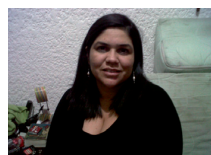
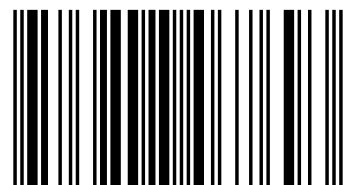


Servicios de Salud amigables para Adolescentes

En Colombia, funcionan alrededor de 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en todo el país. El presente documento contiene una síntesis de las principales acciones realizadas por el Ministerio de Salud y oficina de UNFPA en Colombia para su implementación y ampliación de cobertura, así como las características del Modelo de servicios de salud amigables. Se destaca la participación juvenil como uno de los componentes indispensables para la creación de los servicios amigables y es uno de los componentes, en los que se avanza en su desarrollo. El Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, inicia como un piloto y pasa a ser un programa nacional, cuyo objetivo es entre otros la prevención del embarazo en la adolescencia y la prevención de las ITS VIH/SIDA. El impacto de su implementación se verá en unos años más, ahora puede mostrar aumento de cobertura y acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud.



Diva Janneth Moreno López
 Médica de la Universidad Libre de la ciudad de Barranquilla Colombia; Especialista en Epidemiología, y opta la Maestría en salud sexual y reproductiva en la Universidad del Bosque. Realiza consultorías para el Ministerio de Salud y Naciones Unidas en SSR de adolescentes. Miembro del comité de Adolescencia de ALAPE y de la CODAJIC y Docente.



978-3-8484-6769-3

editorial académica española



Diva Janneth Moreno López · Roberto Púa Mora

Servicios de Salud amigables para Adolescentes

Una revisión de su implementación y principales características.

Diva Janneth Moreno López
Roberto Púa Mora

Servicios de Salud amigables para Adolescentes

**Diva Janneth Moreno López
Roberto Púa Mora**

Servicios de Salud amigables para Adolescentes

**Una revisión de su implementación y principales
características.**

Editorial Académica Española

Impresión

Información bibliográfica publicada por Deutsche Nationalbibliothek: La Deutsche Nationalbibliothek enumera esa publicación en Deutsche Nationalbibliografie; datos bibliográficos detallados están disponibles en internet en <http://dnb.d-nb.de>.

Los demás nombres de marcas y nombres de productos mencionados en este libro están sujetos a la marca registrada o la protección de patentes y son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de sus respectivos propietarios. El uso de nombres de marcas, nombre de producto, nombres comunes, nombre comerciales, descripciones de productos, etc. incluso sin una marca particular en estas publicaciones, de ninguna manera debe interpretarse en el sentido de que estos nombres pueden ser considerados ilimitados en materias de marcas y legislación de protección de marcas y, por lo tanto, ser utilizadas por cualquier persona.

Imagen de portada: www.ingimage.com

Editor: Editorial Académica Española es una marca de
LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG
Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Alemania
Teléfono +49 681 3720-310, Fax +49 681 3720-3109
Correo Electronico: info@eae-publishing.com

Publicado en Alemania

Schaltungsdienst Lange o.H.G., Berlin, Books on Demand GmbH, Norderstedt,
Reha GmbH, Saarbrücken, Amazon Distribution GmbH, Leipzig
ISBN: 978-3-8484-6769-3

Imprint (only for USA, GB)

Bibliographic information published by the Deutsche Nationalbibliothek: The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>.

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this works is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher: Editorial Académica Española is an imprint of the publishing house
LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG
Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Germany
Phone +49 681 3720-310, Fax +49 681 3720-3109
Email: info@eae-publishing.com

Printed in the U.S.A.

Printed in the U.K. by (see last page)

ISBN: 978-3-8484-6769-3

Copyright © 2012 by the author and LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG
and licensors

All rights reserved. Saarbrücken 2012

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
A. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO.....	9
B. ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	15
Desarrollo metodológico y técnico.....	22
1. Gestión política, técnica.....	22
2. Formación de recurso humano.....	24
3. Monitoreo y evaluación.....	28
4. Participación social y Coordinación Intersectorial.....	31
a. Comisión Intersectorial para la promoción y Garantía de los derechos sexuales y reproductivos.....	34
b. Plan andino de prevención de embarazo adolescente.....	34
c. Programa de educación para la sexualidad y Construcción de ciudadanía.....	35
C. AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES (SSAAJ).....	37
1. Grado de implementación del modelo de SSAAJ y cobertura.....	37
2. Análisis del proceso de implementación de los SSAAJ.....	40
3. Recurso humano dedicado a implementar formar y hacer seguimiento.....	45
4. Recursos físicos y dotaciones disponibles.....	45
5. Recursos invertidos.....	46
6. Conclusiones y Recomendaciones.....	47
D. ANÁLISIS DE DEBILIDADES, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SSAAJ.....	51
ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL MODELO EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	53
1. Fecundidad.....	53
2. Primera unión.....	54
3. Uso de métodos de planificación familiar.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	59
Anexo A: Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los Componentes de un SSAAJ Anexo A4.....	59
Anexo B: Encuesta autoadministrada para adolescentes y jóvenes.....	66
Anexo C Indicadores de productividad de los SSAAJ.....	68

GLOSARIO

CUPS	Códigos únicos de procedimientos
DLS	Dirección local de salud
DSR	Derechos sexuales y reproductivos.
DGSP	Dirección general de salud pública
DTS	Dirección Territorial de salud
EPS	Empresas promotoras de servicios de salud
ESE	Empresa Social del Estado
ENDS	Encuesta de demografía y salud.
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
ICBF	Instituto colombiano de bienestar familiar.
IEC	Información educación y comunicación.
MEN	Ministerio de educación nacional.
MPS	Ministerio de protección social.
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
PEA	Prevención de embarazo adolescente.
PESCC	Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.
PIC	Plan de intervenciones colectivas.
P.H.V.A	Planear, hacer, verificar, actuar.
PNSP	Plan nacional de salud pública.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
REMSAA	Reunión de ministros y ministras de salud del área andina
SENA	Servicio nacional de aprendizaje.
SSAAJ	Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
SGSSS	Sistema general de seguridad en social
SSR	Salud sexual y reproductiva
UNICEF	Fondo de naciones unidas para la infancia
UNFPA	Fondo de población de naciones unidas.
UPC	Unidad de pago por capitación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

El presente documento, tiene como objetivo central efectuar el análisis del estado actual en el proceso de implementación y fortalecimiento del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) en Colombia, que permita a UNICEF identificar de forma clara las alternativas de acción política y técnica más óptimas dentro de su misión y gobernabilidad.

Se hace una revisión general del camino recorrido por el país en la implementación del modelo, para lo cual se tomaron documentos de trabajo realizados en el marco de consultorías para el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y Ministerio de la Protección Social, entre los cuales se incluyen informes ejecutivos y resultados de sistematización tanto de las de reuniones regionales como nacionales.

Revisa el desarrollo metodológico y técnico durante el proceso de implementación y fortalecimiento del modelo de SSAAJ, e incluye las actividades y estrategias adelantadas al igual que la cobertura a nivel nacional, el análisis del grado de implementación, de la misma forma que dificultades, oportunidades y fortalezas.

Por otra parte, el presente documento evidencia los avances logrados en los mecanismos de monitoreo y evaluación a la implementación del modelo de SSAAJ, y los recursos que se han invertido en la implementación del mismo.

Finalmente analiza los avances y el impacto que ha tenido la implementación del modelo de SSAAJ en la salud de adolescentes y jóvenes en Colombia.

A. - ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO

La población adolescente y joven en Colombia, ha sido objeto de intervenciones en salud, desde 1993 cuando se realiza el Programa de atención integral al adolescente, iniciativa del Ministerio de Salud de Colombia y posteriormente en la Resolución 412 del 2000, con la expedición de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 24 años. Sin embargo los resultados de las últimas encuestas de demografía y salud, evidencian aumento progresivo de la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas; también se identifica que la tasa más elevada de delitos sexuales se ubica en la población de 10 a 14 años, así como el incremento en la proporción de casos nuevos de VIH en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fue muy notoria, siendo este el grupo con menor frecuencia de uso de la prueba voluntaria de VIH. De otro lado se evidencia una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para ellos y ellas, y la necesidad de establecer estrategias de mayor impacto que mejoren gradualmente la atención de la población adolescente y joven en cuanto a la calidad y calidez, especialmente en actividades de promoción de la salud, la salud sexual y reproductiva y prevención de la enfermedad que impacten de manera clara y contundente los eventos de interés en salud pública.

En razón a lo anterior, el Ministerio de la Protección Social a través del Proyecto del Fondo Global en Colombia en los años 2006 y 2007 con una inversión de 25 millones de dólares, se da a la tarea de organizar servicios diferenciados para adolescentes y jóvenes denominados servicios amigables, que entre otros objetivos planteo mejorar el acceso a la prueba voluntaria del VIH.

Se suscribió un convenio de cooperación entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer los servicios de atención integral de adolescentes y jóvenes, a través de modelos e iniciativas que contribuyera al cumplimiento de las metas en Salud Sexual y Reproductiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, solicitó a PROINAPSA¹ el diseño de un modelo de servicios de salud para adolescentes. El Modelo diseñado fue probado en mesas de trabajo en diferentes regiones del país, con equipos de salud de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, direcciones territoriales de salud y expertos/as.

Posteriormente por solicitud del Ministerio de Protección Social, en el marco del convenio de cooperación No. 283 de 2007 con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Plan Nacional de Salud Pública, desarrolló un Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), con el fin de reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva (SSR) para este grupo poblacional.

El modelo de SSAAJ, tiene un enfoque integral, de equidad de género y ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, y su objetivo es el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la misma forma trabaja en la promoción y fortalecimiento de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual ajustados a sus necesidades, expectativas y requerimientos.

El Modelo, busca que las instituciones de salud se transformen en “ Instituciones amigables” para los adolescentes y jóvenes, que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población, y por ello favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y la participación de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios.

¹Centro académico administrativo de la Universidad UIS de Bucaramanga. Centro colaborador de la OMS -OPS

Los servicios de salud tienen la responsabilidad social de influir de una manera positiva y de forma permanente para que adolescentes y jóvenes comprendan y asuman su sexualidad de manera consciente y tomen decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas; para lo cual se requiere que las gerencias y direcciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y empresas promotoras de salud (EPS) adopten políticas internas para reorientar los servicios de salud a las expectativas de adolescentes y jóvenes, reconociéndoles como personas sanas, en capacidad de mantener y aumentar su bienestar, que requieren de servicios de salud integrales, oportunos, con calidad y calidez, hechos a la medida de sus necesidades.

En la fase inicial de la implementación de los servicios diferenciados para adolescentes en Colombia, se solicita a un consultor internacional, experto en evaluación de programas de salud, para el diseño de una metodología de seguimiento y evaluación a la implementación del Modelo de SSAAJ, con herramientas para realizar procesos de formación e instrumentos que le permitan conocer el avance en los desarrollos de los servicios así como su impacto en la población adolescente y joven, en este sentido se plantea la posibilidad de realizar autoevaluación (*Instrumento de análisis del servicio a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes*), así como la percepción del adolescente (*Encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes*) acerca del mismo. Posteriormente en una segunda fase, con la participación de coordinadores de SSR de las Direcciones territoriales de salud y profesionales a cargo de los servicios amigables, se diseñó un instrumento que permite recolectar la información de la productividad de estos servicios. Con los instrumentos antes mencionados, se cuenta con una línea de base, del proceso de implementación de los servicios amigables en Colombia.

Avanzando en el proceso de implementación y fortalecimiento se revisa y retoma la parte normativa, observando que hay una voluntad política manifiesta en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Código de la Infancia y la Adolescencia, entre otras normas, que

orientan a las autoridades locales, departamentales y nacionales en la formulación de planes y estrategias, a partir de las cuales se asignan recursos para priorizar el aseguramiento de la población joven en condiciones de vulnerabilidad y su grupo familiar. Esto podrá garantizar el acceso y protección social por parte de adolescentes y jóvenes. Con lo anterior las autoridades territoriales, ratifican el poder y reciben las herramientas para incidir y regular la prestación de los servicios de salud dirigidos a jóvenes y adolescentes de sus territorios, verificando que éstos respondan al modelo de servicios amigables.

Las alcaldías y gobernaciones pueden asegurar la continuidad del proceso contratando la prestación de los servicios con aseguradoras que garanticen este tipo de servicios, de acuerdo con los niveles de atención y contenidos del Plan Obligatorio de Salud para cada régimen de salud.

Por su parte, las gerencias y direcciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la obligación de adoptar políticas internas para reorientar los servicios de salud hacia jóvenes y adolescentes, reconociéndoles como personas autónomas, y en capacidad de mantener y aumentar su salud y bienestar.

