

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA
ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI EN EL 2012**

**INVESTIGADORAS:
MARIA DE LOS ANGELES LEÓN MEDINA
OLGA LILIANA PALTA FERNANDEZ**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CALI 2012**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA
ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI EN EL 2012**

**INVESTIGADORAS
MARIA DE LOS ANGELES LEÓN MEDINA
OLGA LILIANA PALTA FERNANDEZ**

**Trabajo de investigación presentado para optar el título de Magister en
Administración de Salud**

**Asesora
Elsa Patricia Muñoz Laverde
Profesora Universidad del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CALI 2012**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A Dios porque es en él en quien encuentro la fuerza y el empuje. Su amor me guio en este proceso permitiéndome culminarlo con éxito.

A mi amado esposo por su constante motivación en el logro de este objetivo y por el apoyo y amor durante el proceso.

A mi padre por su ejemplo e incansable acompañamiento en todos los momentos de mi vida.

A todo el personal de los Servicios de Salud Amigables, con quienes contamos para el desarrollo de esta investigación.

Maria de los Angeles León Medina

A los jóvenes del Municipio de Santiago de Cali sin quienes este trabajo no tendría sentido, a los coordinadores de los Servicios Amigables de Salud quienes conocedores de la importancia del trabajo con los jóvenes, admirablemente persisten en su lucha cotidiana por mantenerlos y, a todas las personas de los entes territoriales y de la academia que insisten y perseveran en mantener este modelo de servicio dadas las condiciones de crisis permanente del sector salud.

A mi sobrina María Camila que está entrando en la pubertad y que todavía no se alcanza a imaginar lo bello y vertiginoso que le está por pasar.

Olga Liliana Palta Fernández

AGRADECIMIENTOS

Este es un momento de mucha satisfacción.

Quisiera en estas líneas expresar mis sinceros agradecimientos a todas las personas que contribuyeron al logro de este objetivo, sé que Dios las puso en el lugar y en el momento indicado, y por eso es a Él a quien agradezco en primer lugar, por darme la vida, y ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

A la Dra. Elsa Patricia Muñoz, porque es motivo de orgullo haber contado con su apoyo. Gracias por ser la mejor asesora y directora, su entrega y dedicación fue un factor fundamental para alcanzar esta meta.

Al Dr. Germán Nicolás Villegas quien fue el encargado de sembrar en nosotras la idea para el proyecto de investigación, y quien nos acompañó posteriormente como miembro del jurado.

A mi compañera Olga Liliana Palta, porque logramos conformar un gran equipo donde el apoyo mutuo nos permitió sortear momentos difíciles, gracias por la constancia y el esfuerzo.

A mi Esposo, por su paciencia y apoyo constante durante el proceso, gracias por llenar de alegría mi vida.

A mi Padre y a Libia por hacer de mí una mejor persona a través de su ejemplo de entereza y honestidad.

A mis hermanos, cuñados y sobrinos, por ser parte importante en mi vida y ser la mejor familia.

A los miembros del jurado: Dr. Diego Calero Llanes, Dra. Claudia Valencia y Dr. Nicolás Villegas, quienes dedicaron parte de su tiempo en la lectura del proyecto y posterior participación en la sustentación, gracias por sus valiosos comentarios y aportes.

A todas las personas que contribuyeron con importante información y tiempo en esta investigación. Muchas, muchas Gracias!.

MARIA DE LOS ANGELES LEON MEDINA
Maestría en Administración en salud
Universidad del Valle
Cali 2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios y al Universo que conspiraron para convertir este trabajo de investigación en una maravillosa experiencia de vida, al profesor que nos abrió las puertas a esta línea de investigación, a la Universidad del Valle por tener verdaderos maestros, especialmente a la Dra. Elsa Patricia Muñoz, quien a través de su sabiduría permite y facilita la construcción continua de conocimiento, a la que considero una gran mujer, una guerrera que no le teme a los desafíos ni a los resultados porque tiene claro que todos SI podemos construir una mejor sociedad. Un gran ejemplo.

A todas y cada una de las personas que hicieron parte de este proceso, a los miembros de mi familia quienes paciente y amorosamente soportaron el abandono a que los sometí por estar inmersa en esta investigación; a mi compañera por tolerar mis excentricidades, mi rigidez, mis discursos políticos y por abrirme las puertas de su casa, a mis compañeros de la maestría, a la Secretaría de Salud Municipal que nos facilitó el desarrollo de la investigación y a todas las personas de los Servicios Amigables de Salud del Municipio que con su humildad, pasión y convicción permitieron construir esta caracterización, y, por último a la juventud, a los jóvenes porque sin ellos no valdría la pena apostársela por el futuro.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
2.1 Pregunta de investigación	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivos específicos	19
4. MARCO REFERENCIAL	20
4.1 Marco Teórico	20
4.2 Marco Legal	23
4.3 Marco de Antecedentes	27
4.3 Marco Contextual	32
5. METODOLOGÍA	38
5.1 Tipo de Estudio	38
5.2 Área de Estudio	38
5.3 Población	38
5.4 Recolección de información	40
5.5 Prueba Piloto Encuesta	42
5.6 Fases de Recolección de la información	43
5.7 Procesamiento y análisis de datos	46
6. CONSIDERACIONES ETICAS	50
7. RESULTADOS	51
7.1 Descripción del Origen de los SSAJ en el Municipio de Santiago de Cali	51
7.2 Resultados por ESE del Municipio de Santiago de Cali	53
8. DISCUSION	118
9. CONCLUSIONES	129
10. RECOMENDACIONES	133
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	136
ANEXOS	142

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Ubicación de Santiago de Cali en el Valle del Cauca	33
Figura 2. Mapa de Santiago de Cali por ESE	34
Figure 3. Representación gráfica de los componentes de análisis generados en el Software Atlas TI 6.2.....	48

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Red de Servicios de las Empresas Sociales del Estado de Santiago de Cali.....	35
Cuadro 2. Cuadro de Variables.....	39
Cuadro 3. Horarios de Atención ESE Ladera	59
Cuadro 4. Horarios de atención ESE Oriente	73
Cuadro 5. Horarios de atención ESE Suroriente.....	87
Cuadro 6. Horarios de atención ESE Norte	97
Cuadro 7. Horarios de atención ESE Centro	108

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) de las Entidades Sociales del Estado (ESE) en el Municipio de Santiago de Cali en el año 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo, la fuente de información fueron cuatro instrumentos que se diseñaron con el fin de reconstruir la historia sobre el origen de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) en el Municipio de Cali, conocer cuál ha sido su evolución, cuantos se encuentran funcionando y bajo que modalidades, cómo están dispuestos actualmente en cuanto a su infraestructura, disponibilidad de recursos físicos, económicos, técnicos y de personal. Esos instrumentos fueron: la guía de observación, guía de revisión documental, encuesta y entrevistas semiestructuradas. En cuanto a estudios científicos se encontró muy poca información relacionada con la descripción del origen y de la implementación de los SSAJ, unos pocos demostraron la poca capacitación del personal de salud y el escaso conocimiento de los jóvenes acerca de los SSAJ, posteriormente se explica de manera general que es un SSAJ, y los lineamientos necesarios para su implementación y su desarrollo según como lo estipula el modelo, y finalmente se describen los resultados bajo dos modalidades: la primera modalidad es la reconstrucción del relato histórico del Origen para el Municipio de Santiago de Cali y de cada ESE en particular, y la segunda a través de la explicación de cada uno de los cinco componentes que caracterizan estos SSAJ y su comportamiento en cada una de las ESE del Municipio.

RESULTADOS: Los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en el Municipio de Santiago de Cali, nacen en el año 2007 a partir del trabajo con el Proyecto Colombia en la ESE Ladera, siendo esta pionera y modelo para las otras ESE que poco a poco fueron implementando la estrategia como la ESE Oriente, La ESE Suroriente, La ESE Norte y por último la ESE Centro. De Todos estos SSAJ, hoy día los que más se acercan a cumplir con los lineamientos estipulados son los cuatro SSAJ de la ESE Ladera y los cuatro de la ESE Centro. En cuanto a los componentes, los que más débilmente estructurados se encuentran son el componente de participación juvenil, social y comunitaria y el de procesos administrativos y de gestión.

CONCLUSIONES: La sostenibilidad, continuidad y fortalecimiento de los SSAJ depende del grado de compromiso administrativo tanto de la Institución como de los entes territoriales. Se notó deficiencia en la articulación y en el flujo de información de este proceso entre Entidades Territoriales, Aseguradoras y ESE. Se debe incluir a los SSAJ dentro del PAMEC de las ESES y el componente de

participación juvenil, como factor diferenciador de los demás servicios de salud, debe ser fortalecido y esta modalidad de servicio constituye una gran oportunidad para trabajar en beneficio, no solo de los jóvenes sino de la sociedad, a través del fortalecimiento y desarrollo de los SSAJ.

PALABRAS CLAVES: Servicios Amigables, Jóvenes, origen y componentes.

SUMMARY

OBJECTIVE: Characterize Friendly Health Services for Adolescents and Youth (FHSY) of the State Social Institutions in the Municipality of Santiago de Cali in 2012.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive observational study, the information source were four instruments that were designed to reconstruct the history of the origin of Friendly Health Services for Adolescents and Youth (FHSY) in the Municipality of Cali, understanding its evolution, and how many are operating in each fashion, how is their infrastructure, economic, technical and staff availability. These instruments were: the observation guide, document review guide, survey and semi-structured interviews. Minimal information was found in scientific studies on the description of the origin and implementation of FHSY, few showed little training of health personnel and limited knowledge of youth about FHSY. Subsequently it is explained generally what is a FHSY, and the necessary guidelines for their implementation and development according to the model, and finally describes the results in two ways: Firstly the historical account of Origin for the Municipality of Santiago de Cali and each one of ESE. Secondly, through the explanation of each of the five components those characterize these FHSY and behavior in each of the ESE of the Municipality.

RESULTS: Friendly Health Services for Adolescents and young people in the municipality of Santiago de Cali, was born in 2007 after working with the Colombia project in ESE Ladera, being the pioneer and model for other ESE that were gradually implemented as ESE Oriente, the ESE Suroriente, the ESE Norte and finally the ESE Centro. Of all these FHSY, the closest to comply with provided the guidelines are the four FHSY's of ESE Ladera and four FHSY's of that ESE Centro. As for the components, which are more loosely structured, are the components of youth participation, social and community, as well as the administrative and management processes.

CONCLUSIONS: The sustainability, continuity and strengthening of FHSY depends on the degree of administrative commitment of the institution and the local authorities. Deficiency was noted in the joint and in the flow of information between Territorial process, Insurers and ESE. The FHSY should be included within the PAMEC of ESE and the youth participation component should be strengthened. This type of service is a great opportunity to work for the benefit of not only young people but of society, through the strengthening and development of FHSY.

KEYWORDS: Friendly Services, Youth, origin and components.

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta las características innatas de la juventud, como su poca o nula percepción del riesgo, la influencia que ejerce en su comportamiento y en sus decisiones su grupo familiar, su cultura y los medios de comunicación, condicionarán la salud o enfermedad de los adultos del mañana, determinando así el futuro de la sociedad. Esto ha llevado a la formulación de nuevas políticas de juventud, partiendo del reconocimiento de su autonomía y sus derechos y deberes especialmente de su salud sexual y reproductiva, lo cual constituye el principio rector de la orientación de estas nuevas estrategias. A nivel internacional, regional y nacional se han fijado los lineamientos para remodelar su intervención, posicionando los principios fundamentales para la formulación local de estas políticas. En Colombia la constitución Política reconoce a los jóvenes como sujetos de derecho y a través de la ley 375 de 1997 se da paso a la creación de la Política Nacional de Juventud con la participación activa de los jóvenes en su construcción.

El Sector Salud como estrategia de intervención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para los jóvenes, adopta el modelo de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ), programa que involucra al joven en su construcción, implementación y seguimiento; a través de esta estrategia participativa se cambia la orientación de la prestación del servicio de salud, hacia un modelo que hace amable la promoción y prevención de la salud del joven y a su vez disminuye las barreras de prestación del servicio atrayendo al joven a la consulta, control y prevención de la enfermedad.

Para el año 2012, en el Municipio de Santiago de Cali, no se disponía de información sistematizada y suficiente que registrara la puesta en marcha y sostenimiento de los Servicios Amigables de Salud, este trabajo de investigación caracterizó por medio de un estudio observacional descriptivo, los 15 SSAJ de las Empresas Sociales del Estado (ESE) valorando su estructura en cuanto a su origen, bajo que modalidades están operando, cuáles son los servicios que están prestando, así como la modalidad de participación de los jóvenes en la construcción y operación de los servicios. La información fue recolectada a través de entrevistas con los informantes claves, guías estructuradas de observación del servicio, formatos estructurados de revisión documental y encuestas a los jóvenes usuarios del servicio, diseñados según los requisitos y/o estándares de calidad que sugiere el modelo en cuanto a las condiciones de prestación de los SSAJ.

El producto de esta investigación será de utilidad para los integrantes del SGSSS, pues al conocer y disponer de esta aproximación sobre el origen y desarrollo de

los SSAJ, se podrán plantear estrategias para re-direccionar, imitar o fortalecer este programa a nivel local, regional y/o nacional.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La gente joven según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la que se encuentra entre los 10 y 24 años¹. Los modelos de comportamiento adquiridos durante esta etapa durarán toda la vida y afectarán la salud y el bienestar de los niños del futuro. Es por eso que en esta etapa se presenta la oportunidad de prevenir el comienzo de comportamientos nocivos para la salud y sus repercusiones futuras².

Los jóvenes constituyen la cuarta parte de la población del mundo (1.7 billones); el 86 por ciento viven en los países menos desarrollados³. En América Latina y el Caribe, este grupo representan el 30 por ciento del total de la población^{4,5}. Y según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), la población Colombiana entre los 10 y 24 años de edad para el año 2012 será el 28% del total de la población⁶.

Anualmente en el mundo más de 100 millones de jóvenes tendrán una enfermedad de transmisión sexual (ITS). Cerca de 40 millones de personas viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana adquirida (VIH), se conoce que la mitad de las personas adquieren este virus entre los 15 y 25 años^{7,8}. Las proyecciones estiman que 6000-7000 jóvenes son infectados diariamente por el VIH, y de los jóvenes que viven con VIH/Sida dos tercios son mujeres⁹, esto principalmente se debe a sus características físicas, el inicio más temprano de la actividad sexual, el aumento del número de compañeros sexuales, el retraso en la edad del matrimonio y por el machismo, la violencia de género, y la pobre educación al respecto; lo cual convierte a las mujeres en una prioridad y en un objetivo clave a intervenir desde la aplicación de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)^{10,11}.

Aproximadamente la mitad de todos los adolescentes de América Latina y el Caribe son sexualmente activos, del 48 al 53 por ciento no usan anticonceptivos, y entre aquellos que si lo hacen, el 40 por ciento no lo utiliza en forma regular¹².

Los partos y abortos realizados en malas condiciones hacen que el embarazo a nivel mundial sea la principal causa de defunción en mujeres. Más de 13 millones de mujeres jóvenes se realizaron o intentarán realizarse un aborto. Las cifras de nacimientos a nivel mundial muestran que alrededor de 14 millones de mujeres menores de 20 años de edad dan a luz cada año¹³; de los cuales más del 50 por ciento se producen en los países pobres^{9, 14}.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010, el 19 por ciento de las adolescentes ya son madres o están embarazadas de su primer

hijo. El 93 por ciento de las mujeres en unión no toma ningún tipo de precaución contra las ITS y el VIH/Sida. Las adolescentes presentan una tasa de 84 nacimientos por mil mujeres, el grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad, 122 nacimientos por mil mujeres, es el de 20-24 años, seguido por el de 25-29 y el de 15-19 años de edad, la mediana de la edad al primer nacimiento es de 21.6 años. Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada: 16 por ciento ya son madres y 4 por ciento está esperando su primer hijo. El 14 por ciento de las mujeres entre 15 a 24 años de edad, tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. Solamente la mitad (52 por ciento) de las mujeres de este grupo, reportaron haber usado condón durante la primera relación sexual. El 47 por ciento de las mujeres entre 15 y 24 años de edad tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y solamente el 46 por ciento de ellas usaron condón durante la última relación. Entre las mujeres de 15-24 años de edad que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, solamente el 17 por ciento se ha hecho la prueba del VIH/Sida y ha reclamado el resultado en el último año¹⁵.

En el Municipio de Santiago de Cali a Diciembre de 2011 según registros del SISBEN en mujeres entre los 13 y 17 años, el 3 y el 7 por ciento se encuentran en embarazo o han tenido un hijo o hija; esta cifra es alta en comunas como la 21, 13 y 18, y es relativamente baja en la comuna 3. Cifras que se incrementan significativamente en mujeres entre 15 y 19 años, entre el 14 y el 18 por ciento¹⁶.

El inicio temprano de la actividad sexual, las ITS, el VIH/Sida, los abortos, las complicaciones de embarazos, la violencia de género; impactan la salud de toda la población joven. Las características intrínsecas de esta etapa hacen que asuman comportamientos de riesgo ya que no tienen percepción de él; la influencia de la sociedad y la cultura, los medios de comunicación, la tendencia a repetir conductas, el aumento de las brechas de inequidad social, la debilidad en las políticas educativas concernientes a sus derechos y deberes y las señales ambivalentes que reciben de las diversas instituciones y actores sociales, terminan limitando su autonomía dejándolos especialmente vulnerables en cuanto al ejercicio de su SSR^{4,10,17,18}.

A nivel mundial los adolescentes y jóvenes fueron considerados como sujetos de derechos reproductivos durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994. Esto fue ratificado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer (Beijing-1995) y en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague-1995). En la cumbre del Milenio de 2005, además de eso se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era una clave para la reducción de la pobreza y el desarrollo humano^{4,19}.

En Colombia desde la constitución Política de 1991 se reconoce a los jóvenes como sujetos de derechos (Artc. 45). La Ley 375 de 1997 o Ley de la Juventud, avanza en la inclusión a la juventud en la agenda de la política social²⁰. En el año 2005 se diseña la Política Nacional de Juventud, contando con la participación de los jóvenes, logrando diseñar políticas de juventud territoriales acordes a los intereses y necesidades de los jóvenes de cada territorio^{20,21,22}.

En el año 2007, el proyecto del Fondo Global en Colombia informó que los jóvenes encuentran una débil gestión en la organización de servicios de salud para ellos; dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) proponiendo la creación de programas encaminados a fortalecer la atención integral de los jóvenes, se buscó facilitar el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva^{17,23}.

Es así como se crean los SSAJ; los cuales son definidos por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como *“aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones”*¹⁷.

Los SSAJ están enmarcados bajo las directrices de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, como una aplicación del “Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), cuyo propósito fundamental es lograr la satisfacción de todos los interesados, utilizando el enfoque basado en procesos y la mejora continua”¹⁷. Su diseño implica una serie de ajustes en cuanto a las características de los proveedores como personal altamente calificado, ajustes en los servicios de salud como espacios y horarios especiales, y como principio fundamental la participación de los jóvenes en el diseño y la retroalimentación continua²⁴.

Una investigación realizada con adolescentes en el Municipio de Miranda Cauca en el 2011; al indagar a los jóvenes sobre los Servicios Amigables de Salud, se encontró que ellos no conocían estos servicios, no han participado en el diseño y estructuración de los mismos y mucho menos conocen las políticas públicas que los sustentan. Encontrando además que en el municipio desde el año 2008 se planeó la implementación de este programa, pero que al parecer no ha tenido regularidad y continuidad²⁵.

Los SSAJ se crearon como una respuesta del sector salud a las necesidades de la población joven del país; en el Municipio de Santiago de Cali se han normatizado desde el 2005. Según información verbal suministrada por funcionarios de la Secretaría de Salud Municipal se conoce que en la actualidad hay 17 SSAJ; distribuidos en las diferentes comunas, principalmente en las de la ladera y

oriente, y que 12 de ellos están certificados; pero no se dispone de información sistematizada que registre la puesta en marcha y sostenimiento de estos servicios, desconociéndose la modalidad y los objetivos bajo los cuales operan y el grado de participación de los jóvenes en su construcción, estructuración y sostenimiento.

Este trabajo de investigación pretendió realizar la caracterización de los SSAJ de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del municipio de Santiago de Cali, determinando qué modalidad de SSAJ se están utilizando, como fue su origen, cómo están estructurados, como operan, que servicios están prestando; el grado de cumplimiento de los requisitos exigidos, así como la modalidad de participación de los jóvenes en la construcción y operación de los servicios.

Además buscó definir la línea base para futuras investigaciones que pretendan medir el impacto de los SSAJ en cuanto a los logros en la calidad de la salud de los jóvenes, los cambios en los indicadores sobre la salud sexual y reproductiva, vinculando su objetivo particular con los intereses de las políticas del Municipio, el Departamento, la Nación y la relación con los planteamientos en los objetivos del milenio.

El producto de esta investigación es de utilidad para los integrantes del SGSSS y la sociedad Caleña en general, pues al disponer de una primera aproximación sobre el origen y desarrollo de los SSAJ que están operando en el Municipio, se podrán plantear estrategias para re-direccionar, imitar o fortalecer este programa y probablemente ser modelo para las aseguradoras del régimen contributivo para la implementación de SSAJ para la atención de los jóvenes afiliados a partir de la experiencia de las red de prestación de servicios pública (ESE) en Cali y a nivel nacional.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) del municipio de Santiago de Cali?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Caracterizar los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) de las Entidades Sociales del Estado en el Municipio de Santiago de Cali en el año 2012.

3.2 Objetivos específicos

- 2.1.1 Describir la implementación de los SSAJ bajo observación desde sus orígenes.
- 2.1.2 Identificar la disponibilidad de recursos, de infraestructura y de personal en la prestación del servicio.
- 2.1.3 Identificar el acceso a los SSAJ de las ESE en Santiago de Cali.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *adolescencia* como la edad entre 10 a 19 años y *gente joven* como la edad de 10 a 24 años³. En esta etapa de transición de la niñez a la vida adulta se producen diversos cambios en el individuo dados por:

- Cambios físicos o biológicos: con la progresión de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual y reproductiva (conocido como pubertad que va de los 10 a los 13 años)
- Cambios a nivel mental: con el desarrollo de los procesos mentales de pensamiento, abstracción y la formación de la identidad (conocida como adolescencia, que va desde los 14 a los 19 años)²⁶
- Y cambios sociales: como la época de paso de la dependencia socioeconómica total a la independencia relativa o total y/o la conformación de un nuevo hogar (conocida como juventud, va desde los 20 a los 24 años.)^{1,3,27}.

El paso por la adolescencia es vivido de diversas maneras según sea el sector socio-económico al que pertenecen y el contenido cultural que le rodea, y es en este momento cuando se toman decisiones como el retiro temprano de la educación y la incorporación al trabajo y se establecen algunas expectativas diferenciales²⁸.

Esta etapa de la vida es decisiva en cuanto a la adquisición de estilos de vida saludable pues en ella, se consolida la forma como se asume el cuerpo, la sexualidad, el rol social¹⁷; la percepción de calidad de vida y necesidad de mantener o no un cuerpo saludable^{3,4}.

El adecuado transitar del joven durante esta etapa, el resultado de la manera como entienda, y afronte su sexualidad determinarán su futuro; por este motivo es tan importante que la sociedad aborde la sexualidad desde una perspectiva más amplia; partiendo de la observación de las características inherentes de esta etapa, de la estructuración de las necesidades de los jóvenes y de la elaboración de políticas acordes, que comprometan e involucren a todos los actores del SGSSS, con la adecuada formulación de sus derechos y sus deberes y con el establecimiento de medidas de seguimiento que garanticen el cumplimiento y el mejoramiento continuo²⁹. Esta es la razón primordial por la cual la inclusión de las políticas de juventud es fundamental para el futuro de la salud de los países pues con ellas se trabaja en la prevención de los problemas de salud de la edad adulta y en el mejoramiento de la infraestructura social.

La estrategia de abordaje con enfoque preventivo de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes busca la modificación de los comportamientos del riesgo del joven, para ello se hace necesario conocer el comportamiento individual y social de los jóvenes. Pues el conocimiento de cada uno de estas facetas de la juventud brinda las herramientas de construcción de la intervención.

Desde el comportamiento individual se deben tener en cuenta las creencias, actitudes, intenciones y su conocimiento frente a conductas del riesgo pues con esto se puede ofrecer al joven información y brindar los recursos necesarios para que él modifique su comportamiento; pero esta no constituye la única forma de intervención, pues el conocer sólo es uno de los elementos de decisión ya que también entran en juego el placer, el valor dado a tal acción y el poder del joven frente a otros.

Es por eso que además se debe tener en cuenta las condiciones del entorno social y cultural que rodean al joven, las costumbres socialmente aprobadas, conocer que la práctica privada resulta de eso que es aceptado socialmente ya sea por la experiencia directa de los otros o por lo que en el grupo se dice, se ve y por la información que se comparte; entendiendo que el comportamiento de riesgo se puede convertir en un hábito por la reiteración de las conductas aceptadas por el grupo.

Finalmente también se debe tener en cuenta la importancia de la influencia de la cultura sobre el joven, de las redes sociales, y comprendiendo la forma en que está estructurada su comunicación se puede identificar a los jóvenes líderes, capaces de generar confianza, mejorar la convivencia y atraer a más jóvenes hacia el direccionamiento y la implementación del cambio propuesto, correspondiendo este último a la estrategia primordial de la intervención a jóvenes fundamentados en la educación de pares y el trabajo con líderes naturales.

Frente a su salud sexual y reproductiva los jóvenes deben tomar decisiones y adoptar comportamientos, tales como: cuando iniciar o no su vida sexual, si usar o no anticonceptivos, cuál de los anticonceptivos usar, si se usa o no condón y con quién o quiénes, qué hacer frente a un embarazo, frente al VIH y otras ITS. El servicio de salud que les brinda atención debe conocer que la decisión que tomen está condicionada a su nivel de conocimiento, su etapa del desarrollo, la estabilidad o no de la relación de pareja, por una posible explotación sexual, sus experiencias previas, su escala de valores, sus condiciones raciales, sociales, culturales, religiosas, la personalidad, la concepción de riesgo, la escolaridad, la situación de trabajo, empleo y vivienda; quien basado en estas necesidades particulares debe diseñar un servicio acorde que satisfaga y cumpla con las expectativas de su población objeto^{10,17}.

Los SSAJ constituyen una “forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud”. Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para los adolescentes y jóvenes, y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva¹⁷.

Están enmarcados bajo las directrices de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, como una aplicación del “Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), cuyo propósito fundamental es lograr la satisfacción de todos los interesados, utilizando el enfoque basado en procesos y la mejora continua”. Según el ciclo administrativo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar (P.H.V.A) para el mejoramiento continuo; se define el rol de cada uno de los participantes del SGSSS (entes territoriales, aseguradoras, instituciones prestadoras de salud y usuarios), articulándolos por el enfoque basado en procesos; para con ello asegurar mejora en los resultados en términos de calidad en la salud de los adolescentes, permitiéndole a estos ser constructores, actores y evaluadores de estos procesos¹⁷.

El modelo de los SSAJ pretende la adecuación de los servicios de salud según las necesidades y realidades de la juventud, para permitir que desde ellos mismos se adopten las decisiones y conductas que protejan su salud, especialmente su salud sexual¹³.

Se han identificado tres modalidades básicas de SSAJ.

- Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: en esta modalidad existe un profesional formado y sensibilizado dentro de una infraestructura básica de una Institución donde ofrece una atención de calidad, guardando confidencialidad por las condiciones de la juventud.
- Unidades de salud amigables: este incluye ambientes exclusivos para jóvenes, adecuadamente señalizadas, que comparten la infraestructura con otros servicios, pero con horario de atención diferenciado.
- Centro de salud amigable: en esta modalidad se dispone de un espacio físico independiente, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada que atiende exclusivamente a adolescentes y jóvenes¹⁷.

Para la construcción e implementación de los SSAJ de una manera estructurada y sistemática se han definido cinco componentes:

1. **Acceso a los Servicios y Oportunidad en su prestación:** entendido como el conjunto de actividades que el servicio realiza para garantizar que el joven llegue al servicio y haga uso de él. Garantizar la accesibilidad

física, la disponibilidad, la no discriminación y el ejercicio del derecho a la información. Creación de espacios y horarios especiales y convenientes, y de un entorno agradable.

2. **Profesionales y Personal de Salud:** lineamiento que define que todas las personas incluidas en la prestación del servicio deben desarrollar competencias y habilidades especiales para lograr hacer “amigable” el servicio de salud para los jóvenes. Respeto por la autonomía de los jóvenes, privacidad, confidencialidad, tiempo adecuado para la interacción y consejería de pares.
3. **Procedimientos Administrativo y de Gestión:** todos los procesos inherentes al Servicio Amigable debe estar circunscritos a la normatividad, al cumplimiento del Decreto 1011 del 2006, con plan de mejoramiento continuo orientado hacia la acreditación y guías de atención integral de la Resolución 412 del 2000. Con un diseño especial orientado a las necesidades y características de la población juvenil⁵.
4. **Disponibilidad de una amplia gama de servicios:** este componente incluye el brindar a los jóvenes todos los servicios según sus necesidades, garantizando la cobertura en promoción de la salud, en prevención de la enfermedad incluyendo orientación y educación continua y la identificación de la población a riesgo para con esto garantizar la continuidad en el servicio y la adherencia.
5. **Participación Social y Comunitaria:** este componente se constituye en el factor clave del éxito del servicio, pues permite que los jóvenes construyan, diseñen y colaboren con la implementación del servicio, además de crear los lazos de fidelidad que los convierta en líderes promotores de estilos de vida saludable. También involucra a los colegios o comunidades y/o autoridades del entorno en que se desarrollan los jóvenes y la articulación con todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud del país²⁴.

4.2 Marco Legal

4.2.1 Contexto Internacional

En la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, se sugiere prestar particular atención “a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”, lo que significa reconocer a

este grupo el derecho a servicios de salud reproductiva. Se estableció igualmente que *“se debe satisfacer las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las de los jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los adolescentes y jóvenes”*⁴. Se dio una sólida explicación a la necesidad de ubicar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en su ciclo vital. Además asegura que los adolescentes deben acceder fácilmente a información y servicios que los protejan y le ayuden a comprender su sexualidad y cómo afrontarla con seguridad.

