

**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
de Colombia.**



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 de Colombia.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Salud Pública
Grupo de Promoción y Prevención



Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia.

**Ministerio de la Protección Social
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA - Colombia**

Elaboración del documento inicial de propuesta de modelo

INSTITUTO PROINAPSA- UIS.

Directora: Blanca Patricia Mantilla Uribe

Equipo Técnico: María Constanza Hakspiel Plata, Alba Janeth Rincón Méndez, Diana Smith Hernández, Mary Stella Cárdenas Herrera.

Revisión de textos: Iván Darío Chahín Pinzón. Comunicador Social.

Revisión y ajuste del documento final del modelo

Diva Janneth Moreno López, Asesora Proyecto.

María Cristina Toro Ramírez, Asesora Proyecto.

Sonia Campos Ramírez, Coordinadora Técnica Proyecto.

Mary Luz Mejía Gómez, Asesora Salud Sexual y Reproductiva UNFPA.

Diseño y producción impresa

Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Ltda

tallercreativoaleida@yahoo.com

Angélica Pardo P.

Johanna Hermosa

Zamara Zambrano

César Corredor

Fotografía

Archivo fotográfico Proyecto Colombia

Secretaría de Salud de Bogotá, Licinio Garrido y otros archivos

Corrección de estilo

Axia Comunicaciones Estratégicas

Adriana Llano Restrepo

Primera Edición

1.500 ejemplares

Diciembre de 2007

Impreso y hecho en Bogotá D.C. - Colombia.

Este documento fue realizado como parte del proyecto "Fortalecimiento de los Servicios Amigables", llevado a cabo por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA - Colombia.

Ministro de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt

Viceministra de Salud y Bienestar

Blanca Elvira Cajigas de Acosta

Director General de Salud Pública

Gilberto Álvarez Uribe

Comité Directivo

Gilberto Alvarez Uribe, Director General de Salud Pública MPS
Luz Elena Monsalve Ríos, Coordinadora Promoción y Prevención MPS
Ricardo Luque Núñez - Asesor MPS
Diego Palacios Jaramillo - Representante UFPFA
Lucy Wartenberg - Representante Auxiliar UNFPA
Mary Luz Mejía Gómez - Asesora SSR UNFPA
Ángela González Puche - Gerente Proyecto Colombia hasta Julio de 2007.
Diana Peñarete - Gerente Proyecto Colombia desde agosto de 2007.
Sonia Campos Ramírez, Coordinadora de Proyecto

Revisión Técnica

Sonia Campos Ramírez, Coordinadora Técnica Proyecto
María Cristina Toro Ramírez, Asesora Proyecto
Diva Janneth Moreno López. Asesora Proyecto
Mary Luz Mejía Gómez, Asesora Salud Sexual y Reproductiva UNFPA

Mesas de revisión del documento inicial de propuesta de modelo presentado por PROINAPSA en mayo de 2007.

Mesa de consulta Marzo 7 de 2007.

ENTIDAD	NOMBRE
Ministerio de La Protección Social	Samuel García
Fundación Sí Mujer	Martha Trujillo
Profamilia Joven	Mónica Balcazar
Secretaría de Salud de Cali	Paula Rojas
Universidad del Valle	Gladis Eugenia Canaval
Secretaría Salud Manizales	Myriam Astrid Ramírez
Profamilia Joven	María Susana Moya
Consultora Independiente	Maribel Riaño
Proyecto Fondo Mundial	Carlos Alberto González
Proyecto Fondo Mundial	Franklin Prieto
Proyecto Fondo Mundial	Daniel Fernández
Proyecto Fondo Mundial	Ángela González
UNFPA - MPS	Sonia Campos
UNFPA	Mary Luz Mejía
Consultora Independiente	Olga Restrepo
UNFPA - SDSLuz	Marina Muñoz
UNFPA	Martha Lucía Rubio
Consultora Independiente	Gloria Inés Pedraza
Secretaría Salud Bucaramanga	Laura Moreno
OPS	Rafael Pardo
Ministerio de La Protección Social	Ricardo Luque
Ministerio de La Protección Social	Luz Elena Monsalve
Fe y Alegría	Amanda Bravo
Secretaría Salud Cundinamarca	Edna Carolina Olarte
Secretaría Salud Cundinamarca	Hilda Vargas
Universidad Nacional	Miguel Barrios

Mesa de consulta marzo 9 y 10 de 2007.

NOMBRE	ENTIDAD
José Agustín Ballén	CENFOR
Yezid Garzón Linares	Corporación Colombia XXI
Adriana Marcela Pulido	Alianza Norte Proyecto Colombia
Gina Julliette Vargas	Profamilia Alianza Centro Sur
Geidis María Arteaga Durango	Profamilia Alianza Cordobesa por la vida
Wilson Burgos	Profamilia Alianza Puma
Olga Yamile Rincón Aya	Secretaria Salud Granada Meta
Jenny Rocío Duarte	Profamilia Alianza Ibagué
Eliana Duarte López	Alianza Jóvenes en línea. Cúcuta
María Orlanda Urrea	Cruz Roja Huila
Amanda Castillo	Alianza Proposol
Fernando Andrés Muñoz	Alianza Tulúa
Sofía Victoria Alzate	Alianza Pereira
Victoria Alicia Manajarres	Alianza Jóvenes Construyendo Vida
Fabio Castaño	Margaret Sanger
Ángela González	Proyecto Fondo Mundial
Héctor Pachón Cruz	Red Salud Armenia
Sonia Campos	UNFPA - MPS
Ana Victoria Artaria	Secretaria Salud Barrancabermeja
Ricardo García Bernal	ONUSIDA
Martha Cecilia Gómez	Metrosalud Medellín
Luís Fernando Bocanumenth	Metrosalud Medellín
Ángela María Castañeda	Dirección Seccional de Salud Antioquia
José Luís Diago	Universidad del Cauca
María Fernanda Valencia	E.S.E. Alianza Joven del Valle
Amanda Patricia Molina	Fundalegría Valle
Lina Marcela Serrano	E.S.E. Ladera
Blanca Patricia Mantilla	PROINAPSA - UIS
Adriana Marcela Pulido González	Alianza Norte

Además de los aportes recogidos en estas dos mesas el documento fue revisado, corregido y agregado en los comités técnicos y directivos del Proyecto entre junio y noviembre de 2007.



CONTENIDO

NOTA ACLARATORIA	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1 ¿Quiénes son? Contextualización de la adolescencia y la juventud	15
CAPÍTULO 2 La propuesta: Servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	49
CAPÍTULO 3 El ciclo de calidad en la implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes	63
CAPÍTULO 4 Prestación de servicios para adolescentes y jóvenes	83
CAPÍTULO 5 Resultados Seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes	127
ANEXOS	
ANEXO 1 Indicadores de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia	141
ANEXO 2 Historia clínica del adolescente	144
ANEXO 2.1 Modelo historia clínica detección temprana alteraciones	146

CONTENIDO

ANEXO 3 Paquete de servicios	148
ANEXO 4 Modalidad de los servicios amigables por componentes	150
ANEXO 5 Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes	155
ANEXO 6 Apgar familiar	164
ANEXO 7 Índice de Masa Corporal	167
ANEXO 8 Curvas de Peso y Talla	169
ANEXO 9 Desarrollo mamario tanner	171
ANEXO 10 Encuesta autoadministrada para adolescentes y jóvenes	174
ANEXO 11 Concepto de la Asesoría	177
ANEXO 12 Métodos anticonceptivos y su uso en adolescentes y jóvenes	192
Bibliografía	196

NOTA ACLARATORIA

Esta guía da continuidad al Modelo de Gestión para la Salud y el Bienestar de la Infancia, publicado en años anteriores por el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Sus contenidos proponen prolongar el proceso ya iniciado y desarrollado en los servicios de salud del país. No profundiza en todas las etapas y características del ciclo vital del ser humano; sólo lo hace en aquellas que corresponden a adolescentes y jóvenes y que resultan indispensables para el manejo de los servicios de salud dirigidos a dicha población. Los textos que presentamos no agotan ni abordan todas las definiciones teóricas ni conceptuales sobre adolescencia y juventud.

Este material se construyó para ser usado por todas las personas, organizaciones e instituciones con interés en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes.

INTRODUCCIÓN

En el país se han hecho esfuerzos efectivos para consolidar la gestión de las empresas promotoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), en su tarea de organizar y suministrar servicios de salud a la población en general. Por ejemplo, en materia de salud de la infancia, Colombia ha logrado el descenso en las tasas de mortalidad y la disminución de la vulnerabilidad de las niñas y niños a las enfermedades prevalentes, como las infecciones respiratorias, la diarrea y la desnutrición. La coordinación y acción intersectorial han marcado el compromiso constante y sostenido para garantizar la salud de este grupo poblacional. Los avances obtenidos han permitido que la población infantil crezca con mejores condiciones de salud.

Sin embargo, el proyecto del Fondo Global en Colombia evidenció que cuando niñas y niños pasan a ser adolescentes y luego jóvenes se presenta una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para ellas y ellos. Se encontró que era necesario pensar en un modelo de gestión que permitiera continuar con el proceso de mantenimiento de sus condiciones de salud y calidad de vida.

Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), en las direcciones territoriales y empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios. El énfasis de estas iniciativas está en la intervención en los problemas que afectan a adolescentes y jóvenes, tales como el aumento de la fecundidad, la morbilidad materna evitable y mortalidad materna, las ITS/VIH, y la violencia doméstica y sexual.

El **convenio pretende implementar** acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios de atención integral y sin barreras, para atender los problemas que afecten la SSR de adolescentes y jóvenes, en un marco de equidad de género, derechos sexuales y reproductivos y manejo social del riesgo. Para esto es indispensable que los servicios de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años, capaces de dar respuesta a las necesidades de salud que les afectan.

En consecuencia, urge desarrollar y fortalecer conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de servicios para que identifiquen y atiendan a adolescentes y jóvenes en forma idónea, reconociéndolo como un grupo sano que requiere ser atendido en consonancia con esta condición y destacando que sus motivos de consulta están relacionados principalmente con situaciones de la vida cotidiana y vinculadas a la salud sexual y reproductiva.

La opción para dar respuesta a esta necesidad está en los servicios amigables para jóvenes; el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, los definen como “aquellos servicios en los cuales 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”.

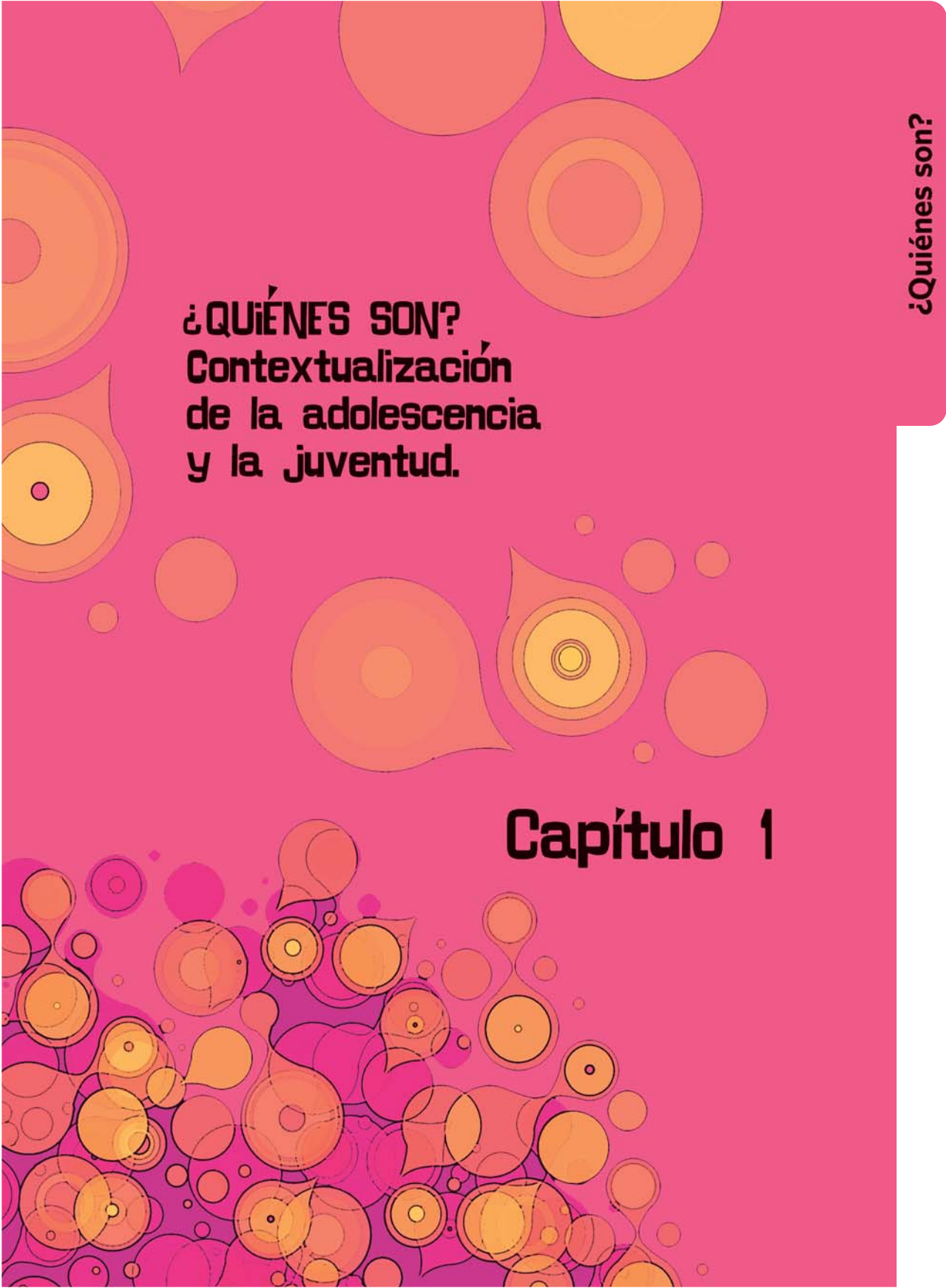
La herramienta que se presenta a continuación está dirigida a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud encargados del proceso de gestión de la salud y bienestar de adolescentes y jóvenes.

Con ella se ofrecen pautas metodológicas para el diseño e implementación de Servicios Amigables de Salud dirigidos a adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

El documento consta de cinco capítulos; está enmarcado en la normatividad vigente y apoyado en las políticas internacionales sobre salud sexual y reproductiva. El primer capítulo contextualiza al usuario en la etapa de la adolescencia y la juventud; el segundo, aporta elementos para la definición de los servicios amigables; del tercero al sexto se desarrolla una propuesta de gestión encaminada a orientar los procesos de planeación, ejecución y evaluación a partir del ciclo de calidad de Deming: Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA). Estos últimos capítulos ofrecen una serie de mecanismos que orientan la realización del proceso propuesto.

La estructura de los capítulos ofrece conceptos teóricos y metodológicos, preguntas de reflexión fundamentadas en su saber y documentos anexos que complementan la información desarrollada.

La metodología y contenidos propuestos podrán ser enriquecidos en la práctica con el compromiso de legisladores, planificadores de programas y todos los demás sectores sociales interesados en el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes de nuestro país.



¿QUIÉNES SON?
Contextualización
de la adolescencia
y la juventud.

Capítulo 1

¿Quiénes son?

Contextualización de la adolescencia y la juventud



Ser joven o no depende de quién lo diga y frente a quien lo diga.
Joven es el hijo de 50 años frente a su madre de 80.
Joven es la profesional recién egresada frente a la que ya tiene 15 años de ejercicio.
“Una joven antigua es mi abuela”, decía un nieto abrazándola.
Siempre depende.

Dice un viejo adagio inglés: “si quieres enseñar latín a Pedro, primero conoce a Pedro y después enséñale latín”. Con esa misma mirada le damos la bienvenida a este capítulo en el cual, antes de hablar sobre lo que es un servicio de salud amigable, hablaremos de las personas a quienes se va a ofrecer esos servicios, es decir, adolescentes y jóvenes¹.

Partimos de la convicción de que conociendo con quién vamos a trabajar, será más sencillo encontrar la respuesta a cómo hacerlo. Para esto también revisaremos las actitudes que tenemos como prestadores de servicios de salud, frente a lo que implica el trabajo con adolescentes y jóvenes de nuestra comunidad.

La aproximación a la juventud colombiana y a algunos de sus comportamientos y derechos, se hará desde distintos ángulos (biológicos, sociales, psicológicos, de derechos y con apoyos estadísticos). Se pretende que quienes son parte del sector salud la conozcan mejor, identifiquen su diversidad y puedan ofrecer respuestas a su medida.

¹ OMS y OPS definen la adolescencia como el periodo de 10 y 19 años de edad y la juventud como el periodo entre 15 y 24 años; “personas jóvenes” es un término que se utiliza para incluir a ambos grupos. OMS. A Picture of Health? Ginebra. 1995. En SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5. Para efectos de este documento se utilizarán los términos adolescentes y jóvenes para denominar a hombres y mujeres entre los 10 y los 29 años, teniendo en cuenta la normatividad existente en el sector salud y especialmente la establecida a través de la Resolución 412 sobre Normas y Guías de Atención.

Pero siempre será necesario que cada quien en su contexto e institución de salud, complemente esta información explorando los rasgos que hacen de adolescentes y jóvenes de su lugar, sujetos particulares y personas con diferentes potencialidades.

PROPÓSITO

Ofrecer elementos conceptuales y de contexto acerca de la adolescencia y la juventud, la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes, el desarrollo juvenil y la normatividad existente, que faciliten a prestadores de servicios de salud reconocer a sus adolescentes y jóvenes, así como sus contextos.



Cuentan que Aristóteles a diario caminaba por un antiguo gimnasio de Atenas dedicado a Apolo. Quienes lo miraban creían que simplemente paseaba. Pero sus discípulos sabían que al caminar y conversar, estaba pensando. La gente llamó a los seguidores del sabio los peripatéticos, que viene de *peripatein*, que significa pasear. Recordando al filósofo griego y a sus seguidores, a partir de ahora usted encontrará preguntas para motivar una caminata conversada, en la que pueda pensar mientras pasea. Puede emprenderla solo o en compañía de su equipo de trabajo o de jóvenes de su comunidad. La primera pregunta es sobre la manera en que cada quien vive y vivió la experiencia de ser joven:

¿QUÉ SIGNIFICÓ PARA USTED SER ADOLESCENTE Y JOVEN? CONVOQUE LOS RECUERDOS Y COMPÁRTALOS MIENTRAS CAMINA.

Comparta la pregunta con sus compañeros de trabajo y con adolescentes y jóvenes de su comunidad. Escuche versiones de hombres y mujeres.



1. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Antes, lo que más nos gustaba en el mundo eran los deportes y el cine, y daban cualquier cosa por un match de fútbol, y ahora en cambio lo que más eran las chicas y el baile y por lo que dábamos cualquier cosa era una fiesta con discos de Pérez Prado.
Mario Vargas Llosa. Los cachorros.²

El ingreso a la adolescencia es suave, casi inadvertido. Poco a poco cambian los gustos, los gestos, los motivos de conflicto, los deseos; también los cuerpos, los pensamientos y los sentimientos. Gota a gota los seres humanos nos vamos desprendiendo de la niñez e iniciando el camino de la adolescencia y la juventud. Esos momentos de transición son únicos para cada persona, pero pueden ser caracterizados paso a paso y es lo que haremos en esta primera parte del capítulo. En la medida en que las personas adultas conocen y comprenden lo que sucede con una persona a partir de los 10 años de edad, resulta más sencillo trabajar de la mano con quienes son jóvenes y construir servicios a su medida.

PASO A PASO

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.

Para facilitar la planeación y el impacto efectivo de los servicios de salud de atención integral a los adolescentes, es recomendable dividir esta etapa en:

² Vargas Llosa, Mario. Los cachorros. Colección Millenium. Madrid. 1999. p. 103

I. Adolescencia temprana o inicial - 10 - 13 años ³

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 10 a 13 años



Cambios Biológicos

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos entre los 12 y los 18 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de la pierna, comienza típicamente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones de distribución adulta alrededor de los 13 ó 14 años. La menarquia (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad y puede suceder entre los 10 años o 15 años, a más tardar. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido simultáneo en la estatura, que alcanza el punto máximo alrededor de los 12 años. Los hombres comienzan la pubertad más tarde, entre los 10 y los 16 años, y necesitan más tiempo para completar sus cambios: aproximadamente 7 años. Sus hormonas les engruesan la voz, los estiran corporalmente y les desarrollan los genitales, aumentando el tamaño de testículos y pene. Los

³Para efectos del modelo de atención se retoman los conceptos planteados por la Resolución 412 de 2000, en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años.

niños pueden comenzar a notar agrandamiento escrotal y testicular alrededor de los 9 ó 10 años de edad, seguido rápidamente por el alargamiento del pene.

El tamaño y forma de los genitales adultos se logra típicamente a los 16 ó 17 años. El crecimiento del vello púbico en los hombres, así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara, comienza alrededor de los 12 años y alcanza los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años. Un crecimiento rápido simultáneo en la estatura sucede entre los 10.5 y 11 años y entre los 16 y 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. En medio del proceso aparece la primera eyaculación o espermaquia.

**Cambios
Psicológicos/
sociales⁴**

Durante este periodo las personas adolescentes experimentan con mayor intensidad los cambios biológicos propios de la etapa. Esto implica la concentración de energía principalmente en la adaptación y comprensión de los cambios que ocurren en su cuerpo. En este momento es cuando los servicios amigables se convierten en aliados para apoyarlas en la asimilación del proceso de transición.

A diferencia de lo que sucedía en la infancia, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia fuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. Por lo tanto, la actitud del profesional de la salud incide en la adherencia a la institución y recomendaciones de prácticas saludables.

En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos y habladores, no les gusta estar solos, desarrollan múltiples relaciones interpersonales.

⁴Los aspectos que corresponden a la construcción de identidad desde la infancia, que requieren ser retomados en los servicios de salud, están contenidos en el modelo de gestión de la infancia, como está registrado en la nota aclaratoria de inicio.

Cambios Cognitivos

Durante esta etapa se dan varias transformaciones en términos de aprendizaje. Según Piaget, se desencadena el acceso al pensamiento formal por medio del cual se hace extensiva la lógica al dominio de las ideas, principios y proposiciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables.

A su vez, Bandura plantea que el aprendizaje infantil prepara al niño o la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades, de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera, su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado.

NADIE EXPERIMENTA ESTOS CAMBIOS DE LA MISMA FORMA NI EN EL MISMO MOMENTO.

II. Adolescencia media - 14 - 16 años

En este período es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. La persona adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Durante esta etapa es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

ADOLESCENCIA

Intermedia 14 a 16 años



Cambios Biológicos

La primera menstruación y la primera eyaculación ocurren cada vez a edades más tempranas. En la actualidad se presentan antes de los 14 años. Cuando aparecen, mujeres y hombres dan por iniciada la etapa de capacidad reproductiva. Sus cuerpos quedan biológicamente aptos para generar nuevas vidas, pero el proceso de convertirse en una persona adulta hasta ahora comienza. Esto es apenas un paso en el camino.

Cambios Psicológicos/ sociales

A medida que la persona avanza hacia la adolescencia media y más allá, el grupo de compañeros se extiende, hasta incluir integrantes del sexo opuesto. Son los primeros momentos en los que se es consciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del opuesto. En ese periodo, es más fácil para la persona identificar cuál es el sexo que le atrae.

Cambios Cognitivos

Los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas, lo que les posibilita dar opiniones más formadas y tomar decisiones. La profundización del pensamiento abstracto, idealista y lógico los capacita para dar soluciones alternativas a los problemas. También aumenta la toma de perspectiva, lo que les permite ver más rápido el punto de vista del otro. Si bien estos cambios tienen un efecto positivo a largo plazo sobre el desarrollo, en el momento pueden llevarlos a ser más discutidores e indecisos. Esta conducta es muy normal. Los adolescentes suelen poner en duda la moral y las creencias familiares. Manifiestan un mejor análisis de los problemas y siguen un pensamiento crítico. Estos procesos del pensamiento les ayudan a ganar independencia y son importantes para la formación de su identidad.

PARA ALGUNAS PERSONAS ADULTAS EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y LA ACTITUD CRÍTICA DE LOS JÓVENES SON UN PROBLEMA QUE INCOMODA. PARA OTRAS ES LA OPORTUNIDAD DE INVOLUCRARSE EN SU DESARROLLO, RESPETANDO SU AUTONOMÍA Y ORIENTANDO, MÁS QUE CHOCANDO.

III. Adolescencia final o tardía - 17 - 21

(El límite superior depende del criterio de cada país para otorgar el estatus de mayoría de edad)

En este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Eso lo faculta para establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por las determinantes de cultura, sexo, nivel educativo de la familia y el entorno social, entre otras.



ADOLESCENCIA

Final o Tardía 17 a 21 años

Cambios Biológicos	Durante este periodo los cambios físicos tienen menor preponderancia frente a los cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos que se tornan primordiales para la transición a la etapa adulta. En este periodo esos cambios biológicos se constituyen en la imagen corporal que se integra a la personalidad e identidad que lo distinguirá a lo largo de la vida.
Cambios Psicológicos/ sociales	Simultáneamente a la atracción por otras personas, las adolescentes empiezan a separarse de sus padres y otros adultos. Luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía. Con frecuencia encuentran fallas en las figuras de autoridad y discuten lo que les dicen las personas adultas. Analizando y debatiendo, los adolescentes y jóvenes se van independizando emocionalmente de su familia, construyendo un criterio propio frente a ella, el mismo que gradualmente les permitirá tener una relación diferente con ella en el futuro. Pero la conquista de la autonomía no es algo que sucede en un solo momento; por el contrario, se da extendida en el tiempo y en tensión permanente entre la dependencia o no de sus padres.
Cambios Cognitivos	Las personas jóvenes pueden ser analíticas y críticas de sus madres, padres y adultos con figura de autoridad, de la realidad económica y social que les rodea. Así es como van desarrollando su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las consecuencias de cada acto.

UNA PERSONA ADULTA QUE ORIENTA Y ESTABLECE UNA RELACIÓN CERCANA, ES UN FACTOR DE PROTECCIÓN PARA LOS JÓVENES. ESTA RELACIÓN PUEDE DARSE CON AL MENOS UNO DE SUS PADRES O CON OTRA PERSONA ADULTA.

IV. Juventud

Según la OMS a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad y coincide con la consolidación del rol social. (SAM, AAP, OMS).



JUVENTUD

21 a 24 años

Cambios Biológicos

Durante esta etapa ya se han consolidado los cambios físicos y el adulto joven asume su cuerpo y su sexualidad como parte de su identidad y personalidad. "El típico adulto joven tiene buena salud, sus habilidades físicas y sensoriales son generalmente excelentes. Los patrones específicos de comportamiento, como hábitos en la comida, fumar, beber alcohol, y las maneras de reaccionar al estrés pueden tener un efecto directo en la salud"⁵.

Cambios Psicológicos/ sociales

En esta etapa frecuentemente se consolida el rol social; algunos jóvenes ya han conformado o están conformando una familia, han ingresado o se aprestan al mundo laboral, han concluido o están cerca de culminar su formación profesional. Cuestionan las actuaciones tradicionales de la sociedad adulta y piensan que todo se puede cambiar. Hay quienes se vinculan a asociaciones y grupos de apoyo, otros quieren conocer y explorar el mundo que se abre gracias a la independencia ganada. En general, durante esta etapa se consolida el ser social e individual y esto resulta de gran importancia, porque las decisiones que aquí se toman son definitivas para el futuro de la gran mayoría de las personas.

⁵Papalia, Olds, Desarrollo Humano, Cuarta Edición.1994.

Cambios Cognitivos

El desempeño intelectual está en un nivel alto, se ha desarrollado su capacidad de pensar en abstracto, aumenta el control que tiene de su propia vida, toma decisiones más reflexivas y analiza las consecuencias de cada acto; comienza a consolidar la experiencia de las etapas anteriores y la inteligencia se torna contextual o práctica. La definición de un plan de vida laboral o de formación marca un cambio en el intelecto y la personalidad de la persona joven, cuando cuestionan presunciones y valores sostenidos por largo tiempo.