Esto exige la participación activa de adolescentes y jóvenes y de la comunidad, con el liderazgo del personal de la institución para que se planifiquen, ejecuten y evalúen la implementación de los servicios amigables con énfasis en salud sexual y reproductiva, los cuales deberán contar con el apoyo político, técnico, financiero y humano de toda la institucionalidad.

El modelo se desarrolla dentro de un marco normativo que retoma el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, promulgado mediante el decreto 3039 de 2007 en el cual se define una política pública que integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo enfoques conceptuales como el poblacional, el de determinantes y el enfoque de gestión social del riesgo, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana, en la

cual se incluye el grupo poblacional de nuestro interés (adolescentes y jóvenes), en este sentido se retoma la política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) de 2003 que busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos(DSR) , con énfasis en el trabajo con la población joven y adolescente por ser esta la de mayor vulnerabilidad.

Otra norma que se toma en consideración, es la Ley 1122 de 2007 mediante la cual se modifica el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), ella en su artículo 33 plantea que en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) se encuentra prevista la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado se incorporan normas fundamentales como la resolución 412 de 2000, en la que se definen las normas técnicas para las acciones de protección específica (Vacunación, Atención del parto, atención del recién nacido y planificación familiar) y la que están orientadas a la detección temprana (detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 24años, detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana del cáncer cervico-uterino y de mama) y se plantean las guías para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública (Enfermedades de transmisión sexual, VIH y Sida, Menor y mujer maltratados), los cuales se deben implementar de manera taxativa y se debe hacer seguimiento y evaluación con base en los lineamientos y parámetros fijados en la resolución 3384 de 2000, donde se establecen indicadores de gestión para el cumplimiento de las metas, en las actividades de promoción y prevención.

Se hace referencia además, al código de infancia y adolescencia promulgado mediante la Ley 1098 de 2006, en la cual se abordan temas fundamentales que tienen que ver con los derechos de niños, niñas y adolescentes, los cuales se deben garantizar en procura de brindar un desarrollo integral de esta población, contemplando el derecho irrenunciable a la salud y su atención en procura de garantizar la vida de este grupo etéreo y además se colige del mismo que la edad de

consentir de hombres y mujeres sin consentimiento de sus padres, madres o cuidadores son los y las mayores de 14 años.

Finalmente otras normas fundamentales que tienen relación con el desarrollo del modelo, son la resolución 425 de 2008, que habla del plan de intervenciones colectivas (PIC), en la que se contempla de manera clara la obligatoriedad en la implementación del modelo de servicios de salud amigables, para la atención y desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, planteando un énfasis en la asesoría y consejería en planificación familiar, suministro de métodos anticonceptivos modernos y prevención de riesgos.

Con todo este panorama se propone, la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, el cual tiene por objetivo central mejorar la cobertura de los servicios de salud en esta población y garantizar la atención oportuna y ajustada a las necesidades y expectativas de este grupo etáreo.

B.- ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.

El Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes, es una manera práctica y necesaria para convertir los derechos en hechos cuando abordamos el tema de salud en la población de 10 a 24 años de edad. Derechos que las conferencias internacionales y las leyes nacionales han consagrado en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, parten del reconocimiento de ellos y ellas como sujetos de derechos, y apuntan a la identificación y satisfacción de sus necesidades y expectativas, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, asumiendo la salud más que la ausencia de enfermedad, como un proceso permanente en pro del bienestar físico, mental, espiritual y social, producto de la interacción de múltiples factores de riesgo como protectores, que confluyen y configuran en la cotidianidad de cada uno de los individuos y grupos de jóvenes y adolescentes, que se interrelacionan para el desarrollo de un proyecto de vida, independiente de su orientación o alcance.

En este sentido los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes se definen en el modelo como: *“Servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud, cualquiera sea su demanda (...), son agradables para jóvenes y sus familias por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones”* (1); los cuales deben brindar servicios integrales de salud, en los que se reconozca su condición de individualidad, le enseñen a tener responsabilidades con su salud (auto-cuidado) y les permitan asumirlas de manera natural sin ser juzgado, sancionados y mucho menos exhibidos, por el contrario que atienda sus requerimientos específicos en la medida de sus necesidades, con enfoque de género, enfoque de derechos sexuales y reproductivos y enfoque etnocultural . Donde se facilite y promueva su vinculación y participación activa que favorezca la prevención de problemáticas de salud mediante la atención

integral, la coordinación con otras instituciones, otros sectores y con la propia comunidad donde convive.

Estos tienen por objetivo primordial *“Contribuir al fortalecimiento del sector salud y protección social, especialmente en el establecimiento y sostenibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), desde un enfoque integral de equidad y ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, a través del fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) con la participación activa de jóvenes y adolescentes”.*(2)

El modelo de SSAAJ tiene dos pilares fundamentales que funcionan como los ejes sobre los cuales se desarrolla la propuesta de implementación de servicios para la atención de la población joven y adolescente. El primero de ellos es el que se refiere a las modalidades en que se pueden prestar los servicios que son tres: la Consulta Diferenciada, la Unidad amigable y el Centro Amigable; la elección de cualquiera de estas modalidades depende de las características operativas, la infraestructura de la institución y lo más importante, la voluntad gerencial de comprometer al equipo administrativo y asistencial para adoptar y adaptar el modelo en su institución, con el ánimo de dar las mejores y más oportunas respuestas a la población joven y adolescente de su área de influencia.

El segundo de los pilares surge como producto de los análisis de las lecciones aprendidas en otras experiencias e investigaciones, en las que diversos autores han propuesto una serie de componentes y criterios válidos para construir un servicio amigable con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes; conformado por cinco componentes que provienen de una adaptación de los componentes propuestos originalmente en el texto “Acortando distancias”(3), entre los cuales tenemos el acceso a los servicios y oportunidad en su prestación, profesionales y personal de salud, procedimientos administrativos y de gestión, disponibilidad de una amplia gama de servicios y como quinto y último componente la participación social y comunitaria.

Los anteriores componentes deben ser tomados en cuenta para la implementación y el desarrollo de los servicios amigables en cualquiera de sus modalidades, dado que estos componentes son los que concretan y consolidan la amigabilidad de los

servicios y en ellos hay que poner la máxima atención para que se retomen y desarrollen gradualmente a nivel de todas y cada una instituciones que cuenten o quieran contar con un servicio amigable, para la atención de jóvenes y adolescentes.

Las modalidades en sus definiciones se describen a continuación:

Consulta Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes: Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de adolescentes y jóvenes. (4)

Unidad Amigable para Adolescentes y Jóvenes: Así se denomina a la existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Aunque los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución, las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios(as) hacia los servicios de atención diferenciada.(5)

Centro Amigable para Adolescentes y Jóvenes: Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada en adolescentes y jóvenes. Cuenta con profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros, en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes, garantizando así el acceso permanente a los servicios. El centro amigable está diseñado para atender de forma exclusiva a adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias. (6)

De igual manera se hace una breve descripción de cada uno de los **componentes** planteados en el modelo; el primero de ellos se refiere al *acceso a los servicios y oportunidad en su prestación*, que está definido como una característica determinante para garantizar el derecho a la salud que se expresa mediante cuatro elementos (*la posibilidad de recibir servicios sin ningún tipo de discriminación, la necesidad de garantizar la accesibilidad física y geográfica, la disponibilidad en la parte pública y privada, y el derecho a la información en salud*) (7);

El segundo habla del recurso humano como *profesionales y personal de salud* en el que se hace un planteamiento muy claro respecto a las características, el perfil y la actitud de los integrantes del equipo de salud (personal asistencial, administrativo y de apoyo) en los servicios orientados a la población adolescente y joven, por ser ellos quienes tienen la posibilidad de dar respuesta oportuna y a la medidas de los requerimientos e inquietudes planteados por los usuarios en una perspectiva de calidad, calidez y amigabilidad, en este componente se tienen en cuenta varios elementos entre los que se cuentan la capacitación en servicios amigables para todo el equipo de salud, la actitud de sus integrantes hacia el servicio amigable, la interdisciplinariedad en la prestación de los servicios y la especificidad de los mismos. (8)

El tercer componente trata de los *procedimientos administrativos y de gestión*, teniendo en cuenta que este modelo se enmarca dentro del concepto de gestión integral, por lo cual el área administrativa debe diseñar e implementar los mecanismos necesarios para garantizar la atención integral de adolescentes y jóvenes en el marco de sus derechos, por lo tanto se deben establecer canales de comunicación y estrategias de coordinación con los diferentes actores del sistema como EPS, direcciones locales, direcciones territoriales, y demás entidades responsables del aseguramiento y de la prestación de los servicios, de manera que se tengan en cuenta los elementos necesarios para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios amigables como son políticas institucionales que prioricen la atención integral de jóvenes y adolescentes, costos de los servicios acorde con la capacidad

económica de esta población, revisión y ajuste de los procedimientos administrativos para la atención, uso de registros que contienen la información básica de los usuarios con garantía de confidencialidad y seguimiento al estado de salud y de los planes de intervención para el cuidado de la salud de los adolescentes y jóvenes tal como lo plantea la resolución 412 de 2000.

El cuarto componente hace mención a la *Disponibilidad de una amplia gama de servicios* para adolescentes y jóvenes, en los cuales las instituciones deben desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo actividades de educación y orientación, servicios extramurales y la identificación de la población con mayores riesgos, así como la prestación de servicios integrales que garanticen la continuidad en el servicio y la adherencia de la población a los mismos. A esto se suma la necesidad de contar con un sistema de referencia y contrarreferencia que permita brindar una atención integral a pesar de la capacidad resolutive del servicio, puesto que la gran mayoría de los servicios amigables se ubican en un primer nivel de atención y su capacidad resolutive no es tan alta, por lo tanto se debe garantizar la continuidad en los servicios y tratamientos acorde al nivel de complejidad que lo requiere el usuario. En este componente se deben tener en cuenta la oferta de servicios individuales, colectivos, integrales y la organización de servicios de extensión o extramurales.

El quinto y último componente trabaja de manera importante la temática de *participación juvenil, social y comunitaria*, este se constituye en uno de los factores claves de éxito del servicio amigable, por cuanto incluye de manera activa a sus usuarios jóvenes y adolescentes, a grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñen y su empoderamiento frente al servicio es un paso importante para la sostenibilidad del mismo. En este sentido se involucran con claridad cuatro elementos fundamentales que son la participación de la población juvenil, la participación de la población adulta, la integración del servicio a la comunidad y la coordinación intersectorial e interinstitucional, con lo cual se posibilita un abordaje más amplio para el desarrollo y fortalecimiento del modelo en los niveles operativos.

De esta manera se constituyen los servicios amigables como un proceso integral que gradualmente se implementa, se adapta y adecua a la realidad local, a los recursos disponibles y a las características, necesidades y expectativas de la población joven y adolescente que demanda los servicios integrales de salud.

Este tipo de servicios avanzan para ser parte integrante y esencial del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de forma tal que permiten hacer operativos sus compromisos y mandatos, contribuyen a la disminución de costos de atención por eventos asociados a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes (atención de embarazos, partos, ITS, entre otros), los cuales requieren de una inversión mínima para su funcionamiento. Con estos servicios se abre la posibilidad de que adolescentes y jóvenes sean orientados para que asuman actitudes y practicas saludables y se protejan ante comportamientos de riesgo que afecten su desarrollo integral y capacidad para influir de manera positiva en lo personal, familiar y social.

Durante el proceso de construcción del modelo, la implementación y fortalecimiento de los SSAAJ se han definido e incorporado lineamientos claves para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud con base en la normatividad vigente, teniendo en cuenta 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), fases que facilitan el análisis institucional permanente para mantenerse a la par con los constantes cambios en el entorno económico y social.

Por su parte, el Plan de desarrollo 2010-2014 tiene entre sus objetivos el garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen. Expone también, que es necesaria una mayor atención a grupos poblacionales en los que la problemática se centra principalmente en la vulneración e inadecuada realización de sus derechos sexuales

y reproductivos (embarazo de adolescentes) y a la vinculación en actividades como bandas y pandillas, organizaciones criminales y reclutamiento por parte de grupos armados irregulares.

Para niños y niñas de 12 a 18 años de edad, el Plan de Desarrollo establece que el Gobierno tanto nacional como territorial adelantará las acciones necesarias para lograr que aumente la edad del primer embarazo. Se adelantarán acciones preventivas a cargo del Ministerio de la Protección Social (MPS), el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en la promoción de comportamientos seguros en materia de salud sexual de adolescentes y en el establecimiento de servicios de orientación y consejería en aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad, con el fin de disminuir el número de embarazos en adolescentes. En este sentido el Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, se constituye en la estrategia mediante la cual se puede dar cumplimiento a los objetivos del Plan de desarrollo 2010 – 2014.

