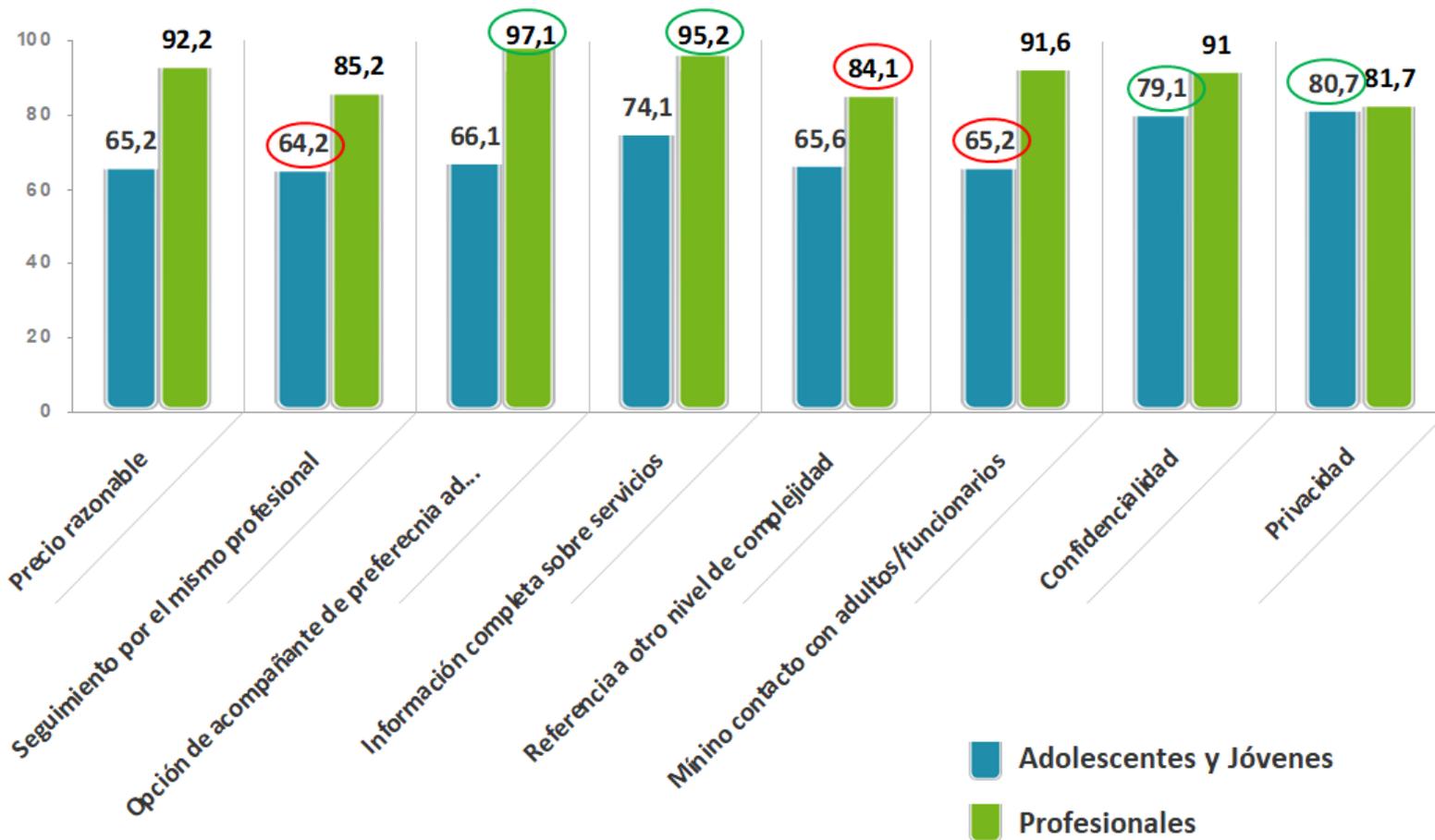


Pvalue <0.000 U
mann Whitney
Diferencia Estadísticamente
significativa

Variance Jóvenes= 7,6

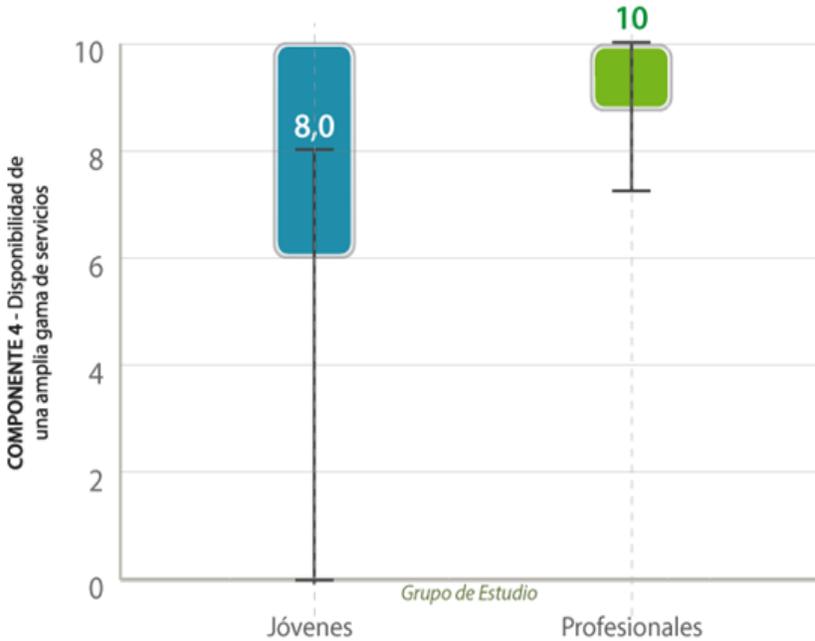
Variance Profesionales= 3,6

Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención



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

Grafico 1 Componente 4: Disponibilidad de amplia gama de servicios, según población de estudio.

