

Evaluación de la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables en la Unidad
Amigable. Santa Cruz, 2015.

Trabajo para optar al título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

Sandra Lucia Restrepo Gil

Liliana Patricia Baena Vásquez

Tatiana Álvarez Jiménez

Asesora

Alba Emilse Gaviria Méndez

Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

Fundación Universitaria Luis Amigo

Facultad de Administración

Medellín, Colombia

2015

Tabla de contenido

	Pág.
Glosario de Siglas	7
Resumen.....	9
Abstract	11
Introducción	12
1. Planteamiento del problema.....	14
1.1 Antecedentes generales	16
1.1.1 Antecedentes Internacionales Del Modelo Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.....	16
1.1.2 En las Américas.	18
1.1.3 Antecedentes en Colombia.	18
1.1.4 Antecedentes en Antioquia.	19
1.1.5 Antecedentes en Medellín.....	20
1.2 El problema como tal	20
1.3 Pregunta de Investigación	24
1.4 Justificación	25
2. Objetivo.....	27
2.1 Objetivo General	27
2.2. Objetivos Específicos.....	27
3. Marco teórico	28
3.1. Marco conceptual.....	28
3.1.1 La adolescencia y sus etapas.....	28
3.1.2. Sexualidad en la Adolescencia.....	30
3.1.3 Embarazo en la adolescencia.	40
3.1.4 La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia.....	57
3.1.5 Determinantes sociales de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes	58
3.1.6 Manifestaciones de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes colombianos	61
3.1.7 La problemática de la Salud Sexual y Reproductiva en Antioquia	67
3.1.8 Concepto Servicio de Salud Amigable	69
3.1.9 Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.....	94
4. Marco Contextual.....	100
4.1. ESE Metrosalud	100
4.2 La estrategia de Servicios de Salud Amigables	101
4.3. Marco Político.....	102
4.3.1 Premisas y derechos.	105
4.3.2 La política nacional de juventud 2005 – 2015.	107
4.4 Marco legal	108
4.4.1 Código de la Infancia y la Adolescencia.....	115
4.4.2 Normatividad frente a la interrupción voluntaria del embarazo	116
4.4.3 Normatividad frente a enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA....	119
4.4.4 Normatividad del sistema de calidad	120

4.5 Planteamiento Ético	121
5. Metodología -----	124
5.1. Tipo de investigación.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2. Población.....	¡Error! Marcador no definido.
5.3. Unidad de Análisis u Observación.....	¡Error! Marcador no definido.
5.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	¡Error! Marcador no definido.
5.5. Fuentes de información.....	¡Error! Marcador no definido.
5.6. Instrumento para la recolección de la información.....	¡Error! Marcador no definido.
5.7 Indicadores por cada componente.....	¡Error! Marcador no definido.
5.8. Operacionabilidad de variables.....	129
7. Resultados	134
7.1 Características de la población.....	134
7.2 Características sobre el acceso a los servicios y oportunidad en su prestación	135
7.3 Características relacionadas con los profesionales y personal de salud	138
7.4 Características relacionadas con los procedimientos administrativos y de gestión.....	139
7.5 Características relacionadas con la disponibilidad de una amplia gama de servicios	140
7.6 Características relacionadas con la participación social y comunitaria	143
Discusión.....	145
Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
Recomendaciones	156
Bibliografía	159
Anexos	168

Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables evaluación de la implementación del modelo de SSAAJ en la unidad amigable de Santa Cruz. Medellín, 2015.....	129
Tabla 2. Primer Componente acceso a los servicios y oportunidades evaluación de la implementación del modelo de SSAAJ en la unidad amigable de Santa Cruz. Medellín, 2015.....	129
Tabla 3. Segundo componente: Profesionales y Personal de Salud.....	130
Tabla 4. Tercer componente: Procedimientos Administrativos y de Gestión	131
Tabla 5. Cuarto componente: Disponibilidad de una Amplia Gama de Servicios	131
Tabla 6. Quinto componente: Participación Social y Comunitaria.....	132
Tabla 7. Distribución porcentual de las características de los profesionales de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015. ..	135
Tabla 8. Características y su proporción relacionadas con el acceso a los servicios y oportunidad en su prestación y su proporción. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.....	137
Tabla 9. Características y su proporción relacionadas con los profesionales y personal de salud y su proporción. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.	139
Tabla 10. Características y su proporción relacionadas con los procedimientos administrativos y de gestión y su proporción. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.....	140
Tabla 11. Características y proporción relacionadas con la disponibilidad de una amplia gama de servicios. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.....	141
Tabla 12. Características y su proporción relacionadas con la participación social y comunitaria. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.....	144

Lista de graficas

Gráfico 1. Distribución por sexo de los profesionales de los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.....	134
--	-----

Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	168
Anexo 2. Instrumento de recolección de información	171

Glosario de Siglas

UNFPA	Fondo de Población de Las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud (Perú)
CAISA	Centros de Atención Integral a la Salud Adolescente (Ecuador)
PASA	Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (México)
SSAAJ	Servicios de Salud Amigables
E.S.E	Empresa Social del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
ENDS-	Encuestas Nacionales de Demografía y Salud
ITS	Infección de transmisión sexual
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
EPS	Empresa Promotora de Salud
IPS	Institución prestadora de Servicios de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOGCS	Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud
PHVA	Ciclo planear, Hacer, verificar, Actuar
TAB	Transporte de ambulancia básica
CCV	Citología Cérvico Vaginal
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos

UPC	Unidad per cápita
POS	Plan Obligatorio de Salud
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
SIVIGILA	Sistema de vigilancia en salud pública

Resumen

En el barrio Santa Cruz de la comuna dos de Medellín el 63 % de su población total corresponde a población adolescente, por lo cual el equipo que llevo a cabo este estudio se planteó como objetivo evaluar la implementación de la estrategia Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y jóvenes en la Unidad Amigable Santa Cruz y comparar su implementación con la propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social y la UNFPA Colombia, en cuanto al desarrollo de los cinco componentes.

El estudio realizado fue una evaluación de tipo descriptiva, transversal y prospectiva, se aplicó una encuesta a nueve profesionales responsables del desarrollo de la estrategia en esta Unidad.

De lo anterior se pudo establecer que el desarrollo de los cinco componentes de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz, en su implantación cumple con la propuesta del Ministerio, encontrando un mayor grado de cumplimiento en lo relacionado con los componentes procedimientos administrativos y de gestión, disponibilidad de una amplia gama de servicios, acceso a los servicios y oportunidad en la prestación y se observó menor cumplimiento en los componentes profesionales y personal de los Servicios de Salud, en donde se evidencio que la rotación de profesionales es un factor que dificulta el desarrollo de la estrategia y en el componente participación social y comunitaria un aspecto importante que deben tener en cuenta es la evaluación de la satisfacción de los jóvenes que reciben los servicios.

Al comparar los resultados obtenidos con otros estudios se han realizado se puede decir que la estrategia SSAAJ es reconocida por los jóvenes y adolescentes y es efectiva en cuanto a que satisface las necesidades de asesoría que buscan los jóvenes al brindar una amplia gama de servicios y contar con profesionales adecuados.

Palabras claves: Unidad Amigable, evaluación, Servicios de salud Amigables, componentes de la estrategia SSAAJ, Barrio Santa Cruz, Unidad Hospitalaria.

Abstract

The aim of this study is to evaluate the implementation of the governmental Health Services Strategy at Santa Cruz neighborhood Teen-Friendly Health Center (SSAAJ as per its initials in Spanish), due to the high percentage of youth population (63%) residing at Santa Cruz.

neighborhood located in District 2 of Medellin, Colombia. We compared the impact of this strategy with the 5 key Components of the plan proposed by the Colombian Ministry of Health and Social Protection and United Nations Populations Fund (UNFPA).

Following a descriptive and cross sectional methodology, we carried out nine surveys to professionals in charge of this strategy at Santa Cruz Teen-Friendly Health Center. Results suggest that the SSAAJ strategy carried out at Santa Cruz Teen-Friendly Health Center meets 3 of the 5 Components of the Ministry plan, including: 1) management and administrative procedures, 2) availability of a wide range of health services, and 3) inclusion and accessibility to health services. In contrast, we found that the rotation of professionals is a factor that hinders the development of the health strategy in the Component concerning the health services professionals and personnel. Moreover, special attention needs to be paid to the satisfaction evaluations of the young population using the services in order to meet the social and community participation Component. Finally, by comparing the results from other studies, we can conclude that the SSAAJ strategy is recognized among the youth population and it satisfies the needs of the adolescents and youth seeking health services by offering a wide range of services and having suitable health professionals.

Keywords: Teen-Friendly Health Center, Evaluation, Friendly Health Services, SSAAJ Strategy Components, Santa Cruz Neighborhood, Health Center.

Introducción

Al evaluar el grado de implementación del modelo Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en la Unidad Amigable Santa Cruz y considerando su organización y funcionamiento, se buscó obtener información sobre el grado de implementación de la estrategia frente a la propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En cada una de las fases del proceso así como su consistencia integral para el logro de los componentes del modelo.

La creación de modelos de servicios dirigidos a dar respuestas a las necesidades de salud de los jóvenes y adolescentes en el mundo tiene sus orígenes hacia mitad del siglo XX donde la preocupación por las altas tasas de fecundidad, mortalidad materna y perinatal y embarazos no deseados hizo fijar la mirada en esta población específica. Es así como desde el año 1994 surgen las guías americanas de servicios de prevención en adolescentes (GAPS).

El concepto de MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES fue desde 1997 incluido en la agenda pública de las regiones, un año más tarde se empiezan a presentar distintas iniciativas en varios países de América acerca de cómo mejorar la atención al adolescente y joven.

Colombia no ha sido ajena a este suceso y en 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social implementa a nivel nacional la adopción del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), con el fin de facilitar el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente, en el marco de los derechos de salud sexual y salud reproductiva ya que Colombia es un país joven: 27% de la población tiene entre 14 y 28 años de edad (Murgueitio, C., 2013).

En la ciudad de Medellín este modelo se ha implementado en el marco del programa de Gobierno Municipal “Jóvenes por la vida”, donde se han adelantado actividades colectivas e individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 29 años, que residen en las 16 comunas y los 5 corregimientos como parte del fortalecimiento de la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes –SSAAJ- con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva lo que nos motivó profundamente a indagar sobre estrategias o modelos diseñados para la atención de los jóvenes y adolescentes y su aplicación, sabiendo que el 19% de la población del Municipio de Medellín es adolescente y ha superado la tasa de fecundidad general del Departamento de Antioquia, las relaciones sexuales inician cada vez a más temprana edad encontrándose en promedio en hombre a los 13 años y 14 en mujeres, trayendo consigo consecuencias como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, deserción escolar entre otros.

De lo anteriormente expuesto nace la necesidad de que el estado desarrolle estrategias para intervenir la problemática en materia de Salud Sexual y Reproductiva para la población joven y a su vez que se desarrollen estudios para establecer que las acciones realizadas sean coherentes con las propuestas de intervención, es justamente en este punto que las universidades pueden intervenir con el desarrollo de investigaciones y propuestas.

El estudio realizado pretendió: “Evaluar la implementación de los componentes (oportunidad, talento humano, gestión, oferta y participación) del modelo de SSAAJ en la Unidad Amigable de Santa Cruz para obtener una visión del desarrollo de los componentes de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable de Santa Cruz.

Se evaluó el desarrollo del modelo en la Unidad Amigable de acuerdo con la propuesta del Ministerio de Salud y la UNFPA Colombia, tomando como referencia la “Evaluación de

los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia Producto 5: Informe de Resultados Econometría Consultores – Noviembre 12 de 2013”(Murgueitio, C., 2013).

El tipo de estudio estudios fue de evaluación del programa, descriptivo, con enfoque transversal y con registro de la información prospectiva, se utilizó la encuesta como instrumento de recolección primaria de la información aplicada a nueve profesionales de la Unidad Amigable Santa Cruz.

Con la información arrojada para cada uno de los cinco componentes se analizó su comportamiento en la Unidad Santa Cruz frente a la propuesta del Ministerio de Salud y la UNFPA Colombia, en los siguientes porcentajes de cumplimiento por componente: Componente 1, 3 y 4 del 80%, componente 2 y 5 del 100%.

Obteniendo como resultado un 88% de cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz, en este sentido se pudo establecer que el desarrollo del modelo se ajusta en su aplicación, al contar con espacios diferenciales y señalizados para la atención a los jóvenes, profesionales capacitados, amplia gama de servicios y la participación de los grupos comunitarios.

La discusión permitió analizar los resultados obtenidos en este estudio y compararlos con otros similares evidenciando que la estrategia SSAAJ presenta resultados destacables y positivos, en cuanto a la prestación del servicio la unidad amigable tiene ventajas con relación a otras modalidades lo que hace que se preste un mejor servicio.

Finalmente en las conclusiones del estudio se pudo determinar un cumplimiento alto en la implementación de la Estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz en donde el porcentaje más bajo fueron para los componentes uno acceso a los servicios, tres procedimientos

administrativos y de gestión y cuatro disponibilidad de una amplia gama de servicios con una calificación del 80 % y la mayor calificación 100% para los componentes dos profesionales y personal de salud y cinco participación social y comunitaria.

Esta investigación está organizada secuencialmente de acuerdo a las etapas desarrolladas durante la misma y estructura de la siguiente manera: tabla de contenido, glosario, resumen, introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos, marco teórico, marco contextual, marco legal, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

1. Planteamiento del problema

1.1 Antecedentes generales

1.1.1 Antecedentes Internacionales Del Modelo Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Desde mitad del siglo XX, la salud sexual y reproductiva ha sido motivo de preocupación en el ámbito mundial, debido a los múltiples problemas generados por la poca comprensión del proceso natural de desarrollo de los adolescentes, los cuales conllevan a comportamientos problemáticos que tienden a agruparse en casos como el abuso de alcohol y drogas, el hábito de fumar y la precocidad.

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 (GAPS) del Departamento de Salud en Adolescentes de la American Medical Association en Estados Unidos (Murgueitio, C., 2013). 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 (Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes). 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 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (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 (Murgueitio, C., 2013).

El modelo de servicios de salud amigables surgen en el país como una estrategia del El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que como agencia de desarrollo, impulsa el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones alrededor del mundo, especialmente de aquellas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza, en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva, su relación con el medio ambiente y el desarrollo, y las relaciones de igualdad entre hombres y mujeres.

1.1.2 En las Américas.

Las preocupaciones en torno a esta problemática se manifiestan desde las décadas del cincuenta y sesenta, cuando la salud de las mujeres en edad reproductiva, la de los niños y las niñas, fue declarada como prioritaria para las acciones sanitarias en todos los países de América latina, con diferentes estrategias, que iban desde la planificación familiar y la reproducción humana hasta el desarrollo de programas para el control de indicadores demográficos y la formulación de políticas relacionadas con la salud sexual de la población y, especialmente, de las mujeres.

En 1998, los países de la región de las Américas mostraban altas tasas de fecundidad y de mortalidad materna, baja cobertura en la atención prenatal y de parto a cargo de personal capacitado, altas tasas de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres y altas tasas de incidencia de infecciones de transmisión sexual y SIDA. Estos indicadores mostraban una importante pérdida de oportunidades para que la mujer accediera a información y acciones de prevención del cáncer ginecológico y a la detección oportuna de infecciones de transmisión sexual mediante la promoción de una sexualidad sana que respondiera a sus derechos sexuales y reproductivos (Mejía y Ortiz, 2006).

1.1.3 Antecedentes en Colombia.

UNFPA en Colombia ha priorizado a adolescentes y jóvenes en su agenda de cooperación, para lo cual trabaja de la mano con instituciones del Estado – como el Programa Presidencial Colombia Joven, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, entre otros – para fortalecer la capacidad institucional para generar información, y diseñar políticas y programas que respondan adecuadamente a las realidades de los y las jóvenes.

A partir del año 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado a nivel nacional la adopción del *Modelo de Servicios de Salud Amigables y para Adolescentes y Jóvenes* (SSAAJ), con el fin de facilitar el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente, en el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 (Profamilia, 2000), la iniciación temprana de las relaciones sexuales es más frecuente en los estratos bajos, en el área rural y en la población con menor nivel educativo. El estudio mostró que los hombres adolescentes consideran que la edad ideal para iniciar relaciones tempranas son los 17 años y las mujeres, los 18; aun así, se observa que la edad promedio de la primera relación sexual es de 13,4 años entre los hombres y de 14,8 entre las mujeres, cuatro años menos de los que ellos mismos consideran ideal. El mismo estudio señala que el 15% de las adolescentes de 15 a 19 años ya han sido madres y el 4% están embarazadas de su primer hijo. Asimismo, una de cada cinco (20%) de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres (33%) de las jóvenes de 19 años (Mejía y Ortiz, 2006).

1.1.4 Antecedentes en Antioquia.

Los indicadores mencionados en el párrafo anterior, se reflejan de manera similar en el departamento de Antioquia, donde el 19% del total de su población es adolescente y la cual ha superado la tasa general de fecundidad del departamento. De acuerdo con las estadísticas epidemiológicas, del total de mujeres embarazadas en el año 2002, el 26,7 % se presentó en adolescentes, con la desventaja adicional de que 50% de esos embarazos no fueron deseados (García, G.I; Sandoval, J; Restrepo, A; Gallo, N; Molina, N, 2008).

1.1.5 Antecedentes en Medellín.

En la ciudad de Medellín el programa empezó a funcionar en el año 2007 con el modelo Sol y Luna al que se llamó “Modelo Medellín” para la prevención del embarazo adolescente, consideró tres aspectos fundamentales: la atención para la prevención del embarazo adolescente, centros de salud amigables, la línea telefónica para responder a necesidades de información y orientación en diferentes temas de Salud Sexual y Reproductiva.

Actualmente en el marco del programa de Gobierno Municipal “Jóvenes por la vida” se han adelantado actividades colectivas e individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 29 años, que residen en las 16 comunas y los 5 corregimientos como parte del fortalecimiento a la estrategia de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes –SSAAJ-, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental en donde se estableció como entidad operadora de la estrategia a la E.S.E (Empresa Social del Estado) publica Metrosalud.

La ESE Metrosalud orientó la estrategia institucional a través de la prestación de los servicios de salud para la atención a los jóvenes en treinta y tres Centros de Salud y una Unidad Amigable ubicada en la barrio Santa Cruz en la comuna dos, que se ha caracterizada como la segunda comuna más densa de la ciudad, de acuerdo la “Encuesta de Calidad de Vida Medellín 2011” realizada por el Departamento Administrativo de Planeación por grupo de edad y sexo. La mayor cantidad de personas de esta comuna, se concentra en el grupo de 15 a 44 años de edad (Metrosalud, 2013).

1.2 El problema como tal

“El Diagnóstico Integral de Ciudad para la Equidad” concluye que la dimensión sociocultural de la Comuna 2, Santa Cruz es muy crítica, pues hace parte de las franjas de mayor

pobreza de la ciudad, donde persisten situaciones precarias de los derechos humanos y socioculturales hay bajas capacidades de cambio. En cifras, la comuna registra uno de los mayores índices de natalidad: 2.34; pero al mismo tiempo tiene uno de los mayores índices de mortalidad infantil: 1.06 (Alcaldía de Medellín, Corporación Convivamos y Corporación Cultural Nuestra Gente, 2008).

Igualmente se ha identificado que en esta comuna el 63 % de la población corresponde a la población Adolescentes y Joven en donde la mayoría son mujeres, estos grupos poblacionales están distribuidos así:

Población total 109.481.

51.494 hombres

57.987 mujeres

La población joven está distribuida así:

15 a 44 años----- 51.313

5 a 14 años ----- 17.938

En Santa Cruz Comuna dos predomina el estrato 2 (bajo), el cual comprende el 96.6 % de las viviendas, seguido por el estrato 1 (bajo-bajo), que corresponde al 3.5%, estas condiciones socioeconómicas caracterizan la totalidad de los barrios de esta comuna (Alcaldía de Medellín et al. 2008).

La problemática relacionada con el madre-solterismo y la fármaco dependencia son dos de las situaciones más urgentes a resolver. A si mismo se identificó un conflicto de valores generado por la transformación cultural. Ello se evidencia en la discriminación por parte de las mujeres a los hombres; los altos índices de homosexualidad; la falta educación a niñas y niños para que definan su identidad sexual; hay necesidad en formación en temas familiares; hay

grandes dificultades para compartir actividades del hogar entre padres, madres e hijos; los hombres invierten el tiempo libre en actividades improductivas: bailar, consumo de licor, etc. Se recomienda que tanto las mujeres como los hombres deben ser orientados en valores, de tal manera que les haga consientes de la planificación y la sexualidad responsable (Alcaldía de Medellín et al. 2008).

Para intervenir esta problemática en la unidad intermedia de Santa Cruz debió mejorar su infraestructura y adecuar un espacio exclusivo para la Unidad Amigable y allí implementar la estrategia SSAAJ para la atención en salud de los jóvenes y adolescentes en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y salud mental.

Se propone que esta estrategia, se desarrolle un buen trato por parte del personal de salud, que ellos asuman una actitud "descomplicada" que genere confianza para hablar y anime a los jóvenes a participar, esto requiere que el profesional de la salud utilice su experiencia en el trabajo comunitario: colegios, escuelas, grupos y espacios deportivos, realizando campañas educativas para los jóvenes. A través de videoclips, contenidos interactivos, emotivos y testimoniales y así empoderar a los jóvenes para hacerlos protagonistas y voceros de estas campañas.

Este modelo en la unidad de Santa Cruz, lleva tres años de aplicación, siendo ejecutado de manera intramural y extramural y en la actualidad no se conoce estudios que proporcione información para evaluar la implementación del modelo, es por eso que se pretendió evaluar el cumplimiento de los componentes del modelo de Servicios de Salud Amigables en esta unidad para determinar si el modelo de SSAAJ es eficaz y pertinente en el logro de sus objetivos, de conformidad con los componentes que lo definen. El lugar para adelantar la investigación la Unidad Amigable Santa Cruz, ya que allí se desarrollan la mayoría de las acciones asistenciales

y administrativas, se pretendió Evaluar la Implementación de los componentes del Programa de SSAAJ propuesto por la UNFPA en la Unidad Amigable Santa Cruz, adicionalmente los componentes sociales y económicos de la comuna en donde se encuentra ubicada la unidad suponen que la estrategia tenga mayor impacto en la población Adolescente y Joven en donde se encuentra concentrada la mayor parte de la comuna dos el 63 % de la población pertenece a la población adolescente y joven.

Para así realizar recomendaciones en el funcionamiento y operación de los componentes del modelo SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz.

1.3 Pregunta de Investigación

¿La implementación del modelo SSAAJ en la unidad de Santa Cruz cumple con los componentes que propone un modelo de Servicios de Salud Amigable?

1.4 Justificación

La salud y desarrollo de los y las adolescentes (10 a 19 años) y de los y las Jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social y económico de la sociedad en donde la participación de la comunidad se convierte en un elemento que aporta al desarrollo de los programas, en la medida en que esta tenga elementos y conocimientos que les permitan participar en la toma de decisiones y aportar elementos para el desarrollo de acciones individuales y colectivas en lo relacionado con su salud.

El Modelo de SSAAJ es una iniciativa de los Estados, que 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 (Murgueitio, C., 2013).

Los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes 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 enfermedades de Transmisión Sexual, que busca través de estrategias de comunicación generar un cambio de comportamiento de los Jóvenes hacia su sexualidad (ANED Consultores, 2007).

Para la comunidad es importante porque en forma directa se benefician con una adecuada atención de los servicios ya que estos pueden ser susceptibles de mejorar en la medida que se evalúen y se identifiquen fallas que al ser intervenidas son objeto de mejora.

El estudio le permitió a la unidad de servicio amigable de santa cruz conocer el desarrollo de los cinco componentes de la estrategia frente al modelo planteado por la UNFPA, para identificar los componentes que requieren ser intervenidos o redefinidos en su aplicación.

Para la Fundación Universitaria Luis Amigo la investigación representa un factor de gran importancia en la búsqueda del saber y de nuevos conocimientos, en este sentido realizar estudios que involucren la problemática de los jóvenes se puede considerar un elemento nuevo y la universidad desde la academia puede contribuir en la intervención en la promoción de saberes pues es el instrumento por excelencia a través del cual se puede reflejar la realidad de un país, y de la comunidad, también es la vía para plantear o solucionar alternativas a los problemas socioeducativos, políticos, económicos y culturales.

Desde el punto de vista académico esta investigación es relevante dado que permite a los estudiantes adquirir conocimientos de un nuevo modelo de intervención en salud. Adicionalmente aporta elementos importantes para adquirir destrezas y competencias en el cómo estudiar e investigar situaciones de interés académico y social y desde la gerencia en salud se puede considerar como una línea de trabajo por gestionar, ya que la implementación de este modelo contribuye al mejoramiento de las condiciones de morbilidad de los jóvenes en aspectos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, la contribución a la sociedad sería muy alta.

2. Objetivo

2.1 Objetivo General

Evaluar la implementación de los componentes del modelo de SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz. 2015.

2.2. Objetivos Específicos

- Analizar el proceso de implementación de los 5 componentes propuestos por el modelo de servicios de salud amigable santa cruz.
- Evidenciar el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y del Ministerio de Salud y Protección Social aplicado en la unidad amigable santa cruz.
- Realizar recomendaciones a las directivas de la Unidad Amigable de Santa Cruz coordinadores del proyecto SSAAJ.

3. Marco teórico

3.1. Marco conceptual

3.1.1 La adolescencia y sus etapas.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final, la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que éste lo transforma (Vargas, Posada y del Rio, 1999).