Así mismo, el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, desde el 2009 adelantan un proceso de articulación con otros sectores como Educación, comunicaciones, e instituciones para el desarrollo social entre las que se cuentan el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), ICBF, Consejería de programas especiales de presidencia, Red Juntos, Acción Social, y Colombia Joven, quienes en una Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud, integran la Comisión Nacional para la Promoción y Garantía de los Derechos y Sexuales y Reproductivos. Se espera con el funcionamiento de esta Comisión, la vinculación de sectores como justicia, sector privado y otras agencias de cooperación, que de manera concertada, se formule un Plan de Acción acorde con las necesidades de esta población y permita dar cumplimiento a lo establecido a las metas locales, territoriales y nacionales al igual que a los planteados para el milenio.

En el proceso de construcción de servicios para adolescentes y jóvenes se efectuó el diseño del modelo de servicios amigables, para el cual se establecieron 4 líneas estratégicas de trabajo que posibilitaron su implementación y fortalecimiento, encaminadas a lograr la vinculación efectiva de usuarios y usuarias en forma progresiva y permanente. Las líneas definidas fueron: gestión político técnica y administrativa, formación de recurso humano, monitoreo y evaluación y participación social y coordinación Intersectorial.

1. **Gestión Político, técnica:** El Ministerio de la Protección Social se propuso la incorporación del modelo de SSAJ en todo el territorio nacional, con el concurso decidido de las personas responsables de la salud sexual y reproductiva en las distintas regiones del país, quienes con el conocimiento de la problemática y necesidades de su población adolescente y joven, la implementación del modelo de SSAAJ se convirtió en una oportunidad de respuesta a las expectativas de salud de esta población. Esta decisión se acompañó del compromiso de los equipos administrativos y asistenciales, tanto de los gobiernos municipales como de las instituciones de salud, especialmente las de baja complejidad.

En esta línea se realiza el diseño del Modelo de SSAAJ, documento que recopila la evidencia científica disponible; se prueba en mesas de trabajo en diferentes regiones del país, con la participación de actores del Sistema de salud Colombiano, entre los que se destacan responsables de las direcciones territoriales de salud (DTS), direcciones locales, Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y empresas sociales del estado (ESE), con el acompañamiento se expertos e instituciones como el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar entre otros.

Del nivel nacional se contó con la participación activa de la dirección de salud pública del Ministerio de la protección social, en cabeza del coordinador nacional de promoción y prevención y la referente nacional de salud sexual y reproductiva, con el acompañamiento y asesoría permanente del Fondo de Población de las Naciones Unidas, a través de la asesora para Colombia de salud sexual y reproductiva, quienes plantean un diseño inicial del modelo el cual se revisa y ajusta a las condiciones y realidades de las distintas regiones del país, así como profesionales responsables del direccionamiento y ejecución de los programas de promoción y prevención dirigidos a la población adolescente y joven, con el objeto de ajustar los planteamientos propuestos en el modelo; de igual forma con este ejercicio se armonizó lo conceptual y lo operativo, y se tuvo en cuenta el marco normativo del sistema, a fin de lograr estrategias para mitigar las falencias identificadas como la no vinculación, participación y uso de los servicios de salud de adolescentes y jóvenes a los servicios, haciendo un especial énfasis en los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Posterior a la validación del modelo de SSAAJ con los niveles territoriales, locales, instituciones públicas y privadas, al igual que con organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación, se adelanta un proceso de adaptación del documento del Modelo de SSAAJ al contexto colombiano y se inicia su difusión para la implementación a través de medios masivos de comunicación y eventos políticos.

En consecuencia en donde se ha implementado el modelo de SSAAJ, se ha generado la transformación de los servicios que se brindaban a adolescentes y jóvenes, al mejorar la atención, acceso y cobertura de esta población en los servicios de salud. Se espera a futuro que se modifiquen los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, para la toma de decisiones autónomas y responsables y que impacten de manera positiva el perfil de morbilidad y

mortalidad de esta población, en cada una de las localidades, municipios y regiones del territorio nacional.

2. **Formación de Recurso Humano:** La segunda línea estratégica en el proceso de implementación de los servicios amigables, está relacionada con el recurso humano de las instituciones que se proponen adoptar el modelo, específicamente con su capacitación y la revisión de conocimientos acerca de las estrategias, mecanismos y forma de brindar una atención práctica, oportuna y adecuada a la población de 10 a 24años.

En este sentido se realizó un proceso amplio de capacitación sobre el modelo en diferentes regiones del país donde se convoca a los profesionales de las direcciones territoriales, direcciones locales e instituciones con el objetivo de capacitar a los funcionarios departamentales y municipales referentes de las áreas de salud sexual y reproductiva, coordinadores de promoción y prevención y demás funcionarios responsables de brindar asistencia técnica y/o acompañamiento en cualquiera de los temas que involucran a la población adolescente y joven. También se incluye a funcionarios de las EPS, IPS y ESE que tienen bajo su responsabilidad la atención directa de esta población, con el objetivo de realizar una revisión conceptual del modelo y desarrollen operativamente los ajustes necesarios para lograr una transformación en los procesos y procedimientos establecidos para la prestación de los servicios para adolescentes y jóvenes, de tal manera que facilite el acercamiento y demanda de los mismos. Garantizando así respuestas oportunas, ajustadas a los requerimientos, características y dinámicas inherentes a esta población, de forma tal que los servicios de salud amigables sean incluidos dentro de los imaginarios de adolescentes y jóvenes, como respuesta efectiva a los múltiples problemas enfrentados por ellos.

Los espacios de capacitación han servido para la reflexión y el análisis acerca de las actitudes y prácticas que no favorecen la demanda de servicios, con el fin de lograr cambios sustantivos en los procesos administrativos y

asistenciales, y en los equipos de salud, para que estos encajen de manera adecuada con los planteamientos del modelo, independiente de su modalidad y grado de desarrollo.

Para la puesta en marcha de esta línea estratégica se desarrolla una etapa en la cual se elabora una guía de capacitación donde se detallan los **objetivos** que se deben alcanzar durante la capacitación, estos son:

- 1) Actualizar a los y las participantes en el marco normativo y legal del modelo
- 2) Que los y las participantes reconozcan la adolescencia y juventud como una etapa de ciclo vital con características y necesidades propias.
- 3) Brindar elementos para la atención integral en salud de las y los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.
- 4) Reconocer la importancia de la asesoría en los servicios para adolescentes y jóvenes desde las perspectivas de derechos humanos, sexuales y reproductivos y de género.
- 5) Brindar herramientas conceptuales y metodológicas para la asesoría en los servicios de salud para adolescentes y jóvenes.
- 6) Formar capacidad para facilitar la participación del adolescente y el joven en la implementación y sostenibilidad del modelo.
- 7) Identificar estrategias de participación juvenil en salud.
- 8) Conocer el modelo de SSAAJ y elaborar planes de acción para su implementación en las instituciones de salud.

La guía metodológica presenta además los **contenidos** desarrollados en 4 días de formación así:

- 1) Perfil de los principales factores que afectan las posibilidades de salud, salud sexual y salud reproductiva y desarrollo integral de adolescentes y jóvenes.
- 2) Marco Legal y normativo.
- 3) Contextualización de la adolescencia y la juventud

- 4) Adolescencia, etapas del ciclo vital y relación biológica con la sexualidad.
- 5) Adolescencia y juventud, construcción sociocultural.
- 6) Salud integral de los y las adolescentes. (Nutrición, sustancias psicoactivas, etc.)
- 7) Atención en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes.
 - i. Inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes y jóvenes.
 - ii. Embarazo en la adolescencia
 - iii. Identidad sexual según género.
 - iv. Anticoncepción, ITS, VIH y Sida, Sida y Violencia.
- 8) Taller: subjetividad, sexualidad y salud sexual y reproductiva..
- 9) Asesoría, conceptualización y aspectos éticos.
- 10) Enfoque de derechos y género en la asesoría
- 11) Características y condiciones de la asesoría para adolescentes y jóvenes
- 12) Participación social juvenil (marco conceptual).
- 13) Estrategias para promover y garantizar la participación de los y las jóvenes en los servicios de salud
- 14) Modelo de atención a jóvenes y adolescentes. Elementos conceptuales
- 15) Servicios amigables: definición, principios, modalidades, componentes
- 16) Modelo de atención de los servicio de salud amigables y su implementación
- 17) Sistema obligatorio de garantía de calidad y su aplicación para el desarrollo de Servicios Amigables
- 18) Construcción de planes de acción para la implementación del Modelo de SSAAJ en instituciones de salud.

Entre las instrucciones impartidas en la capacitación, para el proceso de implementación de los servicios amigables se destaca el levantamiento de autodiagnóstico institucional y local, revisar el nivel y tipo de aseguramiento de la población objetivo, establecer mecanismos de comunicación y coordinación con las EPS contributivas y EPS subsidiadas, desarrollar de manera rápida un

diagnóstico externo con adolescentes y jóvenes respecto a las necesidades y expectativas de los servicios de salud, comunicación y coordinación entre los integrantes del equipo de salud (conformación de equipo básico interdisciplinario), selección de la modalidad a implementar, definición del portafolio de servicios acorde a la capacidad instalada y las necesidades identificadas, codificación y costeo del portafolio de servicios y establecimiento de Indicadores de seguimiento y evaluación, con lo cual se espera que las instituciones puedan de una manera práctica dar inicio al proceso de implementación del modelo

La capacitación inicial sensibilizó a prestadores, sobre la necesidad de brindar atención diferenciada, con calidad, guardando el respeto y la confidencialidad del adolescente.

Los funcionarios administrativos y asistenciales, de todo el país, capacitados, tienen la responsabilidad de poner a disposición de las instituciones y usuarios los conocimientos aprendidos y las habilidades planteadas durante los talleres de capacitación; de esta forma se logran implementar y consolidar los servicios amigables.

Para el desarrollo de este proceso se organizó un equipo de capacitadores, conformado por expertos y expertas en los temas, quienes estructuraron los contenidos de forma que el mensaje llegara de manera clara, precisa y unificada en todo el territorio nacional, lo cual ha permitido que los equipos de salud en las distintas regiones del país, se apropien de estos conocimientos y los puedan replicar para todas las instituciones de salud de su jurisdicción y de esta manera facilitar la difusión del modelo de SSAAJ; este hecho, así como la inclusión de talleres prácticos y operativos de implementación del modelo de SSAAJ, se convierte en una estrategia exitosa, que ha contribuido de manera directa en la creación de los servicios diferenciados para adolescentes y jóvenes que hoy están funcionando en el país.

3. **Monitoreo y evaluación:** El modelo de SSAAJ, plantea como elemento importante para la identificación de los avances en los diferentes componentes, el desarrollo de acciones de seguimiento, con el objetivo de identificar las dificultades y logros en la implementación de los servicios. En este sentido se asume la evaluación como un proceso técnico válido para tomar decisiones costo efectivas, dado que es una herramienta útil para la identificación oportuna de problemas y sus posibles alternativas de solución; permite de manera regular establecer ajustes a los procesos, en procura de favorecer el avance permanente en la implementación de las acciones y procedimientos contemplados en el modelo y su aplicación en los servicios amigables.

La ejecución del monitoreo y evaluación está en cabeza de todos y cada uno de los miembros del equipo de salud y son estos quienes deben participar de manera activa en el direccionamiento de las acciones, estrategias, planes, programas, para el cumplimiento de los objetivos y metas.

El seguimiento está dirigido además a observar el grado de implementación del modelo en el nivel institucional, la adopción de los componentes, subcomponentes y criterios generales planteados en el modelo, con los cuales se mide que tan amplios y consistentes se están aplicando estos y como se reflejan en la prestación de los servicios y en las actividades demandadas por los y las adolescentes y jóvenes, por ser estos la población objetivo.

El modelo de SSAAJ, considera que inicialmente se hace necesario el acompañamiento mediante asistencia técnica en los niveles regionales y a nivel local, para ilustrar y capacitar los equipos de salud acerca de los servicios amigables, definición, objetivos y la importancia de implementarlos.

Posteriormente una vez instalados y en funcionamiento los servicios amigables, se recomienda hacer el ejercicio de auto evaluación, al interior de

los equipos e instituciones, para lo cual el modelo incluye instrumentos como el anexo A4 (instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes). y el anexo A11 (encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes); el primero permite que los integrantes de los equipos de salud evalúen los servicios según su percepción, analizando cada uno de los componentes del modelo y de esta forma le presenta un concepto más preciso acerca del funcionamiento del servicio amigable; el segundo instrumento, es la evaluación por parte de los usuarios de los servicios, quienes con base en el conocimiento y las vivencias derivadas de las atenciones recibidas, emiten un concepto acerca de cómo consideran la implementación de cada uno de los componentes y los servicios demandados contemplados en el modelo, con esto se conforma una idea más cercana a la percepción de los usuarios, quienes son los sujetos primordiales para el modelo y los servicios.