TITULARES DE DERECHOS

Durante la adolescencia y la juventud las personas se consolidan como titulares de derechos a través de las relaciones que establece como persona; esto se ha reconocido como titularidad individual, social y política del sujeto.

- Como Sujeto Individual la persona se manifiesta en su YO íntimo, con sensibilidad y razón, con sus pasiones y deseos, con sus esperanzas y proyectos, con sus fines con sus intereses de persona... pura y simplemente individual.
- Como Sujeto Social en el grupo y la comunidad la persona se manifiesta en su YO SOCIAL, como nosotros y nosotras, los intereses individuales se convierten en posibilidad de relación, en buscar para dar y recibir, en solidaridad, en estar con otras y con otros.
- Como Sujeto Político la persona se manifiesta en el grupo y la comunidad con sus intereses y la afirmación de su YO en una perspectiva general, universal, ejerce PODER, es capaz de asumir el ejercicio de lo público, asume la representación y está en función y beneficio de la comunidad⁶.

⁶Los derechos sexuales y reproductivos en la pedagogía. Presentación para el encuentro: Hablemos de educación para la sexualidad, avances y proyecciones. Mary Luz Mejía Gómez. Bogotá, Agosto 2007.

2. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN COLOMBIA



Antes de conocer matices de la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes, les proponemos tres preguntas sobre lo que se dice en la calle sobre el tema:

¿SERÁ CIERTO QUE ADOLESCENTES Y JÓVENES SON IRRESPONSABLES FRENTE A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

¿SERÁ CIERTO QUE SABEN TANTO DEL TEMA QUE NO NECESITAN ORIENTACIÓN ALGUNA?

O, COMO DICEN OTRAS PERSONAS, ¿POR SER JÓVENES ESTÁN SANOS Y NO NECESITAN SERVICIOS ESPECIALIZADOS?

Compártalas con sus compañeros de trabajo y con adolescentes y jóvenes de su comunidad. Escuche versiones de hombres y mujeres.



MUCHAS, MUCHOS Y DIFERENTES

Distinto: que no es lo mismo, que tiene diferentes cualidades.

La juventud colombiana es tan grande en cantidad como diversa en sus formas de ser. En términos numéricos, Colombia tiene un 30% de su población entre 10 y 24 años.⁷ Sin duda, son muchas personas y merecen especial atención de parte de los servicios de salud.

El reto es mayor aún, porque esos millones de jóvenes no son UN solo tipo de joven. Dentro de esa categoría de “juventud” se esconde una gran diversidad y muchas formas de ser. Los contextos ayudan a marcar esas diferencias y para la muestra varios botones: podemos hablar de jóvenes de zonas urbanas de ciudades grandes, municipios medianos y pequeños, también de jóvenes de zonas rurales o de jóvenes en condiciones socioeconómicas diferentes. De la misma manera, se pueden mencionar jóvenes afrocolombianos, indígenas, además de aquellos que viven en zonas urbano marginales, desplazados por la violencia o formando parte de los grupos armados.

¿Cómo se configuran y manifiestan esas diferencias en el campo de la salud sexual y reproductiva? Esta es la pregunta que orienta la reflexión que se presenta a continuación.

a. Determinantes sociales de la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes

YO SOY YO Y MIS CIRCUNSTANCIAS
JOSÉ ORTEGA Y GASSET

Las decisiones que cada persona joven toma con respecto a su propia sexualidad no son estrictamente individuales. Al momento de decidir entra en juego toda una variedad de factores sociales que la harán optar por una u otra

⁷CEPAL 2000 En: SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, ob. cit, p. 6

posibilidad; por ejemplo, su nivel de educación, 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, entre otros. Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida y al impacto que tienen sobre la salud de las personas.

También en el campo de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes de las decisiones que cada joven toma frente a su sexualidad.

I. La familia

En primer lugar están los determinantes sociales y ambientales. La familia, el grupo de pares y los adultos en la escuela son, en su orden, quienes más influyen en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. En general, se puede decir que adolescentes y jóvenes al establecer relaciones significativas con padres, madres, educadores y pares, logran desarrollar un factor protector frente al inicio temprano de la actividad sexual, el uso de sustancias psicoactivas y las manifestaciones de violencia⁸. El aspecto protector de este factor es la posibilidad de mantener viva la confianza y la conversación con sus familias, lo cual les permite a los adolescentes tomar decisiones contando con su punto de vista y no sólo con la información que circula entre sus pares.

II. La pobreza

En otro aspecto, cuando las personas jóvenes quieren hacer uso de los servicios de salud así como conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, factores como la pobreza dificultan su acceso y el ejercicio de sus derechos. 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 mas hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades de generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza"⁹.

⁸Ibíd. Pág.38

⁹BUVINIC, 1998; SINGH, 1998; TSUI y cols, 1997. En: SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. ob. cit.p.38

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 sea limitado.

III. 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; ellos afianzan las normas sociales y culturales frente a la sexualidad y los roles de género. Por su parte, la sociedad y la cultura moldean la manera como las personas aprenden y expresan su sexualidad. Estos modelos se exponen ante los jóvenes y los presionan para que adopten las maneras de ser hombres y mujeres que socialmente están legitimadas.

Mas allá de la valoración que hoy se haga de esta influencia, 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 las personas jóvenes. Ese es un reto aún pendiente.

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.



¿QUÉ FACTORES CREE QUE PROTEGEN O PONEN EN RIESGO LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SU COMUNIDAD?

b. 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 hace 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.

I. Edad de la primera relación sexual de las mujeres

La ENDS de 2005¹⁰ halló que las mujeres colombianas que están entre los 20 y los 49 años de edad, tuvieron su primera relación sexual a la edad mediana de 18.3 años. Sin embargo, detrás del promedio hay matices interesantes. Por ejemplo, las mujeres de zonas rurales iniciaron sus relaciones a los 17.5 años, casi un año antes que las habitantes de las zonas urbanas, 18.5 años.

El nivel educativo arroja otro resultado para tener en cuenta. Quienes no accedieron a ningún tipo de educación formal tuvieron su primera relación a los 15.8 años, mientras que las que tuvieron acceso a la educación superior lo hicieron a los 20 años. Estos datos confirman que la educación formal repercute en la toma de decisiones sobre la sexualidad, al menos en el caso específico de las mujeres.

II. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 -19 años¹¹

Ubiquémonos ahora en el grupo de mujeres que en 2005 tenían entre 15 y 19 años. El primer dato es 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 refieren que sólo el 28% de estas mujeres lo han usado alguna vez, cifra que disminuye a un 6.2% cuando se pregunta por el uso actual de este método.

¹⁰Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005- ENDS. Bogotá: Profamilia, 2005.p.148

¹¹Ibíd. p. 113

III. Fecundidad en adolescentes

En este punto, el cálculo de la fecundidad señala el número de nacimientos que se producen por cada mil mujeres entre 15 y 19 años.

En el caso colombiano esta cifra de fecundidad ha venido aumentando significativamente. En 1990 era de 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres y en 2005 fue de 90. Estos números tienen relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y el aumento de embarazos en adolescentes.

Con relación a la fecundidad de las adolescentes en poblaciones desplazadas se encontró que el 30% de las mujeres entre 13 y 19 años había estado alguna vez embarazada, el 23% ya había sido madre y el 7% estaba embarazada de su primer hijo. La fecundidad adolescente 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.

IV. Embarazo en adolescentes entre los 15 y los 19 años

En la encuesta de Profamilia la cifra promedio nacional señala que el 20,5%¹² 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:

¹²Ibíd. p. 108

- Esta cifra de embarazos es superior en el área rural (27%) que en el área urbana (18.5%).
- En relación con el 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 el acceso a 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 saben y emplean menos la planificación familiar, con 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 por ciento), 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 HACE MÁS VULNERABLES.

V. Conocimientos frente a ITS y VIH, en mujeres de 15 - 19 años¹³

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

¹³Ibíd. p. 302

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.

VI. Violencia Sexual

Otro de los graves problemas que afecta la salud sexual y reproductiva de adolescentes es la violencia sexual; el 80% de los casos ocurre al interior del hogar y el agresor es 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, falta respuesta adecuada; además los adolescentes refieren desconocer los procedimientos que se deben seguir en estos casos.

EL SILENCIO Y LA FALTA DE CONFIANZA SON LOS MAYORES CÓMPLICES DEL ABUSO SEXUAL.

VI. Mortalidad

Según datos de estadísticas en la población de 10 a 14 años, en 2002 se registraron 1.694 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 6.738 defunciones en este grupo de edad, con una tasa 156,47 por 100.000, lo que representa un 28% menos que en 2000; el 67% de estas 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.

Adolescentes y jóvenes son el tercer grupo de la población más afectado por la violencia interpersonal, se reportan alrededor de 11.000 casos al año por esta causa. Este grupo es afectado también por agresiones sexuales, principalmente las mujeres, y las viviendas son el escenario más común de ocurrencia, además la mayor proporción de víctimas tienen primaria incompleta. La tasa de suicidio para 2005 está alrededor del 2.4 por cada 100.000.

LA ÚNICA MENTE PACÍFCA ES LA QUE LO EXPLORA TODO. UN ACTO DE PAZ CON LAS PERSONAS ADOLESCENTES Y JÓVENES ES ACERCÁRSELES, ESCUCHARLAS Y CONOCERLAS, EVITANDO CONVERTIR LAS CIFRAS EN RÓTULOS: ES QUE TODOS SON ASÍ. MÁS BIEN SE PUEDE DECIR: ¿CÓMO SON?

A MEDIO CAMINO

Hasta aquí hemos explorado algunas manifestaciones de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes de Colombia y mirado los tipos de cambio que experimentan quienes viven esta etapa de la vida. Pero esto es sólo el abrebocas; siempre será necesario que cada servicio de salud se esfuerce por conocer mejor el mundo juvenil que le rodea, para que logre construir respuestas a su medida y no a la medida de los promedios nacionales que se han compartido.

De hecho, usted puede haberse dado cuenta de que los datos que ofrecemos son sólo de mujeres. Esto no es gratuito porque está en directa relación con las intervenciones que en salud sexual y reproductiva se han planteado tradicionalmente, las cuales han estado más ligadas a la anticoncepción y a la mal llamada planificación familiar. Sin embargo, en el Anexo 1, usted encontrará datos que también se refieren a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia y la sexualidad juvenil masculina.

3. DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



¿QUÉ SIGNIFICA QUE ADOLESCENTES Y JÓVENES SEAN SUJETOS DE DERECHOS?
¿QUÉ QUIERE DECIR QUE TAMBIÉN TENGAN DERECHOS EN EL CAMPO DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN?
¿QUÉ DESAFÍOS LE PROPONE LA CONSIDERACIÓN DE "SUJETOS DE DERECHOS" A LAS INSTITUCIONES DE SALUD?



Todos tenemos derecho a no ser fotocopia de nadie
Fernando Savater
Ética para Amador

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, la Internet, y a 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, aprobados por la Asamblea General de la ONU en 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”¹⁴.

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 posteriores, que plantean los derechos en temas específicos. En el caso de la salud hay varias que han abordado la salud sexual y la salud reproductiva como derecho. Es el caso de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (Beijing, 1995).

I. 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 1994¹⁵; la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague, en marzo de 1995¹⁶, o los textos de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en Beijing, en septiembre de 1995¹⁷.

¹⁴OMS En: CORONA, E. ORTIZ, G. ob cit. p. 18

¹⁵ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. El Cairo: ONU 1994.

¹⁶BIBLIOTECA DE LAS NACIONES UNIDAS. <http://www.uv.es/onubib/conferenciasmundiales.htm>

¹⁷ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Declaración de Beijing. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995.

El contenido de estas y otras declaraciones permite afirmar que los derechos reproductivos están reconocidos internacionalmente y son jurídicamente vinculantes.

II. 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 reproducción¹⁸”.

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.

SÓLO SI SON PARA TODAS LAS PERSONAS, LOS DERECHOS SON HUMANOS

III. El caso colombiano

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social elaboró la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2002-2006. 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 y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

En ella se propuso una definición de salud sexual y salud reproductiva que sirve de referencia para esta Guía: “la salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, la cual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social¹⁹. Complementando lo anterior, “la salud reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social de hombres y mujeres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos²⁰”.

¹⁸Ídem 5

¹⁹SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p. 21

²⁰Ibíd. p. 13.

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 la salud 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.

IV. Premisas y derechos

En búsqueda de la materialización de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 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 la salud 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 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 a 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 vital²¹.

V. La formulación de políticas como herramienta

¿Cómo garantiza un estado que los derechos se conviertan en hechos? Una de sus herramientas más eficaces es la formulación de políticas que orienten la acción de la ciudadanía, las organizaciones y los gobiernos.

En nuestro caso, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es el punto de partida para la generación de acciones a favor de los derechos humanos y sexuales y reproductivos. Dicha política busca “Mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”

La implementación de servicios amigables para jóvenes en salud sexual y reproductiva es una de las estrategias posibles para el desarrollo de la Política Nacional, porque hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación y educación de calidad para esta población. De igual forma, los servicios amigables promueven programas de prevención, motivan grupos

²¹MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. D.C. Febrero 2003. p.9. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

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.

1.2.4 Desarrollo humano

¿Cuál es la relación entre nuestra riqueza y nuestra capacidad de vivir según nuestros deseos?
Koffi Annan



¿CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES QUE TODA PERSONA NECESITA PARA VIVIR SEGÚN SUS PROPIOS DESEOS?
¿CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES QUE NECESITAN LAS PERSONAS JÓVENES PARA CONSTRUIR SU IDENTIDAD?
¿QUÉ QUIERE DECIR "VIVIR SEGÚN NUESTROS DESEOS"?



Oportunidades. Esa parece ser la palabra clave cuando se piensa en términos de desarrollo humano. Personas y sociedades con oportunidades pueden evolucionar en su capacidad de satisfacer sus necesidades y construir su propia identidad.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, propuso en 1990 una definición del desarrollo humano "como un proceso de ampliación de las opciones de las personas, considerando tres opciones esenciales: llevar una vida saludable, adquirir conocimientos y tener

acceso a los recursos necesarios para mantener una vida decente”²². Lo que se afirma es que al no disponer de esas opciones esenciales, muchas otras oportunidades serán inaccesibles.

Desde este punto de vista, desarrollo no es entonces parecerse a los países considerados desarrollados, sino tener la capacidad de satisfacer las necesidades esenciales de la población, mejorando en forma continua sus condiciones de vida y logrando una distribución más igualitaria de oportunidades para la gente.

El desarrollo humano contempla así, dos componentes fundamentales: uno relacionado con el desarrollo de capacidades humanas, las cuales se fortalecen cuando las personas tienen mejores niveles de salud, educación, acceso al conocimiento y desarrollo de destrezas y habilidades específicas. El segundo, relacionado con las oportunidades que el medio social les ofrece a las personas para que puedan hacer uso de las capacidades adquiridas.

CON SUFICIENTES OPORTUNIDADES SOCIALES LOS INDIVIDUOS PUEDEN CONFIGURAR SU PROPIO DESTINO Y AYUDARSE MUTUAMENTE. NO TIENEN POR QUÉ CONCEBIRSE COMO RECEPTORES PASIVOS DE LAS PRESTACIONES DE INGENIOSOS PROGRAMAS DE DESARROLLO. AMARTYA SEN. DESARROLLO Y LIBERTAD.

A esta propuesta de construir y sostener un equilibrio entre las capacidades y las oportunidades, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, agregó la necesidad de alcanzar el desarrollo de manera sostenible. En 1994 esta organización propuso comprender el término Desarrollo Humano Sostenible como “la ampliación de las oportunidades y capacidades de los individuos a través de la formación de capital social, para suplir de la forma más equitativa posible las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las necesidades de las generaciones futuras”²³

²²PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS. Informes Mundiales de Desarrollo Humano. EN: <http://indh.pnud.org.co/pagina.plx?pg=ADinformesMundiales&mlat=1>

²³Ibíd.

De esta manera, la complejidad del análisis y la reflexión sobre el desarrollo fue aportando nuevos elementos, al menos tres:

1. La comprensión del desarrollo como un concepto dinámico, determinado por las circunstancias de cada sociedad.
2. La propuesta del desarrollo como concepto que integra dimensiones distintas como las económicas, culturales y políticas, con aspectos como la equidad y la calidad de vida de las personas. En este caso por calidad de vida se entiende la relación entre las condiciones de vida de una persona y la satisfacción que ésta experimenta respecto a sus expectativas personales.
3. La comprensión de la sociedad como sujeto y objeto del desarrollo. Así, ésta se hace protagonista de la ampliación de las capacidades de las personas, al igual que autora y promotora de sus oportunidades.

I. Desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes

Entre salud y desarrollo se establece una relación vinculante que define la calidad de vida de una población. Para el caso de las personas jóvenes, la posibilidad de aprovechar las oportunidades para alcanzar el desarrollo que ofrece el medio externo está unida a las garantías de acceso y calidad de los servicios que ese medio ofrece para atender sus necesidades en salud.

Algo similar sucede con las condiciones educativas. Hoy se sabe que factores como el nivel educativo de las mujeres tiene que ver con resultados en la salud sexual y reproductiva. Se ha encontrado que cuanto mayor es el nivel educativo de la población femenina, más tardío es el inicio de las relaciones sexuales y menores son la cantidad de embarazos y la tasa de fertilidad en las adolescentes²⁴.

²⁴SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. ob. cit. p.38

Pero, tanto salud como educación no son condiciones separables de sus contextos; por el contrario, están ligadas y dependen de ellos. Por ejemplo, se ha demostrado que el logro de mayores niveles educativos y de salud, dependen de la zona de residencia; es el caso de las personas jóvenes del área urbana quienes logran mayores años de educación formal, en tanto que los que residen en el área rural tienen menores niveles educativos. Esta situación se agudiza cuando los jóvenes tienen menos ingresos ya que se restringe el acceso al sistema educativo, se limita el acceso y uso de métodos anticonceptivos y se acelera el inicio de las relaciones sexuales y la primera unión. En este caso, además de la falta de recursos económicos, el acceso geográfico incide en el acceso a los establecimientos educativos y de salud.

Frente a este panorama tenemos que ser muy hábiles en el aprovechamiento del “bono demográfico”, una ventana de oportunidad única que se ha venido desarrollando en nuestro país y que nos permitirá asegurar el crecimiento económico y social, en tanto la población dependiente sea menor, la productiva mayor y las políticas económicas y sociales sean adecuadas. Otros países lo han logrado mediante la reducción de sus altas tasas de fecundidad y la implementación de políticas que mejoren las condiciones de salud, la educación y las oportunidades laborales.

LAS CONDICIONES POLÍTICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS EN LAS QUE VIVEN NUESTROS ADOLESCENTES Y JÓVENES SON UN DETERMINANTE ESENCIAL A LA HORA DE BRINDAR OPORTUNIDADES PARA SU DESARROLLO HUMANO.

EL CONCEPTO DE “BONO DEMOGRÁFICO” SE REFIERE BÁSICAMENTE AL INCREMENTO QUE SE OBSERVARÁ EN LA POBLACIÓN EN EDADES LABORALES Y LA DISMINUCIÓN DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES. UNA TENDENCIA QUE SE OBSERVARÁ EN LOS PRÓXIMOS 15 AÑOS.

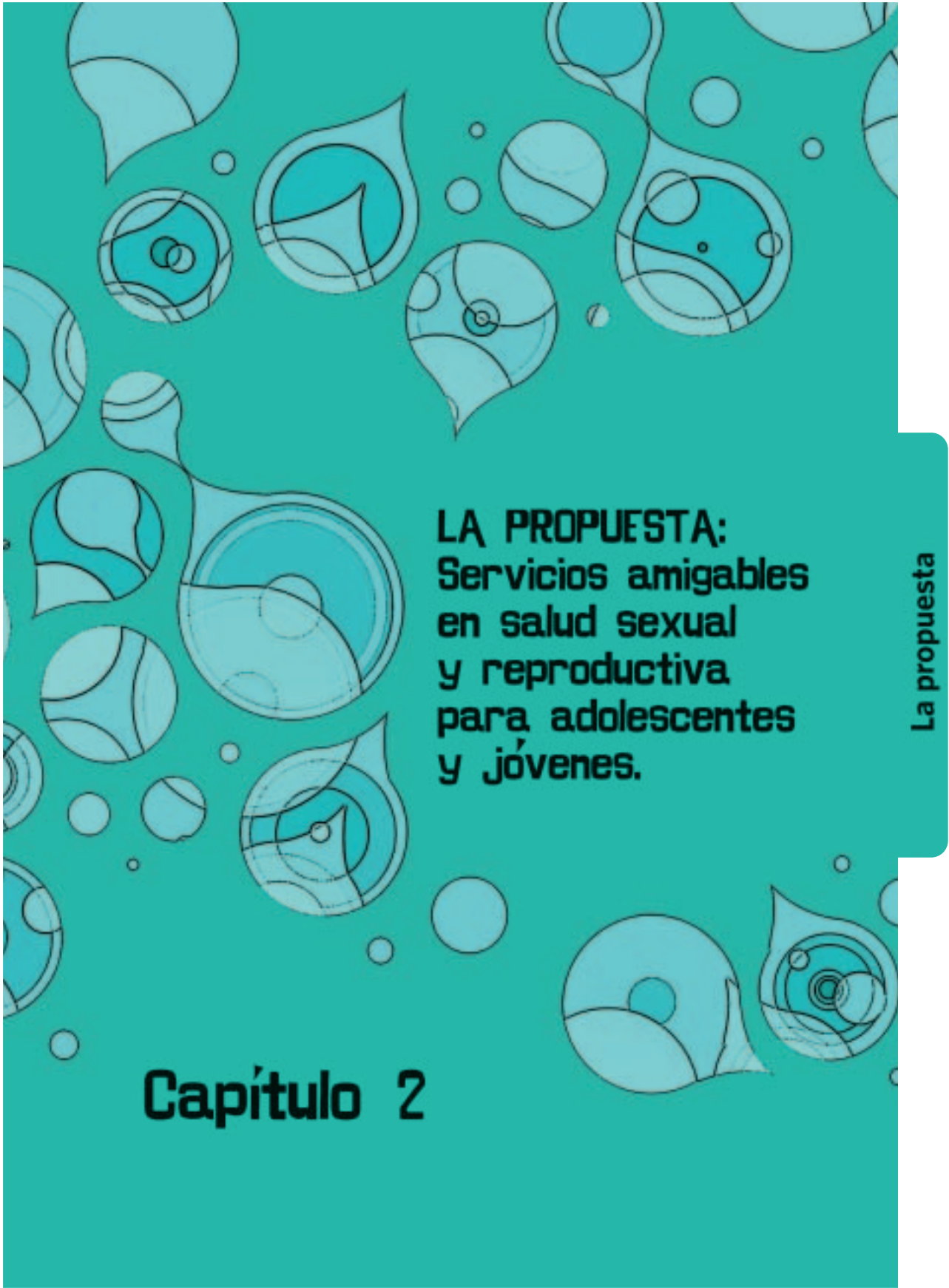
Esa relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Eso permitirá construir una infraestructura para el desarrollo juvenil pensada como inversión sólida para el presente y futuro del país y de la sociedad en general.

ANTES DEL CIERRE

Dicen los antiguos sabios chinos que toda gran caminata empieza con el primer paso, luego del cual vienen muchos más. El camino hacia los servicios amigables apenas lo hemos iniciado. Lo valioso de este primer movimiento ha sido aproximarse al mundo cambiante de la gente joven, a los determinantes y manifestaciones de su salud sexual y reproductiva, a la perspectiva de derechos con que global y nacionalmente se está comprendiendo el tema, y al peso que tienen la sexualidad y la reproducción en el campo del desarrollo humano.

Pero el paso que más celebramos haber dado es el de encariñarnos con adolescentes y jóvenes y su capacidad de cambio en búsqueda de autonomía e identidad. No se puede hacer un mundo diferente e incluyente a la espalda de los hombres y las mujeres jóvenes.





LA PROPUESTA:
Servicios amigables
en salud sexual
y reproductiva
para adolescentes
y jóvenes.

La propuesta

Capítulo 2

La propuesta:

Servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes



Conocer. Ese es el verbo más importante en este capítulo en el que se presenta la propuesta de los servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Los contenidos les mostrarán qué caracteriza a este tipo de servicios y qué lecciones se han aprendido de anteriores experiencias e investigaciones. Varios cuadros comparativos les ayudarán a percibir con exactitud la diferencia entre esta propuesta y las formas tradicionales de prestar el servicio.



Dice el diccionario que amistad es un afecto personal, puro y desinteresado, compartido con otra persona, que nace y se fortalece con el trato. ¿Qué significará llevar el concepto de amigable hacia el servicio de salud? Una forma de saberlo es conversando con hombres y mujeres jóvenes de su comunidad y haciéndoles preguntas como:

¿CÓMO SERÍA UN MUNDO AMIGABLE PARA LAS PERSONAS JÓVENES?

Pida tres ejemplos

¿CÓMO SERÍA UN SERVICIO DE SALUD AMIGABLE? RECORRA LAS INSTALACIONES CON ELLAS Y ELLOS, ESCUCHE Y PREGUNTE.



PROPÓSITO

Dar mayor claridad sobre el concepto de servicios amigables en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes y jóvenes, sus principios, modalidades y componentes. Ello como un paso previo y fundamental para ponerlos en marcha.

1. DEFINICIÓN

*A mis amigos les adeudo la ternura
y las palabras de aliento y el abrazo
Alberto Cortez*

Un servicio amigable en salud, constituye una “forma” de concebir la actividad diaria al interior 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 promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva.

Este tipo de servicios parte 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 en 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.

2. PRINCIPIOS

Principio: Idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta.

Estos servicios no son un agregado o algo diferente a lo dispuesto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Colombiano. Son parte integral y esencial del Sistema que aún no se ha desarrollado.

Para el caso de los servicios amigables, además de los principios del SGSSS, vamos a retomar aquellos que rigen la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud²⁵, la cual determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

En el cuadro que se expone a continuación se aprecian tales principios y al frente se desarrolla su aplicación en el caso de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes:

²⁵Política 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. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

APLICACIÓN PARA JÓVENES DE LOS SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población.

Lo esencial es permitir que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información de calidad para que así puedan aumentar el control de su propia salud.

2. Reconocer la heterogeneidad del país. Esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga a la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.

La juventud no es una sola. Cada persona, y cada contexto, adquieren sus propios rasgos. Cada joven es un mundo aparte que debe ser abordado y apoyado con flexibilidad. Los servicios deben ofrecerse a la medida de cada usuario, ajustándose a sus necesidades y posibilidades. Son los servicios los que se deben ajustar a jóvenes y adolescentes y no a la inversa.

3. Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud.

La mejor evaluación es la que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades de jóvenes y adolescentes. El resto de procesos internos tienen sentido si contribuyen con dicho objetivo.

4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Las personas jóvenes afrocolombianas, las de la ciudad, las rurales, entre otras, tienen particularidades y necesidades distintas. Se espera que los servicios amigables estén hechos para cada grupo de población y sean tan flexibles que puedan responder a sus distintas necesidades.

5. Reconocer la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Admitir la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud.

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.

3. MODALIDADES

Hay muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, en las distintas experiencias se han logrado identificar tres modalidades básicas:

- Centro amigable en salud para adolescentes: Es un espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS, tiene profesionales especializados y designados específicamente para dicho servicio. Mantiene un horario permanente y estable, y está diseñado para atender exclusivamente a adolescentes.
- Unidades amigables en salud para adolescentes: En este caso se comparte la infraestructura con el servicio de salud, pero se cuenta con un horario diferenciado y algunos ambientes exclusivos para adolescentes. Los profesionales que atienden a adolescentes y jóvenes han sido capacitados especialmente para esta tarea, pero su labor no está circunscrita sólo a la atención de este sector poblacional. Existe una adecuada señalización para orientarles hacia los servicios de atención diferenciada.

- Consulta diferenciada. Cuando la institución de salud no cuenta con infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, debe tener un profesional de la salud debidamente formado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, pero guardando la confidencialidad y el respeto por las personas jóvenes.

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 joven y los recursos disponibles en la institución o región.

4. COMPONENTES

Partiendo del análisis de las lecciones aprendidas en otras experiencias e investigaciones, diversos autores han propuesto una serie de componentes y criterios válidos para construir un servicio amigable en salud sexual y reproductiva para jóvenes. Los que se exponen en este documento son cinco y provienen de una adaptación de los componentes propuestos originalmente en el texto “Acortando Distancias”²⁶.