En la cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague 1995), se ratificó lo dicho en la Conferencia Internacional del Cairo y se dio garantía de acceso universal a los servicios de salud tanto a hombres como mujeres.

En la cuarta conferencia mundial sobre la mujer (Beijing 1995), se declaró que las adolescentes no tienen un adecuado acceso a servicios de salud y nutrición, además de la insuficiente información respecto a la salud sexual y reproductiva, permitiendo que se discriminen y no se respete su derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto, lo que pone en peligro su salud y bienestar⁴. Por ello la importancia de darle el derecho a la mujer de decidir y controlar su sexualidad.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 1997, fija las pautas para la elaboración de políticas en materia de salud sexual y reproductiva basada en los principios rectores: 1. Universalidad, 2. Fundamento en los derechos humanos, 3. Participación, 4. Aproximación integral, 5. Principio de efectividad de los derechos, 6. Principio de afirmación positiva, 7. Género e interculturalidad, y 8. mejoramiento del acceso a los servicios integrales de salud⁴.

En 2002, en la Sesión Especial de la Asamblea de la ONU, se reconoció la necesidad del *“desarrollo e implementación de políticas nacionales de salud y programas para adolescentes, así como los objetivos e indicadores, para promover su salud física y mental”*¹⁷.

La salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes, así como los programas y servicios que contribuyan a alcanzar un óptimo nivel de salud y bienestar deben concebirse, como una herramienta básica para el desarrollo de los países. La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su Resolución 2003/28, confirmó que *“la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental”*⁴.

En la cumbre del milenio del 2005, se vio la salud sexual y reproductiva como una clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano porque si los jóvenes comprenden la importancia de aplazar el embarazo no solo tiene impacto en materia de salud y derechos humanos, sino que reducir el continuo crecimiento de la población permitirá a los países en desarrollo recoger beneficios económicos que se dan por la disminución en las tasas de fecundidad.

4.2.2 Contexto Nacional

La Constitución Política de Colombia de 1991 reconoce a los jóvenes como sujetos de derechos. El Artículo 45 establece: *“El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”*.

Con la intención de desarrollar este articulado constitucional, en 1997 se expidió la Ley 375 o Ley de la Juventud, que logra avanzar en la dirección de inclusión a la juventud en la agenda de la política social. Su objeto es: *“Establecer el marco institucional y orientar políticas, planes y programas por parte del Estado y la sociedad civil para la juventud”* (Art. 1)²⁰.

La Política Nacional de Juventud en el 2005, reconoce que los jóvenes son sujetos de derecho, con valores y potencialidades específicas que basado en sus tres enfoques: Énfasis en lo local, Equidad y pluralidad, Equidad de Género, pueden aportar y participar en la construcción de una sociedad de justicia social, equitativa y democrática. La gestión de esta política se basa en la evaluación de modelos y proyectos, desarrollo de herramientas que ayuden en la construcción de políticas de juventud territoriales adaptadas a las necesidades locales²⁰.

El proyecto del Fondo Global (2007), informa que, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los jóvenes, encuentran una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para ellas y ellos. Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y el Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, para fortalecer la atención integral en salud de los jóvenes, a través de modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a las direcciones territoriales, empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios¹⁷.

El Decreto 3039 de 2007 que adoptó el Plan Nacional de Salud Pública, propone la implementación de los Servicios Amigables de Salud como una estrategia para

mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes con la puesta en marcha de un modelo basada en la promoción y prevención de la salud haciendo énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos³⁰.

Dentro del Plan Nacional en el Desarrollo 2010-2014 el Gobierno Nacional se propone, en cuanto a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, como meta aumentar la edad del primer embarazo adelantando acciones preventivas y de promoción de comportamientos seguros con el establecimiento de servicios de consejería y orientación en los aspectos relacionados con la reproducción propósito que estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar³¹.

La Ley 1438 del 2011 que modificó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia para garantizar la atención integral de los niños y adolescentes realiza una unificación del Plan Obligatorio de Salud, POS, del contributivo y subsidiado donde prevalecen los derechos de salud no solo a los niños, sino a los jóvenes menores de 18 años³².

El documento del Conpes Social, publicado el 31 de enero de 2012. Fija los lineamientos para el diseño e implementación de la estrategia de reducción del embarazo en adolescentes; aborda multidisciplinariamente esta problemática y fija las pautas de intervención de los integrantes del SGSSS, buscando la integralidad mediante cuatro ejes estratégicos:

1. Fortalecimiento de la intersectorialidad.
2. La promoción del desarrollo humano y los proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los 6 a los 19 años.
3. La consolidación de la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), incluidos los de atención en SSR, la educación y la formación de competencias en Derechos Sexuales y Reproductivos.
4. El monitoreo, el seguimiento y la evaluación de las acciones que fortalezcan la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia y contribuyan al mejor conocimiento en el tema.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva dirige al Ministerio de la Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación a “revisar y evaluar la estrategia de SSAJ, de tal manera que según los resultados de las diferentes modalidades y puntos de servicio, se pueda aumentar su impacto en las poblaciones objetivo, se consoliden los servicios apoyando esta estrategia y garanticen las acciones de prevención y protección”³³.

4.3 Marco de Antecedentes

En un estudio realizado por la Universidad Autónoma del Estado de México, denominado “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas” en 2005, en la evaluación realizada a los módulos (así eran conocidos antes de ser Servicios amigables) en el año 1999 en 10 Estados del país se encontró: que en solo el 17% de los módulos, el personal estaba dedicado exclusivamente a atender a los adolescentes; había falta de regularidad en las actividades extramurales; había desabastecimiento de insumos como anticonceptivos o condones; no existía presupuesto específico para el programa; había focalización en adolescentes embarazadas, aunque los documentos señalaban un público objetivo más amplio; énfasis en atención a la salud, más que a la prevención; horario limitado; falta de espacios físicos; solicitud a los adolescentes de ir acompañados de un adulto. Además de la barrera del manejo del tema de sexualidad como un tabú, donde los jóvenes no se sentían tranquilos para tocar estos temas con sus padres o profesores, siendo un problema en educación sexual²⁹.

El estudio sobre el “Impacto de los Servicios Amigables de Salud Reproductiva para las y los adolescentes (Departamentos de Atlántida, Colón y Cortes)”, realizado en Honduras en Julio del 2007 y que estuvo bajo la Coordinación del Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA), tuvo como propósito analizar la concepción y ejecución de los servicios amigables para promover alternativas que permitieran un mejoramiento en el enfoque del diseño o en sus intervenciones. Las conclusiones de este estudio fueron, entre otras, que existe un interés de los adolescentes que asisten a estos servicios a mejorar sus estilos de vida en cuanto a la prevención del embarazo temprano, a la práctica de sexo seguro y al aumento en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, pues cifras demuestran un incremento del 29.3 por ciento en el uso de métodos de planificación, el 67.3 por ciento de los usuarios, se realizó la prueba de VIH, el 57.3 por ciento reconoce haber incrementado su conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y se determinó un incremento en el uso del condón con la pareja de 19.8 por ciento. También se concluyó que la gama de servicios ofertados es amplia y garantiza un servicio integral, que por parte de los proveedores, la actitud es positiva para trabajar con los adolescentes y que en el país de Honduras, existe una plataforma social y política que apoya las iniciativas para el desarrollo de los y las adolescentes³⁴.

En la investigación sobre “Servicios Amigables para Jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios” cuyo objetivo era identificar la percepción, experiencias y expectativas de jóvenes y funcionarios de salud sobre los servicios a jóvenes de la zona de Ladera de Cali, Colombia; se encontró que en la mayoría de las instituciones prestadoras de salud, no se cuenta con espacios y horarios

definidos para la atención a los jóvenes, además que falta capacitación y número adecuado de funcionarios para la atención, y ausencia de material de apoyo para educación en salud. Con relación a la satisfacción en la atención brindada por el personal de salud, el porcentaje más alto lo obtuvo el personal médico y el más bajo el personal auxiliar de enfermería. La conclusión que arrojó este estudio es que es necesario y de gran utilidad reorientar los servicios de salud que se ofrecen al joven de acuerdo a los principios y lineamientos de los Servicios Amigables de Salud, los cuales enfatizan en acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios de atención integral y sin barreras, así como fortalecer conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de servicios para que identifiquen y atiendan a jóvenes en forma idónea³⁵.

En el trabajo de investigación, realizado en el Municipio de Miranda Cauca en el año 2011, llamado “Percepción de trato adecuado de los servicios de salud en adolescentes en un municipio Colombiano”, al indagar a los adolescentes sobre los Servicios Amigables de Salud encuentra que el 63.4% no conocen los servicios amigables de salud; no tienen conocimiento sobre estos servicios e ignoran que hacen parte de las políticas públicas que se han diseñado y reglamentado para garantizar sus derechos de atención preferente. En cuanto a la evaluación de autonomía se encontró que la mayoría de los jóvenes perciben que su opinión no ha sido tomada muy en cuenta respecto a su salud y mucho menos en la toma de decisiones a nivel gubernamental.

Describen que a pesar que en Miranda desde el año 2008 se planeó la implementación de este programa, al parecer no ha tenido regularidad y continuidad; destacando la importancia de analizar las causas del desconocimiento que podrían estar relacionadas con la poca eficiencia de los medios utilizados por la institución de salud para difundir la oferta de los servicios amigables, el cambio de personal encargado de la coordinación del programa y el escaso acompañamiento y asesoría por parte de la Secretarías de Salud Departamental y Municipal. También se destaca la importancia que las autoridades municipales, las aseguradoras y las IPS presentes en el municipio fortalezcan las actividades de planeación, dirección, ejecución, evaluación y control de los programas de promoción y prevención y de los servicios amigables de salud, para dar cumplimiento a las funciones y competencias asignadas por el sistema²⁵.

El Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas en su informe “The Impact of sex education on the sexual behaviour of Young People” de 2011, indicó que los programas de educación sexual pueden ser efectivos para reducir riesgos en el comportamiento sexual en adolescentes y jóvenes. Se realizó una revisión de 97 estudios con diseños experimentales o cuasi-experimentales y más de la mitad de ellos ensayos controlados aleatorios. Esta revisión evalúa el

impacto de los programas de educación sexual, generando las siguientes conclusiones: Los programas de educación sexual pueden retrasar el inicio de la actividad sexual entre los adolescentes y los jóvenes, reducir la frecuencia de las relaciones sexuales, reducir la frecuencia de relaciones sexuales sin protección, reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso del condón y el uso de anticonceptivos ¹¹.

En el documento “La Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en América Latina y el Caribe” elaborado por Advocates for Youth, concluye que algunos programas dirigidos a adolescentes han logrado resultados alentadores en América Latina, como es el caso de un proyecto de integración de servicios amigables de los jóvenes a las clínicas de adultos, realizado por PROFAMILIA en 13 clínicas en Colombia, el cual logró un incremento del 37% en las visitas de los adolescentes para anticoncepción durante los primeros seis meses del proyecto en comparación a las visitas antes del proyecto. También se logró un incremento de 61% en las visitas ginecológicas y de 64% en las pruebas de embarazo para adolescentes.

En el Brasil, un proyecto de educación sexual en las escuelas realizado por BEMFAM, logró un incremento del 14% en el conocimiento correcto de la transmisión de ETS/VIH, 5% en uso del condón en la última relación sexual y 10% en el conocimiento de dónde encontrar tratamiento para las ETS. Y en Chile, un programa de educación sexual comparó el grupo de intervención con el grupo de control y demostró haber promovido una actitud más madura y responsable frente a la sexualidad, elevado la edad de inicio sexual y el uso de anticoncepción, así como disminuido el número de embarazos adolescentes no deseados ³⁶.

El trabajo de Investigación “Impacto del Programa de Servicios Amigables en la población joven del municipio de Dagua entre los 10 y los 29 años, en el periodo Junio de 2010 a Junio de 2011” realizado en la Universidad Católica de Manizales concluyó que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales en los hombres, es más temprano que en las mujeres, que el porcentaje de uso de preservativo en la relación sexual, ya sea con pareja estable o con pareja ocasional es muy bajo, que los usuarios del programa, en su mayoría refieren que conocen acerca de las enfermedades de transmisión sexual, pero solo se centran en cuatro, y finalmente que el programa ha tenido impacto, pues se observa que hay aumento en la planificación familiar ³⁷.

Según los datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en cuanto a la implementación de los Servicios Amigables de Salud para Jóvenes; Colombia cuenta actualmente con cerca de 1000 servicios amigables para adolescentes y jóvenes en todo el territorio nacional, en su mayoría ubicados en la red pública de servicios de salud.

Los horarios de atención de estos servicios se adecúan a los horarios en los que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio. Las consultas y procedimientos realizados a adolescentes mayores de 14 años pueden ser solicitados sin el consentimiento de sus padres y madres. Se ofrecen servicios de: Asesoría en salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, y asesoría en prueba de VIH. Y los logros que describen son:

- Aumento del número de usuarios para consulta de detección de alteraciones del joven, planificación familiar y asesoría en salud sexual y reproductiva.
- Se han venido fortaleciendo las acciones de planificación familiar con los métodos modernos.
- Aumento de oferta de la prueba voluntaria para VIH en la población de 15 – 49 años.
- Personal de salud capacitado, calificado, empoderado y comprometido con una atención de calidad y calidez para adolescentes y jóvenes.
- Más de 90 escuelas de básica secundaria beneficiadas con los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, a través de una coordinación con el Programa nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía³⁸.

Según el Plan de Desarrollo Juvenil del Municipio de Santiago de Cali 2012-2015 respecto al tema de salud los jóvenes participantes opinaron lo siguiente: inexistencia o la falta de conocimiento respecto de una red de salud en las Instituciones Educativas que promueva procesos de salud integral, sobre todo de salud sexual y reproductiva. En relación con el servicio de salud, la opinión generalizada es que es inoportuno e ineficiente.

Hay una queja permanente respecto de la discriminación en la atención en salud, por parte del personal de salud, en la mayoría de los casos falta personal calificado. Las/los jóvenes se sienten maltratados y perciben negligencia porque no encuentran relación con profesionales idóneos y dispuestos para servir. En muchos casos falta personal médico especializado, a veces ni siquiera médicos generales disponibles. Concluyen que se observa un mal manejo administrativo por parte de las instituciones del Estado, pues no prestan el excelente servicio para el que han sido o creadas, pues además de no suministrar un servicio cálido, humano y eficiente, hay deficiencias en el equipamiento y espacios de atención, de igual manera faltan los medicamentos que precisan ser entregados a los pacientes¹⁶.

En cuanto a los estudios referidos anteriormente se encontró que sólo tres evalúan la implementación de los Servicios Amigables de Salud como respuesta a la Política de Salud Sexual y Reproductiva y a la Política Pública de Juventud pero de manera indirecta, el primero corresponde al estudio de Percepción del trato adecuado en un Municipio Colombiano, pues no siendo su objetivo principal este estudio alcanza a dilucidar cómo ha sido la implementación de estos servicios y sus posibles logros o fracasos comprometiendo en ello a todos los participantes del sistema (IPS, EPS, Ente Territorial y a los jóvenes). El segundo estudio corresponde a “Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios” pues este, aporta en el sentido que concluye que es necesario la construcción de los Servicios Amigables de Salud para los jóvenes desde la promoción y prevención; en la atención integral y sin barreras, y en la necesidad de fortalecer conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de servicios.

Los demás estudios intentan medir el impacto en la salud de los jóvenes que asisten y participan en los Servicios de Salud Amigables aportando cifras que revelan la mejoría de los indicadores en cuanto a salud sexual y reproductiva, pero la mayoría evidencian una gran debilidad y falta de estructuración de los Servicios Amigables de Salud; y ninguno lo hace desde el análisis de la respuesta a las Políticas y a las necesidades específicas de su población.

No se encontró ningún artículo que describa y valore la forma de implementación, las modalidades que más se acogen a las necesidades de la población joven; lo que existe es la fundamentación de los mismos cómo se deben hacer, qué cosas deben incluir, qué servicios prestar. Tampoco hay estudios prospectivos que evalúen los resultados de este modelo comparándolos con otras formas de abordar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Lo anterior pone en evidencia un gran vacío en la implementación de las políticas de Juventud, pues aun estando estas adecuadamente descritas y normatizadas desde aproximadamente cinco años atrás, la información que aportan los jóvenes del Municipio refleja todo lo contrario. Si se asume que en el Municipio desde esa época existen los Servicios Amigables de Salud se podría esperar que los jóvenes tuvieran mayor conocimiento y dominio del tema en cuanto a los servicios de salud que tienen derecho y la manera de acceder a estos, pero paradójicamente no es así.

Esta supuesta ambigüedad en lo que se espera de los SSAJ después de cinco a siete años de funcionamiento y la información que aportan los jóvenes respecto a los servicios de salud, inmediatamente abre una brecha, que conduce al investigador a plantear varios cuestionamientos, como: Será que los SSAJ implementados no están cumpliendo con las necesidades y expectativas de la

población que para la cual fueron diseñados?. O será que aunque estos si estén cumpliendo con lo anterior hay deficiencias en la promoción y divulgación de su servicio?. Bajo que parámetros normativos están funcionando?. Ó será que por parte del ente territorial no hay continuidad y evaluación permanente de estos servicios lo que impide generar estrategias que impacten en la salud de la población joven del Municipio? Por qué los jóvenes perciben que no hay calidad en el servicio de Salud del Municipio?

Ante estas interrogantes, inicialmente se planteó la necesidad de realizar una investigación de los SSAJ para los jóvenes del municipio de Santiago de Cali; para la contextualización de estos se pretendió iniciar con la información que la Secretaria de Salud Municipal tuviera de los mismos, pero se encontró que en esta institución no hay información concreta acerca del registro, seguimiento y control de estos servicios. Esta situación ahondo aún más la brecha del conocimiento pues para pretender responder a los cuestionamientos anteriores, primero se hace necesario describir qué es lo que hay, qué es lo que existe en realidad.

Es así como después de esta cantidad de interrogantes y la necesidad de encontrar respuestas, y como primer paso, se decide elaborar la caracterización de los SSAJ para jóvenes del Municipio de Santiago de Cali, describiendo como están estructurados, que modalidad de servicio prestan, bajo que normatividad funcionan, el grado de participación de los jóvenes y comunidad en su construcción, permitiendo con esto incluir a todos estos SSAJ dentro del contexto de necesidades, derechos y deberes de la población joven del Municipio de Santiago de Cali articulándolos con el cumplimiento de las políticas diseñadas para ellos.

4.3 Marco Contextual

El área de estudio está situada en el Municipio de Santiago de Cali, ubicado en el Departamento del Valle del Cauca, en Colombia.

El municipio de Cali limita al norte con Yumbo y la Cumbre, al nororiente con Palmira y al oriente con Candelaria. Al sur se encuentra el municipio de Jamundí, el área rural de Buenaventura al suroccidente y Dagua al noroccidente³⁹.



Figura 1. Ubicación de Santiago de Cali en el Valle del Cauca

Fuente: <http://es.wikipedia.org/wiki/Cali>

Datos Generales:

- Altitud 995 m.s.n.m
- Clima 23° C
- Extensión Municipal 564 Km².
- Proyección de Población para el 2012: 2.294.643. (6)

Según el censo del 2005⁶. Cali es la ciudad de Colombia con uno de los más altos porcentajes de población que se auto reconoce como afro descendiente (26%), del restante 74% de la población caleña, la mayor parte, es decir un 73% no se auto identifica con un grupo étnico en especial, y solo un 0,5% se considera indígena y un 0.03% se considera Rom (gitanos)⁴⁰.

El área urbana de la ciudad se divide en 22 comunas, estas a su vez se dividen en barrios y urbanizaciones. En toda la ciudad hay 249 barrios aprobados y 91 urbanizaciones.

Cali, se caracteriza por la ubicación de la población más pobre en áreas marginales, laderas y riberas de los ríos, y a las personas con mejores condiciones socioeconómicas en la estructura central de alta movilidad; en la parte central de la ciudad en las comunas 2, 17, y 19, mientras la población de menores ingresos se encuentra principalmente en el oriente, en las comunas 13, 14, 15 y 21 y en ladera, comuna 18⁴¹.

La afiliación de la población al SGSSS a Diciembre de 2011 muestra que: 1.410.642 (68,6%) personas están afiliadas al régimen contributivo, 644.320 (31,4%) al régimen Subsidiado y hay 214.668 (9,5%) personas catalogadas como personas pobres No aseguradas (con una proyección de población según el DANE de: 2.269.630 para ese año)⁴². Según la proyección de población del DANE

Para el caso de los 15 corregimientos se registra la existencia de al menos un puesto de salud en todos ellos y de dos en El Hormiguero, Pance, La Buitrera, Pichindé y La Elvira ¹⁶.

Cuadro 1. Red de Servicios de las Empresas Sociales del Estado de Santiago de Cali

Fuente: <http://www.cali.gov.co/publicaciones.php?id=3403>

IPS de la ESE Norte	
Hospital	Joaquín Paz Borrero
Centros de Salud	Los Álamos, Popular, Calima, Porvenir, La Rivera, Sena, Salomia, San Luis, Floralia y Puerto Mallarino.
Puestos de Salud	La Campiña, La isla, Chiminangos, San Luis I, Floralia, Petecuy II, Petecuy III, Las Ceibas, Siete de Agosto y Alfonso López.

IPS de la ESE Centro	
Hospital	Hospital Primitivo Iglesias
Centros de Salud	Diego Lalinde, Primitivo Crespo, Breñaña, Belalcázar, Obrero, Cristóbal Colón, Alfonso Young, Panamericano, Luis H Garcés, Santiago Rengifo y El Rodeo.
Puestos de Salud	Divino Niño, Primavera, Ciudad Modelo, Aguablanca, Doce de Octubre

IPS de la ESE Oriente	
Hospital	Hospital Carlos Holmes Trujillo
Centros de Salud	Calipso, Ulpiano Lloreda, El Poblado II, Comuneros II, El Diamante, Charco Azul, Los Lagos, El Vergel, Ricardo Balcázar, Decepaz, Marroquín Cauquita, Potrerogrande.

Puestos de Salud	Manuela Beltrán, Alirio Mora Beltrán, Alfonso Bonilla, Las Orquídeas (cerrado), Los Naranjos, Intervenidas, El Retiro, El vallado, Ciudad Córdoba, Comuneros, Mójica y Pizamos.
Corregimiento	Puesto de Salud de Navarro

IPS de la ESE Suroriente	
Hospital	Hospital Carlos Carmona Montoya
Centros de Salud	Antonio Nariño.
Puestos de Salud	Unión de Vivienda Popular y Mariano Ramos.

IPS de la ESE Ladera	
Hospital	Hospital Cañaveralejo
Centros de Salud	Terrón Colorado, Primero de Mayo, Meléndez y Siloé.
Puestos de Salud	La Paz, San Pascual, Nápoles, Lourdes, Alto Nápoles, Polvorines, Belén, Brisas de Mayo, La Estrella, La Sirena, La Sultana, Alto Aguacatal, Cascajal, Altos del Rosario, Felidia, Golondrinas, Hormiguero, Buitrera, La Castilla, La Elvira, La Leonera, La Paz (rural), La Vorágine, Los Andes, Montebello, Pance, Peñas Blancas, Saladito, Villa Carmelo, Bellavista, Alto Polvorínes, Pichindé y Vista Hermosa.

La rendición de cuentas de la Secretaria de Salud Municipal 2009-2010; dice que en la ciudad se han implementado los SSAJ pero que hasta esa fecha no se han realizado medidas de impacto, ni de la información de actividades que realizan y acciones de participación juvenil⁴⁵.

Según el Taller “Diálogo sur-sur sobre prevención del embarazo adolescente en el Área Andina” a Diciembre de 2011 en Colombia había un total de 733 Servicios de Salud Amigables, siendo este servicio ofrecido un 94% por instituciones del Sector Público de mediana y baja complejidad. Reporta que en el Valle del Cauca hay 45

SSAJ, pero no discrimina cuantos servicios existen en el municipio de Santiago de Cali¹⁷.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo.

5.2 Área de Estudio

El área abarcada correspondió a la zonas de la ciudad donde funciona la Red Pública de prestación de servicios de salud de Cali conformada por las cinco Entidades Sociales del Estado (ESE) del municipio creadas en el año 2003 mediante el Acuerdo 106, que ordeno topográficamente la red de prestación de servicios de salud de la siguiente manera:

- ESE Norte
- ESE Centro
- ESE Oriente
- ESE Suroriente
- ESE Ladera

5.3 Población

El grupo bajo estudio fueron los *Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes (SSAJ)* existentes en año 2012 en las ESE del Municipio de Santiago de Cali. Según la información suministrada verbalmente por la profesional la Secretaria de Salud Municipal del área de salud sexual y reproductiva había 17 SSAJ operando en la ciudad; pero al abordar a los Coordinadores de cada ESE del Servicio se verifico la operación de 15 SSAJ, siendo estos los sujetos de observación del estudio.

5.3.1 Variables

Cuadro 2. Cuadro de Variables

OBJETIVOS	DEFINICION CONCEPTUAL	VARIABLE	POSIBLES VARIABLES
I. ORIGEN E IMPLEMENTACION	Actividades, procedimientos realizados para poner en funcionamiento el servicio, y los cambios desde su inicio hasta el día de hoy	PARTICIPACION EN EL DISEÑO	Participantes en el diseño
			Conocimiento de la problemática de los jóvenes de la comuna
			Tipo de Modalidad iniciada
		ASPECTOS LEGALES	Existencia de Acta de Inicio
			Cumplimiento con Decreto 1011 de 2006
			Cumplimiento con Res. 412 del 2000
		CICLO DE CALIDAD	Existencia de medicion Continua
		SERVICIOS PRESTADOS	Servicios adicionados o eliminados desde el inicio
		CONOCIMIENTO DEL PERSONAL	Grado de conocimiento en Servicios Amigables del personal de salud que inicio en el servicio
		ECONOMICA	Existencia de apropiación presupuestal
		COSTOS DEL SERVICIO	Existencia de contratos con las EPS para la prestación de servicios a los jóvenes
			Con cuales EPS existen contratos

II. DISPONIBILIDAD	Utilización de recursos físicos, de infraestructura, tecnológicos, de personal, de promoción y mercadeo, que promuevan y faciliten la demanda de este servicio por parte de los jóvenes	INFRAESTRUCTURA	Grado de Cumplimiento acorde a la modalidad de Servicio Amigable
		IDENTIFICACION	Existencia de señales visibles en la institución que indican que se atienden jóvenes
		HORARIOS	Horarios de atención diseñados acorde a las necesidades de los jóvenes
		OPORTUNIDAD	Número de días para asignación de citas
		ruta ADMINISTRATIVA	Capacitación del personal administrativo en atención preferente a los jóvenes
		CAPACITACION CONTINUA	Número de capacitaciones anuales al personal que brinda el servicio
		RECONOCIMIENTO	Existencia de carteles dentro de la institución que promocionan el servicio
			Realización de campañas extramurales de promoción del servicio
			Elaboración y divulgación de material POP
		PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION	Presencia de acudiente para la atención a menores de 18 años
III. ACCESO	Actividades desarrolladas para que los jóvenes puedan llegar hasta el sitio donde se ofrecen los servicios de salud y hacer uso de ellos	OFERTA DE SERVICIOS	Número de Convenios con otras instituciones Número de Acciones Educativas de orientación grupal por año
		ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA	Consideración del grado de facilidad o dificultad para llegar a la institución
		AMBIENTE FISICO	Consideración que el ambiente físico da la bienvenida
		AFILIACION	Atención condicionada por el tipo de afiliación al SGSSS
		PROGRAMACION DE CITAS	Consideración del grado de facilidad o dificultad para acceder a una cita
		TRATO AMIGABLE	El personal brinda una atención cálida
		COMUNICACIÓN	Se les explica que se está haciendo durante la consulta o procedimiento
		PARTICIPACION	Grado de participación en el Servicio Amigable de Salud
		SATISFACCION	La atención recibida responde a sus necesidades y/o expectativas
		CALIFICACION DEL SERVICIO	Calificación de la atención prestada en el servicio
		FIDELIZACION	El servicio promueve su uso continuo.
		ACTIVIDADES EXTRAMURALES	Grado de conocimiento del desarrollo de actividades extramurales

5.4 Recolección de información

Se diseñaron cuatro instrumentos para la recolección de datos para el estudio, así:

- 5.4.1 Revisión documental: Se elaboró una guía para la revisión documental cuyo objetivo es registrar las características de origen y evolución basada en lo que sugiere el modelo de SSAJ y el Ministerio de la Protección Social:
- En cuanto al Origen: Actas de diseño del servicio, personal participante del diseño, diagnóstico del sector, actas de capacitación.
 - En cuanto a la Implementación: Acto administrativo, documento de plataforma estratégica y descripción del servicio implementado.
 - En cuanto a Calidad y mejoramiento continuo: Certificado de habilitación, acta de visita de la Secretaría de Salud Departamental (SSD), Reporte de envío de indicadores a la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), actas de reunión para el mejoramiento continuo, control para el seguimiento de indicadores, actas de reunión para la implementación y eliminación de servicios, guías de atención de acuerdo con la Resolución 412 de 2000, formato de referencia y contrarreferencia para el SSAJ.
 - En cuanto a personal de la salud: Hojas de vida del personal con énfasis en SSAJ, actas de capacitación al personal.
 - En cuanto a promoción del servicio: Actas de capacitación a la comunidad y/o instituciones educativas.
 - En cuanto a horarios de atención: Estudio de oportunidad en atención y establecimiento de horarios acordes a las necesidades de los jóvenes y agendas para la atención de los jóvenes. (Anexo 1).
- 5.4.2 Entrevistas: Se adelantaron entrevistas semiestructuradas a partir de un formato que se elaboró como guía para entrevistar al personal administrativo encargado de la gestión, implementación y mejoramiento de los servicios amigables de salud. Para la elaboración de este instrumento se contó con la colaboración de una socióloga quien con su experiencia brindo las herramientas a las investigadoras para el abordaje adecuado de las preguntas, y así lograr recolectar la información pertinente para lo cual fue diseñada. Este instrumento se elaboró para abordar y explorar tres categorías: Origen, Implementación y Procesos Administrativos.
- 5.4.3 Observación Guiada: Se diseñó una guía de observación estructurada, que permitiera evaluar los componentes de los servicios amigables, específicamente en: accesibilidad geográfica, infraestructura acorde con la modalidad de servicio amigable, identificación y reconocimiento del servicio a través de señales visibles, estrategias de promoción del servicio, ruta administrativa, personal de salud del SSAJ. Este instrumento se completó con registro gráfico previa autorización de los encargados del servicio. (Anexo 2).