Para el proceso de evaluación de los componentes, subcomponentes y criterios, contenidos en los instrumentos anexos A4 y A 11, se definen las siguientes opciones de respuesta:

- SÍ: indica que el servicio cumple en su totalidad el criterio,
- PARCIALMENTE (P): en el caso de cumplir en forma parcial 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.

Con base en estos parámetros se califica y hace un análisis de cada componente, con lo cual se evalúa que tan amigable es el servicio. Paso seguido se hace la sumatoria por cada componente y se observa el grado de cumplimiento por componente, lo cual permite determinar el nivel de desarrollo

del servicio evaluado, donde se califican en Alto, medio, bajo e incipiente grado de desarrollo.

Los resultados obtenidos en los A4 y A11 se contrastan y se determina la concordancia entre estos, con el fin de concluir cual o cuales componentes requieren una mayor atención y en cuales se debe dar continuidad a las acciones adelantadas hasta el momento, estas conclusiones se debe analizar cuidadosamente, posteriormente plasmar estos resultados en un plan operativo de fortalecimiento o mejora, donde se aborden con claridad los aspectos fundamentales a trabajar y fortalecer con el fin de avanzar en la implementación del modelo y los servicios amigables.

En segunda instancia se plantea el seguimiento a la productividad en los servicios amigables, donde se revisan las actividades propuestas en el modelo y con base en el portafolio de servicios institucional, se determina el volumen de actividades desarrolladas mensual, trimestral y anual, su calidad y oportunidad, mediante la aplicación de algunos indicadores, concertados previamente con las direcciones territoriales de salud (DTS), direcciones locales de salud (DLS) y las instituciones que prestan los servicios a los y las adolescentes y jóvenes, con las directrices del modelo, determinando a su vez la pertinencia en las respuestas acorde a las necesidades y expectativas de la población sujeto de estos servicios.

Finalmente el proceso de seguimiento, ha permitido que desde el nivel central el Ministerio de salud y protección social de Colombia y el Fondo de Población de Naciones Unidas estructuren acciones encaminadas a mejorar el grado de desarrollo de los servicios amigables en los componentes con debilidades como participación juvenil y acceso; en este sentido se han realizado estrategias de fortalecimiento a grupos, redes y organizaciones juveniles para que los usuarios participen de manera amplia y activa y se involucren en procesos participativos de veeduría social de los servicios amigables, tanto en

la planeación del curso de los servicios, como en la evaluación de los mismos, procurando que estos respondan con precisión a las necesidades y expectativas de la población adolescente y joven, desde una perspectiva de derechos y con los énfasis que se requieren para las dinámicas de esta población.

Con esta estrategia, se espera una mayor consolidación en la participación y adherencia de usuarios y usuarias a los servicios amigables, con lo cual muy seguramente se logre un mejor proceso de monitoreo y evaluación, que es en última instancia una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios.

4. *Participación juvenil, social y comunitaria y Coordinación Intersectorial:*

Para el desarrollo del modelo de SSAAJ, el componente de participación juvenil, social y comunitaria, así como la coordinación intersectorial, son elementos fundamentales para garantizar las características de amigabilidad de los servicios. En lo relacionado a la participación social y comunitaria, esta se constituye en un factor clave para el éxito de los SSAAJ, por cuanto involucra adolescentes y jóvenes, grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñan y su empoderamiento frente al servicio es un paso fundamental para su fortalecimiento y sostenibilidad, razón por la cual se hace un especial énfasis en su inclusión, de forma tal que se considera la vinculación de estos actores en fases tempranas del proceso, con el fin de lograr una planificación y desarrollo acorde con los objetivos del modelo y las necesidades de la comunidad en lo atinente a las problemáticas y dificultades que atraviesan a la población joven y adolescente. De igual manera se requiere tener presente las expectativas y requerimientos de adolescentes y jóvenes a la hora de plantear las alternativas de solución, de forma que estén a la medida de este grupo etáreo.

De otra parte también se considera de suma importancia establecer mecanismo de coordinación con otros sectores con los cuales se pueden generar alternativas de solución integrales e integradoras, donde se abordan diferentes tópicos y aspectos del proceso de salud y desarrollo juvenil, entendiendo que para los individuos es necesario dar un cubrimiento adecuado con base a los determinantes de la salud, dado que atención en salud, recreación, educación, uso del tiempo libre entre otros aspectos generan una resultante llamada salud, que para nuestro caso es la de jóvenes y adolescentes. En este sentido la comunicación y coordinación intersectorial propicia el desarrollo de acciones conjuntas, coherentes y consistentes orientadas al mejoramiento y consolidación de servicios integrales a la medida de este grupo poblacional, para este caso servicios de salud amigables.

El Modelo de SSAAJ integra la participación activa y decidida de las secretarías de salud, Secretarías de educación, entidades prestadoras de servicios, empresas promotoras de salud, instituciones educativas y organizaciones comunitarias y juveniles que logran interpretar y traducir el sentir de la población entre los 10 y 24 años de edad, con el fin de ubicarlos en el sitio y con la preponderancia que se requiere, para que los servicios que se integren interpreten su realidad y su sentir.

Cuando se logra el reconocimiento de adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, capacitados para la toma de decisiones, ellos y ellas se sienten motivados y se convierten en aliados estratégicos para el desarrollo y fortalecimiento de servicios de salud, con su concurso se planean mejores servicios, más ajustados a su realidad y se logra una mayor adherencia a los mismos, con lo cual se abre la posibilidad de una sostenibilidad en el tiempo y una mayor demanda y consolidación de estos servicios.

Procesos de participación juvenil, como en el departamento del Atlántico en el municipio de Malambo, el grupo juvenil de la Unidad Amigable "Juventud

Activa” cuyo lema es *contra las barreras del silencio*”, son los que diseñan e implementan estrategias de demanda inducida para invitar a otros y otras a formar parte del grupo y acceder a los servicios. En el departamento del Valle del Cauca por su parte, se crearon Redes Sociales de Apoyo, inicialmente mediante un proyecto de la Consejería de Programas Especiales de la Presidencia de la República y el Ministerio de la Protección Social y posteriormente con apoyo de la Gobernación del Valle; hoy estas redes, son los grupos juveniles de los servicios de salud amigables y entre otras acciones lideran procesos de formación de pares, conforman grupos folclóricos, musicales y ejercen veeduría social de los SSAAJ. Entre las historias de vida se cuentan las de jóvenes de la comunidad LGBTI que cambian su proyecto de vida y se integran en la comunidad juvenil de sus municipios.

En otros departamentos como Meta y Boyacá, los jóvenes bajo el liderazgo de los equipos de salud de los SSAAJ, se convierten en líderes de procesos de formación de pares y participan activamente en las actividades programadas por los servicios. Se destacan estas y otras experiencias como exitosas por cuanto se han logrado avances significativos en la implementación del modelo, en parte gracias a la participación de jóvenes y adolescentes, como de las organizaciones juveniles y comunitarias, quienes con la coordinación y vinculación de otros sectores como educación, recreación y deporte se han fortalecido y a la fecha.(15)

Desde el nivel Nacional además del desarrollo del Modelo de SSAAJ, se han adelantando una serie de acciones y estrategias para apoyar y fortalecer la respuesta de las regiones en el cumplimiento de metas para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente la reducción del embarazo adolescente.

Entre las estrategias se cuentan las siguientes:

- a. **Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los derechos y sexuales:** Creada con el propósito de impulsar la implementación de políticas públicas en favor de adolescentes y jóvenes, especialmente de poblaciones vulnerables, a través de estrategias interinstitucionales y coordinadas, orientadas a asegurar la afirmación de sus derechos y su inclusión social y laboral, creada mediante Decreto 2968/10, de la que forman parte el Ministerio de educación, Ministerio de las tecnologías y las comunicaciones, Ministerio de la protección social, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ICBF
- b. **Plan Andino de Prevención de Embarazo Adolescente:** Colombia se vinculó como parte activa del Comité Andino de Prevención de embarazo Adolescente junto con Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Se formula el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PEA). Esta propuesta, nace durante la XXVIII Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina (REMSAA) el 30 de marzo de 2007. El Plan Subregional Andino tiene entre sus mandatos, el de “movilizar las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etéreo, así como la urgente necesidad de los países de identificar las determinantes sociales y el impacto que éstas tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social”. Tiene como objetivo contribuir a disminuir las brechas de acceso a servicios de salud en las y los adolescentes, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluido los sexuales y reproductivos, la equidad social y de género; con enfoque intercultural y participación social. En desarrollo de este Plan se ha avanzado en la publicación de un diagnóstico de la situación de embarazo adolescencia en la subregión andina; la sistematización de dos buenas prácticas en la prevención del embarazo en la adolescencia en los 6 países, con la elaboración de una Guía para la identificación, documento en proceso

de publicación. Igualmente, se ha creado un banco de buenas prácticas y materiales en internet, página en periodo de prueba; se dispone de un documento de barreras de acceso a los servicios de salud, con la guía para la identificación de las mismas, el cual se encuentra en revisión por los países miembros del comité, para su publicación; la creación del comité consultivo de jóvenes con la selección a través de encuentros nacionales de 2 adolescentes o jóvenes como representantes de cada país.

c. Programa de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía(PESCC):

Es una iniciativa del gobierno colombiano que fue diseñada y validada a través de un proyecto piloto desarrollado entre el 2005 y el 2007 en el que se concertó, probó y ajustó su propuesta conceptual, pedagógica y operativa en 53 instituciones educativas de 5 regiones del país. A partir del 2008, inició su proceso de expansión gradual en todas las instituciones oficiales del país, de tal forma que, en el 2011 existen cerca de 2.000 instituciones educativas de distintas regiones que se encuentran trabajando en la implementación del programa a través de proyectos pedagógicos que son transversales dentro del plan de estudios. Un paso importante que se ha dado a lo largo de los cuatro años que lleva implementándose el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), es reconocer la necesidad de convocar y articular alrededor del tema de los derechos humanos sexuales y reproductivos, las acciones y esfuerzos realizados no sólo por el Ministerio de Educación y el sector educativo, sino también las acciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Defensa, el Fondo de Población de Naciones Unidas, la Consejería de programas Especiales de la Presidencia de la República, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Tecnologías de la Información y la Comunicación y la Comisión Nacional de Televisión, entre otros actores en lo nacional y lo local. Esto ha implicado un importante inicio hacia la articulación de las políticas y de las acciones de distintas entidades con el fin de fortalecer la acción educativa, en función de desarrollar

competencias en los niños, niñas y jóvenes para que sus decisiones y acciones posibiliten la vivencia de una sexualidad constructiva para su proyecto de vida y que se mueva en el marco del respeto y promoción de sus derechos.(9).

Con todo lo anterior y otras acciones, se espera avanzar sustancialmente en la consolidación del modelo y los servicios en todas las DTS, dado que los SSAAJ vienen paulatinamente creciendo en número y mejorando primordialmente en la calidad de la atención, haciéndola más oportuna, con menos barreras y con una mayor calidez, propósito que está presente desde el nacimiento del modelo, y se espera sea una realidad para los usuarios de los servicios.

C.- AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES (SSAAJ)

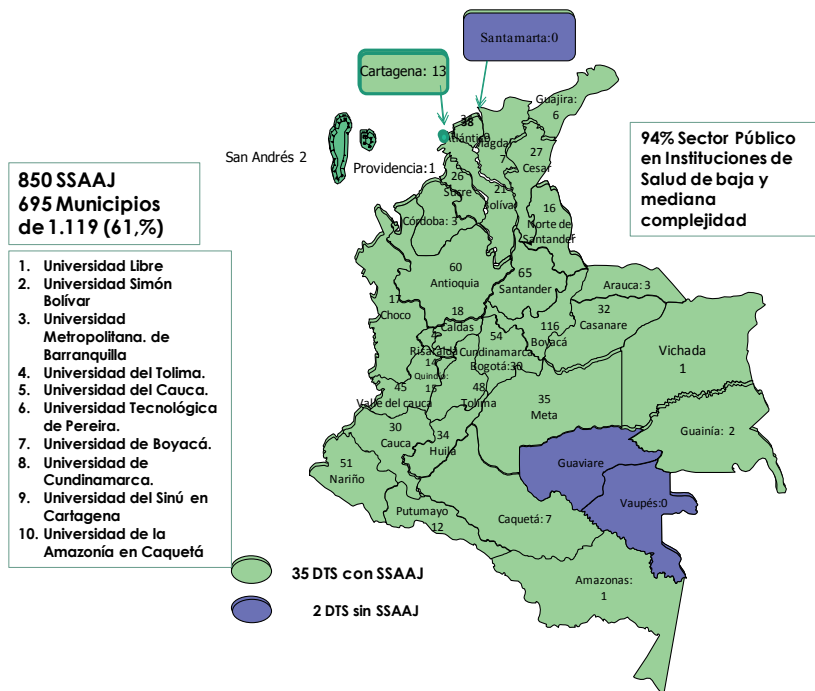
1. Grado de Implementación del Modelo de SSAAJ y Cobertura.