La aplicación y puesta en marcha de dichos componentes permitirá a las instituciones de salud fortalecer sus servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes hasta hacerlos amigables. Para lograrlo se requiere de procesos estructurados y sistemáticos que se desarrollarán con detalles en el capítulo cuatro. Estos son entonces los componentes de los servicios amigables.

²⁶QUINTANA S. Alicia e HIDALGO H., Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud, adolescentes y jóvenes, Servicios de Salud Amigables en Bolivia, Perú y Ecuador. Publicación realizada en el marco del proyecto “Acceso joven, llevado a cabo por el instituto de Educación y Salud – IES, en Bolivia, Ecuador y Perú, con el apoyo de advocates for Youth en alianza con Pathfinder internacional Bolivia y la Red Internacional de adolescencia y juventudes de Ecuador entre 2001 y 2003.

Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación.

Propone que adolescentes y jóvenes cuenten con servicios de salud que les garanticen la accesibilidad física, atención sin discriminación, disponibilidad de servicios acordes con sus necesidades y su derecho a la información respecto a estilos de vida saludable. 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.

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 esta 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”²⁷.

Procedimientos administrativos y de gestión. Todos los procesos administrativos y de gestión con los que cuenta una institución de salud deben diseñarse para responder con estándares de calidad, acordes con 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.

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

²⁷Guías Técnicas del proyecto Integra: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y prevención de la infección por vih.

y jóvenes que las instituciones de salud deben ofrecer y que incluye acciones en promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, como también 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.

Participación juvenil, social y comunitaria.

Este componente se constituye en uno de los factores clave del éxito del servicio, por cuanto incluye a adolescentes y jóvenes, grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñen, así como su empoderamiento frente al servicio, son un paso importante para la sostenibilidad del mismo; y tiene su soporte normativo en el Decreto 1757 de 1994, que establece las formas de participación social para Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas.

5. DIFERENCIAS

Vamos ahora al detalle, a las manifestaciones concretas, prácticas y cotidianas de un servicio de salud para adolescentes y jóvenes que se transforma en amigable. En el siguiente cuadro se ven las diferencias entre un servicio tradicional y uno de carácter amigable.

SERVICIO DE SALUD TRADICIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SERVICIO AMIGABLE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES

- Los aspectos de infraestructura, espacios, acceso y oportunidad en el servicio, son iguales para toda la población.

- Tiene en cuenta a la población joven facilitando su acceso y oportunidad frente al servicio. Para ello, establece horarios especiales para adolescentes y jóvenes y ubica el servicio en lugares donde puedan acceder con facilidad. Además, señala adecuadamente la institución para guiarles hacia el servicio.

- Los profesionales atienden indistintamente a toda la población.

- Garantiza profesionales idóneos para el trabajo con jóvenes, independientemente de la infraestructura o la estrategia para programación de consulta.

- Los profesionales y el personal de la Institución, comunican solamente aspectos básicos del motivo de consulta y su tratamiento.

- Los profesionales y personal del servicio (incluido personal administrativo, de servicios generales, y vigilantes) establecen un diálogo abierto con adolescentes y jóvenes.

- Se atiende en un tiempo mínimo establecido previamente por la institución de salud.

- Si es necesario, se define un tiempo más prolongado de acuerdo a las necesidades y enmarcado en una política institucional de atención para adolescentes y jóvenes.

- La atención se centra más en el registro que en la misma asesoría.

- Los adolescentes y jóvenes son el centro de interés y se optimiza el sistema de información para reducir el tiempo de generación de registros.

<ul style="list-style-type: none"> La oferta de servicios se limita a la gama tradicional de los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> La oferta de servicios es amplia y procura responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes, acorde a las normas establecidas para ello, y a las expectativas de los jóvenes al respecto.
<ul style="list-style-type: none"> No siempre se aplican los protocolos de atención a jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen, se conocen y utilizan los protocolos de atención a jóvenes.
<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes y jóvenes son vistos como sujetos pasivos que reciben información y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes y jóvenes se reconocen como sujetos de derechos y, por lo tanto, capaces de tomar decisiones.
<ul style="list-style-type: none"> Se le resta importancia al tema de género y diversidad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> Todos y todas son bienvenidos/as. Se ofrecen servicios adecuados a las necesidades de toda la población que demanda servicios. Se trabaja con enfoque de género y respeto por la diversidad sexual.
<ul style="list-style-type: none"> No existen claridades sobre el manejo de la confidencialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen procedimientos que garantizan el manejo de la confidencialidad.
<ul style="list-style-type: none"> No se promueve la participación de la población joven. 	<ul style="list-style-type: none"> Se promueve la participación juvenil en la planeación, ejecución y evaluación para la mejora del servicio.
<ul style="list-style-type: none"> El servicio de salud trabaja como una entidad aislada del entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> El servicio de salud promueve la participación juvenil, social y comunitaria e interactúa como promotor de desarrollo para su área de influencia.

6. RAZONES PARA CREARLOS

El desarrollo se mide ahora, entre otros, por el acceso a las oportunidades. Adolescentes y jóvenes colombianos exigen la oportunidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, requieren con urgencia tener el control sobre su propia salud, contando con la orientación, los servicios y la información suficiente para decidir conciente y sanamente sobre su sexualidad. Esta es la razón esencial para promover este tipo de servicios, precisamente por su enfoque de derechos, algo inherente a todas las personas.

Seguramente en sus instituciones de salud encontrarán muchos más motivos para implementar los servicios amigables, pero en forma preliminar aportamos otras razones que le dan sentido a la toma de esta decisión:

- El modelo de servicios amigables es una manera de convertir en hechos los derechos que los acuerdos globales y las leyes nacionales han consagrado para todas las personas, como por ejemplo los que tienen que ver con lo sexual y reproductivo. Con la implementación del modelo la institución prestadora de servicios logra encajar su trabajo con lo señalado por leyes nacionales y acuerdos mundiales.
- Las personas jóvenes son sujetos de derecho, con capacidad para intervenir en el presente y futuro del país, y para aportar a su grupo social. La juventud solicita orientación para el ejercicio responsable de su salud sexual y reproductiva y demanda servicios especiales acorde a sus necesidades.

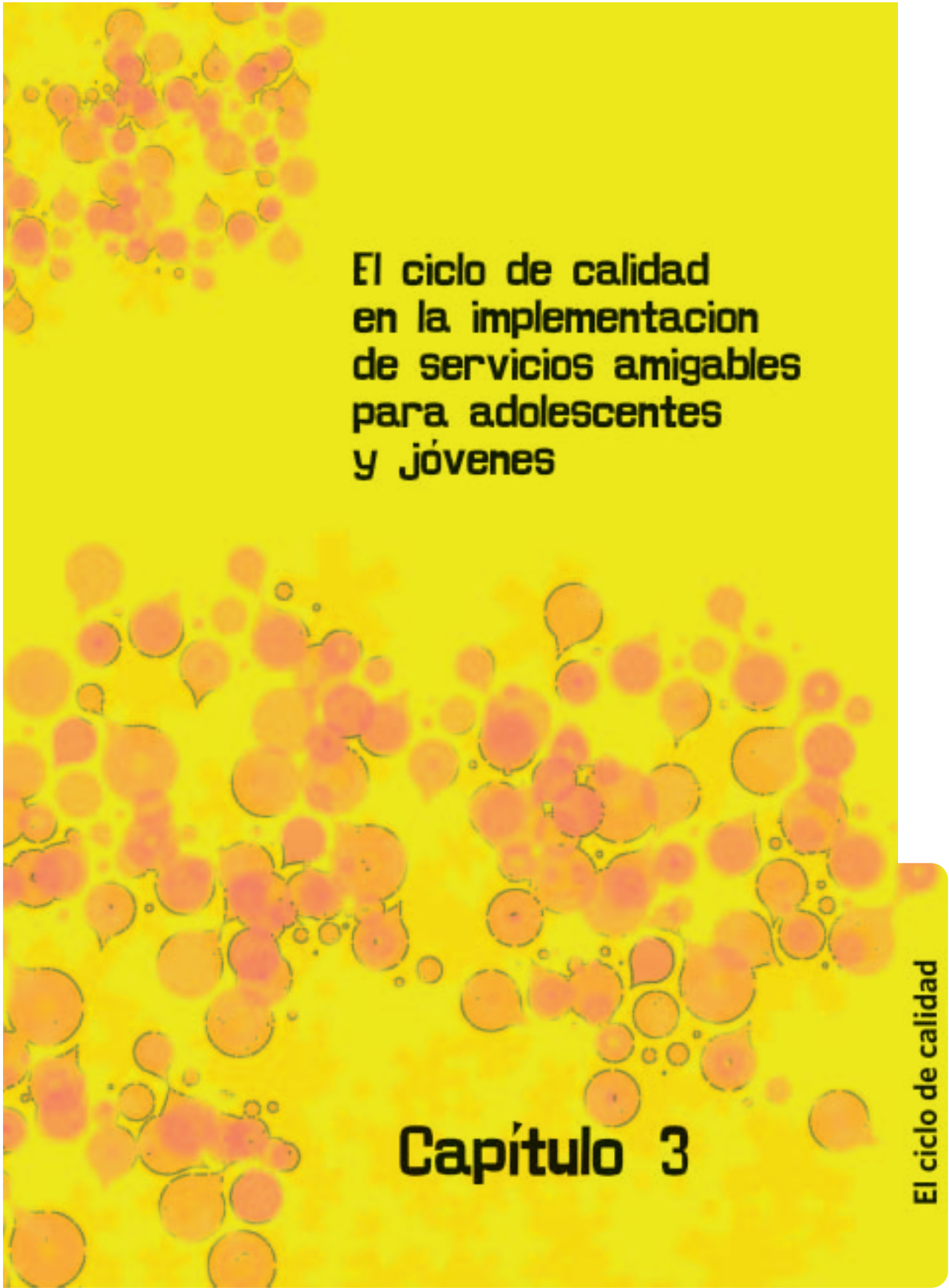
“LOS JÓVENES POSEEN LAS IDEAS, LA DETERMINACIÓN Y LA ENERGÍA NECESARIAS PARA IMPULSAR ACCIONES EFICACES A FIN DE REDUCIR LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD. LOS JÓVENES QUIEREN PROTEGERSE Y ESTAR SALUDABLES. QUIEREN TENER UN PRESENTE Y UN FUTURO MEJOR. EN TODAS LAS REGIONES LOS JÓVENES ESTÁN EMPEZANDO A ACTUAR FRENTE AL VIH/ SIDA Y CONTRA AQUELLAS AMENAZAS QUE AFECTAN SU SALUD, SU EDUCACIÓN Y SUS OPORTUNIDADES PARA EL FUTURO”
UNPFA.

- Los servicios de salud pueden influir y ayudar a adolescentes y jóvenes a protegerse y mejorar su salud actual, a comprender su sexualidad y sus necesidades de salud reproductiva, a responsabilizarse activamente y tomar decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas. Este “poder influir” es una responsabilidad social de la institución de salud.
- Los servicios amigables no requieren de inversiones cuantiosas de dinero, pero contribuyen a la disminución de costos de atención por eventos asociados a la salud sexual reproductiva de las personas jóvenes. Además, disminuyen la posibilidad de que adolescentes y jóvenes asuman comportamientos de riesgo que afecten su capacidad para influir en el futuro, aportando al desarrollo económico y social del país.
- Los servicios amigables son una manera de interpretar la realidad de adolescentes y jóvenes frente a un tema esencial de la calidad de vida, la sexualidad. Los tiempos cambian y con ellos las personas. Los jóvenes de principio de milenio tienden a ser más críticos del mundo adulto, viven a un ritmo más acelerado y en medio de una gran avalancha tecnológica. Por eso requieren actividades e intervenciones que los motiven, les incluyan y no les aburran.

ANTES DEL CIERRE

“Una de estas cosas no es como las otras, es diferente de todas las demás, si adivinas cuál es diferente de las otras, has adivinado de verdad”.

Sí, es una de las clásicas canciones de Plaza Sésamo. Muchos aprendimos a diferenciar los objetos, las personas y las situaciones mientras cantábamos la canción y veíamos las imágenes. Al cerrar este capítulo, no se nos ocurre nada mejor que recordarla, porque esperamos haber aportado las pistas suficientes para que usted identifique que este servicio “es diferente de todos los demás...”.



**El ciclo de calidad
en la implementación
de servicios amigables
para adolescentes
y jóvenes**

Capítulo 3

El ciclo de calidad en la implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes



Déle una mirada a su vida personal. Recordando las épocas escolares, haga un horario y en él escriba lo que usualmente está haciendo cada día de la semana, a cada hora del día. Posiblemente descubra que los seres humanos somos “animales de costumbres” que repetimos con frecuencia nuestros actos.

¿ENCUENTRA QUE ALGUNA DE LAS RUTINAS NO TIENEN SENTIDO? ¿HAY OTRAS QUE SÍ LO TIENEN? ¿EN DÓNDE ESTÁ LA DIFERENCIA?



Es como si el mundo estuviera dando vueltas, repetía Úrsula, la abuela de Cien Años de Soledad, cada vez que sentía que los acontecimientos se repetían idénticos, una y otra vez. Para ella la vida estaba compuesta de ciclos, que no eran más que rutinas sin sentido. Pero no siempre fue, ni es, de esa forma.

En ocasiones los ciclos pueden ser la oportunidad para convertir en rutina el acto de evaluar, aprender y rehacer el camino. Es lo que hacen los entrenadores deportivos que con su equipo recorren una y otra vez la misma jugada, hasta que logran hacerla mejor. En este caso, la repetición y la evaluación son las claves para mejorar. Tal vez de allí el refrán que dice: "la práctica hace al maestro".

PROPÓSITO

Compartir una herramienta cíclica pensada para repetir unas acciones, revisarlas y mejorarlas en forma continua. Se trata del ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar para la mejora - PHVA. Este ciclo otorga especial valor a la participación juvenil en la gestión de los servicios amigables, como un elemento que agrega condiciones de calidad.

1. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS AMIGABLES

En 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.

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 normatizados en las resoluciones 412 y 3384 de 2000. 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.

Además, 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.²⁸. 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.

²⁸Para ampliar información puede consultarse Ciclo de Calidad o Ciclo de Deming.

I. 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”²⁹. Pero en la cita anterior, “hay mucha tela para cortar”. A continuación le 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 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

²⁹MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>

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.

II. 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 de Salud³⁰, las cuales deben tenerse en cuenta en todos los servicios, incluidos los servicios amigables para adolescentes y jóvenes:

³⁰Para complementar el análisis desde la perspectiva de derechos puede consultar el modelo de las cuatro A. Tomasevski, relatora especial de Naciones Unidas.

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.

III. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

3.1.1.1 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 auto evaluación con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos y realizar ajustes necesarios.

3.1.1.2 La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de 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.

3.1.1.3 La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad. Se basa en los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad, que se explican a continuación:

- **La confidencialidad.** Busca que la información a la cual se tenga acceso en las instituciones de salud durante el proceso de acreditación, así como los datos de instituciones que no hayan sido acreditadas, no se hagan públicos, excepto la solicitada por el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas.
- **La eficiencia.** Es el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- **La gradualidad.** Propone que el nivel de exigencia de los estándares sea creciente en el tiempo, con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. Por supuesto, para lograrlo se requieren procesos de planeación y verificación permanentes.

3.1.1.4 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 componentes³¹ 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.

2 CICLO: PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR PARA LA MEJORA CONTINUA

*La calidad no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua.
Edwards Deming*

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.

³¹Para obtener mayor información acerca de los cuatro componentes, se sugiere consultar el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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.
- **HACER:** Desarrollar las acciones planeadas, de acuerdo con cada nivel de atención.
- **VERIFICAR:** Controlar el proceso de prestación del servicio conforme a indicadores de calidad durante las fases del proceso de prestación.
- **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.

I. Planear

LA DIFERENCIA ENTRE LA ABEJA Y EL ARQUITECTO ESTÁ EN QUE ELLA HACE TODO POR INSTINTO Y ASÍ, OBEDECIENDO, CONTRIBUYE A CONSTRUIR Y SOSTENER EL PANAL; MIENTRAS QUE ÉL PLANIFICA CÓMO QUIERE CONSTRUIR SU EDIFICIO Y LUEGO LO LLEVA A CABO.

En lo institucional, el ser humano debe optar, planear y decidir “antes de actuar”. La reflexión previa le permite saber qué va a hacer, cómo lo hará, con quiénes, cuándo, porqué, dónde y cómo lo evaluará. Para planificar con acierto es necesario tener claridad sobre el punto de partida y el que se sueña como punto de llegada, para luego decidir las estrategias que se seguirán para lograr las metas y cumplir los objetivos.

La planificación permite asegurar una ruta, prevenir desviaciones y garantizar condiciones para obtener el resultado. Además, ha de tenerse en cuenta que el resultado de cualquier proceso de producción de servicios debe tener implícita la calidad como una cualidad esperada por quienes hacen uso del servicio; por lo tanto el proceso de planeación debe incluir, de manera intencionada, una forma de conseguir, monitorear y evaluar la calidad.

Planear

- 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, pero 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 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.
- En el capítulo 4 se abordan los componentes de un servicio de salud amigable, al cual debe proyectarse la IPS y pueden convertirse en elementos de garantía de calidad y satisfacción de los usuarios con miras a la acreditación del servicio.

II. Hacer

Despacito y buena letra, que el hacer las cosas bien, importa más que el hacerlas.
Antonio Machado

Hacer es llevar a cabo lo planeado. En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud se refiere a la manera como desarrollan procesos y ejecutan las tareas planeadas. Este paso puede ser un buen escenario para el aprendizaje, si en la ejecución de las acciones se dispone de tiempos y mecanismos para revisar las experiencias y opiniones de quienes participan como prestadores y usuarios del servicio. Esto es llamado aprendizaje cotidiano desde la acción.

Hacer

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.

Además, 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.

III. Verificar

Quando me encuentro con un amigo y me pregunta: ¿cómo estás?, siempre respondo lo mismo: ¿comparado con quién?
Gustavo Wilches-Chaux

Verificar es comprobar; permite la revisión cuidadosa de lo que se hizo y de los puntos alcanzados con relación a lo planeado, si se han realizado adecuadamente y si se pueden mejorar. En este momento del ciclo se establecen mecanismos para conocer los resultados de las acciones ejecutadas desde el hacer y se evalúa el cumplimiento de los objetivos. Es importante que cada institución defina la frecuencia con la cual se revisarán los resultados esperados, cómo se controlarán las acciones que se ejecutarán y quién se encargará de hacer seguimiento.

IV. Actuar para la mejora continua

Las personas debemos el progreso a los insatisfechos.
Aldous Huxley

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 y se garantiza la mejora continua.

Verificar y actuar para la mejora

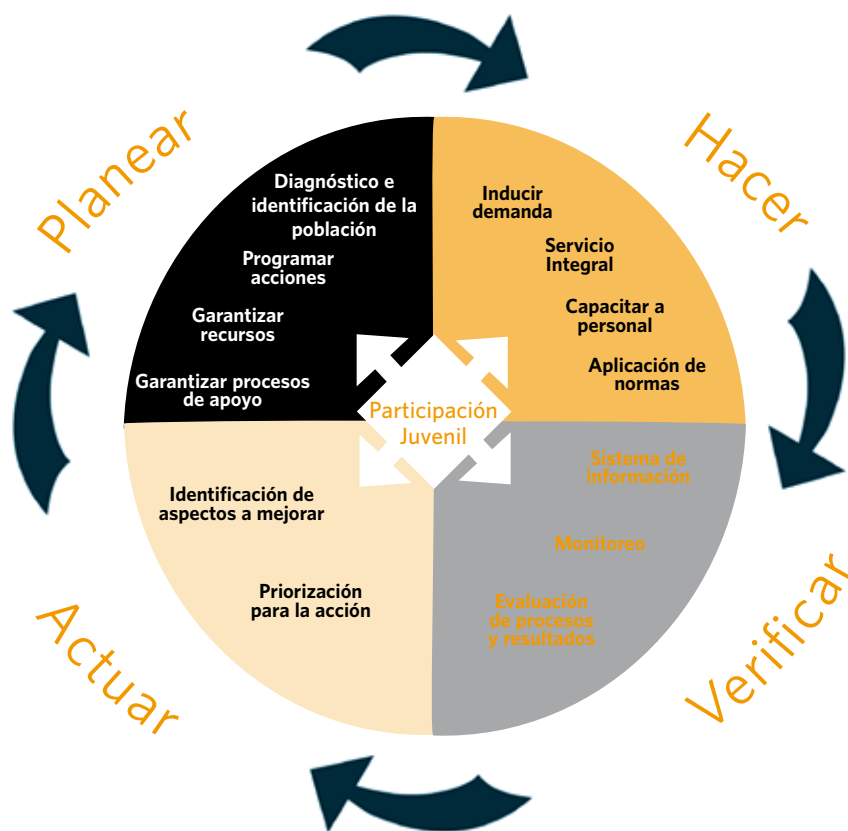
La participación juvenil es fundamental porque son la población usuaria del servicio, conocen lo que ocurre en momentos claves de la prestación del mismo y pueden verificar si las acciones se cumplen de acuerdo con lo establecido en el plan.

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.

En los procesos de mejora de la calidad de los servicios, sean de salud o de otro tipo, surge con frecuencia la pregunta: ¿cómo lograr que los usuarios estén satisfechos? Una manera es que todo lo que se planee, haga, verifique y mejore, permita la participación de dichos usuarios. Esto garantiza que desde el inicio del proceso la institución sepa qué quieren sus usuarios y planee con ellos cómo satisfacer sus necesidades.

Una manifestación gráfica del valor e importancia que tiene la participación de adolescentes y jóvenes en este ciclo de PHVA aplicado a los servicios amigables, se puede notar en el gráfico siguiente en el cual la participación se ubica en el centro, como motor de todo el proceso.

IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES



3. LOS ROLES DE CADA ACTOR

A continuación encontrará una propuesta de acciones referidas al ciclo de calidad, que le permitirá una aproximación a las acciones que cada actor puede adelantar dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con sus competencias, para el desarrollo de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Estas se ampliarán en el siguiente capítulo.

ENTIDADES TERRITORIALES

PLANEAR	HACER	VERIFICAR Y ACTUAR
<p>Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.</p> <p>Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPS-ARS.</p> <p>Ordenamiento de la red de servicios requerida.</p> <p>Definición de estrategias de inducción de la demanda.</p> <p>Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios.</p>	<p>En población asegurada: Verificar que las EPS, ARS y Entidades Adaptadas y Transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.</p> <p>En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.</p>	<p>Vigilancia de las acciones que ofrecen las EPS, ARS y Entidades Adaptadas y Transformadas presentes y operando en el territorio.</p> <p>Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.</p> <p>Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana, de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado.</p> <p>Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.</p> <p>Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.</p>

ASEGURADORAS

PLANEAR	HACER	VERIFICAR Y ACTUAR
<p>Programar las acciones de atención integral dirigidas a los adolescentes y jóvenes, garantizando la integralidad, estimando el volumen de actividades y procedimientos.</p> <p>Disposición y organización de la población para el ejercicio racional y adecuado de los derechos adquiridos para garantizar la adecuada prestación de servicios.</p> <p>Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de los adolescentes y jóvenes hacia los servicios.</p>	<p>Garantizar una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como Institución prestadora de servicios de salud (IPS).</p> <p>Garantizar la suficiencia y acceso de la red disponible con relación al volumen de actividades resultantes de la programación anual, garantizando el primer nivel de atención en el lugar de residencia de afiliados y la continuidad e integralidad de los procesos de atención.</p> <p>Contar con las condiciones de tipo administrativo que permitan realizar los procesos de autorización de servicios, comités de medicamentos, remisión, contrarremisión y traslado de pacientes, de manera oportuna y segura, con el fin de darle la continuidad e integralidad necesaria a los procesos de atención.</p> <p>Capacitación del recurso humano y definición de los aspectos logísticos, financieros y de información para la prestación de los servicios.</p>	<p>Consolidación de la información de los indicadores de gestión de su red de servicios, ya sea ésta propia o contratada y remisión a la Dirección Departamental o Distrital de salud para que éstas adelanten la evaluación técnica de las intervenciones y la respectiva retroalimentación.</p> <p>Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana dirigidas a los adolescentes y jóvenes.</p>

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

PLANEAR	HACER	VERIFICAR Y ACTUAR
<p>Conformar un equipo líder dinamizador</p> <p>Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes</p> <p>Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.</p> <p>Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.</p> <p>Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.</p> <p>Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.</p> <p>Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.</p> <p>Diseñar sistema de información integral.</p> <p>Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.</p>	<p>Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS.</p> <p>Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.</p> <p>Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución. Registro permanente.</p>	<p>Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.</p> <p>Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la Aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.</p> <p>Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.</p> <p>Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores incluida la comunidad de referencia de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.</p> <p>Documentar el proceso.</p>

ANTES DEL CIERRE

Hace unos 5.000 años el pueblo sumerio inventó la escritura. Desde entonces las comunidades humanas han desarrollado unas que van de izquierda a derecha o a la inversa, otras en forma vertical u horizontal, con consonantes y con vocales. Cada pueblo a su manera ha establecido su propia forma de escribir.

El ejemplo es significativo. Muestra cómo a pesar de compartir desarrollos, (la escritura) cada pueblo encuentra su expresión particular. También nos deja ver que evaluando los hechos diarios es como cada pueblo ha encontrado su propia forma de escribir, adecuada a su desarrollo y posibilidades y diferente a las demás.

Quisimos recordar esta experiencia humana porque tiene mucho que ver con varias de las ideas desarrolladas hasta este punto. Por un lado, la de la diversidad que nos hace ser distintos como personas y como culturas. Por otro, la de los ciclos de aprendizaje que permiten no quedarse la vida entera haciendo lo mismo, sino estar siempre aprendiendo de lo que pasa alrededor y construyendo nuevas maneras de hacer mejor las cosas.

El ciclo que se ha propuesto no es más que una forma de ver la vida diaria como si fuera un libro que se mira, se consulta, se analiza y que permite obtener un nuevo conocimiento destinado a mejorar lo que hacemos.

Capítulo 4

**Prestación de servicios
para adolescentes
y jóvenes.**

Prestación de servicios para adolescentes y jóvenes



A. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La Ley 1122 de 2007 que modifica el SGSSS, en el artículo 33, enuncia que definirá el Plan Nacional de Salud Pública cuyo objetivo 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; entre los contenidos se encuentra la promoción de la salud sexual y reproductiva y el Plan Nacional de Salud Pública de acciones colectivas que reemplazará 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; 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	Derecho
Artículo 11	Derecho a la Vida.
Artículo 13	Derecho a la Igualdad.
Artículo 15	Derecho a la Intimidad Personal y Familiar y a su 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, en la Resolución 5261 de 1994, establece el Manual de Procedimientos e Intervenciones de obligatorio cumplimiento en el POS, siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas con cargo a la UPC del Contributivo, Subsidiado y sirve como marco de referencia para los no afiliados.

La Ley 100 de 1993, mediante Acuerdo 117 de 1998, establece además, el obligatorio cumplimiento de los procedimientos, actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, y luego con la Resolución 412 de 2000 adopta normas técnicas y guías de atención que definen 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).

La norma técnica para detectar e intervenir en forma temprana los problemas de salud que afectan el desarrollo de jóvenes entre 10 y 29 años tiene como objetivos específicos identificar oportunamente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes de 10 a 29 años; promover la orientación y los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinadamente con su familia, colegio y comunidad, buscando la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos y promover el auto cuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo³².

³²Resolución 412 del 2000: Norma Técnica de Detección de Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años.

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 la organización de servicios diferenciados para la atención en salud de adolescentes, a fin de permitirles dentro de su contexto biológico, psicológico y sociocultural, acceder a ellos y mantenerse como usuario; el enfoque de abordaje en la atención no sólo debe ir dirigido a la prevención de riesgos del comportamiento y riesgos determinados por el entorno, sino a la búsqueda del desarrollo sano del joven. 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.