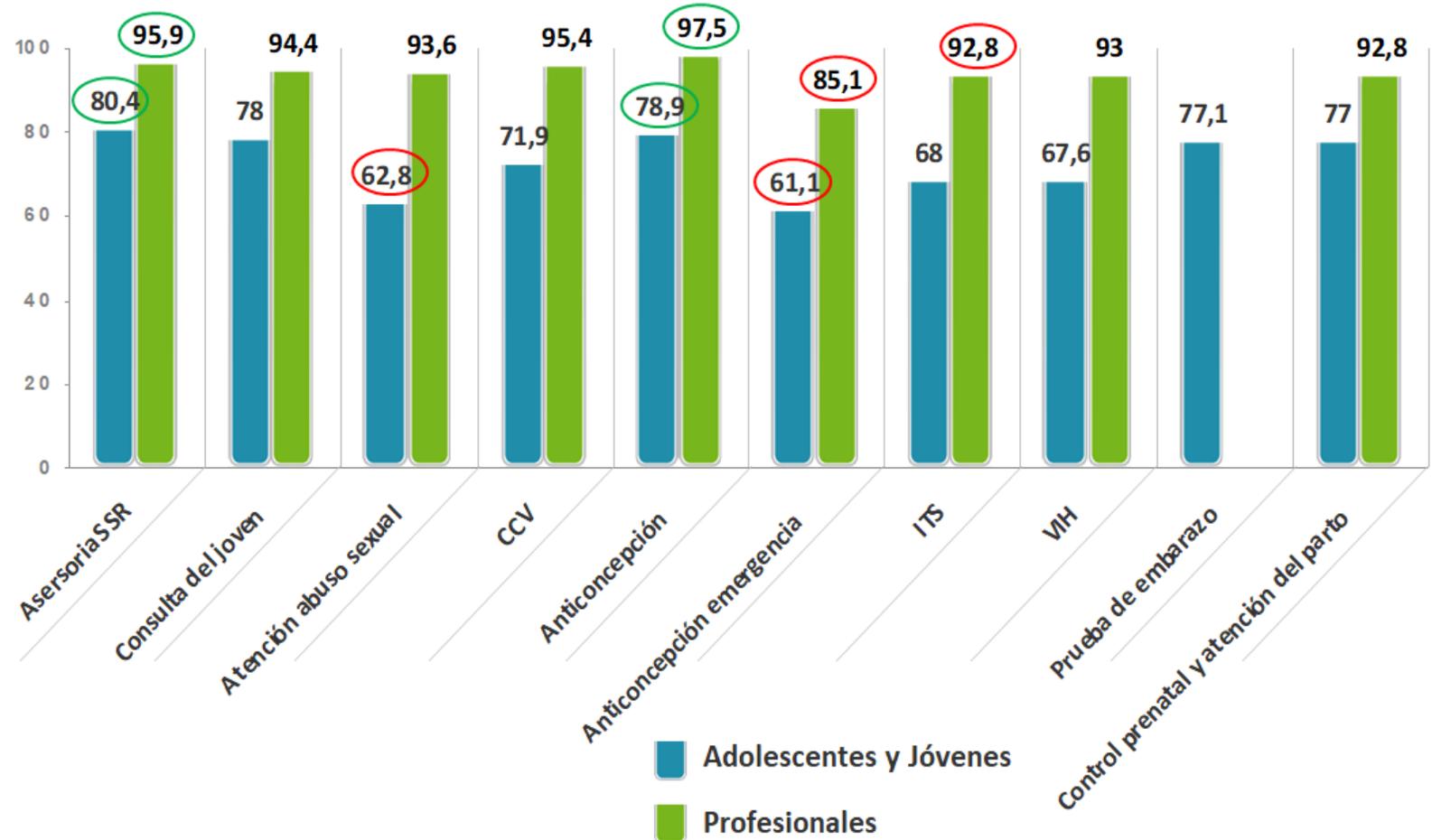


Pvalue <0.001 U
mann Whitney
Diferencia Estadísticamente
significativa

Variance Jóvenes= 8,1