La adolescencia se trata entonces del periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. El desarrollo físico, llamado pubertad, se presenta independientemente de que el/la joven lo desee o no, en cambio, el desarrollo psicosocial se dará en un contexto social y personal. Las modificaciones sexuales se inician alrededor de los 10 a 12 años y la culminación del crecimiento es aproximadamente a los 20 años de edad (Secretaria de Salud de México, 2002).

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad

social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social.

Precisan también acomodar su sexualidad, “aún infantil”, con la sexualidad de los adultos.

La adolescencia, según Pasqualini y Llorens (2010) se clasifica en:

- **Adolescencia temprana o inicial.** Entre los 10 - 13 años. En esta etapa las personas adolescentes experimentan cambios puberales que marcan el inicio de la misma. Se encuentran ambivalentes sobre separarse de sus padres o no y prefieren socializar con “pares” del mismo sexo. Conservan un pensamiento concreto con planes vagos hacia el futuro. En estos años se inicia la curiosidad sexual, principalmente a través de la masturbación, pero no exclusivamente. Se centran mucho en sí mismas y exploran qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

- **Adolescencia Temprana,** es el período comprendido entre las 10 y 13 años de edad. Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales que en algunos casos les genera incertidumbre por su apariencia física, y cambios funcionales como la menarca. Psicológicamente, comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

- **Adolescencia media,** entre los 14 y 16 años, es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares y de conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, buscan poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- **La Adolescencia tardía**, de 17 a 19 años, tienen pocos cambios físicos, aceptan su imagen corporal; se acercan a sus padres y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales y una perspectiva más adulta y dan más importancia a las relaciones íntimas.

3.1.2. Sexualidad en la Adolescencia.

Los usos referidos a la sexualidad, son entendidos dentro de las vivencias totales del ser humano y ubican a la adolescente en el plano de la educación corporal, incluyendo todo lo que sienten, piensan y vivencian acerca de la función erótico – sexual. Esta dimensión pone de manifiesto a los sujetos en sus relaciones con los otros y consigo mismo, en lo que respecta al rol de género e identidad sexual, actitudes hacia la sexualidad y la estructuración axiológica.

Según Romero (1998), la sexualidad es el resultado de la interacción de cuatro dimensiones fundamentales como son la biológica, la sociocultural y la ética axiológica-legal. El ser humano es un organismo regulado por fenómenos anatómico-fisiológicos que en función de complejos procesos psicológicos y sociales, asociados a un sistema de principios éticos y legales, determinan la conformación de la sexualidad en la vida de las personas. La dimensión biológica hace referencia a todos los factores anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y genéticos que subyacen a los diferentes componentes de la sexualidad como lo son la reproductividad, el erotismo, el género y las vinculaciones eroto-afectivo-amorosas. Cualquiera de estos componentes o subsistemas tiene correlatos biológicos. La dimensión psicológica se relaciona con los procesos emocionales, motivacionales, de aprendizaje, afectivos, comportamentales, cognitivos, de personalidad, etc., implicados en la estructuración de la vivencia sexual. La mayor parte de los procesos psicológicos están muy relacionados y en interacción con la dimensión sociocultural. La dimensión social se relaciona con los procesos y fenómenos que hacen parte del

ser humano como ser fundamentalmente social y político y que contribuyen al aprendizaje social de una determinada forma de vivir la sexualidad, son el producto de una construcción social y colectiva y por lo tanto arbitraria. Hacen parte de esta dimensión los guiones sexuales, los ritos, los mitos, los imaginarios sociales, las normas, los roles, la educación sexual, los patrones culturales. Lo ético-axiológico-legal hace parte de lo social y cultural, pero en razón del importante papel que tiene en la conformación de la sexualidad se considera necesario ubicarla como otra normatividad legal que son conformados socialmente para regular el comportamiento sexual. Tiene un papel importante en la convivencia social, prescriben lo que se debe o no hacer, lo que es considerado aceptable o censurable, importante, lo que da sentido y lo que no, y se relacionan con organización de la legislación alrededor de la sexualidad, comportamiento sexual, pareja, vida familiar, paternidad, maternidad, género, entre otros. Desde este punto de vista, la sexualidad sería la integración y resultado de la acción de estas cuatro dimensiones, interrelacionadas la una con la otra.

Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer. Nuevas relaciones sociales se establecen entre los/las jóvenes y entre los adultos y los/las jóvenes, tanto dentro como fuera de la familia. Así mismo, surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja. Consolidar la sexualidad para su vida como adulto, es una tarea clave en el desarrollo de los/las adolescentes, como ya se había dicho anteriormente. Para lograrlo requieren de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales.

Hablar de sexualidad no es equivalente a coito y reproducción, no significa descarga del impulso sexual, tampoco se refiere al impulso sexual aislado, ni únicamente a la expresión social de la masculinidad o femineidad. Sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres. En otras palabras, sexualidad es la manera en cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la cual pertenecen. En los humanos la sexualidad, además de la función reproductora, permite dar y recibir amor y placer, así como cumplir una función social en términos de los roles de género asignados para hombres y mujeres. La sexualidad se expresa de forma diferente conforme transcurre el desarrollo de el/la niño(a). Podemos concluir que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, durante la cual se presenta la madurez sexual (Secretaría de Salud de México, 2002).

3.1.2.1 Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente.

Desde el punto de vista biológico el ser humano es un ser sexuado. La existencia de los órganos genitales no sólo determina la asignación de sexo, sino que provocan un comportamiento sexual. El concepto de sexualidad ha traspasado los límites de la genitalidad y ha incluido las distintas conductas tanto individuales como sociales que las personas adoptan para resolver su vida sexual (Secretaría de Salud de México, 2002).

La madurez biológica es consecuencia de la influencia del eje hipotálamo hipofisis-gónadas lo cual trae aparejado cambios corporales y psicológicos. Durante este periodo en las mujeres se manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición de vello púbico y la primera menstruación. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello

público y se producen las primeras emisiones de esperma. Estas manifestaciones, entre otras, anuncian el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva. Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado especial para la vida y la sexualidad de los/las jóvenes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspecto físico como psicológico y social (Penagos et al., 2007).

La pubertad significa el inicio de la madurez sexual. Para los/las jóvenes son el indicador de que han dejado de ser niños(as) y frecuentemente es un evento que se espera con ansiedad, inseguridad y en ocasiones con desconocimiento del hecho. En esta época, surge también el impulso y la atracción sexual. El impulso sexual es intenso durante la adolescencia. En el varón, la urgencia por la satisfacción es apremiante y está vinculada a la emisión de semen. A lo largo del día el varón presenta erecciones erráticas y sensibilidad circunscrita al pene. Por la noche experimenta eyaculaciones ligadas o no a sueños eróticos. Las eyaculaciones espontáneas, con o sin erección, durante el día son menos frecuentes y generalmente están asociadas a situaciones de ansiedad. En cuanto a la mujer, experimenta periodos de gran tensión circunscrita a los genitales, con el aumento en el grosor de los labios menores, el clítoris y secreciones vaginales (Córdova, Sánchez y Prieto, 2012).

Para el hombre la capacidad de sentir orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales, y la eyaculación es la única forma de satisfacer sus impulsos sexuales. En contraste, la mujer puede experimentar placer erótico a través de la fantasía y el afecto y es por tanto más fácil que pueda postergar la satisfacción sexual a través del coito, ocupando la fantasía un lugar importante en la vida de las jóvenes (Ibarra, L, 2003).

3.1.2.2 Aspectos psicológicos de la sexualidad adolescente.

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados. Los/las jóvenes ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, sino que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al menos dentro de su experiencia. El/la joven intentan dominar la realidad con las teorías, sin embargo en muchas ocasiones confunde lo posible con lo real. La ubicación dentro de la realidad se dará más adelante a partir de la vida en el mundo de los adultos. Encontramos en el/la adolescente dos formas de pensamiento: uno mágico, que intenta controlar y cambiar al mundo a partir del pensamiento omnipotente (fantasías) y otro científico que controla el mundo de forma más real. El primero intenta modificar la realidad a partir de la fantasía, el segundo se conecta con la realidad a través de proposiciones (hipótesis) que son puestas a prueba en la realidad. Hacia el final de la adolescencia el/la joven comúnmente ha logrado establecerse en la realidad social. Si bien es cierto que el/la adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos está matizado por su experiencia infantil. El período previo de dependencia que ha vivido sigue dominando su vida. No ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo la consecuencia de sus actos. La familia ha estado al pendiente de guiar y dirigir su conducta (Secretaría de Salud de México, 2002).

La capacidad de abstracción aunada a los contenidos infantiles, provoca que los adolescentes observen la vida de manera fantasiosa y omnipotente. Se sienten capaces de transformar el mundo, pero aún no tienen la experiencia y conocimientos necesarios para evaluar la consecuencia de sus acciones, además no aceptan consejos porque consideran que son poseedores de la nueva realidad. La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar: “a mí nunca me va a pasar eso”, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual. En su anhelo por ser amados y reconocidos, los/las jóvenes pueden pasar por alto los aspectos que les son desagradables en la persona que han elegido como pareja y resaltar los que consideran sus cualidades, perdiendo la proporción de la realidad. Muchas jovencitas que fantasearon con “su príncipe azul”, se ven ante la situación de sentirse “usadas” después de que les “bajaron el cielo y las estrellas”, es decir, que su pareja les prometió que estaría con ellas en las buenas y en las malas para convencerlas de tener relaciones sexuales y posteriormente abandonar la relación. En ocasiones estas chicas quedan embarazadas, confrontando súbitamente su realidad. Por lo tanto, es importante que los/las jóvenes observen más objetivamente a su probable pareja y reflexionen sobre sus metas y decisiones. El/la niño(a) establece los primeros vínculos afectivos con sus padres, la llegada de la pubertad conlleva la incorporación de la sexualidad genital a los afectos (Penagos et al., 2007).

El adolescente no puede satisfacer sus necesidades genitales con sus padres, esto sería ir contra la función social y reproductiva, por tanto, el adolescente necesita buscar la satisfacción sexual hacia el exterior. El afecto que el adolescente sintió por sus padres progresivamente es trasladado hacia el exterior. El proceso se da mediante la progresiva atracción de el/la joven por

personas del sexo opuesto, atracción que muchas veces es vivida por los padres como amenazante debido a que señala la partida de el/la hijo(a). En esta época, el/la joven vive una situación de conflicto, puesto que por un lado conserva el cariño hacia sus padres, a los que desea agradar, y por otro siente la imperiosa necesidad de ser independiente y buscar compañero(a) sexual. Previo al inicio de las relaciones heterosexuales se establecen relaciones ligeramente antagónicas entre hombres y mujeres. Posteriormente procuran actividades que incorporan a jóvenes de ambos sexos, iniciando la búsqueda de pareja y la expresión de su sexualidad. Hacia finales de la adolescencia los grupos conformados por individuos del mismo sexo tienden a disolverse, para dar paso a relaciones de pareja. Los/las jóvenes que hasta este momento no han conseguido emparejarse (aunque sea de manera temporal), podrán sentirse presionados a buscar pareja con la finalidad de no sentir rechazo o crítica a su situación de soltería. Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo, es una tendencia natural en la búsqueda de pareja y de relaciones sexuales. Cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo, la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer a las necesidades y deseos personales. Superada la etapa de la adolescencia los/las jóvenes se iniciarán en la vida adulta al sentir confianza, ejercer su autonomía y definir quiénes son y qué desean. Estas ventajas los preparan para entrar en verdaderas relaciones íntimas con su pareja. En caso de no madurar; la desconfianza, baja autoestima, temor a la iniciativa o a la expresión y la dependencia coloca a los/las jóvenes en situación de desventaja, puesto que están menos preparados para establecer relaciones íntimas. Pueden desearlas, pero carecer de la seguridad y habilidades necesarias para establecerlas, sintiendo tristeza, soledad y frustración (Diverio et al., 2006).

3.1.2.3 Principales fenómenos sociales relacionados con la sexualidad.

Las diferencias sociales entre hombres y mujeres, la masculinidad y feminidad, así como las conductas inherentes a ello, no son naturales, se derivan de la manera en cómo cada cultura legítima sobre un hecho biológico (la diferencia en los genitales externos), una valoración desigual para los hombres y mujeres, generando una relación de subordinación por parte de la mujer al hombre. Esta forma de entender la relación social entre hombres y mujeres se denomina género. El género, es una forma de comprender cómo se organiza y funciona una sociedad a partir de las diferencias biológicas que presentan hombres y mujeres, organización en la que tradicionalmente se ha promovido un modelo de hombre y mujer en el que sus funciones son jerárquicas y excluyentes. El enfoque de género cubre tres elementos: la asignación de género (hombre o mujer); la identidad de género (convicción de ser hombre o mujer) y el rol de género (el papel que se ha de jugar en la vida). Estos elementos determinan en gran medida la futura actuación de las personas en sociedad. La asignación de género se refiere a la rotulación como hombre o mujer que realizan las personas que tienen contacto con el/la recién nacido(a), con base en la apariencia de los genitales externos. A partir de ello, la familia y la sociedad se encargarán de educarlo(a) en función de ese señalamiento. Al mismo tiempo, la educación recibida se expresará mediante el rol de género. El término rol de género se emplea para hacer referencia al conjunto de expectativas de comportamiento consideradas como apropiado para las personas que poseen un sexo (órganos sexuales). El rol se constituye con el conjunto de normas, valores y prescripciones que dicta la sociedad, definiendo el comportamiento masculino y femenino. Identidad de género es la convicción personal de ser hombre o mujer, lo cual conlleva la demanda social de comportarse como tal para corresponder con la idea de masculinidad o feminidad que se maneja a nivel sociocultural. La identidad de género estructura la vida de el/la

niño(a) en forma de sentimientos, actitudes, manera de pensar y relacionarse, empleo, etcétera. Ineludiblemente el género está condicionado por la clase social, la etnia, las vivencias urbanas y campesinas y por la serie de influencias propias de cada persona. Estos factores definen en gran medida la futura actuación de las personas dentro de su núcleo social. En la adolescencia el/la joven necesitan comprender cuál es su papel en la vida, para conducirse de acuerdo a las determinaciones preestablecidas, afirmación manifestada por la Secretaría de Salud de México, (2002).

La actividad sexual real muestra diferencias entre hombres y mujeres. Ambos son capaces de experimentar deseo y excitación, sin embargo, a través de mitos, tabúes o el género, algunas mujeres se inhiben de una vida sexual activa mientras no estén casadas o mantengan una relación afectiva, en tanto que los jóvenes la realizan con mayor libertad y tolerancia. Para las mujeres, los códigos sexuales conservadores establecen que la actividad sexual se limite a personas “significativas”, “importantes” o “afectuosas”, y fundamentalmente tiene como objetivo la reproducción. El sexo por placer está reservado para las “chicas malas” o “locas”. Aunque en la actualidad ha ido perdiendo vigencia, aún se le pide a la joven llegar virgen al matrimonio. Si la joven viola este código, genera la reputación de ser “fácil” y se convierte en blanco de los jóvenes que solamente buscan “una aventura” o “acostarse con ella”. Para los varones, la situación se presenta diferente. Las conquistas y aventuras son sinónimo de masculinidad y prestigio. El que no haya tenido aventuras amorosas corre el riesgo de generar sospechas respecto de su hombría. Esta doble moral sexual consolida la inequidad sexual, coloca a hombres y mujeres en papeles estereotipados por causas morales y culturales y separa el componente afectivo de la relación sexual. El ejercicio prejuiciado de la sexualidad genera riesgos para la salud por ignorancia y desigualdad. Muchas jóvenes evitan el control natal porque

consideran que ellas no participarán en relaciones sexuales indeseadas o inesperadas. Sin embargo, las estadísticas demuestran que aunque no lo hayan considerado se ven involucradas en relaciones sexuales inesperadas y enfrentan embarazos no deseados. Aun conociendo los métodos de anticoncepción, algunas mujeres no los usan por diversas razones: Por ser mal visto que una mujer tenga iniciativa en esa actividad, por ser cuestionado que ejerza el sexo por placer, porque suponen que los varones tienen experiencia y deben decidir en el terreno de la sexualidad, porque a la mujer se le ha enseñado a obedecer, porque la mujer considera que la reproducción es su función natural, porque no son capaces de comunicarse asertivamente, por cuestiones morales o religiosas, por temor a las consecuencias, entre otros. Estas son sólo algunas de las múltiples causas que es necesario considerar. Por su parte, a los varones se les ha enseñado que deben ejercer seducción y presión sobre la mujer, asimismo, a asumir la reproducción como un hecho femenino. Esto lleva a los varones a considerar los métodos de anticoncepción como “asunto de la mujer”. Es también un hecho que los adolescentes temen ser demasiado directos si proponen alguna forma de protección. Sin embargo, cuando se piensa o habla de un posible coito se requiere hablar de protección. En las parejas de adolescentes donde media el afecto, los contactos sexuales tienden a ser más frecuentes y prolongados, aun cuando no llegue a formarse un matrimonio. Esta situación coloca a la pareja en situaciones de mayor riesgo de embarazo no deseado o de abortos provocados. La sexualidad madura cumple cuatro funciones: la procreación, el intercambio afectivo, la expresión social y la obtención de placer. Si solamente se busca placer, es necesario considerar que al realizar un coito sin protección se corre el riesgo de un embarazo inesperado. El sexo continúa siendo tema “tabú” impregnado de misterio y represión, de modo que no se enseña a los/las jóvenes a reconocer su cuerpo y emplearlo de manera responsable en el ejercicio de su sexualidad. A pesar de la censura, la represión y la

ignorancia no se ha podido contener la expresión sexual de los/las jóvenes, y continuamente se ven envueltos en relaciones que amenazan su estabilidad biopsicosocial. Los/las adolescentes, entonces, tratan de resolver su conflicto entre el ser y el deber ser carentes no sólo de formación de valores sino también de información sexual. En esta situación, inician su vida sexual sin la menor protección anticonceptiva (Pérez, J.R, 2011).

3.1.3 Embarazo en la adolescencia.

El embarazo en la etapa de la adolescencia, es un fenómeno tan impactante que ha sido llamado la puerta de entrada al círculo de la pobreza, ya que se sabe que el hijo de una madre adolescente tiene siete veces más riesgos de ser pobre. Aunque la tasa de fecundidad ha sufrido una disminución en las dos últimas décadas, en el grupo de adolescentes, por el contrario ha estado experimentando un incremento de 70 a 96 por cada mil mujeres. Una de cada cinco adolescentes de 17 años ha estado alguna vez embarazada y una de cada tres entre las adolescentes de 19 años. Es así como en Colombia según la encuesta nacional de demografía y salud del 2005 (Profamilia, 2005), la tasa de embarazadas adolescentes aumentó de un 19% a un 21%, con tasas un poco mayores en Caquetá, Meta, Cauca, Cesar, Choco, Arauca y Guaviare. En Antioquia las tasas aumentaron a un 26% de las adolescentes y en Medellín a un 23.1%. Este aumento fue mayor en la zona urbana, donde los niveles de fecundidad pasaron de 71 a 79/1000 mujeres, con respecto a la zona rural donde disminuyó del 134 a 128/1000 mujeres.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. Es en la década del '70 que la maternidad adolescente comienza a aparecer como preocupación social. En 1974, la OMS la incorpora al concepto de salud adolescente, planteándola como problema de creciente importancia. La considera como un problema desde lo biológico, lo psicológico, lo médico, lo ético, lo religioso, lo económico, lo demográfico y lo legal. Este

organismo plantea que la maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta y que cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, el mismo impone a los implicados una sobre adaptación a una situación nueva para la cual no están ni emocional ni socialmente preparados. Según la OMS, el embarazo durante la adolescencia es considerado como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el hijo, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes(Genelet et al., 2004).

El embarazo y la maternidad tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo. En la literatura se habla de diversos riesgos a nivel fisiológico, sin embargo, la mayor repercusión se presenta en el área personal y social de la adolescente, porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad (Ibarra, L, 2003).

Es decir, los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

Dicha situación se vuelve mucho más compleja en condiciones sociales adversas. La maternidad temprana limita las posibilidades de desarrollo autónomo, clausura oportunidades, acelera otros procesos. El tener que asumir un rol como adulta en momentos de afirmación de la identidad provoca tensión, incertidumbre, agobio. A ello se suma que una gran mayoría lo hace sola, dado que durante el proceso de decisión o en la posterior crianza del niño han sufrido el

abandono del padre del mismo. Otras, por el contrario, se encontraron embarazadas sin estar en relación de pareja estable. Esto hace que el embarazo este acompañado de sentimientos de soledad y desamparo (Genelet, A et al., 2004). Es decir, la adolescente soltera que se embaraza está expuesta a recibir rechazo y crítica por parte de la familia y la sociedad; generándose un deterioro en su autoestima, así como el surgimiento de sentimientos de culpa y minusvalía. Además, se enfrenta a serios problemas económicos, abandono de sus estudios y pasa a formar parte de las desempleadas o subempleadas lo que la lleva a permanecer en la casa de sus padres o a habitar la casa de sus suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. En casos extremos las madres adolescentes son rechazadas por sus familiares, y se ven obligadas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación. Ibarra (2003), plantea que el "Síndrome de las embarazadas adolescentes" es un fracaso de cuatro funciones básicas: las funciones de la adolescencia: (adquisición de independencia, logro de la propia identidad, determinación del papel sexual, desarrollo de un sistema de valores y elección vocacional); las funciones escolares o de preparación para la vida adulta, debido a la deserción escolar o la limitación de la preparación académica; las funciones para construir familia estable puesto que generalmente son monoparentales; las funciones económicas debido a que las adolescentes embarazadas dependen de sus familias. La adolescente se encuentra en un período de desarrollo con dificultades y conflictos propios y la necesidad de adquirir una mayor independencia respecto a sus padres origina problemas tanto para ella como para sus padres; ella se encuentra en pleno proceso de personalización, en la búsqueda de dar sentido y significación a su realidad y aun experimentando inseguridad en las interrelaciones con los otros. Mientras se vuelve un miembro de la generación adulta, sigue siendo en el seno de la familia un miembro de la generación de los

hijos y carece de ciertas prerrogativas y oportunidades para completar su autoconcepto. La adolescente está atravesando una etapa de crisis en la maduración psico-afectiva y biológica, no ha logrado la estabilidad y madurez necesarias para hacerse cargo de una familia y menos para encargarse sola de la crianza de su hijo, debido a que las tareas referentes a la formación de su identidad no están concluidas (Amar y Hernández, 2005).

Todas las culturas conocidas regulan, de una forma u otra, la conducta reproductora dentro de un marco sociocultural que conforma, a veces, un verdadero troquelado pues toda sociedad espera de sus miembros determinados comportamientos correspondientes a su edad y situación. Normalmente la sociedad exige una garantía por parte de los progenitores para este proceso, centrada en los paradigmas de la responsabilidad y el comportamiento adecuado, puesto que -culturalmente hablando- el embarazo constituye el signo evidente de que la pareja ha llegado a la etapa de transición a la madurez, siendo el garante del apoyo económico y de la protección a la gestante y al recién nacido el marido. Por desgracia esta “madurez” y está “responsabilidad” raras veces se encuentran en las adolescentes y poco apoyo puede dar un “marido” también adolescente. Durante el embarazo y el postparto el marco social, interpersonal y personal, deben atender a unos objetivos biológicos (el nacimiento y desarrollo de un niño integralmente sano, sin detrimento para la madre) y unos objetivos psicosociales (que en el caso de la embarazada o puérpera son que crezca y madure como madre). Esto exige una normalización del desarrollo biopsicosocial que requiere la consecución de 3 subcomponentes:

- La aceptación del embarazo intelectual y emocionalmente.
- La adaptación del rol materno, asignándole también al neonato una identidad objetiva.

- La “ligazón materno fetal” (“materno-fetal attachment”) que se describe como una actitud positiva e interactiva con el feto, base de la futura relación afectiva madre-hijo y del diálogo tónico afectivo. Esto conformaría el marco sociocultural normativo o “ideal”. Sin embargo este marco social (en el entorno), interpersonal (en la pareja de jóvenes) y personal (en la propia autopercepción de la chica) no se dan en el caso del embarazo y la maternidad adolescentes, conformándose un marco “real” bien distinto al “ideal”: En cuanto al entorno, aunque existe una gran variabilidad es frecuente el encontrar una familia de origen con bajos ingresos, bajos niveles socio-educativos y difícil acceso a los mecanismos de protección familiar. Con gran frecuencia las madres adolescentes suelen ser hijas a su vez de mujeres que también fueron madres durante la adolescencia (abuelas con menos de 35 años) conformándose un peculiar entorno socio-económico-cultural con singulares relaciones intergeneracionales también. En cuanto al marco interpersonal de la pareja la perspectiva no es más halagüeña puesto que normalmente abandona el sistema educativo, sobre todo la chica, (si estaban en él) y carecen normalmente de expectativas laborales y de trayectoria vital, casi con lo que se sigue viviendo al amparo de la/s familia/s de origen (sin independencia psicosocial). A nivel personal la chica suele evidenciar sentimientos de frustración, desesperanza e impotencia, ansiedad, depresión y sufrimiento en una situación claramente estresante (Gala, L; Lupiani, M y Lupiani G, 2003).