La 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"

Modifica elementos centrales de la responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud, entre otros los aspectos relacionados con: "Que las Normas Técnicas y las Guías de Atención definidas en la Resolución 412 de 2000, contienen algunas actividades, procedimientos e intervenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, por lo que es necesario precisar la responsabilidad de las administradoras con relación a lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud"; la garantía del acceso de la población afiliada, el ajuste de metas inicialmente definidas en las Normas Técnicas y la implementación del registro de actividades cumplidas por las Empresas Promotoras de Régimen Contributivo y Subsidiado. Como aparece textualmente mencionado en los considerandos y desarrollado en el articulado.

Al respecto es importante resaltar, que el artículo 1 de la presente Resolución establece "que las actividades intervenciones y procedimientos de las normas técnicas y guías de atención que no hacen parte de los Planes Obligatorios de Salud, no son de carácter obligatorio,

para las EPS y ARS (Hoy EPS, del régimen subsidiado) y por lo tanto no son responsables de la realización ni financiación de los mismos”³³

La misma Resolución en el Artículo 2 “establece la responsabilidad de las EPS en el Régimen Contributivo, frente a los Medicamentos NO-POS incluidos en las Normas Técnicas y Guías de Atención. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 110 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas, las EPS podrán formular medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos adoptado a través del Acuerdo 83 del CNSSS”.

La Ley 715 de 2001 define las competencias en salud de la nación, los departamentos y distritos y de los municipios; a estos últimos les corresponde el aseguramiento de la población y la ejecución de programas en salud pública.

El acuerdo 228 de 2002 establece los medicamentos del POS, e incluye los anticonceptivos orales (Levonorgestrel + Etinilestradiol (150 - 250 + 30 - 50) mcg tableta o gragea) e inyectable (medroxiprogesterona acetato 50 mg/mL suspensión inyectable).

La Circular 018 de 2002 estipula las prioridades en salud pública. Para este caso, se mencionan algunas de las actividades orientadas al cumplimiento de Política de Salud Sexual y Reproductiva relacionadas con adolescentes y que será reemplazada por el Plan Nacional de Salud de actividades colectivas:

- Promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mediante estrategias de información, educación, movilización social, en coordinación con el sector educación y demás sectores relacionados.
- Suministro de métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y emergencia a adolescentes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo.

³³Tomado textualmente de Resolución 3384 de 2000.

- Promover en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes y evaluar la percepción de los/las adolescentes sobre las acciones y servicios de SSR.

El Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, establece la protección integral de los infantes y adolescentes como un sistema de derechos y garantías, políticas públicas y restablecimiento de los derechos; además define el sistema de responsabilidad penal para adolescentes como sujetos de derecho y por lo tanto con el deber de responder por delitos, regulando el proceso ante la justicia penal y la reparación de las víctimas.

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, el 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 del interés superior. Avanza la ley en lineamientos para las políticas públicas de niñez y adolescencia, y en el artículo 12 y 13 tiene en cuenta la perspectiva de género y la pertenencia a pueblos indígenas y demás grupos étnicos, 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 formar, promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre el tema (Art. 39); y como obligaciones del Estado, entre otras, prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos; 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 y la protección especializada; y apoyo prioritario a las madres adolescentes.

El Código de Infancia y Adolescencia contiene entonces herramientas poderosas para que desde el nivel nacional y territorial, y desde los distintos sectores del Estado, se organice lo relativo a la garantía de condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos a la niñez y la adolescencia³⁴.

El Decreto 3518 de 2006 reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Sivigila, 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. El ámbito de aplicación de este Decreto rige en todo el territorio nacional y es de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades responsables de los regímenes de excepción. (MPS)

El Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el cual se desarrolló en sus aspectos centrales, en el capítulo 3; con base en este Decreto debe implementarse los servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

³⁴Esmeralda Ruiz.....Asesora UNFPA.

Uno de los avances más importantes en la normatividad colombiana sin duda es la sentencia C355 de 2006; 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**.

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 expedieron 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**, 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 especial 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, con el 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 expide la circular 0031 del 14 de mayo de 2007, que imparte instrucciones de obligatorio cumplimiento a las Entidades Promotoras de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales para el reporte de las instituciones que, dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco-obstetricia de baja, mediana y alta complejidad, cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Registros Individuales de Prestación de Servicios. Además se expidió un acuerdo para incluir el Misoprostol en el Plan Obligatorio de Salud.

Por último, mediante el **Decreto 3039 de 2007** se adopta el **Plan Nacional de Salud Pública** para 2007 a 2010, de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud; las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

El alcance del Plan Nacional de Salud Pública es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad, promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud, recuperar y minimizar el daño.

Los propósitos son: mejorar el estado de salud de la población colombiana; evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

El Plan Nacional de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio colombiano.

Uno de los enfoques es el Poblacional, en el que las intervenciones en salud simples o combinadas son dirigidas a la población en general y buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

En ese sentido se deben tener en cuenta las tendencias poblacionales en Colombia, que está en la tercera etapa de la transición demográfica en la que las tasas de natalidad han disminuido por factores como mejoramiento de la educación de las mujeres, uso de anticoncepción y participación en la actividad económica (Población y Equidad en Colombia. Análisis de Situación UNFPA 2006), y el resultado es el envejecimiento de la población colombiana, con un peso grande en edades intermedias, lo que implica mayores esfuerzos para generar empleo para adultos jóvenes y hacer provisiones para la atención de la población jubilada. Esto se traduce en baja tasa de dependencia demográfica, lo que es llamado oportunidad

demográfica o bono demográfico, momento histórico que debe ser aprovechado para que el Estado defina políticas económicas y sociales, coherentes en educación, salud, empleo, y pensiones. (UNFPA)

Otro enfoque es el de Determinantes el cual plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables (PNSP).

Y el último enfoque es el de Gestión Social del Riesgo planteado como un proceso dinámico, creativo, en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad. (PNSP).

El Ministerio de la Protección Social definió las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Dentro de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública se destaca mejorar la salud sexual y reproductiva y salud mental, a través de estrategias en:

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA:

Abogar por el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

2. PREVENCIÓN DE RIESGOS RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE DAÑOS EN LA SALUD:

Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.

Implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos

B. Marco político

En el país se han adelantado esfuerzos en términos de definición y aplicación de los marcos constitucionales. En este sentido, la **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de 2003** busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos para toda la población. Hace especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el

estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

Los Principios orientadores de la PNSSR son:

- Concepción de los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos humanos
- Equidad social y de género. Empoderamiento de las mujeres
- Calificación de la demanda

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Establece seis líneas de acción como respuesta a los problemas prioritarios:

- Maternidad segura
- Planificación familiar
- Salud sexual y reproductiva de la población adolescente
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- ITS y VIH/Sida.
- Violencia doméstica y sexual.

¡PARA RECORDAR!

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.

La Presidencia de la República formuló la **Política Nacional de Juventud 2005- 2015** que 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.

El Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007 ha formulado la **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud**³⁵ 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. Se articula alrededor de tres ejes:

1. **“La accesibilidad a los servicios de salud**, como la condición que relaciona la población que necesita 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”

³⁵Política 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. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

3. **“La eficiencia**, referida a la obtención de los mayores y mejores resultados empleando la menor cantidad posible de recursos.

“Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente”.

Modelo de Gestión de la Calidad

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud como dijimos se desarrolla en torno a tres ejes, uno de ellos el de la calidad de la atención en salud, que se entiende como “la provisión de servicios accesibles y 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 se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales:

1. El mejoramiento continuo de la calidad
2. La atención centrada en el usuario”³⁶.

Es importante señalar que los requisitos del sistema los proveen las partes interesadas y a su vez son la razón de ser del sistema, por lo que el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario se convierten en el propósito fundamental del SGC. Si se tiene en cuenta que los requisitos son cambiantes en el tiempo, los estándares de calidad que se deben alcanzar siempre serán más altos. Por ello, y en definitiva, el mejoramiento continuo no es más que la búsqueda de la excelencia.

Por lo tanto y siguiendo los lineamientos para la gestión integral en los servicios de SSR del Proyecto Integra, es coherente proponer servicios amigables

³⁶Ministerio de la Protección Social. Noviembre de 2005. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

para adolescentes y jóvenes como una aplicación al “Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), cuyo propósito fundamental es lograr la satisfacción de todos los interesados, utilizando el enfoque basado en procesos y la mejora continua”³⁷.

En un SGC, los propósitos que busca cada uno de los interesados se convierte en un requisito para el sistema, a continuación ofrecemos un ejemplo de las formas como se puede expresar la calidad al SGC³⁸:

ESTADO E INSTITUCIONES	SOCIEDAD Y ORGANIZACIONES	USUARIOS Y USUARIOS
Los plasman en políticas internacionales y nacionales, leyes, decretos, etc.	Mediante declaraciones, encuestas, recomendaciones; las instituciones en su plataforma estratégica, normas internas, estándares y procesos.	A través de sugerencias, reclamos, peticiones, expectativas y estudios de necesidades.

A partir de los requisitos del sistema, se deben identificar los procesos básicos y de apoyos necesarios para cumplir con dichos requisitos y sus interacciones, pues con frecuencia las “salidas” o productos de un proceso se convierten en “entradas” o insumos del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados, y en especial la determinación de las interacciones entre tales procesos se conoce como Enfoque Basado en Procesos.

Para asegurar que los proceso básicos y los de apoyo cumplan con los requisitos de las partes interesadas, es necesario construir procesos para el direccionamiento del sistema, mediante los cuales se puedan definir responsabilidades, niveles de autoridad, tomar decisiones con base en los resultados obtenidos, procesos para evaluar,

³⁷Guías Técnicas del proyecto Integra: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y prevención de la infección por VIH. P.34

³⁸Ejemplos de estos requisitos son los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por la Asamblea de Naciones Unidas, La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida, la resolución 412/2000.

analizar y mejorar el sistema, realimentar la toma de decisiones, ajustar los aspectos que no estén bien y mejorar los que hayan alcanzado un adecuado nivel.

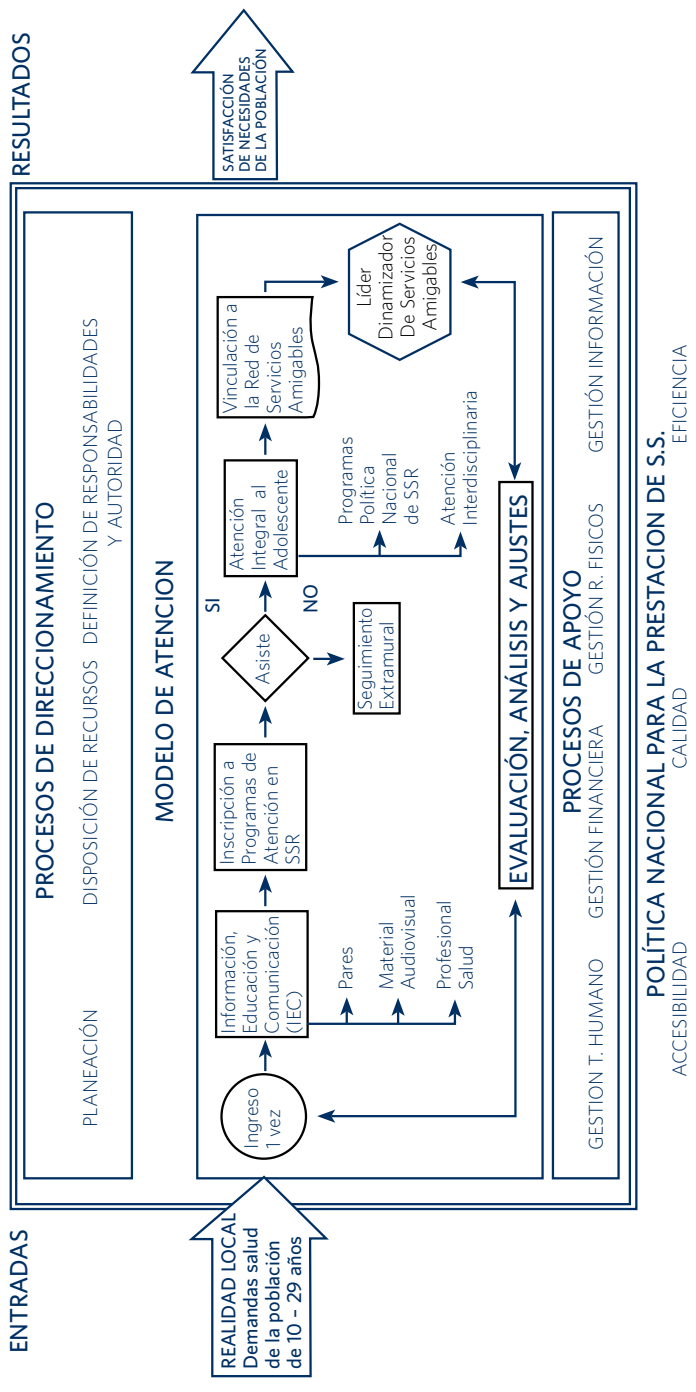
Se adapta el modelo del sistema de gestión de la calidad SGC para Servicios de Salud Sexual y Reproductiva propuesto por el Proyecto Integra, el cual muestra un enfoque basado en procesos y la interacción entre los tipos de procesos mencionados:

- Procesos básicos o modelo de atención.
- Procesos de apoyo.
- Procesos de direccionamiento.
- Procesos de evaluación, análisis y mejora.



MODELO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SAS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD



Con el objeto de reorientar las acciones de salud en jóvenes y adolescentes y generar servicios de salud amigables en un ambiente integral, se deben desarrollar procesos teniendo en cuenta tres niveles que deben articularse:

- **El nivel de dirección institucional**, responsable de la planeación, disposición de recursos, definición de responsabilidades y líneas de autoridad.
- **El nivel administrativo**, responsable del diseño y la puesta en marcha de los procesos de apoyo en lo referente a la gestión del recurso humano, gestión financiera, gestión de recursos físicos y gestión de la información.
- **El nivel del modelo de atención**, donde se desarrollan los procesos básicos, que dependen de los dos niveles anteriores para su ejecución y en el que se involucran, procedimientos y actividades que van desde el contacto inicial con jóvenes y adolescentes pasando por la instauración de tratamientos, hasta la ejecución de actividades de seguimiento y control; todo esto tomando como punto de partida las necesidades reales y demanda de servicios de jóvenes y adolescentes dentro de un marco de derechos, para la satisfacción de sus necesidades y dar respuesta a sus expectativas.

Adaptación del Modelo de Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Un servicio amigable se logra con la suma de muchos y diversos aportes. Para diseñar el modelo de atención e incluir procesos que fluyan amigablemente, se requiere la participación de profesionales de la salud, adolescentes y jóvenes, representantes de la comunidad y del equipo humano de la administración y gestión institucional.

El primer compromiso para la implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes debe

ser asumido por la dirección de la IPS, mediante un acto administrativo (directriz por oficio), y se materializa con la definición de un portafolio de servicios, que debe dar solución a las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes, teniendo como estándar mínimo el cumplimiento de la normatividad nacional vigente y lo contemplado en los planes obligatorios en salud existentes.

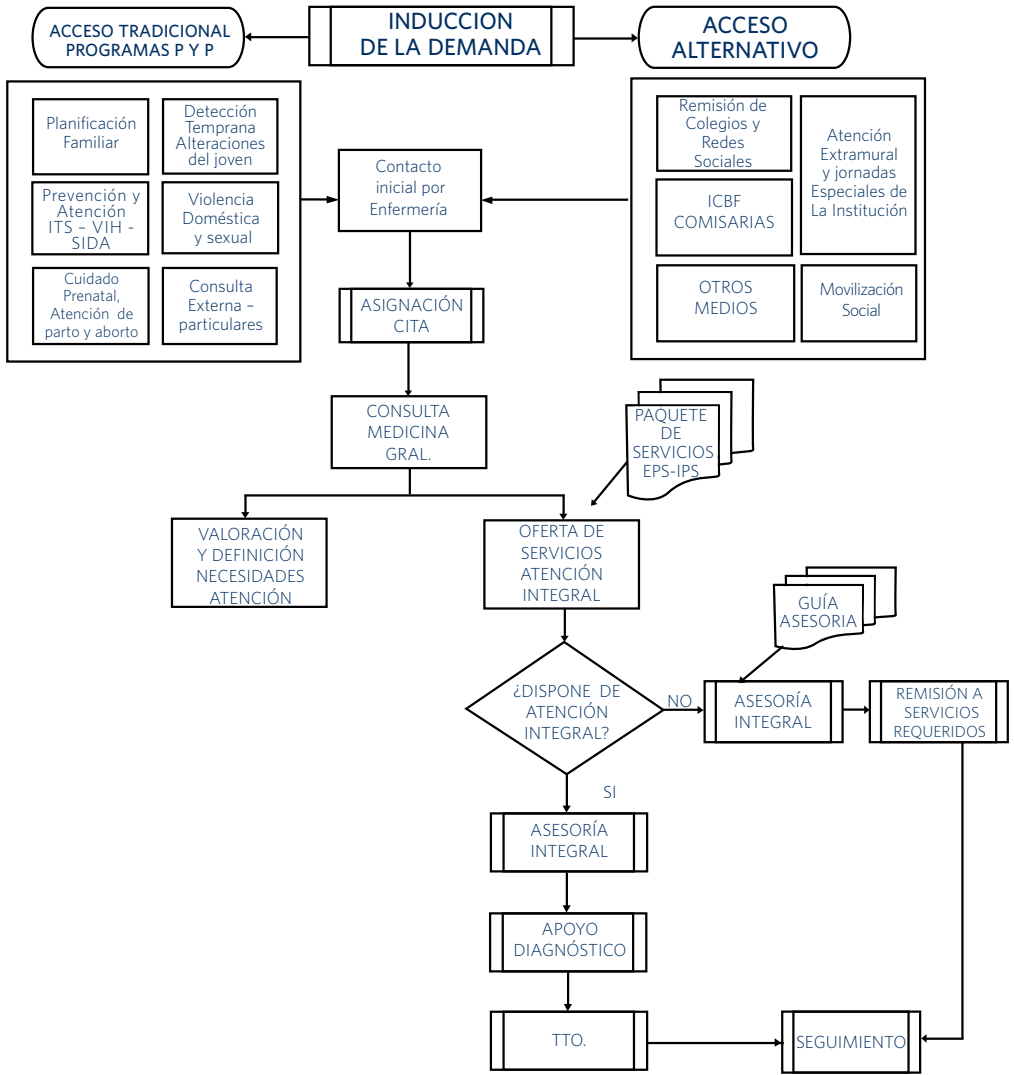
Se presenta un listado de servicios para adolescentes y jóvenes del cual se pueden elegir aquellos que la entidad está en capacidad de desarrollar en el momento, como portafolio institucional flexible para el cumplimiento de lo ordenado en la resolución 412 como requisito mínimo indispensable; sin embargo el esquema permite inclusión gradual de nuevos servicios en la medida que aumente la demanda y se obtengan mayores recursos para su financiación.

Para el diseño del portafolio de servicios es pertinente involucrar a todas las personas relacionadas con la prestación de servicios al interior de la entidad, al igual que convocar a las organizaciones juveniles y comunitarias para recoger aportes sobre estrategias y mecanismos en pro de satisfacer las expectativas y necesidades en salud de adolescentes y jóvenes.

Definido el portafolio de servicios, la institución podrá avanzar hacia la concreción del modelo de atención que utilizará para ofrecer los servicios seleccionados, reflejando la manera en que la entidad organiza los procesos requeridos para prestar el servicio de salud y la forma de satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes.

A continuación se presenta una propuesta para organizar servicios amigables para adolescentes y jóvenes, con base en el modelo de atención de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva del Proyecto Integra³⁹, en el cual se identifican claramente las puertas de entrada, y los principales procesos que pueden implementarse para lograr servicios amigables.

³⁹Ídem 3. pág. 50.



Cada institución debe adaptar el modelo a sus necesidades y posibilidades, sin perder de vista que adolescentes y jóvenes pueden ser captados institucionalmente desde la consulta de morbilidad general, en los diferentes programas asistenciales y de promoción, desde otras entidades locales, y desde los grupos de la comunidad que trabajan con adolescentes y jóvenes.

Se propone que debido a la baja solicitud de servicios por parte de los adolescentes y jóvenes se fortalezcan las acciones de inducción a la demanda, teniendo en cuenta dos escenarios; el tradicional que hace referencia al espacio donde se prestan los servicios de atención en salud como:



Consulta de Planificación Familiar	<p>Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución 412/2000 MPS Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Nacional de Salud Pública. Código de Infancia y Adolescencia
Consulta de detección temprana de alteraciones del joven	<p>Documentos de consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva Serie OPS/FNUAP No. 2. Guía técnica de Regulación de la Fecundidad SDS Bogotá.
Consulta de prevención y atención ITS-VIH SIDA	<p>Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución 412/2000 MPS. Guía para el Manejo del VIH basada en la evidencia Colombia PARS MPS 2007. Modelo de Gestión Programático en VIH-Sida MPS 2006. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Nacional de Salud Pública. Código de Infancia y Adolescencia <p>Documentos de consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes Con énfasis en salud sexual y reproductiva Serie OPS/FNUAP No. 2.
Cuidado Prenatal, atención de parto y aborto	<p>Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución 412/2000 MPS. Norma técnica para la atención de IVE Res 4902/2007. Código de Infancia y Adolescencia.
Violencia Doméstica y Sexual (Norma Técnica y Guía de Atención de Mujer y menor maltratados)	<p>Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Res 412/2000. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Nacional de Salud Pública. Código de Infancia y Adolescencia Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes menores de 18 años (ESCNNA)1 2006 - 2011ICBF-UNICEF-OIT-IPEC FUNDACIÓN RENACER 2006.
Consulta de morbilidad	<p>Normas</p> <ul style="list-style-type: none"> MAPIPOS. Consulta de odontología, consulta de enfermería entre otros.

Otra opción de acceso a los servicios son los espacios de instituciones que trabajan con jóvenes como: colegios, ICBF, comisarías de familia, iglesias, grupos comunitarios (grupos juveniles, clubes juveniles, entre otros) donde pueden ser convocados, reclutados o remitidos para lograr un incremento importante en la demanda de servicios por parte de adolescentes y jóvenes a los servicios amigables de salud.

Con estos elementos se hace necesario que la institución tenga clara la ruta que deben cumplir adolescentes y jóvenes para acceder de manera práctica, oportuna y segura a los servicios amigables, teniendo presente las posibles puertas de entrada.

Una característica fundamental de este modelo, es que evidencia y considera las acciones de inducción de la demanda dentro del proceso de prestación del servicio, este es un compromiso de aseguradores y prestadores que está ampliamente reglamentado, pero que pocos cumplen. Se sabe que adolescentes y jóvenes son quienes menos visitan las instituciones de salud y cuando lo hacen, con frecuencia la oferta del servicio se limita a solucionar un motivo de consulta específico y diligenciar formatos para cumplir metas.

El modelo, al considerar una nueva “puerta de entrada” (acceso alternativo) que aumentan las posibilidades de acceder a los servicios, y a la vez se fortalecen los vínculos interinstitucionales e intersectoriales. Esta puede ser una oportunidad para la IPS de reconsiderar la forma tradicional de prestar servicios de salud, a partir de un esquema más eficiente y con un enfoque de mercadeo institucional nuevo.

Una vez adolescentes y jóvenes accedan al servicio de salud por cualquiera de las puertas de entrada, el contacto inicial se establece con enfermera o auxiliar de enfermería (donde no se disponga del recurso humano), quien realiza la preconsulta y asigna cita, orienta y facilita el proceso de facturación.

En la consulta por medicina general de primera vez en el programa de detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años, (Resolución 412/2000) el médico con entrenamiento, diligencia historia clínica completa (Anexo 2), realiza examen físico completo, define plan de intervención y necesidad de atención y ofrece servicios de atención integral (Paquete de Servicios EPS -IPS (Anexo 3), de acuerdo con el portafolio de la institución de salud y con la modalidad de servicio amigable.

Si la Institución cuenta con atención integral, es decir, con equipo interdisciplinario (nutricionistas, psicólogos, trabajo social, médicos, enfermeros, fisioterapeuta, entre otros), el médico en consulta define el plan de atención y deriva a cualquiera de los profesionales según las necesidades de adolescentes y jóvenes. Si la institución no dispone de atención integral, el médico, de acuerdo con la necesidad identificada, debe brindar la asesoría, hacer seguimiento y remisión a la red de referencia y contrarreferencia que para cada caso tenga la institución.

Por esto la posibilidad o decisión de tener servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes debe prever el desarrollo de los cinco componentes fundamentales para la implementación de los servicios de salud amigables que son:

1. Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación.
2. Profesionales y personal de salud.
3. Procedimientos administrativos y de gestión,
4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios diferenciados.
5. Participación Juvenil, social y comunitaria.

La estructura circular en que se presentan (ver Ilustración No. 1) facilita a los prestadores de servicios el ingreso en cualquier parte del proceso y su análisis sugiere logros y niveles de desarrollo⁴⁰, que dependen directamente

⁴⁰ Para tener un estándar básico para la organización y estructuración de los SAS y valorar las condiciones de progreso usted puede apoyarse en el instrumento Análisis del servicio de salud (Anexo 5)

de las condiciones locales, en cuanto a la disponibilidad de recursos, infraestructura y personal, para la prestación de los servicios de salud a jóvenes y adolescentes. Su aplicación y puesta en marcha permite a las instituciones de salud establecer la modalidad de servicio a implementar y fortalecer sus servicios -en especial los de salud sexual y reproductiva- para adolescentes y jóvenes hasta hacerlos amigables. (Cuadro modalidad de servicios amigables. Anexo 4).

1. ACCESO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD Y OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN

Para que un grupo de personas utilice un servicio no existe una fórmula mágica, pero sí muchos caminos. La mayoría de ellos parten de un mismo punto: el acceso y la oportunidad.

Acceso 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, un tiempo corto 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 saludable⁴¹.

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.

⁴¹Defensoría del Pueblo, Evaluación de la Política Pública en procesos de restablecimiento de la población desplazada desde un enfoque de Derechos Humanos. Pág. 43. Bogotá, junio de 2003.

- El de las relaciones que se establecen entre la población, aseguradoras, entidades territoriales y prestadores de servicios de salud⁴².

Los servicios amigables proponen que adolescentes y jóvenes al demandar servicios obtengan una respuesta oportuna a sus necesidades, cuenten con servicios de salud diferenciados, con fácil acceso geográfico, ubicación conveniente, con espacios separados del resto de los usuarios y ambientes que garanticen la privacidad⁴³.

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.

⁴²Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Noviembre de 2003

⁴³Cuando no exista un espacio físico exclusivo para jóvenes y adolescentes se pueden buscar alternativas para adaptar lo existente, de forma que sea adecuado a las condiciones locales, por ejemplo, utilizar elementos decorativos que puedan cambiarse, dotación de ayudas didácticas: modelos anatómicos, condones, folletos etc.

2. 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”⁴⁴.

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 adolescentes y jóvenes deben contar con aptitudes que les permitan hacer efectivos y amigables los momentos de interacción con adolescentes y jóvenes.

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.

⁴⁴ Guías Técnicas del proyecto Integra: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y prevención de la infección por vih.

- Virtudes comunicativas y buen manejo de relaciones interpersonales.
- Hacer de los servicios amigables un espacio agradable donde adolescentes y jóvenes puedan obtener información veraz, oportuna y precisa.
- Facultad para realizar intervenciones pertinentes de promoción de la salud, prevención, tratamientos y asesorías, entre otras.
- Destreza para trabajar de manera interdisciplinaria y promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.
- Comprensión de la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizar acciones para respetarlos y promoverlos.
- Reconocimiento y aceptación de la existencia de grupos con diversas características de etnia, edad, género, oficio, lugar, situación económica, etc.
- Rechazo frente a toda forma de discriminación o exclusión social.
- Capacidad para identificar prejuicios, estereotipos y emociones que dificultan sentir empatía o prestar servicios a algunas personas o grupos y explorar caminos para superarlos.
- Comprensión de que cada persona y su respectiva situación de salud es única y ligada a su contexto social, cultural, político, económico.
- Reconocimiento de la necesidad de estar en permanente actualización y entrenamiento sobre los temas básicos en adolescencia y juventud, SSR, asesoría, VIH/Sida. (Guía Técnica del Proyecto Integra. Documento Anexo CD)

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

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

Todos los procesos administrativos y de gestión con los que cuenta una institución de salud deben diseñarse para responder 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 vigentes⁴⁵ y guías de atención integral propuestas en la Resolución 412 de 2000 y otras que las modifiquen.