Variance Profesionales= 2,5

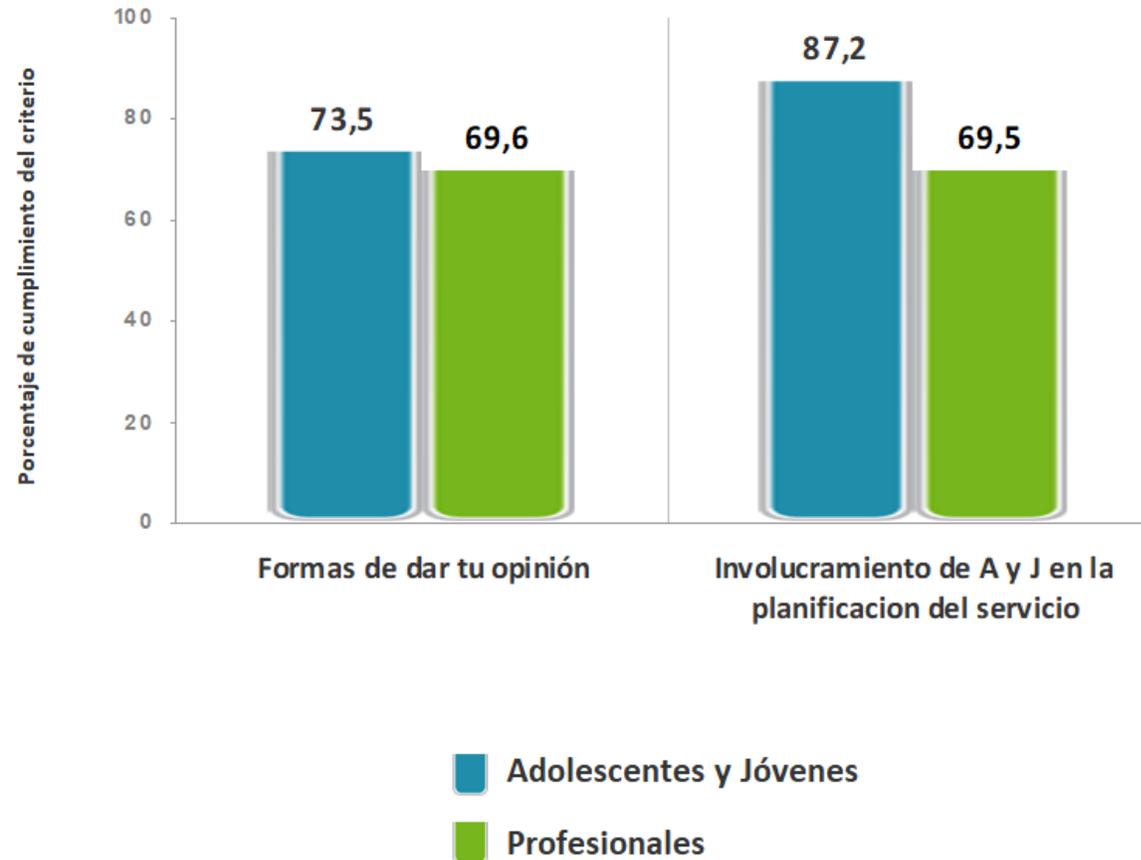
Componente 4: Disponibilidad de una amplia gama de servicios