Conocer las características de las etapas de la adolescencia, considerando sus variaciones individuales y culturales, facilita entender e interpretar sus actitudes especialmente durante un embarazo puesto que: Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al

momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes; tienen pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestra una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero sí muestran mayores preocupaciones por lo económico y la falta del apoyo parental. Algunas registran ganancias con el embarazo en la adolescencia, tales como obtener compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Refieren el momento "ideal" para un embarazo, como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece ser tan importante, sentirse preparado o desear el embarazo. Son muchas las causas que llevan a una mujer a enfrentar un embarazo sin una pareja, en algunos casos por elección propia y en la gran mayoría porque las circunstancias así se dan. Con alguna frecuencia tal vez se ha escuchado a algunas mujeres manifestar tranquilas y abiertamente que están considerando la posibilidad de tener un hijo. Las justificaciones son diversas: “quiero tener alguien por quien luchar y por quien vivir”, “no quiero quedarme sola en la vida”. Cuando una mujer adolescente queda en embarazo, en ocasiones lo hace motivada por la necesidad de tener una compañía que alivie su soledad futura.

3.1.3.1 Situación actual del embarazo adolescente.

Las investigaciones recientes alrededor del tema del embarazo adolescente, refieren que en varios países de América Latina, este fenómeno va en aumento, con un modelo diferente al que se ha presentado a lo largo de la historia, es decir, anteriormente el embarazo adolescente también se presentaba pero bajo otros parámetros, relacionados con el inicio temprano de la nupcialidad y la ausencia de métodos anticonceptivos. Actualmente se caracteriza por ocurrir al margen de una unión estable, convirtiendo a la familia de las madres adolescentes en muchos casos en el apoyo a nivel general tanto para las madres como para los respectivos bebés por la

ausencia o debilidad en las relaciones de pareja. Además, las nuevas demandas del mundo moderno han tendido a alterar también las consecuencias de los embarazos precoces incluso en las sociedades tradicionales. Estas consecuencias se ven especialmente en tres áreas:

- Un embarazo durante la adolescencia generalmente resulta dramático en cualquiera de los estratos, de la cada vez más puntiaguda pirámide social.
- Generalmente es no deseado
- A menudo es un semillero de efectos adversos: uniones o matrimonios prematuros y de mal pronóstico, rechazo familiar, compromiso de la educación, niños que nacen sin una pareja adecuada para su crianza, madresolterismo con su corolario de inseguridad y desprotección y mayor exposición al maltrato.

Sin embargo, la probabilidad de ser madre en la etapa de la adolescencia no se distribuye de manera aleatoria entre los diferentes estratos socio-económicos, pues es más alta entre los grupos pobres, excluidos o socialmente desaventajados. Es por esto que ha sido llamado la puerta de entrada al círculo de la pobreza, ya que se sabe que el hijo de una madre adolescente tiene siete veces más riesgos de ser pobre. Rodríguez (2005), plantea que existen unos factores que influyen sobre la probabilidad de ser madre adolescente, los cuales están relacionados con dimensiones socioeconómicas: la pobreza, la exclusión y la falta de opciones. Estos interactúan con otros factores para configurar tanto las conductas reproductivas específicas de cada adolescente como las tendencias agregadas que se forman con los comportamientos individuales. Entre estos otros factores cabe distinguir:

- Los psicológicos, es decir rasgos de personalidad; autoestima baja; falta de confianza en si mismo; sentimientos de abandono y desesperanza; problemas emocionales; carencia de afecto; incapacidad para planear un proyecto de vida; inicio temprano de

relaciones sexuales; adicción o consumo de sustancias tóxicas; desinterés para asumir actitudes de prevención; necesidad de afirmar su identidad de género; menarquía temprana.

- Los individuales, es decir, los atributos personales adquiridos en el proceso de socialización y que inciden en las conductas, como la religiosidad.
- Los familiares, que atañen al contexto doméstico en el que se desenvuelven las muchachas y los muchachos y que influyen sobre ellos por los modelos de conducta que se despliegan, los límites que se definen, las normas que se proporcionan y los controles que se ejercen. Están relacionados principalmente con familias disfuncionales, hacinamiento y promiscuidad, crisis del núcleo familiar, enfermos crónicos en las familias, madre y/o hermana con antecedente de embarazo adolescente.
- Los culturales, que tienen varias facetas:
 - a) El tradicionalismo que se asocia a la maternidad adolescente, porque promueve y/o acepta la unión temprana;
 - b) La marginalidad, quizá directamente vinculada con la exclusión y la pobreza antes mencionadas, y que tiende a hacer más frecuente la reproducción durante la adolescencia por una sexualidad precoz en el marco de una escasa supervisión (de los padres, institucional o de salud) y por la ausencia de opciones alternativas a la maternidad temprana, y
 - c) La tolerancia sexual, específicamente en términos de iniciación sexual prematrimonial (aunque no forzosamente iniciación más precoz), que si no va

asociada a una mayor tolerancia y acceso a medios anticonceptivos (modernidad sexual truncada) puede favorecer la maternidad entre las adolescentes;

- Los políticos e institucionales, en particular los programas, organismos, intervenciones, leyes y marcos normativos que actúan sobre los adolescentes o que definen comportamientos permitidos.
- Los medios de comunicación masivos, cuyos mensajes sobre el erotismo, la afectividad y la sexualidad influyen poderosamente en los y las jóvenes. Otros autores se refieren a factores determinantes y factores predisponentes; los primeros se relacionan con: tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva adecuada, antecedentes de violación. Los segundos, son factores que rara vez actúan solos, la mayoría de las veces lo hacen en forma sincrónica o consecutiva hasta lograr el medio propicio para que ocurra un embarazo, Existen tres clases de estos factores predisponentes: personales, individuales y sociales.

Representaciones sociales alrededor de la maternidad Las significaciones que configuran el imaginario social acerca de la maternidad no son el resultado directo de la maternidad biológica pero, como señala Tubert “son el producto de una operación simbólica que le da significado a la dimensión materna de la feminidad y, por ello, son portadoras de sentido” (Tubert, S, 1996).

A partir de la capacidad reproductiva de las mujeres, casi todas las culturas han identificado a la mujer con la feminidad y la maternidad. La reproducción de la especie no se agota en los procesos fisiológicos que efectivamente tienen lugar en el cuerpo de la mujer, sino que es un fenómeno más complejo que incluye otras dimensiones, además de la biológica. Esta dimensión biológica de la maternidad es la que ha permitido el control social de la fecundidad y la sexualidad de las mujeres y se ha utilizado para mantener y reproducir -a través de estrategias

y prácticas discursivas (Tubert, 1996) su posición subordinada en la sociedad. Estas normas y mandatos han ido construyendo con la fuerza de un código legal la figura de la mujer en torno a la de la madre. Como sostienen Checa y Rosenberg:

“La lógica del funcionamiento del aparato reproductivo invade el campo de las relaciones sociales entre los géneros cuando estas relaciones instituyen la maternidad como equivalente natural y único de la vida de las mujeres, desconociendo los aspectos políticos, económicos y culturales que gobiernan esta institución” (1996).

El pensamiento occidental ha ubicado a la mujer del lado de la naturaleza y al hombre del lado de la cultura, justamente por la aptitud biológica para la procreación. Este anclaje en la naturaleza ha producido un imaginario social en el que las mujeres “por naturaleza” desearán ser madres, con un gran poder reductor (todos los deseos de las mujeres– de la índole que sean- son sustituidos por el deseo de hijo) y homogenizante (todas las mujeres tendrían una misma identidad creada por la maternidad) (Tubert, 1996).

La construcción social de la maternidad se comprende a partir de una doble dimensión social. La misma es una continua interrelación entre un nivel macro y uno micro social, donde los discursos, las percepciones, las valoraciones y las prácticas adquieren significado a través de la mediación entre ambas dimensiones. El significado de la maternidad para los adolescentes está en estrecha relación con las imágenes de género propuestas por la cultura y por el contexto social al que pertenecen, a su vez se entrelaza con las particularidades que le imprime la propia adolescencia. Es a través de los discursos y las prácticas que se puede identificar lo que perciben mujeres y varones acerca de lo que es ser madre, de qué manera se imaginarían el rol y cuál es la valoración que tienen sobre la maternidad (Tubert, 1996).

3.1.3.2 Factores que la afectan la fecundidad Adolescente.

Existen diversos factores que influyen en la fecundidad de una adolescente como lo son.

- La educación sexual recibida
- La edad de inicio de las relaciones sexuales
- El uso de métodos anticonceptivos
- La edad al casarse
- La disponibilidad de programas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva
- El nivel educativo de la mujer
- La mortalidad infantil
- El nivel de ingreso económico
- El estándar de vida
- La posición de la mujer en la sociedad
- La urbanización Se ha visto que la tasa de fecundidad en adolescentes es más alta en zonas rurales, lo cual se liga a un nivel de pobreza mayor y un menor acceso a los programas de salud (Flórez, CE, 2005).

3.1.3.3 Factores de Riesgo de embarazo en la adolescencia.

Tradicionalmente la preocupación por el riesgo del embarazo en la adolescencia se basaba en la parte biológica, se consideraba que la adolescente era inmadura biológicamente para estar embarazada y dar a luz, pero en la actualidad y luego de muchas investigaciones a nivel mundial, se sabe que la morbilidad y la mortalidad de las adolescentes gestantes puede ser similar a la de las mujeres adultas si se les ofrece una atención prenatal y durante el parto adecuada y oportuna. Esta atención debe ir encaminada a aminorar y eliminar los factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales. Los principales factores de riesgo para que la

gestación no se desarrolle adecuadamente son: - Edad menor de 17 años - Estatura menor de 1.50 mt. - Peso inicial menor de 45 Kg. - Aumento de peso menor de 8 Kg durante la gestación - Analfabetismo Mujeres solteras o sin compañero estable. Los Factores Familiares que predisponen al embarazo adolescente: - Uso de cigarrillo, drogas o alcohol - Actitud negativa hacia le embarazo - Ingresos familiares por debajo del límite de pobreza crítica - Ausencia de control prenatal - Enfermedades crónicas - Trastornos del embarazo. Como se puede ver muchos de estos factores de riesgo son los mismos que pueden determinar un alto riesgo incluso para una mujer adultas algunos de ellos son factibles de modificar durante una atención prenatal oportuna y de adecuada calidad. En las embarazadas adolescentes uno de los principales problemas es el diagnóstico tardío del embarazo, que se realiza incluso solo cuando el embarazo es visible y esto puede suceder en una etapa muy avanzada de éste, por lo tanto es importante que el personal de salud esté atento a los síntomas vagos y heterogéneos que pueden presentar las adolescentes cuando consultan inicialmente y que pueden pasar desapercibidos debido a la dificultad que algunas de ellas tiene para enfrentar su nuevo estado o frente a la negación del que hacer del mismo. Estos síntomas iniciales se pueden clasificar como síntomas típicos o síntomas distractores. Son síntomas típicos: la amenorrea secundaria; congestión y aumento del volumen mamario, náuseas y aumento de peso. Son síntomas distractores: la solicitud de un examen médico, solicitud de métodos anticonceptivos, fatiga o náuseas, desmayos, cambio de peso, vómitos; dolor abdominal, constipación, cefalea, aumento de la frecuencia urinaria, depresión, dolor de espalda y obesidad. Luego de hacer el diagnóstico temprano y adecuado del embarazo se debe dar asesoría al adolescente y a su familia idealmente se les debería dar apoyo psicosocial. (Penagos et al., 2007).

3.1.2.4 Consecuencias del embarazo adolescente

- El embarazo en la adolescencia es un problema mundial que cada vez se ve más frecuente no solo en los países desarrollados sino también en el mundo en desarrollo donde este puede tener mayores implicaciones debido a la pobreza y la falta de oportunidades para estas mujeres. Cuando hablamos del embarazo en la adolescencia, debemos tener en cuenta las consecuencias que éste puede acarrear, ya que afecta no solo a la madre, sino también a su hijo y al padre de éste, por lo tanto hablaremos sobre las consecuencias para cada uno de ellos (Tamayo, AL; Sánchez, JM; Montoya, LF, 2014).

- **Consecuencias para la madre adolescente:** Las consecuencias que puede tener el embarazo en la mujer adolescente se deben considerar desde el punto biológico y el psicosocial. Estas consecuencias varían de acuerdo a la edad de la paciente, ya que varios estudios refieren mayores riesgos en las madres menores de 16 años. La certeza de un embarazo provoca serios trastornos psicológicos como ansiedad, desesperación, una sensación de no tener salida, fuertes sentimientos de culpa por haber fallado a los padres, conflictos familiares, a lo cual se une muchas veces el abandono de la pareja o no querer asumir su paternidad, y problemas que pueden derivar en deserción escolar. Además el futuro de una joven embarazada se ve seriamente comprometido en cuanto a sus oportunidades tanto de estudio como laborales, ocasionando una frustración de su proyecto de vida. La adolescente embarazada se encuentra en una situación muy difícil ya que al reto que significa una concepción para cualquier mujer, se añade el de su propio desarrollo. Cuando una jovencita está embarazada necesita que el medio le proporcione mucho apoyo. En esta etapa no se posee suficiente madurez sexual, incluyendo la que implica un embarazo; sin embargo, en el sentido psicológico suelen ser relativamente inmaduras y poseen características de

impulsividad, negación, inestabilidad emocional, etc., que contraindican el comienzo de la vida reproductiva. El riesgo biológico de la adolescente gestante necesariamente se matiza por los riesgos psicosociales concomitantes. Es importante tomar en cuenta dos grandes factores: sus características psicosociales y el entorno sociocultural en que se da el embarazo. Éste se determina principalmente por el apoyo familiar y la red social de ayuda ya que éstos constituyen su escenario.

“Compton, Duncan y Hruska (1987) mencionan que antes de tomar una decisión respecto al embarazo, primero es necesario aceptarlo, pero en la decisión pueden influir diversos factores como los culturales, raciales, económicos, estructura familiar, auto-concepto y medio. Las reacciones típicas de la adolescente al saberse embarazada pueden ser: negación, depresión, enojo, dependencia y resignación. Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la adopción, tener solteros al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad. Por ejemplo, si la adolescente es soltera, no tiene pareja y no cuenta con el apoyo familiar, puede experimentar sentimientos conflictivos y contradictorios que la lleven al aborto.

“Compton, Duncan y Hruska (1987) señalan que cuidar un hijo sola es muy complicado y que las adolescentes carecen de sistemas de apoyo, madurez emocional y adquisición de estrategias para llevar a cabo la maternidad. Por tanto, la chica se ve forzada a un matrimonio antes de que los miembros de la pareja estén listos para casarse. Estas uniones no duran y hay un número alto de abandonos, separaciones y divorcios o, como sucede a menudo hoy en día, son parejas destinadas a enfrentar un futuro, social y económicamente deprimido.” La formación prematura de la pareja y

la llegada de un hijo, pueden ser factores que impidan el desarrollo de una identidad e individuación apropiadas. La pareja se enfrenta a dificultades para formar un lazo afectivo fuerte entre ellos por no haber pasado por las etapas que ayudan a consolidar la relación. La pronta venida del neonato les hace más difícil conocerse. En ocasiones su relación se constituye únicamente en función del niño y no del afecto o intereses mutuos. El sentido de identidad de pareja no sólo se ve coartado por el recién nacido, sino por la dificultad de establecer límites con las familias de origen. En muchos casos la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente por penurias económicas. Así, los familiares se entrometen en sus relaciones, y con ello crean divisiones y propician una inadecuada relación de pareja. Conforme el neonato adquiere habilidades cognitivas y motoras, necesita que se le impongan límites, que aprenda lo que le es y no le es permitido hacer. Tal vez la abuela piense que hay conductas que se le debieran permitir o prohibir al nieto mientras que la madre está en desacuerdo con ellas. El conflicto de jerarquías hace que el niño experimente límites inconsistentes que lo confunden y hacen que posteriormente pueda presentar actitudes manipuladoras y problemas de disciplina.

- **Consecuencias biológicas:** Los resultados de los estudios con respecto a los riesgos obstétricos del embarazo en adolescentes son contradictorios. Tradicionalmente se ha dicho que el embarazo en la adolescencia conlleva un mayor riesgo de trastornos hipertensivos asociados al embarazo, anemia, parto pre-término, aborto espontáneo, infección urinaria , restricción del crecimiento intrauterino y de muerte materna y neonatal. En los últimos 30 años varios autores dedicados al estudio de los factores de riesgo de embarazo en la adolescencia, han mostrado como conclusiones, que el embarazo en la adolescencia tiene

muchas variables de confusión que deben tomarse en cuenta para determinar si alguna de las complicaciones en el embarazo se deben propiamente a la edad de la paciente o a otros factores como el nivel educativo y socioeconómico. Con respecto a la edad de las adolescentes algunos estudios han encontrado diferencias significativas en la evolución del embarazo entre el grupo de pacientes menores de 16 años y las mayores de 16 años; unos autores han demostrado que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) está asociado con factores sociales como pobreza, más que con la simple edad materna. En contraste, las menores de 16 años, tiene los resultados obstétricos y perinatales que son dependientes de la edad materna por sí misma. Con respecto a los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, muchas investigaciones afirman que es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo adolescente, pero otras series, han demostrado que la tasa de incidencia de estas enfermedades es igual que en la pacientes adultas. El parto prematuro es otra de las complicaciones que se le han asignado durante muchos años al embarazo en la adolescencia, y aunque algunos autores han tratado de relacionarlo más con variables como el bajo estrato socioeconómico, varios estudios donde se ha tenido en cuenta esta variable de confusión, han encontrado que sí existe una relación directa entre la edad de la paciente y la incidencia de parto pre-término aún en pacientes de igual nivel socioeconómico. Siendo de mayor riesgo las pacientes con edades menores. Al evaluar las pacientes con recién nacidos con bajo peso al nacer se ha visto que aunque muchos estudios demuestran una mayor incidencia en las madres adolescentes, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas en todos los estudios y también se debe correlacionar adecuadamente con el nivel socioeconómico. El bajo peso al nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Dos

patologías del embarazo que si han sido reportadas en la mayoría de los estudios, como aumentadas en las adolescentes son la infección urinaria y la anemia. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento. Las alteraciones del parto y del trabajo de parto se consideraban como una de las mayores alteraciones del embarazo adolescente, tanto así que antes toda embarazada adolescente era candidata para parto por cesárea, ya que se creía que por ser mujeres tan jóvenes no tenían una estructura adecuada en su pelvis y por lo tanto presentarían partos difíciles por desproporción céfalo pélvica. En estudios recientes se ha demostrado que la embarazada adolescente tiene menos incidencias de partos por cesárea o instrumentados con fórceps al compararlas con mujeres adultas. Además se creía que estas mujeres presentaban niños con cifras más bajas en los puntajes de apagar lo cual también se ha demostrado que no es cierto en las mujeres adolescentes. Existen muchas contradicciones en los estudios, María Inés Romero (1994) y colaboradores han estudiado el problema del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica desde la década de 1980 y han llegado a la conclusión que la morbilidad y la mortalidad de las adolescentes embarazadas pueden ser similares a las del grupo de mujeres adultas, si se les ofrece a estas jóvenes una adecuada atención prenatal y durante el parto, todo esto en el marco de programas de atención en salud sexual y reproductiva dedicados exclusivamente para adolescente. Un embarazo no deseado puede conducir a la búsqueda de un aborto inducido, que en el caso de las adolescentes, debido a su inexperiencia, a su impulsividad, a vergüenza y a las dificultades económicas, acuden a practicarlo en una edad gestacional avanzada y bajo condiciones de riesgo, pues utilizan métodos poco seguros o asisten a lugares poco fiables y manejados por personas sin

el entrenamiento suficiente, lo cual se asocia a mayores riesgos para la salud de la mujer, para su fertilidad futura y para su vida. Los principales riesgos biológicos de los abortos en adolescentes son la infección y el sangrado, y en circunstancias más extremas la pérdida de la fertilidad ya que consultan más tardíamente en el caso de complicaciones corriendo de requerir una histerectomía para poder salvar su vida.

- **Consecuencias psicológicas y sociales:** El embarazo y posterior nacimiento de los/las bebés tienen repercusiones psicosociales trascendentes en la adolescente, su pareja y sus respectivas familias. Sin embargo, la más afectada será la adolescente (Dulanto, E, 2000).

Las repercusiones psicosociales de los adolescentes afectados son variadas y dependen de diversos factores, como el previo desarrollo psicoafectivo y social de la madre adolescente; el ambiente familiar en que interactúa y la tradición cultural desde la cual se juzga la gestación en adolescentes.

3.1.4 La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia.

La juventud colombiana es tan grande en cantidad como diversa en sus formas de ser. En términos numéricos, se calculaba que en el año 2000, el 30% de la población colombiana se encontraba entre los 10 y los 24 años de edad, dato que es muy cercano al 28.73% demostrado por el censo poblacional de 2005. Sin duda, son muchas las personas que se encuentran en este rango de edad en el país, a quienes en general, por tener una frecuencia baja de enfermedades durante estas etapas, los servicios de salud no les han considerado como grupos prioritarios y, por tanto, no han dispuesto estrategias de valoración e intervención integral, situación que ha mostrado una tendencia a modificarse recientemente (Castro, Dueñas y Martínez, 2011).

Diseñar estrategias de abordaje integral para esta población representa un reto mayor, no solo porque esos millones de jóvenes no son de un solo tipo, sino porque además agrupan una

gran diversidad y muchas formas de ser. Los contextos en los cuales están inmersas las personas jóvenes en Colombia marcan diferencias notorias, y así podemos categorizar jóvenes de zonas urbanas con toda su diversidad, marginados, de ciudades grandes, de municipios medianos y municipios pequeños, de zonas rurales o de diferentes condiciones socioeconómicas, entre otros. De la misma manera, se pueden categorizar adolescentes y jóvenes afrocolombianos, indígenas, desplazados por la violencia o los que forman parte de los grupos armados (Castro, F; Dueñas, M.C y Martínez, B.A, 2011).

3.1.5 Determinantes sociales de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes

Las decisiones que cada persona adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva no son estrictamente determinados por factores individuales; a momento de decidir o de tener alguna condición, entran en juego toda una variedad de factores, muchos de ellos sociales, que le harán optar por una u otra conducta o que contribuirán a tener uno u otro resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc.

Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan la salud de las personas. También en el campo de la salud sexual y reproductiva de estos grupos es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes de las decisiones que cada joven toma frente a su sexualidad y de los

resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007).

3.1.5.1 La familia

El grupo de pares y las redes de apoyo social la familia, amigos y los adultos con quienes se relacionan las personas jóvenes y la presencia de redes de apoyo social son factores que influyen significativamente en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. En general, se puede decir que adolescentes y jóvenes, al establecer servicios amigables relaciones significativas con padres, madres, educadores, pares y redes de apoyo social, logran desarrollar factores protectores frente a, por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual, uso de sustancias psicoactivas, y manifestaciones de violencia. Cuando la persona joven tiene la posibilidad de mantener viva la confianza y de conversar con sus familias, el proceso de toma de decisiones tendrá mayores referentes, más allá de la información que circule entre su grupo de pares, y así puede convertirse en un factor protector (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007).

3.1.5.2 La pobreza, las políticas y la legislación

Estas condiciones pueden causar problemas para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, así como el no reconocimiento de los derechos humanos, de la salud sexual y reproductiva, que pueden disminuir la capacidad de elegir de una forma libre e informada acerca de la sexualidad. De hecho, “las y los adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una temprana edad, quedar embarazadas y tener más hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades de generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza.

Con respecto a este punto, en el caso colombiano, la legislación favorece el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el suministro

de anticonceptivos. Sin embargo, las dificultades geográficas y económicas, especialmente entre los más pobres y vulnerables, así como el poco conocimiento que tienen de sus derechos, hacen que éste acceso sea limitado (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2003).

3.1.5.3 Los medios de divulgación masiva

Como otro punto, podemos afirmar que los medios de comunicación como la radio, la prensa y la televisión tienen una gran influencia sobre las personas jóvenes; estos medios afianzan las normas sociales y culturales frente a la sexualidad y los roles de género. Más allá de la valoración que hoy se haga de la influencia de los medios de divulgación masiva, en este momento nos interesa destacar que los medios de comunicación pueden ser un aliado significativo en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes. Ese es un reto aún pendiente (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007).

3.1.5.4 Sociedad y cultura

Por su parte, la sociedad y la cultura moldean la manera como las personas aprenden y expresan su sexualidad, y la forma como toman decisiones con relación a aspectos de su actividad y conducta sexual, roles de género, actitudes, creencias y valores. La sociedad y la cultura crean modelos que se exponen ante los jóvenes y los presionan para que adopten las maneras de ser hombres y mujeres que socialmente están legitimadas.

La salud tiene un escenario individual en el que yo como persona trabajo directamente por mi bienestar; y otro social, en donde actúo como parte de un colectivo con el cual me relaciono y construyo una realidad que favorece o no el bienestar de las personas.

No todo depende de sí mismos los tres determinantes propuestos son sólo una muestra de que las decisiones de cada adolescente sobre su salud sexual y reproductiva no dependen exclusivamente de sí mismos. Estamos en medio de colectivos sociales que nos determinan.

Los determinantes que hemos mencionado son algunos de los más significativos, pero seguramente en su contexto existen otras tantas condiciones de vida que favorecen o no la salud de adolescentes y jóvenes. El valor que tienen los servicios amigables radica en que contribuyen a contrarrestar los aspectos negativos de algunos de estos determinantes y a ampliar las oportunidades para que cada adolescente tome decisiones saludables sobre su propia sexualidad (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007).