5.4.4 Encuestas a usuarios: Este instrumento tuvo como objeto explorar aspectos relativos al acceso, horarios, distancia desde la residencia, costos, y satisfacción con la oferta y la gama de servicios. Durante el proceso de diseño, se realizó una prueba piloto, la cual se describe a continuación:

5.5 Prueba Piloto Encuesta

Se llevó a cabo con la participación de 5 jóvenes, todas de sexo femenino, estudiantes de auxiliar de enfermería, que cumplían con el criterio de rango de edad para los SSAJ, esta prueba se realizó el 13 de Septiembre del 2012. De acuerdo con los hallazgos de esta prueba se ajustó la encuesta de la siguiente manera:

- Se realizó la aclaración del párrafo de introducción, porque las participantes desconocían el significado de la palabra ESE, por lo que se completó esa abreviatura con la frase “Empresas Sociales del Estado” en el título.
- En la pregunta número 5, las participantes manifestaron tener más de una opción para elegir y la pregunta no especifica si es de escogencia única o selección múltiple, por lo cual, por las características de los *Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes* se decide adicionar: “Puede seleccionar más de una opción”
- En la pregunta número 6, las participantes manifestaron no conocer en qué consiste lo relacionado con infraestructura, por lo que se decidió cambiar el enunciado por espacio físico y entre paréntesis se nombra a cada uno de los componentes del espacio físico.
- En la pregunta número 22, manifiestan no tener claro si pueden hacer una o varias elecciones, ante lo cual se decide agregar al enunciado: “Pueden ser más de 1”.
- En el resto de preguntas las participantes refirieron que el lenguaje utilizado y la forma de las preguntas eran de fácil comprensión, no tuvieron ninguna dificultad para analizarlas y/o interpretarlas y no hicieron ninguna sugerencia adicional, por lo que se dejaron igual.
- Una vez realizada la aplicación del instrumento en las jóvenes, el análisis conjunto de los inconvenientes o dificultades y de hacer las respectivas correcciones según sus sugerencias; se vuelve a releer en grupo cada una de las preguntas de la encuesta, en donde las jóvenes manifestaron entender adecuadamente todas las preguntas sin objeción o duda alguna.

No fue posible la realización de otra prueba para validar los ajustes debido a que no se logró reunir un nuevo grupo que cumpliera las condiciones de edad y por factor tiempo.

La estandarización, la valoración y comprensión del lenguaje se logró con la realización de la prueba piloto, se obtuvo una encuesta constituida por 25 preguntas, la cual se imprimió en tres hojas tamaño carta, manejando un tipo y tamaño de letra adecuado.

Para la aplicación de esta encuesta, se identificaron los usuarios adolescentes presentes en el servicio al momento de las visitas. Se les explicó el propósito del estudio y bajo su autorización y firma del consentimiento informado, se procedió a aplicar la encuesta.

5.6 Fases de Recolección de la información

La recolección de los datos fue realizada por las investigadoras, las visitas y el contacto de los profesionales en las diferentes ESE partió de la información dada por la persona responsable de los SSAJ en la Secretaría Municipal de Salud, quien suministró los teléfonos de las 5 personas responsables de la coordinación de los SSAJ de cada ESE.

Se hizo un primer contacto telefónico con cada uno de los coordinadores de los SSAJ concertando una cita contando con el aval y autorización del Secretario de Salud Municipal quien emitió una circular en aprobación del proyecto (Anexo 5).

En cada ESE se presentó el proyecto de investigación y solicito la información relacionada con la cantidad de SSAJ operando en cada ESE, sus respectivos horarios de atención pues lo que inicialmente se pretendió, para evitar los sesgos en la recolección de la información, fue asistir a los SSAJ de una forma no programada ni avisada. Con esta información se realizó un cronograma de visitas desconocido por el personal de los servicios, las cuales fueron realizadas en el mes Octubre del 2012.

Se adelantaron 15 visitas a las instituciones. Durante la realización de las visitas, las investigadoras se encontraron con algunos inconvenientes en la consecución de la información como fueron dificultad en el acceso a la documentación escrita, a ciertas entrevistas con el personal administrativo, y al abordaje de jóvenes en algunos servicios.

Con el fin complementar de manera integral la información de cada uno de los SSAJ fue necesario programar una segunda etapa en donde se visitaron los SSAJ donde no se ubicaron jóvenes para la aplicación de la encuesta, y a las sedes administrativas, con el fin de profundizar en el origen de estos servicios y en la revisión documental.

Al final de las dos etapas la información recolectada por cada instrumento fue la siguiente:

1. Revisión Documental: Conforme al formato de revisión documental elaborado, previo consentimiento por parte de los encargados de la prestación del Servicio Amigables lo conseguido fue lo siguiente:

- En la primera etapa se abordó en cada SSAJ al personal que está en contacto directo con la atención del mismo, y con sus coordinadores, con quienes se revisaron tan solo documentos como registros de inscripción de usuarios al programa joven de acuerdo a la exigencia de la Res. 412 del 2000, listas de asesoría en planificación, entrega de condones y listas de asistencia a charlas brindadas por el personal del SSAJ, siendo la ESE Ladera la que más aportó información en esta etapa.

- En la segunda etapa se pretendió profundizar en esta revisión documental y para ello se buscó a los Gerentes de cada ESE y/o al personal Administrativo conocedor del SSAJ, solicitándoles una cita y/o la información vía email pero no fue posible obtener respuesta de todos ellos, dada sus múltiples ocupaciones y responsabilidades. Así que en conclusión los contactos obtenidos fueron: el Subgerente Científico de la ESE Centro, la Enfermera jefe responsable de Promoción y Prevención de las ESE Oriente y Norte, un encargado del manejo de la información estadística de la ESE Centro y nuevamente a los coordinadores de todos los SSAJ a quienes esta vez se les solicitó puntualmente la información faltante, excepto con la ESE Suroriente con quienes no se logró obtener información. Con este personal se llegó a información mínima como la documentación de algunos indicadores que se llevan para el programa joven (Res. 412), encontrando que no hay uniformidad entre los SSAJ y con la dificultad de no encontrar específicamente los que pertenecen a servicios amigables, razón por la cual fue necesario acudir a los encargados de los SSAJ de la Secretaría de Salud Municipal y Departamental, con quienes se encuentran actas de capacitación en temas de salud sexual y reproductiva e indicadores de SSAJ consolidados del año 2011, de las ESE Ladera, Oriente y Suroriente.

Al final del trabajo de campo se evidenció que la revisión documental fue el instrumento más difícil de aplicar para las investigadoras, por las dificultades en el acceso a la información.

2. Guía de Observación:

-Se aplicó en cada Servicio Amigable de Salud, para un total de 15 Guías de observación completas en la primera etapa.

3. Entrevistas:

-En la primera etapa se entrevistó al personal asistencial que se encontraba disponible en el momento de la visita en el SSAJ, como auxiliares de enfermería, trabajadora social, médico, psicólogo, enfermera jefe y coordinador del SSAJ de cada ESE. En el caso de la ESE Suroriente se logró entrevistar a la Gerente. Se hizo la presentación del proyecto, se mostró la carta de aval del Secretario de Salud Municipal y se solicitó permiso para realizar la grabación de la entrevista. Al final de esta etapa se realizaron 24 entrevistas.

-Segunda etapa: Fue necesario profundizar en el origen de los servicios por lo que se hizo necesario contactar y entrevistar a personal que tuvo que ver con el inicio de los SSAJ y que actualmente están desvinculados de las instituciones; también a las funcionarias responsables de los SSAJ en las Secretarías de Salud Municipal y Departamental. Así como a otro personal asistencial que no fue posible entrevistar en la primera etapa y a personal administrativo de las ESE. Logrando en esta etapa realizar 10 entrevistas. Llegando a un total de 34 entrevistas.

4. Encuestas:

-En la primera fase de recolección de la información, se visitaron los 15 servicios amigables de salud de la ciudad de Cali, lográndose aplicar el instrumento a un total de 32 usuarios en 9 de los 15 servicios, ya que en los SSAJ de Montebello, Potrero Grande, Unión de Vivienda Popular; Mariano Ramos y Petecuy III no se encontraron jóvenes y en el de Charco Azul se encontraron 7 jóvenes que fueron abordados en la sala de espera para aplicar la encuesta, pero manifestaron no conocer el SSAJ, por lo que no fue posible diligenciar ahí este instrumento.

- En la segunda fase se planea nuevamente la visita para la aplicación de este instrumento a los 6 servicios que quedaron pendientes. Se realiza esa visita a 3 de ellos que son SSAJ de Montebello, Unión de Vivienda Popular y Mariano Ramos logrando recolectar 5 encuestas entre Montebello y Unión de Vivienda Popular, en Mariano Ramos no se encontraron jóvenes. A los otros 3 no se asistió debido a diferentes factores así: Las actividades del SSAJ del Centro de Salud de Potrero Grande se desarrollan en la Institución educativa localizada frente a este Centro de Salud, y este colegio ya había suspendido clases, por esta razón se abordaron jóvenes de este sector vía telefónica, previo consentimiento del personal de la

salud y del coordinador del SSAJ. El SSAJ del Puesto de Salud de Charco Azul, se encontró inactivo porque la psicóloga encargada de este estaba incapacitada desde dos meses atrás, y los jóvenes estaban a la espera de su regreso para reactivar actividades, por lo que no fue posible contactarlos. Y al SSAJ de Petecuy III no se asistió por razones de seguridad, por lo que igualmente se contactaron jóvenes vía telefónica, nuevamente con el consentimiento necesario para ello. En esta fase se logran 9 encuestas más, para un total de 46 encuestas aplicadas distribuidas de la siguiente manera:

- 16 en la ESE Ladera
- 9 en la ESE Suroriente
- 15 en la ESE Centro
- 3 en la ESE Oriente
- 3 en la ESE Norte

5.7 Procesamiento y análisis de datos

Dado que los datos para el estudio se obtuvieron mediante cuatro fuentes de información, el procesamiento de los datos se realizó en diferentes modalidades, así:

- ❖ Guía de Observación: Una vez recolectada la información, se revisó y digitó por cada una de las investigadoras en una base de datos en Excel 2010 con cada una de las variables contenidas en la guía de observación, para proceder a su análisis.
- ❖ Entrevista: El cuestionario de la entrevista estaba compuesto por 35 preguntas que pretendían recolectar la información planteada en los objetivos de la investigación. Para el procesamiento de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas en cinco ESE de la ciudad, estas se registraron en archivos audio para posteriormente realizar la transcripción en Word. Se transcribieron en total (8) horas de grabación que corresponden a 34 entrevistas realizadas al personal relacionado con la implementación de los SSAJ en Cali. Se obtuvo además un documento escrito sobre la Sistematización de este servicio en el barrio Charco Azul. Con base en la categoría de variables determinado en el proyecto de investigación, se procedió a definir las variables de cada categoría, con el fin de realizar la caracterización de cada uno de los elementos de los servicios amigables. Posteriormente, a través de la utilización del Software Atlas ti 6.2, se clasificó la información en cada una de las categorías y

variables a analizar. Las categorías establecidas permiten a las investigadoras identificar con base en la evidencia concreta, el origen, la implementación y la disponibilidad de cada uno de los servicios amigables de la ciudad.

De esta manera, se pudo obtener de la voz misma de los prestadores del servicio, el relato sobre su origen, sus formas de implementación y sus percepciones sobre el servicio.

Definición de categorías de análisis con sus respectivas variables

- **Origen**

- *Iniciativa*: Inicio del proceso de construcción del servicio amigable, antecedentes, primeras necesidades, personal que tuvo la iniciativa y la ejecutó.
- *Diagnóstico*: realización de diagnósticos previos sobre las problemática de los jóvenes del sector, formas de observación o de conocimiento de estas problemáticas en el momento de iniciar con el servicio.
- *Participación en el diseño*: Participación de diferentes sectores y población en el diseño del servicio. Participación continua en otros procesos del servicio.
- *Modalidad inicial*: Modalidad de servicio amigable con la que inicia el servicio.
- *Documentación*: Existencia de documentación referente a los procesos iniciales del servicio.

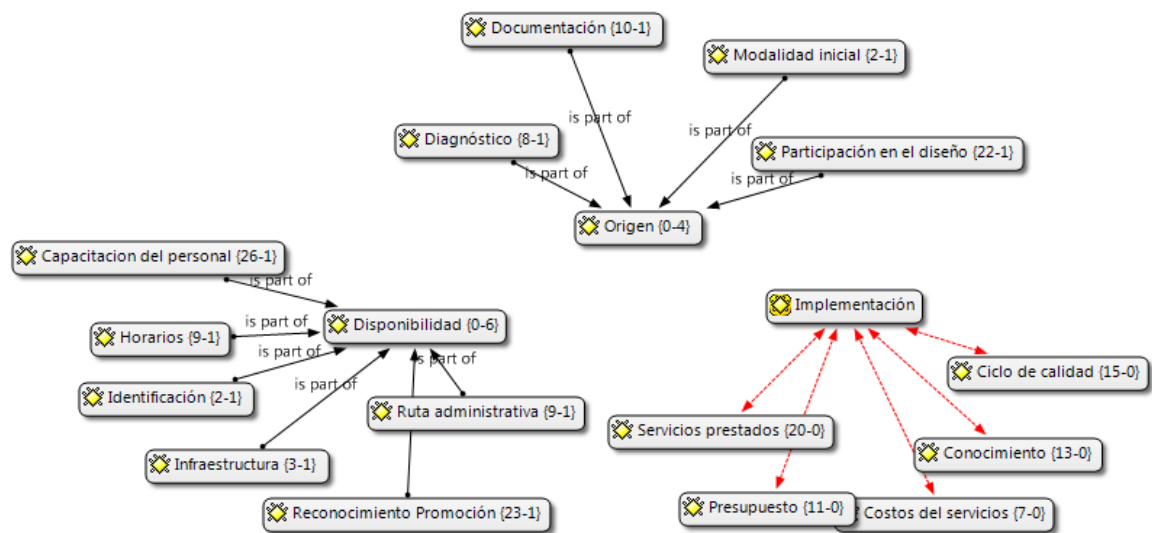
- **Implementación**

- *Ciclo de calidad*: Existencia de medición continua, indicadores, planes de mejoramiento, protocolos.
- *Conocimiento*: Grado de conocimiento de los servicios amigables por parte de diferentes sectores (comunidad, personal de la ESE, instituciones del sector). Apoyo de esos sectores al proceso.
- *Costos del servicio*: Costo de la atención en servicios amigables y existencia de contratos con EPS.
- *Presupuesto*: Existencia de apropiación presupuestal, formas de búsqueda de presupuesto y recursos para el servicio.
- *Servicios prestados*: servicios adicionados o eliminados desde el inicio.

- **Disponibilidad**

- *Capacitación del personal:* Profesionales que prestan el servicio y su capacitación en servicios amigables.
- *Horarios:* Horarios de atención del servicio.
- *Identificación:* Existencia de piezas comunicativas que indiquen y promocionen el servicio.
- *Infraestructura:* Espacios dispuestos para el servicio.
- *Reconocimiento/Promoción:* Piezas y actividades de divulgación y promoción del servicio. Campañas extramurales.
- *Ruta administrativa:* ruta de atención al joven.

Figure 3. Representación gráfica de los componentes de análisis generados en el Software Atlas TI 6.2



A partir de la clasificación de los datos y la construcción de familias de códigos, se obtuvieron los datos resultantes en modo de citas o fragmentos de entrevistas, los cuales responden a cada una de las categorías analizadas, con el fin de posteriormente ser analizadas en conjunto.

- ❖ Encuesta: Dado el número de encuestas realizadas, no se llegó a una muestra representativa de los usuarios del servicio, por lo que se procedió a revisar y a realizar una base de datos en Excel 2010 para su respectivo análisis por ESE.

- ❖ **Revisión Documental:** Con los documentos recolectados, las investigadoras procedieron a revisarlos y diligenciar la guía de revisión documental. Posteriormente se realizó una base de datos en Excel a partir de cada uno de los aspectos contemplados en la guía, para su análisis.

Una vez teniendo los datos procesados y analizados, se realizó una triangulación de datos, para así relacionar la información obtenida de los informantes claves, las directivas de las instituciones, los hallazgos de la observación guiada, la revisión documental y de los usuarios.

Inicialmente se planeó presentar los resultados de manera global para la ciudad de Cali, pero debido a que la información resultante no fue homogénea, se definió que esta presentación se realizara bajo dos conceptos: el primero es el origen, que permite reconstruir la historia de los SSAJ tanto para el Municipio, como para cada ESE de manera particular, y el segundo, bajo el análisis de los cinco componentes establecidos en el modelo de SSAJ teniendo en cuenta la experiencia de cada ESE.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio contó con la aprobación del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIRESH) de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, acta de aprobación N° 014-012. También se contó con la aprobación de la Secretaría de Salud Municipal, mediante comunicación escrita a través del Radicado No: 2012414500007721, donde manifiesta la aceptación y aprobación del estudio. A través de la circular 2012414500007171, cuyo asunto es “apoyo presentación investigación Univalle”, el Secretario de Salud Pública Municipal, solicitó “apoyo necesario para llevar a feliz término esta labor” a los gerentes de las ESE del Municipio de Santiago de Cali.

Dando cumplimiento a la resolución 8430 de 1993, esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, la entrevista, la observación guiada y la revisión documental fue realizada bajo el consentimiento y aprobación del personal de salud y administrativo abordado, quedando esto registrado en cada una de las grabaciones realizadas así como en la firma del consentimiento informado especialmente diseñados para ellos. (Anexo 5). Y, la encuesta fue diligenciada por los jóvenes de manera libre, voluntaria y anónima, previo a la firma del consentimiento; los datos obtenidos se organizaron en una base por códigos y fueron utilizados exclusivamente para fines de la investigación.

Posterior a la sustentación y aprobación de este estudio se adquirió el compromiso con la Secretaria de Salud Municipal de hacer la presentación y entrega de un resumen ejecutivo de los resultados de esta investigación así como una reunión de socialización con el personal responsable de la prestación del SSAJ de cada una de las ESE.

7. RESULTADOS

7.1 Descripción del Origen de los SSAJ en el Municipio de Santiago de Cali

El origen de los SSAJ en la ciudad de Cali es el 5 de Octubre del año 2007 cuando se inauguran oficialmente los SSAJ en la ESE Ladera, pero su historia se remonta al año 2006 cuando el proyecto Colombia se encontraba en su segunda etapa. Este proyecto Colombia tenía como objetivo dar una respuesta intersectorial para la Promoción-Prevención y atención en Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en Infecciones de Transmisión Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA de la población en contexto de desplazamiento, ofreciendo apoyo en diferentes ciudades del país, a través de recursos como económicos, logísticos, pruebas de VIH y tratamientos. En Cali, se presentaron varias entidades que tenían experiencia en el manejo de jóvenes, con propuestas para participar en el Proyecto Colombia, pero el Fondo Global escogió la Alianza de Unión Temporal que se creó para ese fin entre La Universidad del Valle, específicamente profesoras de la escuela de enfermería y La Fundación Fe y alegría, y fue a ellos a quien entregó los recursos para el desarrollo del proyecto. Fue por eso que esta unión temporal invitó a entidades que tuvieran trabajo con jóvenes a presentar propuestas, pues debían escoger en qué lugar de la ciudad sería destinado ese recurso. Entre las propuestas estuvieron las de la ESE Ladera y Oriente, quienes en su justificación demostraron tener las tasas más altas de embarazos en jóvenes. Según la información suministrada por los entrevistados, se tomó la decisión que se desarrollara en la ESE Ladera por votación, porque a pesar que la ESE Oriente sustentó su propuesta adecuadamente, la opinión general de los votantes presentes en ese momento fue que normalmente los recursos que llegaban a la ciudad eran dirigidos a Aguablanca, según lo que se relata a continuación:

“(…) entonces inicialmente mandaron toda la información, cuando vienen y sustentan su información, la ESE Ladera a pesar de que ellos querían ese proyecto no aparecieron, la ESE Oriente sí vino y sustentó y sin embargo todo el mundo entró en la discusión bueno, la ESE Ladera no estuvo pero es un sector donde nunca se ha trabajado, a la ESE Oriente todo el mundo llega allá a Aguablanca, porque no darle la oportunidad a otro sector. Entonces tuvimos que hacer prácticamente una votación para poder decir bueno para a escoger este y no el otro ganó el sector de Ladera por votación”.

En esta ocasión la votación benefició a la ESE Ladera y es así como se inicia en Cali el trabajo en salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes.

En el 2007, durante la etapa final del Proyecto Colombia, el personal que estaba participando en este proyecto de la ESE Ladera y las Secretarías, según la información recopilada en las entrevistas, se vieron en la necesidad de buscar nuevas fuentes de financiación para dar continuidad a esta estrategia; lo cual coincidió con el momento en que se estaba llevando a cabo la formalización del convenio suscrito por el Fondo Global en Colombia entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA⁴⁶, que da inicio a la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) en Colombia. Ante esto la ESE ladera contando con el apoyo logístico, económico y de capacitaciones de la Secretaría Municipal y de la Gerencia de la ESE adopta este modelo para lograr esa continuidad en el trabajo de salud sexual y reproductiva para los jóvenes. Es así como da inicio en Octubre 5 del 2007 a los tres Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) de esta ESE (Siloé, Meléndez y Terrón Colorado), bajo la modalidad de consulta diferenciada. En el año 2010 se crea el SSAJ en el área rural de Montebello y en el 2012 el SSAJ de Meléndez cambia de modalidad a funcionar como Unidad Amigable de Salud.

Siendo la ESE Ladera pionera en la implementación de esta estrategia, sirve de modelo para que las demás ESE inicien la creación de sus SSAJ así:

En la ESE Oriente, con el antecedente del trabajo realizado desde el 2002 con el personal asistencial y Fundaps (Fundación para la Asesoría a programas de salud), se adopta en el 2008 un servicio amigable en los Centro de salud de Marroquín, el Diamante y Charco Azul los cuales por falta de apoyo financiero se desarticulan, pues según lo narrado por los entrevistados, en esta ESE no hubo interés en invertir en estos servicios:

“(...) pero la ESE tuvo dificultades porque no querían invertir recursos en esto, hicimos evaluación de los servicios, fuimos y le presentamos al gerente cómo estaban los servicios porque los servicios tienen un formato valor dentro de todo, entonces uno dice están en desarrollo bajo, desarrollo medio, desarrollo alto. Entonces empezamos a ver que estaban en un desarrollo bajo y que había que fortalecerlos y desde la dirección a veces como que no se le daba mucha la importancia que tenía los servicios amigables.”

En el 2010 se hace la inauguración oficial del SSAJ del Puesto de Salud de Charco Azul, y Potrero Grande se crea posteriormente, y son los dos SSAJ que están funcionando en la actualidad bajo la modalidad de consulta diferenciada.

La ESE Suroriente inicia con los SSAJ en el Centro de Salud de Antonio Nariño y Hospital Carlos Carmona en primer trimestre del 2010. Durante el transcurso de ese mismo año se implementa en los puestos de Salud de Unión de Vivienda Popular y de Mariano Ramos, bajo la modalidad de consulta diferenciada.

En la ESE Norte se inician en el año 2010 en el Centro de Salud de Petecuy III y en puerto Mallarino bajo la modalidad de consulta diferenciada, pero en la actualidad solo funciona el de Petecuy III.

En la ESE Centro inician en el primer semestre del 2011 en el Centro de Salud del Obrero y en el transcurso de ese año se da apertura a los SSAJ del Hospital Primitivo iglesias y del Centro de Salud del Rodeo; en el año 2012 al del Centro de Salud Cristóbal Colón. Los cuales están funcionando en la actualidad bajo la modalidad de Consulta diferenciada.

7.2 Resultados por ESE del Municipio de Santiago de Cali

7.2.1 Resultado ESE LADERA

7.2.1.1 Origen

1. DISEÑO:

Se conoció a través de las entrevistas que en el año 2006 con la puesta en marcha del proyecto Colombia en esta ESE, se desarrollaron actividades encaminadas a la identificación de las tres comunas con mayor número de población joven y de embarazos en adolescentes (Comuna 1, 18 y la 20):

“(…) se realizó un diagnóstico de la población y se encontró las necesidades y se identificó el por qué los adolescente no asistían a las IPS, eso pues sirvió bastante y por lo que también el Proyecto Colombia nos entregaban insumos para la población y la prueba de VIH SIDA”.

Posteriormente, se convoca a la comunidad y a través de encuestas a los jóvenes, reuniones en los colegios, y el equipo de atención en salud, se hace un diseño del servicio:

“Claro que sí, se hicieron unas encuestas que de hecho el Ministerio las viene aplicando anualmente, en donde se mira primero qué población es la que había más o menos, las necesidades de la población, pero también las necesidades desde los centros de salud, con que se contaba, si había un espacio, cómo era la consulta con los jóvenes. Entonces empiezan a determinar una serie de situaciones en donde se ve la necesidad de que haya un espacio de consulta exclusivo para este rango poblacional”.

Una vez terminado el proyecto Colombia en el año 2007, la ESE decide dar continuidad a esta estrategia creando los SSAJ:

“Una vez se termina el proceso con proyecto Colombia, la red de salud de ladera, que fue en Cali quien inició el proyecto aquí en la ciudad, se debía comprometer a la continuidad del proceso con los jóvenes y adolescentes estableciendo o dando o creando los Servicios Amigables. Entonces, aquí en Siloé, Terrón Colorado y Meléndez, se iniciaron, o se inauguraron el día 5 de octubre de 2007”.

De esta información no se logró evidenciar material documental que soporte el diseño de los SSAJ en esta ESE.

2. PARTICIPANTES DEL DISEÑO

Se logró evidenciar en las entrevistas que en el diseño del servicio participaron los jóvenes de las comunas involucradas, los colegios, profesores, juntas de acción comunal, el personal del proyecto Colombia, el personal de salud del servicio, y personal administrativo de la ESE, realizando reuniones de acercamiento y concertación, logrando hasta la creación de su propio logo. No se hace mención a participación de los padres de los jóvenes en este proceso. La información escrita que sustenta esta participación no fue posible constatarla pues se argumentó por parte de los entrevistados que esta información la tenía personal que ya no trabajaba para la institución y el resto de la información debe estar consignada en los registros del proyecto Colombia de la Ciudad.

3. IMPLEMENTACIÓN

Inicialmente con el proyecto Colombia se ofrecía la toma de prueba de VIH y la consulta diferenciada para los jóvenes de todas las instituciones pertenecientes a esta ESE, para la realización de estas actividades se contó con dos equipos multidisciplinarios que fueron conformados para tal fin, pero una vez terminado el proyecto y su aporte financiero, la ESE logra mantener solo uno de estos equipos. En Octubre del 2007 se da la formalización de los SSAJ de Siloé, Meléndez y Terrón Colorado bajo la modalidad de Consulta Diferenciada:

“Bueno, la estrategia con Ladera ha pasado por muchas etapas inicialmente porque estábamos muy fortalecidos con el Proyecto Colombia porque ellos al ver esas necesidades y al ver el incremento en la población contrataron otro equipo, al año y medio contrataron un nuevo equipo de médicos, psicólogos, auxiliar, enfermera, entonces ya eran dos equipos rotando por las 38 IPS de la red. Este equipo solamente duro casi un año entonces eso hizo para que se fortalecieran en las otras IPS pero generó también el Servicio Amigable en la zona rural por la alta demanda de la población, entonces se sembró allá. Pero al pasar este año se termina Proyecto Colombia y se termina ese otro equipo, entonces quedamos muy cargados con la alta demanda que el otro equipo había ya realizado. Ese fue uno de los inconvenientes (...)”.

En el año 2010 se crea el SSAJ de Montebello también bajo la modalidad de Consulta Diferenciada pero adecuado a las necesidades de la comunidad rural de jóvenes que maneja:

“El día miércoles en Montebello vamos una vez a la IPS en el mes y las otras tres semanas visitamos las instituciones de esa comuna. Y los grupos que solicitan de esa comuna, porque en la zona rural tiene otro comportamiento la población, hay que llegar a esos sitios donde está concentrada la población.”

En el año 2012 la consulta diferenciada de Meléndez se transforma en Unidad Amigable por el apoyo financiero brindado en el plan de intervenciones colectivas ganado hace 2 años y a la reforma estructural de todo el Centro de Salud.

7.2.1.2 Análisis según los componentes de los SSAJ en la ESE LADERA

1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN

1.1 Accesibilidad Geográfica e Infraestructura:

1.1.1 Accesibilidad Geográfica: Los cuatro Centros de Salud donde funcionan los SSAJ se encuentran ubicados en lugares que la comunidad reconoce fácilmente y orienta hacia su localización; estas cuentan con un aviso externo que los identifica como Centros de Salud, solo la Unidad de Servicios Amigables ubicada en el Centro de Salud Meléndez, cuenta además con señalización externa. La gran mayoría de los jóvenes entrevistados respondieron que la llegada al Centro de Salud desde su casa es fácil.



1.1.2 Infraestructura:

- ❖ Consulta Diferenciada: Las tres consultas diferenciadas de esta ESE cuentan con un espacio físico que es compartido con otros servicios, pero queda disponible para el desarrollo de sus actividades, lo cual fue relatado por el personal de salud de la siguiente manera:

"(...) la consulta diferenciada es cuando tengan la posibilidad de un espacio que es compartido, porque este es el espacio de adulto mayor, aquí funciona el programa adulto, ustedes verán que día vienen a preguntar los abuelitos por el programa que si una cita y entonces les dicen no, ellos se hacen el día lunes allá (...)"

- ❖ La Unidad Amigable: Comparte la infraestructura con el Centro de Salud y se logró evidenciar que tiene un espacio asignado exclusivamente para la atención de los jóvenes.