9.2.5. Componente 5 - Participación juvenil, social y comunitaria

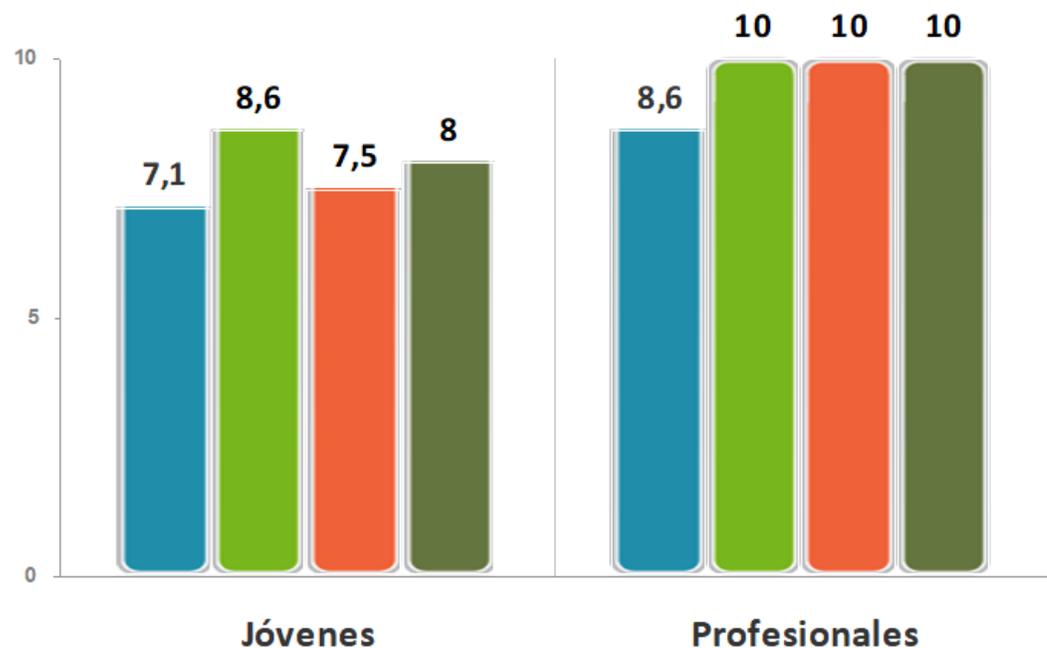
Componente 5: Disponibilidad de una amplia gama de servicios



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

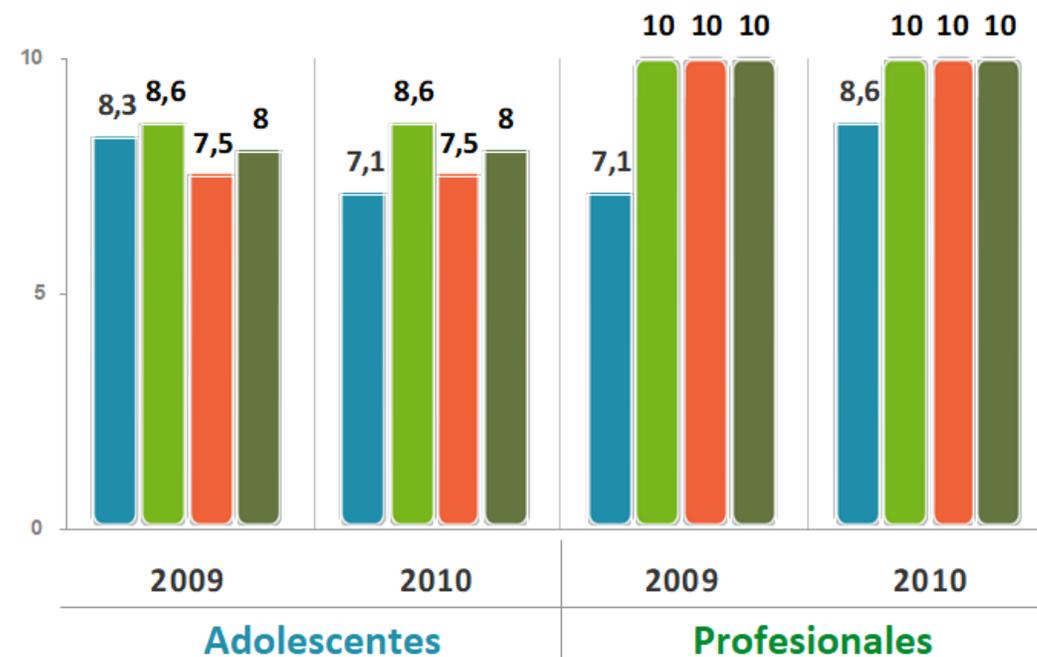
9.3. Análisis de los componentes del MSSAAJ

Grafico 1: Mediana de las percepciones dada por adolescentes y jóvenes y profesionales por componentes del MSSAAJ.