3.1.6 Manifestaciones de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes colombianos

¿Cuáles son los comportamientos más significativos de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes de Colombia? Tal vez la fuente de información más importante y confiable al respecto son las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud –ENDS- que realiza Profamilia cada cinco años. Con base en ellas, pero especialmente en la de 2005, se presentan a continuación algunos indicadores de la realidad de esta población. También se destaca la manera en que los determinantes sociales se manifiestan en el campo de la sexualidad juvenil (Profamilia, 2005)..

3.1.6.1 Edad de la primera relación sexual de las mujeres en Colombia

La ENDS de 2005 halló que para las mujeres colombianas que al momento de la encuesta tenían entre los 20 y los 49 años de edad, la mediana para la primera relación sexual, es decir, la edad en la cual la mitad de ellas tuvo su primera relación, fue de 18.3 años. Sin embargo, se encontraron diferencias con relación a la zona de vivienda. La mitad de las mujeres que viven en zonas rurales iniciaron sus relaciones antes de los 17.5 años, en comparación con aquellas que habitaban zonas urbanas, en quienes la mediana fue de 18.5 años. En relación con el nivel educativo también se obtuvieron resultados llamativos. La mediana de edad de la primera relación sexual para aquellas que no accedieron a ningún tipo de educación formal fue de 15.8

años, mientras que para aquellas que tuvieron acceso a la educación superior fue de 20 años. Estos datos muestran cómo la educación formal influye en la toma de decisiones sobre la sexualidad, al menos en el caso específico de las mujeres.

3.1.6.2 Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años.

Ubiquémonos ahora en el grupo de mujeres que en 2005 tenían entre 15 y 19 años. El primer dato señala un reto para los servicios de salud y educación, pues indica que el 80% de las mujeres dijo no estar utilizando, en el momento, ningún método anticonceptivo. De dicho grupo, un poco más de la tercera parte, el 38.2%, dijo haber usado “alguna vez” métodos anticonceptivos.

La encuesta ahondó en el uso del condón masculino, por ser el método más recomendado para esta población, pues ofrece la doble protección: prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual y VIH. Al respecto, los datos muestran que sólo el 28% de estas mujeres lo han usado alguna vez, y esta cifra disminuye a un 6.2% cuando se pregunta por el uso actual (Brener, A; Ramos, G, 2008).

3.1.6.3 Fecundidad en adolescentes

El cálculo de las tasas de fecundidad en adolescentes permite identificar el número de nacimientos que ocurren anualmente, por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. Una de las situaciones más preocupantes en salud sexual y reproductiva, en el caso colombiano, es que esta cifra ha venido aumentando significativamente. En 1990 era de 70 nacimientos por cada 1000 mujeres y en 2005 fue de 90.

Estos números tienen relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos. En relación con la fecundidad de las adolescentes en condiciones de desplazamiento, se encontró que el 30% de las mujeres entre 13 y 19 años habían estado alguna vez embarazadas, el 23% ya habían sido madres y el 7% estaban embarazadas de su primer hijo. La fecundidad de adolescentes es más alta en las comunidades

marginadas (estratos 1 y 2) que el promedio nacional: dos de cada tres jóvenes de 19 años ya eran madres.

Esta situación se agrava al considerar que dos de cada cinco adolescentes han tenido relaciones sexuales y que el 14% tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad. Este inicio temprano de la actividad sexual implica no solo un mayor riesgo fisiológico para las complicaciones de la fecundidad, sino una menor madurez para el ejercicio asertivo de la sexualidad (Langer, A, 2002).

3.1.6.4 Embarazo en adolescentes entre los 15 y los 19 años

La ENDS de 2005 muestra que, para el promedio nacional, el 20.5% de las mujeres entre los 15 y los 19 años estuvieron embarazadas alguna vez. Al observar en detalle algunos determinantes aparecen de nuevo matices interesantes. Por ejemplo: Esta cifra de embarazos es superior en el área rural (27%) que en el área urbana (18.5%). Con relación al nivel educativo, la presencia de embarazos en adolescentes sin educación subió hasta el 52.6%; por su parte, el porcentaje de mujeres que tuvieron acceso a la educación superior y resultaron embarazadas bajó hasta un 9%.

También se encontró que hay una relación directa entre la riqueza y la presencia de embarazadas. Cuando hubo más riqueza, el 10.7% de adolescentes resultaron embarazadas. Cuando hubo menor índice de riqueza, el porcentaje aumentó a 31.5%.

La encuesta revela que las adolescentes conocen pero emplean menos la planificación familiar, respecto al resto de las mujeres. Solo el 20% de las adolescentes utilizan métodos de planificación familiar. Del total de mujeres adolescentes en unión, solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, las demás (43%) están expuestas al riesgo de embarazo.

El embarazo en adolescentes es más frecuente en mujeres del área rural, con poca o nula educación, y con bajos índices de riqueza. Estos indicadores reflejan cómo sus contextos y el poco fortalecimiento de sus capacidades las hacen más vulnerables.

3.1.6.5 Conocimientos frente a ITS y VIH, en mujeres de 15 a 19 años

El nivel de conocimiento sobre el tema de ITS-VIH es menor en adolescentes, especialmente entre las que viven en mayor nivel de pobreza, sin educación, en áreas rurales y zonas de conflicto, lo cual es preocupante si se considera que, en el grupo de 15 a 24 años, el número es de 5.315 casos acumulados de VIH, equivalentes al 11.6% de los reportados.

El 21.7% de las mujeres en este grupo de edad mencionaron no conocer las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, el 97.7% ha oído hablar del VIH, y el 80% conoce que éste se previene con el uso del condón. Esto último contrasta con el bajo porcentaje de uso del condón referido anteriormente (alguna vez: 28%; actualmente 6.2%). Es importante resaltar la baja demanda de los jóvenes de 15 a 19 años con relación a los servicios de salud.

Se sabe menos de ITS-VIH si eres un adolescente que vive en condición de pobreza, sin educación, en un área rural y en zona de conflicto.

3.1.6.6 Violencia sexual

Otro de los graves problemas que afecta la salud sexual y reproductiva de adolescentes colombianos es la violencia sexual; el 80% de los casos ocurre dentro del hogar y el agresores un familiar o conocido, y el 59% de los casos ocurren en niñas y mujeres jóvenes. Las víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, los adultos no les creen o falta una respuesta adecuada; además, las adolescentes refieren desconocer los procedimientos que se deben seguir en estos casos. El silencio y la falta de empoderamiento de las niñas y las adolescentes son los mayores cómplices del abuso sexual (Contreras, Bott, Guedes y Darnall, 2010).

3.1.6.7 Mortalidad

En la población de 10 a 14 años, en 2002, se registraron 1694 defunciones, para una tasa de 35,75 por 100.000 jóvenes de 10 a 14 años; el 71% corresponde a varones y 29% a mujeres. La mayoría de muertes ocurre por causa externa, incluyendo homicidios y accidentes de transporte. En 2002, para el grupo de 15 a 19 años se registraron 6738 defunciones en este grupo de edad, con una tasa de 156,47 por 100.000, lo que representa un 28% menos que en 2000; el 67% de éstas fueron muertes violentas causadas en su mayoría por armas de fuego, con seis muertes masculinas por cada muerte femenina. La tasa de homicidios en este grupo es de aproximadamente 10 por 100.000 habitantes. El 50% de los casos de violencia intrafamiliar en menores de 18 años ocurre con mayor frecuencia en niñas; el mecanismo más usado es el contundente y la intolerancia es la razón de agresión más común; las zonas urbanas son las más afectadas por estos hechos (Castro, F; Dueñas, M.C y Martínez, B.A, 2011).

Adolescentes y jóvenes son el tercer grupo de la población más afectado por la violencia interpersonal, reportando alrededor de 11.000 casos al año por esta causa. Este grupo es afectado también por agresiones sexuales, principalmente las mujeres; las viviendas son el escenario más común de ocurrencia. La mayor proporción de víctimas tienen educación primaria incompleta. La tasa de suicidio para 2005 estuvo alrededor del 2.4 por cada 100.000 (Castro, F; Dueñas, M.C y Martínez, B.A, 2011).

3.1.6.8 Derechos sexuales y reproductivos

Al cerrarse el siglo XX se buscó con insistencia el aporte esencial que éste le dejaría a la historia de la humanidad. Se hizo énfasis en el desarrollo tecnológico, Internet y en muchos otros similares. Sin embargo, el aporte que se impuso como más significativo fue el de los Derechos Humanos, formulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la

Asamblea General de la ONU (1948). Este acuerdo global se apoyó en la equidad y en el reconocimiento de que todas las personas tenemos el mismo valor. Los derechos que propone son universales, indivisibles e interdependientes, y están íntimamente relacionados. Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, son “garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos contra las acciones que interfieren con sus libertades fundamentales y su dignidad humana”.

A partir de la Declaración Universal se inició un proceso para comprender mejor lo que allí se proponía y para buscar caminos que convirtieran las palabras en hechos; por eso han aparecido otras declaraciones posteriores, que plantean los derechos en temas específicos. En el caso de la salud, existen varias que han abordado la salud sexual y la salud reproductiva como derecho. Es el caso de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (Naciones Unidas, 1994) y la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (Naciones Unidas, 1995b) caso de la salud, existen varias que han abordado la salud sexual y la salud reproductiva como derecho.

3.1.6.8.1 Derechos reproductivos

El término “derechos reproductivos” aparece en el siglo XX para designar al conjunto de derechos humanos que tienen que ver con la salud reproductiva y más ampliamente con todo lo que repercute en la reproducción humana, y que afecta el binomio población – desarrollo sostenible.

Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, aparecen dispersos en diversas declaraciones. Al respecto se puede consultar el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994); la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague (Naciones Unidas, 1995a), o los textos de la IV Conferencia Mundial

sobre la Mujer, llevada a cabo en Beijing (1995b). El contenido de éstas y otras declaraciones permite afirmar que los derechos reproductivos están reconocidos internacionalmente y son jurídicamente vinculantes.

3.1.6.8.2 Derechos sexuales

Los derechos sexuales son los mismos derechos humanos, con todos sus contenidos, condiciones, principios y mismos fines. No son derechos nuevos, son los mismos derechos humanos, en los ámbitos de la sexualidad y de la reproducción. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y son el resultado de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos.

3.1.7 La problemática de la Salud Sexual y Reproductiva en Antioquia

En su preocupación por atender la problemática de salud sexual y reproductiva en este segmento de la población, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Antioquia ha priorizado los siguientes factores de riesgo que deben tenerse en cuenta al momento de su intervención (Mejía y Ortiz, 2006):

- Sistema educativo de baja cobertura y que no responde a las necesidades del adolescente
- Procesos formativos deficientes
- Grupos familiares fraccionados
- Contexto familiar, social y político con altas manifestaciones de violencia
- Relaciones familiares carentes de afecto
- Insuficientes garantías de acceso a los servicios de salud y el enfoque curativo de los mismos
- Poca oferta de programas de atención integral a las necesidades de los adolescentes, y
- Modelos autoritarios o demasiado permisivos en la formación del adolescente.

La intervención de esta problemática es compleja, en cuanto se considera que la sexualidad y el potencial reproductivo de las personas toca con su intimidad y con las fibras más sensibles de su ser. Además, este aspecto de la vida está cubierto por un manto de mitos, represiones, costumbres y hábitos transmitidos de generación en generación, los cuales hacen parte de una cultura milenaria, patriarcal y generadora de inequidades de género y de comportamientos y prácticas que lesionan directa o indirectamente la salud. Se reconoce además que es difícil lograr cambios en el corto y mediano plazo en dichos comportamientos, debido al gran arraigo cultural y a los controles sociales y religiosos que llevan a las personas a conflictos, frustraciones, sentimientos de culpa y, en ocasiones, a la violencia, con deterioro de la calidad de vida e influencia negativa en el desarrollo humano.

Igualmente, el ejercicio de la sexualidad se manifiesta en lo particular, en lo privado y en lo colectivo, y se convierte en una variable clave en el juego de oportunidades para el desarrollo social y económico de los pueblos. Por tanto, las decisiones en este aspecto deben tomarse de manera libre, voluntaria y razonada, pues sus efectos tienen no solo un componente de responsabilidad individual y familiar, sino que también producen un importante impacto social. Lo anterior reitera la responsabilidad del Estado de formular e implementar políticas públicas, normas y estrategias que favorezcan comportamientos más autónomos, responsables y saludables, especialmente en la población adolescente, mediante un sistema de seguridad social que garantice la educación y la atención de la salud sexual, con oportunidad y calidad.

En este orden de ideas, se requiere que tanto adolescentes como padres de familia y docentes comprendan el ejercicio responsable de la sexualidad, para potenciar la satisfacción de otras necesidades que, para este caso, se plantean desde la propuesta de desarrollo a escala humana (Mejía et al, 2006).

3.1.8 Concepto Servicio de Salud Amigable

Un servicio de salud amigable constituye una "forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud". Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes y jóvenes) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. 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.

Así mismo, busca orientar a prestadores, aseguradores y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, para facilitar que los profesionales puedan cumplir con su corresponsabilidad en la integralidad de la atención, de acuerdo con las competencias y obligaciones establecidas en la Ley.

Los servicios amigables para jóvenes son un proceso que gradualmente se implementa, adapta y adecua a la realidad local y a los recursos disponibles. La Política del Ministerio de la Protección Social que tiene como objetivo garantizar la accesibilidad a los servicios, la eficiencia en la prestación y la calidad de los mismos. En el Colombia desde la década de los 60 se inicia el proceso de transición demográfica por el comportamiento de variables relacionadas con la fecundidad, duración del periodo intergenésico y la edad en la cual las mujeres inician su vida reproductiva. Pese a la tendencia decreciente de la fecundidad en su conjunto, el inicio cada vez más temprano de la vida sexual y reproductiva se ha constituido en el país en una prioridad

programática por las complejas implicaciones de este fenómeno en la esfera de la salud de la madre y el niño(a), el rezago psicológico, económico y familiar implicados en la crianza y el desarrollo de las capacidades y funcionamientos personales para el logro de las metas sociales de los niños y adolescentes. Estas implicaciones generan atrasos para el desarrollo de los territorios por esta razón hablar de embarazos en adolescente es referirse a pobreza y problemas estructurales de orden social que requieren la intervención decidida de los gobiernos.

Los Servicios Amigables en Salud para Adolescentes y Jóvenes, propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Atención en Salud y en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; se convierten en una alternativa para el plan de desarrollo de los municipios un servicio en salud sexual y reproductiva oportuno, accesible y con calidad, teniendo en cuenta la importancia de que se involucren a los y las jóvenes, en forma participativa en el proceso de planeación, implementación y evaluación.

El UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, los definen como “aquellos servicios en los cuales los adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea su demanda, son agradables para adolescentes y sus familias por el vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones” (Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007).

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).

Este documento, promulgado cinco años después de la implementación del Modelo de los SSAAJ, recoge en sus lineamientos la importancia de atender a los adolescentes y jóvenes de forma integral y 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.

Para la implementación del modelo se han identificado tres modalidades básicas que son:

-Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de los adolescentes y jóvenes. Esta actividad debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.

-Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Así se denomina a la existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Aunque los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución, las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios(as) hacia los servicios de atención diferenciada.

-Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada en adolescentes y

jóvenes. Cuenta con 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, garantizando así el acceso permanente a los servicios. El centro amigable está diseñado para atender de forma exclusiva a adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias.

Cualquiera de estas opciones o la combinación de sus características puede darse en los municipios y diferentes territorios del país. Las tres modalidades también pueden ser entendidas como una forma gradual de organizar la prestación de servicios para adolescentes, que incorpora gradualmente acciones y servicios, de acuerdo con las necesidades de la población adolescente y joven y los recursos disponibles en la institución o región.

3.1.8.1 Componentes del modelo de la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social

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 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, (SSAAJ).

El modelo identifica cinco componentes 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 estos componentes son: Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación, Profesionales y Personal de servicios de Salud, Procedimientos Administrativos y de gestión, Amplia Gama de Servicios, Participación Juvenil, Social y comunitaria. Para el diseño de estos la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social tuvieron en cuenta los siguientes planteamientos:

- 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.

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:

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. **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.
3. **Ambiente físico:** Permite crear un contexto real de bienvenida para los y las usuarias.
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.
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.
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.

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.
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.
9. Coordinación intersectorial e interinstitucional: Se realiza mediante acuerdos entre secretarías de salud, EPS y/o instituciones educativas, entre otras (SSAAJ).

Para lograr que un servicio de salud pueda volverse amigable requiere de procesos estructurados, los servicios amigables se desarrollan en cinco componentes 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. Su aplicación permitirá a los prestadores fortalecer los servicios de salud Sexual y Reproductiva para jóvenes y adolescentes.

Los cinco componentes que evalúa el modelo son:

-Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación: El acceso y la oportunidad quiere decir “poder llegar a” y en este caso implica desarrollar actividades para que adolescentes

y jóvenes puedan llegar hasta el sitio donde se ofrecen los servicios de salud y hacer uso de ellos. En esa ruta no sólo encontrarán barreras físicas sino también sociales. Pero una vez que se llega y se tiene acceso entra en juego la oportunidad, que no es otra cosa para el usuario o usuaria que la conveniencia del lugar y el momento, es decir, tiempo cortó para obtener la cita y una espera prudente para tomarla.

El acceso es una característica determinante para garantizar el derecho a la salud que se expresa mediante cuatro elementos. El primero es la posibilidad de recibir servicios Sin ningún tipo de discriminación, lo cual significa que toda persona tiene derecho a gozar de una atención integral en salud. En segundo lugar está la necesidad de garantizar la accesibilidad física, que se refiere a la ubicación geográfica o territorial de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales deberán encontrarse en sitios cercanos a la población o garantizar el acceso mediante acciones de inducción y atención de la demanda, especialmente en las localidades más apartadas. El tercero es la disponibilidad, que consiste en la posibilidad que tiene la población para incorporarse al Sistema de Salud de manera efectiva y gozar de todos sus beneficios, así como la garantía en la existencia de establecimientos de atención en salud con oferta pública y privada, protegida y vigilada. El cuarto involucra el ejercicio del derecho a la información, ya que las personas tienen derecho a su salud y, por tanto, a solicitar, recibir y difundir Información e ideas respecto a estilos de vida saludable.

Es compromiso del Estado y de los operadores del Sistema General de Seguridad Social garantizar a toda la población el acceso a servicios de salud en condiciones de calidad y oportunidad, promoviendo y facilitando su vinculación a los regímenes de salud, asignando recursos y priorizando el aseguramiento de la población pobre sin afiliación bajo criterios de vulnerabilidad y riesgo. Dicho compromiso requiere la formulación de políticas, programas,

mecanismos e instrumentos acordes con las condiciones socioeconómicas de la población. En este sentido, el Ministerio de la Protección Social ha diseñado la Política Nacional para la prestación de Servicios de Salud, que busca garantizar el acceso, optimizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los colombianos. Allí el acceso hace referencia a tres aspectos:

- El que corresponde a la capacidad de las y los usuarios para buscar y obtener atención.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a las y los ciudadanos de manera oportuna e integral.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, aseguradoras, entidades territoriales y prestadoras de servicios de salud.

Los servicios amigables proponen que adolescentes y jóvenes, al demandar servicios, obtengan una respuesta oportuna a sus necesidades, cuenten con servicios de salud diferenciados, de fácil acceso geográfico, ubicación conveniente, con espacios separados del resto de los usuarios y ambientes que garanticen la privacidad.

Los servicios deben ser flexibles, creando estrategias que les permitan acercarse a jóvenes y adolescentes, bien sea a través de trabajo extramural o contando con grupos de apoyo comunitario. También es necesario que se garanticen horarios que faciliten el acceso y la oportunidad a jóvenes y adolescentes, pensando en aquellos que estudian o trabajan y, especialmente, en quienes acuden por primera vez.

En relación con la organización de la red de prestación de servicios, los actores del Sistema deben garantizar que jóvenes y adolescentes reciban los servicios de manera continua, articulada y organizada.

Es de vital importancia resaltar que “amigable” es una característica del servicio que no limita su presencia a las acciones que se adelantan en una IPS, también hace parte de las características de un grupo de actividades, un horario especial de atención y, en principio, como mínimo una consulta diferenciada desarrollada de manera integral.

-Profesionales y personal de salud: Las entidades prestadoras son garantes del derecho a la salud de la población que acude y solicita el servicio; en esa medida, todas las personas involucradas en la prestación del mismo deberán poseer o desarrollar ciertas competencias para actuar como garantes de ese derecho.

Si a esto agregamos que “en el campo de la SSR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la provisión de servicios de SSR deben tener unas características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades”

Es función de la división de talento humano definir Es función de la división de talento humano definir las competencias profesionales del personal que ofrece Servicios y gestionar su desarrollo y mantenimiento. Las competencias se deben establecer a partir de la misión del servicio a proveer y de las características que los usuarios y usuarias de dicho servicio esperan. En nuestro caso, quienes atienden a adolescentes y jóvenes deben contar con aptitudes que les permitan hacer efectivos y amigables los momentos de interacción con esta población.

Algunas de las competencias sugeridas son:

- 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 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 en VIH.

- 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.

Es también importante tener en cuenta que los servicios amigables no están constituidos exclusivamente por profesionales de la salud que tienen una relación directa con adolescentes y jóvenes, como médicos o enfermeras, estos deben incluir al equipo administrativo y de servicios de apoyo, pues los y las adolescentes y jóvenes deben sentir que pueden desplazarse con seguridad por los diferentes espacios de la institución, encontrando orientación y respuestas inmediatas a sus necesidades.

- **Procedimientos administrativos y de gestión:** Todos los procesos administrativos y de gestión con los que cuenta una institución de salud deben diseñarse para responder al servicio con estándares de calidad, acordes a las exigencias normativas y derechos de los usuarios, en este caso los de adolescentes y jóvenes, que se traducen en servicios integrales, eficaces y oportunos.

Para ello se deben cumplir los criterios de habilitación descritos en el Decreto 1011 de 2006, el cual propone estándares mínimos de calidad asociados a infraestructura y recurso humano. Es necesario también hacer la revisión de procesos para el mejoramiento de la calidad de los servicios a la luz de los criterios de acreditación y el diseño de protocolos de atención, teniendo en cuenta las normas vigentes y guías de atención integral propuestas en la Resolución 412 de 2000 y otras que las modifiquen.

En este aspecto en particular, es muy importante recordar que estas normas son los requisitos mínimos establecidos para prestar servicios de salud con calidad, sin embargo, los prestadores de servicios pueden desarrollar acciones que superen estos estándares, accediendo a

mejores indicadores en su gestión y mejorando las condiciones de salud de la población de su área de influencia.

El modelo de servicios amigables se enmarca dentro del concepto de gestión integral; en este sentido, el área administrativa debe definir los elementos necesarios para garantizar la atención integral de adolescentes y jóvenes, en el marco de sus derechos. Es fundamental la coordinación con entes territoriales, EPS y otras entidades responsables del aseguramiento, con el fin de mediar respecto a las exigencias de las mismas –accesibilidad, oportunidad, tiempos de atención, costos, registros entre otros– y de las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes.

En las IPS se debe reajustar la ruta que adolescentes y jóvenes siguen desde el momento en que ingresan a la institución, identificando la puerta de entrada y mecanismos para acceder al servicio, hasta cuando se retiran de ella, detectar y caracterizar cada uno de los pasos que se dan y los diferentes caminos que se toman, para determinar cuáles de ellos resultan amigables y cuáles no para mejorarlos.

- El ingreso
- La recepción / información
- Estadística y archivo
- Facturación de servicios
- Sala de espera
- Atención en consultorios
- Derivación a otros servicios
- Referencia a servicios de otro nivel
- Contrarreferencia

En general, son varias las áreas de gestión y los procedimientos que merecen especial atención, aquí algunas importantes:

- El ingreso: involucra a la primera persona con la que adolescentes y jóvenes tienen contacto (el vigilante o el portero), quien debe tener una actitud amable y facilitar la entrada de jóvenes y adolescentes a la institución.
- La recepción/información: espacio y momento en el cual se da el primer contacto con el equipo de salud, para nuestro caso enfermera o auxiliar de enfermería, responsable de establecer un canal de comunicación adecuado, generando confianza y seguridad a jóvenes y adolescentes.
- Estadística y archivo: adolescentes y jóvenes • se identifican e ingresan a la base de datos de la institución y abren su historia clínica.
- Facturación de servicios: el adolescente factura los servicios que requiere; en caso de dificultades (en el aseguramiento, copagos u otros) es necesario que el funcionario se comunique con enfermería para la búsqueda de alternativas que garanticen dar continuidad al proceso.
- Sala de espera: espacio en lo posible separado, con características y condiciones acogedoras para adolescentes y jóvenes.
- Atención en consultorios: espacio y momento donde se establece un contacto directo con adolescentes y jóvenes, se efectúa valoración y se da respuesta a sus necesidades (asesorías, tratamientos, solicitudes y recomendaciones).
- Derivación a otros servicios: el profesional expide orden escrita para que adolescentes y jóvenes accedan a otros servicios que no se pueden brindar en la misma consulta, pero sí en otro momento, en el mismo establecimiento.

- Referencia a servicios de otro nivel: el profesional expide orden escrita para que adolescentes y jóvenes accedan a otros servicios que no se pueden prestar en la institución.
- Contrarreferencia: orden escrita del profesional de otra institución que informa sobre los servicios prestados, tratamientos y recomendaciones para el manejo integral de adolescentes y jóvenes que han pasado por la consulta y surtido todos los pasos anteriores.
- Disponibilidad de una amplia gama de servicios: El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, ha contemplado, a través de lo establecido en la Política Nacional de SSR, una gama de servicios para adolescentes y jóvenes que las instituciones de salud deben ofrecer. Estos servicios comprenden acciones en promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, incluyendo orientación y educación desde la primera consulta, servicios extramurales, identificación de población con mayor riesgo y prestación de servicios integrales que garanticen la continuidad en el servicio y la adherencia de la población a los mismos.