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 las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes.

En la 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

⁴⁵En 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.

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.
- Contra-referencia.

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 apertura de historia clínica.
- Facturación de servicios: el adolescente factura los servicios que requiere, y en caso de dificultades (en el aseguramiento, copagos u otros) es necesario que el funcionario se comuniquen 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.
- Contra-referencia: 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.

4. 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; 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 412/2000 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 años⁴⁶ y la Resolución 3442/2006 establece las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / Sida.

Además 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”⁴⁷

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.

⁴⁶MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412/2000. EN: www.minproteccionsocial.gov.co

⁴⁷BURT, Martha R. Ph.D.The Urban Institute, ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996,

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.



Disponibilidad de una amplia gama de servicios

Oferta de servicios individuales

- Consulta y controles de Medicina General.
- Consulta y controles de Enfermería.
- 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
- La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos anti-retrovirales, entre otros.

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.

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.

5. 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, así como su empoderamiento frente al servicio, son un paso importante para la sostenibilidad del mismo; y tiene su sustento normativo en el Decreto 1757 de 1994, que establece en el 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 el Artículo 5 establece el sistema de atención e información a usuarios; en el Artículo 6 la atención de las sugerencias de los afiliados y en el 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”⁴⁸, la institución de salud podrá contar con un grupo de apoyo conformado por adolescentes y jóvenes, que le dará una dinámica distinta al servicio.

Igualmente 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 de los regímenes subsidiado como del contributivo; con instituciones educativas desde el nivel básico al superior y organizaciones sociales, garantizando complementariedad en las acciones.
- Acciones claves de la coordinación intersectorial y la gestión institucional según lo plantea la Política

⁴⁸MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. ob cit. p. 21

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 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.
-
- 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.

El servicio puede 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. Los cinco componentes expuestos se pueden apreciar en este gráfico de manera circular; sin embargo en la comprensión racional no es primero el uno que el otro; se puede empezar a trabajar en cualquiera de los componentes sin que esto impida el desarrollo de los otros.

Ilustración 1: Componentes de los Servicios Amigables





RESULTADOS

**Seguimiento y evaluación
del proceso de desarrollo
de los Servicios de Salud
Amigables para adolescentes
y jóvenes.**

Capítulo 5

RESULTADOS

Seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes



El presente capítulo tiene como propósito facilitar una metodología para hacer seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes así como dotar a facilitadores de herramientas para instaurar procesos de capacitación, seguimiento, apoyo técnico y evaluación, que les permita conocer el estado de implementación e impacto de brindar una atención integral y diferenciada a la población juvenil. Para apoyar este proceso se anexan instrumentos e indicadores útiles en la ejecución del seguimiento y evaluación de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

La propuesta esta basada en la definición de evaluación, como capacidad de definir parámetros de comparación que permitan la toma de decisiones y generen la capacidad de movilización de recursos y como la posibilidad de superar el concepto de evaluación como la aplicación de indicadores o la generación de juicio de valor. La estructura propuesta es entonces, definir parámetros, medirlos o aplicarlos, compararlos, hacer el juicio y tomar la decisión.

La propuesta aún cuando basada en el enfoque sistémico, se desarrolla superando las visiones tradicionales de mediciones de las entradas o las salidas y se centra en el proceso, aspecto que coincide y retoma totalmente el esfuerzo del modelo SAS y genera la expectativa de continuidad de mejoramiento de la organización, la calidad y gestión en la prestación de servicios de salud.

De este modo la propuesta se afirma en el concepto de la evaluación como instrumento de gestión de servicios, lo cual quiere decir que debe hacer parte de las acciones rutinarias del proceso administrativo, por lo cual en el marco del monitoreo y la evaluación deben ser simples y oportunas.

Los procesos de monitoreo y evaluación en salud deben por tanto seguir la lógica de la organización de los servicios y retomar de ella las características y condiciones de las competencias por nivel.

INSTRUMENTOS

1. Formato de Historia Clínica de detección temprana de alteraciones del joven de 10 a 29 años. Este instrumento sirve para guiar la consulta, de manera que se realice en forma integral y ajustada a la norma, posibilita la recolección de información general y específica de elementos positivos y negativos, con el objeto de efectuar un balance de las condiciones en que se encuentra el joven y definir las áreas en que se requiere un reforzamiento o apoyo. Se presentan dos formatos el primero con base en la Resolución 412/2000. (Anexo 2) y el modelo de Historia de Adolescentes recomendado por OMS/OPS. (Anexo 2.1).
2. APGAR Familiar y Soporte de Amigos. (Anexo 6). Instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, es útil en la identificación de familias a riesgo que requieren intervención o apoyo.
3. Índice de Masa Corporal IMC (Anexo 7). Tabla de consulta sobre índice de masa corporal en jóvenes. El índice de masa corporal es un indicador para evaluar antropométricamente el estado nutricional de una persona, que a partir de la estatura y la masa y define cual es el intervalo de masa más saludable que puede tener una persona. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros, éste es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.

4. Curvas de Peso y Talla, CDC Growth Charts: United Status para hombres y mujeres. (Anexo 8). Instrumento mediante el cual el personal de salud puede graficar y evaluar los cambios de peso y talla de los jóvenes con el fin de estimar la situación nutricional para dar recomendaciones acerca de alimentación saludable.
5. Estadio de Tanner (Anexo 9). Instrumento que permite evaluar el grado de maduración sexual.
6. Encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes (Anexo 10). Con ella se busca evaluar la percepción de adolescentes y jóvenes acerca de los servicios de salud de su área de influencia.
7. Guías de Asesoría en Planificación Familiar; Salud Sexual y Reproductiva, Sospecha de Embarazo, ITS/VIH-Sida; Asesoría pre prueba y pos prueba de VIH; Asesoría sobre Maltrato y abuso, incluyendo abuso sexual. (Anexo 11 y 11.1).

INDICADORES:

Este segmento recopila información e instrumentos diseñados para evaluar los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, los cuales se pueden usar durante la planeación y la ejecución, o para identificar los resultados, el impacto y las acciones de mejoramiento, que se requieren para la prestación óptima de los servicios.

Un indicador es una declaración medible de los objetivos y actividades del programa; es decir, es la expresión cuantitativa o cualitativa del estado en que se encuentra una variable o conjunto de variables y generalmente mide aspectos considerados de éxito o críticos. Los indicadores más usados son:

- Los cuantitativos expresados en números, razones, proporciones, tasas
- De estructura, cuando miden o identifican las condiciones necesarias y/o existentes para la prestación de los servicios amigables en salud.

- De proceso cuando determinan las interacciones de las condiciones de la oferta y la demanda y condiciones que se convierten en barreras o facilitadores del uso de servicios.
- De resultados cuando miden productos o impacto

Es necesario aclarar que el uso o aplicación de los indicadores debe ajustarse a cada propuesta según las características o modalidad propia del servicio amigable de salud para adolescentes y jóvenes. Es decir, la selección de los indicadores para cada servicio debe tener en cuenta las modalidades del mismo y las particularidades socioculturales del contexto poblacional del cual provienen adolescentes y jóvenes.

No todos los indicadores se ajustan a todos los servicios, por lo cual deben ser interpretados como herramientas que facilitan el seguimiento y la evaluación de procesos, resultados e impacto en la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

El seguimiento y la evaluación permanentes son mecanismos gerenciales que permiten, a quienes los emplean, aprender de las fallas, adquirir experiencia, mejorar en el futuro e incentivar a quienes hacen parte de una organización a perfeccionar la calidad de sus servicios o productos.

En el proceso de construir un servicio amigable, el seguimiento y la evaluación representan la oportunidad de tener ventajas como:

- Comprender qué está haciendo la institución de salud y cómo logra los objetivos.
- Convertir los resultados positivos en un reconocimiento público de adolescentes, jóvenes y comunidad en general que ha trabajado en la implementación de los servicios.
- Facilitar la toma de decisiones para la inversión óptima de los recursos, demostrando que produce resultados de calidad e identificando fuentes de apoyo para reproducir estrategias exitosas.

- Identificar aspectos útiles para abogar por los cambios en las políticas institucionales o en las leyes a favor de la juventud.
- Aumentar el reconocimiento de los programas juveniles y ayudar a generar percepciones positivas acerca de adolescentes y jóvenes.

Si bien el seguimiento y evaluación es una función de competencia de todos los niveles de la organización del sistema de prestación de servicios, lo importante es reconocer que estas actividades de gestión deben estar en coordinación con los enfoques utilizados en los niveles superiores, es decir, las políticas y normas generales guían la estructura básica del sistema unificado de seguimiento y evaluación de la gestión. La evaluación es una actividad particular a cada institución en la medida que es la base de la toma de decisiones y la sustentación de los planes de mejoramiento de la calidad.

Retomando el ciclo propuesto en capítulos anteriores en cuanto a planear, hacer, verificar y actuar (PHVA), en este capítulo se presentan ejemplos de indicadores para dos componentes del servicio amigable, los cuales deben ser ajustados en cada institución prestadora de servicios de salud, según la modalidad (consulta diferenciada, unidad o centro) adoptada en el portafolio de servicios.

FORMATO DE REPORTE DE INDICADORES DE IPS:

PLANEAR: Componente N° 1: Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la atención

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTÁNDAR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
OFERTA DE SERVICIOS AMIGABLES	Evalúa la decisión de la IPS de implementar y ofrecer Servicios amigables según modalidad*	Ninguno	N.A	Responda con SI ó NO a la siguiente pregunta en la casilla de DATOS: ¿Existe en la institución una señal visible que indique que se atiende adolescentes y jóvenes con enfoque de servicios amigables? ¿Existe en la institución un horario diferenciado para atención a adolescentes y jóvenes? ¿Se cuenta con una estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable? ¿Existen mensajes que animan a adolescentes y jóvenes a llevar a sus amigos?		

HACER: 1: Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la atención

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTÁNDAR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
OFERTA DE SERVICIOS AMIGABLES	Evalúa la decisión de la IPS de implementar y ofrecer Servicios amigables según modalidad*	Ninguno	N.A	<p>Responde con SI ó NO a la siguiente pregunta en la casilla de DATOS:</p> <p>¿En la institución atienden a todos los adolescentes y jóvenes, independiente del tipo de afiliación al SGSSS?</p> <p>¿Hay atención a adolescentes y jóvenes sin cita?</p> <p>¿Los servicios de salud para adolescentes y jóvenes están habilitados según el Decreto 1011 de 2006?</p> <p>¿Los servicios de salud para adolescentes y jóvenes aplican la Resolución 412/2000?</p>		

VERIFICAR y ACTUAR: Componente 1: Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la atención

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTÁNDAR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
DEMANDA DE SERVICIOS AMIGABLES	Evalúa el comportamiento del conocimiento del servicio amigable en la comunidad	Ninguno	N.A	Numerador: Número total de jóvenes del sector (X), que identifican el servicio amigable		
				Denominador: Número total de jóvenes encuestados		
DEMANDA DE SERVICIOS AMIGABLES	Evalúa el comportamiento del conocimiento del servicio amigable en la comunidad	Ninguno	N.A	Numerador: Número total de jóvenes del sector X, que asisten al servicio amigable		
				Denominador: Número total de jóvenes encuestados		

PLANEAR: Componente N° 2: Profesionales y personal de los Servicios de Salud.

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTÁNDAR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
SELECCIÓN DE RECURSO HUMANO PARA CAPACITACIÓN	Evalúa las competencias del recurso humano de la institución para definir las necesidades de capacitación.	El indicador se puede aplicar para el recurso humano de todas las áreas de la institución de salud	N.A	Entrevista para selección de Funcionarios contempla las cualidades y competencias de facilitador de servicio amigable.		
PLAN DE CAPACITACIÓN	Evalúa la planeación de capacitaciones para el Recurso Humano	Ninguno	N.A	Numerador : Número de Planes de Capacitación elaborados. Denominador: Número de Planes realizados.		

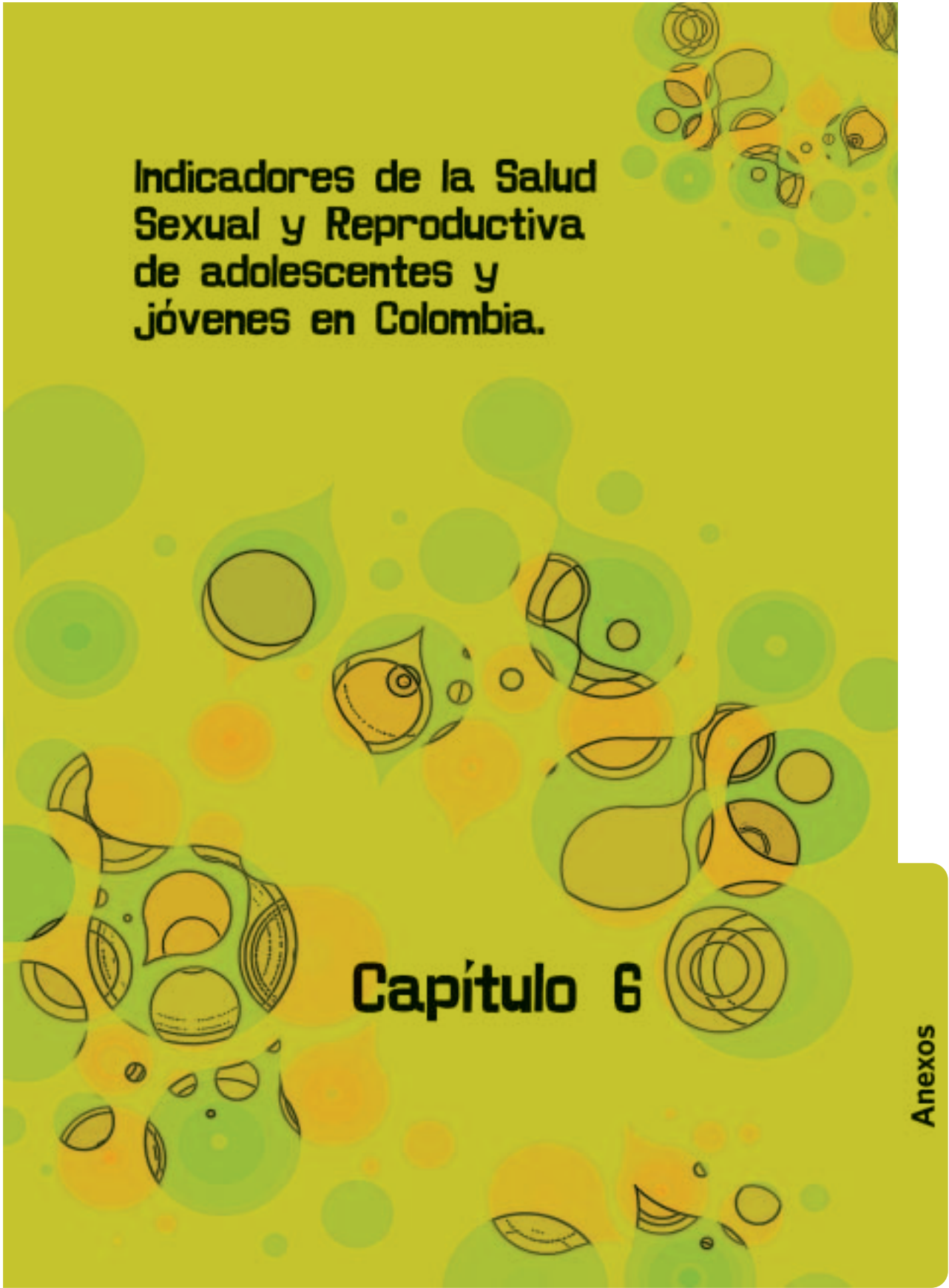
HACER: Componente N° 2: Profesionales y personal de los Servicios de Salud.

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTÁNDAR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
CAPACITACION DE TALENTO HUMANO	Evalúa el cumplimiento de plan de capacitación	Ninguno	Mínimo 60%	Numerador: Número de funcionarios (asistenciales y técnicos capacitados) Denominador: Número total de profesionales convocados que laboran en los SSSR X 100		
OFERTA DE ASESORES	Es la capacidad del recurso humano de la institución para realizar atención con enfoque de servicio amigable.	Ninguno	Mínimo 60%	Numerador: Número de profesionales capacitados para atención con enfoque de servicio amigable. Denominador: Número total de profesionales que laboran en los SSSR x 100		

VERIFICAR Y ACTUAR: Componente N° 2: Profesionales y personal de los Servicios de Salud.

NOMBRE	DEFINICIÓN	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	ESTÁNDAR	FÓRMULA DEL INDICADOR	DATOS	RESULTADO
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	Es el nivel alcanzado en la satisfacción de los usuarios y usuarias que asisten a los Servicios amigables, según modalidad.	El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR	Mínimo 90%	Numerador: Número de usuarios y usuarias que califican con 4 o más el servicio del Profesional del Servicio de Salud Amigable Denominador: Número total de encuestados y encuestadas x 100		





**Indicadores de la Salud
Sexual y Reproductiva
de adolescentes y
jóvenes en Colombia.**

Capítulo 6

ANEXO 1. Indicadores de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia

Anexos

INDICADORES DE LA SALUD SEXUAL

Primera relación sexual en mujeres entre 15-19 años⁴⁹:

- El 13,7% de las mujeres entre 15 y 19 años tuvieron su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad.
 - El 12,3% de las mujeres entre 15-19 años residentes en la zona urbana tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad.
 - El 18,2% de las mujeres entre 15-19 años residentes en la zona rural tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad.
 - El 56,2% de las mujeres entre 15-19 años nunca han tenido relaciones sexuales.
-
- Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20-49 años⁵⁰: 18,3 años
 - Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 -49 años residentes zona urbana: 18,5 años.
 - Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 -49 años residentes zona rural: 17,5 años.

INDICADORES DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Uso pasado de alguna vez con métodos anticonceptivos en mujeres de 15 -19 años⁵¹:

- | | |
|---|-------|
| • Alguna vez han utilizado cualquier método anticonceptivo: | 38,2% |
| • Alguna vez han utilizado métodos anticonceptivos modernos: | 34,9% |
| • Alguna vez han utilizado métodos anticonceptivos tradicionales: | 21,7% |
| • Uso de condón masculino: | 28,0% |
| • Retiro: | 19,4% |
| • Uso de píldora: | 11,6% |
| • Inyección: | 8,4% |
| • Abstinencia periódica: | 7,3% |
| • DIU: | 3,8% |
| • Anticoncepción de emergencia: | 2,4% |
| • Espumas, jaleas: | 2,4% |

⁴⁹PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005- ENDS. Bogotá: Profamilia, 2005. p. 147

⁵⁰Ibid. p. 148

⁵¹Ibid. p. 113

Uso actual de alguna vez con métodos anticonceptivos en mujeres de 15 -19 años⁵²:

• Uso actual de cualquier método anticonceptivo:	20.1%
• Uso actual de métodos anticonceptivos modernos:	16.6%
• Uso actual de métodos anticonceptivos tradicionales:	3.5%
• No usa actualmente:	79.9%
• Uso de condón masculino:	6.2%
• Uso de píldora:	3.5%
• Inyección:	3.4%
• DIU:	2.8%
• Retiro:	2.6%

Porcentaje de adolescentes que no conocen el periodo fértil:

72%.

Tasa de fecundidad en adolescentes⁵³: (expresada en número de nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años):

- 1990: 70 x 1000
- 1995: 89 x 1000
- 2005: 90 x 1000

Indicadores negativos de la Salud Reproductiva

Porcentaje de adolescentes entre 15 -19 años

alguna vez embarazadas: 20.5%⁵⁴

Porcentaje de embarazo en adolescentes (15-19 años) por sitio de residencia⁵⁵:

- Urbano: 18.5%
- Rural: 26.9%

Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que no conoce las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)⁵⁶:

21.7%

Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que han oído hablar de VIH/Sida⁵⁷:

97.7%

Porcentaje de mujeres entre 15-19 años con conocimientos de prácticas seguras de evitar el Sida⁵⁸:

• Usar condones:	80.2%
• Evitar sexo con infectados:	13.4%
• No ser promiscuo:	11.2%
• Ser mutuamente fiel:	10.5%
• Abstenerse de sexo:	10.2%
• Exigir transfusión certificada:	9.0%

⁵²Ibid. p. 116

⁵³Ibid. p.109

⁵⁴Ibid. p. 108

⁵⁵Ibid. p. 108

⁵⁶Ibid. p. 302

⁵⁷Ibid. p. 290

⁵⁸Ibid. p. 290

- Evitar sexo con prostitutas: 1.6%
- Evitar sexo con personas promiscuas: 1.5%
- No tener penetración: 1.1%
- Evitar sexo con drogadictos: 0.9%
- Evitar sexo con homosexuales: 0.7%

Porcentaje de mujeres en unión entre 15-19 años que han hablado del Sida con su esposo o compañero: 48.7% siendo inferior al 56.5% de mujeres unidas entre 15 -49 años que han hablado del Sida con su esposo o compañero⁵⁹.

Porcentaje de violencia intrafamiliar en adolescentes: 50% con mayor frecuencia en las niñas.

La violencia interpersonal reporta alrededor de 11.000 casos al año, y los y las adolescentes son el tercer grupo más afectado.

Indicadores de la influencia socioeconómica en salud reproductiva

Porcentaje de adolescentes embarazadas (15-19 años) según nivel educativo⁶⁰:

- Sin educación 52.3%
- Primaria: 42.3%
- Secundaria: 17.3%
- Superior: 9.0%

Porcentaje de adolescentes embarazadas (15-19 años) según índice de riqueza⁶¹.

- Más bajo: 31.5%
- Bajo: 25.6%
- Medio: 22.1%
- Alto: 14.4%
- Más alto: 10.7%

Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20-49 años según nivel educativo⁶²:

- Sin educación: 15.8 años
- Primaria: 17.2 años
- Secundaria: 18.4 años
- Superior: 20 años

Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20-49 años según índice de riqueza⁶³:

- Más bajo: 17.1 años
- Bajo: 17.7 años
- Medio: 18.2 años
- Alto: 18.7 años
- Más alto: 19.1 años

⁵⁹Ibid. p. 293

⁶⁰Ibid. p. 108

⁶¹Ibid. p. 108

⁶²Ibid. p. 148

⁶³Ibid. p.148

ANEXO 2. Historia clínica del adolescente

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE										ESTABLECIMIENTO										I.C.U.F.																								
APELLIDO Y NOMBRE															FECHA DE NACIMIENTO																													
DOMICILIO															CÓDIGO															TEL.														
LUGAR DE NACIMIENTO															ESUELA															SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F														
CONSULTA PRINCIPAL															ADOPCIÓN															ESTADO CIVIL														
AÑO															AÑO															ESTADO														
Número de consulta según antecedentes															Número de consulta según antecedentes																													
1															2															3														
2															3															4														
3															4															5														
Circunstancias relevantes																																												
ANTECEDENTES PERSONALES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
ANTICEDENTES PERSONALES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
ANTICEDENTES PERSONALES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
ANTICEDENTES PERSONALES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
Observaciones																																												
ANTECEDENTES FAMILIARES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
ANTECEDENTES FAMILIARES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
ANTECEDENTES FAMILIARES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
ANTECEDENTES FAMILIARES										SISTEMAS										ENTENDIMIENTOS										ACTIVIDADES														
Observaciones																																												
FAMILIA										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
FAMILIA										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
FAMILIA										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
FAMILIA										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
Observaciones																																												
EDUCACIÓN										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
EDUCACIÓN										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
EDUCACIÓN										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
EDUCACIÓN										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
Observaciones																																												
TRABAJO										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
TRABAJO										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
TRABAJO										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
TRABAJO										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
Observaciones																																												
VITA SOCIAL										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
VITA SOCIAL										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
VITA SOCIAL										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
VITA SOCIAL										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
Observaciones																																												
SÍMPTOMAS										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
SÍMPTOMAS										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
SÍMPTOMAS										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
SÍMPTOMAS										NIVEL DE INSTRUCCIÓN										ECONOMÍA FAMILIAR										SERVICIOS														
Observaciones																																												

CONTINÚA MODELO HISTORIA CLÍNICA DETECCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES

EXAMEN FÍSICO	<p>ASPECTO GENERAL <input type="text"/></p> <p>PESO <input type="text"/> TALLA <input type="text"/> FC <input type="text"/> FR <input type="text"/> ÍNDICE MASA CORPORAL <input type="text"/> T° <input type="text"/></p> <p>CABEZA <input type="text"/></p> <p>ORL <input type="text"/></p> <p>CUELLO <input type="text"/></p> <p>C/P <input type="text"/></p> <p>ABDOMEN <input type="text"/></p> <p>GENITO-URINARIO <input type="text"/></p> <p>EXTREMIDADES <input type="text"/></p> <p>ESTADIO TANNER <input type="text"/></p> <p>PIEL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>MANCHAS HIPOCROMICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PLACAS ERITEMATOSAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>AREAS HIPOANESTESICAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;"><small>* si la respuesta es afirmativa diligenciar HC para LEPROA</small></p> <p>ULCERA REDONDEADA CON CENTRO GRANULOMATOSO. INDOLORA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: center;"><small>* si la respuesta es afirmativa diligenciar HC para LESION MANIÓFIS</small></p> <p>ENSEÑANZA EXAMEN DE SENO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ENSEÑANZA EXAMEN DE TESTICULO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>																																																									
	<p>DIAGNÓSTICO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 30%;">CODIGO CIE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>CODIGO CIE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>CODIGO CIE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>CODIGO CIE <input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>	<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>	<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>	<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>																																																	
<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>																																																									
<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>																																																									
<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>																																																									
<input type="text"/>	CODIGO CIE <input type="text"/>																																																									
LABORATORIOS	<p>MUJER DE 16 A 13 AÑOS</p> <p>*HEMOGLOBINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ODD CUPS <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">18517</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">90.2.2.12</td> <td></td> </tr> </table> <p>*HEMATOCRITO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ODD CUPS <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">18505</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">90.2.2.10</td> <td></td> </tr> </table> <p>JOVEN HRIA FLIAR HIPERLIPIDEMIAS O IAM <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>* COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ODD CUPS <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">18242</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">90.3.8.18</td> <td></td> </tr> </table> <p>ADOLESCENTE SEXUALMENTE ACTIVO</p> <p>* VDRL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ODD CUPS <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">18509</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">90.6.9.15</td> <td></td> </tr> </table> <p>* HIVISIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ODD CUPS <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">18675</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">90.6.1.06</td> <td></td> </tr> </table> <p>CONSEJERIA PPE-TEST HIV <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CONSEJERIA POST-TEST HIV <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>* CITOLOGIA CERVICU UTERINA TOMA CITOLOGIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ODD SOAT <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">20001</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ODD CUPS <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">60401</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">89.9.7.00</td> <td></td> </tr> </table>	ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	ODD CUPS <input type="text"/>	18517			90.2.2.12		ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	ODD CUPS <input type="text"/>	18505			90.2.2.10		ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	ODD CUPS <input type="text"/>	18242			90.3.8.18		ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	ODD CUPS <input type="text"/>	18509			90.6.9.15		ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	ODD CUPS <input type="text"/>	18675			90.6.1.06		ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	ODD SOAT <input type="text"/>	20001		ODD CUPS <input type="text"/>	60401			89.9.7.00	
ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>																																																								
ODD CUPS <input type="text"/>	18517																																																									
	90.2.2.12																																																									
ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>																																																								
ODD CUPS <input type="text"/>	18505																																																									
	90.2.2.10																																																									
ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>																																																								
ODD CUPS <input type="text"/>	18242																																																									
	90.3.8.18																																																									
ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>																																																								
ODD CUPS <input type="text"/>	18509																																																									
	90.6.9.15																																																									
ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>																																																								
ODD CUPS <input type="text"/>	18675																																																									
	90.6.1.06																																																									
ODD SOAT <input type="text"/>	<input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>																																																								
ODD SOAT <input type="text"/>	20001																																																									
ODD CUPS <input type="text"/>	60401																																																									
	89.9.7.00																																																									
PLAN DE INTERVENCIÓN	<p>INFORMACION <input type="text"/></p> <p>ORIENTACION <input type="text"/></p> <p>PROMOCION AUTOOCUIDAD <input type="text"/></p> <p>OTRO <input type="text"/></p> <p>TRATAMIENTO MEDICO <input type="text"/></p>																																																									
	<p>REMITIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CAUSA REMISION <input type="text"/> ODD CIE <input type="text"/></p> <p>SERVICIO O IPS <input type="text"/></p> <p>NOMBRE <input type="text"/></p> <p>FIRMA Y REGISTRO <input type="text"/></p>																																																									

ANEXO 3. Paquete de servicios

PAQUETE DE SERVICIOS AMIGABLES vs 412 /2000

ACTIVIDADES	MODELO SERVICIOS AMIGABLES*	RESOLUCIÓN 412/2000
CARACTERÍSTICAS	SI	NO
Modalidades	SI	NO
Estructura Física Diferenciada	SI	NO
Manejo Social	SI	NO
Manejo Ético	SI	SI
Manejo Confidencial	SI	SI
Talento Humano con Experiencia	SI	NO
Niveles de Complejidad	SI	NO
Funcionamiento Diferenciado	SI	NO
ESQUEMA DE ATENCIÓN	SI	NO
Preconsulta de asesoría y Apoyo (contacto inicial con Enfermería)	SI	NO
CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 Vez	SI	SI
Datos de identificación	SI	SI
Anamnesis	SI	SI
Antecedentes personales	SI	SI
Evaluación del esquema de vacunación	SI	SI
Antecedentes escolares	SI	SI
Antecedentes laborales	SI	SI
Entorno social, pares, hábitos	SI	SI
Antecedentes ginecológicos/urológicos	SI	SI
Antecedentes sexuales	SI	SI
Aspectos sicoemocionales	SI	SI
Antecedentes familiares	SI	SI
Descripción entorno familiar y económico	SI	SI
Examen físico	SI	SI
Exploración del aspecto general	SI	SI
Medición antropométrica y de desarrollo	SI	SI
Signos vitales	SI	SI
Valoración del estadio de Tanner	SI	SI
Examen por sistemas	SI	SI
Enseñanza de Autoexamen de mama	SI	SI
Enseñanza de Autoexamen testicular	SI	SI
Prescripción o revisión de laboratorios	SI	SI
Hemoclasificación	SI	SI
Hematocrito	SI	SI
Hemoglobina	SI	SI
Colesterol HDL	SI	SI
Pruebas para ITS - VIH/SIDA	SI	SI
Citología cervico-vaginal	SI	SI

Impresión diagnóstica	SI	SI
Definición de riesgos potenciales	SI	SI
Plan de intervención	SI	SI
Prescripción de Tratamientos	SI	SI
Remisiones o interconsulta	SI	SI
esquema de seguimiento y control	SI	SI
Información y educación	SI	SI
Expedición de Certificado Médico (para colegio)	SI	SI
CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL Cada 2 Años (10 A 17 AÑOS) LUEGO C/5AÑOS	SI	NO
CONSULTA DE ENFERMERÍA 1Vez	SI	NO
CONSULTA DE ENFERMERÍA CONTROL cada 2 años intercalando con medico	SI	NO
CONSEJERIA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	SI	SI
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	SI	SI
Asesoría Planificación Familiar.	SI	SI
Asesoría Embarazo en Embarazo No deseado	SI	NO
Asesoría en Derechos Sexuales y Reproductivos.	SI	NO
Servicios relacionados con el aborto.	SI	NO
Asesoría en Salud Mental	SI	NO
Asesoría Violencia intrafamiliar y de pareja.	SI	NO
Asesoría en Identidad Sexual.	SI	NO
Asesoría en Nutrición	SI	AD
Asesoría en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.	SI	NO
Asesoría pre test y post test para prueba de vih.	SI	SI
Asesoría para la Prevención del Cáncer de Cervix y Mama.	SI	AD
CONSULTA DE PSICOLOGÍA	SI	AD
CONSULTA DE NUTRICIÓN	SI	AD
CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL	SI	AD
CONSULTA DE PEDIATRÍA	SI	NO
CONSULTA DE GINECOLOGÍA	SI	NO
CONSULTA DE UROLOGÍA	SI	NO
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA	SI	NO

* Las actividades incluidas en el modelo de servicios amigables están contempladas en la propuesta de reforma de la Resolución 412.