El Ministerio de la Protección Social ha suscrito desde 2007, cinco convenios de cooperación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en los que se ha incluido la línea estratégica de fortalecimiento de servicios diferenciados para adolescentes, que ha permitido la estructuración del modelo de atención, y que fue probado inicialmente en 5 entidades territoriales. De igual manera, se diseñó y distribuyó material educativo que incluye libros del modelo, guías metodológicas de capacitación al recurso humano, propuesta metodológica para el fortalecimiento del sistema de información, seguimiento y evaluación, así como diversas reuniones nacionales e internacionales de seguimiento a la implementación del Modelo y la consolidación nacional de encuestas de evaluación del grado de desarrollo de los servicios y satisfacción de los usuarios.

Se han realizado más de 60 cursos de formación a aproximadamente 3.500 funcionarios/as de la red de prestadores de servicios de salud tanto públicas como privadas y de 35 de las 36 Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y en el año 2011 se realiza un "Diplomado en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva de población adolescente" con la Universidad Javeriana de Cali y con el auspicio del Ministerio de Salud y protección social, fondo de población de las naciones unidas y fondo de población de las naciones unidas para la infancia. Este diplomado con 120 horas presenciales tuvo la participación de 120 profesionales de la salud entre administrativos y operativos vinculados a los servicios amigables funcionando en 23 de las 36 regiones del país.

Producto de este proceso se dispone en el país de 850 servicios de salud amigables en 34 de las 36DTS y 695 municipios, como se discrimina en la siguiente imagen:

Figura 1. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes funcionando en Colombia.



Fuente: Indicadores de Productividad de los SSAAJ y reporte de las DTS. Diciembre de 2011. Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de salud y protección social

Tabla 1; Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes funcionando en Colombia por departamento y número de municipios

Departamento	SSAAJ 2009	SSAAJ 2010	SSAAJ 2011	No. De municipios con SSAAJ	Total de Municipios x departamento	% de cobertura de SSAAJ por municipio
AMAZONAS	0	0	1	1	11	9,1
ANTIOQUIA	52	48	60	61	126	48,4
ARAUCA	0	2	3	3	7	42,9
ATLÁNTICO	8	20	27	23		100
BARRAQUILLA	3	11	11	11	23	
BOGOTÁ, D.C.	5	30	30	13	20	65
BOLÍVAR	8	15	21	22	46	47,8
CARTAGENA	0	12	13			
BOYACÁ	8	50	116	116	123	94,3
CALDAS	10	2	18	14	27	51,9
CAQUETA	0	1	7	3	16	18,8
CAUCA	18	26	30	30	42	71,4
CASANARE	20	32	32	16	19	84,2
CESAR	16	27	27	19	25	76,0
CHOCÓ	3	17	17	17	30	56,7
CÓRDOBA	0	1	3	3	30	10,0
CUNDINAMARCA	2	54	54	54	116	46,6
GUAINÍA	0	1	2	2	9	22,2
GUAVIARE	0	1	0	0	4	0,0
HUILA	17	24	34	32	37	86,5
LA GUAJIRA	0	3	6	6	15	40,0
META	21	36	35	34	29	117,2
MAGDALENA	0	8	7	7	30	23,3
NARIÑO	25	43	51	42	64	65,6
NORTE DE SANTANDER	11	8	16	8	40	20,0
PUTUMAYO	0	12	12	12	13	92,3
QUINDÍO	7	2	15	3	12	25,0
RISARALDA	3	12	14	14	14	100,0
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	3	2	3	2	2	100,0
SANTANDER	18	64	65	47	87	54,0
SUCRE	15	22	26	26	26	100,0
TOLIMA	7	20	48	47	47	100,0
VALLE DEL CAUCA	10	33	45	39	42	92,9
VICHADA	0	1	1	1	4	25,0
VAUPÉS	0	0	0	0	6	0,0
TOTALES NACIONALES	290	640	850	728	1142	63,7

Fuente: Indicadores de Productividad de los SSAAJ y reporte de las DTS. Diciembre de 2011. DGSP. MPS.

2. Análisis del proceso de implementación de los SSAAJ

Al hacer un análisis de los avances del proceso de implementación de los SSAAJ, se puede evidenciar que las Direcciones Territoriales de Salud con mayor número de servicios implementados son en primera instancia Boyacá (116), Santander (65), Antioquia (60), Cundinamarca (54), Nariño (51) Tolima (48), Valle del Cauca (45), y Meta(35); las DTS con menor número de servicios son Amazonas, Arauca, Córdoba, Guainía, Vichada, que cuentan cada una de ellas con 1 a 3 servicios por departamento. Y las DTS en las que aún no se han implementado los servicios amigables son el departamento de Vaupés, la ciudad de Santa Marta y el departamento del Guaviare que había implementado 1 servicio amigable en el 2010 y a finales de 2011 fue reportado como no existente. De lo anterior cabe aclarar que las DTS que tienen aún pendiente la asistencia técnica y capacitación para la implementación del modelo son Magdalena y Santa Marta, ante lo cual vale la pena destacar la gestión de ese departamento que a pesar de no haber recibido la capacitación formal para la implementación del modelo cuenta con 7 servicios en 7 municipios del departamento.

Los departamentos con mayor cobertura de SSAAJ por municipio son Atlántico; Meta, Risaralda, San Andrés, Sucre y Tolima con el 100% de los municipios con SSAAJ, le siguen Boyacá con 94,3% (116/123); Valle del Cauca con el 92,9% (39/42), Putumayo 92,3% (12/13)

En los departamentos en quienes la asistencia técnica, capacitación y acompañamiento, ha sido irregular, y no logran el compromiso de las instituciones de su red de prestadores, son los que presentan menor cobertura y grado de implementación de los servicios amigables.

Estas diferencias denotan esfuerzos y voluntad política diferencial por departamento en la implementación de la estrategia. Mientras departamentos como Valle del Cauca, y Nariño, sus direcciones territoriales de salud, se esfuerzan en tener coberturas casi del 100% de su territorio, otras direcciones como Guajira y Antioquia, no brindan el acompañamiento para el aumento de cobertura en su territorio. Tabla 1.

Respecto a la auto evaluación en los servicios con el anexo A4, se encuentra que algunas DTS han logrado aplicar este instrumento en el 100% de sus servicios, como es el caso de Guajira, Magdalena, Bogotá, Sucre, Córdoba, San Andrés, Choco, Nariño, Antioquia, Caldas, Risaralda, Cundinamarca, Norte de Santander, Casanare, Yopal, Meta, Vichada y Guainía; en otras la respuesta no fue del mismo talante y se alcanza una cobertura en las auto evaluaciones del 50% o menos como en las DTS de Bolívar con un 50%, Quindío 50%, Putumayo 41,7%, Santander 35,9%, para otros DTS su ejercicio es muy deficiente, puesto que no logran aplicar ninguna encuesta, como es el caso de , Arauca 0% y Caquetá 0%. Con lo anteriormente expuesto vale la pena aclarar que es muy importante que todas las instituciones apliquen su autoevaluación con el objeto de evidenciar las debilidades y fortalezas que tienen los servicios y de esta forma diseñar planes de mejoramiento que faciliten avanzar en el proceso de mejoramiento (10).

Así mismo 14 de las 36 DTS hicieron evaluación con los usuarios de los servicios, mediante la aplicación del anexo A11, entre las cuales se cuentan la DTS de Boyacá quien aplico 1.828 siendo el mayor número de encuestas aplicadas por Departamento en el país que equivale a un (36,3%), luego Valle del Cauca 608 para un (12,1%), Nariño 500 (9,9%), Cesar y Meta, cada uno 425 (8,4%) y Medellín 263 (5,2). De igual manera se debe hacer una observación especial dado que en la mayoría de las DTS aún no han aplicado evaluaciones de los servicios a usuarios (anexo A11) como es el caso de Magdalena, Bolívar, Córdoba, San Andrés, Choco, Cauca, Caldas, Risaralda, Tolima, Cundinamarca, Norte de Santander, Arauca, Casanare, Vichada, Putumayo, Caquetá, situación que amerita ser revisada y corregida, de tal manera que estas evaluaciones de los servicios por parte de sus usuarios sean implementadas (10).

Lo anterior indica, que es muy importante avanzar en este aspecto dado que son muchas la DTS y los servicios que tienen pendiente la aplicación del anexo A11, que nos da indicios acerca de la percepción que tienen adolescentes y jóvenes de los servicios que vienen funcionando., con el objetivo fundamental de mejorar la calidad

y oportunidad en las respuestas efectivas a las expectativas y requerimientos de sus usuarios.

A finales del año 2009 se realizó una reunión nacional de seguimiento y evaluación a la implementación del Modelo de SSAAJ en el país, con la participación de coordinadores y coordinadoras de SSR, referentes de jóvenes y equipos de salud de los servicios amigables de 18 de las 36 DTS, así como algunas EPS con mayor número de afiliados como Coomeva y Grupo Saludcoop. Entre las **conclusiones** y recomendaciones producto de la primera reunión nacional acerca de los logros y dificultades en la implementación de los servicios de salud amigable en el país, se obtuvo lo siguiente:

- a. Las instituciones que implementan el modelo observan un aumento del número de usuarios en la consulta de detección de alteraciones del joven, planificación familiar y asesoría en salud sexual y reproductiva, entre otros servicios prestados a la población adolescente y joven comparado con los años anteriores a su implementación.
- b. Las IPS y ESE en el proceso de implementación de los SSAAJ, consideran que es necesaria la Conformación de equipos de salud, capacitados, calificados, empoderados y comprometidos, con mayor sensibilidad y afinidad para el trabajo con la población adolescente y joven.
- c. La adopción del modelo en las instituciones prestadoras ha facilitado y Mejorado la formulación y puesta en marcha de estrategias que permiten organizar la oferta y venta de servicios acorde con las necesidades, expectativas y requerimientos de la población juvenil.
- d. La implementación de los servicios amigables han mostrado algunos avances discretos, pero no menos importantes en el cumplimiento gradual de las metas de promoción y prevención al interior de los servicios implementados.
- e. Algunas EPSs del régimen contributivo y subsidiado consideran importante la Inclusión del modelo de servicios amigables, al interior de sus redes de prestación de servicios.

- f. Se viene adelantando y consolidando la articulación de la propuesta del modelo con los programas desarrollados por otras instituciones como el Ministerio de Educación Nacional (MEN), los Consejos de Política de Juventud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Programa de Acción Social y la Red Juntos, el Servicios Nacional de Aprendizaje (SENA), con quienes se realiza acciones conjuntas encaminadas a garantizar el acceso y atención integral de adolescentes y jóvenes.
- g. Desarrollo importante de redes sociales comunitarias con capacitación y enfocadas a desarrollar una línea de redes amigables en los servicios amigables, las cuales apoyarían en forma decidida la canalización de jóvenes y adolescentes en pro de mejorar su participación en la estructuración y desarrollo de los servicios.
- h. Fortalecimiento de las estrategias de Información Educación y Comunicación (IEC) mediante el diseño de material educativo, didáctico y de difusión (como pasacalles, afiches, pendones botones y murales) con participación de adolescentes y jóvenes; quienes elaboran mensajes y programas motivadores y educativos, transmitidos a través de emisoras radiales comunitarias, canales de televisión regionales, periódicos regionales, locales y escolares; creación de redes sociales y grupos en internet; actividades lúdico recreativas como creación de grupos de teatro, danzas, música, dramatizados, socio dramas, Vídeos y composiciones musicales alusivas a SSR; desde y en los propios leguajes, estilos y experiencias de los jóvenes; diseño de piezas educativas elaboradas por jóvenes; organización de rumbas sanas, cines al parque, barriadas juveniles, encuentros juveniles y Encuentros intergeneracionales.
- i. Gestión de recursos para el fortalecimiento del programa a través de numerosas y diversas fuentes en el nivel local para garantizar su sostenibilidad.
- j. Estandarización de registros para la recolección de la información, que posibilite su análisis y el seguimiento del proceso.(11)

Por su parte, los **retos** que se identifican en la implementación de los servicios amigables incluyen:

- a. Adecuación de infraestructura física de algunas instituciones de salud, para la atención diferenciada de los servicios.
- b. Incremento en el número de profesionales de la salud con capacitación específica en adolescentes, y destinación exclusiva a la prestación de servicios en este grupo etáreo.
- c. Fortalecimiento en los procesos de contratación de estos servicios que permita dar continuidad al modelo y a los SSAAJ.
- d. Diseño e implementación de un sistema de información que facilite la recolección de todas las actividades ejecutadas así como los datos de productividad al interior de los SSAAJ.
- e. Fortalecer la articulación con las instituciones universitarias para establecer programas y rotaciones de práctica para los profesionales de la salud y ciencias afines con las temáticas y actividades al interior de los servicios amigables.
- f. Aumentar en forma gradual pero significativa la cobertura en la implementación de servicios amigables, especialmente en las DTS y municipios con bajos cubrimiento, mediante la vinculación y adopción del modelo en las instituciones de la red pública y/o privada, según los potenciales institucionales y sensibilizar de manera especial a las EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, para que incorporen los SSAAJ en sus modelos de salud.
- g. Establecer un programa de pasantías en los servicios que tengan alto nivel de desarrollo, dirigida a aquellos funcionarios que estén iniciando los procesos de implementación del modelo.
- h. Realizar un estudio piloto para el ajuste y la adecuación del modelo orientándolo a comunidades indígenas.
- i. Actualización de la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 24 años, con el fin de facilitar el desarrollo y fortalecimiento del modelo y los servicios amigables (11).