1.2 Identificación del Servicio:

- ❖ Consultas Diferenciadas: En los SSAJ de Montebello y de Siloé se encontró una señal visible que identifica el consultorio en el que se atiende a jóvenes. En el SSAJ de Terrón Colorado se evidenció que cuentan con varias señales visibles en los diferentes consultorios asignados para la atención a jóvenes.



- ❖ Unidad Amigable: Cuenta con señalización visible dentro de la institución. Al ser Unidad debe contar con señalización de ruta de orientación hacia la unidad, pero en este caso no se maneja por indicaciones de Calidad.

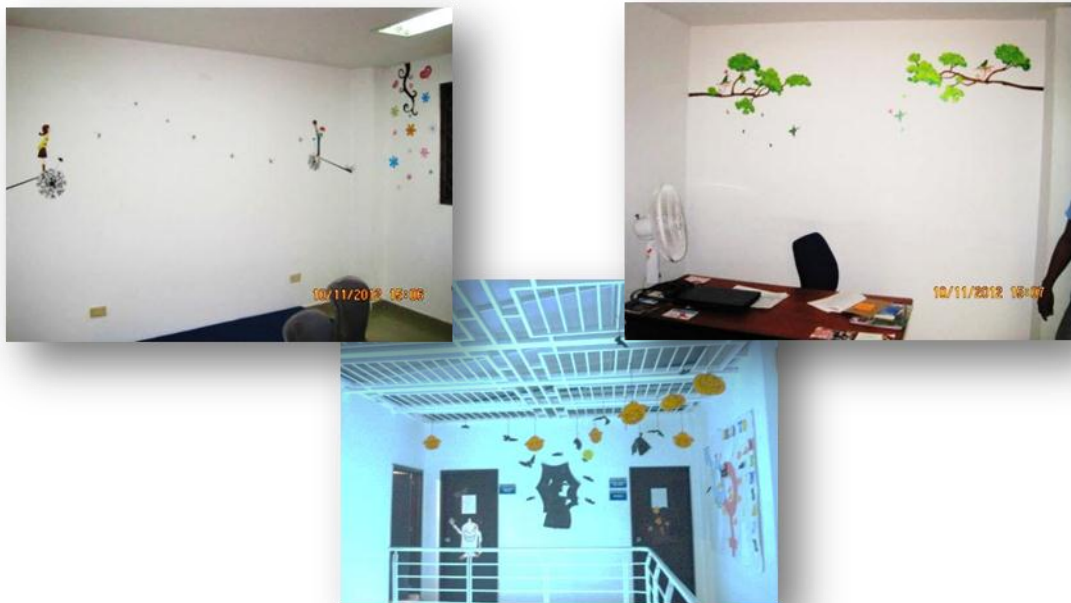


1.3 Ambiente

- ❖ Consultas Diferenciadas: Aunque el modelo de la Consulta Diferenciada no estipula un ambiente con diferenciación específica en los consultorios, se evidenció que en el SSAJ de Terrón Colorado cuenta con un ambiente con pinturas y avisos alusivos a la atención de jóvenes dentro de sus consultorios. En el caso de Siloé, se constató que anteriormente contaban con un consultorio separado, amplio, decorado por los jóvenes a través de un mural con diseños juveniles, y con sala de espera, pero por direccionamiento administrativo se cambió al punto donde se presta el servicio actualmente que es un espacio estrecho y poco aireado además que no cuenta con sala de espera independiente.

El SSAJ de Montebello funciona como un consultorio básico que en el momento de las visitas acababa de ser reasignado y no contaba con material o decoración amigable para los jóvenes. Todos los jóvenes encuestados, respecto a este punto, respondieron que estos espacios son agradables y les dan la bienvenida a los jóvenes.

- ❖ Unidad Amigable: El ambiente físico le da la bienvenida a los jóvenes, se evidencia que su diseño y decoración es elaborada por los mismos jóvenes que asisten al servicio y está en un espacio físico exclusivo, brindándoles privacidad.



1.4 Horarios y Programación de citas:

1.4.1 Adecuación de Horarios: Se encontró que la asignación de horarios de atención en los cuatro SSAJ fue determinado según la disponibilidad de espacios físicos y por decisiones administrativas y/o logísticas como las horas de contratación del personal y los horarios de funcionamiento de los centros de salud, mas no como una adecuación a los horarios en que los jóvenes podían acudir al servicio; aunque esto solo está estipulado para las Unidades Amigables, quedando registrado de la siguiente manera:

“(…) No, el horario es un poco por la disponibilidad de los espacios porque como ven este Centro de Salud se queda corto en espacios, entonces hay unos donde nos decían, les podemos ceder tal día porque ese día de pronto no viene el pediatra o no viene tal funcionario. Entonces el horario como tal no, ese es acorde a los espacios (…)”.

1.4.2 Horarios de Atención:

Cuadro 3. Horarios de Atención ESE Ladera

Centro de Salud Siloé	Lunes de 7 am a 4 pm
Centro de Salud de Montebello	Miercoles de 7 am a 4 pm
Centro de Salud de Terrón Colorado	Martes de 7 am a 4 pm
Centro de Salud de Melendez	Jueves de 7 am a 4 pm

Aunque el modelo no lo tiene dispuesto así para la consulta diferenciada, en este ESE se encuentran que las tres Consultas Diferenciadas tienen un horario específicamente asignado para la atención a los jóvenes; al igual que la Unidad Amigable.

1.4.3 Contacto inicial con la enfermera sin cita: En los cuatro SSAJ se evidencia que los jóvenes pueden asistir sin cita previa y que reciben la asesoría inicial por parte de la auxiliar del Servicio. Al preguntar sobre el conocimiento de este aspecto a los jóvenes encuestados más de la mitad manifestaron no conocer esta situación.

1.4.4. Atención a Jóvenes independiente del tipo de afiliación al SGSSS: Se evidencio atención a jóvenes pertenecientes a EPS del régimen Subsidiado, ninguno a EPS del régimen contributivo ni población pobre no afiliada (PPNA); el personal administrativo expreso tener convenios de prestación de servicios con

todas las EPS del régimen Subsidiado, solo con 1 EPS del régimen contributivo exclusivamente en el área rural y con la secretaria de Salud Municipal para el manejo de la población pobre no afiliada (PPNA), lo cual fue reportado de la siguiente manera:

“Bueno, contributivo si digamos que no se ha hecho esa articulación, nosotros en algún momento en las reuniones a nivel departamental, se hacia ese trabajo de socializar, pero contributivo nunca va a las reuniones entonces uno queda así como (...) si de pronto se hace una revisión, en estas instituciones educativas que uno encuentra para poder que estos jóvenes tengan los beneficios pero la queja de ellos es: no allá no hay nada de lo que ustedes nos dicen acá o lo que ustedes nos ofrecen.”.

Todos los jóvenes encuestados tenían afiliación a una EPS-S, la mitad de estos considera que para ser atendido en el SSAJ no es necesario estar afiliado a una EPS.

1.4.5 Tiempo Mínimo de Consulta: El modelo propone un tiempo de atención de 20 minutos para la consulta diferenciada y 30 para la Unidad amigable; en esta ESE los cuatro SSAJ tienen dispuesto un tiempo de 30 minutos para la misma.

1.4.6 Programación de Citas Telefónicas: La Unidad no cuenta con este servicio, para las consultas diferenciadas el modelo no lo estipula.

1.5. Habilitación de los Servicios:

- ❖ **Habilitación:** Según información verbal se conoce que la ESE está habilitada por Secretaría de Salud Departamental.
- ❖ **Resolución 412 del 2000:** Los 4 SSAJ trabajan bajo el lineamiento de esta resolución. Lo cual fue referido de la siguiente manera:

“Son los servicios, prácticamente son los servicios que están en la resolución 412 en la parte del programa joven. ¿Cuál es la diferencia?, que nosotros lo hacemos integral que si el joven llega a consulta médica pase a la consulta con psicología, para la asesoría para la planificación familiar. Entonces se le ofrecen los mismos servicios de PYP, consulta médica, consulta con enfermería, consulta con psicología, asesoría en prevención en salud sexual y reproductiva. Entonces son las mismas actividades del programa de la resolución 412.”

1.6. Reconocimiento del Servicio:

1.6.1 Estrategia de Comunicación para promocionar el SSAJ: En esta ESE los cuatro SSAJ han diseñado su logo de identificación, camisetas, material POP del servicio, y tienen su propia página en el Facebook, donde permanentemente están publicando sus actividades e invitan a los jóvenes a hacer uso de ellos. También carteleras donde se pueden dejar sugerencias por parte de los mismos jóvenes.

Los jóvenes que respondieron la encuesta la mayoría manifestaron que la forma como conoció el servicio a través de un amigo o un familiar y en segundo lugar, por el personal de salud del SSAJ.



1.6.2 Mensajes que animan a los jóvenes a llevar a sus pares: En ninguna de las instituciones donde funcionan los SSAJ se encontró este tipo de mensajes, pero en la página del Facebook de estos servicios permanentemente se esta realizando este tipo de invitaciones.

1.6.3 Anuncios que explicitan que la atención es confidencial: No se evidenciaron avisos que explicitaran que la atención es confidencial, en ninguno de los cuatro servicios.

1.6.4 Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes: Se logró evidenciar que estos SSAJ han participado o participan en programas televisivos y/o radiales, para dar a conocer el servicio y tienen una cuenta en facebook manteniendo así informados a los jóvenes y a la comunidad sobre las actividades del servicio:

<http://www.facebook.com/profile.php?id=100003113750552>

Además como estrategia de la ESE y aunque el modelo no lo estipule para las consultas diferenciadas ni para las Unidades, se realizan de una manera programada y concertada actividades extramurales semanales:

“Bueno, nosotros hacemos en la parte extramural que son todos los viernes o miércoles, es la visita a las instituciones educativas que es donde se encuentran los jóvenes y los adolescentes, las visitas a fundación, a hogares infantiles y los hogares del ICBF, centros de reclusión, la articulación con la parte penitenciaria en Valle del Lili y el trabajo con las Juntas de Acción Comunal.”

1.6.5 Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio: Los jóvenes frente a esta pregunta contestaron en su gran mayoría que conocen los horarios de atención del SSAJ, y que estos se ajustan a los horarios en que ellos pueden asistir.

1.7 Oportunidad en la atención: Según lo reportado por el personal de salud de esta ESE, la mayoría de los jóvenes nuevos son atendidos inmediatamente por la auxiliar de enfermería o el multiplicador, y si hay oportunidad inmediata de atención con el médico y/o la psicóloga se incluye en la agenda del día, si no, se programa para la consulta en un tiempo no mayor de ocho días.

2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SSAJ

2.1 Capacitación en Servicios Amigables: Se encontró que el personal de salud de los SSAJ de esta ESE se ha mantenido desde el inicio del programa y en tal sentido se logró evidenciar que desde antes de iniciar el programa se les dio capacitación en el manejo del joven, en salud sexual y reproductiva y específicamente en Servicios Amigables de Salud; capacitación que realiza la SSD. También se encontraron registros de asistencia a capacitaciones o actualizaciones en temas relacionados con la Res. 412 programadas de manera periódica que han sido brindadas por la SSM. De esta manera se logra evidenciar que este equipo de trabajo permanentemente ha recibido capacitación específica y continua en SSAJ.

Al relacionar las actitudes del personal de salud percibidas por los jóvenes encuestados en la ESE gran mayoría de estos contestaron que el personal es amable en su atención, que cada procedimiento que van realizando les es explicado y que la atención responde a sus expectativas, calificando la atención recibida por parte de este personal como excelente o buena y ninguna como

regular o mala y todos coinciden en que la forma de atención de este servicio, promueve e invita amigablemente a los jóvenes a hacer uso del servicio.

El equipo multidisciplinario está conformado por la auxiliar de enfermería, la psicóloga, el médico, la coordinadora del servicio (responsable de todo lo relacionado con los trámites administrativos) y se ha incluido dentro del equipo del SSAJ a un joven multiplicador el cual recibe una remuneración formal:

“(...) es de la comuna 20, el hacía trabajo a nivel comunitario de remisión, de trabajo de acompañamiento, y ahora ya se le cancela un valor a él sobre ese mismo trabajo (...)”

Esta decisión fue tomada por la ESE buscando dar continuidad en el servicio a un joven que dé continuidad de la educación y convocatoria a sus pares, pues debido a la alta rotación de estos líderes, quienes después de alcanzar un proceso y formación en Servicios Amigables, se retiran del SSAJ por diversos factores, principalmente por su necesidad de iniciar la vida laboral.

En esta ESE el personal del SSAJ y personal que maneja el programa del joven son dos grupos diferentes y según lo referido por los entrevistados del SSAJ, se presenta una dificultad por la alta rotación de quienes manejan el programa joven, pues son las personas que se mantienen en los diferentes puestos de salud estables, por lo que son los encargados de captar a los jóvenes que asisten al centro de salud en los momentos en que el equipo de SSAJ se encuentra rotando por los otros centros de salud durante la semana. Ese personal debe ser capacitado constantemente en la medida en que va ingresando nuevo a prestar sus servicios, generando reproceso en las capacitaciones que se programan y aplazamiento en temas de actualización, además de una brecha en la sostenibilidad de los SSAJ. No se tuvo acceso a las hojas de vida de personal contratado por lo que no se puede evidenciar su formación específica en atención a jóvenes.

2.1.1 Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Res. 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el adulto joven: Se evidenció que el personal asistencial conoce y maneja la Res. 412.

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

3.1 Indicadores del SSAJ: Se evidenció registro diario de inscripción de jóvenes al servicio con datos como dirección, teléfono, la edad, vinculación a SGSS,

exámenes de laboratorio, consulta de embarazada, consulta con psicología, asesoría de planificación familiar y formato de registro de entrega de métodos de planificación familiar. Se evidenció diligenciamiento de estos formatos tanto en los jóvenes que asisten al respectivo Centro de Salud como el registro de los jóvenes captados en actividades extramurales. Este registro se encuentra detallado mes por mes durante el presente año. Se conoció que tanto el envío de esta información a la SSM, como la exigencia por parte de esta para la recolección de los indicadores, no ha sido continua los últimos dos años debido a los diferentes cambios en la administración Municipal:

“El número de jóvenes, consulta, participación a nivel social, el número de jóvenes formados, todo lo que hace el servicio y todos los servicios que aún están habilitados. Entonces eso es lo que se presenta al Ministerio cada seis meses, se presenta al Ministerio y lo ideal es que se presente al nivel del municipio. Nosotros tenemos la dificultad al nivel del municipio por los cambios administrativos. Cada vez que hay un nuevo cambio administrativo entonces hay que esperar si lo piden o si uno lo manda, no sabemos de pronto si se tenga en cuenta ese valor que eso es lo que hemos resaltado, que se tenga en cuenta aparte, no como programa joven que es de pronto donde se confunde.”.

El consolidado de los resultados de estos indicadores sólo fue posible conocerlo a través de la información suministrada por la SSD.

3.2 Actas de reunión para el mejoramiento Continuo del SSAJ: Es en la única ESE que se logró evidenciar actas de seguimiento para el mejoramiento continuo del SSAJ.

3.3 Plan de Seguimiento a indicadores del SSAJ: En esta ESE no se evidencio.

3.4 Ruta Administrativa:

- ❖ Señalización del servicio al ingreso de la Centro de Salud, señalización hacia el servicio desde el ingreso del Centro: En ninguna de las tres consultas diferenciadas se evidenció esta señalización, solo se cuenta con señalización al ingreso del Centro de Salud en la Unidad amigable de Salud.
- ❖ Sala de Espera: En Terrón Colorado y en Meléndez se cuenta con sala de espera independiente.
- ❖ Conocimiento y Orientación del personal administrativo: Se evidenció que el portero de la institución, el personal de archivo, de estadística y de facturación conocen del servicio y dirigen hacia él a los jóvenes, no fue

posible documentar la existencia de actas de capacitación en SSAJ de este personal. También se evidenció la estrategia de demanda inducida donde la auxiliar de enfermería se encarga de la facturación y asignación de citas para evitarle al joven este trámite.

3.5. Referencia y Contra-referencia: Se encontró que en la ruta Municipal de manejo de casos de VIH y de Violencia Sexual se ha incluido la ruta del SSAJ; no se encontró un formato especialmente adecuado para la referencia y contra-referencia del joven del SSAJ en esta ESE, ni una contratación especialmente determinada para ello; una vez que el joven requiere una remisión, entra al manejo habitualmente estipulado por su red de prestación de servicios y/o por su EPS.

3.6 Costos del Servicio: Los SSAJ de esta ESE están incluidos dentro del plan de desarrollo de la gerencia actual y en tal sentido cuentan con un presupuesto destinado por la ESE para ellos. Durante los últimos dos años no se ha recibido aporte económico por parte de la SSM (sólo ha dado apoyo logístico y de capacitación). En lo referente a contratación con EPS se tienen contratos de prestación de servicios de promoción y prevención de salud y atención al joven con todas las EPS subsidiadas, solo con la EPS Servicio Occidental de Salud (SOS) del régimen contributivo para el área rural; para la cobertura de la población pobre no asegurada (PPNA) con la SSM; sólo la EPS-S Emssanar apoya específicamente con una partida presupuestal a los SSAJ pero esto no está formalmente establecido en la contratación.

De los jóvenes encuestados ocho manifestaron tener como EPS a Emssanar, dos Caprecom, uno Coosalud, dos manifestaron pertenecer a una EPS pero no sabían a cuál, uno contestó no tener afiliación a ninguna EPS y dos no contestaron esta pregunta. La atención a los jóvenes está enmarcada dentro del programa de P y P y en tal sentido no cancelan dinero por la cita.

4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

4.1 Servicios ofrecidos por modalidad de atención: Se brindan todos los servicios exigidos por la resolución 412, adicionalmente a esto en los cuatro SSAJ se ofrece la consulta por psicología (que es propuesta en el modelo, solo para las Unidades Amigables). En cuanto a la prestación de los servicios ofrecidos los jóvenes encuestados, en su mayoría, reconocieron los servicios de consulta de odontología, planificación familiar, enfermería, consulta con médico general, y en

menor proporción reconocieron los servicios de consulta con psicología y la de Salud Sexual y Reproductiva.

5. PARTICIPACIÓN JUVENIL SOCIAL Y COMUNITARIA

5.1 Participación Juvenil: Se constató que la ESE tiene un grupo aproximado de treinta jóvenes líderes y multiplicadores los cuales se reúnen los días jueves en la mañana para la planeación y ejecución de diversas actividades relacionadas con la divulgación y educación en temas de Salud Sexual y Reproductiva y en otros temas como el manejo de la diversidad de género y la orientación sexual. Estos jóvenes son guiados y educados por el personal del SSAJ respetándoles su autonomía a la hora de tomar decisiones en cuanto a la forma de ejecutar las actividades. Algunos de estos jóvenes se encuentran certificados por la SSD y por el Ministerio de Protección, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en formación en Servicios Amigables de Salud, así como la participación de estos jóvenes en encuentros municipales y Departamentales de juventudes. De los jóvenes encuestados seis contestaron ser líderes y hacen parte del equipo de implementación y desarrollo del SSAJ.



5.2. Participación Comunitaria: Mas de la mitad de los jóvenes encuestados manifestaron no tener conocimiento de las actividades realizadas por los SSAJ en la comunidad, pero según la información suministrada y por el desarrollo de las actividades extramurales se logró evidenciar que se hace trabajo de identificación de las organizaciones sociales de la comunidad que manejan jóvenes y que pueden aumentar la demanda del servicio:

“Muchos jóvenes, hemos tenido respuesta en nuestro correo electrónico de las instituciones que vinieron diciéndonos que ya había jóvenes que habían llamado pues a preguntar que se habían inscrito en algunos programas entonces hubo una respuesta.”

Más sin embargo estas actividades son desarrolladas más como de educación y promoción del servicio que como de concertación y trabajo mancomunado con los diferentes líderes comunitarios.

5.3 Coordinación Inter-Sectorial: Se reconoce por parte de la ESE, contratación con todas las EPS del régimen subsidiado, una débil participación de las EPS del régimen Contributivo, una fluctuante participación de la SSM y una fuerte colaboración y direccionamiento por parte de la SSD. Al respecto se mencionó lo siguiente:

“Pero yo digo que es más un trabajo a nivel del municipio, a nivel de departamento si se ha logrado, a nivel del Valle reconocer la diferencia entre estrategia y programa joven, pero en el municipio hace falta mucho. Falta mucho la parte organizada del municipio para reconocer el trabajo a nivel de las ESE, en este momento nosotros conformamos una Mesa de Servicios Amigables para tener un trabajo articulado de los servicios a nivel de Cali y mostrar como un Servicio Amigable a nivel de Cali.”

No se logró evidenciar convenios vigentes con entidades diferentes a las relacionadas a las pertenecientes al SGSSS, pero si participación puntual en actividades educativas y/o culturales con el SENA, el ICBF, la policía de juventudes y escuelas de formación en recreación.

7.2.2 Resultado ESE ORIENTE

7.2.2.1 Origen

1. DISEÑO

Durante el periodo comprendido entre 2001 y 2002, la coordinadora de fomento de la salud en la comuna 13 y la trabajadora social de la comuna 14, realizaron contacto con la ONG Fundaps (Fundación para el Desarrollo de Programas de Salud), quienes con los aportes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) iniciaron un acercamiento con la población adolescente y joven de estas comunas, logrando caracterizar las problemáticas que se relacionaban a las líneas de Salud

Sexual y Reproductiva y Justicia y Paz ⁴⁷. Posteriormente se fueron uniendo otras organizaciones no gubernamentales que tenían su campo de acción en Aguablanca. Es en ese momento que se inicia el proceso de sensibilización con personal de la salud frente a la necesidad de consolidar un programa de atención a adolescentes y jóvenes, entre los años 2003 y 2006 aproximadamente (no es muy clara la secuencia cronológica entre los hechos escritos y narrados), se articula el trabajo del sector salud con algunas ONG. Además las psicólogas y trabajadoras sociales de las comunas 13 y 14 inician y desarrollan un programa para presentar ante la SSM (programa de Detección de Alteraciones del Adolescente y Joven), que es la misma resolución 412 con otros componentes que buscaban favorecer la atención y el mejoramiento de la atención para población adolescente y joven del Distrito de Aguablanca.

En ese mismo periodo, cuando este programa es adaptado en la ESE Oriente, Fundaps realiza la adecuación de la IPS Calipso ampliando el consultorio médico, construyendo el de psicología y concediendo sillas para el auditorio; se establecen acuerdos para la realización de talleres en los colegios que se encuentran en la zona, siendo esta la forma de realizar demanda inducida y lograr captación de población adolescente y joven al programa. Más adelante se empezaron a realizar jornadas de salud ofreciendo servicios y promocionando el programa joven en diferentes lugares y en estas jornadas incluían grupos artísticos, que tenían gran impacto psicosocial. A estas jornadas se unieron instituciones educativas lo que, según lo referido en las entrevistas, garantizó el éxito de la estrategia con los jóvenes. Después de este periodo, el apoyo económico recibido por el BID termina, por lo que el programa es asumido por las ONG comunitarias como Asojóvenes, Titania ONG, Asomevid, entre otros, pero no tuvo sostenibilidad en el tiempo.

Un año después vuelve Fundaps con recursos para un programa que desarrolla temas de justicia y paz en la comuna 13, y que duró poco, resultó de la unión de proyectos de justicia con salud. Durante este programa se siguieron haciendo jornadas de salud y se tenían jóvenes multiplicadores que daban talleres en resolución de conflictos mientras la psicóloga capacitaba en prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazos.

Finalmente Fundaps se retira por no llegar a acuerdos en algunos aspectos con el Gerente de la ESE, lo que según refieren en las entrevistas y en la ficha de documentación de experiencias de Servicios Amigables en salud para adolescentes y jóvenes del Puesto de Salud Charco Azul, de la Secretaría

Departamental, perjudica también la continuidad de esta labor, por el retiro también del apoyo económico y logístico.

Basado en la ficha, que fue documento de referencia de la ESE Oriente, se conoció que se realizó un trabajo de revisión de lo realizado hasta ese momento:

- Fortalecimiento del flujograma de atención al joven (10 a 29 años).
- Listas de chequeo y seguimiento
- Capacitación al personal en esta estrategia
- Conformación de un equipo de trabajo entre los que se encontraban una psicóloga, un médico, una auxiliar de enfermería, una promotora y dos educadoras.
- Diseño de historia clínica para el joven
- Centralizar la labor en un Puesto de salud (Calipso) que contaba con áreas adecuadas.

En el 2006 en el marco del Proyecto Colombia, la ESE Oriente presenta su propuesta ante la Unión Temporal que manejaría los recursos de este proyecto, pero finalmente es la ESE Ladera quien se queda con estos recursos.

En el 2007 la psicóloga que venía trabajando en el programa joven, es invitada al lanzamiento oficial de los SSAJ en el Municipio de Cali y en ese momento, con esta nueva estrategia, se realizan nuevamente acercamientos con las Instituciones educativas de Charco Azul, según lo referido, a finales del 2007 e inicios del 2008 se hacen capacitaciones a jóvenes de la institución educativa el Diamante para que sean multiplicadores de la estrategia de SSAJ en el mismo colegio, y en el Centro de Salud Diamante inician labores y el diseño del logo que los identificaría: lo cual fue registrado en el documento aportado en la investigación de la siguiente manera:

“Siete de los veinte estudiantes capacitados en la estrategia de multiplicadores para la promoción del Programa Joven que estudian en la Institución Educativa el Diamante, realizan sus acciones en el Centro de Salud Diamante. Con ellos y algunos adolescentes y jóvenes se propone el trabajo de realizar un logo que identifique servicios amigables para adolescentes y jóvenes. Ello lo plasman en un mural que se encuentra en el Centro de Salud Diamante”.

Según lo referido por los entrevistados, las actividades de capacitación en SSAJ continúan, al igual que los talleres en prevención de VIH/SIDA en el Centro de Salud Diamante y el Puesto de Salud Calipso, pero es en el 2008 que nace la

necesidad de crear los SSAJ formalmente en Charco Azul, lo cual fue consignado de la siguiente manera:

“En el mes de abril del año 2008 porque la Alcaldía Municipal a cargo del Dr. Jorge Iván Ospina y el Gerente de la Red Oriente ESE, a saber, el Dr. Javier Arévalo Tamayo, hacen inauguración de la nueva edificación de la IPS. Desde allí proponen un trabajo articulado en la línea de Salud Sexual y Reproductiva al identificar que la población adolescente y joven presenta factores de riesgo que requieren ser abordados desde los servicios de salud”.

A mediados del 2010 se hace el lanzamiento oficial de SSAJ en el Puesto de Salud Charco Azul, bajo la modalidad de consulta diferenciada, y son partícipes de esto las ONG y líderes del sector.

2. PARTICIPANTES DEL DISEÑO

Los participantes en el diseño de los SSAJ son la psicóloga coordinadora de los servicios, la SSM que fueron quienes sugirieron el SSAJ en esta zona, los adolescentes que venían trabajando previamente como multiplicadores, y las ONG del sector que trabajaron en el proyecto anterior y aportaron en ese inicio con charlas y capacitaciones, lo cual quedó registrado en el documento así:

“Mayo de 2009: la Secretaría de Salud Pública Municipal realiza evaluación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes de la Comuna 13. Proponen que el servicio se preste en el Puesto de Salud Charco Azul. Se acepta la sugerencia.”

3. IMPLEMENTACION

El SSAJ de Charco azul inicia oficialmente en el 2010, según el documento de referencia, pero no se logra establecer el inicio del servicio en Potrero Grande pues la información suministrada por los entrevistados resulta divergente, ambos servicios inician bajo la modalidad de consulta diferenciada.

Una vez constituidos los SSAJ de Charco Azul y Potrero Grande, como indican los funcionarios a través de las entrevistas, ha sido un proceso lento y difícil pues no se institucionalizó como política, razón por la cual no se destinan recursos exclusivos a este programa y ha funcionado más por la labor del personal que se comprometió con este, previa experiencia recopilada desde el proyecto anterior.

Además porque por orden de la gerencia se debe dar prioridad al programa joven que es por medio del cual se generan recursos para la institución.

En el caso de Potrero Grande, la estrategia de abordaje de jóvenes, se ha desarrollado a través de la Institución educativa que queda frente al Centro de Salud, por motivos de seguridad, pues les resulta difícil a los jóvenes llegar al servicio y al personal de salud recorrer la zona por las fronteras invisibles que ha trazado la población, y es allá donde se realizan los talleres y charlas sobre SSAJ, que según lo referido quedó registrado de la siguiente manera:

“Entonces nos hemos tratado de mover de aquí milagrosamente al colegio y los jóvenes también. El colegio es una zona central entra por acá entra por atrás, entonces los jóvenes de este sector entran por acá y los de ese sector entran por allá, no se pueden encontrar entre ellos.”

Según la información obtenida, se conoció que en el currículo educativo del colegio se estableció un contenido en SSAJ como materia, que es dictado por el psicólogo coordinador del SSAJ del Centro de Salud Potrero Grande, ahí se busca realizar la formación de jóvenes multiplicadores que lleven al sector el mensaje:

“Entonces servicios amigables se le vendió al colegio como una materia, entonces los muchachos de once tienen que verla, entonces al verla que es lo que ven ellos, el módulo o sea ven todo lo de salud sexual y reproductiva y ellos se preparan para ser multiplicadores, entonces en las horas esas que tienen que cumplir por servicio social entonces ellos tienen que dar talleres a sus otros compañeros y como que se sacan a los que son más líderes para que apoyen los procesos más interesantes que resultan.”

Según el coordinador del programa, este programa ha tenido efectos positivos al interior de la institución:

“Yo he hablado con el rector y decía que al principio fue muy difícil, encontraba una riña de peleas dos o tres en el día, ya ha ido mermando, el año pasado se encontraron unas dos en el año, este año no hemos tenido ninguna, se ha logrado que la institución se respete, afuera ya es otra cuestión pero ya en la institución es una cosa distinta.”

En el caso de Charco Azul, la coordinadora maneja talleres y charlas con la comunidad, y según lo referido, el grupo de jóvenes venía fortaleciéndose nuevamente, pero por incapacidad, la coordinadora se ausenta por dos meses aproximadamente, razón por la cual estas actividades quedan inactivas.