A través de la Resolución 412 de 2000 se determinan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; para este caso, atención de la salud sexual y reproductiva en la población de 10 a 29 años³⁸. La Resolución 3442 de 2006 establece las Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA.

Es necesario contar con un sistema formal de referencia y contrarreferencia, ya que “los programas exitosos tratan a niños y adolescentes de manera holística, se inician precozmente, ofrecen actividades enriquecedoras del crecimiento, desarrollo y respaldan a jóvenes durante un periodo prolongado.

La atención directa a adolescentes y jóvenes se constituye en “momentos de verdad”, aquellos en que las y los usuarios valoran el servicio y hacen juicios sobre el mismo. Por ello, cuando se atiende a adolescentes y jóvenes es necesario considerar que tienen características propias influidas por su edad biológica, psicológica y social, la cultura, los factores económicos, las diferencias de género y sus experiencias vividas.

La atención debe ser respetuosa, con información clara y oportuna, promoviendo la discusión abierta en temas de importancia para la juventud, garantizando que cada adolescente y joven sienta que es el centro de interés. Algunas asesorías fracasan cuando el profesional le da más valor al diligenciamiento de formatos o cuando adolescentes o jóvenes sienten que el profesional les atiende con premura. Por ello es importante que se destine un tiempo adecuado a las necesidades individuales. Un servicio amigable debe considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos. Por lo anterior, el equipo de profesionales del servicio debe abordar la sexualidad como un aspecto natural y saludable y trabajar al respecto con un enfoque incluyente, de respeto por el género y por la diversidad.

Si el equipo de profesionales necesita formarse o actualizarse en cada uno de los servicios que se proponen, es importante que la institución evalúe y valore esta situación con el objeto de brindar espacios para ello, así como para la consolidación de equipos interdisciplinarios con

habilidades para el apoyo e intervención de las necesidades y expectativas de adolescentes y jóvenes.

- Oferta de servicios individuales
- Consulta y controles de medicina general
- Consulta y controles de enfermería
- Consulta de odontología
- Profilaxis oral
- Detartraje
- Sellantes.
- Control de placa bacteriana
- Asesoría en planificación familiar
- Consejería en planificación familiar
- Consulta de planificación familiar
- Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado
- Asesoría sobre salud sexual y reproductiva
- Asesoría en salud mental
- Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja
- Asesoría sobre identidad sexual
- Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/Sida
- Asesoría y prueba de VIH
- Asesoría sobre cáncer de cérvix y mama
- Asesoría en nutrición

- Atención del abuso sexual
- Anticoncepción POS
- Anticoncepción hormonal no POS
- Anticoncepción de emergencia
- Atención integral a jóvenes viviendo con VIH
- Atención de las infecciones de transmisión sexual
- Control prenatal y atención del parto
- Toma de citología cérvico-vaginal
- Consulta de psicología
- Consulta de nutrición
- Consulta de trabajo social
- Consulta por pediatría
- Consulta por ginecología
- Consulta por urología
- Consulta por endocrinología
- Consulta de dermatología

La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.

- Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (dirigida a la toma de decisiones).
- Asesoría en salud mental: prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, prevención de los problemas de la salud mental del embarazo en la adolescencia.

- Asesoría sobre consumo de sustancias psicoactivas
- Oferta de servicios colectivos
- Acciones educativas de orientación grupal.
- Conformación de grupos de aprendizaje para el autocuidado o el cuidado mutuo de la salud.
- Existencia de estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos.
- Salud bucal: incluir acciones educativas y de orientación sobre hábitos higiénicos, consulta odontológica (para generar demanda inducida en adolescentes y jóvenes) y brindar herramientas para el cuidado general de la boca durante el ejercicio de deportes extremos (uso de protectores, consulta preventiva o reparativa en caso de lesiones de tejidos duros o blandos), en las que puedan los grupos juveniles apoyarse mutuamente.

Oferta de servicios integrales:

- Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.
- Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.
 - Organización de servicios de extensión
 - Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.
 - Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.

- Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.
- Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud

-Participación social y comunitaria: La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes es la expresión de la interacción de procesos socioculturales, biológicos y psicológicos; se desarrolla como un proceso dinámico que comprende relaciones donde influyen la familia, las instituciones, la comunidad, la escuela, etc. Son estas relaciones las que delimitan los contextos, lenguajes y formas de construcción de vínculos que generan oportunidades de acción y le permiten a los profesionales y personal de salud intervenir de forma directa sobre los determinantes sociales y de la salud.

Este componente se constituye en uno de los factores clave del éxito del servicio, por cuanto incluye a adolescentes y jóvenes, a grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñen y su empoderamiento frente al servicio es un paso importante para la sostenibilidad del mismo. Esto tiene su sustento normativo en el Decreto 1757 de 1994, que establece, en su artículo 3, las formas de participación social para las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sean ellas públicas, privadas o mixtas; en su artículo 5 establece el Sistema de Atención e Información a Usuarios; en su artículo 6 la atención de las sugerencias de los afiliados y en su artículo 7 la conformación de comités de participación comunitaria.

Organización de Servicios de Extensión

- Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.
- Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.

- Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo
- Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes es la expresión de la interacción de procesos socioculturales, biológicos y psicológicos; se desarrolla como un proceso dinámico que comprende relaciones donde influyen la familia, las instituciones, la comunidad, la escuela, etc. Son estas relaciones las que delimitan los contextos, lenguajes y formas de construcción de vínculos que generan oportunidades de acción y le permiten a los profesionales y personal de salud intervenir de forma directa sobre los determinantes sociales y de la salud.

Este componente se constituye en uno de los factores clave del éxito del servicio, por cuanto incluye a adolescentes y jóvenes, a grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñen y su empoderamiento frente al servicio es un paso importante para la sostenibilidad del mismo. Esto tiene su sustento normativo en el Decreto 1757 de 1994, que establece, en su artículo 3, las formas de participación social para las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sean ellas públicas, privadas o mixtas; en su artículo 5 establece el Sistema de Atención e Información a Usuarios; en su artículo 6 la atención de las sugerencias de los afiliados y en su artículo 7 la conformación de comités de participación comunitaria.

Este componente involucra tres niveles: participación juvenil, coordinación intra e intersectorial y participación social y comunitaria:

Cuando adolescentes y jóvenes son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y

evaluarlo de manera crítica y permanente. Además contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos.

Si adolescentes y jóvenes pueden evaluar los servicios y proponer acciones de mejora, se genera mayor confianza en la calidad del servicio y se garantiza que sea más acorde a sus necesidades y expectativas.

Otro aspecto clave de la participación juvenil es que una vez existe empoderamiento, entendido éste como el proceso para dotar a las y los usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud”, la institución de salud podrá contar con un grupo de apoyo conformado por adolescentes y jóvenes, que le dará una dinámica distinta al servicio.

De igual forma, es necesario promover la participación de adolescentes y jóvenes de manera individual y colectiva en las asociaciones de usuarios, en EPS de régimen contributivo o subsidiado, comités de salud departamentales o municipales y comités de usuarios de las instituciones de salud.

Para la coordinación intra e intersectorial, el servicio debe propiciar el desarrollo de acciones conjuntas con instituciones como secretarías de Salud, entidades prestadoras de servicios de salud, EPS (tanto del Ministerio De La Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Régimen subsidiado como del contributivo), instituciones educativas desde el nivel básico al superior y organizaciones sociales, garantizando complementariedad en las acciones.

Participación social y comunitaria: es importante que el servicio de salud identifique en su zona de influencia aquellas organizaciones sociales que son claves para el desarrollo juvenil y establezca acuerdos de trabajo con ellas.

Algunas pueden ser organizaciones juveniles, organizaciones de base comunitaria, centros juveniles e iglesias. Estas organizaciones, por su credibilidad o experiencia en el trabajo con adolescentes y jóvenes, pueden apoyar la integración de los mismos a los servicios de salud y el desarrollo de proyectos en salud sexual y reproductiva para jóvenes

Se pueden identificar actores de la comunidad que participen en la planeación del servicio, el desarrollo de acciones y su evaluación, pues cuanto más se involucre a las personas, más se reconocerá el servicio como elemento clave para el desarrollo de la comunidad. Es posible, de igual manera, la conformación de grupos de apoyo comunitario, bien sea de adolescentes y jóvenes que trabajan con pares, de madres comunitarias que apoyan las acciones que desde las instituciones de salud se desarrollan con adolescentes y jóvenes, entre otros.

Esta parte vamos a presentar una propuesta para construir servicios amigables para adolescentes y jóvenes en cada institución de salud, que se ajuste a los requisitos, necesidades y expectativas de todos los actores del Sistema, (SSAAJ).

El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normados en las Resoluciones 412 (Ministerio de Salud, 2000) y 3384 de 2000 (Ministerio de Salud, 2000, p. 33). Sin embargo, aplicar el concepto de servicios amigables desarrollado en el capítulo anterior requiere que también lo enmarquemos en la atención y prestación de servicios con calidad.

Es necesario que todos los actores involucrados en la producción de servicios de salud se sientan motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad. Es cierto que existen estándares de calidad y que la misma ha sido ampliamente reglamentada, pero no hay duda de que se trata de una característica de valoración subjetiva, que se obtiene únicamente si quien provee el servicio o producto le imprime esa cualidad.

3.189.2 Calidad en los servicios amigables

Es necesario que todos los actores involucrados en la producción de servicios de salud se sientan motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad. Es cierto que existen estándares de calidad y que la misma ha sido ampliamente reglamentada, pero no hay duda de que se trata de una característica de valoración subjetiva, que se obtiene únicamente si quien provee el servicio o producto le imprime esa cualidad

Tres definiciones de calidad:

- Calidad es calidez
- La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo
- Conjunto de propiedades inherentes a un servicio que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que el resto de servicios similares

La construcción del modelo de servicios amigables tiene como eje central la calidad, y para construirla se basa en el ciclo de Deming (también conocido como ciclo de calidad), el cual desarrolla el proceso administrativo en cuatro fases: Planear, Hacer, Verificar y Actuar P.H.V.A.

Las fases facilitan el análisis institucional permanente para mantenerse a la par con los constantes cambios en el entorno económico y social.

A continuación revisaremos aspectos esenciales de la organización del Sistema de Salud colombiano para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, y posteriormente

abordaremos el ciclo de calidad y su aplicación a los servicios amigables, tal como está previsto en las normas nacionales.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud El Decreto 1011 de 2006 provee los lineamientos para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. En él se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, SOGCS, y se define la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción” Sin embargo, en la cita anterior “hay mucha tela para cortar”. A continuación proponemos revisar en detalle algunas de esas expresiones claves, para comprenderlas mejor:

Un profesional óptimo. En el contexto de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, es aquel con experiencia en el tema de salud sexual y reproductiva, capaz de interactuar con adolescentes y jóvenes en un entorno de respeto, confidencialidad y confianza.

- Balance de beneficios, riesgos y costos. La implementación de servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes requiere bajas inversiones de dinero y ofrece grandes beneficios para la salud de este grupo poblacional. Además, cuando los adolescentes y jóvenes participan en los programas se promueven factores protectores, se disminuyen los factores de riesgo y por consiguiente los costos de atención.

Lograr la adhesión y satisfacción. La satisfacción de los usuarios es uno de los indicadores de calidad de los servicios y se manifiesta en su valoración del tiempo de espera, el tiempo de consulta y especialmente del trato y la relación con el personal que les ofrece el servicio.

La adhesión es un resultado de la satisfacción del usuario. Cuando se sienten satisfechos con el servicio recibido, regresan y se mantienen en él, toman en cuenta las sugerencias del personal de salud y se involucran en otros programas de la institución de salud.

Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se consideran cinco características para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, las cuales deben tenerse en cuenta en todos los servicios, incluidos los servicios amigables para adolescentes y jóvenes:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tienen adolescentes y jóvenes de utilizar los servicios de salud que les garantiza el SGSSS
- **Oportunidad:** Es la 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. Es la organización de la oferta en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional, para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad:** Se refiere al 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.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual adolescentes y jóvenes obtienen los servicios requeridos con una adecuada utilización de los recursos.
- **Continuidad:** Es la facilidad con la cual adolescentes y jóvenes obtienen las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades.

3.1.9 Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

- a. **El sistema de habilitación.** Equivale a las normas y requisitos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones técnico científicas y administrativas. La habilitación incluye un proceso de autoevaluación con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos y realizar ajustes necesarios.
- b. **La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.** Este componente propone la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos y la comparación entre la calidad observada y la esperada. Esto sólo es posible hacerlo si hubo un proceso previo de planeación que permita establecer la comparación.
- c. **La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad.** Se basa en los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad
- d. **El sistema de información de la calidad.** A partir del monitoreo a la calidad de los servicios, se espera que los diferentes actores puedan proponer ajustes al SOGCS.

Los cuatro componentes son reflejo de un enfoque gerencial, basado en el aprendizaje para el mejoramiento continuo, la planeación y el monitoreo permanentes.

En el caso de los servicios amigables es necesaria una gerencia de procesos que diariamente permita mejorarlos y mantenerlos, revisando aspectos administrativos, técnicos, científicos y comunitarios, que son fundamentales para la aplicación de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes. El ciclo que se presenta a continuación (PHVA) es una metodología que permite desarrollar este enfoque y aproximarse gradualmente a los estándares de calidad que se exigen en la ley y que adolescentes y jóvenes merecen.

Los aspectos de cada componente evaluar en esta investigación son los siguientes:

1. Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación

- Accesibilidad Geográfica
- Identificación del servicio
- Ambiente
- Horarios Adecuados y programación de citas.
- Habilidad del servicio
- Reconocimiento del Servicio

2. Profesionales y Personal de servicios de Salud

- Capacitación en servicios amigables
- Actitud amigable.
- Interdisciplinariedad
- Especificidad: Género masculino y femenino

3. Procedimientos Administrativos y de gestión

- Políticas institucionales
- Costos del Servicio
- Procedimientos para la atención.
- Registro
- Seguimiento

4. Amplia Gama de Servicios

- Oferta de Servicios Individuales
- Oferta de Servicios Colectivos

- Organización de servicios de Extensión
- Participación Juvenil, Social y comunitaria.
- Participación de Población Juvenil
- Participación de población adulta
- Coordinación intersectorial e interinstitucional.

- **Cumplimiento de los estándares de calidad:** El ciclo de calidad o Ciclo de Deming

Planear, hacer, verificar y actuar para la mejora continua y los servicios amigables

El ciclo de calidad o Ciclo de Deming es un modelo del proceso administrativo que involucra a las personas, de manera individual y colectiva, en el mejoramiento continuo de las empresas e instituciones. Este ciclo se basa en cuatro pasos:

Planear, Hacer, Verificar y Actuar para la mejora continua. En el proceso de su aplicación se logran dos aspectos fundamentales en la calidad de los servicios: el aprendizaje para mejorar y la sostenibilidad de los procesos.

En los servicios amigables esto se traduce en las siguientes acciones:

Planear: proyectar el servicio con base en las necesidades del grupo poblacional entre los 10 y 29 años, señalando condiciones para la prestación del servicio y el proceso de atención.

Para que el ciclo PHVA sea posible, es necesario contar con el compromiso de quienes hacen parte de la institución de salud; por ello se prevé la sensibilización y capacitación de los actores y el establecimiento de roles en la implementación de servicios amigables.

Un elemento clave de éxito al momento de la sensibilización es que un equipo de adolescentes y jóvenes participe en su desarrollo. Este es un paso importante para su reconocimiento como socios en la promoción de la salud sexual y reproductiva y en el fortalecimiento de los servicios amigables. Posteriormente se conforma un grupo líder,

dinamizador en la institución de salud, que involucra al personal y al equipo de profesionales e igualmente a jóvenes que puedan acompañar todo el proceso.

En la planeación también es necesario definir en dónde se encuentran los servicios de salud y a dónde quieren llegar. Hacer un autodiagnóstico es una acción necesaria en el proceso de planeación. En este sentido, las apreciaciones de adolescentes y jóvenes frente al servicio pueden ser objetivas, ayudando a planear sobre hechos reales y concretos.

Es importante tener claro que adolescentes y jóvenes pueden hacerse responsables de algunas acciones, de acuerdo con lo planeado, lo que facilita el empoderamiento y la adherencia de más jóvenes al servicio.

Se abordarán los componentes de un servicio de salud amigable, al cual debe proyectarse la IPS, y que pueden convertirse en elementos de garantía de calidad y satisfacción de los usuarios, con miras a la acreditación del servicio

- Hacer: desarrollar las acciones planeadas de acuerdo con cada nivel de atención. El hacer implica acciones que van desde la formación a profesionales y personal de salud hasta la ejecución del plan de acción. La participación juvenil se hace efectiva en la medida en que la gente joven se involucre en los procesos formativos. Quién mejor para hablar de las características de la gente joven que un grupo juvenil líder y capacitado. Adolescentes y jóvenes, de manera individual u organizada, pueden responsabilizarse de la ejecución de acciones dirigidas a sus pares, la promoción y difusión del servicio, las escuelas formativas y el aumento de la adherencia al servicio, entre otras.
- Verificar: controlar el proceso de prestación del servicio conforme a indicadores de calidad durante las fases del proceso de prestación. Este punto permite, en primera

instancia, reflexionar sobre lo que se hizo y cómo se hizo. Después plantea acciones orientadas a mantener y mejorar los procesos que marchan bien e implementar nuevos, si es que son necesarios. De esta manera es que se entra en un proceso de mejoramiento continuo y se garantiza la sostenibilidad de los procesos.

Puede parecer que las etapas de hacer y actuar son similares, pero son momentos diferentes. Lo que llamamos hacer es la ejecución de un plan, mientras que actuar para la mejora ocurre después de haber evaluado las acciones de dicho plan con la intención de optimizar las actividades futuras. Para poder actuar” se requiere de la identificación de las oportunidades de mejora y de las dificultades para el cumplimiento de lo ejecutado. Además, se debe establecer la forma en que se dará prioridad a las mejoras y el tipo de acciones que se llevarán a cabo. En resumen, con el actuar comienza de nuevo el ciclo PHVA

- Analizar y actuar: interpretar reportes y registros para actuar a través de cambios en el diseño del proceso de prestación del servicio para lograr la mejora continua. La participación juvenil es fundamental porque son la población usuaria del servicio, conocen lo que ocurre en momentos claves de la prestación del mismo y pueden verificar si las acciones se cumplen de acuerdo con lo establecido en el plan. Igualmente, pueden proponer acciones para la mejora que contengan elementos que el profesional y personal de salud desconocen u omiten. Es importante que adolescentes y jóvenes participen en el seguimiento de acciones, la evaluación, la priorización y el plan para la mejora (Ministerio de Educación, 2005).

4. Marco Contextual

4.1. ESE Metrosalud

A partir de la ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993), Metrosalud comenzó su transformación adaptándose a las nuevas disposiciones legales conservándose como una entidad descentralizada del Municipio de Medellín, esta característica dotó a la institución de herramientas legales para su funcionamiento y presencia institucional en toda la ciudad. La entidad cuenta con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, todo bajo la tutela de una Junta Directiva, cuyo presidente es el Alcalde o su delegado, y de un Gerente.

El objetivo misional de Metrosalud se enfocó en convertirse en una institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS- de carácter público para la atención de la población más pobre y vulnerable de la ciudad.

La ESE Metrosalud cuenta con 10 unidades hospitalarias y 41 centros de salud que garantizan la cobertura y atención en salud de los usuarios adscritos al régimen subsidiado en las 16 comunas y cinco corregimientos de Medellín.

En la actualidad la empresa presta servicios en primer nivel en consulta médica ambulatoria, urgencias general y especializada, hospitalización, salud oral, apoyo terapéutico, imagenología, atención de partos, laboratorio clínico, transporte de ambulancia básico (TAB), ayudas diagnósticas, servicios de farmacia en 45 sedes y actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Así mismo, en segundo nivel ofrece servicios especializados de mediana complejidad con cirugía general, oftalmología y cirugía en ortopedia, Psicología, Trabajo Social y Nutrición y Dietética en cada una de sus unidades hospitalarias.

Como parte de la primera línea del Plan de Desarrollo 2012 – 2020 "Metrosalud: saludable y comprometida con la vida" (Metrosalud, 2013), la actual administración de Metrosalud, la entidad fortaleció durante esta vigencia los convenios interadministrativos con distintas entidades y secretarías de la Alcaldía de Medellín. Estos acuerdos ha permitido vigorizar la presencia institucional en barrios y corregimientos de Medellín de los programas intramurales y extramurales que están a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención, es el caso de la estrategia de servicios de salud Amigables para adolescentes y jóvenes.

4.2 La estrategia de Servicios de Salud Amigables

La estrategia de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes pretende la atención integral de la población adolescente de Medellín. En estos espacios se desarrollan actividades de promoción en diferentes campos de la salud y de orientación en derechos sexuales y reproductivos, Luna constituyen una forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud de la institución. De esta forma se orientó a la ESE Metrosalud a prestar servicios integrales para la población adolescente y joven a partir de este programa institucional.

Estos servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades que tienen las personas adolescentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva a partir de la promoción de alternativas novedosas y adaptadas a su realidad, también ofrece otras opciones a los adolescentes, lo que permite mantenerlos como usuarios continuos.

Lo esencial es propiciar que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información con calidad. Teniendo en cuenta que cada persona y contexto adquiere sus propios rasgos en la sociedad, se determinó que el joven debe ser abordado y apoyado con flexibilidad, ajustándose a sus necesidades y posibilidades. En tal sentido, los profesionales responsables de

esta atención son cercanos, amigables y debidamente capacitados para atender las diferentes inquietudes de la población adolescente de Medellín.

Los servicios amigables son flexibles y crean estrategias que permiten que los adolescentes se integren por medio de actividades extramurales en instituciones educativas y encuentros juveniles en los barrios. Para facilitar el acceso de los jóvenes, estos consultorios ofrecen horarios especiales en 33 puntos de salud de Metrosalud.

El personal encargado de atender a los adolescentes le gusta trabajar con esta población. Además es conocedor y poseedor de elementos que le permiten contrarrestar aquellos mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema de la sexualidad sea un tabú en el área de la salud.

Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes comenzó en 2007 con una visibilización del embarazo adolescente como un problema social serio y prevenible, estratégicamente se pensó en ubicar la estrategia en los centros de salud y unidades hospitalarias de la ESE Metrosalud en cada una de las comunas y corregimientos de Medellín. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de la ESE Metrosalud, es una política de gobierno de Medellín que ha resultado determinante para lograr una disminución significativa del fenómeno del embarazo adolescente en los últimos años.

4.3. Marco Político

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social elaboró la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2002-2006 (Ministerio de la Protección Social, 2003). Lo hizo con el apoyo de diversos actores nacionales y de varias agencias de cooperación, especialmente el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

En ella se propuso una definición de salud sexual y reproductiva:

“La salud Sexual y reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo, aceptable, a un costo razonable y libre de riesgos a los métodos de regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho a acceder a servicios adecuados de salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y parto seguros, y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos”.

Estas definiciones señalan que todos los seres humanos somos intrínsecamente sexuales y que el desarrollo de la sexualidad evoluciona desde el nacimiento, durante la infancia y principalmente en la adolescencia, aportando las bases de la salud sexual que se tendrá en la vida adulta.

Vista desde esta óptica, la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes es mucho más que la oferta de anticonceptivos y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. También tiene que ver con los apoyos a la construcción y fortalecimiento de la propia identidad, la toma de decisiones y el desarrollo de la autonomía, es decir, un escenario de mayor amplitud.

Acciones claves de la coordinación intersectorial y la gestión institucional, según lo plantea la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, son:

- Proceso para desarrollar: el cual se reconstruirá según los aportes recibidos.
- La formulación, desarrollo y evaluación de proyectos en SSR para jóvenes.
- La formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud, en el campo específico del trabajo con los adolescentes.

- La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes.
- La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes.
- La promoción de proyectos para la implementación de ambientes saludables.
- El apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana.
- El diseño de mecanismos operativos para que los servicios de SSR se desarrollen de manera eficaz, evitando oportunidades perdidas.
- La promoción de mecanismos para facilitar el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva.
- El fortalecimiento de acciones de vigilancia y control en el nivel territorial y nacional, en lo relacionado con el seguimiento de las normas técnicas vigentes.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se propone:

- Reducir en 50% la tasa de mortalidad materna evitable.
- Incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en población en edad fértil.
- Reducir el 26% de la fecundidad en adolescentes.
- Alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto.
- Mantener la prevalencia general de la infección por VIH por debajo de 0.5% y reducir en un 20% la infección perinatal por VIH/Sida.

- Incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores.

4.3.1 Premisas y derechos.

En búsqueda de la materialización de los derechos sexuales reproductivos, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de la Protección Social, 2003) plantea tener en cuenta las siguientes premisas:

- Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos.
- La salud es un servicio público.
- La meta es mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la disminución de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Además, la Política propone que cada persona colombiana tiene los siguientes derechos sexuales y reproductivos:
 - Derecho a tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.
 - Derecho a procrear o no.
 - Derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.
 - Derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libre e informada y sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia.
 - Derecho a acceder y elegir métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles.
 - Derecho a eliminar la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud.

- Derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que permitan embarazos y partos sin riesgos.
- Derecho a acceder a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción independiente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas, de acuerdo con su ciclo vital.

En el interés de reducir las barreras de acceso que las personas adolescentes y jóvenes presentan en relación con los 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 (Ministerio de la Protección Social, 2007), 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 (Ministerio de la Protección Social, 2003) y en el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2012) , 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” (Congreso de Colombia, 2006), y de manera complementaria el documento Conpes 147 de 2012 “Prevención del Embarazo Adolescente” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012). 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; (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.

4.3.2 La política nacional de juventud 2005 – 2015.

Articulando la juventud a la política nacional de prestación de servicios de salud la presidencia de la república formuló la política nacional de juventud 2005 – 2015(República de Colombia, 2004). La cual sienta las bases para el Plan Decenal de Juventud y ha sido construida con la participación de la juventud colombiana y de las instituciones y organizaciones que trabajan con este grupo de población. Reconoce a adolescentes y jóvenes como actores claves para la construcción de una sociedad más equitativa, democrática, en paz y con justicia social;

promueve el reconocimiento de la diversidad, de las particularidades de hombres y mujeres y las diferencias entre ellos para relacionarse con los otros y con el mundo. Así mismo, el Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007 (Congreso de Colombia, 2007), ha formulado la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia. En este sentido, los prestadores de servicios que operan en el territorio nacional han comenzado a trabajar en concordancia con el propósito de la Política, que busca garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población, todo esto articulado alrededor de tres ejes: Esta política tiene como objetivo garantizar la accesibilidad a los servicios, la eficiencia en la prestación y la calidad de los mismos.

1. “La accesibilidad a los servicios de salud, como la condición que relaciona la población que necesita de los servicios de salud con el sistema de prestación de servicios de salud”.
2. “La calidad de la atención de salud, como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario”.
3. “La eficiencia, referida a la obtención de los mayores y mejores resultados empleando la menor cantidad de recursos posible.

4.4 Marco legal

La Ley 1122 de 2007(Congreso de Colombia, 2007), que modifica el SGSSS , en su artículo 33 enuncia que en el Plan Nacional de Salud Pública se encuentra prevista la promoción

de la salud sexual y reproductiva; así mismo, el objetivo del Plan es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar; de la misma forma, el Plan Nacional incluye acciones colectivas que reemplazarán al Plan de Atención Básica. Para la construcción del Plan Nacional de Salud Pública se tuvo como base la Constitución Política de Colombia de 1991(Asamblea Nacional Constituyente, 1991) y las acciones que el Estado colombiano debe realizar para garantizar el bienestar de adolescentes y jóvenes.

Es obligación del Estado garantizar los derechos y exigir los deberes del ciudadano consagrados en la Constitución Política: artículo 2 “Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”; así mismo, el artículo 49 establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, a través de las entidades administradoras y prestadoras de servicios, en condiciones de calidad y oportunidad, para toda la población, con promoción y garantía de su vinculación a los regímenes de salud, con asignación de recursos y prioridad del aseguramiento a la población pobre y vulnerable, incluidos los adolescentes y jóvenes”.

En esa misma línea, el artículo 45 dice: “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral, donde Estado y Sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de

la juventud”. Los siguientes derechos básicos se relacionan con las condiciones necesarias para garantizar el desarrollo individual, económico y social de adolescentes y jóvenes:

- Artículo 11 Derecho a la vida
- Artículo 13 Derecho a la igualdad
- Artículo 15 Derecho a la intimidad personal y familiar y al buen nombre
- Artículo 16 Derecho al libre desarrollo de la personalidad
- Artículo 21 Derecho a la honra
- Artículo 43 Derecho a la igualdad: la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades
- Artículo 44 Los derechos de los niños y las niñas prevalecen sobre todos los derechos
- Artículo 48 La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio
- Artículo 52 Derecho a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.

La Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993), en la Resolución reglamentaria 5261 de 1994 (Ministerio de Salud, 1994), establece el “Manual de procedimientos e intervenciones” como de obligatorio cumplimiento en el POS, siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, y sirve como marco de referencia para los no afiliados.

Se debe tener en cuenta también la Resolución 1995 de 1999 (Ministerio de Salud, 1999), por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica (requisitos que debe cumplir la historia clínica de atención a adolescentes y jóvenes). Sobre este mismo tema, mediante el Acuerdo 117 de 1998 se establece, además, el obligatorio cumplimiento de los

procedimientos, actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Por otro lado, con la Resolución 412 de 2000 (Ministerio de Salud, 2000, p. 412) se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica (atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres); normas de detección temprana (alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años y alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino y seno) y guías de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/Sida y menor y mujer maltratados).

Igualmente, en esta resolución se definen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades y las frecuencias mínimas anuales de atención; además de los profesionales de la salud debidamente capacitados, responsables del desarrollo de las mismas.

Por su parte, la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años tiene como objetivos específicos identificar oportunamente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes; promover la orientación y los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinada con su familia, colegio y comunidad; crear mecanismos para favorecer la identificación y prevención de factores de riesgo y promover estilos de vida saludables, factores protectores y el auto cuidado

En la propuesta de actualización de la norma técnica de detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años se evidencia que es necesario organizar servicios diferenciados para la atención en salud de adolescentes y jóvenes, a fin de permitirles acceder a los servicios y

mantenerse como usuarios, dentro de su contexto biológico, psicológico y sociocultural. El abordaje de la atención no sólo debe ir dirigido a la prevención de riesgos del comportamiento y los determinados por el entorno, sino a la búsqueda del desarrollo integral del joven, de acuerdo con su contexto etno cultural. Esta propuesta de actualización de la norma técnica de detección de alteraciones del joven entrará en vigencia una vez sea aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Posteriormente, con la Resolución 3384 de 2000 (Ministerio de Salud, 2000) se establecen los indicadores de gestión para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las normas técnicas y guías de atención contenidas en la Resolución 412 de 2000 (Ministerio de Salud, 2000). Esta resolución precisa las responsabilidades de las aseguradoras en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud y define las rutas de acceso a la prestación de estos servicios, así:

Para el régimen contributivo se realiza mediante el diligenciamiento del formato para la autorización de acciones no POS y su mecanismo de recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía, y para el régimen subsidiado mediante los recursos que desde el Sistema General de Participaciones se gira a las entidades territoriales para el rubro destinado a cubrir las acciones, procedimientos e intervenciones en lo no cubierto o subsidio a la oferta de servicios.

Así mismo, la Resolución 1896 de 2001 (Ministerio de Salud, 2001) establece la clasificación única de procedimientos en salud (C.U.P.S.), que corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones incluido en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Esta resolución es la herramienta que permite, en todas las instituciones, diseñar el portafolio básico de servicios en salud, la cual puede ser consultada en el Capítulo 6, anexo número B-7.

El establecimiento de la Ley 715 de 2001 (Congreso de Colombia, 2001) define las competencias y recursos en salud a cargo de la Nación, los departamentos, los distritos y los municipios; a estos últimos les corresponde el aseguramiento de la población y la ejecución de programas en salud pública. Dicha ley también establece los planes de beneficios y las fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

El Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, reglamentado por la Resolución 425 de 2008 (Ministerio de la Protección Social, 2008a), en el título IV de la misma resolución se describe como “un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida y la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad, para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. El financiamiento de este Plan se realizará con los recursos que integran la subcuenta de salud pública del fondo de salud de la respectiva entidad y los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de las acciones de salud pública a cargo de la entidad territorial.

Así mismo, este Plan de Intervenciones Colectivas contempla la implementación del modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería/asesoría, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia, como acciones de prevención de riesgos.

Atendiendo a esta necesidad, el Acuerdo 228 de 2002 (Ministerio de Salud, 2002) estableció los medicamentos del POS e incluyó los anticonceptivos orales (Levonorgestrel + Etinilestradiol 150 -250 + 30 -50 mcg tableta o gragea) e inyectables (medroxiprogesterona

acetato 50 mg/mL suspensión inyectable); estos últimos como reguladores hormonales (en razón de su efecto anticonceptivo son utilizados como tal), sujetos al cobro de la cuota moderadora correspondiente.

Esta oferta anticonceptiva hormonal fue ampliada a través del Acuerdo 380 del 14 de noviembre de 2007 (Ministerio de Salud, 2007), el cual contempla los siguientes medicamentos:

- G03FA01-TN-PO-A-01 Noretindrona + Etinilestradiol 1 mg + 35 mcg, tabletas,
- G03AC03-TN-PO-A-01 Levonorgestrel 0.03 mg, tabletas con o sin recubrimiento
- G03AA08-SH-IM-C-01 Medroxiprogesterona + Estradiol 25 mg + 5 mg, solución inyectable
- G03AC03-TN-PO-A-02 Levonorgestrel 0.75 mg tableta
- G03AA07-IP-MP-A-01 Levonorgestrel 75 mg, implante subdérmico.

El mismo Acuerdo 380 de 2007 (Ministerio de Salud, 2007), en su artículo 2 incluye el suministro del condón masculino de látex, en condiciones de calidad media y tecnología apropiada disponible en el país, el cual se financiará con cargo a la UPC vigente tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

A través de la Resolución 769 (Ministerio de la Protección Social, 2008b) y 1973 de 2008 (Ministerio de la Protección Social, 2008c), el Ministerio de la Protección Social adopta la Norma técnica de planificación para hombres y mujeres, que moderniza e incrementa la oferta anticonceptiva, para ampliar el abanico de opciones anticonceptivas modernas para hombres, mujeres y parejas en edad fértil, y dar cumplimiento al Acuerdo 380; además de contribuir a la organización de los servicios, a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, a la disminución de gestaciones no deseadas, de la mortalidad materna y otros riesgos y complicaciones asociados al ejercicio sexual y reproductivo; así como aportar a una mejor

calidad de vida, en un marco de equidad y gestión de los riesgos sexuales y reproductivos adecuada.

La actualización de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo efectivas de obligatorio cumplimiento a desarrollar de forma secuencial y sistemática en la población afiliada. Igualmente, determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

4.4.1 Código de la Infancia y la Adolescencia

El Código de la Infancia y la Adolescencia (Congreso de Colombia, 2006) tiene por finalidad garantizar a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna; el Código establece además la protección integral de los infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantías, de políticas públicas y de restablecimiento de los derechos.

El Código de la Infancia y la Adolescencia define como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años de edad y entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes su reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio de interés superior. Avanza la ley en lineamientos para las políticas públicas de niñez y adolescencia, y en los artículos 12 y 13 tiene en cuenta la perspectiva de género y la pertenencia a pueblos indígenas y demás grupos étnicos, así como el reconocimiento de las diferencias sociales, biológicas y psicológicas en las relaciones entre las personas según el

sexo, la edad, la etnia y el rol que desempeñan en la familia y en el grupo social para alcanzar la equidad.

Enuncia dentro de las obligaciones de la familia el formar y promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre el tema (artículo 39); y como obligaciones del Estado, entre otras, prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y orientar a la comunidad educativa para la formación en la salud sexual y reproductiva y la vida en pareja. El Código de Infancia y Adolescencia también contempla las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud, entre ellas garantizar el acceso gratuito de adolescentes y jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado, la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes. Además, contiene herramientas poderosas para que desde el nivel nacional y territorial, y los distintos sectores del Estado, se organice lo relativo a la garantía de condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos de la niñez y la adolescencia.

4.4.2 Normatividad frente a la interrupción voluntaria del embarazo

Uno de los avances más importantes en la normatividad colombiana es sin duda la Sentencia C355 de 2006 (Corte Constitucional-Colombia, 2006), en la cual la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y c) cuando el embarazo sea resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación artificial, transferencia de óvulo

fecundado no consentidas o de incesto; reglamentado mediante el Decreto 4444 de diciembre de 2006 (República de Colombia, 2006).

Con el propósito de adoptar medidas tendientes al respeto, protección y satisfacción de los derechos a la atención en salud de las mujeres, eliminar barreras que impidan el acceso a los servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo, así como a la educación e información en el área de la salud sexual y reproductiva en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad, el Gobierno Nacional y el Ministerio de la Protección Social expidieron una serie de normas que tienen como propósito disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que, en las condiciones estipuladas por la sentencia de la Corte Constitucional, deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo.

La norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, adoptada mediante Resolución 4905 de 14 de diciembre de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006f), acoge los estándares definidos por la Organización Mundial de la Salud en la guía “Aborto sin riesgo” y se articula a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Las características de prestación del servicio definidas en la norma se orientan a garantizar atención integral en salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en los servicios de información, educación y acceso a métodos de planificación familiar que debe recibir la gestante, aclarando las reglas de asesoramiento, orientación y consentimiento informado.

No obstante la existencia de esta normatividad, persisten barreras administrativas y negación de la prestación de estos servicios a las mujeres que en los casos y condiciones establecidos en la sentencia deciden interrumpir voluntariamente su embarazo. Esta problemática sustenta la necesidad de adelantar, como parte de las acciones de promoción de la salud sexual y

reproductiva y prevención de la enfermedad, un amplio programa de difusión no sólo de los derechos de las mujeres relativos a la interrupción voluntaria del embarazo, sino de los deberes y derechos de los prestadores, a fin de garantizar efectivamente la prestación oportuna y con calidad de estos servicios de salud sexual y reproductiva, a través del fortalecimiento de los programas de planificación familiar y prevención del embarazo no deseado; de tal forma que se garanticen los derechos protegidos por la sentencia y se evite que el aborto se convierta en una salida desesperada de las mujeres frente a un embarazo no planeado.

En este mismo sentido, se expidió la Circular 0031 del 14 de mayo de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007), que impartió instrucciones de obligatorio cumplimiento a las Entidades Promotoras de Salud y a las direcciones departamentales y distritales de las instituciones que dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco-obstetricia de baja, mediana y alta complejidad cuenten con profesionales dispuestos a proveer los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y registros individuales de prestación de servicios. Además, se expidió el Acuerdo 350 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006a) para incluir el misoprostol y el procedimiento de aspiración al vacío en el Plan Obligatorio de Salud.

El Conpes 147/2012 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012) 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.

Si bien el Conpes, como tal no es un referente normativo promueve los SSAAJ a través del establecimiento de cuatro ejes estratégicos el fortalecimiento de la intersectorialidad; la promoción del desarrollo humano y los proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los 6 a los 19 años; 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 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”.

A nivel de los SSAAJ, se resalta el Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) (Ministerio de la Protección Social, 2006c), destacándose particularmente la Ley 1122 del 2007 (Congreso de Colombia, 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.

4.4.3 Normatividad frente a enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA

En el ámbito de la reglamentación para la atención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, se cuenta, entre otros, con el Decreto 1543 de 1997 (Ministerio de la Protección Social, 1997), que regula las conductas, acciones, actividades y procedimientos para la promoción, prevención, asistencia y control de la infección por VIH/Sida. Posteriormente, mediante la Resolución 3442 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006e), se adoptan las Guías de práctica clínica basadas en evidencia, para la prevención,

diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y enfermedad renal crónica, y las recomendaciones de los Modelos de gestión programática en VIH/Sida

Así mismo, La ley 972 de 2005 (Congreso de Colombia, 2005), que asegura la continuidad de la atención integral a los pacientes con enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente VIH/Sida, dispone que al paciente, en caso de perder su afiliación por causa de incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento, y la EPS, en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del FOSYGA, según la reglamentación vigente. El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva dirección territorial, con cargo a recursos de oferta, según la Circular 0063 de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2006b), establece la cobertura de servicios de salud y obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH.

El Decreto 3518 de 2006 reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (Ministerio de la Protección Social, 2006d) para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

4.4.4 Normatividad del sistema de calidad

El Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006c) establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el cual se desarrolló en sus aspectos centrales, con base en este decreto deben implementarse los servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

En los Servicios Amigables se destaca principalmente la Ley 1122 del 2007 (Congreso de Colombia, 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 intervenciones. 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.

4.5 Planteamiento Ético

Según el Artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 (República de Colombia-Ministerio de Salud, 1993): esta investigación es de riesgo mínimo, solo se acercará a la información a través de una encuesta sin incurrir en riesgos e intervención de las personas que participen.

La prestación de salud brindada por el Servicio amigables para Adolescentes y jóvenes además de guiarse bajo la orientación de políticas estructuradas para su funcionamiento también lo hace en función de una serie de principios rectores que orientan las prácticas, A pesar de no estar formalizados. Estos principios constituyen directrices para la praxis profesional y las

decisiones institucionales, especialmente, en situaciones de conflicto. A continuación retomamos la sistematización de los principios rectores para servicios amigables destinados a adolescentes.

- **Favorabilidad:** En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, debe adoptarse la interpretación o la aplicación que Mejor se compadezca con los derechos de las y los adolescentes.
- **Confidencialidad:** El principio de confidencialidad encuentra su Fundamento en el deber de guardar el secreto profesional. Implica que Todas las y los profesionales de la salud que obtengan información Acerca de la salud o la vida privada o intimidad de los y las adolescentes, de manera directa o indirecta, explícita o implícita, tienen el deber de Disponer de todos los medios para que dicha información no sea divulgada y la prohibición de usarla en provecho propio o divulgarla.
- **Privacidad:** Los servicios destinados a adolescentes deben respetar la privacidad de sus consultas. Lo anterior incluye por lo menos: la adecuación de espacios en las instituciones; la creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada por adolescentes y aquélla que se consigne en la historia clínica ,la capacitación e información a todos los empleados del programa para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de la información.
- **Integralidad:** Los servicios para adolescentes deberán restarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demande La Conservación de la vida y el nivel más Alto .de salud posible de las y los adolescentes.

- Oportunidad: Los servicios deben prestarse en el momento en que los y las adolescentes, o quien en cada caso se encuentre autorizado para hacerlo, solicite la consulta. Se prohíbe a todas las personas que participan en dichos servicios evadir y mantener en suspenso e incertidumbre a los usuarios y las usuarias que piden asesoramiento. El Servicio de Adolescencia trabaja bajo la directriz del concepto de “oportunidades perdidas” que implica detectar aquellas problemáticas de salud que quedan ocultas detrás del motivo verbalizado en la consulta. Mediante esta indagación se proponen brindarles a los/as adolescentes. Una respuesta adecuada de asesoramiento y atención así como acompañarlos en todos los requerimientos que excedan el motivo de consulta inicial y que sean posibles de satisfacer.
- Celeridad: A las mujeres y los varones que soliciten atención en servicios para adolescentes se les garantiza una atención lo más ágil posible. En los casos en que las barreras institucionales impongan un tiempo de espera, se crearan dispositivos de participación que permitan canalizar colectivamente inquietudes y difundir las prestaciones del servicio.
- Continuidad: El servicio de salud debe prestarse de manera ininterrumpida, constante y permanente. En aplicación de Este principio, la prestación de los servicios para adolescentes debe ofrecerse de manera regular y continúa y su garantía debe ser responsabilidad del Estado.
- Seguridad: Los servicios deberán prestarse en condiciones óptimas de seguridad para adolescentes.

5. Metodología

5.1. Tipo de investigación

El estudio que se realizó fue una investigación tipo de evaluación de programa descriptivo, ya que esta investigación fue dirigida a evaluar la implementación en la sede Santa Cruz de Metrosalud del modelo de SSAAJ con el fin de compararlo con el modelo propuesto por el Ministerio de Protección Social y la UNFPA, con un enfoque según el tiempo transversal y con registro de la información prospectiva, se utilizó la encuesta como instrumento de recolección primaria de la información.

5.2. Población

La población objeto fueron los cinco coordinadores y cuatro profesionales de campo conformado por dos profesionales de psicología y dos de enfermería que prestan su servicio en la unidad amigable ubicada en la sede de Metrosalud Santa Cruz.

5.3. Unidad de Análisis u Observación

La Unidad de análisis correspondió a cada uno de los profesionales y coordinadores que hacen parte de la unidad.

5.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Como criterio de inclusión: solo se tuvo en cuenta los profesionales que prestan sus servicios en la unidad amigable de Metrosalud con sede en Santa Cruz.

Criterio de exclusión: no se consideraron los profesionales que laboren en la Unidad Hospitalaria Santa Cruz en servicios distintos a la Unidad Amigable que comparten la misma infraestructura física, ya que su orientación es brindar otro tipo de atención diferente a la que aquí evaluaremos.

5.5. Fuentes de información

Fuentes Primarias: se consideró como fuente primaria la aplicación de una encuesta a los nueve profesionales de la unidad amigable de santa cruz responsables de la implementación de la estrategia.

Fuentes Secundarias: Documento Servicio de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de servicio de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia segunda y tercera edición, del Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA-Colombia.

5.6. Instrumento para la recolección de la información

Se aplicará un instrumento donde las primeras variables fueron las relacionadas con las características sociodemográficas: sexo, edad, cargo, estrato, estado civil y nivel educativo. Las restantes variables se referían a los componentes del modelo de Servicios Amigables:

1. Primer componente: Acceso a los Servicios y oportunidad en su prestación
2. Segundo componente: Profesionales y personal de salud
3. Tercer componente: Procedimientos administrativos y de gestión
4. Cuarto componente: Disponibilidad de una amplia gama de servicios
5. Quinto componente: Participación social y comunitaria.

5.7 Indicadores por cada componente

Para evidenciar el cumplimiento del segundo objetivo: los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se hizo una revisión del desarrollo de los componentes de la Estrategia SSAAJ referente a la propuesta que hace el

Ministerio de Salud y Protección Social y la UNFPA Colombia, para este fin cada componente será evaluado con una calificación que va de 1 a 5 de acuerdo al grado de cumplimiento, siendo 1 (uno) el menor grado y 5 (cinco) el de mayor grado cumplimiento.

Al finalizar, cada componente fue evaluado y comparado su resultado con la máxima calificación 5 para este fin se utilizó el siguiente indicador:

$$\frac{\text{RESULTADO DE EVALUCION COMPONENTE}}{5} \times 100$$

Así por ejemplo: si uno de los componentes evaluados tuvo una calificación de 4, el resultado será el siguiente:

$$\frac{4}{5} \times 100 = 80$$

Significa que se ha cumplido en un 80%

Tomado de: Tamayo, AL; Sánchez, JM; Montoya, LF. (2014). *Evaluación del programa “Prevención de embarazos en adolescentes” en el ESE San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia.*

Indicador para Componente 1. **Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación.**

$$\frac{4}{5} \times 100 = 80$$

Para este componente el desarrollo de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz es del 80 % de acuerdo a lo establecido en la propuesta del Ministerio de Salud Colombiano y la UNFPA Colombia.

Indicador para Componente 2. **Profesionales y personal de salud**

$$\frac{5}{5} \times 100 = 1$$

Para este componente el desarrollo de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz es del 100 % de acuerdo a lo establecido en la propuesta del Ministerio de Salud Colombiano y la UNFPA Colombia.

Indicador para Componente 3. **Procedimientos administrativos y de gestión.**

$$\frac{4}{5} \times 100 = 0.8$$

Para este componente el desarrollo de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz es del 80 % de acuerdo a lo establecido en la propuesta del Ministerio de Salud Colombiano y la UNFPA Colombia.

Indicador para Componente 4. **Disponibilidad de una amplia gama de servicios.**

$$\frac{4}{5} \times 100 = 0.8$$

Para este componente el desarrollo de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz es del 80 % de acuerdo a lo establecido en la propuesta del Ministerio de Salud Colombiano y la UNFPA Colombia.

Indicador para Componente 5. **participacion social y comunitaria**

$$\frac{5}{5} \times 100 = 100$$

Para este componente el desarrollo de la estrategia SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz es del 100 % de acuerdo a lo establecido en la propuesta del Ministerio de Salud Colombiano y la UNFPA Colombia.

5.8. Operacionabilidad de variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables evaluación de la implementación del modelo de SSAAJ en la unidad amigable de Santa Cruz. Medellín, 2015.

Variable	naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida
3. Identificación	Cualitativa	Nominal	Entidad, Nombre y cargo
3.1. Edad	Cuantitativa	Razón	Años
3.2. sexo	Cualitativa	nominal	Masculino Femenino
3.3. Lugar de residencia	Cualitativa	nominal	Urbana Rural
3.4 Estado civil	Cualitativa	nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Otro

Tabla 2. Primer Componente acceso a los servicios y oportunidades evaluación de la implementación del modelo de SSAAJ en la unidad amigable de Santa Cruz. Medellín, 2015.

variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de la medida
4. Horario de Atención	Cuantitativas	Razón	Tiempo en horas
4.1. Tiempo de asignación de citas	Cuantitativa	Razón	Tiempo en días

4.2 Asistencia a las citas con los profesionales	Cuantitativa	Razón	Tiempo en días
4.3 Accesibilidad Física de la Unidad	Cualitativa	Nominal	SI – NO Y PORQUE
4.4 Área física exclusiva para unidad amigable dentro de la unidad Hospitalaria de Santa Cruz	Cualitativa	Nominal	SI-NO Y PORQUE
4.5 Participación Social	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE
4.6 Suficiencia de la capacidad instalada para consulta externa	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE

Tabla 3. Segundo componente: Profesionales y Personal de Salud

variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de la medida
5. Capacidad para Identificar situaciones de vulnerabilidad en los jóvenes	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE
5.1 Dificultades para interrelacionarse con diferentes grupos étnicos y de género	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE

5.2 Facilidad para establecer empatía con los jóvenes	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE
5.3 Actualización continua en temas de Salud sexual y Reproductiva	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE

Tabla 4. Tercer componente: Procedimientos Administrativos y de Gestión

variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de la medida
6. Habilitación de Servicios	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE
6.1 Conocimiento del personal sobre la oferta de servicios del programa	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE
6.2 Protección de los derecho del menor	Cualitativa	Nominal	SI – NO y PORQUE
6.3 Procedimientos Administrativo	Cuantitativa	Razón	Número de trámites

Tabla 5. Cuarto componente: Disponibilidad de una Amplia Gama de Servicios

variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de la medida
-----------------	-------------------	---------------------------	----------------------------

7. Portafolio de Servicios	Cualitativa	Nominal	Libre Respuesta
7.1 Servicios ofertados	Cualitativa	Nominal	SI – NO ALGUNAS VECES

Tabla 6. Quinto componente: Participación Social y Comunitaria

Variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de la medida
8.Participación de los jóvenes en la planeación	Cualitativa	Nominal	SI – NO PORQUE
8.1 Generación de informes	Cualitativa	Nominal	Libre respuesta
8.2 participación de los jóvenes en la evaluación del servicio	Cualitativa	Nominal	SI – NO PORQUE
8.3 los jóvenes y la comunidad proponen en el mejoramiento del servicio	Cualitativa	Nominal	SI – NO Y PORQUE
8.4 comunidad y adultos referentes participan en la evaluación del servicio	Cualitativa	Nominal	SI – NO PORQUE

.