** A Demanda

ANEXO 4. Modalidad de los servicios amigables por componentes

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	CONSULTA DIFERENCIADA	UNIDAD AMIGABLE	CENTRO AMIGABLE
1. Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación.	1. Accesibilidad Geográfica e Infraestructura.	Sin diferenciación específica	Se comparte la infraestructura con el servicio de salud, pero tiene espacio exclusivo para adolescentes.	Es un espacio físico independiente, por si mismo puede conformar una IPS
	2. Identificación del Servicio	Existe una señal o aviso que indique que se atiende adolescentes y jóvenes con enfoque de servicios amigables.	Existe señal visible dentro de la institución, que indica que el servicio atiende a jóvenes.	La institución de salud cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación
	3. Ambiente	Sin diferenciación específica	El ambiente físico da la bienvenida a adolescentes y jóvenes	Existe una decoración llamativa para adolescentes y jóvenes
	4. Horarios y programación de citas.	<ul style="list-style-type: none"> * Contacto inicial sin cita Con enfermera. * Dentro de la programación de consulta habitual. * Atención a adolescentes y jóvenes independiente del tipo de afiliación al SGSSS * Tiempo mínimo de consulta 20 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> * Contacto inicial sin cita con enfermera. * Horario diferenciado de consulta para adolescentes y jóvenes. * Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes puede acudir al servicio. * Pueden programarse las citas telefónicamente. * Atención a adolescentes y jóvenes independiente del tipo de afiliación al SGSSS * Tiempo mínimo de consulta 30 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Horario permanente y estable, y está diseñado para atender exclusivamente a adolescentes. * El tiempo de espera para la atención de la gente joven es mínimo. * Contacto inicial sin cita con enfermera. * Horario diferenciado de consulta para adolescentes y jóvenes. * Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes puede acudir al servicio. * Pueden programarse las citas telefónicamente. * Atención a adolescentes y jóvenes independiente del tipo de afiliación al SGSSS * Tiempo mínimo de consulta 30 minutos.

<p>1. Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación.</p>	<p>5. Rehabilitación de los servicios</p>	<p>* La prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes tiene en cuenta las normas de habilitación previstas en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000: Normas Técnicas y Guías de Atención, otras normas que la modifiquen y la Política de Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<p>* La prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes tiene en cuenta las normas de habilitación previstas en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000: Normas Técnicas y Guías de Atención, versión actualizada de 2007; Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.; Código de Infancia y Adolescencia; Guías técnicas Proyecto Integra;</p>	<p>* Prestación de los servicios con normas de habilitación del Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000: Normas Técnicas y Guías de Atención, versión actualizada de 2007; Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.; Código de Infancia y Adolescencia; Guías técnicas Proyecto Integra; Guías de Atención basadas en la evidencia y Protocolos institucionales.</p>
<p>2. Profesionales y personal de los servicios de salud</p>	<p>6. Reconocimiento del servicio</p>	<p>*Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable. *Mensajes que animan a la gente joven a llevar a sus pares. *Anuncios que explicitan que la atención es confidencial.</p>	<p>*Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable. *Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes. *Mensajes que animan a llevar a sus pares. *Anuncios que explicitan que la atención es confidencial. *Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio.</p>	<p>* Estrategias de comunicación para promocionar el servicio amigable. *Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes. *Mensajes que animan a llevar a sus pares. *Anuncios que explicitan que la atención es confidencial. * Estrategias de comunicación realizadas con adolescentes y jóvenes, para dar a conocer los servicios que se ofertan. *Reconocimiento del horario del servicio por Adolescentes y jóvenes. *Actividades extramurales de la institución de salud u otras instituciones. *Articulación con otras instituciones para promocionar el servicio. *Articulación con universidades para práctica profesional.</p>
<p>3. Profesionalización y desarrollo de habilidades</p>	<p>1. Capacitación en servicios amigables</p>	<p>* Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Resolución 412 del adolescente y el adulto joven. * Capacitación específica y continua en atención a adolescentes y jóvenes. * Reconocimiento de la diversidad cultural y las necesidades específicas de cada joven. * Hacer de los servicios amigables un espacio agradable donde adolescentes y jóvenes puedan conversar acerca de lo que les interesa, obtener información veraz, oportuna y precisa, acompañada de las asesorías necesarias. * Promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.</p>	<p>* Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Resolución 412 del adolescente y el adulto joven. * Capacitación específica y continua en atención a adolescentes y jóvenes. * Reconocimiento de la diversidad cultural y las necesidades específicas de cada joven. * Hacer de los servicios amigables un espacio agradable donde adolescentes y jóvenes puedan conversar acerca de lo que les interesa, obtener información veraz, oportuna y precisa, acompañada de las asesorías necesarias. * Promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.</p>	<p>* Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Resolución 412 del adolescente y el adulto joven. * Capacitación específica y continua en atención a adolescentes y jóvenes. * Reconocimiento de la diversidad cultural y las necesidades específicas de cada joven. * Hacer de los servicios amigables un espacio agradable donde adolescentes y jóvenes puedan conversar acerca de lo que les interesa, obtener información veraz, oportuna y precisa, acompañada de las asesorías necesarias. * Promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.</p>

<p>2. Profesionales y personal de los servicios de salud</p>	<p>1. Capacitación en servicios amigables</p>	<p>* Reconocer la necesidad de estar permanentemente actualizado(a) y entrenado(a) sobre los temas básicos en adolescencia y juventud, SSR, asesoría, VIH/Sida. *Comprender la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizar acciones para respetarlos y promoverlos</p>	<p>Los procedimientos para jóvenes mayores de 14 años, pueden ser solicitados sin consentimiento de sus padres. *No se requiere de la atención mediada por un acudiente. *Salas de espera exclusivas para adolescentes y jóvenes.</p>	<p></p>
<p>3. Procedimientos Administrativos y de gestión</p>	<p>Procedimientos para la atención</p>	<p>* Capacitación a personal administrativo. *No se requiere de la atención mediada por un acudiente. *Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad.</p>	<p>* Facturación de servicios con atención preferencial a adolescentes y jóvenes. *Atención en consultorios diferenciados para adolescentes y jóvenes. *Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad.</p>	<p></p>
<p>4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios</p>	<p>Servicios ofrecidos por modalidad de atención</p>	<p>CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 Vez.* CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL CONSULTA DE ENFERMERIA 1 Vez CONSULTA DE ENFERMERIA CONTROL CONSEJERIA PLANIFICACION FAMILIAR CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR Asesoría pre test y post test para prueba de vih. Asesoría en Nutrición</p>	<p>CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 Vez CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL CONSULTA DE ENFERMERIA 1 Vez CONSULTA DE ENFERMERIA CONTROL CONSEJERIA PLANIFICACION FAMILIAR CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR Asesoría Planificación Familiar. Asesoría en Derechos Sexuales y Reproductivos.</p>	<p>CONSULTA MEDICINA GENERAL 1Vez CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL CONSULTA DE ENFERMERIA 1Vez CONSULTA DE ENFERMERIA CONTROL CONSEJERIA PLANIFICACION FAMILIAR CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR Asesoría Planificación Familiar. Asesoría Embarazo en Embarazo No deseado</p>

<p>4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios</p>	<p>Servicios ofrecidos por modalidad de atención</p>	Asesoría en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.	Asesoría en Derechos Sexuales y Reproductivos.	
		Oferta de Anticoncepción del POS	Servicios relacionados con el aborto.	
			Oferta de anticoncepción POS, de emergencia y ACO de baja dosis	Oferta de Anticoncepción POS, de emergencia y no POS
			Asesoría pre test y post test para prueba de vih.	Asesoría en Salud Mental
			Asesoría para la Prevención del Cáncer de Cervix y Mama.	Asesoría Violencia intrafamiliar y de pareja.
			CONSULTA DE PSICOLOGÍA	Asesoría en Identidad Sexual.
			CONSULTA DE NUTRICIÓN	Asesoría en Nutrición
			CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL	Asesoría en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.
			Terapia Ocupacional	Asesoría pre test y post test para prueba de vih.
			Terapia Física	Asesoría para la Prevención del Cáncer de Cervix y Mama.
				CONSULTA DE PSICOLOGÍA
				CONSULTA DE NUTRICIÓN
				CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL
	CONSULTA DE GINECOLOGÍA			
	CONSULTA DE UROLOGÍA			
	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA			

<p>5. Participación Juvenil, Comunitaria y Social</p>	<p>1. Participación Juvenil</p>	<p>Se invita a adolescentes y jóvenes a participar, se les explica con claridad en que consiste la propuesta y cómo será su participación. Se les permite realizar algunas acciones.</p>	<p>Se da a conocer la propuesta elaborada y se brinda a adolescentes y jóvenes, la oportunidad no sólo de realizar las acciones, sino de participar con alguna iniciativa en la selección de la forma como lo harán, por ejemplo, a través de dramatizaciones, canciones, afiches, juegos, etc.</p>	<p>La población juvenil desarrolla iniciativas para realizar nuevas propuestas y acciones, comparten decisiones con los profesionales y personal de salud respecto a la organización, planificación e implementación de estas actividades. Hay bastante diálogo entre los funcionarios de la institución y la gente joven.</p>
	<p>2. Participación Social</p>	<p>Se involucra a los adultos en la planificación del servicio, la forma en que este se brinda y la evaluación del mismo.</p>	<p>Los adultos apoyan a adolescentes y jóvenes en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Se promueve que madres, padres y otros adultos de la comunidad, apoyen el uso de métodos de protección</p>
	<p>3. Participación Comunitaria</p>	<p>Existe coordinación con los diferentes actores de la comunidad para la difusión del servicio.</p>	<p>Se realizan diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de adolescentes y jóvenes, para encontrar soluciones.</p>	<p>Se fortalecen los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud.</p>
	<p>4. Coordinación Intersectorial e Interinstitucional</p>	<p>Se realizan acciones de coordinación y apoyo con otras instituciones de salud del mismo o de diferente nivel de complejidad.</p>	<p>El servicio de salud es considerado por la comunidad como una entidad clave de bienestar.</p>	<p>El servicio se articula con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y medios de comunicación</p>
		<p>Se coordina en forma permanente con instituciones educativas, garantizando complementariedad en las acciones.</p>		

ANEXO 5. Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes.

INSTRUCCIONES:

- A continuación se presenta una lista de componentes que sirven para evaluar en qué grado el servicio de salud es amigable. Cada uno de los componentes presenta diferentes criterios y para cada uno de ellos una serie de características que se espera se cumplan. Es importante analizar cada criterio por separado y una vez terminado este proceso, se marcará con una equis (x), por componente, en la casilla de respuesta correspondiente.
- Las **opciones de respuesta** sugeridas son:
 - **SI:** Indica que el servicio cumple en su totalidad el criterio.
 - **PARCIALMENTE (P):** Indica que el servicio cumple parcialmente con el criterio.
 - **NO:** Indica que el servicio no cumple con el criterio.
 - **NO RESPUESTA (NR):** El personal de salud no tiene respuesta para el criterio revisado.
 - **NO APLICA (NA):** Indica que el criterio no corresponde ser analizado en el servicio que presta la institución de salud.

I. IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____

Institución de salud Barrio: _____

Municipio: _____ Teléfonos: _____

Persona de contacto: _____ Cargo: _____

Personas que realizan el análisis:

COMPONENTES Y CRITERIOS

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

1.1. Accesibilidad geográfica

- La institución de salud se ubica en un lugar de la localidad que facilita el acceso de adolescentes y jóvenes.
- Se presta el servicio independiente del lugar de procedencia de adolescentes y jóvenes.

1.2. Identificación del servicio

- La institución de salud cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación.
- Existe una señal visible dentro de la institución que indica que el servicio atiende a adolescentes y jóvenes.

1.3. Ambiente

- El ambiente físico da la bienvenida a adolescentes y jóvenes.
- Existe una decoración llamativa para adolescentes y jóvenes.
- En la sala de espera se pueden encontrar revistas, materiales educativos, juegos.

SI	P	NO	NR	NA

1.4 Horarios adecuados y Programación de citas

- Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio.
- Se realizan consultas sin previa cita.
- Pueden programarse las citas telefónicamente.
- Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes independiente del tipo de afiliación al SGSSS⁶⁴.
- El tiempo de espera para la atención de adolescentes y jóvenes es mínimo.
- Se define un tiempo Standard que facilite la interacción joven-profesional.

1.5 Habilitación de los servicios

- La prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes tiene en cuenta las normas de habilitación previstas en el Decreto 1011 de 2006.
- Para la prestación del servicio se tiene en cuenta la Resolución 412 de 2000: Normas Técnicas y Guías de Atención, otras normas que la modifiquen y la Política de Salud Sexual y Reproductiva.

1.6 Reconocimiento del servicio

- Se cuenta con una estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable.
- El establecimiento informa a la comunidad sobre los servicios para jóvenes.
- Existen mensajes que animan a la gente joven a llevar a sus pares.
- Existen anuncios que explicitan que la atención es confidencial.
- Existen estrategias de comunicación realizadas con las y los jóvenes para dar a conocer los servicios que se ofertan.
- Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio.

SI	P	NO	NR	NA

⁶⁴SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Componente 2: Profesionales y personal de los servicios de salud

	SI	P	NO	NR	NA
<p>2.1. Capacitación en servicios amigables</p> <ul style="list-style-type: none"> Los profesionales de la institución conocen y manejan la norma de atención de la Resolución 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el joven. El personal de la Institución de salud recibe capacitación específica y permanente en atención a adolescentes y jóvenes. El personal está preparado para responder a las necesidades específicas de cada adolescente o joven. El personal se capacita en temas relacionados con el desarrollo y la psicología de la gente joven. 					
<p>2.2. Actitud hacia el servicio amigable</p> <ul style="list-style-type: none"> A los profesionales que ofrecen el servicio, les gusta el trabajo con adolescentes y jóvenes. Se considera a adolescentes y jóvenes como personas capaces de tomar sus propias decisiones. El personal de la institución de salud reconoce y promueve los derechos de adolescentes y jóvenes. El personal de la institución está en capacidad de establecer relaciones cálidas y de confianza con adolescentes y jóvenes usuarios. 					
<p>2.3. Interdisciplinarietàad</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuenta con un equipo interdisciplinario. El equipo humano conoce los servicios que se prestan a adolescentes y jóvenes y está en capacidad de orientarlos hacia estos. La planeación y la ejecución de acciones se realizan en coordinación con el equipo interdisciplinario. 					

	SI	P	NO	NR	NA
2.4. Especificidad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay profesionales de género masculino y femenino. ▪ Hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes. 					

Componente 3: Procedimientos administrativos y de atención

	SI	P	NO	NR	NA
3.1. Políticas institucionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay una política de atención prioritaria, preferencial o diferencial para adolescentes y jóvenes. ▪ Se implementa la Norma de Detección Precoz de Alteraciones del Adolescente y el Joven. ▪ Existen protocolos para brindar asesorías en salud sexual y reproductiva. ▪ Se coordina con otros niveles de complejidad, para garantizar atención integral de adolescentes y jóvenes. 					
3.2. Costos del servicio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existen mecanismos que permiten que las y los jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita. ▪ Existe contratación con las EPS o EPS del régimen subsidiado, para la prestación de servicios a adolescentes y jóvenes. ▪ Existe contratación con el municipio para ofrecer servicios a adolescentes y jóvenes. 					
3.3. Procedimientos para la atención <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se requiere de la atención mediada por un acudiente. ▪ Los procedimientos para jóvenes mayores de 14 años, pueden ser solicitados sin consentimiento de sus padres. 					

- Durante su visita al servicio, adolescentes y jóvenes interactúan con un número mínimo de funcionarios.
- Si lo desean, adolescentes y jóvenes pueden ingresar a la consulta solos/as o acompañados/as de personas en las que confían.
- Se le explica a adolescentes y jóvenes qué se está haciendo durante cualquier procedimiento.
- Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad.

3.4. Registro

- Los registros utilizados contienen la información básica de identificación que garantice la confidencialidad.
- Se utilizan formatos de registros acordes a la Resolución 412 de 2000.

3.5. Seguimiento

- Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial.
- Se elabora o adopta con cada adolescente y joven un Plan de Intervención propuesto en la Resolución 412. y otras normas relacionadas.
- Se establece la forma en que se puede establecer contacto nuevamente, con cada adolescente y joven que asiste al servicio.
- Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios

4.1. Oferta de servicios individuales

- Se realiza oferta de los siguientes servicios:
- Asesoría sobre salud sexual y reproductiva
- Consulta del o de la joven sano/a.
- Atención del abuso sexual

SI	P	NO	NR	NA

	SI	P	NO	NR	NA
<ul style="list-style-type: none"> anticoncepción Anticoncepción de emergencia Asesoría y Prueba de VIH Atención integral a jóvenes viviendo con VIH. Atención de las infecciones de transmisión sexual. Control prenatal y atención del parto. Citología cérvico-vaginal La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antiretrovirales entre otros. 					
<p>4.2. Oferta de servicios colectivos</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizan acciones educativas de orientación grupal con adolescentes y jóvenes. Existen grupos de aprendizaje para el auto cuidado o el cuidado mutuo de la salud. Existen estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos. 					
<p>4.3. Oferta de servicios integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 					
<p>4.4. Organización de servicios de extensión.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se otorga gran importancia a los servicios extramurales. 					

	SI	P	NO	NR	NA
<ul style="list-style-type: none"> Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes. Se desarrollan estrategias que permiten identificar a adolescentes y jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo. Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud 					

Componente 5: Participación juvenil, social y comunitaria

	SI	P	NO	NR	NA
<p>5.1. Participación de la población juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> Adolescentes y jóvenes participan en el mejoramiento del servicio de salud, para hacerlo amigable. Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que este se brinda y la evaluación para la mejora del mismo. Se cuenta con mecanismos de participación con grupos juveniles y organizaciones no gubernamentales que apoyan el trabajo con jóvenes. 					
<p>5.2. Participación de la población adulta</p> <ul style="list-style-type: none"> Se involucra a los adultos en la planificación del servicio, la forma en que este se brinda y la evaluación del mismo. Los adultos apoyan a la gente joven en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva. Se promueve que madres, padres y otros adultos de la comunidad, apoyen el uso de métodos de protección. 					

	SI	P	NO	NR	NA
<p>5.3. Integración del servicio a la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe coordinación con los diferentes actores de la comunidad para la difusión del servicio. Se realizan diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de adolescentes y jóvenes, para encontrar soluciones. El servicio de salud es considerado por la comunidad como una entidad clave de bienestar. Se fortalecen los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud. 					
<p>5.4 Coordinación intersectorial e interinstitucional</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizan acciones de coordinación y apoyo con otras instituciones de salud del mismo o de diferente nivel de complejidad. Se establecen acuerdos de apoyo con entidades como secretarías de salud, EPS o EPS de régimen subsidiado entre otras. El servicio se articula con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y medios de comunicación Se coordina en forma permanente con instituciones educativas, garantizando complementariedad en las acciones. Se crean grupos de apoyo interinstitucionales e intersectoriales, incluyendo grupos de apoyo conformados por jóvenes. 					

ANEXO 6. Apgar familiar

Tomado de: Enfoque semiológico desde la Medicina Familiar, capítulo 18. (473-483) libro: Introducción a la clínica. Editor académico, Jaime Alvarado Bestene, Centro Editorial Javeriano, Ceja. Bogotá 2003.

Es un instrumento diseñado y desarrollado por el Dr. Gabriel Smilkstein, en 1978, para aproximarse de una manera objetiva a la función familiar del paciente. (1)

Este instrumento ha sido aplicado en varios estudios y contextos socio-culturales, con correlación positiva en estudios clínicos como el de Pian, de soporte familiar y cumplimiento de la medicación antihipertensiva (1983); los de Herrera y cols. De riesgo biopsicosocial y resultados perinatales (1990), entre otros. (2)

Este instrumento consiste en una tabla con cinco enunciados que hacen referencia a las características básicas de una familia funcional y armónica.

Estos enunciados hacen referencia a:

- Adaptación (A), es la utilización de los recursos intra y extra-familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por algún estresor durante un período de crisis.
- Participación (P), Es la participación en la familia, en compartir la toma de decisiones y responsabilidades, como miembro de familia. Define el grado de poder con los miembros de la familia.
- Crecimiento (G - Growth), Es el logro de una maduración emocional, física y en autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte y de la guía mutua.
- Afecto (A), Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Resolución (R), es el compromiso o determinación de compartir los recursos como espacio, tiempo y dinero en la familia.

Hacia 1987, Smilkstein incorporó en el cuestionario dos preguntas relacionadas con el soporte de amigos. Estas tienen 5 opciones de respuesta. Estas dos respuestas son útiles para encontrar si el recurso existe o no, es de especial importancia cuando el paciente vive lejos de su familia o tiene una familia con mala función familiar. De acuerdo con los estudios de Cobb, Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

Cada uno de los enunciados se evalúa en una escala de 5 opciones,
Siempre = 4; Casi siempre = 3; Algunas veces = 2;
Casi Nunca = 1; Nunca = 0.

El formato lo debe diligenciar directamente el paciente y la interpretación del resultado es:
Buena función familiar: 18 - 20 puntos
Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos
Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos
Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos

Los dos últimos enunciados evalúan el soporte de amigos y se interpretan tomando en cuenta la escala anterior, pero el valor total se expresa: Valor/8

1 Mejía D. Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, Fundación W.K.Kellogg. ASCOFAME, Centro de Desarrollo Ocupacional, Sección de Reprografía, Bogotá D.C., Colombia. 1991.

2 Liliana Arias, Martha Alarcón, Medicina Familiar en la Práctica - 1997. Universidad del Valle- Facultad de Salud, Cali, Colombia.

APGAR FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS

Nombre: _____

Fecha: _____

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.

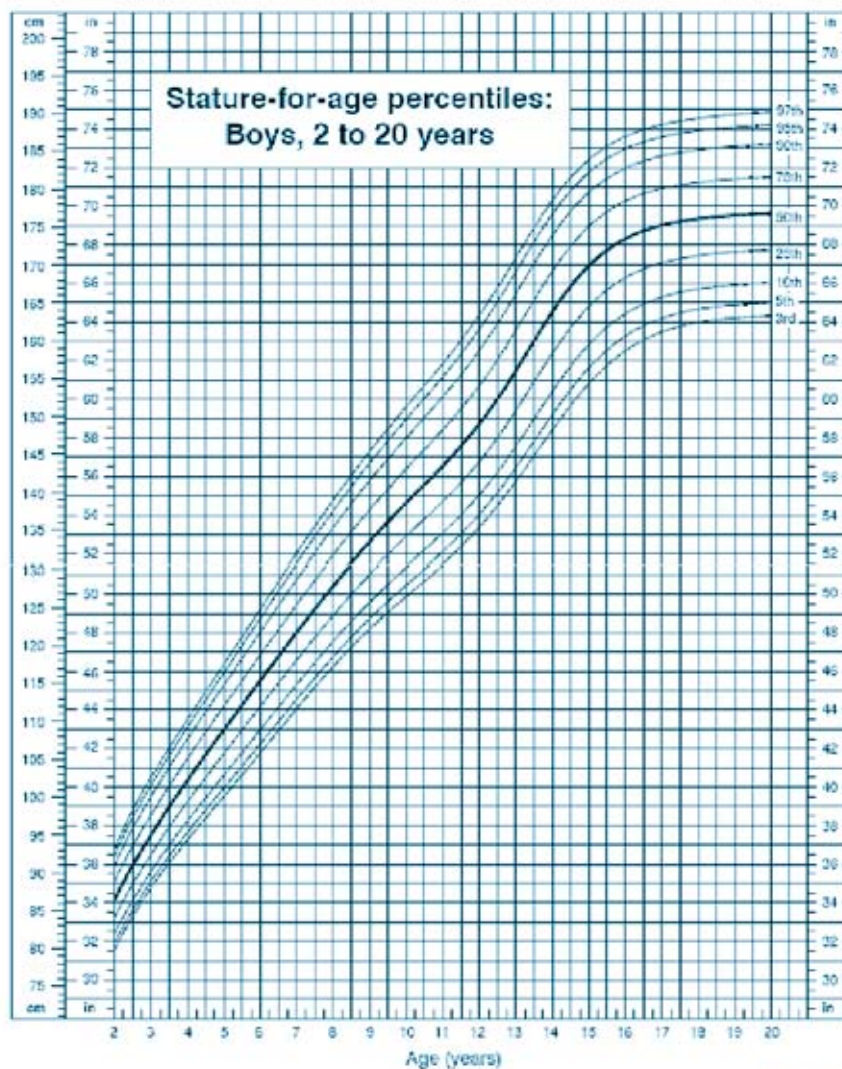
Familia es entendida como el(los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si vive solo, su "familia" consiste en la(s) personas con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar sólo una X que parezca aplicar para usted.