Los SSAJ reportados por esta ESE como activos son los de Centro de Salud Potrero Grande y Puesto de Salud Charco Azul.

7.2.2.2 Análisis según los componentes de los SSAJ en la ESE ORIENTE

1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN

1.1 Accesibilidad Geográfica e Infraestructura:

1.1.1 Accesibilidad Geográfica: Los dos SSAJ funcionan al interior de los Centros de Salud que la comunidad reconoce, y que fácilmente orientan hacia su localización; estas cuentan con un aviso externo que los identifica como centro de salud. La gran mayoría de los jóvenes entrevistados consideró que la llegada desde su casa es difícil debido a problemas de seguridad que se presentan en el sector, donde existen fronteras invisibles que impiden a los jóvenes movilizarse por ciertos sectores.

1.1.2 Infraestructura: Cuentan con espacios que se comparten con otros servicios, pero se vuelven exclusivos para la consulta de jóvenes en los horarios dispuestos para ello.

1.2 Identificación del servicio: Los dos SSAJ cuentan con señal visible que indica que atienden a jóvenes.



1.3 Ambiente: Aunque el modelo de la Consulta Diferenciada no estipula un ambiente con diferenciación específica en los consultorios, se evidenció en el consultorio de Potrero Grande que recientemente había sido pintada y la decoración que tenían estaba en cajas según lo referenciado en la entrevista. Charco Azul cuenta con un consultorio básico. Los jóvenes encuestados, respecto



a este punto, respondieron que estos espacios son agradables y les dan la bienvenida a los jóvenes.



1.4 Horarios y programación de citas

1.4.1 Horarios de atención: Este no es un factor que estipule el modelo, pero ellos tienen distribuido en la semana, un día de atención en cada uno de los SSAJ así:

Cuadro 4. Horarios de atención ESE Oriente

Puesto de Salud de Charco Azul	Jueves de 7 am a 4 pm
Centro de Salud de Potrero Grande	Miercoles de 2 a 4pm

La Forma como decidieron los horarios, según palabras de una de las funcionarias de la ESE fue la siguiente:

“No, es por las horas de servicio que tenemos los profesionales porque nos toca rotar, yo tengo la comuna 13 y tengo instituciones, no las cubro todas pero tengo que tener cierto

grado de disponibilidad para cubrirlas, entonces por esos horarios es que se ha organizado servicios amigables y también viendo como los días en que ellos si, como qué consultan, entonces los jueves y el miércoles son los días en que uno más los ve en las instituciones y los lunes después de festivo después de lo que sea pues van a preguntar por métodos de planificar o por la píldora del día después o cosas así”.

Se evidenció que la asignación de horas al personal de salud para SSAJ, fueron estipulados por decisiones administrativas.

1.4.2 Contacto inicial con enfermera sin cita: No hay evidencia que muestre que el contacto inicial, en los dos centros de salud, se realice con la enfermera y sin cita, pues la ruta administrativa como la tienen planteada según los entrevistados, es a través de las citas que los jóvenes ya tienen programadas con el médico, y es él el responsable de hacer el primer abordaje y posterior inclusión en el programa, según se explica a continuación:

“Bueno mira ahorita estamos haciendo así en Charco Azul: se le vende consulta normal de morbilidad, el médico tiene que darles cuenta de decirles ve te gustaría ingresar a este programa, te valora la psicóloga, te hacen una asesoría, se te explica el uso del condón y se te entrega el condón, el muchacho dice si quiere o no quiere porque no es obligado, entonces cuando el muchacho dice que sí, se le diligencia la historia clínica, el médico diligencia una parte de la historia porque esa historia tiene una parte que es psicología, entonces queda para que la termine”.

1.4.3 Atención a adolescentes y jóvenes independientemente del tipo de afiliación al SGSSS: Según la información suministrada, hay atención a jóvenes pertenecientes a EPS del régimen Subsidiado bajo diferentes modalidades de contratación y a población pobre no afiliada.

1.4.4 Tiempo mínimo de consulta: La consulta se evidenció que es de 15 minutos en los dos SSAJ de esta ESE, según lo informado:

“Con los programas uno trata de ser un poquito con la norma pero pues aquí la orden es que deben ver cuatro por hora entonces ahí pues y en 15 minutos que tanto se puede hacer. Entonces en estos momenticos si tenemos inconveniente porque cada año nos llega un rural entonces es como a meterlo en el cuento como a comprometerlo.”

1.4.5 Programación de Citas Telefónicas: En las consultas diferenciadas el modelo no lo estipula y los jóvenes deben solicitarlas de forma presencial en cada SSAJ.

1.5 Habilitación de los servicios: Según información verbal se conoce que la ESE está habilitada por SSD, y que trabajan bajo el lineamiento de la Resolución 412.

1.6 Reconocimiento del servicio:

1.6.1 Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable: No se evidencio una estrategia de promoción del servicio en esta ESE. En el SSAJ de Charco Azul se encontró solo un pendón alusivo a los SSAJ con el logo que desarrollaron años atrás, pero sin soporte de una planeación de comunicación o material POP disponible para su promoción en la comunidad o en el mismo Centro de Salud. En el SSAJ de Potrero Grande se evidencia un convenio realizado en el Centro de Salud Potrero Grande con la Institución educativa de la zona, para ofrecer los servicios a través de módulos educativos de SSAJ incluidos en el pensum de estudiantes de 11 grado, lo que manifiestan en la entrevista, es para ellos una estrategia de comunicación. No se evidencia una estrategia de promoción como tal, aparte de esta.



Los tres jóvenes que respondieron la encuesta en esta ESE, manifestaron cada uno, que conocieron este SSAJ a través del colegio, la EPS y la Psicóloga del Centro de Salud.

1.6.2 Mensajes dentro de la IPS que animan a los jóvenes a llevar a sus pares: En ninguno de los dos servicios se encontró este tipo de mensajes.

1.6.3 Anuncios que explicitan que la atención es confidencial: No se evidenciaron avisos que explicitaran que la atención es confidencial, en ninguno de los 2 servicios.

1.6.4 Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes: Se evidenció que la estrategia para llegar a la comunidad es a través de los jóvenes que se encuentran en la Institución educativa con quien se tiene el convenio, esperando

que ellos sean multiplicadores de la información en su comunidad. Directamente no se evidencia estrategia de información con esta comunidad.

1.6.5 Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio: En los dos SSAJ los horarios son conocidos por los jóvenes que contestaron la encuesta, y estos opinan en su mayoría que se ajustan a los horarios en que ellos pueden asistir.

1.7 Oportunidad en la atención: Según lo reportado por el personal de salud de esta ESE, la mayoría de los jóvenes nuevos son atendidos según la disponibilidad de espacios en la agenda, la cual se programa para consulta en un tiempo no mayor de ocho días. Según opinión del personal de la salud, los jóvenes no atienden con responsabilidad los temas de salud:

“Fuera de eso que nuestra población es muy cambiante es una población que no es comprometida con su salud, aquí cuadran citas tres cuatro días antes y no llegan a la cita, pueden estar embarazadas y no llegar porque se les olvido, porque tuvo otra cosa, porque llegue tarde, entonces la gente no valora su salud. Es decir para ellos es una necesidad que está muy muy por debajo de todas las demás.”

2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1 Capacitación en los Servicios Amigables: No se logró evidenciar hojas de vida del personal, ni actas de capacitación al personal de los SSAJ. Uno de los coordinadores, según la entrevista si cuenta con la formación en SSAJ realizada y certificada por el Ministerio de Protección Social y la SSD; el otro coordinador no recibió la capacitación formal en Servicios Amigables lo cual fue reportado de la siguiente manera:

“No, solamente fue la inducción que la psicóloga me dijo aquí se trabajan Servicios Amigables y todo el cuento me empapo así más o menos por encima, más la capacitación efectiva de la Secretaría tampoco la he recibido.”

Adicionalmente refieren dificultades para la asistencia a otro tipo de capacitaciones brindadas por la SSM pues los permisos para asistir son limitados por las políticas de la ESE.

En cuanto al tipo de contratación de estos coordinadores uno de ellos está por contratación directa y el otro por cooperativa de Trabajo Asociado.

El resto de personal de salud que interviene en la prestación del SSAJ como los médicos rurales, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería han recibido capacitación por parte de la coordinadora que lleva más tiempo trabajando en lo SSAJ, pero este proceso no se ha sostenido en el tiempo debido a la alta rotación de personal, a las diferentes modalidades de contratación y a la disponibilidad de tiempo de la misma coordinadora, lo cual quedo consignado de la siguiente manera:

“En Charco y Potrero, aunque también en Charco tuvimos pues la dificultad de que nos cambiaron el personal y esa alta rotación de personal es una falencia, si eso debilita cualquier fortalecimiento que se logra. Hay una gente y cuando menos piensa la administración decide moverlo a otro servicio.” Y “Pues mira el hecho es que yo las pocas reuniones que he tenido es para informar a que va direccionado servicios amigables, a la atención del joven a la atención diferencial en la atención diferente que se hace en consulta, pero han sido pocas porque aquí sacar médicos y decir jefe necesito médicos para una capacitación dos horas es muy difícil porque te va a decir que son ocho pacientes los que se van a dejar de ver en dos horas como es posible. Entonces es como difícil esa parte.”

Tanto el SSAJ de Potrero Grande como el de Charco Azul cuentan con psicólogos como coordinadores pero en la actualidad ninguno de los dos tiene dedicación exclusiva para la prestación del SSAJ y el resto del personal de salud que interviene, es multifuncional con poca disponibilidad de tiempo para la atención al joven, lo cual quedo registrado de la siguiente manera:

“...la enfermera es pues la responsable de todos los programas de PYP, tenemos los programas de desarrollo de 0 a 10, lo que es el joven de 10 a 19, planificación familiar, la vacunación se hace aquí, se hace lo que es el programa de las enfermedades cardiovasculares, estamos tratando de hacer una jornada más o menos cada tres meses para captación de jóvenes para psicología.” Y “Así básicamente lo que uno hace es priorizar porque si toca buscar a los jóvenes sería una auxiliar exclusiva para buscar al joven, digamos que sería como funciona en otras partes que alguien está para eso, porque el joven llegó y quieren que lo atiendan y es así. Algo se ha hecho pero yo por lo menos no estoy satisfecha con todo.”

Al relacionar las actitudes del personal de salud percibidas por los jóvenes encuestados en el SSAJ de Potrero Grande, dos de estos contestaron que el personal es amable en su atención, que cada procedimiento que van realizando les es explicado y que la atención responde a sus expectativas, calificando la

atención recibida por parte de este personal como excelente o buena y ninguna como regular o mala y todos coinciden en que la forma de atención de este servicio, promueve o invita amigablemente a los jóvenes a hacer uso del servicio.

En cuanto a la capacitación del personal administrativo se encontró que en el año 2002 con el inicio del proyecto del joven estas capacitaciones fueron realizadas por FUNDAPS pero a partir de esa fecha no se logró evidenciar la continuidad en la realización de este tipo de capacitaciones y/o sensibilizaciones.

2.1.1 Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Res. 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el adulto joven: Se evidenció que el personal asistencial conoce y maneja la Res. 412 sobre todo porque esto es lo que genera facturación para la ESE.

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

3.1. Indicadores del SSAJ: En cada servicio se evidenció el registro diario de inscripción de jóvenes al programa joven, con datos como dirección, teléfono, edad, vinculación a SGSS, exámenes de laboratorio, consulta de embarazada, consulta con psicología, asesoría de planificación familiar, y formato de registro de entrega de métodos de planificación familiar. Pero no se tuvo acceso al consolidado de esta información por mes, ni por año en la ESE pero sí en el consolidado de indicadores de los SSAJ aportado por la SSD para el año 2011. Respecto a este tema los servidores entrevistados refirieron:

“Los informes que nosotros presentamos son los informes que se presentan al Ministerio de la Protección, entonces hay una plantilla que se llama A4 que es como la que la estadística nos permite, yo entrego el informe a la Secretaria de Salud Municipal, la municipal a la departamental y la departamental al ministerio, pero yo soy la que la entrego, yo tengo pendiente actualizarla hasta septiembre pero ya está hasta junio.”

3.2 Actas de reunión para el mejoramiento Continuo: No se logró constatar la existencia de estas actas y la información verbal recolectada no soporta que estas sean realizadas.

3.3 Plan de Seguimiento a indicadores: No fue posible obtener registros relacionados con el seguimiento de indicadores; la información verbal recolectada no soporta que este seguimiento sea realizado.

3.4 Ruta Administrativa:

- ❖ Señalización del Servicio al ingreso a la IPS, señalización hacia el servicio desde el ingreso a la IPS hasta la llegada al Servicio: No se evidenció en ninguno de los dos SSAJ este tipo de señalización.
- ❖ Sala de espera: En ninguno de los SSAJ se evidenció sala de espera independiente.
- ❖ Conocimiento y orientación del portero, del personal de facturación y/o estadística hacia el SSAJ: En ninguno de los dos SSAJ se recibió el direccionamiento específico hacia el SSAJ; en Charco Azul el portero y la persona de facturación orientan hacia el servicio del joven. No se evidenció la estrategia de demanda inducida donde el personal del SSAJ va a las salas de espera y capta a los jóvenes lo cual fue referido de la siguiente manera:

“Si es lo mismo. Está la parte de psicología, está el médico y básicamente el apoyo de las otras disciplinas por ejemplo, porque no es algo exclusivo que la enfermera está esperando a que llegue el joven, no.”

3.5. Referencia y Contra-referencia: Como hallazgo importante se encontró que el acceso a la consulta de psicología para los jóvenes pertenecientes a las EPS-S está condicionada a la modalidad de remisión, es decir que no se accede directamente y se condiciona al tiempo establecido por su EPS-S para la aprobación de esta cita, que según relatan es de aproximadamente 15 días para las que tienen convenio de prestación de servicios con la ESE y para las EPS que no lo tienen, la atención al joven queda fraccionada pues el SSAJ le brinda lo concerniente a la Res. 412 que es lo contratado y la consulta psicológica es realizada en la red definida por la EPS-S para la prestación de este servicio. Lo cual se refirió de la siguiente manera:

“Nosotros le damos solamente la asesoría individual y salud sexual y ya como valoración como tal por psicología no se le puede realizar porque sería una actividad perdida para mí porque me lo están contando como productividad entonces no y las EPS que no tienen convenio con nosotros son Coosalud y Caprecom.”

Se encontró que en la ruta Municipal de manejo de casos de VIH y de Violencia Sexual se incluye a las instituciones de esta ESE; no se encontró un formato especialmente adecuado para la referencia y contra-referencia del joven del SSAJ ni una contratación especialmente determinada para ello.

3.6 Costos del Servicio: No se logró evidenciar que los SSAJ de esta ESE estén incluidos dentro del plan de desarrollo de la gerencia ni que tengan designado un presupuesto específico. El apoyo en cuanto a su creación e implementación fue realizado por FUNDAPS a través de BID y otras instituciones, y posteriormente recibieron apoyo económico por parte de la SSM hasta hace aproximadamente 2 años que no volvieron a recibirlo, desde ese entonces no han tenido financiación lo cual se ha reflejado en la reducción de horarios de consulta, y de espacios, teniendo los coordinadores que crear otro tipo de estrategias de intervención; más sin embargo coinciden en la dificultad que presentan al trabajar sin recursos sobre todo porque han identificado que a los jóvenes del Sector se motivan a consultar cuando se les ofrecen refrigerios. La anterior situación quedo consignada de la siguiente manera:

“...que si le puedo señalar es que la Secretaría antes destinaba un presupuesto para servicio amigable y la ESE ponía otro y desde ahí yo diría que hace como tres años es que estamos así quietos porque la Secretaría no ha vuelto a dar un peso y el gerente ellos tienen sus reuniones y mi jefe es como que el líder de todos ellos porque ellos nombran presidente de todos los gerentes y ya está dicho que ellos no van a dar nada desde que la Secretaría no se manifieste.”

“El hecho es de que nos dicen no ustedes tienen que cumplir con una meta cumplir con unas citas y no les podemos dar presupuesto para eso que es muy difícil, toca hacer capacitaciones frente a eso porque el gerente no las da. Él prefiere ganar plata en consultas a que se esté capacitando en eso. Aunque toca mirar porque el si la ha dado pero pocas veces.”

En cuanto a la contratación con las EPS se reportó que se tienen con contratos de prestación de servicios de promoción y prevención de salud y atención al joven con las EPS del régimen subsidiado excepto con Caprecom y Coosalud, con ninguna EPS del régimen contributivo; para la cobertura de la PPNA con la SSM; pero ninguna de estas contrataciones contempla una partida presupuestal específica para los SSAJ.

Los jóvenes encuestados telefónicamente respondieron estar afiliados a las EPS-S de Emssanar y Caprecom. La atención a los jóvenes está enmarcada dentro del programa de P y P y en tal sentido no cancelan dinero por la cita.

4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

4.1 Servicios ofrecidos por modalidad de atención: En esta ESE los SSAJ trabajan bajo la modalidad de Consulta Diferenciada; se logró evidenciar que se prestan todos los servicios exigidos por la resolución 412 del 2000, pero la característica fundamental de la consulta diferenciada, que es la prestación de la atención por parte de un profesional de la salud formado en SSAJ, para esta ESE no se aplica con integralidad, pues la atención está condicionada por la modalidad de contratación con las EPS-S y por eso, no todos los jóvenes acceden a la consulta con psicología quien es el único personal adecuadamente formado en SSAJ.

En cuanto a la prestación de los servicios ofrecidos los jóvenes encuestados identificaron en mayor número los servicios de consulta con médico general, odontología, consulta con enfermería, planificación familiar, psicología, salud sexual y reproductiva y control prenatal y en menor número los servicios de asesoría de enfermedades de transmisión sexual.

5. PARTICIPACIÓN JUVENIL SOCIAL Y COMUNITARIA

5.1 Participación Juvenil: En el SSAJ de Potrero grande la situación social de violencia del sector y la existencia de fronteras invisibles es reportado por el personal del SSAJ como una limitante para el desarrollo de actividades extramurales; como estrategia de formación de jóvenes multiplicadores y para lograr la participación juvenil se oficializo un convenio con el Colegio que queda al frente del Centro de Salud que este atiende a una población aproximada de 1.500 jóvenes, y se logró implementar dentro del pensum académico una materia de Servicios Amigables donde los jóvenes reciben educación en Salud Sexual y Reproductiva por parte del personal de salud del SSAJ y a la vez se identifican los jóvenes líderes quienes son los invitados a reuniones juveniles, lo cual fue registrado de la siguiente manera:

“...entonces la idea es que tratemos de captar lo que tenemos ahí y que ellos son los encargados de transmitir la información a los otros jóvenes que hay en los sectores, en su barrio, sus vecinos.”

En el SSAJ de Charco Azul no se evidenció participación de los jóvenes al momento de la recolección de la información.

No se evidenció participación de jóvenes desescolarizados. Los tres jóvenes encuestados vía telefónica eran líderes Multiplicadores del SSAJ de Potrero Grande.

5.2. Participación Comunitaria: No se evidenció participación de la comunidad en los SSAJ de esta ESE. Según la información verbal se conoció que cuando ha estado en funcionamiento el SSAJ de Charco Azul, se han realizado actividades en una institución que trabaja con jóvenes que están en riesgo de calle llamada Fundapre.

5.3 Coordinación Inter-Sectorial: Se reconoce por parte de la ESE una contratación con algunas de las EPS del régimen Subsidiado, ninguna participación de las EPS del régimen Contributivo, la participación de la SSM y SSD en lo referente al envío de los indicadores de los SSAJ y en capacitaciones.

No se logró evidenciar convenios vigentes con entidades diferentes a las pertenecientes al SGSSS, pero si participación puntual en actividades educativas y/o culturales con el SENA, el ICBF, la policía de juventudes.

7.2.3 Resultados ESE SURORIENTE

7.2.3.1 Origen

1. DISEÑO

En la ESE Suroriente, el SSAJ inició a comienzos del año 2010, según la información obtenida a través de entrevistas realizadas al personal, pues no se logró evidenciar ningún tipo de documento que soportara su origen. Nació a partir de la inquietud que generó la SSM sobre si lo iban a montar en esa ESE, pues ya estaban montados en la ESE Ladera y Oriente, lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“Empezó porque la secretaria dijo bueno aquí en Cali estamos dando los servicios amigables del joven, ya se había montado el de Ladera, el de Oriente, entonces lo primero que yo hice fue arrancar con... (nombre de una funcionaria de la ESE Ladera) de la Ladera al punto que ella me manda a la Secretaría departamental no me manda a la Secretaría municipal.”

Adicional a ello, según lo referido, por esa época había en esa comuna el más alto nivel de homicidios, de consumo de sustancias psicoactivas y violencia, entre otros, que llevo a la ESE a tomar la decisión de implementarlo porque resultaba ser una herramienta que se podían usar para el beneficio de los jóvenes pues era bien difícil el manejo de estos:

“hubo un tropel en un colegio yo no me acuerdo, si creo que un tropel en un colegio, entonces se reboto la comunidad y los jóvenes y la policía comunitaria también, ¿qué hacemos con estos jóvenes?, entonces llegaron a la oficina y dijimos también por esa necesidad vamos a empezar con el programa de los jóvenes a ver el centro de salud como va a responder. Y ahí arrancamos con el montaje del programa.

Posteriormente se conoció que inician los SSAJ en los Centros de Salud de Mariano Ramos y de Unión de Vivienda Popular (Unión), pero no se logra tener con certeza la fecha de inicio de estos últimos.

2. PARTICIPANTES DEL DISEÑO

En el diseño del SSAJ, estuvo el psicólogo de esta ESE, quien con el apoyo de la Coordinadora de Servicios de Salud Amigables en la ESE Ladera y el personal de esta estrategia en la SSD, logra conocer y adaptar esta estrategia en el Centro de Salud Antonio Nariño inicialmente, para luego implementarla en el Hospital Carlos Carmona, y en los otros dos Centros de Salud Mariano Ramos y la Unión de Vivienda Popular. De ello no se evidenció soporte documental.

El diagnóstico inicial, se basó en los indicadores y estadística sobre mortalidad de jóvenes y consumo de sustancias, que manejaban para el programa joven al interior de esta institución.

3. IMPLEMENTACIÓN

El primer SSAJ de esta ESE se origina en el Centro de Salud Antonio Nariño y se planeó bajo la modalidad de consulta diferenciada, pues contaba con médico para atención por horas y un espacio exclusivo para el uso comunitario, posteriormente se implementó en el Hospital Carlos Carmona, donde se pretendió manejar como Unidad de servicios amigables, pues tenían el espacio físico suficiente, pero no se contó con el personal exclusivo como lo define el modelo para su desarrollo, solo con la enfermera tiempo completo, el médico disponible por horas, por lo que se estableció como consulta diferenciada. Se mandaron a imprimir volantes y a través de trabajo en colegios se promocionó el servicio en actividades donde repartían condones que la SSM les había suministrado, se hacían talleres de PYP y así se generaba la demanda. Poco a poco se dio a conocer y ya los jóvenes comenzaron a reconocer y a llegar al servicio.

Posteriormente se implementó en el Centro de salud Mariano Ramos y en La Unión bajo la modalidad de consulta diferenciada.

El SSAJ inicia con los mismos servicios de atención de la Res. 412 como planificación familiar, consulta médica, higiene oral, psicología, trabajo social, pero adicionalmente se implementaron las charlas sobre prevención del embarazo, prevención de consumo de sustancias psicoactivas y reducción de violencia.

En la comuna 16 se trabajó a partir de la Política Pública del joven que ya estaba constituida, con la idea de generar un espacio exclusivo para desarrollar grupos juveniles en compañía de otros actores, pero esta idea no se concretó por falta de disponibilidad de tiempo del coordinador, pues debía cumplir con otras responsabilidades de la institución:

“La estrategia comunitaria estaba en la Política Pública del joven de la comuna 16 y la idea de nosotros era generar zonas de orientación pero esta parte no se desarrolló esta parte se alcanzó a escribir y tuvimos una reunión, lo que nosotros queríamos era jalonar todas las iniciativas que se desarrollaron en la comuna con el tema del joven porque las asociaciones comunitarias tienen una, las iglesias tienen otra, plata que se estaba perdiendo, esfuerzos que estaban muy dispersos y lo que quisimos fue unificarlos entonces nos reunimos nosotros, nos reunimos como 60 actores comunitarios a unificar, la Política Pública del joven ya existe, entonces construyamos una manera de implementarla acá, entonces que cualquier iniciativa que vaya a llegar a los jóvenes tenga que pasar por este espacio para decir si es coherente o no es coherente y si le está apuntando a lo que nosotros estamos tratando o no.”

La idea que se tenía con los grupos juveniles era dividirlos en tres grupos, que según lo informado, se dispondrían por edades, para trabajar en la formación de estos jóvenes y convertirlos en líderes. El primer grupo era adolescentes de 10 a 13 años, con los que se trabajaría en temas de prevención de accidentes caseros o escolares y en capacitación en primeros auxilios, con el siguiente grupo se iniciaría el tema de salud sexual y reproductiva y prevención de sustancias psicoactivas, y los jóvenes de 17 años en adelante pasaban a hacer parte de la mesa de jóvenes que ya era un espacio de participación juvenil.

De estos grupos se alcanzó a hacer una capacitación en primeros auxilios con los más pequeños, y se creó la mesa de jóvenes de la comuna 16, con la que se trabajó alrededor de 2 años consecutivos, logrando vincular a 60 jóvenes, quienes recibieron formación en derechos de la afrocolombianidad, participación juvenil,

participación política y entre las gestiones logradas fue vincular al Sena para que hiciera una jornada de presentación de su oferta a los jóvenes del sector, siendo un referente para espacios de participación.

En el primer trimestre del 2012, el Coordinador del SSAJ se retira de la institución, y desde ese momento han rotado dos personas por el servicio como coordinadoras, la que se encuentra actualmente lleva dos meses, es enfermera de profesión y no es de dedicación exclusiva pues tiene otras responsabilidades en la institución, por lo que asigna un día a la semana a la coordinación del SSAJ. En el momento de la visita de las investigadoras manifestó no haber recibido aún la capacitación en SSAJ brindada por SSD y expresó no haber tenido la oportunidad para darle continuidad a este servicio. Se pudo evidenciar en entrevistas con otro personal que las actividades con los jóvenes se redujeron y por ende la participación juvenil fue desapareciendo, según lo expresado a continuación:

“Ellos eran pero no volvieron desde hace tres meses (...) Pues no tanto que fuera dependiente sino que él era un líder, él era muy buen director, lo apreciaban mucho a él y él siempre estaba dispuesto a la hora que ellos llegaran si ellos tenían algún problema o algo, él les daba el celular o el correo, venían aquí siempre estaba allí, allí. El metía la ficha, el gestionaba plata, gestionaba espacios, él estaba ahí siempre pendiente de ellos”.

7.2.3.2 Análisis según los componentes de los SSAJ en la ESE SURORIENTE

1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN

1.1 Accesibilidad geográfica e Infraestructura:

1.1.1 Accesibilidad Geográfica: Los cuatro SSAJ funcionan al interior de los Centros de Salud y el Hospital Carlos Carmona que la comunidad reconoce y fácilmente orienta hacia su localización; estas cuentan con un aviso externo que los identifica como centro de salud. Y la gran mayoría de los jóvenes entrevistados consideró que la llegada desde su casa es fácil.

1.1.2 Infraestructura, cuentan con consultorios básicos para consulta médica.

1.2 Identificación del Servicio: De los cuatro servicios, el del Centro de Salud Antonio Nariño cuenta con señal visible que indica que el servicio atiende a jóvenes.



1.3 Ambiente: No es un factor establecido para la consulta diferenciada, por parte de los jóvenes, todos los encuestados coinciden en que los servicios son agradables y dan la bienvenida a los jóvenes.



1.4 Horarios y Programación de citas

1.4.1 Horarios de atención: Aunque la norma no estipula un horario definido para la consulta diferenciada, el personal de la institución informó que el horario para la atención en SSAJ es todo el día de lunes a viernes:

“El servicio de jóvenes está de 7:30 de la mañana a 4:30 o 5 de la tarde de lunes a viernes.”

Aun así la mayoría de jóvenes encuestados, informaron que desconocen el horario estipulado para el SSAJ, pero las citas que se han programado, se ajustan a sus horarios disponibles.

Cuadro 5. Horarios de atención ESE Suroriente

Hospital Carlos Carmona	Lunes a Viernes de 8 am a 5 pm
Puesto de Salud de la Unión de Vivienda Popular	Lunes a Viernes de 8 am a 5 pm
Centro de Salud de Antonio Nariño	Lunes a Viernes de 8 am a 5 pm
Puesto de Salud de Mariano Ramos	Lunes a Viernes de 8 am a 5 pm

1.4.2 Contacto inicial con enfermera sin cita: En los cuatro SSAJ se evidencia que los jóvenes pueden asistir sin cita previa y que reciben la asesoría inicial por parte de la auxiliar del servicio; más de la mitad de los jóvenes encuestados manifestaron conocer esta situación.

1.4.3 Atención a adolescentes y jóvenes independiente del tipo de afiliación al SGSSS: Se evidenció atención a jóvenes pertenecientes a EPS del régimen Subsidiado, y PPNA, ninguno a EPS del régimen contributivo. Lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“Si no es de ninguna EPS esos se llaman vinculados, ellos tienen más privilegios aún que una persona que tenga EPS ya. Porque ellos por lo menos pasan con el psicólogo de una sin autorizar y sin nada. Es gratis, le mandan exámenes de sangre, hemoglobina, hematocritos, serología, colesterol HDL, planificación, todo eso les cubre a ellos que no tienen EPS.”

La mayoría de los jóvenes encuestados, desconoce si es necesario contar con afiliación al SGSSS para ser atendido en el servicio, y la mayoría cuenta con afiliación.

1.4.4 Tiempo mínimo de consulta: El tiempo de consulta mínimo empleado en los cuatro SSAJ es de 20 minutos.

1.5 Habilitación de los Servicios: Según información verbal se conoce que la ESE está habilitada por SSD, los cuatro SSAJ tienen en cuenta la Res. 412 de 2000, normas técnicas y guías de atención, y la política de salud sexual y reproductiva.