3. Recurso Humano dedicado a implementar, formar y hacer seguimiento:

Este aspecto es variable, a nivel nacional se cuenta con una consultora nacional de SSR de adolescentes, y entre sus funciones están previstas acciones de coordinación, asistencia técnica, y contribuir en la formación de recurso humano; de igual manera hacer seguimiento a la implementación del modelo de SSAAJ en el país. Cuenta a su vez con el apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas y consultorías en temas específicos que contribuyen a la gestión. En el proceso se ha logrado la vinculación del recurso humano de las DTS, en cabeza de los referentes de SSR, quienes a su vez hacen lo propio con los niveles locales, desarrollando acciones de asistencia técnica, capacitación acompañamiento y seguimiento a las DLS, IPS y EPS. Por otra parte, en la información enviada por los departamentos de los indicadores de productividad de los servicios amigables dan cuenta del recurso humano asignado a su atención, en ellos se observa que departamentos como Sucre pasan de 50 horas mensuales a 455 horas mensuales con inclusión de mayor número de profesionales de la enfermería y medicina y la incorporación de otras disciplinas como nutrición, psicología y odontología. (12) Si bien el formato de indicadores de productividad es un instrumento que nos dará en un corto plazo información confiable de los servicios que se prestan en los servicios amigables del país, aún faltan departamentos por enviar sus reportes, lo que dificulta la realización de un consolidado nacional, para tener una línea de base inicial que nos permita más adelante hacer inferencias acerca del impacto de los mismos en la salud de adolescentes y jóvenes en el país.

4. Recursos Físicos y dotaciones disponibles:

El Ministerio de la protección social y el UNFPA, mediante los convenios de los últimos años, se elaboraron y distribuyeron materiales e insumos como libros de modelo de servicios amigables 2.000 copias 1era edición en el 2007, posteriormente se efectúa una nueva distribución de 5.000 ejemplares de la segunda edición en 2008 y finalmente se imprimen 3.000 libros del modelo correspondientes a la segunda impresión de segunda edición en el 2010, con el fin de dotar las

instituciones que cuentan con el servicio amigable y sus profesionales, como también a las DTS y DLS que han recibido la capacitación y manifiestan su interés por implementar el modelo. Además de los libros de modelo se ha entregado material didáctico para apoyar el desarrollo de actividades educativas, con metodologías lúdicas, en ese sentido se efectuó la entrega de 116 maletas con material educativo para educación sexual, cada una consta de 16 juegos didácticos para el abordaje de temáticas acerca de la educación sexual. Otros elementos e insumos entregados para el equipamiento en de los servicios, son 4.300 implantes subdérmicos y un número importante de preservativos. Estos elementos fueron distribuidos en todas las direcciones territoriales.

El Ministerio de la Protección Social en este sentido seguirá aportando, equipos, insumos y recursos para el avance y fortalecimiento de los servicios existente, al igual para la consolidación y apertura de otros que se encuentran en proceso de conformación, con el objeto de alcanzar una cobertura adecuada a las necesidades, expectativas y al número de adolescentes y jóvenes que existen en el país.

5. Recursos Invertidos:

Los recursos invertidos por el Ministerio de Protección social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y UNICEF en la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes se relacionan en el siguiente cuadro:

AÑO	MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL	UNFPA	UNICEF	TOTAL
2007	\$ 220.000.000	\$ 172.900.000		\$ 392.900.000
2008	\$ 400.000.000	\$ 92.447.385		\$ 492.447.385
2009	\$ 70.000.000	\$ 427.500.000		\$ 497.500.000
2010	\$ 430.000.000	\$ 361.000.000	\$ 510.000.000	\$ 1.301.000.000
2011	\$ 1.500.000.000	\$ 450.000.000	\$ 398.200.000	\$ 2.348.200.000
TOTAL	\$ 2.620.000.000	\$ 1.503.847.385	\$ 908.200.000	\$ 5.032.047.385

6. Conclusiones y Recomendaciones

- a. En general podemos concluir que en Colombia se ha preocupado por garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud de calidad, con énfasis en la atención de su salud sexual y reproductiva con el objetivo final de llegar a impactar indicadores de salud como lo es el embarazo adolescente, la morbilidad y mortalidad materna y las Infecciones de Transmisión Sexual VIH y Sida con la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, que de acuerdo con la evaluación realizada nos demuestra que tenemos servicios diferenciados para esta población, funcionando en un nivel medio de desarrollo, con el 64,55%, de acuerdo con las percepciones de los profesionales que trabajan en los mismos.
- b. En estos servicios los componentes del Modelo de servicios de salud amigables con más alto grado de desarrollo son accesibilidad geográfica, el gusto del equipo por el trabajo con adolescentes y jóvenes, los procedimientos administrativos y de gestión y los servicios de anticoncepción y citología cérvico – vaginal. En contraposición, el aspecto de bajo nivel de desarrollo, está que el personal no recibe las capacitaciones suficientes y específicas para la atención de la población y la participación juvenil, social y comunitaria.
- c. La percepción de los adolescentes y jóvenes acerca de los servicios amigables que funcionan en el país sobre la accesibilidad, tiene un nivel de desarrollo alto, la institución es fácil de ubicar; los profesionales utilizan lenguaje claro y fácil de entender, el personal respeta la confidencialidad y asegura la privacidad. La realización de pruebas de embarazo y las asesorías sobre salud sexual y reproductiva lo perciben en nivel medio de desarrollo y el servicio de anticoncepción de emergencia lo califican con nivel bajo de desarrollo, lo que nos indica que a pesar que los servicios tienen disponible este servicio en su portafolio de servicios no lo ofertan a adolescentes y jóvenes.

- d. Entre las barreras identificadas para la implementación de los servicios se encuentran las siguientes:
- 1) Infraestructura física en algunas instituciones que limita su posibilidad de brindar un espacio diferenciado dentro de las instituciones para la atención a adolescentes y jóvenes.
 - 2) Capacitación específica en el tema de adolescencia y juventud a profesionales de la salud a cargo de los servicios se realiza de manera intermitente.
 - 3) Debilidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como profesionales del área psicosocial grado de complejidad, unidad de pago por capitación para promoción y prevención no definida, norma técnica de detección de alteraciones del joven desactualizada, matrices de programación de actividades de promoción y prevención con coberturas de atención inconsecuentes con la realidad.
 - 4) Falta de voluntad política de los dirigentes (Secretarios de Salud, Gerentes de ESE), que ven la implementación de los servicios amigables como un programa que requiere recursos adicionales para su funcionamiento.
 - 5) Se tiene cobertura de SSAAJ de casi el 50% de los municipios del país, se debe avanzar hasta alcanzar la cobertura nacional.
- e. El Ministerio de Protección Social, la Red Unidos para la superación de la pobreza, el Ministerio de Educación Nacional y la Consejería de Programas Especiales de la Presidencia (en el gobierno anterior) SENA, ICBF, Colombia Joven, Acción Social, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones han unido esfuerzos, a través de la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos para Promover la adopción de estrategias de coordinación y articulación de las políticas sectoriales para aumentar la cobertura, y mejorar el impacto y la calidad de los servicios para adolescentes y jóvenes, a través del acoplamiento de sus programas Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes, Educación para la Sexualidad

y Construcción de ciudadanía y Redes Constructoras de Paz y Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos.

- f. Colombia en el marco del Plan andino de Prevención de Embarazo Adolescente, participa junto con los otros países del área andina en la construcción conjunta de herramientas que faciliten la intervención de factores de riesgo, contribuyen a disminuir las brechas de acceso a servicios de salud en las y los adolescentes, promueven el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, la equidad social y de género; con enfoque intercultural y participación social. En este plan andino, Colombia ha aportado con la elaboración del documento de barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes, participó en la elaboración del diagnóstico de la situación del embarazo adolescente en la región subandina y aporta el documento del Modelo de servicios de salud amigable y las metodologías de implementación en el país, que ha sido catalogado como experiencia exitosa de la región. (www.planandinopea.org).
- g. El Gobierno colombiano trabaja arduamente en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en cumplimiento del mandato constitucional y así garantizar su desarrollo personal y social.
- h. Se recomienda continuar los procesos de expansión de capacitación para la implementación del Modelo de SSAAJ a todo el territorio Nacional, con el propósito de realizar un proceso unificado en el país que pueda realmente llegar a impactar indicadores de salud y sea equitativo para toda la población adolescente y joven.
- i. Se recomienda que se continúen los procesos de articulación con los sectores de educación y comunidad civil a través de redes sociales que faciliten la participación de todos los actores y se garantice el acceso de esta población a

información y servicios de calidad para la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos.

- j. Se recomienda Impulsar la participación juvenil, avanzar de la promoción de relaciones y convivencia entre adolescentes y jóvenes a crear espacios para promover la participación verdadera, en toma de decisiones, fomentar el liderazgo
- k. Se recomienda armonizar legislación para superación de barreras.

D.- ANÁLISIS DE DEBILIDADES, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SSAJ.

1. Es necesario que se adelanten acciones y estrategias que contribuyan a mejorar de forma permanente la recolección y procesamiento de la información con fin de establecer procesos de evaluación y análisis en procura de mejorar la calidad de las acciones que se vienen implementando en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes ya que éste es un aspecto con debilidades.
2. Se requiere establecer mecanismos de asesoría, acompañamiento y asistencia técnica permanente y efectiva desde el nivel Nacional, Departamental y Municipal para con los diferentes actores del sistema (ESE, IPS y EPS) con el objeto de apoyar los procesos de capacitación, socialización y gestión, en la implementación y el fortalecimiento del modelo en los departamentos con mayores dificultades, con el fin de que los profesionales que vienen haciendo del modelo una oportunidad real para la atención de la población joven y adolescente no se queden solos, por el contrario perciban de los niveles superiores un acompañamiento en la fundamentación y estructuración de los servicios.
3. Entre las dificultades más importantes se encuentra los sistemas de información, desde el nivel institucional local y municipal, lo cual se refleja en los niveles departamentales y nacional, razón por la cual es urgente trabajar en el diseño y la estandarización de los indicadores, sus fuentes de información primaria y el proceso de recolección, mediante el diseño de herramientas que permitan hablar en el mismo idioma y a la vez tener la certeza de que la información generada y procesada es la fundamental para el seguimiento y la evaluación de las acciones que propone el modelo, y a la vez esta facilita identificar las debilidades y fortalezas del mismo, con lo cual se contribuye al desarrollo y fortalecimiento del modelo; de igual forma esta debe servir para fortalecer los procesos de toma de decisiones acerca de los resultados del modelo.

4. Se hace necesario avanzar en la recolección, consolidación y procesamiento de la información, enviada por las direcciones territoriales en los indicadores de productividad de los servicios, que facilite hacer el seguimiento y la evaluación de las actividades, que permitan medir a mediano y largo plazo el avance en las actividades propuestas, como también el impacto del modelo.
5. Otra debilidad reportada por los equipos de salud de las direcciones territoriales, es la falta de recursos físicos suficientes y oportunos: Ante lo cual se propone gestionar e impulsar proyectos de Cooperación con la participación del MPS, las DTS y las DLS, de igual forma que se diseñen políticas que apunten al fortalecimiento de las instituciones de salud, que viabilicen la habilitación y acreditación de las instituciones.
6. En cuanto al recurso humano, la flexibilización de las políticas de contratación de los equipos de salud, generan poca estabilidad y alta rotación del personal profesional y técnico. Es necesario realizar una revisión de los actuales procesos de contratación, en el que se contemplen los elementos relacionados con la continuidad, el nivel de competencia, incentivos y sensibilización para el fortalecimiento y mejoramiento en la calidad en la prestación de los servicios. Proceso en el cual se considera importante la participación de Ministerio de Protección Social.
7. La Fragmentación en la implementación del sistema general de seguridad social, es una amenaza para la continuidad y sostenibilidad de los servicios amigables en el país, por cuanto se ha mercantilizado la salud y se ha enfatizado en un modelo econométrico, con unos pocos elementos de salud pública.
8. Por último se deben implementar estrategias comunitarias y de participación juvenil que faciliten el acceso y la adherencia de los jóvenes al modelo y sus servicios.