6. Plan de análisis

La información se tabulo en Excel, se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables utilizadas y se organizó la información mediante tablas y gráficos.

7. Resultados

7.1 Características de la población

El 77,8% del grupo que participó en el proceso de evaluación del Servicio Amigable de la Unidad Hospitalaria de Santa Cruz, eran mujeres (Gráfico 1). Los participantes, ejercían en su mayoría como profesionales de enfermería (77,8%), mientras que con cargos de psicólogos o coordinador solo había una persona respectivamente (11.1%). Más de la mitad del grupo eran mayores de 30 años (55.6%). El 88.9 % se encontraban en estrato medio, es decir nivel 3 o 4; el 44,0% se encontraban casados y el 33,0% soltero. Con respecto al nivel académico todos eran universitarios 88.9% y solo una persona tenía estudios de maestría 11.1%). (Tabla 2).

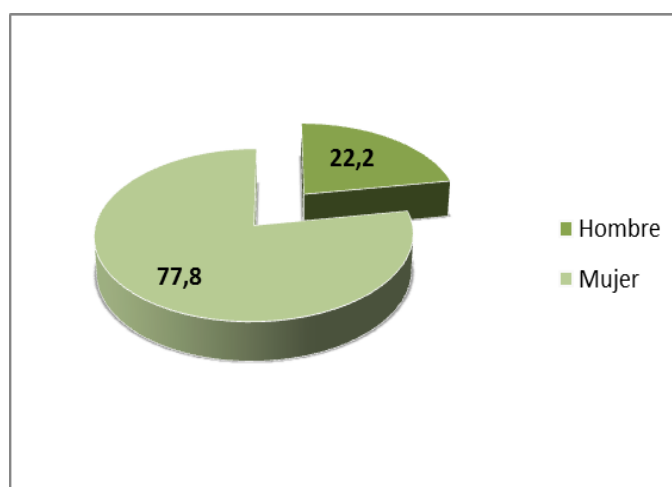


Gráfico 1. Distribución por sexo de los profesionales de los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Tabla 7. Distribución porcentual de las características de los profesionales de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Variable	Categorías	n	%
Cargo	Enfermero(a)	7	77.8
	Psicólogo(a)	1	11.1
	Coordinador(a)	1	11.1
	Total	9	100.0
Sexo	Hombre	2	22.2
	Mujer	7	77.8
	Total	9	100.0
Edad	25-30 año	4	44.4
	Mayor de 30 años	5	55.6
	Total	9	100.0
Estrato Socioeconómico	Medio	8	88.9
	Alto	1	11.1
	Total	9	100.0
Estado Civil	Soltero	3	33.3
	Casado	4	44.4
	Divorciado	2	22.2
	Total	9	100.0
Nivel Educativo	Universitario	8	88.9
	Maestría	1	11.1
	Total	9	100.0

7.2 Características sobre el acceso a los servicios y oportunidad en su prestación

Los Servicios Amigables ofrecidos en la Unidad Hospitalaria Santa Cruz, trabajan habitualmente de lunes a viernes (88,9%) en el horario de 7 am a 5 pm (77,8%). En cuanto a la atención de los fines de semana, el 85,7% trabaja los sábados y alrededor de la mitad de los profesionales atiende este día de 7am a 12 m (57.1%) (Tabla 8).

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró la siguiente información por componente.

Con referente a la oportunidad en la asignación de citas, se encontró que 88,9% de los encuestados afirma que el tiempo de oportunidad para asignar una cita con médico es de 7 días; mientras que en odontología, nutrición y salud sexual y reproductiva la oportunidad se observó en minutos. Para la asignación de citas de odontología, el tiempo estimado es de 30 minutos (77,8%), para nutrición el 88,9% informa que el tiempo de asignación es de cita también es de media hora; y por su parte, el 77,8% de los profesionales informa que en la asignación de cita con el servicio de salud sexual y reproductiva es de 30 minutos. En la misma línea, cerca del 78% de las citas que se asignan a los jóvenes se agendan de acuerdo a la necesidad del joven (Tabla 8).

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró que el componente numero 1 da como resultado un 81% del cumplimiento.

En la tabla 8, se observa en el 100% de los casos que la ubicación física del servicio facilita el acceso de los jóvenes, que el servicio está bien identificado en la unidad, y finalmente, que los jóvenes identifican el programa. En el 88,9% de los casos los grupos comunitarios que participan del programa son grupos de jóvenes. El 22,2% de los profesionales comparten el consultorio con otros servicios.

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la

UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró que la unidad amigable ha cumplido en un 88% con lo establecido por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007)

Tabla 8. Características y su proporción relacionadas con el acceso a los servicios y oportunidad en su prestación y su proporción. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Variable	Categorías	n	%
días de atención en semana	Lunes a viernes	8	88,9
	Sin especificar	1	11,1
	Total	9	100,0
Horario de atención en semana	7 am - 5 pm	7	77,8
	7 am -7 pm	1	11,1
	Sin especificar	1	11,1
	Total	9	100,0
días de atención en fin de semana	Sábado	6	85,7
	Sin especificar	1	14,3
	Total	7	100,0
Horario de atención en fin de semana	7 am - 12 m	4	57,1
	7 am -1 pm	1	14,3
	7 am- 2 pm	1	14,3
	Sin especificar	1	14,3
	Total	7	100,0
Tiempo oportunidad cita con médico	1 día	1	11,1
	7 días	8	88,9
	15 días	0	0,0
	Total	9	100,0
Tiempo oportunidad cita con profesional SSR	15 minutos	2	22,2
	30 minutos	7	77,8
	60 minutos	0	0,0
	Total	9	100,0
Tiempo oportunidad cita con Odontólogo	No responde	1	11,1
	30 minutos	7	77,8
	60 minutos	1	11,1
	Total	9	100,0
Tiempo oportunidad cita con nutricionista	15 minutos	0	0,0
	30 minutos	8	88,9
	60 minutos	1	11,1
	Total	9	100,0

Variable	Categorías	n	%
Tiempo que tiene programado un joven la asistencia a citas	Cada 15 días	0	0,0
	Cada 30 días	2	22,2
	De acuerdo a la necesidad del joven	7	77,8
	Total	9	100,0
La ubicación física facilita el acceso	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El servicio está bien identificado en la unidad	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
Grupos comunitarios que participan del programa	Grupo de jóvenes	8	88,9
	Grupo de jóvenes y docentes	1	11,1
	Total	9	100,0
Los jóvenes identifican el programa	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
Comparten consultorios con otros servicios	Si	2	22,2
	No	7	77,8
	Total	9	100,0

7.3 Características relacionadas con los profesionales y personal de salud

En la tabla 9, se observa que el 100% de los profesionales tiene las capacidades y reconoce una situación de peligro, creen en la igualdad de derechos, tienen habilidades para establecer una conversación, pueden brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, están constantemente actualizados, respetan la opinión de los demás, promueven los derechos sexuales y reproductivos y creen que los adolescentes y jóvenes tienen capacidades para tomar decisiones.

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró que cumple con el 100% del modelo creado por la UNFPA y el Ministerio de protección social.

Tabla 9. Características y su proporción relacionadas con los profesionales y personal de salud y su proporción. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Variable	Categorías	n	%
El profesional reconoce una situación de peligro	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
EL profesional cree en la igualdad de derechos	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El profesional puede establecer una conversación	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El profesional cree que los adolescentes tienen capacidades para tomar decisiones	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El profesional puede brindar asesoría en SSR	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El profesional promueve los derechos sexuales y reproductivos	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El profesional está constantemente actualizado	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El profesional respeta la opinión de los demás	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0

7.4 Características relacionadas con los procedimientos administrativos y de gestión

De acuerdo a la información sobre los procedimientos administrativos y de gestión, se evidencia en la tabla 10, que el máximo de procedimiento por los que pasa un usuario de los servicios amigables en la Unidad Hospitalaria Santa Cruz es de uno (88,9%). Además, se evidencia que en un 77,8% de los caso, los servicios se encuentran habilitados. Por otra parte, se encontró, que el 100% de las personas de orientación al público conocen la estrategia de servicios amigables, en ese mismo porcentaje, los profesionales informan que los procesos se encuentran documentados

y los protocolos actualizados, finalmente nunca se exige la compañía de un adulto a los menores de edad.

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró que presenta un cumplimiento del 88%.

Tabla 10. Características y su proporción relacionadas con los procedimientos administrativos y de gestión y su proporción. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Variable	Categorías	n	%
Los servicios prestados está habilitados	Si	7	77,8
	No	2	22,2
	Total	9	100,0
Las personas de orientación al público conocen la estrategia	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
Se exige compañía de adultos para menores de edad	Si	0	0,0
	No	9	100,0
	Total	9	100,0
Cantidad de procedimientos administrativos a los que son sometidos los jóvenes	Ninguno	1	11,1
	Uno	8	88,9
	Total	9	100,0
La unidad tiene procesos documentados	Si	8	88,9
	No	1	11,1
	Total	9	100,0
La unidad tiene protocolos actualizados	Si	8	88,9
	No	1	11,1
	Total	9	100,0

7.5 Características relacionadas con la disponibilidad de una amplia gama de servicios

Los servicios que mayor disponibilidad tienen para el público en la Unidad Hospitalaria Santa Cruz, son los servicios individuales, destacándose entre estos, la consejería en planificación

familiar, la consulta de planificación familiar, la asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado, asesoría sobre salud sexual y reproductiva, asesoría en salud mental, asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja, asesoría sobre identidad sexual, asesoría sobre ITS, VIH/SIDA, la consulta en psicología y la asesoría sobre consumo de sustancias psicoactivas, todas las anteriores con proporción igual al 100%. Con respecto a los servicios colectivos, el más utilizado son las acciones educativas de orientación grupal (100%), mientras que con relación a los servicios integrales, en la totalidad de los casos, se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios, se observa articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se cuenta con sistema de referencia y contra-referencia, se otorga gran importancia a los servicios extramurales y se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud (Tabla 11).

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró que cumple con el 80%.

Tabla 11. Características y proporción relacionadas con la disponibilidad de una amplia gama de servicios. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Servicio	Sí		No		Algunas veces		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Oferta de servicios individuales</i>								
Consulta y controles de medicina general	7	77,8	2	22,2	--	--	9	100,0
Consulta y controles de enfermería	7	77,8	2	22,2	--	--	9	100,0
Consulta de odontología	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100,0
Profilaxis oral	1	25,0	3	75,0	--	--	4	100,0
Detartraje	1	25,0	3	75,0	--	--	4	100,0
Sellantes.	2	40,0	3	60,0	--	--	5	100,0

Servicio	Sí		No		Algunas veces		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Control de placa bacteriana	2	40,0	3	60,0	--	--	5	100,0
Asesoría en planificación familiar	8	88,9	1	11,1	--	--	9	100,0
Consejería en planificación familiar	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Consulta de planificación familiar	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre salud sexual y reproductiva	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría en salud mental	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre identidad sexual	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/Sida	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría y prueba de VIH	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre cáncer de cérvix y mama	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0
Asesoría en nutrición	4	44,4	2	22,2	3	33,3	9	100,0
Atención del abuso sexual	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100,0
Anticoncepción POS	8	88,9	1	11,1	--	--	9	100,0
Anticoncepción hormonal no POS	3	33,3	4	44,4	2	22,2	9	100,0
Anticoncepción de emergencia	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100,0
Atención integral a jóvenes viviendo con VIH	3	33,3	4	44,4	2	22,2	9	100,0
Atención de las infecciones de transmisión sexual	8	88,9	1	11,1	--	--	9	100,0
Control prenatal y atención del parto	5	55,6	4	44,4	--	--	9	100,0
Toma de citología cérvico-vaginal	6	66,7	3	33,3	--	--	9	100,0
Consulta de psicología	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Consulta de nutrición	2	25,0	3	37,5	3	37,5	8	100,0
Consulta de trabajo social	3	33,3	3	33,3	3	33,3	9	100,0
Consulta por pediatría	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8	100,0
Consulta por ginecología	1	11,1	6	66,7	2	22,2	9	100,0
Consulta por urología	--	--	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Consulta por endocrinología	--	--	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Consulta de dermatología	--	--	7	77,8	2	22,2	9	100,0
La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0
Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (dirigida a la toma de decisiones).	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría en salud mental: prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, prevención de los problemas de la salud mental del embarazo en la adolescencia.	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Asesoría sobre consumo de sustancias psicoactivas	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Oferta de servicios colectivos								
Acciones educativas de orientación grupal.	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Conformación de grupos de aprendizaje para el autocuidado o el cuidado mutuo de la salud.	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0

Servicio	Si		No		Algunas veces		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Existencia de estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos.	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0
Salud bucal	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100,0
<i>Oferta de servicios integrales</i>								
Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Se cuenta con un sistema de referencia y contra referencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Organización de servicios de extensión	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0
Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0
Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0
Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.	8	88,9	--	--	1	11,1	9	100,0
Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud	9	100,0	--	--	--	--	9	100,0

7.6 Características relacionadas con la participación social y comunitaria

Según la información de la tabla 12, en el 100% de los casos el servicio amigable de la Unidad Hospitalaria, fortalece los grupos comunitarios, mientras que, en un 77,8% de los casos, el servicio contaba con la participación de veedores sociales juveniles e involucraban los jóvenes en la planificación del servicio. Por su parte, el 88,9% los jóvenes participaron de la planificación y Operacionalización del servicio, participan en la toma de decisiones y cuentan con jóvenes empoderados que invitan otros al servicio. Se destaca que el 88,9% de los encuestados informo que no cuentan con buzón de sugerencias en la unidad amigable.

En relación con el cumplimiento de los componentes del modelo creados por la UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007) aplicado en la Unidad Amigable Santa Cruz se encontró que cumple con el 100%

Tabla 12. Características y su proporción relacionadas con la participación social y comunitaria. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Unidad Hospitalaria Santa Cruz, 2015.

Variable	Categorías	n	%
Los jóvenes participan de la planificación y operacionalización del servicio	Si	8	88,9
	No	1	11,1
	Total	9	100,0
El servicio cuenta con un buzón de sugerencias	Si	1	11,1
	No	8	88,9
	Total	9	100,0
Los jóvenes participan en la toma de decisiones del servicio	Si	8	88,9
	No	1	11,1
	Total	9	100,0
Cuenta con jóvenes empoderados del servicio que inviten a otros jóvenes	Si	8	88,9
	No	1	11,1
	Total	9	100,0
Los jóvenes participan en el mejoramiento del servicio	Si	8	88,9
	No	1	11,1
	Total	9	100,0
Involucran los jóvenes en la planificación del servicio	Si	7	77,8
	No	2	22,2
	Total	9	100,0
El servicio fortalece los grupos comunitarios	Si	9	100,0
	No	0	0,0
	Total	9	100,0
El servicio cuenta con la participación de veedores sociales juveniles	Si	7	77,8
	No	1	11,1
	No responde	1	11,1
	Total	9	100,0

Discusión

De acuerdo con los resultados del estudio adelantado el desarrollo de la estrategia SSAAJ en la Unidad Santa Cruz en cada uno de sus componentes y frente a la propuesta del Ministerio de Salud Colombiano y la UNFPA Colombia y su desarrollo se dio de la siguiente manera:

Componente de acceso a los servicios y oportunidad en su prestación:

En este sentido la unidad amigable cumple en el componente de acceso a los servicios y oportunidad en su prestación con la propuesta del modelo del Ministerio y la UNFPA Colombia, teniendo en cuenta que la infraestructura destinada dentro de la unidad hospitalaria Santa Cruz permite el desarrollo de las actividades al contar con un espacio diferenciado, de fácil acceso para los jóvenes, con buena señalización que indica que en el servicio se atienden jóvenes, cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación y la decoración es llamativa, al interior cuenta con consultorios dotados con los equipos médicos requeridos para la consulta.

El horario de atención garantiza el acceso a los servicios al ofertarlos en una jornada de ocho horas diarias, cinco días a la semana con excepción de los sábados en donde laboran cinco horas.

La oportunidad de las citas para la consulta médica supera en cuatro días lo establecido en la Resolución 1552 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) que para la consulta médica establece un tiempo de tres días, supera la oportunidad del tiempo para la consulta de Nutrición y Dietética y consulta de Odontología general de esta manera se puede garantizar oportunidad en las asignación de citas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En lo relacionado con la participación social a través de grupos comunitarios de jóvenes, padres y docentes en la unidad se desarrollan varias actividades que son consideradas como un factor clave del éxito para la implementación de la estrategia.

Componente características relacionadas con los profesionales y personal de salud

El personal que ofrece los servicios y gestiona su desarrollo y mantenimiento en la Unidad Amigable cuenta con las competencias y aptitudes que les permitan hacer efectivos y amigables los momentos de interacción con la población joven, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de los SSAAJ elaborada por UNFPA.

El grupo de personas de la unidad está conformado por profesionales de la medicina, enfermería, nutrición, odontología y psicología con experiencia en el temas de salud sexual y reproductiva adicionalmente poseen amplio conocimiento en los protocolos de atención, normas técnicas y guías, poseen destreza para trabajar de manera interdisciplinaria y promueven la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables, comprenden la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizan acciones para respetarlos y promoverlos; así mismo el personal administrativo conoce los procesos y procedimientos administrativos y de gestión y en general todas la personas involucradas en la atención a los jóvenes en la unidad tienen el entrenamiento para realizar acciones de inducción a la demanda, procesos participativos con jóvenes, padres y la comunidad.

Este servicio de salud amigable cumple con lo propuesto en este componente al garantiza en la unidad amigable, profesionales y personal encargado con la idoneidad técnica así como con las características de personalidad adecuadas para el trabajo con jóvenes.

Es en este componente se han presentado dificultades ya que se da una alta rotación del personal profesional ya que muchos presentan renuncia por las condiciones de contratación del proyecto dado que el tiempo de duración de los contratos está supeditado a la contratación de la E.S.E Metrosalud con el Municipio de Medellín con vigencias de un año, que se termina en el mes de diciembre, quedando la incertidumbre de la fecha de inicio del nuevo contrato y de modo particular para este año (2015) se presenta en el personal muchas expectativas ya que el cambio político determina las prioridades de salud y no se tiene la certeza de que el proyecto continúe.

Estos factores relacionados con el talento humano se constituyen en una amenaza para el logro de los objetivos de la estrategia este elemento es necesario que las autoridades administrativas y políticas lo trabajen para lograr adherencia y compromiso en el desarrollo del modelo y así lograr articular los elementos administrativos y financieros para superar las barreras de implementación o permanencia de los SSAAJ.

Componente características relacionadas con los procedimientos administrativos y de gestión

Este componente se hace referencia a la gestión en varios aspectos y se relaciona con los componentes antes desarrollados, en cuanto al recurso humano como ya se mencionó se requiere idoneidad y capacitación, así mismo es fundamental para entregar servicios de salud que estos sean efectivamente amigables a los jóvenes y adolescentes este aspecto en la unidad se incluye la capacitación y sensibilización del personal para un adecuado abordaje y diagnóstico, así mismo las instalaciones son adecuadas y para esto se gestiona permanentemente la adquisición y manejo de los recursos físicos indispensables para asegurar el normal desempeño de los procesos operativos y de gestión.

El programa cuenta con un coordinador general que realiza la gestión de información para la toma de decisiones que se maneja a través de un sistema de información y administra los recursos 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 en donde se debe garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente para prestar servicios de salud con condiciones de calidad y cumplimiento de estándares de habilitación (Ministerio de la Protección Social, 2006c). En este sentido la unidad amigable depende de la unidad hospitalaria Santa Cruz porque es esta quien tiene habilitados los servicios que se prestan en la unidad amigable siendo este un factor que no se ajusta a la norma ya que en la prestación de los servicios no debe haber responsabilidad compartida para el cumplimiento de los estándares, se desconoce el tipo de contrato entre la Unidad Amigable y la Unidad Hospitalaria Santa Cruz, pero es claro que quien presta el servicio a los jóvenes es la Unidad Amigable por lo tanto la habilitación de los servicios debe estar a nombre de esta; a pesar esto se garantiza a los jóvenes y adolescentes un servicio de manera continua, articulada y organizada, en donde solo deben pasar por un procedimiento administrativo para acceder a los servicios sin representar algún costo económico.

Un factor coherente con la guía del Ministerio es el manejo de procesos documentados y protocolos actualizados para el manejo del programa.

Componente características relacionadas con la disponibilidad de una amplia gama de servicios

Se realizar acciones de inducción de la demanda, este proceso es fundamental ya que permite la sostenibilidad de los SSAJ. En la Unidad Santa Cruz la mayor disponibilidad de servicios a nivel individual, son la consulta de planificación con el personal de enfermería, asesoría sobre embarazo, asesoría en identidad sexual, ITS, VIH/SIDA, la consulta psicológica con énfasis en manejo de consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar aspectos importantes que no considera el modelo nacional pero que en la unidad se considero fundamental abordar por la problemática social de los Jóvenes en la comuna de Santa Cruz.

La unidad amigable cumple con la propuesta del Ministerio en cuanto a la oferta de de una amplia gama de servicios colectivos e individuales, organiza servicios de extensión a la comunidad e instituciones educativas, incluye la participación en grupos de población joven y adulta y promueve la coordinación interinstitucional.

Principalmente busca que la población atendida tenga información suficiente y de calidad para tomar decisiones adecuadas acerca de su salud.

Componente características relacionadas con la participación social y comunitaria

Este componente es uno de los factores clave del éxito del servicio en la unidad amigable por cuanto incluye a adolescentes y jóvenes en la planeación de las actividades de tipo grupal específicamente a través de la veeduría ciudadana.

En este componente se resalta que en la unidad se tiene identificado la zona de influencia de las organizaciones sociales y se tienen acuerdos de trabajo con ellos.

También existen en la unidad algunos líderes juveniles empoderados de los servicios que invitan a otros jóvenes a participar en las actividades.

Si bien en la unidad se entiende el trabajo comunitario como un aspecto importante, se tiene una debilidad significativa a la hora de evaluar la satisfacción de los jóvenes que reciben los servicios, ya que no se cuenta con buzones de sugerencias ni encuestas de satisfacción, es en este aspecto en donde se evidencia un incumplimiento en la propuesta del Ministerio.

Al comparar los resultados obtenidos con otros estudios se han realizado evaluaciones similares, vale la pena destacar la “Evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia Producto 5: Informe de Resultados Econometría Consultores – Noviembre 12 de 2013” realizado por Econometría Consultores (Murgueitio, C., 2013).

Los principales resultados de esta evaluación realizada en el 2013, 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 la prevención del embarazo y de las ITS/VIH. Sin embargo es importante que las estrategias que busquen generar un cambio de comportamiento sean permanentes en el tiempo.

Al comparar las investigaciones podemos decir que la estrategia SSAAJ presenta resultados destacables y positivos en términos de pertenencia de los servicios e intención de uso, los jóvenes y adolescentes buscan los servicios inicialmente porque tienen necesidad de orientación o apoyo en Salud Sexual y Reproductiva y esto es más probable que ocurra cuando ya han iniciado actividad sexual.

Frente a las modalidades se encuentra que la unidad amigable tiene ventajas con relación a las otras modalidades al contar con talento humano, recursos físicos, redes y gestión de la

información mayor que otras modalidades lo que mejora la prestación del servicio, así mismo los jóvenes de la Unidad Santa Cruz expresan satisfacción y aprecio por el servicio en general.

Desde la perspectiva de la oferta por los proveedores de servicios 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.

Estos resultados son similares en ambas investigaciones, dado que se evidencia que en la Unidad Santa Cruz se brinda una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva en forma integral con consejería incorporada, especialmente en lo relativo a prevención del embarazo y de la prevención de ITS/VIH, detección y captación temprana del embarazo.

La investigación realizada en el 2013 platea que las unidades Amigables son las de mejor desempeño en varias dimensiones, superando a los Centros Amigables dado que las condiciones en términos de recurso físico e instalaciones son superiores y se destacan en la dimensión de prestación de servicios y en procesos, siendo esta un 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 (Murgueitio, C., 2013).

El grupo de investigación corrobora que la disposición física y de identificación de la Unidad Amigable Santa Cruz es un factor importante para la efectividad del programa, ya que esto genera reconocimiento y compromiso de los jóvenes, al sentir que tienen un espacio de encuentro con otros jóvenes y atención diferencial.