1.6 Reconocimiento del Servicio

1.6.1 Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable: El grupo de jóvenes que estaba vinculado diseñó un logo para identificar el SSAJ y contaban con cachuchas, que en el momento de la visita no se evidenciaron. Solo en el Hospital Carlos Carmona se encontraron volantes y un afiche referente al servicio. En los otros SSAJ no se encontró material POP, ni una estrategia definida para promocionar este servicio amigable.

Los jóvenes que respondieron la encuesta la mayoría manifestaron que la forma como conoció el servicio a través de un amigo o un familiar.



1.6.2 Mensajes que animan a la gente a llevar a sus pares: No se evidenciaron este tipo de mensajes en ninguno de los cuatro SSAJ.

1.6.3 Anuncios que explicitan que la atención es confidencial: No se encontraron anuncios como estos en ninguna de los cuatro SSAJ.

1.6.4 Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes: No se evidenció.

1.6.5 Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio: La gran mayoría de los encuestados respondieron que no conocen el horario de estos servicios.

1.7 Oportunidad en la atención: Según lo reportado por el personal de salud de esta ESE, los jóvenes reciben la asesoría por la auxiliar de enfermería, quien les programa las citas con los profesionales del servicio, según la disponibilidad de agendas, pero no se logró evidenciar, la oportunidad de esta asignación.

2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1 Capacitación en Servicios Amigables: El personal de esta ESE, informó que al iniciar los servicios amigables, la SSD los capacitó en manejo de joven y en temas de salud sexual y reproductiva, pero las capacitaciones del joven no eran muy frecuentes, y eso sumado a la alta rotación del personal de estos servicios, hizo que se perdiera esta preparación, lo cual quedo registrado de la siguiente manera:

“...hubo capacitación por parte de la Secretaría de salud, la Secretaría departamental, ellos nos capacitaron en el tema de joven, de servicios amigables de salud (...) Capacitamos al médico, es como complicado capacitar a un médico en esto, además un médico con enfoque de PYP (...), y a los cuatro meses nos lo cambiaron (...) lo mandaron para otro lado. Y nos ponían a los médicos rurales y pues rural que se me iba a los seis meses entonces esa platica que se perdía, entonces una vaina muy complicada con el tema de los profesionales.”

Hasta inicios del 2012, el psicólogo que estaba encargado del servicio, durante la inducción al nuevo personal, destinaba 2 horas para capacitar en servicios amigables, una vez salió de la institución, este proceso no se volvió a repetir. Las capacitaciones más frecuentes son las que organiza la SSM sobre temas de actualización relacionados con la Res. 412, de lo cual existe evidencia física, pues se cuenta con los listados de asistencia a dichas capacitaciones. Los jóvenes opinan en su mayoría que el personal es amable en su atención y que este explica siempre sobre los procedimientos que están realizando durante la consulta, califican la atención prestada como excelente y buena en su mayoría y considera que la atención recibida responde a sus expectativas.

No se logró evidenciar hojas de vida del personal ni actas de capacitación al personal de salud.

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

3.1 Indicadores: No se logró evidenciar registros de jóvenes al programa, ni el manejo de indicadores para este servicio. A través de la SSD se conoció el consolidado del año 2011, quienes informaron que toda la información recibida contiene el total de indicadores pero para el programa joven y los registros de servicios amigables son manejados a través de este programa, por lo que es en la SSD, donde extraen lo relacionado al SSAJ.

3.2 Actas de reunión para el mejoramiento continuo: No se tuvo acceso a soportes físicos de reuniones de seguimiento de calidad, y según la información obtenida a través de las entrevistas, no se han realizado dichas reuniones.

3.3 Plan de seguimiento a indicadores: No se evidenció que en esta ESE se realice este tipo de seguimiento.

3.4 Ruta Administrativa:

- ❖ Señalización del servicio al ingreso a la IPS, señalización hacia el servicio desde el ingreso a la IPS hasta la llegada al Servicio: No se evidenció este tipo de señalización en ninguno de los cuatro SSAJ.
- ❖ Sala de Espera: Ninguno de los cuatro SSAJ cuenta con sala de espera independiente.
- ❖ Conocimiento y orientación del portero, del personal de facturación y/o estadística hacia el SSAJ: No se evidenció soporte documental sobre la capacitación realizada en SSAJ para el personal administrativo. Por medio de las entrevistas y la guía de observación se constató que en el Hospital Carlos Carmona y el Centro de Salud Antonio Nariño, el personal administrativo tienen conocimiento y pueden orientar hacia el SSAJ a los jóvenes o población en general, en los otros dos, este personal demostró desconocer sobre los SSAJ. Lo cual lo expresaron de la siguiente manera:

“Mire aquí hay dos maneras, una es que ellos llegan como casi los jóvenes nunca vienen al puesto de salud, entonces ellos llegan y uno los tiene es que ir a atrapar porque si no no se vuelve a presentar esa oportunidad, entonces vienen porque les duele una muela por ejemplo, entonces la niña de la caja, les factura no solamente la cita de odontología sino que también les factura otras cosas, entonces les factura por ejemplo si es una chica, si ella necesita la citología se la factura, la vacuna, la consulta con el médico para hacerle la consulta de joven, le factura los exámenes de rutina dependiendo si le toca, y de planificación familiar una asesoría, entonces ella me manda a mi todo ese paquete, me lo entrega, entonces yo lo que hago es que es una plantilla que tenemos aquí del joven yo tomo los datos y preguntándoles todo esto.”

3.5 Referencia y Contrarreferencia: No se encontró un formato adaptado para el manejo de referencia y contrarreferencia del joven en el SSAJ, ni una contratación especial para ello. En caso de requerirse atención de un nivel superior de atención, el personal informó que el joven entra a la red de servicios estipulada por

su EPS. A través de las entrevistas con la SSM, se conoció la inclusión de esta ESE en la ruta del manejo de VIH y violencia sexual que se tiene estipulada.

3.6 Costos del servicio: Se logró evidenciar que los SSAJ no están incluidos en el plan de desarrollo de esta gerencia y que hasta el 2010 las ESE recibieron aportes económicos por parte de la SSM, dirigidos a este servicio específicamente, pero a partir de ese año, el apoyo económico se suspendió y desde ahí, ha sido decisión de la gerencia de la ESE el continuar con este servicio o no, y es un esfuerzo particular, según lo que informa el personal administrativo, lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“No hay algo que diga para servicios amigables, no. Igual en ningún presupuesto de ninguna de las ESE va a encontrar un presupuesto que diga que servicios amigables del joven, o sea eso está inmerso en lo general de contratación, del presupuesto pues. Pero digamos que ahí el objetivo es encontrar la manera de irlo fortaleciendo.”

Por parte de las Secretarías de Salud tanto Municipal como Departamental, siguen dando apoyo con la entrega de métodos de planificación, y ayudas didácticas. En lo referente a contratación con EPS se tienen contratos de prestación de servicios de promoción y prevención de salud y atención al joven con todas las EPS subsidiadas, con ninguna EPS del régimen contributivo.

Por otra parte durante el periodo 2010 – inicios 2012, se logró tener un ingreso para el SSAJ de esta ESE a través del trabajo con material reciclable por parte de los jóvenes que pertenecían a uno de los grupos manejados por el psicólogo coordinador de este servicio. Ahí encontraron un ingreso adicional, que les permitía realizar actividades sin tener que contar con dineros de la institución, lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“... si es que eso del presupuesto fue una jugada genial, la plata que recogíamos del reciclaje era plata con la que yo trabajaba para jóvenes. Entonces de ahí, que vamos a hacer el mural, las pinturas (...).” “No, no, no, eso nunca se cruzaba con caja, esa plata se la daban a tesorería y tesorería me la guardaba a mí, alcanzamos a tener como un millón y medio y yo nunca tenía que pedirle plata a nadie yo simplemente le pedí a la tesorera y a la persona del reciclaje, yo les decía ve necesito unas pinturas ¿cuánta plata hay? Hay tanto (...).”

4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

Los servicios ofrecidos para la consulta diferenciada en los cuatro SSAJ corresponden a los dispuestos por la Res. 412 más la consulta psicológica. Según la opinión de la mayoría de jóvenes los servicios que más reconocen dispuestos de mayor a menor son los siguientes: Odontología, Consulta en Planificación familiar, Consulta en Medicina General y Consulta en Salud Sexual y Reproductiva con el mismo puntaje y por último Nutrición.

5. PARTICIPACIÓN JUVENIL SOCIAL Y COMUNITARIA

Al momento de las visitas no se evidenció de jóvenes líderes ni multiplicadores, se conoció en las entrevistas que hasta el inicio de este año existía un grupo consolidado, pero en este momento se ha desintegrado, como lo expresan a continuación:

“Ellos eran pero no volvieron desde hace tres meses. Porque ellos se reunían, ellos charlaban, hacían sus actividades, planeaban, había inclusive, habían varios grupos, habían los de la salud, que son estudiantes de los colegios que eran como de 11, esos eran los líderes de cada colegio y ellos implementaban lo que era el aseo, el orden, el respeto todo eso y eso lo multiplicaban en el colegio, venían aquí y el psicólogo les daba la capacitación y ellos iban y chévere. Había otro grupito de pelados más jóvenes creo que de 10 a 13 a ellos les daba lo de prevención de embarazos adolescentes y ellos lo multiplicaban también en los colegios y traían muchos niños más”.

5.1 Coordinación Inter-Sectorial: Se reconoce por parte de la ESE una débil participación de las EPS del régimen Contributivo, una fluctuante participación de la Secretaria de SSM y una fuerte colaboración y direccionamiento por parte de la SSD. No se logró evidenciar convenios con ninguna otra entidad.

7.2.4 Resultados ESE NORTE

7.2.4.1 Origen

1. DISEÑO:

No se logró evidenciar actas de reuniones realizadas para el diseño del SSAJ. Según lo referenciado se conoció que la creación de los SSAJ de esta ESE fue por voluntad administrativa basada en la directriz de implementar los SSAJ en el territorio Colombiano, dada por el Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio

de Salud y Protección Social y por la experiencia conocida en la ESE Ladera. No se logró evidenciar más información al respecto del diseño, porque según lo referido, el personal administrativo que participó en la creación del SSAJ, ya no labora en la institución y se desconoce en el momento, si existe soporte documental de esta creación.

2. PARTICIPANTES DEL DISEÑO

No se logró evidenciar información que soporte la participación del personal de salud de la ESE, jóvenes de la comunidad, miembros de la comunidad, instituciones educativas del sector y padres de los jóvenes. Según información reportada por la administración, los SSAJ de esta ESE están bajo la supervisión de la Subgerencia de promoción y prevención.

Lo anterior fue reportado de la siguiente manera:

“El responsable actual de la estrategia no participó de la etapa de diseño, y no se cuenta con algún funcionario que conozca suficientemente la historia del servicio para saber que estrategias de participación de los jóvenes se emplearon”.

3. IMPLEMENTACIÓN

Según información suministrada en las entrevistas se conoció que el SSAJ de esta ESE inicia hace aproximadamente tres años, inicialmente las actividades que se realizaban eran extramurales en educación en Salud Sexual y reproductiva y las realizaba una psicóloga contratada para tal fin, posteriormente se van involucrando al servicio otros profesionales como la trabajadora social, enfermera para planificación familiar, consulta médica general y odontología hasta completar los servicios que exige la Res. 412 del 2000.

Se evidenció a través de un informe de gestión del año 2011, el desarrollo de actividades del SSAJ de Petecuy III y de Puerto Mallarino, con respecto a este último no se encontró información acerca de su origen, pero dentro de este informe se describen actividades como charlas educativas programadas en los colegios de los sectores aledaños a estas instituciones y participación en actividades municipales, se evidenció que estos SSAJ crearon su propio logo y camisetas. Pero para el año 2012 no se evidenció información acerca de la continuidad del SSAJ de puerto Mallarino, lo cual fue reportado de la siguiente manera:

“(…) sino estoy mal dos años había una persona que la contrataron precisamente para que trabajara en el programa, pero pues no había como claridad en que era lo que tenía que hacer, que incluso fui yo la que le dio orientación a esa persona pero yo desconocía qué era servicios amigables. Pues más o menos la información que yo le di es lo que hace una psicóloga normalmente en cualquier institución de salud, sí, eso fue lo que yo le oriente a ella. Después estuvo otra persona, una trabajadora social que ella fue la que estuvo trabajando en Petecuy precisamente por eso retomamos el programa ahí nuevamente. Ella trabajó, entiendo mucho, en actividades educativas con colegios, ella trabajó más en la parte de sexualidad, de prevención de embarazos, sino estoy mal porque es que la información no nos quedó. (...) Ella estuvo hasta el año pasado como en septiembre, octubre del año pasado. Desde ahí hubo una persona encargada pero la verdad no sé qué paso. La actividad que se venía haciendo se suspendió, creo que fue una enfermera pero realmente la actividad educativa como la que hacía ella no. Fue toda la parte de atención al joven la que continuo haciendo porque eso se hace normalmente pero ya la parte educativa no se continuo, eso se suspendió. Y a partir de que les digo yo, a partir de junio más o menos junio, julio entonces empecé ya yo.”



Fotos extraídas del informe de gestión del 2011 encontrado en la sede administrativa de la ESE

En la actualidad se evidenció la disposición administrativa de reiniciar los SSAJ, durante las visitas de las investigadoras, se encontró el SSAJ de Petecuy III en reactivación, y al momento de terminar la recolección de la información estaba pendiente el inicio de actividades en los puestos de Salud Petecuy II, Puerto Mallarino, la Campiña y Floralia.

Se evidenció que desde el inicio de los SSAJ, se ha tenido alta rotación de personal de salud en la prestación de este servicio, que no se ha realizado un

adecuado empalme pues no se evidenció documentación relacionada, ni ha habido continuidad en el manejo de la información del servicio. La última administración inicio hace 10 meses y desconoce el proceso llevado previamente.

7.2.4.2 Análisis según los componentes de los SSAJ en la ESE NORTE

1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN

1.1 Accesibilidad Geográfica e infraestructura

1.1.1 Accesibilidad Geográfica: Técnicamente el Puesto de Salud de Petecuy III donde funciona el SSAJ se encuentra ubicado en un lugar que la comunidad reconoce fácilmente y orienta hacia su localización; este cuenta con un aviso externo que lo identifica como puesto de salud. Dos de los jóvenes entrevistados consideraron que la llegada al Centro de Salud desde su casa es fácil; pero las condiciones sociales de violencia del Sector, de inseguridad y la existencia de fronteras invisibles restringen en gran medida el acceso a este servicio.

1.1.2 Infraestructura: Esta consulta diferenciada cuenta con un espacio físico para la realización de sus actividades.



1.2 Identificación del Servicio: Se encontró una señal visible dentro de la institución que señala que el SSAJ está ubicada fuera del consultorio donde atiende la psicóloga.



1.3 Ambiente: Dentro del consultorio se encuentran elementos como carteles o avisos diseñados por los jóvenes distribuidos de tal forma que hacen sentir al joven dentro de un espacio más cálido para la atención, en cuanto a este aspecto solo un joven de los que realizaron la encuesta telefónica manifestó que este ambiente es cálido y le da la bienvenida a los jóvenes, los otros dos no lo consideraron así.



1.4 Horarios y Programación de citas:

1.4.1 Adecuación de Horarios: Se encontró que la asignación de horarios de atención fue una decisión administrativa y/o logística, mas no como una adecuación a los horarios en que los jóvenes podían acudir al servicio. Al respecto se refirió lo siguiente:

“La metodología que se ha implementado acá en la ESE que es un poco diferente a la que se implementa en otros lados, es que primero tenemos accesibilidad y oportunidad de atención todos los días porque cada día está disponible uno de los integrantes del equipo de Servicios Amigables, o sea que en los puestos de salud donde está funcionando la población puede acercarse cualquier día a cualquier hora”.

1.4.2 Horarios de Atención:

Cuadro 6. Horarios de atención ESE Norte

Puesto de Salud Petucuy III	Lunes a Viernes de 8 am a 4pm
-----------------------------	-------------------------------

Para la prestación de este Servicio la ESE ha asignado a cada profesional de la salud, un día de la semana como responsable de la captación del joven y de la programación de citas, esto como mecanismo para disminuir la barreras de atención al joven. Esta distribución fue referida de la siguiente manera:

“(…) está los miércoles y los jueves, la psicóloga los martes y la gestora también los jueves. Igualmente cada semana, cada día por ejemplo el lunes me toca a mí estar a cargo del programa o sea que si llega un niño todos me vienen a mí y yo los remite por los diferentes profesionales.

1.4.3. Contacto inicial con la enfermera sin cita: Por la modalidad implementada en este Servicio el contacto inicial del joven se da con el profesional de la salud responsable de la atención al joven para ese día, quien se encarga de asignar las demás citas para el mismo día o las asigna según disponibilidad de agendas. Lo cual fue reportado de la siguiente manera:

“(…) si tengo el espacio libre lo atiendo enseguida sino lo ideal es que como todos estamos manejando el programa digamos cuando está abierto, yo dejo mi agenda acá, entonces le dicen bueno vienes tal día el martes con psicología y me lo anota acá en la agenda. Entonces cuando ya yo llego el martes ya yo tengo ese paciente programado y ya viene y lo atiendo de una vez con carné o sin carné. Qué pasa? que ya la segunda cita si tiene carné le doy una autorización, autorización para psicología en este caso en su EPS.”

Dos de los jóvenes encuestados manifestaron conocer que pueden asistir al SSAJ sin cita previa.

1.4.4 Atención a Jóvenes independiente al tipo de afiliación al SGSSS: Todos los jóvenes que respondieron la encuesta telefónica estaban afiliados a EPS del régimen Subsidiado e igualmente coincidieron en que se requiere tener afiliación a alguna EPS para poder recibir atención en el SSAJ; según la información brindada por el personal administrativo se confirma que se atienden jóvenes de EPS-S y a PPNA. No se evidenció atención a jóvenes del régimen contributivo excepto por

los registros de asistencia y tamizaje que se llenan cuando se realizan charlas a los jóvenes en las entidades educativas.

1.4.5 Tiempo Mínimo de Consulta: La citas con médico general que atiende a los jóvenes es de 20 minutos y los jóvenes encuestados respondieron que conseguir una cita es fácil y el tiempo de espera para la atención no es ni demorado ni mínimo registrándolo como una demora normal.

1.4.6 Programación de Citas Telefónicas: En esta ESE no hay programación telefónica de citas.

1.5 Habilitación de los Servicios:

- ❖ **Habilitación:** Según información verbal se conoce que la ESE está habilitada por Secretaría de Salud Departamental.
- ❖ **Resolución 412 del 2000:** El SSAJ trabaja bajo el lineamiento de esta resolución.

1.6 Reconocimiento del Servicio

1.6.1 Estrategia de Comunicación para promocionar el SSAJ: No se evidenciaron durante la visita carteles dentro de la institución que promocionen el servicio, ni de material POP específico del SSAJ, se conoció por un reporte de gestión del 2011, que este SSAJ había diseñado su propia camiseta y logo, pero al momento de la recolección de la información no se evidenció continuidad en el manejo de estas estrategias publicitarias.

Los jóvenes que participaron en la encuesta, respondieron en cantidad igual que conocieron este SSAJ a través de un amigo o familiar, por la EPS, ó por el colegio.

1.6.2 Mensajes que animan a los jóvenes a llevar a sus pares: Dentro del consultorio se encontró un cartel animando a los jóvenes a llevar a sus pares, pero en la sala de espera o en otras instalaciones de la institución no se evidenciaron.

1.6.3 Anuncios que explicitan que la atención es confidencial: No se evidenció la existencia de estos anuncios.

1.6.4 Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes: No se evidenció este tipo de información.

1.6.5 Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio: Dos de los jóvenes encuestados reportaron conocer los horarios de atención, y respondieron que este horario asignado no se ajusta a los momentos que tienen disponibles y que pueden acudir.

1.7 Oportunidad en la atención: Según la información suministrada por el personal, se intenta asignar las citas para el mismo día o según la disponibilidad de agendas.

2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1 Capacitación en los Servicios Amigables: No se logró evidenciar hojas de vida ni actas de capacitación al personal de salud. La coordinación del SSAJ de Petecuy es realizada por una psicóloga quien trabaja hace algunos años para la ESE, pero hace 4 meses le fue encargada esta misión, según refiere desde hace 2 meses y medio ha empezado a documentarse y profundizar en el manejo de los SSAJ, relata que no ha recibido la formación oficial avalada por la SSD y el Ministerio de la Protección Social (MPS), lo cual relata de la siguiente manera:

“Claro, ya he ido leyendo y ya me ha tocado empezar a sacar, pues extraer material para darle a los funcionarios, estoy en esa revisión”.

“No, solo me entregaron el manual, me lo entregó la persona que está encargada de la Secretaría que es el que estoy revisando ahorita y el otro alguien me lo entregó aquí.”

Esta persona es la encargada de la capacitación al personal de salud y administrativo que tiene que ver en la ruta de atención al joven, pero según lo mencionado anteriormente, esto todavía no se realiza conforme el modelo lo estipula, lo cual quedó registrado de la siguiente manera:

“El personal que realiza las labores asistenciales no han sido especialmente capacitados en la estrategia, solo el personal responsable del servicio conocen los lineamientos (psicóloga y médico)”.

“(…) o sea, que tengan la educación clara como una capacitación, un entrenamiento, no”. Lo estamos haciendo todos al mismo tiempo, yo leyendo, revisando, indicándoles algunas cosas y apenas ya tenga todo lo que se necesita ya entregándoles toda la información así como más sencilla porque el manualito siempre es gordito entonces uno sabe que ellos no lo van a leer todo. Entonces solo como lo indispensable, lo que se requiere para las

asesorías, porque el manual plantea en caso de asesoría para VIH qué hay que preguntar, qué hay que tener en cuenta, o sea, da como todos los pasos.”

“(…) Que estén capacitados no, no hay ninguna capacitación no hay nada, pero hay algo que de pronto si ha sido es que es gente que de pronto no tenga la preparación pero tiene la actitud.”

Al relacionar las actitudes del personal de salud percibida por los jóvenes encuestados en la ESE, dos contestaron que personal es amable en su atención, que cada procedimiento que van realizando les es explicado y que la atención responde a sus expectativas, calificando la atención recibida por parte de este personal como buena y regular, ninguna como excelente ni mala y dos coinciden en que la forma de atención de este servicio, promueve e invita amigablemente a los jóvenes a hacer uso del servicio.

El personal de salud que atiende a los jóvenes es multifuncional ya que son responsables de la ejecución de varias misiones, como atención a embarazadas, adulto mayor y todos los programas de Promoción y Prevención.

2.1.1 Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Res. 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el adulto joven: Se evidenció que el personal asistencial conoce y maneja la Res. 412 del 2000 sobre todo porque estos son los servicios que están codificados y en tal sentido los que generan facturación.

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

3.1. Indicadores del SSAJ: Se obtuvo acceso a un registro en donde aparece el total de jóvenes atendidos por la red de 10 a 29 años, el total de jóvenes remitidos al programa “Servicios Saludables”, el consolidado del año 2011 y registro mensual de consulta al joven de Enero hasta Septiembre del año 2012. Además se obtuvo acceso al número de usuarios de anticoncepción por edad, sexo y método, número de consultas del joven primera vez y control de este año. Se hace mención al formato A4 como formato a diligenciar para enviar el reporte de indicadores de los SSAJ a la SSM, pero refieren que el diligenciamiento de este nuevo formato es complicado y están a la espera de recibir una capacitación por parte de la SSM. En cuanto al registro de estos datos la información quedó consignada de la siguiente manera:

“(…) a partir del mes de Noviembre se viene recolectando la información sobre la estrategia, principalmente relacionada con la producción de servicios de salud para reportar al Ministerio de Salud. Como es reciente el requerimiento todavía no conocemos el formato y la información que nos solicitan.”

3.2 Actas de reunión para el mejoramiento continuo del SSAJ: No se logró evidenciar estas actas de seguimiento y según lo referido estas no se realizan.

3.3 Plan de Seguimiento a indicadores del SSAJ: En esta ESE no se evidenció plan de seguimiento.

3.4 Ruta Administrativa:

- ❖ Señalización del Servicio al ingreso a la IPS, señalización hacia el servicio desde el ingreso a la IPS hasta la llegada al Servicio: No se evidenció esta señalización en ninguno de los SSAJ.
- ❖ Sala de espera: No se evidenció sala de espera independiente.
- ❖ Conocimiento y orientación del personal administrativo: Se evidenció que el portero del SSAJ de Petecuy III, el personal de archivo y de facturación conocen del servicio y dirigen hacia él a los jóvenes, no fue posible documentar la existencia de actas de capacitación en el SSAJ para este personal. No se evidenció la estrategia de demanda inducida donde el personal de salud del SSAJ capta los jóvenes en el Centro de Salud encargándose de la facturación y asignación de citas, para evitarle al joven este trámite.

3.5. Referencia y Contra-referencia: En esta ESE la valoración por psicólogo está condicionada a la modalidad de contratación con las EPS. Lo cual quedo referenciado así:

“(…) se tiene convenio con Emssanar y para atención de PPNA (vinculados) para hacer la consulta de psicología y trabajo social sin que medie autorización de la EPS-S, para las demás se requiere autorización de la EPS”.

Esto constituye una barrera para la atención del joven pues limita la oportunidad en la atención.

Se encontró que en la ruta Municipal de manejo de casos de VIH y de Violencia Sexual se incluye a las instituciones de esta ESE; no se encontró un formato especialmente adecuado para la referencia y contra-referencia del joven del SSAJ ni una contratación especialmente determinada para ello.

3.6 Costos del Servicio: No se logró evidenciar que los SSAJ de esta ESE estén incluidos dentro del plan de desarrollo de la gerencia ni que tengan designado un presupuesto específico, lo cual se registró de la siguiente manera:

“No existe un presupuesto específico, pues todas las acciones que se realizan hacen parte de los programas de la Subgerencia de PyP y cuentan con recurso asignados en el presupuesto para tal fin”.

En cuanto a la contratación con las EPS se reportó que se tiene con contratos de prestación de servicios de promoción y prevención de salud y atención al joven con las EPS del régimen subsidiado, con ninguna EPS del régimen contributivo; para la cobertura de la PPNA con la SSM; pero ninguna de estas contrataciones contempla una partida presupuestal específica para los SSAJ.

Los jóvenes encuestados telefónicamente respondieron estar afiliados a las EPS-S de Emssanar. La atención a los jóvenes está enmarcada dentro del programa de P y P y en tal sentido no cancelan dinero por la cita.

4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

4.1 Servicios ofrecidos por modalidad de atención: Este SSAJ funciona según la modalidad de consulta diferenciada; se logró evidenciar que se prestan todos los servicios exigidos por la resolución 412 del 2000, pero la característica fundamental de la consulta diferenciada, que es la prestación de la atención por parte de un profesional de la salud formado en Servicios Amigables, para esta ESE no se aplica con integralidad pues la atención está condicionada por la modalidad de contratación con las EPS-S y porque el personal que actualmente está atendiendo a los jóvenes no ha sido oficialmente formado en SSAJ.

En cuanto a la prestación de los servicios ofrecidos los jóvenes encuestados identificaron en mayor cantidad los servicios de consulta con médico general, enfermería, planificación familiar, y en menor cantidad odontología, psicología, salud sexual y reproductiva de enfermedades de transmisión sexual.

5. PARTICIPACIÓN JUVENIL SOCIAL Y COMUNITARIA

5.1 Participación Juvenil: Durante la ejecución de la investigación no se logró evidenciar el funcionamiento de grupos de jóvenes multiplicadores, se conoció que como una nueva estrategia (motivado por las condiciones sociales de violencia e

inseguridad), se pretende realizar convenios estratégicos con las instituciones educativas del sector (se evidenció la asistencia solo a una de ellas), con el objetivo de educar a los jóvenes en Salud Sexual y Reproductiva, identificar a los jóvenes en mayor riesgo psicosocial, para priorizar la atención sobre ellos e identificar a jóvenes líderes y con estos últimos crear el grupo de jóvenes multiplicadores de la ESE. Esta información fue relatada de la siguiente manera:

“Estamos precisamente haciendo alianzas con los centros educativos, entonces hacemos los procesos, las jornadas que hemos denominado jornadas de la juventud con calidad de vida. En esas jornadas ellos mismo van a exponer a sus compañeros los temas sobre sexualidad con responsabilidad entonces se llevan unos programas y unas charlas pero lo más importante es que ellos construyan el conocimiento que le van a transmitir a sus compañeros, de modo que eso es lo que estamos haciendo.”

Se logró contactar a un joven líder del sector que en el pasado fue formado en SSAJ quien manifestó que debido al continuo cambio de personal de salud que presta el SSAJ, el servicio ha disminuido su impacto en la formación de jóvenes, mas sin embargo este joven líder, hoy en día hace parte de la mesa de participación social, según lo referido en las entrevistas.

No se evidenció participación de jóvenes desescolarizados.

5.2. Participación Comunitaria: No se evidenció participación de la comunidad en el SSAJ de esta ESE. Pero se refirieron que han realizado jornadas de salud y charlas lo cual fue consignado así:

“Se han realizado jornadas de salud con diferentes instituciones educativas y algunos sectores vulnerables de la comuna 4 y 6”.

5.3 Coordinación Inter-Sectorial: Se reconoce por parte de la ESE una contratación con las EPS del régimen Subsidiado bajo diversas modalidades, ninguna participación de las EPS del régimen Contributivo, la participación de la SSM y SSD en lo referente con el envío de los indicadores de los SSAJ y en algunas capacitaciones.