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y / o necesidad.					
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a. El tiempo para estar juntos b. Los espacios en la casa c. El dinero.					
¿Usted tiene algún amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos y amigas					

ANEXO 7. Índice de Masa Corporal

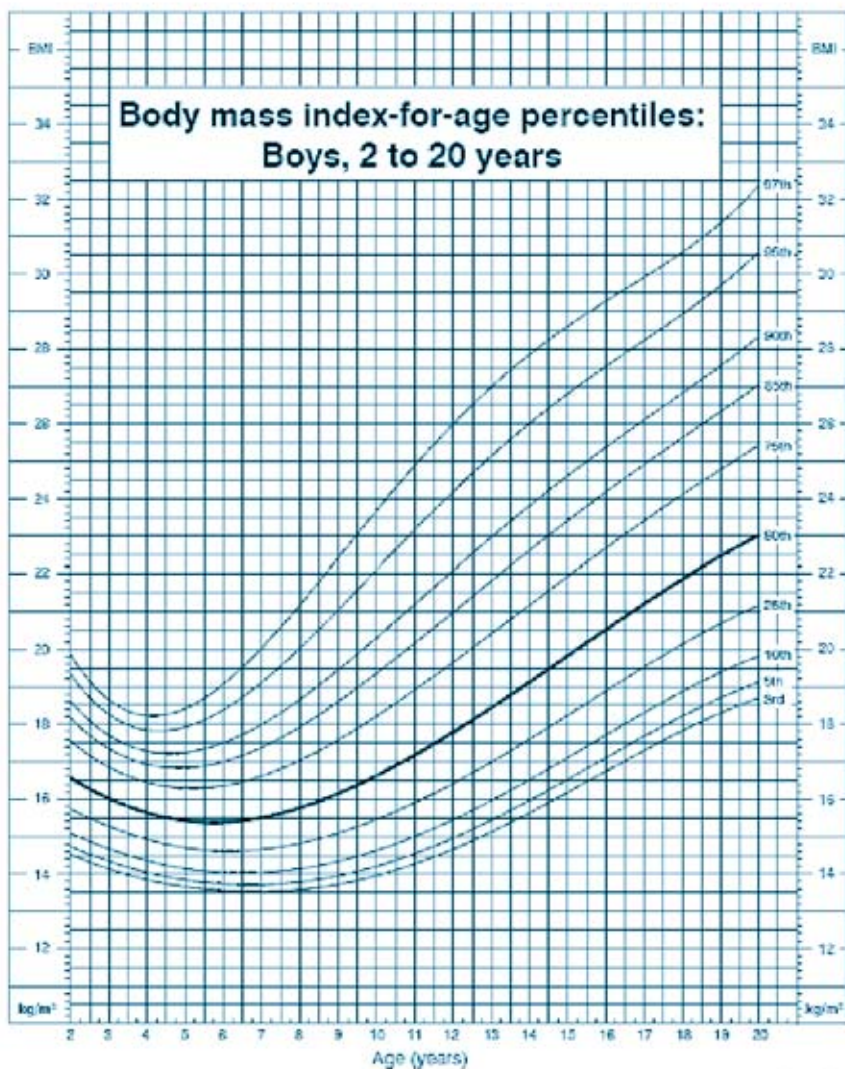
CDC Growth Charts: United States



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



CDC Growth Charts: United States

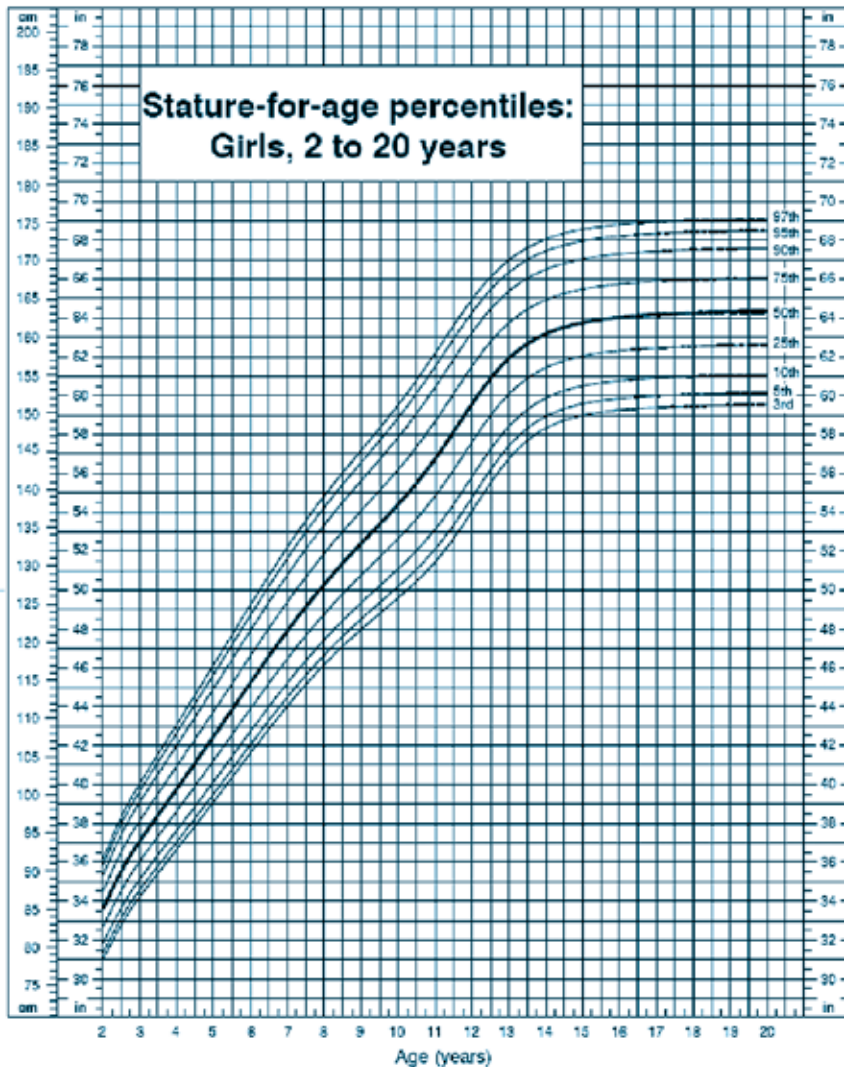


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in cooperation with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC).



ANEXO 8. Curvas de Peso y Talla

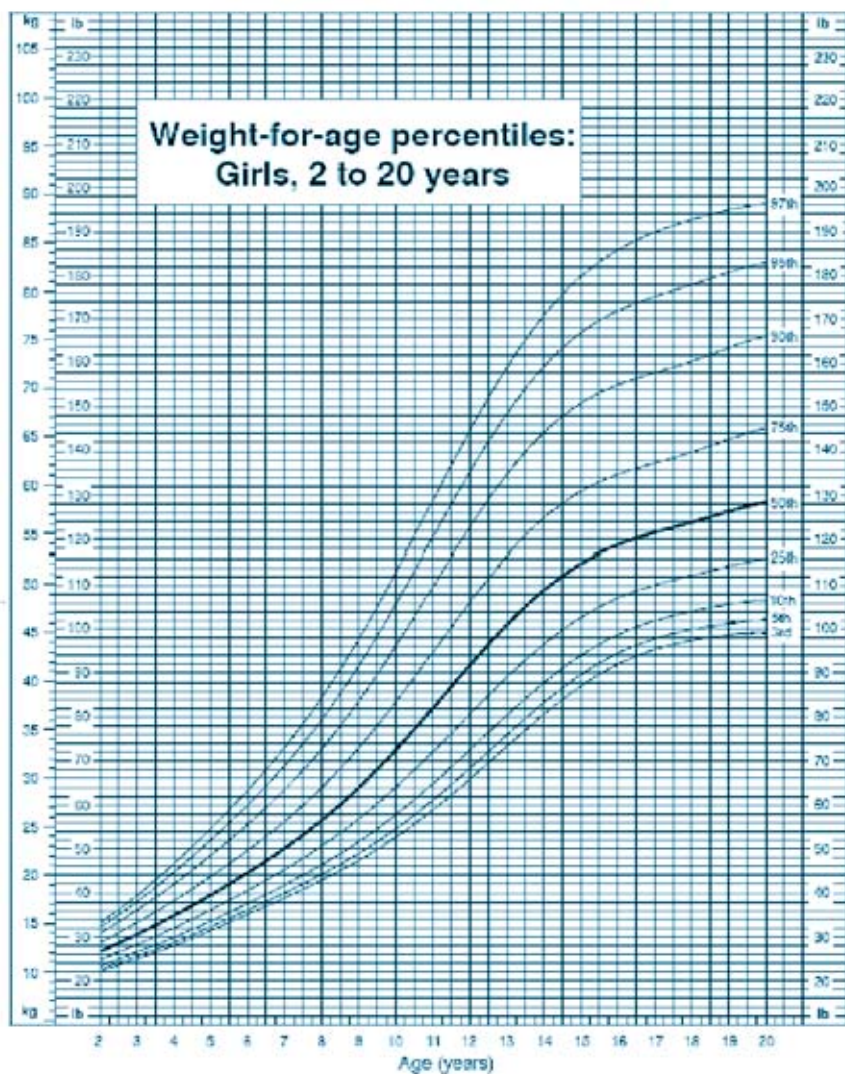
CDC Growth Charts: United States



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



CDC Growth Charts: United States



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).

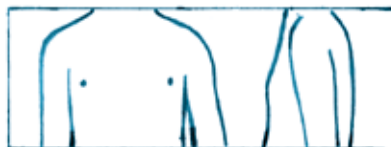


ANEXO 9. Desarrollo mamario tanner (1962)

DESARROLLO MAMARIO - Tanner (1992)

Estadio I

Mamá preadolescente o infantil
Solo el pezón está ligeramente
sobreelevado.



Estadio II

Brote mamario. Las areolas y
pezones sobresalen como un
cono. Esto indica la existencia de
tejido glandular y subyacente.
Aumento de diámetro de la
areola.



Estadio III

Continuación del crecimiento de
elevación de mama y areola en
un mismo plano.



Estadio IV

La areola y el pezón pueden
distinguirse como una segunda
elevación, por encima del
contorno de la mama.



Estadio V

La areola y el pezón pueden
distinguirse como una segunda
elevación, por encima del
contorno de la mama.



DESARROLLO VELLO PUBIANO EN LA MUJER - Tanner (1962)

Estadio I

Ligera vellosidad infantil.



Estadio II

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura).



Estadio III

Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.



Estadio IV

Vello pubiano de tipo adulto, pero no respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).



Estadio V

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende por fuera del triángulo pubiano Estadio VI.



ESTADIOS PUBERAÑILES EN EL VARÓN - Tanner (1962)

Desarrollo genital

Estadio G1: pene, testículo y escroto de tamaño infantil.

Estadio P1: no hay vello púbico.



Estadio G2: Aumento del tamaño de los testículos y del escroto (el pene no suele aumentar todavía). La piel del escroto más fina y enrojecida.

Estadio P2: Crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente rizado en la base del pene.



Estadio G3: Siguen aumentando los testículos y el escroto. Aumenta la longitud del pene.

Estadio P3: Vello más pigmentado, más denso, más rizado, que se extiende por la síntesis púbica.



Estadio G4: Continuación del crecimiento de los testículos y del escroto. El pene aumenta en diámetro y longitud. Pigmentación de la piel del escroto.

Estadio P4: Vello del tipo observado en una persona adulta, pero en mayor cantidad.



Estadio G5: Órganos genitales propios de una persona adulta, tanto por su tamaño como por su forma.

Estadio P5: Vello del tipo observado en una persona adulta, tanto por su tipo como por su cantidad.



ANEXO 10. Encuesta autoadministrada para adolescentes y jóvenes

Recolección de información a través de encuestas Ejemplo de una Encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes⁶⁵

HÁBLANOS DE TI...

1. a. Soy hombre
b. Soy mujer

2. a. Tengo 10 a 14 años
b. Tengo 15 a 19 años
c. Tengo 20 a 24 años
d. Tengo más de 24 años

3. a. Soy soltera o soltero
b. Estoy casada o casado
c. Estoy en unión libre

HÁBLANOS DE LA ACCESIBILIDAD...

	Sí	No	No Sé	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La institución de salud es fácil de ubicar
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe una señal visible dentro de la institución que indica que el servicio atiende a jóvenes
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El servicio es amistoso y acogedor
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los horarios de atención se adaptan a las horas en que las y los jóvenes pueden acudir al centro (por ejemplo, antes o después de ir al colegio, en las tardes o en los fines de semana)
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El servicio dispone de horarios en los que no tienes que hacer una cita previa para ir
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe información sobre los servicios que se brindan en el centro
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El servicio dispone de folletos y afiches con información que quieren las y los jóvenes

HÁBLANOS DEL PERSONAL...

- | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal es amistoso |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal es receptivo (no te juzga) |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal puede responder satisfactoriamente a todas tus preguntas |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal comprende las preocupaciones de las y los jóvenes sobre la sexualidad y las relaciones sexuales |

⁶⁵Tomada con adaptaciones del Programa Focus and Young.

- | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal utiliza un lenguaje que puedes entender |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal tiene tiempo para escuchar tus problemas en tus propias palabras |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puedes elegir entre que te atienda personal masculino o femenino |

HÁBLANOS DE LA ATENCIÓN...

- | | Sí | No | No Sé | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El precio de los servicios es razonable |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te dan la opción de ser atendida o atendido por la misma persona en cada visita |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te dan la opción de ser atendida o atendido en compañía de tu pareja o con un(a) amigo(a) |
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se te ha ofrecido información completa en los servicios que has solicitado |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Te pueden enviar a otro lugar si no te pueden proporcionar un servicio |
| 24. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La gente joven pueden acceder a los servicios sin llamar la atención en un servicio con adultos |
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El personal respeta la confidencialidad, es confiable y asegura la privacidad |
| 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puedes recibir asesoría en privado (sin que otra persona escuche) |

HÁBLANOS DE LAS OPCIONES...

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

- | | Sí | No | No Sé | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asesoría sobre salud sexual y reproductiva |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consulta del joven sano |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicios para personas jóvenes que han experimentado violencia sexual |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Citologías |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticonceptivos |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticoncepción de emergencia |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prueba, tratamiento y asesoría de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asesorías y de VIH |
| i. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prueba de embarazo |
| j. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Control del embarazo y atención del parto |

HÁBLANOSTU PARTICIPACIÓN...

	Sí	No	No Sé	
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay formas para que des tu opinión sobre los servicios
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recomendarías este servicio a un(a) amigo(a)?

RESPONDE ESTAS PREGUNTAS

30. ¿Cómo te enteraste de estos servicios?

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

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

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO 11. Concepto de la Asesoría

El objetivo de la asesoría es apoyar la toma de decisiones libres, informadas y responsables de adolescentes y jóvenes, proponiendo situaciones de forma clara, destacando las ventajas y desventajas de las decisiones tomadas, incentivando el análisis crítico de las mismas.

Es uno de los espacios educativos de mayor valor porque, a partir de la orientación y el apoyo, desarrolla las potencialidades de adolescentes y jóvenes, favorece el análisis crítico de sus propias situaciones, promueve la toma de decisiones, y acompaña los cambios de actitudes y comportamientos, siempre con la intención de construir una mejor salud sexual y reproductiva en cada adolescente y joven.

Pautas claves para el desarrollo de asesorías

Son muchas las pautas que se pueden mencionar para lograr una buena asesoría. Todas apuntan a fortalecer a adolescentes y jóvenes, dándoles herramientas para que tome las decisiones que más le convengan, según su propia manera de ser. Del análisis de experiencias y textos diversos, hemos extraído nueve pautas que enumeramos y luego detallamos:

- a. Construcción de una buena relación de comunicación
- b. Respeto a las situaciones de vida de los jóvenes
- c. Reconocer sentimientos y emociones
- d. Brindar información exacta
- e. Tener en cuenta las poblaciones especiales
- f. Evaluar riesgos que ameriten remisión de la población joven a servicios especializados

a. Construcción de una buena relación de comunicación

Cada joven que llega a solicitar una asesoría en salud sexual y reproductiva está dando una muestra de valor al no atender las presiones de amigos y del ambiente, que le sugieren no hacerlo. Esto es lo primero a tener en cuenta, que el sólo hecho de llegar a la asesoría es un gesto lleno de valentía. Por eso es importante que desde el inicio se garantice un ambiente cómodo para joven y profesional, que favorezca la mutua confianza y la actitud abierta y honesta en lo que respecta a sus sentimientos y experiencias. Algunos aspectos puntuales que favorecen el clima de confianza son:

- Comenzar la sesión en el horario estipulado, teniendo en cuenta que la espera aumenta los niveles de ansiedad.
- Realizar la asesoría en un lugar tranquilo y privado.
- Presentarse a los jóvenes de una manera cálida y amistosa.
- Crear una atmósfera de comunicación y confianza.
- Demostrar interés y atención en las preguntas directas y oportunas.
- Apaciguar los sentimientos y emociones del joven.

Cuando la asesoría logra reducir la ansiedad es más factible que adolescentes y jóvenes se involucren objetivamente en su propio proceso de reflexión, toma de decisiones y acción para el cambio.

b. Respeto a las situaciones de vida de adolescentes y jóvenes

Aspectos como edad, cultura, estado civil, etnia, raza, religión, orientación sexual, sexo y ocupación, son factores que influyen en las conductas y prácticas de las personas. Comprender cómo afecta la vida de adolescentes y jóvenes, ayudará a los profesionales a prestar un asesoramiento personalizado y a desarrollar estrategias más efectivas para la prevención de factores de riesgo. Por eso se propone que como asesor, cada profesional debería:⁶⁶

⁶⁶FISCHER, S. y COLS, Asesoramiento y Pruebas Voluntarias del VIH para Jóvenes. Manual para Prestadores de Servicios. Family Health Internacional. USA, 2006. www.fhi.org/youthnet

- Asegurar a adolescentes y jóvenes que no los juzgarán. Tratar que los propios sentimientos personales o prejuicios sobre cómo deberían comportarse las personas jóvenes no interfieran en su conducta profesional. Por ejemplo: en lugar de decir, “Lo que estás haciendo es equivocado,” o bien, “No es bueno tener sexo a tu edad,” podría decir, “Tu comportamiento te está poniendo en riesgo de contraer el VIH y otras ITS.”
- Mantener una actitud positiva frente a los jóvenes.
- Tratar a cada joven como un individuo. No estereotiparlos o asumir que una manera específica de brindar asesoramiento servirá para todos(as) los y las adolescentes y jóvenes por igual.
- Preguntar a adolescentes y jóvenes por sus creencias y puntos de vista e indicarles que los comprende.
- Ser receptivo a toda la población juvenil, independientemente de su sexo, edad, estado civil, si son sexualmente activos o no, si tienen parejas sexuales múltiples o si nunca han estado embarazadas.
- Ajustar su enfoque según sea necesario y teniendo en cuenta el estadio de desarrollo de los jóvenes; evaluar sus conocimientos y experiencia en lugar de hacer presunciones basadas en la edad solamente.

c. Reconocer sentimientos y emociones

Es necesario estar atento e interpretar los mensajes que la persona joven le transmite (lenguaje verbal –lenguaje corporal). Si percibe incongruencias, deberá indagar profundamente para comprender el estado anímico de adolescentes y jóvenes.

En toda asesoría se debe trabajar con base en los sentimientos de adolescentes y jóvenes, no contra ellos. Entender las propias reacciones en las diversas situaciones y hechos, es una condición indispensable para el desarrollo de los proyectos de vida individuales, por tal razón de adolescentes y jóvenes deben ser apoyados(as) para que reconozcan y comprendan sus emociones.

d. Brindar información exacta

Adolescentes y jóvenes suelen recibir información no acertada de sus amistades, de los medios de comunicación, del internet y de algunos adultos. Una tarea importante del profesional de salud del servicio amigable consiste en brindar información exacta, con base en evidencia científica, de una manera clara y concisa. Si adolescentes y jóvenes logran comprender una situación o tema, podrán tomar una decisión informada, disipar dudas, temores y ansiedades.

Para ofrecer información exacta se requieren dos condiciones: la primera es escuchar en detalle las inquietudes y necesidades expresadas por la persona que se asesora. La segunda es actualizarse frecuentemente en los temas que con frecuencia van a aparecer, como por ejemplo:

- Identidad, liderazgo, proyecto de vida
- Toma de decisiones
- Derechos Humanos – Derechos sexuales y reproductivos
- El VIH/Sida y otras ITS.
- La anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva.
- Las aptitudes para la vida, tales como pensamiento crítico y la capacidad de tener una actitud firme, enérgica y segura.

El acceso a la información exacta le facilita a adolescentes y jóvenes el análisis de las ventajas y desventajas de cada decisión posible y logra ampliar las opciones de elección.

e. Tener en cuenta las poblaciones especiales

Las asesorías en salud sexual y reproductiva a ciertas poblaciones de jóvenes pueden representar un desafío particular, en tanto pueden requerir un cuidado especial o un énfasis diferente en el asesoramiento. Algunas de esas poblaciones son:⁶⁷

⁶⁷Ibid, Pág. 21

- Las poblaciones móviles: conformadas por jóvenes que deben viajar por razones de trabajo, por ser integrantes de las fuerzas armadas, refugiados políticos, niños de la calle o personas en situación de desplazamiento como consecuencia de conflictos internos; pueden carecer de una red de apoyo adecuada, así como de acceso continuo a servicios de salud y, en ciertos casos, a un nivel básico de alimentación, educación y vivienda. Asimismo, es probable que no se encuentren en condiciones de regresar a la institución de salud o programa para recibir asesoría y apoyo adicional, razón por la cual resulta de especial importancia brindarles toda la información posible en el primer encuentro, evitando, sin embargo, sobrecargarlos.
- Jóvenes huérfanos: que se hacen cargo de sus hermanos y de parientes que padecen enfermedades crónicas, viviendo solos o en hogares que enfrentan dificultades económicas. Algunos están infectados con VIH, otros adoptan comportamientos de alto riesgo con la finalidad de conseguir los recursos necesarios para asegurar su subsistencia y la de sus familias. Los huérfanos tienen mayores posibilidades de presentar niveles inadecuados de nutrición, así como carecer de acceso a servicios básicos de salud, no estar inscritos en el sistema escolar, enfrentar problemas psicológicos y emocionales y carecer de apoyo para lidiar con resultados positivos de las pruebas del VIH y comprometerse con un estilo de vida más saludable.
- Jóvenes con discapacidades mentales: que no se encuentran en condiciones de dar su consentimiento voluntario. En estos casos, se debe determinar si estos jóvenes tienen una persona significativa que los represente.
- Víctimas de violación: que solicitan asesoría y prueba de detección para VIH y a las cuales el profesional de salud debe abordar de forma especial con el fin de establecer las causas, tipo, persona, situación, etc. que ocasionó el abuso, y así orientar la asesoría y acompañamiento a la persona.

f. **Evaluar riesgos que ameriten remisión de adolescentes y jóvenes a servicios especializados.**

- El asesor debe determinar si las respuestas de adolescentes y jóvenes ameritan remisión a servicios especiales (psicología, psiquiatría, trabajo social, entre otros), o servicios que permitan reducir el riesgo de poner en peligro su integridad física o la de terceros.
- En este componente se propone cómo realizar la asesoría de algunos de los servicios que incluye el área de la salud sexual y reproductiva.⁶⁸ El objetivo de la asesoría es facilitar respuestas a las diversas situaciones a las que se ven expuestos(as) adolescentes y jóvenes, destacando las ventajas y desventajas de cada una. El personal de salud debe ofrecer información y orientación, pero al final, es el usuario o usuaria quien debe hacer una elección libre e informada.
- Las herramientas que se ofrecen a continuación están orientadas a las asesorías en los siguientes campos y situaciones:
 - a. Consulta de adolescente y joven sano
 - b. Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva
 - c. Asesoría ante sospecha de embarazo
 - d. Asesoría sobre anticoncepción
 - e. Asesoría sobre ITS/VIH-Sida
 - f. Asesorías pre y post pruebas para detectar el VIH
 - g. Asesorías sobre maltrato y abuso, incluyendo abuso sexual

⁶⁸ Esta información fue tomada con adaptaciones de la "Guía para la ejecución de servicios amigables" promovida por la institución Margareth Sanger.

a. Consulta de adolescente y joven sano

- La consulta médica que se produce por primera vez es realizada por un médico general y busca detectar alteraciones del desarrollo, así como identificar factores protectores o de riesgo para poder actuar a partir de ellos. La consulta incluye la elaboración de la historia familiar, médica y personal, así como de los antecedentes y la situación actual de la persona joven. Además es una excelente oportunidad para ofrecer orientación e información en los aspectos que adolescentes y jóvenes lo soliciten. Todo esto debe complementarse con un examen físico que comprenda exploración general, antropométrica, signos vitales, exámenes por sistemas y valoración de Tanner. Finalmente es necesario solicitar exámenes de laboratorio que incluyan: hemoglobina, perfil lipídico, serología VDRL y citología cérvico - uterina.
- Terminada la consulta se establecerá un plan de acuerdo con adolescentes y jóvenes, priorizando en el refuerzo de factores protectores, el control de factores de riesgo, tratamientos, remisiones que sean necesarias y determinando cómo se hará el seguimiento.

b. Asesoría en salud sexual y reproductiva

La asesoría es crucial en la etapa de la adolescencia y la juventud, pues el desarrollo físico y psicosocial, incluyendo la maduración sexual, generan una serie de requerimientos durante la asesoría, tales como:

¿Qué considerar?

- La asesoría sobre sexualidad debe de ser realizada a toda/o joven que la demande.
- La asesoría sobre sexualidad debe recomendarse a todo joven en quien se hayan detectado factores de riesgo relacionados con la sexualidad (inicio de relaciones sexuales, sospecha de abuso sexual, otros).
- Múltiples aspectos referidos a la sexualidad estarán influidos por patrones culturales (ser madre, machismo, otros).
- Requieren asesoría especial jóvenes con comportamientos de riesgo como trabajadores/as sexuales; marginados sociales; víctimas de violencia doméstica.
- Varios jóvenes, principalmente durante la adolescencia temprana, sienten atracción por personas de su mismo sexo, lo que no necesariamente significa que tendrán una orientación sexual diferente a la heterosexual, por lo que se debe tener pendiente no encasillarlos/as.

¿Qué indagar?

- Conocimientos sobre su cuerpo, maduración sexual, ciclo menstrual en la mujer.
- Inquietudes sobre el amor y la relación de pareja.
- Formas de diálogo y toma de decisiones entre la pareja.
- Expresiones del afecto y la sexualidad en las relaciones de pareja.
- Toma de decisiones sobre la iniciación sexual.
- Sentimientos de discriminación ante situaciones de orientación sexual diferente a la heterosexual.

¿Qué asesorar?

- Anatomía y fisiología del aparato genital masculino y femenino. Desarrollo sexual.
- Higiene del aparato genital.
- Ciclo menstrual en la mujer y relación con la fertilidad.
- Auto examen de mamas en la adolescente o joven y auto examen de testículo.
- Cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar en una relación de pareja.
- Patrones culturales que implican diferencias en la construcción de roles masculinos y femeninos.
- Equidad en las relaciones de género y respeto por la diversidad.
- Sobre riesgo de prácticas sexuales, incluyendo juegos sexuales y el roce de genitales.
- Habilidades para enfrentar las presiones por parte de los pares, la pareja y los familiares.
- Decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes.
- El autoerotismo, mitos y tabúes sobre la masturbación.
- Orientación sexual diferente a la heterosexual en varones y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación
- Embarazo, ITS, VIH/Sida y otros riesgos asociados a la sexualidad como prevenirlos.
- Cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia.

C. Asesoría ante sospecha de embarazo

Muchas jóvenes pueden morir por problemas en el embarazo, el parto y la maternidad. La mortalidad materna es un problema de salud pública en el país por su frecuencia y graves consecuencias psicológicas, sociales, familiares y económicas.