ANÁLISIS EL IMPACTO DEL MODELO EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Para analizar el impacto del Modelo de SSAAJ, en la prevención de embarazo adolescente, es necesario revisar los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010. (ENDS)

1. Fecundidad:

Los estudios sobre demografía y salud indican tendencia de aumento progresivo de la fecundidad de adolescentes a partir de 1990, de 13% alcanza el 20.5% en 2005, mas en el año 2010 se logra una disminución de un punto porcentual, quedando en el 19.5% de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hija/o. Los expertos demógrafos, indican que para Colombia este hecho es muy significativo y denota un esfuerzo del Estado, en políticas y estrategias de salud pública. Por su parte la tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años, que fue de 90 por mil nacidos vivos en el 2005 disminuye a 84 por 1.000 nacidos vivos en el 2010.

De igual forma para este mismo año, la proporción de adolescentes y de madres sin educación es casi 6 veces mayor a la observada entre las adolescentes con algún año de educación superior. El embarazo adolescente aumenta del 9% a 11% entre las mujeres con educación superior y la proporción aumenta del 52% al 55% entre las mujeres sin educación.

Por regiones se observa aumento, predominantemente en la región Orinoquía y Amazonía (4.4%) a expensas principalmente de los departamentos de Amazonas (25.5 a 35.4%), Putumayo (19.8% a 32%) y Vichada (20.1% a 31,3%); y en la región Caribe, a expensas principalmente de la Guajira (15.4% a 25.8%) y Atlántico (13.1 a 17;2%).

Las otras regiones, disminuyen la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas o madres, especialmente Bogotá (22.6 – 17.5) y la región

central (21.5-19.2%), a expensas de Caquetá. Otros departamentos que reducen de forma amplia este indicador son Meta (30.1 a 23.1%), Guaviare (29.9 a 23.3%) y Cauca (28.8 a 23.7%)

Es importante destacar que en ciudades como, Cali, Medellín y Bogotá, tuvieron una reducción de más de 5 puntos porcentuales en la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas. Estas ciudades son entre otras, las que desde el año 2007 implementan estrategias como servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en sus IPS públicas, fácil acceso a métodos modernos de anticoncepción, promoción de derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven, identificación y fortalecimiento de grupos redes y organizaciones juveniles y el programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

2. Primera unión:

Para 2010 al igual que en el 2005, la proporción de adolescentes gestantes o madres, es mayor que la proporción de unidas (19.5 vs 11,1%) en todas las edades lo cual implica una maternidad anterior al establecimiento de la relación estable y explica el madre sola, en este grupo de edad. Entre las jóvenes que alguna vez han estado unidas y han pensado en separarse, el 32,4% explican como primera causa de la separación la violencia conyugal física, psicológico o sexual por el compañero; en segundo lugar se encuentra la falta de compromiso en el cumplimiento de sus deberes como padres y esposo en un 10 y la infidelidad del compañero en un 7%.

3. Uso de métodos de planificación familiar:

El conocimiento de métodos de planificación familiar, sigue siendo en Colombia casi universal, con un 99,8%. El uso de métodos anticonceptivos entre los 15 y 19 años en unión, aumenta de 57% en 2005 a 60,5% en el 2010. Entre las no unidas pero sexualmente activas, sigue siendo de 79%, lo cual representa una cifra inferior a la de los demás grupos de edad. La

preferencia de uso de métodos en adolescentes unidas, varía, la píldora disminuye de 13,6% a 10%, el Dispositivo Intrauterino DIU de 12.8% a 4.2%, aumenta el uso de la inyección de 9.8% a 23,5% y del implante subdérmico de 0.1% a 7,5%. El uso del condón, permanece en 7.8%. Lo anterior evidencia un aumento en el uso de métodos modernos de anticoncepción en adolescentes unidas que aumenta de 47.1% en el 2005 a 55.1% en el 2010.(13)

Para 2010, se observa disminución del porcentaje de adolescentes unidas que no usa actualmente métodos anticonceptivos de 43% en el 2005 al 39.5% entre las unidas y el 21% entre las no unidas, pero sexualmente activas, que están expuestas al riesgo de embarazo.

Por otra parte a nivel individual, de acuerdo con las sistematizaciones de la implementación del Modelo realizada en el departamento del Huila y en otros departamentos la transformación de los servicios se hace evidente, en cuanto cambian los servicios tradicionales, por instituciones que trabajan con y para adolescentes y jóvenes y así lo manifiestan ellos y ellas.

"Nosotros hicimos un mensaje por la emisora e hicimos también, como una propaganda donde, decíamos de hacer como una obra de teatro, entonces ella decía que el novio le estaba pidiendo la prueba de amor, y entonces yo le decía que no que estaba mal entonces yo le daba consejos a ella." (Joven del grupo de apoyo de SSAAJ de Campoalegre). (15)

Sería necesario, realizar una investigación a escala nacional, por centros académicos reconocidos, para determinar el verdadero impacto de los servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes en Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag88
- 2) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag89
- 3) QUINTANA 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 AdvocatesforYouth en alianza con Pathfinder Internacional Bolivia y la Red Internacional de Adolescencia y Juventudes de Ecuador, entre 2001 y 2003.Citado por 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag 32
- 4) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag 91
- 5) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag 92
- 6) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag 92
- 7) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag 94

- 8) 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. Unfpa-Colombia, Ministerio de la Protección Social 2010. Pag. 96
- 9) Informe Ejecutivo Estrategia de Prevención de Embarazo Adolescentes y Avances en la Implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Consultoría para el convenio 620. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de la Protección Social. Documento mimeografiado.
- 10) Evaluación sumativa a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Colombia. Elaborado por Mentor para el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Año 2009. Documento inédito
- 11) Relatoría evento de seguimiento y evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Elaborado por Mentor, para el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Año 2009. Documento mimeografiado.
- 12) Sistematización 2ª Reunión Regional y Reunión Nacional de Seguimiento y Evaluación a la implementación del Modelo de SSAAJ. Consultoría para el convenio 620. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de la Protección Social. Documento mimeografiado.
- 13) Encuesta de demografía y salud. Profamilia, Ministerio de la Protección Social 2005
- 14) Encuesta de demografía y salud. Pro familia, USAID, Ministerio de la Protección Social 2010.
- 15) La implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el departamento del Huila. Sistematización de experiencia de las ESE de Campoalegre, La Plata y Neiva. Consultoría para el convenio 620. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de la Protección Social.

ANEXOS

Anexo A: Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un SSAAJ.

INSTRUMENTO DE ANALISIS DEL SERVICIO DE SALUD A PARTIR DE LOS COMPONENTES DE UN SERVICIO AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JOVENES

Identificación

Fecha:		Teléfono
Mes:		
Departamento:		
Municipio:		
Barrio		
Institución de Salud:		
Modalidad de Servicio Amigable:		
Personas de Contacto:		
Cargo		
Personas que realizan el análisis:		

Opciones de respuesta

SI - El servicio cumple en su totalidad el criterio.	1
P - El servicio cumple parcialmente el criterio.	2
NO - El servicio no cumple el criterio.	3
NR - No tiene respuesta para el criterio.	4
NA - El criterio no corresponde ser analizado en el servicio que presta la institución de salud.	5

Totales

COMPONENTES Y CRITERIOS

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

1.1.	Accesibilidad geográfica	Calificación	Observaciones *
1.1.1	La institución de salud se ubica en un lugar de la localidad que facilita el acceso de adolescentes y jóvenes		
1.1.2	Se Presta el servicio independiente del lugar de procedencia del adolescente y joven		
1.2.	Identificación del servicio	Calificación	Observaciones *
1.2.1	La institución de salud cuenta con identificación exterior que facilita su ubicación		
1.2.2	Existe una señal visible dentro de la institución que indica que el servicio atiende a adolescentes y jóvenes.		
1.3.	Ambiente	Calificación	Observaciones *
1.3.1	El ambiente físico da la bienvenida a adolescentes y jóvenes		
1.3.2	Existe una decoración llamativa para adolescentes y jóvenes		
1.3.3	En la sala de espera se pueden encontrar revistas, materiales educativos, juegos		
1.4.	Horarios adecuados y programación de citas	Calificación	Observaciones *
1.4.1	Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio.		
1.4.2	Se realizan consultas sin previa cita Pueden programarse las citas telefónicamente.		
1.4.3	Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes, independiente del tipo de afiliación al SCSSE.		
1.4.4	El tiempo de espera para la atención de adolescentes y jóvenes es mínimo.		
1.4.5	Se define un tiempo estándar que facilita la interacción joven/profesional.		
1.5.	Habilitación de los servicios	Calificación	Observaciones *
1.5.1	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.		
1.5.2	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	Calificación	Observaciones *
1.6.1	Se cuenta con una estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable.		
1.6.2	El establecimiento informa a la comunidad sobre los servicios para jóvenes.		
1.6.3	Existen mensajes que animan a la gente joven a llevar a sus pares		
1.6.4	Existen anuncios que explicitan que la atención es confidencial.		
1.6.5	Existen estrategias de comunicación realizadas con las y los jóvenes para dar a conocer los servicios que se ofertan		
1.6.6	Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio		
SUTOTAL COMPONENTE 1		0	
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 1		0%	INCIPIENTE

Componente 2. Profesionales y personal de los servicios de salud

2.1.	Capacitación en servicios amigables	Calificación	Observaciones *
2.1.1	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		
2.1.2	El personal de la institución de salud recibe capacitación específica y permanente en atención a adolescentes y jóvenes		
2.1.3	El personal está preparado para responder a las necesidades específicas de cada adolescente o joven		
2.1.4	El personal se capacita en temas relacionados con el desarrollo y la psicología de la gente joven.		
2.2.	Actitud hacia el servicio amigable	Calificación	Observaciones *
2.2.1	A los profesionales que ofrecen el servicio les gusta el trabajo con adolescentes y les gusta el trabajo con adolescentes y jóvenes		
2.2.2	Se considera a adolescentes y jóvenes como personas capaces de tomar sus propias decisiones		
2.2.3	El personal de la institución de salud reconoce y promueve los derechos de adolescentes y jóvenes		
2.2.4	El personal de la institución está en capacidad de establecer relaciones cálidas y de confianza con adolescentes y jóvenes usuarios		
2.3.	Interdisciplinariedad	Calificación	Observaciones *
2.3.1	Cuenta con un equipo interdisciplinario		
2.3.2	El equipo humano conoce los servicios que se prestan a adolescentes y jóvenes y está en capacidad de orientarlos hacia estos		
2.3.3	La planeación y la ejecución de acciones se realiza en coordinación con el equipo interdisciplinario		
2.4.	Especificidad	Calificación	Observaciones *
2.4.1	Hay profesionales de género masculino y femenino		
2.4.2	Hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes		
SUTOTAL COMPONENTE 2		0	
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 2		0%	INCIPIENTE

Componente 3. Procedimientos administrativos y de atención

3.1.	Políticas institucionales	Calificación	Observaciones *
3.1.1	Hay una política de atención prioritaria, preferencial o diferencial para adolescentes y jóvenes		
3.1.2	Se implementa la Norma de detección precoz de alteraciones del adolescente y el joven		
3.1.3	Existen protocolos para brindar asesorías en salud sexual y reproductiva		
3.1.4	Se coordina con otros niveles de complejidad, para garantizar atención integral de adolescentes y jóvenes		
3.2.	Costos del servicio	Calificación	Observaciones *
3.2.1	Existen mecanismos que permiten que las y los jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita		
3.2.2	Existe contratación con las EPS o EPS del régimen subsidiado para la prestación de servicios a adolescentes y jóvenes		
3.2.3	Existe contratación con el municipio para ofrecer servicios a adolescentes y jóvenes		
3.3.	Procedimientos para la atención	Calificación	Observaciones *
3.3.1	No se requiere de la atención mediada por un acudiente.		
3.3.2	Los procedimientos para jóvenes mayores de 14 años pueden ser solicitados sin consentimiento de sus padres		
3.3.3	Durante su visita al servicio, adolescentes y jóvenes interactúan con un número mínimo de funcionarios.		
3.3.4	Si lo desean, adolescentes y jóvenes pueden ingresar a la consulta solos(as) o acompañados(as) de personas en las que confían.		
3.3.5	Se les explica a adolescentes y jóvenes qué se está haciendo durante cualquier procedimiento.		
3.3.6	Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad		
3.4.	Registro	Calificación	Observaciones *
3.4.1	Los registros utilizados contienen la información básica de identificación que garantice la confidencialidad.		
3.4.2	Se utilizan formatos de registros acordes con la Resolución 412 de 2000.		
3.5.	Seguimiento	Calificación	Observaciones *
3.5.1	Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial		
3.5.2	Se elabora o adopta, para cada adolescente y joven, un plan de intervención propuesto en la Resolución 412 y otras normas relacionadas.		
3.5.3	Se establece la forma en que se puede establecer contacto nuevamente con cada adolescente y joven que asiste al servicio.		
SUTOTAL COMPONENTE 3		0	
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 3		0%	INCIPIENTE

Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios

4.1.	Oferta de servicios individuales	Calificación	Observaciones *
4.1.1	Asesoría sobre salud sexual y reproductiva		
4.1.2	Consulta del o de la joven sano(a)		
4.1.3	Atención del abuso sexual		
4.1.4	Anticoncepción		
4.1.5	Anticoncepción de emergencia		
4.1.6	Asesoría y prueba de VIH		
4.1.7	Atención integral a jóvenes viviendo con VIH		
4.1.8	Atención de las infecciones de transmisión sexual		
4.1.9	Control prenatal y atención del parto		
4.1.10	Citología cérvico-vaginal		
4.1.11	La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamiento para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.		
4.2.	Oferta de servicios colectivos	Calificación	Observaciones *
4.2.1	Se realizan acciones educativas de orientación grupal con adolescentes y jóvenes.		
4.2.2	Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad		
4.2.3	Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.		
4.4.	Organización de servicios de extensión	Calificación	Observaciones *
4.4.1	Se otorga gran importancia a los servicios extramurales		
4.4.2	Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes		
4.4.3	Se desarrollan estrategias que permiten identificar a adolescentes y jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo		
4.4.4	Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.		
SUTOTAL COMPONENTE 4		0	
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 4		0%	INCIPIENTE

Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios

4.1.	Oferta de servicios individuales	Calificación	Observaciones *
4.1.1	Asesoría sobre salud sexual y reproductiva		
4.1.2	Consulta del o de la joven sano(a)		
4.1.3	Atención del abuso sexual		
4.1.4	Anticoncepción		
4.1.5	Anticoncepción de emergencia		
4.1.6	Asesoría y prueba de VIH		
4.1.7	Atención integral a jóvenes viviendo con VIH		
4.1.8	Atención de las infecciones de transmisión sexual		
4.1.9	Control prenatal y atención del parto		
4.1.10	Citología cérvico-vaginal		
4.1.11	La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamiento para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.		
4.2.	Oferta de servicios colectivos	Calificación	Observaciones *
4.2.1	Se realizan acciones educativas de orientación grupal con adolescentes y jóvenes.		
4.2.2	Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad		
4.2.3	Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.		
4.4.	Organización de servicios de extensión	Calificación	Observaciones *
4.4.1	Se otorga gran importancia a los servicios extramurales		
4.4.2	Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes		
4.4.3	Se desarrollan estrategias que permiten identificar a adolescentes y jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo		
4.4.4	Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.		
SUTOTAL COMPONENTE 4		0	
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 4		0%	INCIPIENTE

Componente 5. Participación juvenil, social y comunitaria

5.1	Participación de la población juvenil	Calificación	Observaciones *
5.1.1	Adolescentes y jóvenes participan en el mejoramiento del servicio de salud, para hacerlo amigable		
5.1.2	Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo.		
5.1.3	Se cuenta con mecanismos de participación con grupos juveniles y organizaciones no gubernamentales que apoyan el trabajo con jóvenes.		
5.2.	Participación de la población adulta	Calificación	Observaciones *
5.2.1	Se involucra a los adultos en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación del mismo		
5.2.2	Los adultos apoyan a la gente joven en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva		
5.2.3	Se promueve que madres, padres y otros adultos de la comunidad apoyen el uso de métodos de protección.		
5.3.	Integración del servicio a la comunidad	Calificación	Observaciones *
5.3.1	Existe coordinación con los diferentes actores de la comunidad para la difusión del servicio		
5.3.2	Se realizan diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de adolescentes y jóvenes, para encontrar soluciones		
5.3.3	El servicio de salud es considerado por la comunidad como una entidad clave de bienestar		
5.3.4	Se fortalecen los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud.		
5.4	Coordinación intersectorial e interinstitucional	Calificación	Observaciones *
5.4.1	Se realizan acciones de coordinación y apoyo con otras instituciones de salud del mismo o de diferente nivel de complejidad		
5.4.2	Se establecen acuerdos de apoyo con entidades como secretarías de salud, EPS o EPS de régimen subsidiado, entre otras.		
5.4.3	El servicio se articula con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y medios de comunicación		
5.4.4	Se coordina de forma permanente con instituciones educativas, garantizando complementariedad en las acciones		
5.4.5	Se crean grupos de apoyo interinstitucionales e intersectoriales, incluyendo grupos de apoyo conformados por jóvenes.		
SUTOTAL COMPONENTE 5		0	
NIVEL DE DESARROLLO COMPONENTE 5		0%	INCIPIENTE

TOTAL GENERAL DEL SEVICIO	0	
NIVEL DE DESARROLLO DEL SERVICIO	0%	INCIPIENTE

MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES									
ENCUESTA AUTO ADMINISTRADA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES (Anexo A-11)									
Fecha: _____					Encuesta N° _____				
Institución: _____									
<p>En el Servicio Amigable para Adolescentes y Jóvenes Tu opinión nos interesa y queremos saber cómo mejorar nuestros servicios. A continuación encontrarás una serie de preguntas que buscan conocer lo que es importante para ti en un servicio de salud. Tus comentarios nos ayudarán a que el personal identifique aquellos aspectos que se pueden mejorar.</p> <p>No es necesario que escribas tu nombre en el formulario. Por favor, marca con una X la casilla que se ajuste a tu respuesta. Si tienes comentarios adicionales, puedes escribirlos al final. Es importante que sepas que tus respuestas son confidenciales.</p>									
HÁBLANOS DE TI									
1.	a.	<input type="checkbox"/>	Soy hombre		3.	a.	<input type="checkbox"/>	Soy soltera o soltero	
	b.	<input type="checkbox"/>	Soy mujer			b.	<input type="checkbox"/>	Estoy casada o casado	
						c.	<input type="checkbox"/>	Estoy en unión libre	
2.	a.	<input type="checkbox"/>	Tengo 10 a 14 años						
	b.	<input type="checkbox"/>	Tengo 15 a 19 años						
	c.	<input type="checkbox"/>	Tengo 20 a 24 años						
	d.	<input type="checkbox"/>	Tengo más de 24 años						
HÁBLANOS DE LA ACCESIBILIDAD					HÁBLANOS DEL PERSONAL				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES
ENCUESTA AUTO ADMINISTRADA PARA ADOLESCENTES Y JOVENES (Anexo A-11)

HÁBLANOS DE LA ATENCIÓN

	Sí	No	No sé	
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El precio de los servicios es razonable.
19.	<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.
20.	<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).
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se te ha ofrecido información completa de los servicios que has solicitado.
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te pueden enviar a otro lugar si no te pueden proporcionar un servicio.
23.	<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.
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal respeta la confidencialidad, es confiable y asegura la privacidad.
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedes recibir asesoría en privado (sin que otra persona escuche).

HÁBLANOS DE TU PARTICIPACIÓN

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

RESPONDE ESTAS PREGUNTAS

29. ¿Cómo te enteraste de estos servicios?

31. ¿Puedes sugerir alguna mejoría que se pueda hacer?

HÁBLANOS DE LAS OPCIONES

26. 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 en infecciones de Transmisión
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asesorías y prueba 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 de embarazo y atención del parto.

Anexo 3. Indicadores de productividad de los SSAAJ

SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES						
DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD:						
1. Cuántos servicios amigables existen por Municipio en el Departamento por modalidad						
	Municipio	Nombre de la Institucion	Modalidad del Servicio			Total Servicios Amigable
			Consulta Diferenciada	Unidad Amigable	Centro Amigable	
1						0
2						0
3						0
4						0
5						0
6						0
7						0
8						0
9						0
10						0
11						0
12						0
13						0
14						0
15						0
16						0
17						0
18						0
19						0
20						0
21						0
22						0
23						0
24						0
25						0
26						0
27						0
28						0
29						0
30						0
31						0
32						0
33						0
34						0
35						0
36						0
37						0
38						0
39						0
40						0

2. Recurso humano asignado a servicios amigables						
HORAS MENSUALES DEDICADAS EXCLUSIVAS A SERVICIOS AMIGABLES						
	Médico	Enfermera	Psicólogo	Nutrición	Trabajo Social	Odontología
POS						
PIC						
TOTAL						
OTROS PROFESIONALES						
POS						
PIC						
TOTAL						
observaciones						

3. No. De consultas del Joven										
CONSULTA PRIMERA VEZ										
	GRUPOS DE EDAD								Total Consultas	
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			Total
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSULTA DE CONTROL											
	GRUPOS DE EDAD								Total Consultas	Total Controles	
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29				Total
	H	M	H	M	H	M	H	M			
V									0	0	
C									0	0	
S									0	0	
D									0	0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

4. No. De Consultas de Planificación familiar

CONSULTA PRIMERA VEZ

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total Consultas
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSULTA DE CONTROL

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total Controles
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5. No. De usuarios de Anticoncepción por sexo, edad y método

	GRUPOS DE EDAD									
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Anticoncepción hormonal oral	NA		NA		NA		NA		NA	0
Anticoncepción hormonal	NA		NA		NA		NA		NA	0
Anticoncepción hormonal	NA		NA		NA		NA		NA	0
Anticoncepción de emergencia	NA		NA		NA		NA		NA	0
Implante subdérmico	NA		NA		NA		NA		NA	0
DIU	NA		NA		NA		NA		NA	0
Pameroxy	NA		NA		NA		NA		NA	0
Vasectomía		NA		NA		NA		NA	0	NA
Condón masculino de latex				NA		NA		NA	0	0
PIC									0	0

NOTA: Indicador Opcional si se cuenta con la Información

6. La institución cuenta con insumos de anticoncepción y anticoncepción de emergencia

SI # NO # Parcialmente #

MÉTODOS	SI	NO	PARCIALMENTE
Anticoncepción hormonal oral			
Anticoncepción hormonal			
Anticoncepción hormonal			
Anticoncepción de emergencia			
Implante subdérmico			
DIU			
Condón masculino de latex			

NOTA: Este indicador lo debe generar las áreas de Inspección, Vigilancia y Control de las DTs

7. No. De asesorías en SSR

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total Asesorías
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

8. No. De Asesorías pre prueba de VIH

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total Asesorías
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

9. No. De Asesorías pos prueba de VIH

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total Asesorías
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10. No. De pruebas de VIH

PRUEBAS TOMADAS (ELISA I)

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total ELISA I
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PRUEBAS TOMADAS (ELISA II)

	GRUPOS DE EDAD								Total	Total ELISA II
	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
V									0	0
C									0	0
S									0	0
D									0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PRUEBAS CONFIRMATIVAS TOMADAS										CASOS NUEVOS REPORTADOS																	
GRUPOS DE EDAD										Total		Total WB -IFI		GRUPOS DE EDAD										Total		Total CASOS	
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total		Total WB -IFI		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total		Total CASOS					
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	V	C	S	D	TAL	
										0	0	0													0		
										0	0	0													0		
										0	0	0													0		
										0	0	0													0		
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

11. Número de Citologías Tomadas en adolescentes

GRUPOS DE EDAD					Total				
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
V								0	
C								0	
S								0	
D								0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

12. Número de Consultas con diagnóstico de Salud Mental (Dx o Sospecha de problemas de Salud Mental)

CONSULTA PRIMERA VEZ

GRUPOS DE EDAD					Total				
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
V								0	
C								0	
S								0	
D								0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSULTA DE CONTROL

GRUPOS DE EDAD					Total				
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
V								0	
C								0	
S								0	
D								0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

13. Número de Consultas con diagnóstico de abuso, o violencia sexual

CONSULTA PRIMERA VEZ

GRUPOS DE EDAD					Total				
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
V								0	
C								0	
S								0	
D								0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CONSULTA DE CONTROL

GRUPOS DE EDAD					Total				
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
V								0	
C								0	
S								0	
D								0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

14. Número de pruebas de embarazo positivas en adolescentes

GRUPOS DE EDAD					Total				
10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		Total	
V								0	
C								0	
S								0	
D								0	
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

15. No. De controles prenatales: DE 1era VEZ

GRUPOS DE EDAD														
10 a 14			15 a 19			20 a 24			25 a 29			TOTAL		
1er	2°	3°	1er	2°	3°	1er	2°	3°	1er	2°	3°	1er	2°	3°
V												0	0	0
C												0	0	0
S												0	0	0
D												0	0	0
TAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



MoreBooks!
publishing



yes i want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at

www.get-morebooks.com

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en

www.morebooks.es



VDM Verlagsservicegesellschaft mbH

Heinrich-Böcking-Str. 6-8
D - 66121 Saarbrücken

Telefon: +49 681 3720 174
Telefax: +49 681 3720 1749

info@vdm-vsg.de
www.vdm-vsg.de