En lo relacionado a la participación o trabajo conjunto con los demás sectores de la sociedad no se logró evidenciar algún convenio activo en el momento de la recolección de la información; a continuación se transcribe según lo referido, la posición administrativa relacionada con el tema:

“(…) a que instituciones hemos tocado la puerta: Instituto Popular de Cultura, ellos tienen cuenteros, títeres, marionetas, pintura, entonces que ellos ofrezcan esas posibilidades. Con el Sena también para que se ofrezcan cursos técnicos y pueden complementar la formación que ellos están recibiendo. La cruz roja, hay muchos que tienen inclinaciones para los servicios sociales, entonces se pueden vincular con la Cruz Roja, de hecho la Cruz Roja les envió al Pedro Antonio Molina una propuesta para hacer una alianza estratégica también Cruz Roja-Pedro Antonio Molina para formar socorristas, paramédicos, en el Pedro Antonio Molina sin necesidad de que se tengan que desplazar los educandos de modo que eso es un producto muy bueno de esa alianza estratégica que nosotros hicimos con el Pedro Antonio Molina, nosotros vamos a todas estas partes pues tocando puertas tratando de que se vinculen. Clubes deportivos, ese día tuvimos allá una demostración de patinaje artístico y de patinaje de competencia entonces esto es con el fin de que las niñas y niños pues vean esto y se motiven. Estuvieron también de los polideportivos ofreciendo los servicios, allá tienen escuelas para que enseñen a lo que se quieran vincular como deportes acuáticos. Entonces estamos intentando que por ejemplo la Secretaría de Deporte de Cali, la Secretaría de Educación, la Secretaria de Desarrollo Cultural o de Desarrollo Comunitario. Porque la única forma de lograr un impacto es trabajando así intersectorialmente.”

7.2.5 Resultados ESE CENTRO

7.2.5.1 Origen

1. DISEÑO

Los SSAJ en esta ESE inician por decisión del gerente de acogerse a este modelo que se estaba aplicando en la ciudad de Cali, porque debido a la experiencia que conocieron de la ESE Ladera se dieron cuenta del impacto e incentivo que significaba para los jóvenes en cuanto a temas de planificación familiar, reducción de embarazos en adolescentes, disminución de sustancias psicoactivas, entre otras, que son comunes en los sectores donde la ESE Centro hace presencia. Por ese motivo la gerente eligió a una persona de esta ESE para que se hiciera cargo de conocer y dar vida a los SSAJ, esa persona fue una funcionaria que ya se encontraba vinculada a la ESE, de profesión psicóloga social. Es ahí donde empieza a indagar, acude a la ESE Ladera para conocer en qué consistían estos

servicios, poco a poco fue entendiendo su funcionamiento y se dieron cuenta que se trataba de un componente del programa joven y ahí empezó el desarrollo.

“Los Servicios Amigables se crearon aquí porque resulta de que por norma todas las empresas tienen que tener Servicios Amigables y entonces nos dimos a la tarea de ir a buscar donde funcionaban los Servicios Amigables que es en la Red de Salud Ladera, que son los que tienen experiencia desde el 2006. Entonces me di a la tarea de ir a hablar con la gente, de investigar, de darnos cuenta, porque pues en fin, no sabíamos que eran los servicios y no estábamos capacitados, apenas estábamos como soñando”.

Posteriormente inició la capacitación, pues hasta ese momento no había personal capacitado en el tema en esa ESE. A través de la SSD recibe el diploma en manejo de SSAJ, que se pudo constatar en la revisión documental y basándose en la estadística de cantidad de jóvenes embarazadas que fueron a consulta y embarazos no deseados en esa ESE durante el año anterior, tuvieron así un diagnóstico para iniciar el primer SSAJ en mayo del 2011.

2. PARTICIPANTES DEL DISEÑO

El primer SSAJ nace en el Centro de Salud del Obrero con el apoyo del gerente, la jefe encargada del centro de salud y la psicóloga coordinadora del servicio.

“tiene bastante apoyo de la administración sino lo tuviera pues no estuviera siendo ejecutado”.

3. IMPLEMENTACION

El primer SSAJ nace el 12 de mayo del 2011 en el Centro de Salud del Obrero, bajo la modalidad de consulta diferenciada, de eso no se logra evidenciar el soporte físico como acta de inicio o de constitución. La labor de este SSAJ inicia buscando los primeros contactos con actores del sector, entre los cuales está la Institución República de Argentina con quienes se hizo un primer acercamiento a través de la Jefe encargada del Centro de Salud. Adicional a ello, se vinculan otras personas al equipo como un psicólogo que inicia como practicante, y la trabajadora social. Teniendo un poco fortalecido este servicio se crea el SSAJ en el Hospital Primitivo Iglesias, donde ha sido un poco más difícil, porque se trata de una población más grande, es mucho personal administrativo con alta rotación lo cual fue referido de la siguiente manera:

“(…) apenas se está metiendo como el cuento a todas las personas aunque aquí ya saben que aquí está el Servicio Amigable pero todavía no se ha creado la conciencia de que el día miércoles es exclusivo para los jóvenes, entonces me le están metiendo consulta al médico de adultos, entonces tengo yo que ir a hacer la demanda inducida en toda la fila”.

Posterior a ello crean el SSAJ del Centro de Salud El Rodeo en el 2011, que es un servicio que ha sido difícil de desarrollar, porque según lo referido, la zona en donde está ubicado es difícil, hay riesgo por violencia y en los colegios no han tenido la misma acogida ni por profesores ni por los jóvenes. Para el año 2012 nace el SSAJ del Centro de Salud de Cristobal Colón, servicio que fue más fácil implementar dada la experiencia previa y por el conocimiento y apoyo por parte del personal administrativo, quien fácilmente asigno espacios físicos y recursos para su implementación, pero falta fortalecer la participación juvenil y comunitaria de este sector.

Todos los SSAJ operan bajo la modalidad de consulta diferenciada, pero con proyección de convertirse en Unidades Amigables especialmente en los servicios de Cristóbal Colón y Obrero, donde se tiene un trabajo adelantado en la adecuación y decoración de los espacios, pues han sido con ideas de los jóvenes.

La decisión de comenzar estos SSAJ en estos Centros de Salud, fue administrativa sustentado en que son los más grandes de la red y que cuentan con Atención Medica Permanente (AMA).

No se logró evidenciar actas de implementación ni de reunión para el inicio de estos SSAJ.

7.2.5.2 Análisis según los componentes de los SSAJ en la ESE CENTRO

1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN

1.1 Accesibilidad geográfica e Infraestructura:

1.1.1 Accesibilidad Geográfica: Los cuatro SSAJ funcionan al interior de los Centros de Salud que la comunidad reconoce y fácilmente orienta hacia su localización; estas cuentan con un aviso externo que los identifica como centro de salud. La gran mayoría de los jóvenes entrevistados consideró que la llegada desde su casa es fácil.

1.1.2 Infraestructura: Los SSAJ cuentan con espacios que se comparten con otros servicios, pero se vuelven exclusivos para la consulta de jóvenes los días que tienen destinados en la semana en cada sede.

1.2 Identificación del servicio: los cuatro SSAJ cuentan con señal visible que indica que atienden a jóvenes.



1.3 Ambiente: A pesar que el modelo no estipula una diferenciación específica para la consulta diferenciada, los servicios de Obrero, Colón y del Hospital Primitivo Iglesias, cuentan con un ambiente diseñado por los jóvenes, lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“Entonces nos dimos a la tarea de con estos mismos muchachos empezar a hacer el trabajo de ellos qué querían ¿no? Empezamos a escuchar, hicimos lluvia de ideas, qué querían, cómo querían, el sitio, que los colores, que cómo era el logo, empezamos a hacer ese trabajo y ahí fue donde salieron los colores, escogidos por ellos, el logo, también con el apoyo de comunicaciones de acá de la empresa y entonces nos ayudaron a hacer el logo. El logo es de representación de todos los jóvenes entrelazados unos con otros y sacando adelante como este proyecto. Ese es más o menos el significado del logo que en este momento la institución, toda la ESE Centro tiene un Servicio Amigable, o sea, un sitio especial y pintado igual del mismo color.”





Todos los jóvenes encuestados coinciden en que el ambiente es agradable y da la bienvenida a adolescentes y jóvenes.

1.4 Horarios y programación de citas

1.4.1 Horarios de atención: Este no es un factor que estipule el modelo para las consultas diferenciadas, pero ellos tienen distribuido en la semana, un día de atención en cada uno de los SSAJ así:

Cuadro 7. Horarios de atención ESE Centro

Centro de Salud el Rodeo	Lunes de 7 am a 12 pm
Centro de Salud del Obrero	Martes de 7 am a 12pm
Hospital Primitivo Iglesias	Miércoles de 7 am a 12 pm
Centro de Salud de Cristobal Colón	Viernes de 7 am a 12 pm

La Forma como decidieron los horarios, según palabras de una de las funcionarias de la ESE Centro fue:

“La gerente dice que ella quiere que en los sitios donde haya AMA estén los servicios amigables y uno de los centros de salud donde hay AMA es El Rodeo, entonces se consiguió que, empezó así entonces por sorteo, dijimos que El Rodeo el lunes, el martes El Obrero, el miércoles El Primitivo y el viernes Colón”.

1.4.2 Contacto inicial con enfermera sin cita: En los cuatro SSAJ se evidenció que los jóvenes son atendidos sin cita previa, pero cuando van en los días que está dispuesto el servicio amigable tienen la ventaja que los atiende el equipo que se ha ido disponiendo para este servicio, de lo contrario es atendido por otro personal de la institución, quien se encarga de hacer la vinculación del joven al programa, lo cual fue registrado de la siguiente manera:

“Que ellos tienen acceso a un médico solo para ellos, un médico que solo atiende jóvenes, un psicólogo que solo atiende jóvenes, una enfermera o una auxiliar en enfermería que solo atiende jóvenes, o sea que son espacios exclusivamente para ellos.”

1.4.3 Atención a adolescentes y jóvenes independientemente del tipo de afiliación al SGSSS: Todos los jóvenes encuestados contaban con afiliación a una EPS, pero según la información del personal, atienden a todos los jóvenes pertenecientes a EPS del régimen subsidiado y población pobre no afiliada (PPNA).

“Aquí o son vinculados o son subsidiados y nada les cuesta, no tiene ningún costo, ni los métodos de planificación, ni las charlas, ni la consulta, ni las cuestiones de psicología”

Frente al régimen contributivo, no se ha podido articular con el servicio, lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“Bueno, contributivo si digamos que no se ha hecho esa articulación, nosotros en algún momento en las reuniones a nivel departamental, se hacia ese trabajo de socializar, pero contributivo nunca va a las reuniones entonces uno queda así como (...) si de pronto se hace una revisión, en estas instituciones educativas que uno encuentra para poder que estos jóvenes tengan los beneficios pero la queja de ellos es: no allá no hay nada de lo que ustedes nos dicen acá o lo que ustedes nos ofrecen.”

1.4.4 Tiempo mínimo de consulta: La consulta se evidenció que es de 30 minutos en los cuatro SSAJ de esta ESE.

1.5 Habilitación de los servicios: Según información verbal se conoce que la ESE está habilitada por SSD y trabajan bajo el lineamiento de la Res. 412 del 2000.

1.6 Reconocimiento del Servicio

1.6.1 Estrategia de comunicación: En esta ESE cuentan con un logo representativo diseñado por los jóvenes, cuentan con material POP en los SSAJ de Obrero, Primitivo Iglesias y Colón, y tienen su propia página en Facebook, donde publican fotos de sus actividades e invitan a la comunidad a hacer parte de este grupo.

Los jóvenes que respondieron la encuesta la mayoría manifestaron que la forma como conoció el servicio a través de un amigo o un familiar y en segundo lugar, por el personal de salud del SSAJ.

<http://www.facebook.com/pages/Servicios-Amigables-ESE-centro/235847883112036?fref=ts>



1.6.2 Mensajes que animan a los jóvenes a llevar a sus pares: En ninguno de los cuatro servicios se encontró este tipo de mensajes.

1.6.3 Anuncios que explicitan que la atención es confidencial: No se evidenciaron avisos que explicitaran que la atención es confidencial, en ninguno de los cuatro SSAJ.

1.6.4 Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes: En esta ESE cuentan con apoyo de la comunidad en el SSAJ del Centro de Salud del Obrero, y con ellos realizan actividades de capacitaciones y talleres para la comunidad. También a través del Facebook convocan e invitan a los jóvenes a hacer parte del SSAJ.

1.6.5 Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio: En los cuatro SSAJ los horarios son conocidos por la gran mayoría de los jóvenes y se ajustan a los horarios en que ellos pueden asistir según lo consignado en las encuestas.

1.7 Oportunidad en la atención: Según lo reportado por el personal de salud de esta ESE, la mayoría de los jóvenes nuevos que llegan al servicio son atendidos inmediatamente por la coordinadora del servicio para iniciar con la inducción al programa, y si hay oportunidad inmediata de atención con el médico y/o la psicóloga se incluye en la agenda del día, si no, se programa para la consulta en un tiempo no mayor de ocho días.

También se evidenció la estrategia de demanda inducida donde la coordinadora del SSAJ va a las salas de espera y capta a los jóvenes invitándolos amigablemente a la consulta del joven, encargándose inmediatamente de la facturación del servicio, de la programación de exámenes de laboratorio y programarles la cita con el personal de salud, para evitarle al joven ese trámite y porque así completa la cantidad de citas dispuestas para la atención de jóvenes en la consulta del médico y evitar con ello que el mismo personal de facturación incluya en esos horarios consultas para otro tipo de población.

2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SSAJ

2.1 Capacitación en SSAJ: Según la información recolectada en las entrevistas se conoce que la Coordinadora de los SSAJ recibió formación en Servicios Amigables después de haber iniciado los servicios y que esta fue realizada por la SSD, que por autogestión realizó un diplomado en Salud Sexual y reproductiva y que ha asistido a diferentes actualizaciones o charlas referentes con salud sexual y reproductiva y a temas relacionados con la resolución 412, brindadas por la SSM (lo cual se evidenció en registros de asistencia en la SSM). No se encontró un protocolo de capacitación en servicios amigables, programación anual de las mismas ni registros de asistencia a capacitaciones. La coordinadora es tanto administrativa como operativa.

También se evidenció que ha recibido asesoría por parte de la coordinadora de los SSAJ de la ESE Ladera y el acompañamiento de la SSM quienes realizaron una auditoría del SSAJ de Primitivo Iglesias, calificando el grado de desarrollo del mismo mediante una lista de chequeo, pero este formato no referencia la fecha en que fue realizado, ni un consolidado de resultados, ni sus respectivas recomendaciones y/o establecimiento de seguimiento.

La Coordinadora es la encargada de la capacitación a todo el personal de la institución relacionada con el SSAJ de la ESE; del personal de salud cuenta con el apoyo de dos psicólogos, uno de ellos recientemente nombrado como psicólogo exclusivo del servicio amigable, con el médico rural a quien se le asignó medio tiempo para la atención de los SSAJ y con quien se tiene la dificultad que sólo está un año y al finalizar este periodo tiene que volver a realizar toda la capacitación y sensibilización en Servicios Amigables al nuevo médico asignado; y con la trabajadora social quien brinda apoyo en temas específicos pero no hace parte del servicio. No cuenta con el apoyo de una enfermera jefe exclusiva para el servicio y

relata que el personal de salud más resistente al trabajo con los jóvenes es el de enfermería. Hace referencia al alto grado de dificultad y “lucha” para lograr asignación de tiempo de los profesionales de salud para la conformación del equipo de trabajo. En cuanto a la capacitación del personal administrativo refiere mucha resistencia por parte de este personal al manejo del joven, siendo esto último hasta el momento más que un logro un obstáculo para los SSAJ de esta ESE.

Al relacionar las actitudes del personal de salud percibidas por los jóvenes encuestados en la ESE, gran mayoría de estos contestaron que el personal es amable en su atención, que cada procedimiento que van realizando les es explicado y que la atención responde a sus expectativas, calificando la atención recibida por parte de este personal como excelente o buena y ninguna como regular o mala y todos coinciden en que la forma de atención de este servicio, promueve e invita amigablemente a los jóvenes a hacer uso del servicio.

No se logró evidenciar hojas de vida del personal ni actas de capacitación al personal de salud.

2.1.1 Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Res. 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el adulto joven: Se evidenció que el personal asistencial conoce y maneja la Res. 412, pues estos son los servicios que generan ingresos a la ESE y están codificados facilitando así la realización de la facturación, ante lo cual se refirió lo siguiente:

“Aquí es la única forma de nosotros, porque pues lo que dice la gerente es real, pero ella desde lo administrativo de pronto habla porque de verdad que esto no representa plata para la empresa porque nosotros atendemos los que es la 412 que da plata pero lo que es los Servicios Amigables como tal, no generan nada”.

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

3.1. Indicadores del SSAJ: Inicialmente la Coordinadora hace referencia a que no se lleva registro de indicadores de los SSAJ lo cual relata de la siguiente manera:

“...Pero en la parte de indicadores, sistema de gestión de calidad, no tenemos ningún indicador que nos permita a nosotros medir el impacto de este programa como tal.”

Al indagar detalladamente refiere que se hace una evaluación y que estos reportes son enviados a la SSM. En la revisión documental se obtuvo la información del

Formato A4 (Formato de autoevaluación del SSAJ diseñado por el Ministerio de Protección Social) del año 2011, siendo la única ESE en la cual se encontró esta información, en este formato electrónico se evidenció el registro consolidado de los indicadores de los SSAJ de esta ESE; se desconoce el por qué este reporte no está incluido en el informe de indicadores que la SSD aportó a la investigación donde está incluido el consolidado de indicadores de las ESE Ladera, Sur-oriente y Oriente para el mismo año. También se logró evidenciar el número de consultas de primera vez y/o de control por medicina general al joven del mes de febrero a Octubre del presente año.

3.2. Actas de reunión para el mejoramiento Continuo para el SSAJ: No se logró evidenciar estas actas de seguimiento y según lo referido estas no se realizan.

3.3 Plan de Seguimiento a indicadores del SSAJ: En esta ESE no se evidenció.

3.4 Ruta Administrativa:

- ❖ Señalización del servicio al ingreso a la IPS, señalización hacia el servicio desde el ingreso a la IPS hasta la llegada al Servicio: En ninguno de los cuatro SSAJ se evidenció este tipo de señalización.
- ❖ Sala de Espera: En cuanto a una sala de espera en el SSAJ del Obrero y de Cristóbal Colón se encontró una sala de espera independiente para los jóvenes, separada de los demás servicios.
- ❖ Conocimiento y orientación del portero, del personal de facturación y/o estadística hacia el SSAJ: En el centro de salud del Obrero el personal cumple con estas características, en los Centros de Salud del Rodeo y de Cristóbal Colón, el personal hace referencia al programa joven para dirigir hacia el SSAJ, y en el Hospital Primitivo Iglesias se desconoció el Servicio orientando hacia el área de información. Lo cual es ratificado por la coordinadora del servicio quién argumenta que el proceso de sensibilización del personal del Obrero, por ser el que lleva más tiempo funcionando, es el que más avances ha tenido y en los demás, la dificultad se ha presentado en la alta rotación del personal contratado, lo cual fue referenciado de la siguiente manera:

“(…) en el Obrero ya está superado, en El Rodeo lo teníamos superado y nos cambiaron el (...) Primitivo porque se maneja tanto cajero y tanta gente acá ha sido muy difícil pero hoy ya el jefe dio la orden de que los que yo coloque ahí me los tienen que atender. Por lo menos estaba el jefe ahora y eso fue una ayuda”.

No fue posible documentar la existencia de actas de capacitación en SSAJ a este personal.

3.5. Referencia y Contra-referencia: Se encontró que en la ruta Municipal de manejo de casos de VIH y de Violencia Sexual se ha incluido la ruta del SSAJ de esta ESE; no se encontró un formato especialmente adecuado para la referencia y contra-referencia del joven del SSAJ en esta ESE, ni una contratación especialmente determinada para ello; una vez que el joven requiere una remisión, entra al manejo habitualmente estipulado por su red de prestación de servicios y/o por su EPS.

3.6 Costos del Servicio: Los SSAJ de esta ESE no están incluidos dentro del plan de desarrollo de la gerencia ni tienen designado un presupuesto específico, el apoyo en cuanto a la creación, implementación y dotación de estos servicios por parte de la gerencia ha sido motivada por la solicitud por parte del Ministerio de crear SSAJ en todo el territorio Colombiano y como la extensión de estos servicios en el municipio, pero principalmente se ha logrado avanzar en la implementación de estos, gracias a los buenos resultados financieros de la ESE en los últimos dos años, lo cual fue relatado de la siguiente manera:

“Nosotros hemos tenido un manejo financiero adecuado de la empresa la cual encontramos con unos problemas financieros cuando llegamos aquí, en este momento tenemos un superávit con el que venimos del año pasado y este año también vamos a tener un superávit, eso nos ha permitido a nosotros tener inversiones no solamente en infraestructura sino también en vinculación de personal y en equipos. Ahora estamos haciendo una inversión grande en Hospital Primitivo Iglesias y pensamos seguirlo haciendo en otros Centros de Salud, pero esto no es financiado por ningún rubro, que financie los Servicios Amigables de Salud. Es un interés de la gerente llevarlo a cabo como una forma de retribuirle a la sociedad y en este caso a impactar en los jóvenes que es tan importante, entonces lo que nosotros queremos ver es que no se embaracen las adolescentes, que disminuya el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes y sobre todo va dirigido a esas personitas que aún no han probado el uso de esas sustancias, que se puedan interesar en obras de arte, en grupos, en Facebook y todas esas cosas que les gustan a ellos”.

No se ha recibido aporte económico por parte de la SSM (sólo ha dado apoyo logístico y de capacitación). En lo referente a contratación con EPS se tienen contratos de prestación de servicios de promoción y prevención de salud y atención al joven con todas las EPS subsidiadas, con ninguna EPS del régimen contributivo; para la cobertura de la población pobre no asegurada (PPNA) con la

Secretaria de Salud Municipal; pero ninguna de estas contrataciones contempla la una partida presupuestal específica para los SSAJ.

Todos los jóvenes encuestados manifestaron tener afiliación a EPS-S, siendo Coosalud la que mayor cantidad de jóvenes contestaron estar afiliados. La atención a los jóvenes está enmarcada dentro del programa de P y P y en tal sentido no cancelan dinero por la cita.

4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

4.1 Servicios ofrecidos por modalidad de atención: para la oferta de servicios individuales se brindan todos los servicios exigidos por la resolución 412, adicionalmente a esto en los cuatro SSAJ se ofrece la consulta por psicología. En la oferta de servicios colectivos como estrategia, se han realizado alianzas con los colegios donde los jóvenes cumplen en los SSAJ, sus horas de labor social:

“Junto a la Institución Educativa República de Argentina hemos venido tratando una mesas de trabajo que estamos haciendo en cómo lograr mejorar el servicio y entonces para esto, digamos que lo que es nuestra segunda promoción ya pasamos casi un año con la primera donde hay errores, hemos mejorado muchas cosas, y ahora el programa se ha extendido porque ya pretende el próximo año ya no estar solo con 22, 23 chicos sino que van a hacer 50-55. Porque ya de alguna forma el proyecto se ha conformado en la Institución República de Argentina como obligatorio para los chicos que deben de cumplir sus horas en labor social. Entonces de esta forma empezamos a arrojar resultados, ¿en qué falla? ¿En qué vienen fallando ellos? ¿Cómo ha sido el proceso de ellos en décimo? ¿Cómo se han comportado en los años que vienen? Entonces se viene haciendo un trabajo de observación para ver como los Servicios Amigables han tocado a estos chicos.” “Porque ellos se convierten en multiplicadores de eso dentro de su institución y dentro del marco social en el que se desenvuelven.”

Respecto al reconocimiento de los servicios, los jóvenes encuestados respondieron que el servicio que más identifican es el de la consulta con médico general, seguido por odontología y luego el de planificación familiar, psicología, asesoría en Salud Sexual y Reproductiva, y en asesoría en Enfermedades de Transmisión sexual.

5. PARTICIPACIÓN JUVENIL SOCIAL Y COMUNITARIA

5.1 Participación Juvenil: En el SSAJ del Obrero se tiene alianza estratégica con un Colegio, ahí los jóvenes son capacitados en Servicios Amigables por parte del personal del SSAJ como parte de su cumplimiento de sus horas de labor social, convirtiéndolos en líderes multiplicadores; se logró evidenciar el trabajo de un grupo de estos jóvenes durante las visitas de las investigadoras. Adicionalmente se les permitió decorar y pintar los consultorios de acuerdo a sus gustos, la creación de su propio logo y diseño de camisetas y/o pulseras. En los demás SSAJ de la ESE esto hasta el momento no se realiza, pero se evidenció que se han hecho contactos con algunos colegios para iniciar la implementación de este programa. No se comprobó trabajo con jóvenes desescolarizados. De los jóvenes encuestados seis se identificaron líderes y miembros del equipo de diseño e implementación del SSAJ.



También se logró evidenciar que estos jóvenes han participado en encuentros municipales y departamentales de juventudes.

5.2. Participación Comunitaria: Esta fue la única ESE en la cual se evidenció la participación de la comunidad, a través de una líder comunitaria que se encarga de la veeduría de la prestación del servicio a los jóvenes y de garantizar la inclusión de los jóvenes de estas comunas dentro de las diferentes actividades de diseño, concertación y ejecución realizadas por el Municipio. La mayoría de los jóvenes encuestados contestaron tener conocimiento de la realización de actividades en la comunidad por parte del SSAJ.

5.3 Coordinación Inter-Sectorial: Se reconoce por parte de la ESE una contratación con todas las EPS del régimen Subsidiado específicamente lo relacionado con los programas de prevención y promoción de la salud del joven, ninguna participación de las EPS del régimen Contributivo, una fluctuante participación de la SSM y una permanente colaboración y direccionamiento por parte de la SSD.

“Cuando nosotros como servicios amigables empezamos a trabajar nos damos cuenta de que el apoyo de la Secretaría de Salud es mínimo, nosotros no contamos con material educativo, unos dicen hagamos esto, nos mandan lo del reporte, no nos enseñan a manejar los formatos, entonces nos piden información y uno tiene que hacer mejor dicho lo que pueda hacer y como a la carrera. Necesitamos educación, no nos dan la oportunidad constante para el grupo multidisciplinario que maneja los Servicios Amigables, tenemos que rebuscarnos con que hacer. Y yo sí creo que tiene que haber como un contacto de Gobernación con municipio para que hagamos un trabajo mancomunado...”

En esta ESE también se hace referencia a la creación de la Mesa de Trabajo de los SSAJ del Municipio coordinados por la SSM, mediante reuniones mensuales, lo cual quedo registrado, así:

“En la Secretaría si, incluso este año yo fui a pedir ayuda a los otros Servicios Amigables porque yo era muy chiquitica, entonces yo les dije yo necesito toda la experiencia de ustedes, yo necesito que ustedes me muestren para yo ir como agarrando, entonces desde ahí se formó la Mesa de los Servicios Amigables de Cali, entonces nos hemos como sostenido en esa mesa, unos se han ido, otros han venido, pero los viejos se han sostenido, nos estamos ayudando todos los servicios.”

Al respecto, se debe mencionar que durante los dos meses de ejecución de este proyecto de investigación no se evidenció la realización de esta reunión.

Además hay participación de las Universidades principalmente la Universidad libre con los estudiantes de medicina y enfermería, quienes dictan charlas o capacitaciones en temas puntales de salud sexual y reproductiva, pero se evidenció que no hay una adecuada programación ni seguimiento a este tipo de intervenciones y que estas no están dentro del ciclo de mejoramiento continuo de los SSAJ de esta ESE, sino como una actividad independiente que sirve en proceso de formación de los estudiantes.

No se logró evidenciar convenios vigentes con entidades diferentes a las relacionadas y las pertenecientes al SGSSS, pero si participación puntual en actividades educativas y/o culturales con el SENA, el ICBF, la policía de juventudes y escuelas de formación en recreación.

8. DISCUSIÓN

Caracterizar significa describir algo, ya sea una persona, una cosa y en este caso un servicio; para ello, se debe detallar cada uno de los rasgos que claramente lo identifican y diferencian de los demás.

Debido a la evidente carencia de información documental acerca de los factores y motivaciones que dieron lugar al inicio, de los cambios que se produjeron en el tiempo y así como al establecimiento y desarrollo de actividades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAJ) de las cinco ESE del Municipio de Santiago de Cali, se hizo necesario desde el contexto de Municipalidad y del modelo sugerido por el Ministerio de Protección Social realizar su caracterización, esta se desarrolló en torno a la reconstrucción de su origen y a la identificación de sus particularidades en su funcionamiento, para con ello, crear una línea base que permitirá a cada uno de los involucrados re-plantear sus estrategias ya sea para re-direccionar, imitar o fortalecer este programa, así como servir de modelo para las aseguradoras del régimen contributivo para la implementación de estos SSAJ tanto a nivel Municipal, Departamental y/o a nivel Nacional.

Reconociendo que los SSAJ del municipio de Santiago de Cali han tenido diferentes **orígenes**, se puede decir que aproximadamente tienen su inicio en el año 2007; que la ESE que inició fue Ladera y que durante el transcurso de estos cinco años se ha ido extendiendo esta estrategia a las otras ESE del municipio, siendo la ESE Centro la última en implementarlos.

Cada una de las ESE ha intentado adaptar estos servicios según su disponibilidad de recurso humano, económico y de infraestructura, pero el resultado o impacto en términos de la salud sexual y reproductiva de estos jóvenes, es un tema que aún queda pendiente por investigar.

Se reconoce que los SSAJ de la ESE Ladera son los que mayor estabilidad han tenido, lo cual puede ser explicado porque administrativamente son los únicos SSAJ que están incluidos en el plan de desarrollo de la institución y a que cuentan con un rubro presupuestal asignado para su funcionamiento, considerando esto un factor que ha garantizado su sostenibilidad, hasta el grado de permitirse consolidar la infraestructura de la única Unidad Amigable del Municipio; en las otras ESE la sostenibilidad de estos servicios ha sido irregular donde predomina la fluctuación de recursos, de apoyo administrativo y de personal, que ha llevado a que algunos

se fortalezcan y otros se debiliten hasta el punto de desaparecer como el caso de el SSAJ del Centro de Salud Puerto Mallarino.

Se debe destacar el trabajado participativo, comunitario, social y juvenil que se realizó en la ESE Oriente con apoyo de la ONG Fundaps con los jóvenes de esta ESE. Ese trabajo permitió conocer las necesidades y expectativas frente a la atención de esta población, llevando a crear alianzas con otros sectores para satisfacerlas. Desde que la administración da por terminado el convenio con Fundaps, este proyecto se desarticula, pues los apoyos institucionales y municipales han sido restringidos únicamente al cumplimiento de la oferta de servicios que la ley exige frente a la Res. 412, y a otras actividades puntuales.