Uno de los aspectos más importantes para lograr una plena salud reproductiva es el logro de la maternidad sin riesgos. Desde los servicios amigables se promueven factores protectores y la detección de factores de riesgo relacionados a la ocurrencia de embarazos no planificados. Reconocer que estos factores conducen a plantear intervenciones dirigidas a eliminarlos o reducirlos.

¿Qué considerar?

- Se recomienda realizar previa a la consulta, la solicitud de la prueba de embarazo.
- Está dirigida a que la adolescente o joven tome decisiones sobre su sexualidad, su probable embarazo y su cuidado.
- Trabajar estereotipos de género masculino y femenino y relaciones de equidad entre varones y mujeres.
- Seleccionar el método anticonceptivo más apropiado para la joven y su pareja, en caso que el diagnóstico sea negativo.
- Explicar claramente las normas de confidencialidad.

¿Qué indagar?

- Uso de métodos anticonceptivos.
- Antecedentes de abuso sexual y/o violencia.
- Conocimiento respecto a como prevenir un embarazo.

¿Qué asesorar?

- Consecuencias de un embarazo en adolescentes: biológicas, psicológicas, socioeconómicas.
- Elegir la persona en quien se confiará el diagnóstico de embarazo en caso de ser positivo, la modalidad y el momento en que se le informará.
- Si no puede comunicarlo sola, ofrecer la asesoría como espacio para el diálogo con los padres/madres/ tutores en una entrevista conjunta.
- Riesgos de las diferentes alternativas ante un probable embarazo.
- Riesgos asociados a la práctica del aborto en condiciones clandestinas
- Prevención de depresión y suicido.
- Contenidos de género relativos a la maternidad/paternidad.
- Anticoncepción en caso de prueba negativa de embarazo.

d. Asesoría sobre anticoncepción

Se traduce en actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes en edad fértil, para que cada persona, o la pareja, ejerza el derecho a decidir, libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.

Cuando de anticonceptivos se trata, es importante valorar la eficacia. En el caso de adolescentes y jóvenes el uso o no de anticonceptivos se asocia a los patrones de comportamiento propios de estas edades como las relaciones sexuales no planificadas, necesidad de métodos que permitan la privacidad, etc.). El personal de salud debe apoyarles para que conozcan las opciones anticonceptivas y puedan tomar una decisión informada y libre respecto al uso de algún método anticonceptivo.

Para recordar información sobre las clases de anticonceptivos, las formas de uso por parte de adolescentes y jóvenes y los criterios a tener en cuenta en el momento de su elección, el equipo de profesionales puede consultar el contenido del anexo 4.1

Durante la asesoría sobre anti-concepción el personal de salud puede tener en cuenta las siguientes sugerencias:

¿Qué considerar?

- Identificar la decisión de adolescentes y jóvenes acerca de tener hijos: posponer, iniciar o espaciar la reproducción.
- Determinar si van o no a usar la anticoncepción.
- Orientarlos para que decidan cual método van a utilizar.
- La asesoría es recomendada para adolescentes y jóvenes que se encuentren por decidir el inicio de relaciones sexuales o aquellas que tengan relaciones sexuales.
- Adolescentes y jóvenes que ya iniciaron relaciones sexuales tienen riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual. Necesitan un método anticonceptivo que sirva para prevenir ambos.
- Trabajar con adolescentes y jóvenes sus conceptos de género en relación al poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y la anticoncepción.
- La anticoncepción de emergencia debe ser enseñada y difundida con cada método anticonceptivo.
- Tener presente que el objetivo de este tipo de asesoría es acompañar la toma de decisión de un/a adolescente o joven sobre el método anticonceptivo más apropiado para el/ella y su pareja.

¿Qué indagar?

- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Uso previo de anticonceptivos.
- Experiencias negativas o de fracaso con algún método anticonceptivo.
- Mitos y tabúes en torno al uso de métodos anticonceptivos.
- Paridad ocurrencia de abortos.
- Si esta lactando o esta embarazada, en el caso de adolescentes y jóvenes de sexo femenino.
- Prácticas sexuales de riesgo (tener varias parejas, roce de genitales, por ejemplo).

¿Qué asesorar?

- Métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes y jóvenes, aún cuando no estén disponibles en el servicio.
- Exposición y demostración de uso de cada método anticonceptivo.
- Efectos secundarios de cada método y complicaciones posibles.
- Uso correcto, importancia de la regularidad y el uso sistemático.
- Problemas comunes del uso y soluciones.
- Lugares para obtenerlos.
- Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso.
- Falta de protección contra ITS e infección por VIH/Sida de los diferentes métodos.
- Recomendación de doble protección, cuando aplique.
- Necesidad de seguimiento.

e. Asesoría sobre ITS/VIH - Sida

La población joven suele carecer de la información, de los conocimientos prácticos y de los servicios que necesita para protegerse así misma contra la infección con el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual ITS. Suplir estas necesidades tiene importancia crucial para contrarrestar la epidemia del SIDA.

El personal que trabaja con adolescentes y jóvenes debe reconocer los factores de riesgo y realizar intervenciones dirigidas a desarrollar y fortalecer factores de protección que permitan a la población joven adoptar comportamientos de bajo riesgo. Desde los servicios amigables es importante trabajar con esta población, no sólo informando sobre las ITS/VIH/Sida sino, además, formándola para que adquiera habilidades para tomar decisiones que contribuyan con su salud sexual y reproductiva.

¿Qué considerar?

- Hablar en términos simples y precisos
- Partir de conocimientos previos como por ejemplo: ¿Sabes que es una infección de transmisión sexual? ¿Cuáles conoces?
- Dialogar sobre los estereotipos de género que hacen que varones y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS:

¿Qué indagar?

- Conocimiento sobre las ITS, incluyendo VIH/Sida.
- Identificación de medidas para prevenir las ITS/VIH/Sida.
- Percepción de riesgo.
- Negociación con la pareja respecto al uso del condón.
- Uso de condón.
- En jóvenes con ITS constatar que entiende cómo se contagió, porqué la importancia del tratamiento de su pareja, y las explicaciones del tratamiento indicado.

¿Qué asesorar?

- Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B, gonorrea, sífilis, herpes genital, chancro blando, linfogranuloma venéreo y sus respectivos signos y síntomas.
- Describir las formas de prevenir las ITS, incluyendo el VIH/Sida: abstinencia: uso correcto y sistemático de condones y relaciones de pareja con base en la fidelidad mutua.
- Enfatizar que las personas que padecen una ITS tienen mayor riesgo de contraer el VIH.
- La protección es fundamental, sólo se logra con preservativo masculino/ condón, o abstinencia sexual.

¿Qué considerar?

- Diferencias de poder para tomar decisiones, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros.

¿Qué indagar?

¿Qué asesorar?

- Relación entre cada método anticonceptivo y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Formas de negociación con la pareja para el uso del condón.
- Importancia del cambio de comportamientos sexuales de riesgo.
- Promoción del autocuidado/ cuidado mutuo de salud.
- Promoción de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, etc.
- Identificar recursos o lugares para el tratamiento de las ITS/ VIH/Sida.

F. Asesoría pre y post pruebas para detectar el VIH

Se ha demostrado que una asesoría oportuna y de calidad, y la toma de las pruebas voluntarias para VIH/Sida, ayudan a la prevención de la infección. A través de este procedimiento se le permite a adolescentes y jóvenes elegir con conocimiento de causa si desean realizarse la prueba o no. Esta decisión le corresponde solamente a cada adolescente o joven y debe garantizársele que todo el proceso será confidencial. Incluye una evaluación del riesgo personal y la promoción de factores protectores.

Este proceso consta de una asesoría previa a la prueba y un asesoramiento posterior a la misma para la entrega de resultados.

¿Qué considerar?

- Solicitar el consentimiento informado para la realización de la prueba.
- Se trata de un asesoramiento especial y adolescentes y jóvenes pueden estar bajo intensa presión psicológica, dependiendo de la situación particular que dio origen a la indicación de la prueba.
- Pueden presentarse por parte de adolescentes y jóvenes reacciones de ansiedad, angustia, depresión y temor ante situaciones que se desencadenen si el resultado de la prueba es positivo.
- Ayudar al adolescente o joven a elaborar un plan de lo que hará, según el resultado de la prueba.
- Conocimientos sobre el VIH/Sida.

¿Qué indagar?

- Conocimiento sobre la posibilidad de tener VIH/Sida.
- Conocimientos sobre procedimiento para la prueba.
- Identificación de medidas para prevenir el VIH/Sida.
- Percepción de riesgo de contraer VIH/Sida.
- Comportamientos de riesgo para contraer VIH/Sida.
- Uso de condón.
- Después de la prueba

¿Qué asesorar?

- Cuáles son los procedimientos para la toma de la muestra y su significado.
- Ventajas de esta prueba: el diagnóstico temprano permite a las personas afectadas tomar medidas para cuidar su salud y tener mejor pronóstico; permite que la pareja tome decisiones sobre futuros embarazos; da la posibilidad de prevenir la transmisión en las compañeras o compañeros sexuales no infectados.
- Elaboración de un plan de lo que hará, según el resultado de la prueba.
- Enfatizar en las formas de prevenir el contagio con el VIH/Sida.

Después de la prueba

- Ofrecer la asesoría exclusivamente al adolescente o joven que se la realizó.
- Garantizar la privacidad.
- Ofertar el apoyo del servicio para el seguimiento.
- El profesional del servicio amigable que detectó la infección en el/la adolescente o joven y le acompañó en la espera del resultado, frecuentemente será el profesional "de contacto" para adolescentes y jóvenes con infección VIH/Sida.

- Significado del resultado de la prueba para adolescentes y jóvenes.
- Otras necesidades de información y apoyo.

- Si la prueba resulta negativa:
- Informar que una prueba negativa puede significar que no está infectado.
 - Informar que podría ser que esté infectado, pero aún es muy temprano para poder detectar los anticuerpos en la sangre.
 - Dependiendo de la situación del adolescente o joven respecto a la exposición al VIH es recomendable hacer nueva prueba.
 - Enfatizar en las medidas de prevención y el cambio de comportamientos de riesgo.
- Si la prueba resulta positiva:
- Informar sobre como mantener la salud (tratamientos, alimentación, actividad física, salud mental, otros)
 - Cómo evitar la transmisión del VIH a otras personas.
 - Necesidad de usar condones para evitar reinfecciones, que aumentan la progresión del VIH/Sida.
 - Referencia a otras instituciones y organizaciones que trabajen con personas viviendo con el VIH.
 - Derechos de las personas viviendo con el VIH/Sida.
 - Elaboración de plan de lo que hará, a partir del resultado positivo.

9. Asesoría sobre maltrato y abuso, incluyendo abuso sexual

Desde los servicios amigables puede intervenir para detectar el maltrato y abuso físico, incluyendo la violencia sexual en adolescentes y jóvenes, para ayudarles a superar esta situación. La violencia, en sus diferentes formas, es considerada hoy día un problema de salud de importancia, requiriéndose que sea diagnosticada por el personal de salud y abordada desde una perspectiva interdisciplinaria (médicos/as, personal de salud mental, trabajo social) e intersectorial (servicio de salud, servicios judiciales, policía, escuelas, medios de comunicación, grupos de apoyo, otros).

La mayor complejidad que tiene aproximarse a este tipo de asesorías es que, en muchos casos, están culturalmente legitimadas las formas de violencia, incluyendo el maltrato y el abuso sexual. Eso exige el máximo de concentración de parte de quien asesora y una pedagogía que le permita a adolescentes y jóvenes comprender que tienen derecho a decidir sobre su sexualidad y a no ser maltratados ni abusados por nadie.

¿Qué considerar?

- Es fundamental establecer un ambiente de confianza donde prevalezca el respeto y la privacidad, que son elementos que posiblemente no existan en la vida de las personas víctimas de violencia.
- Adolescentes y jóvenes requieren información básica sobre las diferentes formas de maltrato y abuso; pues pueden haber situaciones que por motivos culturales sean consideradas “normales” en ciertas comunidades.

¿Qué indagar?

- Situación de maltrato físico y/o abuso sexual.
- Identificación del agresor.
- Desde hace cuánto tiempo ocurre la situación de abuso.
- Sentimientos de temor.
- Identificación de figuras de apoyo en su red familiar o social.

¿Qué asesorar?

- Formas de maltrato y abuso, incluyendo el abuso sexual.
- Medidas para evitar y/o enfrentar el maltrato y/o abuso sexual.
- Orientaciones sobre mecanismos legales de protección, acceso a protección y apoyo.

Continúa...

¿Qué considerar?	¿Qué indagar?	¿Qué asesorar?
<ul style="list-style-type: none"> Tener presente que el temor, la vergüenza y los sentimientos de culpabilidad pueden influir en la no expresión voluntaria de la situación de abuso a que están sometidas las personas. Una proporción muy significativa de casos de maltrato y abuso, incluyendo el sexual, son realizados por familiares, convivientes o por personas de autoridad cercana al adolescente o joven, como personas vecinas, maestras, entrenadoras u otras. 	<ul style="list-style-type: none"> Ideas o intentos suicidas. Asociación con embarazos, abortos, ITS/VIH/Sida. 	<ul style="list-style-type: none"> En caso de abuso sexual: prevención de embarazo, uso de píldoras anticonceptivas de emergencia, pruebas para detección de VIH y otras ITS. Información sobre organizaciones de apoyo psicológico y legal para estos casos.

ANEXO 12. Métodos anticonceptivos y su uso en adolescentes y jóvenes

MÉTODO	USO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	ASESORÍA
Abstinencia	Si, es recomendado tanto para quienes no han iniciado las relaciones sexuales, como para aquellos que si las han iniciado.	<ul style="list-style-type: none"> Es la forma más segura de evitar un embarazo y las ITS, incluyendo VIH/Sida. Requiere alto grado de motivación y fuerte compromiso de pareja.
Abstinencia periódica (método del ritmo, método de Billings, método de la temperatura basal)	Si, cuando los ciclos son regulares. No protege contra ITS, incluyendo VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Se necesita capacitar a adolescentes y jóvenes para que comprendan el ciclo reproductivo e identifiquen el periodo fértil y no fértil en la mujer. Requiere alto grado de motivación y fuerte compromiso de pareja. Puede fallar cuando hay ciclos irregulares, lo que es muy frecuente luego de la primera menstruación y posterior al embarazo. Puede combinarse con otros métodos, como el condón y el diafragma. No es tan eficaz como otros métodos.

MÉTODO	USO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	ASESORÍA
Método de amenorrea de la lactancia	Si. No protege contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Es seguro solamente cuando se cumple tres criterios: amenorrea (ausencia menstruación), válido en los primeros 6 meses posparto y cuando hay lactancia exclusiva. Se debe orientar sobre otra opción anticonceptiva (que no interfiera con la lactancia), antes de que se cumplan los 6 meses posparto.
Coito interrumpido	Si. No protege contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Requiere alto grado de motivación y fuerte compromiso de pareja. No es tan eficaz como otros métodos.
Condomes masculinos	Si. Protegen contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Deben usarse en forma correcta y sistemática en cada acto sexual. Pueden usarse con otros anticonceptivos. No tienen efectos sistémicos. Son por lo general accesibles para jóvenes.
Espermicidas (tabletas, espumas y Cremas vaginales)	Si. Aunque no protegen adecuadamente contra ITS, incluyendo VIH/ Sida. Deben usarse solamente cuando otros métodos no están disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> Deben usarse en forma correcta y sistemática en cada acto sexual. No son tan eficaces como otros métodos. Las usuarias necesitan ser capacitadas sobre su uso (como colocarlos, en que tiempo, etc.) Pueden utilizarse junto con el condón y acompañando a otros anticonceptivos. Los efectos secundarios incluyen irritación peneal y vaginal. No tiene efectos sistémicos. Requiere alto grado de motivación y fuerte compromiso de pareja.
Métodos de barrera Femeninos (condón femenino, diafragma, esponja, capuchón cervical)	Si. El condón femenino protege contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Deben usarse en forma correcta y sistemática en cada acto sexual. Pueden usarse con otros anticonceptivos. No tienen efectos sistémicos. Las usuarias necesitan ser capacitadas sobre su uso, el cual se asocia a error humano, por lo que resultan menos eficaces que otros métodos. Su accesibilidad es muy baja.

MÉTODO	USO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	ASESORÍA
Píldoras solo de progestina	Si. No protege contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<p>Deben tomarse diariamente para que sean eficaces.</p> <ul style="list-style-type: none"> Es una opción para adolescentes y jóvenes lactando, pues no contiene estrógenos. Cuando se dejan de tomar, la fertilidad se recupera rápidamente. Siempre debe informarse que hacer si olvida tomarse las píldoras cuando corresponde. Efectos secundarios posibles: ciclos menstruales irregulares, sangrado ínter menstrual, amenorrea. Beneficios no anticonceptivos: reducen el riesgo de cáncer ovárico y endometrial y la enfermedad pélvica inflamatoria.
Anticonceptivos orales Combinados (progestina y estrógenos)	Si. No protege contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Deben tomarse diariamente para que sean eficaces. Cuando se dejan de tomar, la fertilidad se recupera rápidamente. Siempre debe informarse que hacer si olvida tomarse las píldoras cuando corresponde. Efectos secundarios posibles: náuseas, dolor de cabeza, manchados. Beneficios no anticonceptivos: menstruación regular y menos dolorosa; reducen el riesgo de cáncer ovárico y endometrial y la enfermedad pélvica inflamatoria. No es recomendable para adolescentes y jóvenes lactando, pues pueden interferir con la lactancia.
Inyectables (de progestina solos y Combinados de progestina y estrógenos)	Si, aunque existen reservas acerca del efecto de los inyectables solo de progestina en la densidad ósea durante la adolescencia. No protege contra ITS, incluyendo VIH/ Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Las adolescentes deben de regresar periódicamente para que se le aplique la inyección (1 mes, 3 meses) Cuando se dejan de tomar, la fertilidad se recupera lentamente (hasta 9 meses) Efectos secundarios posibles: sangrado menstrual irregular, sangrado prolongado o profuso, amenorrea, aumento de peso, mareos, dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo.

MÉTODO	USO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	ASESORÍA
		<ul style="list-style-type: none"> Beneficios no anticonceptivos: disminución del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer endometrial y embarazo ectópico.
Implantes subdérmicos (Norplant)	Si. No protege contra ITS, incluyendo VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecen larga protección anticonceptiva (5 a 7 años) Efectos secundarios posibles: sangrado menstrual irregular, amenorrea. Requieren un personal de salud capacitado para instalación y retiro del implante.
Dispositivos intrauterinos (DIU)	Si, son apropiados para mujeres con relaciones sexuales monógamas. Las adolescentes sin paridad corren el riesgo de mayor expulsión y menstruaciones dolorosas. No protege contra ITS, incluyendo VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Son seguros y eficaces y requieren poco esfuerzo por parte de la usuaria luego que se insertan. La protección anticonceptiva puede ser de hasta 10 años, si se usa el DIU de cobre Efectos secundarios posibles: manchado, menstruación profusa y cólica. Se deben dar indicaciones claras de cuando regresar a la consulta con fines de chequeo y en caso de síntomas que sugieren complicaciones, tales como dolor abdominal con fiebre y retraso menstrual.
Píldoras anticonceptivas De emergencia (de progestina solos y Combinados de progestina y estrógenos)	Si, son eficaces para prevenir un embarazo en parejas que tienen una relación sexual no planificada, cuando se olvida tomar el método anticonceptivo que se usa regularmente o ante la rotura del condón. También puede ser usado en adolescentes y jóvenes que han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas o producto de una violación. No protegen contra ITS, incluyendo VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Se debe de hacer consejería y explicar en forma detallada la dosis a utilizar. Después de una relación sexual sin protección, mientras más temprano se inicien mayor es su eficacia. Efectos secundarios posibles: náuseas, vómitos. Siempre se debe recomendar el uso de un método anticonceptivo regular. Los preparados de progestina solos resultan más eficaces para la anticoncepción de emergencia que los combinados de progestina y estrógenos.

BIBLIOGRAFÍA

Consultar www.paho.org ,
www.minproteccionsocial.gov.co

1. ACNUR. Informe de actividades de impacto. Herramientas para el diagnóstico participativo con población desplazada. 2005
2. ADVOCATES FOR YOUTH. Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en América Latina y el Caribe. EN:
<http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>
3. ADVOCATES FOR YOUTH. Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.1995
4. ALVARADO, C y GARITA, C. Módulo Sembrando Esperanzas: Estrategias de Trabajo en Salud con Adolescentes de Comunidades Pobres. Editorial PAIA, CCSS. San José Costa Rica. 2004.
5. ASTORGA, A y Van der Bijl, B (1991). Manual de diagnóstico participativo. Buenos Aires: Editorial Humanitas. -Cedepo. 1991.
6. BAPTISTA LUCIO, Pilar, FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación. Segunda edición, Compañía Editorial Ultra, S.A. de C.V. 2000.
7. BELITZKY, R y cols. Manual de salud materno-perinatal para promotores comunitarios. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP-OPSIOMS, Montevideo - Uruguay División de desarrollo Internacional DID - Universidad de Calgary - Canadá Publicación Científica del CLAP NQ 1254.
8. BIBLIOTECA DE LAS NACIONES UNIDAS. EN: <http://www.uv.es/onubib/conferenciasmundiales.htm>
9. BOLER, T y JELLEMA, .A. Inercia mortal, Un estudio comparado entre países sobre las respuestas al VIH/SIDA. Noviembre 2005.
10. BURT, Martha R. Ph.D.The Urban Institute, ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996
- 11.CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Manual de consejería en salud sexual y reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/Sida. Costa Rica. 2005.
12. CENTER INTERNACIONAL MARGARET SANGER. Guía para la ejecución de los servicios amigables para jóvenes.
13. CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/ SIDA. Manual Aspectos de Salud Pública. - CENSIDA. Instituto Nacional de salud Pública. Primera edición: México. Julio de 2006.

14. CORONA, E. ORTIZ, G. Hablemos de educación y salud sexual: Manual para profesionales de la educación . Volumen 1. Asociación Mexicana de Educación Sexual, Asociación Mexicana para la Salud Sexual, UNFPA. México, D.F: 2003. p. 69
15. DOMÍNGUEZ GIRALDO, Gerardo. Formulación y Evaluación de Proyectos Sociales. Edición 2002, Biblioteca Jurídica Diké. 2002.
16. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes. Network en español. Vol 20:3. 2000. p.10
17. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Fomento de consultorios amigos de los jóvenes. Network en español. Vol 20:3. 2000. p.32
18. FAMILY CARE INTERNATIONAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio y Salud Sexual y Reproductiva Green Communication Design, Montreal, Canadá. 2005, p 14
19. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Región del Hemisferio Occidental. Proyecto YES, de INPPARES Promoviendo la salud sexual y reproductiva en las Américas. Experiencias exitosas. Perú.
20. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. La Salud Sexual y Reproductiva y las Metas de Desarrollo del Milenio. Rio de Janeiro, 30 de noviembre 2004. EN: <http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/symposia/Rodriguez.pdf>
21. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Creando servicios amigables para jóvenes con recursos limitados. EN: http://www.ippfwhr.org/publications/serial_issue_s.asp?PubID=29&SerialIssuesID=168
22. FEDERACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PATERNIDAD PLANIFICADA. Región del Hemisferio Oeste. Módulo de auto-evaluación: Programas de SR y Sexual para la juventud.
23. FISCHER, S. y Cols, Asesoramiento y Pruebas Voluntarias del VIH para Jóvenes. Manual para Prestadores de Servicios. Family Health Internacional. USA, 2006. EN: www.fhi.org/youthnet
24. FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS, UNFPA Declaración en el Día Mundial de la Población, 11 de julio de 2006.
25. FOCUS on Young Adults. Servicios que dan buena acogida a los jóvenes. EN: <http://www.fhi.org/sp/Youth/YouthNet/ProgramasAreas/YouthFriendlyServices/index.htm>
26. GCE. CAMPAÑA GLOBAL POR LA EDUCACIÓN, Learning to Survive: How Education for All Would Save Millions of Young People from HIV/AIDS Bruselas, 2004. Disponible en: <http://www.campaignforeducation.org/joinup/>
27. GRAHAM, A. y Cols. La anticoncepción de emergencia al servicio de adolescentes y jóvenes. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. 2002

28. GOMEZ FUENTES, Carlos. Planeación en Salud. Universidad Industrial de Santander. 1998.
29. LEIS, R. El arco y la flecha: apuntes sobre la metodología y práctica transformadora. 5ª. Buenos Aires: Humanitas - CEDEPO. 1990
30. LÓPEZ, A Y QUESADA, A. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF. Guía Metodológica. Cuarta edición.
31. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. D.c. Minprotección Social, Febrero 2003.
32. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA D.C. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Modelo de Gestión para la atención integral en salud sexual y reproductiva de la gente joven. Agosto de 2005.
33. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 00412 de 2000.
34. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. por el cual se modifica el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. D.C
35. MINISTERIO DE SALUD Y CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL (1993). Programa de Atención Integral en salud de los y las adolescentes., Bases Programáticas. San José: PAIA-CCSS / MS.
36. MINISTERIO DE SALUD. Republica de Nicaragua. Estrategias y lineamientos básicos para la Prevención del embarazo en la adolescencia, Dirección primer nivel de atención. Abril de 2003.
37. MONTERO, Luís Ramón. Gestión del Recurso de Inversión: Formulación y evaluación de Proyectos. Universidad Industrial de Santander. 1999.
38. MORENO, E. Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes. Los Desafíos de acceso y calidad. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia. Mayo de 1995.
39. OBANDO, Ana Elena. Derechos sexuales y reproductivos. EN: www. Whrnet. Org// Women`s Human Rights net. Marzo de 2003.
40. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2001.
41. ONUSIDA. Guías Técnicas del Proyecto Integra: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH. 2007

42. ONUSIDA. Asesoramiento y pruebas voluntarias. Actualización técnica. Septiembre de 2000.
43. ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Resolución 55/2 - Declaración del Milenio. EN: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552>.
44. ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Declaración de Beijing. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU. 1995.
45. ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Informes Mundiales de Desarrollo Humano. EN: <http://indh.pnud.org.co/pagina.plx>
46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Serie OPS/FNUAP No. 2. 2000.
47. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, FNUAP. Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Advocates for Youth, versión traducida al español.
48. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de Medicina del Adolescente. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington D.C. 1992.
49. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala, Guatemala. 19 al 22 de mayo de 2000.
50. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes. Estimación de Complejidad. Condiciones de Eficiencia.
51. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Argentina. 2000
52. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005- ENDS. Bogotá: Profamilia, 2005. p. 36
53. PROFAMILIA/COLOMBIA Y FEMAP/MEXICO. Documentación de la sustentabilidad de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes dos modelos. 2003
54. PROYECTO COLOMBIA. Pasaporte a la Vida. Modulo 4. Proyecto Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva con énfasis en Prevención y Atención a las ITS-VIH-Sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia. Proyecto aprobado para financiación en Junio de 2003 durante la Segunda ronda de revisión del Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. p.50

55. QUINTANA S. Alicia e HIDALGO H., Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth, 2003. p 44.
56. SAPAG CHAIN, Nassir, SAPAG CHAI, Reinaldo. Preparación y evaluación de proyectos. Tercera edición, Editorial McGraw-Hill. Bogota, 1996.
57. SENDEROWITZ, J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud FOCUS on Young Adults. Series de Investigación, Programas y Políticas. Febrero 1999. Washington DC 20036 202-835-0818.
58. SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5
59. UNICEF, Fundamentos de la metodología participativa y de la investigación. Guatemala: 1998.
60. UNFPA. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo CIPD. p 4. Disponible En: http://www.unfpa.org/exbrd/2006/annualsession/dpfpa-2006-2_pt1_spa.doc
61. VARGAS, L. BUSTILLOS, G. Técnicas participativas para la educación popular. Buenos Aires. Editorial Humanitas - Cedepo, 1990. Tomo II.
62. ZUBAREW, T. SUÁREZ OJEDA, E. N. Ruzany, M. Munist, M. PROYECTO DE APOYO A INICIATIVAS NACIONALES DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE ADOLESCENTES. Estimación de Complejidad Condiciones de Eficiencia.

www.minproteccionsocial.gov.co
<http://colombia.unfpa.org>



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Salud Pública
Grupo de Promoción y Prevención