- C1 - Acceso a los servicios y oportunidad en la atención
- C2 - Profesionales y personal de los servicios de salud
- C3 - Procedimientos administrativos y de atención
- C4 - Disponibilidad de una amplia gama de servicios

Grafico 1: Mediana de las percepciones dada por adolescentes y jóvenes y profesionales por componentes del MSSAAJ. *Comparativo años 2009 - 2010*



- C1 - Acceso a los servicios y oportunidad en la atención
- C2 - Profesionales y personal de los servicios de salud
- C3 - Procedimientos administrativos y de atención
- C4 - Disponibilidad de una amplia gama de servicios

Discusión

- Las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de salud acerca del grado de desarrollo y calidad logrado en los servicios de salud amigables en Colombia, durante los años 2009 y 2010, **varían de manera estadísticamente significativa**, para los componentes de **profesionales y personal de servicios de salud, procedimientos administrativos y de atención** y **disponibilidad de una amplia gama de servicios**. Lo anterior puede estar relacionado con que el mayor volumen de la muestra analizada para el año 2010, proviene de regiones con mayor oferta en promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos y de servicios de salud.
- Los ítems en los que se observan **diferencias amplias**, en las percepciones entre adolescentes y profesionales son en los que conforman el **componente de acceso a los servicios y oportunidad en la atención**, sin embargo en este componente **esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa**;

Discusión

- hay diferencias también para los dos años de análisis, siendo menor la percepción de profesionales de la salud para este componente en el año 2009, mientras que adolescentes y jóvenes para el año 2010, presentan percepciones con menor calificación que los profesionales, lo que demuestran es que la intención de adecuar los servicios, y hacerlos diferenciados, de fácil ubicación, con señal visible que indique que hay una atención exclusiva para ellos y ellas, que adecúa los horarios y espacios, a los cuales pueden acudir sin cita previa adolescentes y jóvenes, y encuentran información acerca de temas que les interesa como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, constituyen en sí mismos, una novedad, y el interés de asistir como usuarios.
- la mayor falla de la percepción de los servicios por parte de los adolescentes, está, en que estos, no están suficientemente visibilizados.

Discusión

- En algunos profesionales **persisten actitudes**, que algunos adolescentes y jóvenes, están percibiendo como **poco receptivas o de juicio sobre sus demandas**.
- A pesar de que el Modelo de servicios de salud amigables no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, el SGSSS permite dar cumplimiento a los estándares de calidad, para adecuar los servicios.
- Es necesario realizar **mayores esfuerzos** por parte de los prestadores **para divulgar las opciones diferenciadas** de atención que disponen para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables.

Discusión

- Los servicios en los cuales hay menor percepción de disponibilidad son la atención al abuso sexual y la anticoncepción de emergencia. Esto hace pensar que **¿persisten dificultades** en los profesionales **para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes** especialmente de las mujeres y dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y la dificultad de hablar sobre el abuso sexual?.
- Mientras adolescentes y jóvenes perciben que pueden dar opinión en los SSAAJ los profesionales, perciben que la participación de estos en el mejoramiento de los servicios es menor, Por su parte los profesionales valoran en menor grado la participación de adolescentes y jóvenes a quienes sólo involucran en las decisiones de planificación del servicio en un **69,5%**.

Conclusiones

- Las percepciones de adolescentes y jóvenes y profesionales de salud acerca del grado de desarrollo y calidad logrado en los servicios de salud amigables en Colombia, durante los años 2009 y 2010, **varían de manera estadísticamente significativa, para los componentes de profesionales y personal de servicios de salud, procedimientos administrativos y de atención y disponibilidad de una amplia gama de servicios.**
- Según la percepción de los servicios por parte de los adolescentes, **la mayor falla está, en que estos, no están suficientemente visibilizados.** Los servicios pudieran haber tomado mayor fuerza y más reconocimiento si hubiera la voluntad de ser promocionados.
- En algunos profesionales **persisten actitudes, que adolescentes y jóvenes, están percibiendo como poco receptivas o de juicio de valor sobre sus demandas.**

Conclusiones

- A pesar de que el Modelo de servicios de salud amigables no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud, el SGSSS permite dar cumplimiento a los estándares de calidad, para adecuar los servicios como lo propone el Modelo.
-
- Es necesario realizar mayores esfuerzos por parte de los prestadores para divulgar las opciones diferenciadas de atención de las que se dispone para adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables.
- Persisten dificultades por parte de los profesionales para reconocer los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, especialmente de las mujeres, así como para dar información acerca del derecho a la anticoncepción de emergencia y la dificultad de hablar sobre el abuso sexual.

Conclusiones

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

**La participación es a la juventud lo que la
estimulación es a la primera infancia.
Susana Grumbaum, Uruguay, 2014.**

GRACIAS.