Se considera entonces que estos factores marcan la diferencia en la modalidad de prestación de los servicios de una Unidad Amigable, aunque se aclarar que la presente

investigación no profundizo en otras modalidades como los Centros Amigables y la modalidad de prestación de los servicios en consulta diferenciada.

En este punto de la discusión es importante aclarar las limitaciones metodológicas ya que por ser una investigación de tipo descriptivo transversal no se puede establecer relación de causalidad entre las variables.

Así mismo las respuestas de la encuesta dependen en su grado de profundidad y asertividad a la experiencia de cada funcionario encuestado, en este sentido se puede generar subjetividad en las respuestas.

Es relevante a tener en cuenta que este estudio puede servir como puerta de entrada para facilitar la realización de estudios analíticos que profundicen en el tema.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos de cada uno de los cinco componentes evaluados en la unidad amigable de Santa cruz se pudo establecer que el desarrollo del modelo se ajusta en su aplicación al modelo desarrollado por la UNFPA en sus 5 componentes.

La unidad amigable de Santa cruz cuenta con espacios diferenciales de fácil acceso, disponibilidad de horario y asignación de citas cuenta además con profesionales altamente capacitados con conocimiento y aplicación de la normatividad vigente además cuentan con las competencias necesarias para generar empatía escucha y orientación a esta población gracias a que la coordinación general de los SSAAJ implementa de manera constante espacios de capacitación continua a los profesionales en temas relacionados con el abordaje integral al adolescente y jóvenes. La disponibilidad de horarios y oportunidad en la asignación de citas en un 80% hace que la unidad amigable cumpla en el componente de acceso a los servicios y oportunidad en su prestación con la propuesta del modelo del Ministerio y la UNFPA Colombia.

El programa cuenta con una coordinación general encargada de la gestión de información y administración de los recursos. Se cuentan con historia clínica sistematizada, de manejo 100% confidencial. Los profesionales establecen contacto y adoptan para cada adolescente y joven un plan de intervención propuesto en la resolución 412 que garantice proceso con el joven atendido en la consulta.

A pesar de que no existe una política pública de atención preferencial para esta población ni la red de la ESE METRO SALUD la ha acogido, los SSAAJ si ofrecen una atención diferencial a la población entre los 10 y 29 años de edad independiente de su régimen de afiliación, ofrece asesoría en salud sexual, salud mental totalmente gratuita y de acá se derivan a otros servicios dependiendo de la necesidad de cada usuario. El resultado de la

evaluación del componente fue que el servicio de salud amigable cumple en el 88% con lo propuesto en el componente número tres relacionado con procedimientos administrativos y de atención ya que presenta falencias relacionadas con las remisiones de alta complejidad requerida por los usuarios.

En la Unidad Santa Cruz la mayor disponibilidad de servicios a nivel individual son la consulta de planificación, asesoría sobre embarazo, asesoría en identidad sexual, ITS, VIH/SIDA, la consulta psicológica con énfasis Proyecto de vida, manejo de consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar ya que 90% de las consultas demanda esta atención y que son aspectos importantes que no considera el modelo nacional pero que en la unidad si considero fundamental abordar por la problemática social de los Jóvenes en la comuna de Santa Cruz.

La Unidad amigable en articulación con la ESE METRO SALUD realizan actividades a nivel intramural en un 70% y extramural en un 30% con el objetivo de brindar educación en salud a la población de la comuna 2 de santa cruz que les permita tomar decisiones acertadas relacionadas con el autocuidado mediante la implementación talleres Psicoeducativos en los que se refuerza el conocimiento y aplicación de las 10 habilidades para la vida proyecto de vida, carruseles en salud, grupo de capacitación de la cual participan jóvenes, docentes , padres y adultos referentes. El resultado de la evaluación del componente fue que el servicio de salud amigable cumple con lo propuesto en el componente número cuatro relacionado con disponibilidad de una amplia gama de servicios en un 80%.

En relación al componente de participación los jóvenes de la comuna dos de Santa Cruz participaron en el diseño, ambientación de la unidad amigable generando reconocimiento,

compromiso y sentido de pertenencia en un 100% al sentir que cuentan con un espacio de encuentro que les permita compartir con otros jóvenes pero donde el principal objetivo es que estos jóvenes que pertenecen al grupo de participación de la unidad amigable se conviertan en multiplicadores de información sensibilización y educación a sus pares. El resultado de la evaluación del componente fue que el servicio de salud amigable cumple con lo propuesto en el componente número cinco relacionado con espacio y participación juvenil en un 100%.

El componente con que se presentó menos ajuste al su aplicación al modelo desarrollado por la UNFPA fue el componente número tres que se relaciona con procedimientos administrativos y de atención al presentar dificultades en la oportunidad de las remisiones de alta complejidad requerida por los usuario en un 80% esto debido a que el operador del programa SSAAJ es la ESE Metrosalud y las remisiones de alta complejidad dependen de su gestión administrativa por lo que este componente da como resultado un 80% de cumplimiento.

Recomendaciones

El proyecto necesita continuidad por ende no debe estar sujeto a decisiones de los políticos del momento por este motivo se recomienda que sea incluida como política pública, para dar parte al cumplimiento a la dimensión de salud sexual y reproductiva del plan decenal de salud (2012-2021).

Realizar futuras investigaciones de tipo analítico y longitudinal que permitan profundizar en ciertos aspectos de la estrategia de SSAAJ, como podrían serlo, el grado de satisfacción de los adolescentes y jóvenes con el proyecto. La comparación del proyecto con otros similares en cuanto a desempeño y satisfacción, y sobre todo una investigación que apunte a la principal dificultad que encontramos y que es, la relación de las condiciones de contratación del personal y la atención brindada a los jóvenes

Para La Unidad De Santa Cruz

Diseñar e implementar encuestas que midan la satisfacción de los jóvenes y aplicarlas cada vez que estos sean atendidos en los diferentes servicios que ofrece la unidad amigable, así como también instalar un buzón de sugerencias visible dentro de la unidad que permitan a los usuarios expresar sus opiniones, esto sería de mucho provecho para fortalecer y mejorar la calidad de la atención brindada.

Fortalecer el proceso de selección y capacitación a los empleados que son los encargados de darle vida al servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes ya que de ellos depende el éxito del proyecto.

-Estimular al talento humano comprometido con el proyecto a través de mejores garantías de contratación, con el fin de evitar la rotación del personal y de aprovechar los conocimientos y las habilidades de ellos para con los jóvenes ya que es una característica no muy fácil de conseguir en el medio laboral.

Gestionar los recursos necesarios para obtener la habilitación del servicio de salud amigables para adolescentes y jóvenes y dar así cumplimiento a lo establecido por el decreto 1011 del 2006.

Diseñar estrategias que permitan la optimización del recurso medico con el fin de cumplir con la oportunidad de la consulta médica menor a siete días, para los adolescentes y jóvenes que pertenecen al programa y aumentar así la satisfacción de estos.

Para La Universidad Luis Amigo

La recomendación especial para la Universidad Luis Amigo es continuar fomentando y apoyando investigaciones en este tipo de proyectos o programas que lleven a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de estos, y que a través de la demostración del buen desempeño y de la utilidad que estos ofrecen no solo a los adolescentes y jóvenes , sino a los padres , las familias y a las sociedad misma ,al involucrarse con temas tan estigmatizados y olvidados como los que el proyecto maneja, y poder así lograr que se pueda dar continuidad , y sea adoptado en más instituciones de salud y se incluya en el portafolio de servicios de estas.

Para los gerentes de servicio de salud

Para los dirigentes de las instituciones de salud donde se presta el servicio de SSAAJ se recomienda apoyar y fortalecer la estrategia, propendiendo por mejores condiciones laborales

para el personal, y dirigiendo siempre el esfuerzo hacia la mejora continua de la calidad en la atención siguiendo a cabalidad los cinco componentes planteados por el ministerio y la UNFPA.

Para los gerentes de las instituciones de salud

Donde no aún no se ha implementado la estrategia de SSAAJ, se recomienda incluirla en su portafolio de servicios, ya que a través de esta se puede lograr la disminución en los costos en cuanto a enfermedades o condiciones de salud, como las enfermedades de transmisión de sexual, embarazos no deseados, farmacodependencia entre otros.

Para futuras investigaciones

Realizar futuras investigaciones de tipo analítico y longitudinal que permitan profundizar en ciertos aspectos de la estrategia de SSAAJ, como podrían serlo, el grado de satisfacción de los adolescentes y jóvenes con el proyecto y sobre todo una investigación que apunte a la principal dificultad que encontramos y que es, la relación de las condiciones de contratación del personal y la atención brindada a los jóvenes.

Bibliografía

- Alcaldía de Medellín, Corporación Convivamos y Corporación Cultural Nuestra Gente. (2008, Enero de). Plan de desarrollo Comuna 2: Santa Cruz. Un mapa abierto a las propuestas de vida de la gente 2007-2019.
- Amar, J.J; Hernández, B. (2005). Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras, (15), 1–17.
- ANED Consultores. (2007). *Impacto de los Servicios Amigables de salud reproductiva para las y los adolescentes (Departamentos de Atlántida, Colón y Cortés)* (Informe de Estudio). México D.F.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración universal de los Derechos Humanos. Ginebra.
- Brener, A; Ramos, G. (2008). *La adolescencia: Sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable*. Buenos Aires: CONDEERS.
- Castro, F; Dueñas, M.C y Martínez, B.A. (2011). *Factibilidad para la creación de una IPS “Centro amigable” para jóvenes y adolescentes en el municipio de Popayán* (Tesis Especialización en Administración Hospitalaria). Universidad del Cauca, Popayán.
- Checa, S. y Rosenberg, M. (1996). *Aborto hospitalizado. Un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos*. Buenos Aires: Ediciones el Cielo por Asalto.
- Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución política de Colombia*. Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente.

- Colombia. Congreso de Colombia. (2001). *Ley 715 de Diciembre de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*. Bogotá: El congreso. Retrieved from http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
- Colombia. Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1098 de 2006, Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia*. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2003, February). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2007). *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes* (1a Edición). Bogotá, D.C.
- Compton, N; Duncan, M; Hruska, J. (1987). *How Schools Can Help Combat Student Pregnancy*. Estados Unidos: National Education Association.
- Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993: "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones", Pub. L. No. 100 (1993).
- Congreso de Colombia. Ley 972: "Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente en VIH/SIDA (2005).
- Congreso de Colombia. Ley 1122: "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" (2007).

Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento CONPES Social 147:

Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. (2012).

Contreras, J.M; Bott, S; Guedes, A & Darnall, E. (2010). Violencia sexual en Latinoamerica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativas de investigación sobre la violencia sexual.

Córdova, J.A; Sánchez, L.I; Prieto, M.I. (2012). *Por mi salud y su tranquilidad, hablemos de sexualidad*. México.

Corte Constitucional-Colombia. Sentencia C-355. Sentencia que despenalizó el aborto en los casos extremos (2006).

Director Proyecto: García GI; Investigadora/es: Sandoval J; Restrepo A; Gallo N; Co-investigadora: Molina N. (2008). *Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín: Fase Cualitativa*. Medellín: Alcaldía de Medellín-Secretaria de Salud.

Diverio, I.S y cols. (2006). *La adolescencia y su interrelación con el entorno* (Instituto de la Juventud). España: Artegraf, S.A.

Dulanto, E. (2000). *El Adolescente*. México: McGraw-Hill.

Flórez, CE. (2005). factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia, *18*(6), 388–402.

Gala, L.F; Lupiani, M y Lupiani G. (2003). Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente, *20*(2), 119–124.

- Genelet, A y Cols. (2004). La Experiencia de la adolescencia en el transito de la adolescencia, (28), 51–94.
- Ibarra, L. (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer, 20(1), 43–47.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe, 11(3), 192–205.
- Mejía, L.M y Ortiz, A.C. (2006). Comprensión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el marco del desarrollo a escala humana, 24(1), 40–47.
- Metrosalud. (2013, May). Plan de desarrollo 2012-2020: Metrosalud “Saludable y comprometida con la vida.”
- Ministerio de Educación. (2005). *Lineamientos de política para la atención educativa a poblaciones vulnerables* (1st ed.). Bogotá, D.C: Lagos & Lagos.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 1543: "Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (1997).
- Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 350: “ Por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria del embarazo” (2006).
- Ministerio de la Protección Social. Circular 0063: Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH (2006).

Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011: “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (2006).

Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518: “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones” (2006).

Ministerio de la Protección Social. Resolución 3442: “Por la cual se adopta las guías de práctica clínicas basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica” (2006).

Ministerio de la Protección Social. Resolución 4905: “Por la cual se adopta la norma técnica para la atención de la intervención voluntaria del embarazo-IVE-, se adiciona la resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones” (2006).

Ministerio de la Protección Social. Circular Externa 0031: Información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no constitutiva del delito de aborto (2007).

Ministerio de la Protección Social. Resolución 425: “Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales” (2008).

Ministerio de la Protección Social. Resolución 769: “Por medio de la cual se adopta la actualización de la norma técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la resolución 412 de 2000 (2008).

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1973: “Por medio de la cual se modifica la norma técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 769 de 2008” (2008).

Ministerio de la Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia ls construyes Tú.

Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994: "Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (1994).

Ministerio de Salud. Resolución 1995: “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica” (1999).

Ministerio de Salud. Resolución 1896: “Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 2333 del 11 de septiembre de 2000” (2001).

Ministerio de Salud. Acuerdo 228: “Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones” (2002).

Ministerio de Salud. Acuerdo 380: “Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado” (2007).

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552 de 2013: “Por medio de la cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones” (2013).

Murgueitio, C. (2013). *Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia* (Informe de resultados No. 5) (p. Págs 153). Bogotá, Colombia: Econometría Consultores.

- Naciones Unidas. (1994). Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Retrieved from https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf
- Naciones Unidas. (1995a). *Cumbre Mundial Sobre el Desarrollo Social*. Copenhague, Dinamarca: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (1995b). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. New York: Naciones Unidas.
- Pasqualini, D y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral* (1a ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Penagos et al. (2007). *Cambios en la vida de los mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/os nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín-Secretaría de Salud.
- Pérez, JR. (2011). Sexualidad en la adolescencia: Prevención del embarazo temprano. *Prevención de Embarazos en Adolescentes" en la E.S.E San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia*. 2014. (n.d.).
- Profamilia. (2000). *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000*. Bogotá, Colombia: Profamilia.
- Profamilia. (2005). *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá, Colombia: Profamilia.
- República de Colombia. Política Nacional de Juventud: Bases para el plan decenal de juventud 2005-2015 (2004).

República de Colombia. Decreto 4444: “Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva” (2006).

República de Colombia-Ministerio de Salud. Resolución 8430: “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” (1993).

República de Colombia. Ministerio de Salud. (2000). *Resolución 412 de 2000, “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.”* Bogotá, D.C: Ministerio de Salud.

República de Colombia.Ministerio de Salud. (2000). *Resolución 3384 de 2000: “Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000 .”* Bogotá, D.C: Ministerio de Salud.

Rodriguez, J. (2005). Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política, 123–146.

Romero, L. (1998). *Elementos de la sexualidad y la educación sexual*. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría.

Romero, MI. (1994). La Salud del Adolescente y Joven, 23, 15–17.

Secretaría de Salud de México. (2002, 130p). Prevención del embarazo no planeado en adolescentes.

Tamayo, AL; Sánchez, JM; Montoya, LF. (2014). *Evaluación del programa “Prevención de embarazos en adolescentes” en el ESE San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia 2014* (Especialización en Gerencias de Servicios de Salud). Fundación Universitaria Luis Amigo, Medellín.

Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre* (Ed 1). Barcelona: Ediciones Cátedra.

Vargas, E; Posada, S; y del Rio, A.M. (1999). *Sexualidad humana: Un canal de comunicación con el otro*. (Quinta Edición). Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes, Departamento de psicología.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir acerca de su participación en la investigación.

Se pretende evaluar la implementación de los componentes del modelo de SSAAJ en la Unidad Amigable Santa Cruz en el periodo 2014, el modelo identifica cinco componentes 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. En estos componentes es que la investigación pretende profundizar, para evaluar su gestión y desarrollo en la Unidad Amigable.

Estamos invitando a los coordinadores y profesionales que desarrollan las actividades administrativas y asistenciales del Programa de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes de la Unidad Santa Cruz, para participar en la investigación dando respuesta a la encuesta que pretende recoger información para evaluar la implementación de los cinco componentes del programa.

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a en forma previa a la aplicación del instrumento de recolección de información que mi participación en este no involucra un costo económico que yo deba solventar o hacerme cargo, junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera

éstos produzcan, al participar en esta investigación, usted no se verá expuesto a ningún riesgo, tampoco recibirá ninguna retribución económica por su participación, pero con ella nos ayudara a obtener elementos importantes que permitan encontrar una respuesta a la pregunta de investigación y le aportara al grupo de trabajo de la Unidad Santa Cruz elementos que les permitan conocer el estado actual de los componentes del programa.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre, ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo seguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Los investigadores responsables Liliana Patricia BaenaVásquez, Tatiana Álvarez y Sandra Lucia Restrepo, han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, se me informa que el domicilio para estos efectos es la Institución Universitario Luis Amigo y el período comprendido en la investigación se extiende desde los meses de Febrero a Diciembre del 2015.

También puedo contactarme con la Asesora de Investigación Dra. Alba Emilse Gaviria Méndez a través de la Coordinación de la escuela de Posgrados de la Institución Universitaria Luis Amigo.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,....., con cc de nacionalidad.....,

Consiento en participar en la investigación denominada: Evaluación de la implementación del modelo de Servicios de Salud Amigables en la Unidad Amigable. Santa Cruz 2014.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que consiente:

Anexo 2. Instrumento de recolección de información

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLE EN LA UNIDAD DE SALUD AMIGABLES EN LA UNIDAD AMIGABLE SANTA CRUZ. 2015

Fecha: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Entidad: _____

Edad:

Estrato Socioeconómico: 1
2
3
4
5
6

Estado Civil: Soltero
Casado
Viudo
Divorciado
Unión Libre

Nivel Educativo: Primaria
Secundaria
Técnico
Tecnológico
Universitario
Maestría
Doctorado
Otro

EVALUACIÓN POR COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES:

1. **Primer Componente** : Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación:

1.1 ¿En qué horario funciona la unidad amigable?

1.2 ¿Cuánto es el tiempo en oportunidad para la asignación de las citas con el Medico?

1 día ☐
7 días ☐
15 días ☐

Otra cual? _____

1.3 ¿Cuánto es el tiempo para la asignación de las citas con el profesional SSR?

15 minutos ☐
30 minutos ☐
60 minutos ☐

1.4 ¿Cuánto es el tiempo para la asignación de las citas con odontólogo?

15 minutos ☐
30 minutos ☐
60 minutos ☐

1.5 ¿Cuánto es el tiempo para la asignación de las citas con Nutricionista?

15 minutos ☐
30 minutos ☐
60 minutos ☐

1.6 ¿Cada cuánto tiene programado un jóvenes la asistencia a las citas?

Cada 7 días ☐
Cada 15 días ☐
Cada 30 días ☐

Otra cuál? _____

1.7 ¿Considera que la ubicación física de la unidad facilita el acceso a los jóvenes?

SI ☐ NO ☐ Porque? _____

1.8 ¿Considera que el servicio está bien identificado dentro de la unidad?

SI ☐ NO ☐ Porque? _____

a. ¿Qué acciones de demanda inducida realizan en el programa?

1.11 ¿Qué grupos comunitarios participan del programa?

Grupos de Jóvenes ☐

Grupos de padres ☐
Docentes ☐

1.12 ¿Los jóvenes identifican el programa cuando se acercan a la unidad?

SI ☐ NO ☐ Porque? _____

1.13 ¿Se comparten los consultorios de la unidad para la prestación de otros servicios diferentes al del programa SSAAJ?

SI ☐ NO ☐ Porque?

Segundo componente: profesionales y personal de salud

2.1 ¿Se considera Ud. Una persona capaz de reconocer una situación de peligro en un adolescente y/o joven, aun si este no lo expresa con claridad?

SI ☐ NO ☐ Porque? _____

2.3 ¿Cree Ud. en la igualdad de derechos para todas las personas independientemente de su edad sexo raza o situación económica?

SI ☐ NO ☐

Porque? _____

2.4 ¿Se considera Ud. una persona con la cual se puede establecer una conversación independientemente del tema a tratar?

SI ☐ NO ☐

Porque? _____

2.5 ¿Cree Ud. que los adolescentes y jóvenes tienen la capacidad de tomar decisiones responsablemente?

SI ☐ NO ☐

Porque? _____

2.6 ¿Puede Ud. brindarle asesoría a un joven que se acerque con una inquietud acerca de enfermedades de transmisión sexual?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

2.7 ¿Promueve Ud. desde su labor la práctica de los derechos sexuales y reproductivos en los jóvenes?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

2.8 ¿Esta Ud. De acuerdo con las personas que discriminan a otras?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

2.9 ¿Esta Ud. en constante actualización sobre temas de ser, y temas de adolescencia y juventud?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

2.10 ¿Es Ud. una persona que respeta la opinión de los demás sin importar que difiera con la suya?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

Tercer componente: procedimientos administrativos y de gestión

3.1 ¿Todos los servicios prestados se encuentran debidamente habilitados?

SI ☐ NO ☐ Porque?

3.2 ¿Las personas encargadas de orientar al público, saben de qué trata la estrategia de consulta amigable?

SI ☐ NO ☐

Porque? _____

3.3 ¿Se exige cuando el joven es menor de edad la compañía de un adulto responsable?

SI ☐ NO ☐

Porque? _____

3.4 ¿A cuántos procedimientos administrativos son sometidos los jóvenes antes de acceder a una cita?

Ninguno

A uno

Más de uno

Más de tres

3.5 ¿Se cuenta con procesos documentados en la unidad?

SI ☐ NO ☐

Porque? _____

3.6 ¿La unidad cuenta con protocolos documentados y actualizados de cada uno de los procedimientos que hay se realizan?

Cuarto componente: Disponibilidad de una amplia gama de servicios

4.1 ¿Cuál es el portafolio de servicios que se ofertan a adolescentes y jóvenes?

4.2 Del siguiente listado defina qué servicios prestan en la Unidad Amigable

SERVICIOS	SI	NO	ALGUNAS VECES
Oferta de servicios individuales			
• Consulta y controles de medicina general			
• Consulta y controles de enfermería			
• Consulta de odontología			
• Profilaxis oral			
• Detartraje			
• Sellantes.			
• Control de placa bacteriana			
• Asesoría en planificación familiar			
Consejería en planificación familiar			
• Consulta de planificación familiar			
• Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado			
• Asesoría sobre salud sexual y reproductiva			
• Asesoría en salud mental			
• Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja			
• Asesoría sobre identidad sexual			
• Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/Sida			
• Asesoría y prueba de VIH			
• Asesoría sobre cáncer de cérvix y mama			
• Asesoría en nutrición			
• Atención del abuso sexual			
• Anticoncepción POS			
• Anticoncepción hormonal no POS			
• Anticoncepción de emergencia			
• Atención integral a jóvenes viviendo con VIH			
• Atención de las infecciones de transmisión sexual			
• Control prenatal y atención del parto			
• Toma de citología cérvico-vaginal			
Consulta de Psicología			
• Consulta de nutrición			
• Consulta de trabajo social			
• Consulta por pediatría			
• Consulta por ginecología			
• Consulta por urología			
• Consulta por endocrinología			

• Consulta de dermatología			
La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.			
• Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (dirigida a la toma de decisiones).			
• Asesoría en salud mental: prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, prevención de los problemas de la salud mental del embarazo en la adolescencia.			
• Asesoría sobre consumo de sustancias psicoactivas			
Oferta de servicios colectivos			
• Acciones educativas de orientación grupal.			
• Conformación de grupos de aprendizaje para el autocuidado o el cuidado mutuo de la salud.			
• Existencia de estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos.			
• Salud bucal: incluir acciones educativas y de orientación sobre hábitos higiénicos, consulta odontológica (para generar demanda inducida en adolescentes y jóvenes) y brindar herramientas para el cuidado general de la boca durante el ejercicio de deportes extremos (uso de protectores, consulta preventiva o reparativa en caso de lesiones de tejidos duros o blandos), en las que puedan los grupos juveniles apoyarse mutuamente			
Oferta de servicios integrals			
• Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.			
• Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.			
• Se cuenta con un sistema de referencia y contra referencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.			
Organización de servicios de extensión			
• Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.			
• Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.			

• Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.			
• Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud			

Quinto componente: Participación social y comunitaria

5.1 ¿Los jóvenes participan en los procesos de planificación y operacionalización del servicio en qué etapas, y en qué nivel de participación?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

¿Qué información se genera sobre atención y servicios prestados en el marco del modelo?

¿El servicio cuenta con un buzón de sugerencias?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

¿Los jóvenes participan activamente en la toma de decisiones de los SSAAJ sobre los asuntos que les afectan directamente a ellos y ellas?

SI ☐ NO ☐ Porque?

¿Los SSAAJ cuentan con jóvenes empoderados del servicio que inviten a otros jóvenes a hacer parte y participar de los proceso.

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

¿Adolescentes y jóvenes participan en el mejoramiento del servicio de salud, para hacerlo amigable?

SI ☐ NO ☐

Porque?_____

Los SSAAJ involucran a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo.

SI ☐ **NO** ☐

Porque? _____

Los SSAAJ fortalecen los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud?

SI ☐ **NO** ☐ **Porque?**

¿El servicio cuenta con la participación de veedores sociales juveniles?