Dentro del enfoque sistémico planteado en el modelo de los SSAJ, se conoce que para la puesta en funcionamiento de un servicio es necesario contar con un diagnóstico situacional de los jóvenes de la comunidad, determinando en el marco del respeto de su autonomía y su libertad cuáles son sus necesidades, sugerencias entre otros, para hacerlos coautores del servicio que van a recibir, mediante actividades de concertación que involucren al personal de salud, miembros de la comunidad, instituciones educativas, padres de los jóvenes y personal administrativo. Se evidenció que en las ESE Oriente y Ladera se realizó este proceso de análisis participativo pero, enmarcado en la ejecución de otros proyectos dirigidos a los jóvenes, y que en su momento fueron realizados por entidades externas como la ONG Fundaps en el caso de la ESE Oriente, y el Proyecto Colombia para el caso de la ESE Ladera; los cuales una vez terminados se convertirían en la línea de partida para la creación oficial de los SSAJ.

De acuerdo con el modelo propuesto por el MPS en la implementación de los SSAJ se debe realizar un acto administrativo de creación, incluir el direccionamiento del servicio dentro de la plataforma estratégica de la institución e igualmente hacer la descripción del servicio mediante un portafolio de servicios, lo cual no se evidenció en ninguno de los SSAJ visitados. Esto demuestra una falta de continuidad en el manejo de la información y de conocimiento de los procesos administrativos, porque en el caso que existan tales registros, no se tenía conocimiento de ello y/o fácil acceso a esta información por parte del personal del SSAJ.

La estructuración del SSAJ debe estar dentro del marco de cinco componentes como lo son 1. Acceso a los Servicios y Oportunidad en la participación, 2. Profesionales y Personal de Salud, 3. Procedimientos Administrativo y/o de

Gestión, 4. Disponibilidad de una Amplia gama de servicios y 5. Participación Juvenil, Social y Comunitaria. De cada uno fue posible un análisis íntegro dado la triangulación de la información permitiendo condensar la información una tabla Excel (Anexo 7), acorde con los objetivos de la investigación.

Respecto al componente propuesto en el modelo de SSAJ de **Acceso a los Servicios y Oportunidad en la participación**, se valoraron siete características así:

1. Accesibilidad Geográfica e Infraestructura: Los SSAJ de todas las ESE tienen un espacio físico asignado para la atención al joven, independientemente de que sea exclusivo o no; los Centros o Puestos de salud están ubicados en lugares que la comunidad reconoce fácilmente y orienta hacia su localización. El acceso a los SSAJ de las ESE Oriente y Norte está restringido por condiciones sociales como la existencia de fronteras invisibles que impiden el desplazamiento de algunos jóvenes hacia ellos, lo que no garantiza la cobertura de esa población juvenil, porque el SSAJ está condicionado a ese espacio físico.
2. Identificación del servicio: se evidenció que los SSAJ de las ESE cuentan con avisos al interior de la institución, que indican que el servicio atiende a jóvenes excepto en los SSAJ de la ESE Suroriente.
3. El Ambiente: aunque no está estipulado para las consultas diferenciadas, se logró evidenciar que en la mayoría de los SSAJ de las ESE, se han adelantado trabajos y adecuaciones en colaboración con los jóvenes que permiten decir que se cuenta con un ambiente que le da la bienvenida a los jóvenes, lo cual no se evidenció en los SSAJ de las ESE Suroriente y Oriente.
4. Horarios y programación de citas: Esta característica está compuesta por seis puntos, así:
 - ❖ Horarios de Atención: Aunque no esté sugerido para las consultas diferenciadas todos los SSAJ cuentan con un horario específico para la atención del joven.
 - ❖ Tiempo mínimo de consulta: El tiempo de consulta en la mayoría de los SSAJ de las ESE fluctúa entre 20 a 30 minutos, siendo este el tiempo estipulado según el modelo, excepto en el SSAJ de la ESE Oriente que está en 15 minutos.
 - ❖ Contacto inicial con la enfermera sin cita: En la mayoría de los SSAJ de las ESE, los jóvenes tienen contacto inicial con la auxiliar de

enfermería excepto en la ESE Norte y Oriente por la forma en que han dispuesto su modelo de atención. Adicionalmente se debe mencionar la estrategia de demanda inducida implementada por la mayoría de los SSAJ, que consiste en la captación del joven que ingresa a la institución a demandar servicios diferentes a los del SSAJ.

- ❖ En cuanto a la adecuación de horarios ninguno de los SSAJ de las ESE realizó la escogencia de los horarios basado en los momentos que los jóvenes manifestaron poder asistir al servicio; sino que esta decisión se tomó con base en directrices administrativas y/o logísticas, lo cual resulta contradictorio pues el fundamento de la implementación de este tipo de servicios se basa en la participación del joven como co-autor del mismo, permitiéndoles diseñar el servicio de acuerdo a sus necesidades y/o preferencias.
- ❖ Atención a jóvenes independiente al tipo de afiliación al SGSS: La atención de los jóvenes está condicionada a su tipo de afiliación pues se atiende a jóvenes que pertenecen a EPS-S y a la PPNA. No se evidenció contratación ni implementación de estos SSAJ en EPS del régimen contributivo, según la información dada, lo que evidencia que los jóvenes pertenecientes a este régimen, no tienen acceso a este tipo de servicio.
- ❖ Programación de citas telefónicas: El modelo solo lo sugiere para la Unidad Amigable, pero tanto en esta como en todas las consultas diferenciadas la asignación de la cita sólo se logra de manera presencial.

5. **Habilitación de Servicios:** Todas las ESE, tienen Habilitación de servicios según el Decreto 1011 y trabajan bajo la Resolución 412 de 2000.

6. **Reconocimiento del Servicio:** Esta característica establece un conjunto de cinco actividades que el SSAJ debe desarrollar para darse a conocer y sobre todo las estrategias que realiza para atraer jóvenes bajo el principio del respeto de su autonomía, intimidad y su libertad de elección. Al respecto se encontró que:

- ❖ El Reconocimiento fácil por parte de los jóvenes de los horarios de atención, estrategias de comunicación para promocionar el SSAJ, mensajes que animan a los jóvenes a llevar a sus pares e Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes son llevadas a cabo, en mayor medida, en los SSAJ de las ESE Ladera

y Centro. En las otras ESE no se evidenció la ejecución de estas estrategias de reconocimiento.

- ❖ Anuncios que explicitan que la atención es confidencial, no se evidenciaron este tipo de anuncios en ninguna de las Instituciones donde operan los SSAJ.

Esta característica es la que está más débilmente desarrollada dentro del componente del acceso, pues para su realización se requiere de un SSAJ consolidado con bases claras y con un plan de acción determinado sumado a la necesidad indispensable de contar con un dinero que permita poner en marcha estas estrategias; lo cual solo sucede en mayor medida, en las ESE Ladera y Centro, ya que en las demás no se logró evidenciar esta integración entre lo operacional, administrativo y financiero.

7. Oportunidad en la atención: En esta característica que determina que la atención al joven por las particularidades de su edad debe ser inmediata, se encontró que, en las ESE Ladera y Centro se ha dispuesto el servicio de tal modo que se garantiza este tipo de atención en un tiempo no mayor a los 8 días. En las demás ESE, debido a las diferentes modalidades de contratación, no se garantiza esta oportunidad, ya que puede ser mayor. Lo cual en el fondo denota falencias en la creación de alianzas efectivas ajustadas a las características del joven, con las diferentes aseguradoras que garanticen la oportunidad en su atención, dejando con ello el camino abierto para la fuga de jóvenes que en cierto momento lograron ser captados pero que no se les asegura la continuidad en su atención.

En el componente de **Profesionales y personal de salud**, se valoraron dos características así:

1. Capacitación en los Servicios Amigables: En el modelo se estipula que el profesional de la salud debe estar formado y capacitado en SSAJ, para con ello garantizar que se realice una consulta de calidad acorde a las particularidades del joven, siendo esta la característica que condiciona a la consulta diferenciada. En este sentido, en los SSAJ de la ESE ladera y Centro se evidenció el cumplimiento por parte del personal de salud de esta capacitación, parcialmente en los de la ESE Oriente y en el resto de los SSAJ al culminar la recolección de la información, esta capacitación no se había realizado, operando todos estos bajo la modalidad de consultas diferenciadas, situación que puede ser interpretada como un reflejo

indirecto de cómo cada ESE ha asumido el compromiso en la implementación de los SSAJ.

2. Conocimiento del manejo y de la norma de atención de la Res. 412: En todas las ESE el personal de salud de los SSAJ, conoce y maneja esta resolución, sobre todo porque los servicios que se incluyen en esta resolución están organizados en códigos los cuales son llevados a manera de registros y son los que les permiten a las ESE generar facturación a las diversas EPS-S o al Ente Territorial.

Con respecto al componente **Procedimientos Administrativos y de Gestión**, que es el que soporta técnica, administrativa y económicamente el funcionamiento del SSAJ, y que además lo vincula como proceso dentro del Ciclo de Calidad y Mejoramiento Continuo de la institución, se valoraron 6 características así:

1. Ruta Administrativa: En cuanto al conocimiento y a la orientación del personal administrativo hacia el SSAJ, se evidenció que esta característica está presente en mayor medida en los SSAJ de las ESE Ladera, Suroriente y Norte; en el resto de SSAJ la orientación era hacia la consulta del joven. No se evidenció una planeación para la realización de capacitaciones a este personal ni registros de asistencia, lográndose constatar que estas son realizadas de una manera informal por parte los responsables del SSAJ, quienes encuentran según lo manifestado, una barrera para la atención del joven debido a la alta rotación y a los prejuicios hacia el joven, del personal administrativo, lo que hace evidente una falla en el proceso de sensibilización de este personal e igualmente conduce a pensar que se debe replantear la forma en que administrativamente estas capacitaciones deben estar estructuradas y quien debe ser el responsable de las mismas.
- En lo referente a la señalización externa que indica que en la institución se atiende a jóvenes, esta característica solo se encuentra en la Unidad Amigable de la ESE Ladera y, en cuanto a la demarcación de la ruta desde el ingreso de la institución hacia el SSAJ en ningún SSAJ fue evidenciado. Esta situación enfrenta dos disposiciones técnicas pues por un lado el departamento de Calidad de las instituciones limita la realización de este tipo de señalización amparados en la contaminación visual y en el cumplimiento de las normas de habilitación, según lo expresado en las entrevistas, y por otro lado el modelo de los SSAJ que

sugiere que el joven sea atraído y conducido al servicio por este tipo de señales.

2. Actas de reunión para el mejoramiento continuo del SSAJ: Solo en la ESE Ladera se evidenció soporte documental de la realización de este tipo de reuniones, logrando con ello ser los únicos SSAJ del Municipio manejados dentro del ciclo PHVA.
3. Costos del servicio: La ESE Ladera tiene dentro de su plan de desarrollo y de su presupuesto una partida destinada a los SSAJ. El apoyo financiero de los demás SSAJ está sujeto a la disponibilidad de recursos extras de las instituciones o al apoyo externo de otras organizaciones lo que ha hecho que su sostenibilidad sea fluctuante. Se evidenció que la SSM aportó al financiamiento de estos servicios hasta hace dos años. Exceptuando los SSAJ de la ESE Ladera, el personal de salud del servicio no es de contratación exclusiva, y la mayoría de ellos están contratados bajo la modalidad de cooperativa de trabajo asociado. Respecto al presupuesto de lo SSAJ, en la mayoría es indetectable dado que el dinero recibido para su funcionamiento se asigna bajo otras modalidades principalmente extramurales y/o a las actividades de promoción y prevención, lo que no permite evidenciar un costo específico del servicio.
4. Indicadores de los SSAJ y Seguimiento a estos indicadores: A excepción de los SSAJ de la ESE Sur-oriente, en todos los demás SSAJ se obtuvieron diversos registros relacionados con el tema de indicadores pero, de la gran mayoría de esos SSAJ no se evidenció un registro consolidado conforme al formato A4 sugerido por el modelo, tan solo se tuvo acceso a este a través de la información suministrada por la SSD quien entregó los de las ESE Ladera, Oriente y Sur-Oriente del año 2011. En la ESE Centro se diligenció este registro consolidado pero al parecer por desconocimiento del proceso técnico de registro y entrega de resultados, estos no aparecen en la información suministrada por la SSD. Esta dificultad también es reportada por el área responsable de los SSAJ de la SSD pues es a ellos a quienes finalmente les toca sacar estos indicadores a partir de la información general de la atención al joven enviada por la SSM. Esta situación, hace innegable reconocer la falta de claridad en el concepto de indicadores, ya que se manejan diferentes registros, y el personal operativo del servicio carece de la formación básica administrativa que le permita dimensionar la

necesidad de hacer un adecuado registro de los mismos y con ello aportar una información veraz de la Salud Sexual y Reproductiva del SSAJ de los jóvenes pertenecientes a su ESE. También se hace evidente los fallos de la integración vertical del manejo de estos indicadores, pues si en los servicios no se tenía claridad de los mismos queda la inquietud acerca de la precisión de la información que le entregan a la SSM y que a su vez, estos deben presentar ante la SSD. Además no se logró encontrar una programación oficialmente estipulada de entrega de reportes ni la continuidad de la misma a nivel municipal. Por otro lado la mayoría de estos indicadores hacen referencia a tema salud-enfermedad más no al tema participativo comunitario del joven como generador de salud, estando esto estipulado así en el modelo.

5. Referencia y Contra-referencia: en ninguna de las ESE se evidenció un formato o procedimiento especialmente establecido para la referencia y contra-referencia del joven.

Frente al componente **Disponibilidad de una amplia gama de servicios**, el modelo sugiere la implementación de servicios de acuerdo a la modalidad de atención, que para el caso de las consultas diferenciadas establece, la prestación de los servicios contemplados en la Res. 412 más la consulta psicológica. Esta condición en mayor medida se cumple en las ESE Ladera y Centro y en las demás ESE en menor medida, dado la modalidad de contratación con las EPS.

El componente de **Participación Juvenil, Social y Comunitaria** establece que en todo SSAJ, los jóvenes y la comunidad deben ser copartícipes de la consolidación y sostenimiento de este servicio, mediante el establecimiento de convenios intersectoriales donde el joven encuentre otras herramientas, aparte de los servicios de salud, que le permitan trascender de su aspecto biológico hacia la consolidación de un proyecto de vida. En este sentido este componente evalúa 3 características como son:

1. Participación juvenil: Se evidencia la estrategia de participación juvenil enmarcado dentro de la formación de jóvenes líderes y/o multiplicadores, más desarrollada en la Unidad Amigable de la ESE Ladera, en proceso de desarrollo en la ESE Centro y como un proceso desarticulado en la ESE Oriente y Sur Oriente; en las demás ESE este proceso más que participativo juvenil es de tipo educacional. Se encontraron jóvenes que muestran interés por trabajar en su comunidad, por hacer parte de las mesas de juventudes y están necesitando espacios y apoyo para que el

direccionamiento de estos intereses tenga frutos positivos, pues la respuesta del trabajo por pares, si tiene cabida en esta población.

2. Participación Social y Comunitaria: Según el modelo se encontró que en mayor medida los SSAJ de la ESE Centro cuentan con la participación activa de la comunidad, en los demás SSAJ del Municipio no se obtuvo información que soportara este tipo de participación.
3. Coordinación Inter-Sectorial: Se encontró que a nivel del Sector Salud los SSAJ del Municipio cuentan con direccionamiento de la SSD quien ha sido la encargada de procesos de formación en Servicios Amigables y consolidación de indicadores; por parte de la SSM se ha hecho acompañamiento a través de asesoría técnica, capacitaciones y/o actualizaciones en temas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva y la recepción de los registros de indicadores de cada SSAJ, en este aspecto se denota una dificultad en el flujo de información vertical, generando vacíos en la forma de registro y seguimiento de lo concerniente a estos servicios y se evidencia también largos periodos de tiempo sin que los SSAJ cuenten con este acompañamiento. En cuanto a coordinación con los demás Actores y/o Sectores de la sociedad en ninguno de los SSAJ se evidenció convenios activos diseñados para un trabajo mancomunado, solo se registró su participación en actividades puntuales.

A partir de este punto se hace un breve análisis de los cinco componentes por cada ESE:

En los SSAJ de la ESE Ladera, se encontraron 22 de las 31 características analizadas, siendo la ESE que más se aproxima al modelo sugerido por el MPS. En mayor medida se ajustan los componentes de: profesionales y personal de salud y disponibilidad de una amplia gama de servicios, siguiéndole los componentes de: procesos administrativos y de gestión y, acceso y oportunidad; el componente que menos se acoge al modelo es el de: la participación comunitaria y social.

En los SSAJ de la ESE Centro, se encontraron 17 de las 31 características analizadas, siendo la segunda ESE que más sigue el modelo, encontrando en mayor medida que los componentes más estructurados de acuerdo al modelo son: Acceso y Oportunidad, profesionales y personal de salud y participación juvenil y comunitaria, siguiendo el componente de: disponibilidad de una amplia

gama de servicios y el componente que menos se acoge al modelo es el de: procesos administrativos y de gestión.

En los SSAJ de la ESE Norte se encontraron 10 de las 31 características analizadas, evidenciándose que los componentes que menos se acogen al modelo son el de procesos administrativos y de gestión, profesionales y personal de salud, disponibilidad de una amplia gama de servicios y participación juvenil, social y comunitaria.

En los SSAJ de la ESE Sur-Oriente se encontraron 9 de las 31 características analizadas, evidenciando que en los componentes que menos se acogen al modelo son el de procesos administrativos y de gestión, profesionales y personal de salud, disponibilidad de una amplia gama de servicios y participación juvenil, social y comunitaria.

En los SSAJ de la ESE Oriente se encontraron 8 de las 31 características analizadas, evidenciándose que los componentes que menos se acogen al modelo son el de procesos administrativos y de gestión, disponibilidad de una amplia gama de servicios y participación juvenil, social y comunitaria.

Con respecto con los SSAJ de estas tres últimas ESE, el componente de: acceso y oportunidad, en lo relacionado con la infraestructura y el espacio físico se adhiere a las condiciones del centro de salud, pero en las características relacionadas con reconocimiento, oportunidad etc., que son distintivas del SSAJ, no están adecuadamente estructuradas de acuerdo con lo dispuesto en el modelo del MPS y que a su vez se deben ajustar a las necesidades del joven.

A pesar de todas las dificultades o falencias anteriormente expresadas se encontraron testimonios de jóvenes y padres que manifiestan que el SSAJ ha cambiado su proyecto de vida, así como se evidenció, que jóvenes que iniciaron como líderes del SSAJ hoy en día hacen parte de la Mesa de concertación Municipal de Juventudes logrando trascender del sector salud a la veeduría de sus derechos enmarcado dentro de la política de Juventud. Estas experiencias ratifican la importancia y la necesidad de mejorar y ampliar los SSAJ pues son estos resultados particulares los que invitan a todos los sectores de la sociedad a unir fuerzas en pro de mejorar la calidad de vida de todos sus jóvenes para con ello construir y asegurar un mejor futuro.

Para concluir la discusión se hace un comparativo entre los resultados de este trabajo de investigación y la Evaluación Sumativa de los Servicios de Salud

Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Colombia, realizado por el Ministerio de la Protección Social en el año 2009,

- Según la cuantificación de respuestas positivas del formato A-4 se establecen niveles de desarrollo del SSAJ, los que tuvieron más del 75% de respuestas positivas fueron catalogados como nivel de desarrollo alto, lo cual fue el caso de los SSAJ del Municipio de Cali.
- Con base en esta información el MPS planea visitas para confirmar los resultados, realizando entrevistas a los funcionarios relacionados, alcaldes, gerentes y encuestas a jóvenes.
- Relatan dificultad para entrevistarse con los alcaldes y gerentes de las ESE de quienes obtuvieron muy poca información, al igual que nuestro estudio.
- Al triangular lo recolectado los SSAJ del Municipio de Cali son reclasificados como nivel de desarrollo medio y llama la atención que al igual que nuestros resultados, se concluye que los componentes de Procesos Administrativos y de Gestión y el de Participación Juvenil ,Social y Comunitaria son los más débilmente estructurados o en menor grado de desarrollo se encuentran.
- Aunque esta evaluación fue realizada en el 2009 los resultados solo fueron publicados en el segundo semestre del 2012, lo cual puede ser una explicación “posible” del porque hasta el momento no se hayan hecho las modificaciones o implementaciones necesarias para aumentar el nivel de desarrollo de los componentes deficientes.
- De igual forma se debe analizar el tipo o la forma en que se está llevando esta evaluación, pues los resultados de la autoevaluación al parecer no corresponden a lo que en realidad existe en los SSAJ, y en tal sentido el MPS deberá replantear o reestructurar la forma de optimizar las evaluaciones, e igualmente garantizar que la información de todo lo relativo a los SSAJ del Territorio Nacional sea homogénea.

9. CONCLUSIONES

- ❖ Para llegar a la construcción del recuento histórico de los SSAJ, se fundamentó la investigación en la tradición oral y el recuento casi anecdótico por parte de algunos actores que en su momento hicieron parte del inicio de estos servicios, pues documentalmente no se encontró información. Siendo esta recopilación la que permite hoy articular cronológicamente algunos de los hechos y trazar una línea base un poco más clara sobre el inicio y funcionamiento de los SSAJ en el Municipio de Santiago de Cali.
- ❖ La mayoría de los SSAJ del municipio parten de una decisión administrativa motivada por la necesidad de cumplimiento de una directriz dada por el MPS.
- ❖ Para la construcción del SSAJ, excepto por las ESE Ladera y Oriente, no se contó con un proceso participativo en el cual los jóvenes, la comunidad, entre otros, aportaran desde su perspectiva y su vivencia al diseño de este servicio, persistiendo en el modelo asistencialista donde el individuo es el que se adapta al servicio y no al contrario como es lo sugerido para el SSAJ.
- ❖ La sostenibilidad, continuidad y fortalecimiento de lo SSAJ depende del grado de compromiso administrativo. A excepción de la ESE Ladera, el apoyo administrativo no ha sido constante, y aquellos SSAJ que se lograron fortalecer, fue debido al compromiso y entrega del coordinador o encargado del SSAJ, mas no como una directriz institucional, pues la ausencia temporal o definitiva de este personal, hace que el funcionamiento y sostenibilidad del SSAJ se disminuya hasta casi su desaparición como se demuestra en los SSAJ de Oriente y Suroriente.
- ❖ En cuanto al componente del acceso se encuentra que las características donde se debería incluir al joven, como la adecuación de horarios, atención independiente del tipo de afiliación y las estrategias de reconocimiento del servicio, son las que en menor medida se han adaptado al modelo sugerido, y en este sentido, se encuentra la prolongación del modelo

asistencialista, donde el joven se adapta al servicio desconociéndose el principio participativo y fundamental del SSAJ.

- ❖ En el componente de Profesionales y personal de los SSAJ es evidente la relación que existe entre el grado de capacitación y preparación del personal asistencial frente al compromiso que tiene la administración con esta estrategia, pues ese compromiso genera espacios para promover el mejoramiento y permite la asistencia a las capacitaciones programadas por los entes territoriales, mientras que en el caso del personal que no cuenta con la capacitación y preparación adecuada, pertenece a ESE de administraciones indiferentes ante el avance y fortalecimiento de los SSAJ. A esto se suma la falta de Inspección, Vigilancia y Control por parte de los entes como SSM y SSD, quienes deben velar por el cumplimiento de esta directriz nacional.
- ❖ El funcionamiento del SSAJ depende y requiere un equipo multidisciplinario comprometido, y no del esfuerzo de una sola persona lo cual difiere del concepto de la consulta diferenciada.
- ❖ Los componentes de procesos administrativos y de gestión y de participación juvenil, social y comunitaria, resultan ser los componentes más preocupantes, pues son los que están más débilmente estructurados en los SSAJ del municipio. Administrativamente al interior de cada ESE, no se cuenta con un procedimiento adecuadamente definido que oriente las actividades a desarrollar en el SSAJ, no se encontraron actas de diseño ni de inicio del mismo, no se tiene claridad en el manejo de sus indicadores, y estos no están incluidos en el plan de auditoria para el mejoramiento continuo de las ESE. En el caso de la participación juvenil, social y comunitaria que es el elemento diferenciador del SSAJ, solo se ha logrado consolidar en dos SSAJ, para los demás, la participación juvenil se ha encasillado a la realización de actividades educativas dentro de las instituciones o los colegios, excluyéndose de esta estrategia a todos los jóvenes desescolarizados, a sus padres y a la comunidad en general.
- ❖ Frente al financiamiento de los SSAJ, a excepción de la ESE Ladera, no se cuenta con un apoyo institucionalizado que garantice la permanencia y fortalecimiento de estos servicios, lo cual no puede ser exigido debido a que en el modelo están claramente definidas las pautas de funcionamiento, pero

no de su financiación. Es por eso que los demás SSAJ han funcionado condicionados a aportes o donaciones realizados por instituciones externas o según la disponibilidad de recursos extras de la ESE.

- ❖ El modelo estipula roles que articulan dentro del ciclo PHVA la implementación y continuidad de funcionamiento de los SSAJ, en este sentido se notó deficiencia en la articulación y en el flujo de información de este proceso entre Entidades Territoriales, Aseguradoras y ESE, pues las entidades territoriales no demuestran un proceso continuo de seguimiento y acompañamiento de servicios. Y en cuanto a las aseguradoras especialmente del régimen contributivo, porque no han demostrado interés en la participación de este servicio y en las de subsidiado quien en su mayoría su participación se limita a la contratación del programa joven.
- ❖ La disponibilidad de una amplia gama de servicios, en los SSAJ del Municipio, a excepción de los SSAJ de las ESE Ladera y Centro, se limita a la prestación de los servicios correspondientes a la Res. 412, minimizándose el aspecto de educación y orientación a través de servicios extramurales, capacitaciones, charlas, identificación de la población con mayor riesgo. No se ha acondicionado un modelo de referencia y contra-referencia en ninguno de los SSAJ, dejando al joven a disposición de la red de prestación de servicios de su aseguradora.
- ❖ La coordinación inter-sectorial que sugiere que el joven a partir de la experiencia en el SSAJ tenga acceso a diferentes convenios intersectoriales que le brinden herramientas para cambiar o construir su proyecto de vida, no se está cumpliendo.
- ❖ En la actualidad en el Municipio de Santiago de Cali se conoce del funcionamiento de 15 SSAJ, de estos, los servicios que mejor han adoptado el modelo sugerido por el MPS, son los cuatro SSAJ de la ESE Ladera y los cuatro SSAJ de la ESE Centro, siendo estos ocho, los que más se aproximan al funcionamiento de un SSAJ. Sobre los dos SSAJ de la ESE Oriente, dado su trayectoria histórica solo requiere del apoyo administrativo para lograr su consolidación. Los otros cinco SSAJ de las ESE Suroriente y Norte, requieren un mayor compromiso institucional, en cuanto a su diseño, su organización administrativa, su modelo de prestación de servicio y

participación juvenil para su consolidación, pues hasta el momento son los más débiles.

- ❖ La Secretaría de Salud Departamental es la que ha tenido mayor continuidad en el acompañamiento, según lo referido en las entrevistas.
- ❖ Falta socializar y dar a conocer los SSAJ a nivel del Municipio.
- ❖ Las investigadoras encuentran una gran oportunidad para trabajar en beneficio, no solo de los jóvenes sino de la sociedad, a través del fortalecimiento y desarrollo de los SSAJ.
- ❖ Al terminar el proceso de investigación se concluye que los instrumentos utilizados para la recolección y el modelo de análisis de la información fueron apropiados, pues permitió llegar a la caracterización de los SSAJ de las ESE del municipio de Santiago de Cali para el año 2012, logrando además reconstruir la reseña histórica sobre el inicio de estos SSAJ.
- ❖ La información obtenida en esta investigación sirve de base para el desarrollo de futuras investigaciones que permitirán conocer sobre el **impacto** (respuesta en la SSR de los jóvenes a través de la medición y comparación de indicadores a mediano y a largo plazo, y mediciones comparativas entre las áreas que cuentan con SSAJ y las áreas que no), en la **respuesta** del Servicio de acuerdo a las necesidades de la población joven de su entorno, en la **calidad de vida** de los jóvenes en cuanto el establecimiento de sus expectativas y proyecto de vida, y de **percepción** del joven, de la comunidad y las entidades relacionadas con la prestación de servicio a los jóvenes, así como para evaluar las estrategias por el personal de las instituciones y de los entes reguladores Municipales y/o Departamentales, ya sea para fortalecerlas o eliminarlas en pro de la consolidación de este servicio amigable.

10. RECOMENDACIONES

Después de realizar esta investigación se considera importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Dentro de los roles establecidos por el modelo del SSAJ, se debe fortalecer el rol de los entes Municipales y Departamentales así:

1. Concertar a nivel de autoridad sanitaria la diferenciación en Servicios Amigables y Programa de Atención a Jóvenes.
2. Motivar la actualización de archivos a nivel de ESE, para construir memoria institucional.
3. Articularse con el Consejo de Juventud y con la Secretaría de Bienestar Social y de Educación.
4. Revisión de protocolos o flujogramas del manejo de la información que permitan la articulación de estos servicios, de manera tal que se garantice un adecuado y transparente flujo de información, la cual debe ser homogénea, y que oriente en una misma dirección la prestación del SSAJ en cada una de las ESE, alineando sus intereses particulares con los Municipales y Departamentales.
5. Establecimiento de procesos estandarizados de medición continua para los SSAJ del Municipio (indicadores), de manera tal, que se garantice que una continuidad en apoyo y seguimiento de los mismos.
6. Dentro de las plan de desarrollo y en la asignación de partidas presupuestales de las SSM y la SSD se debe incluir la asignación de recursos técnicos, administrativos y financieros específicos para los SSAJ para con ello garantizar la continuidad y multiplicación de esta estrategia, dado que la situación financiera actual de muchas de las ESE no asegura la sostenibilidad de dichos Servicios y que esta estrategia responde a una directriz nacional que pretende mejorar los indicadores de la SSR de los jóvenes articulada al cumplimiento de los objetivos del Milenio.
7. Según los resultados de esta investigación la SSM debe vigilar que se fortalezcan a nivel de todos los SSAJ los componentes de procesos administrativos y de gestión, participación juvenil, social y comunitaria y particularmente, debe establecer una programación oficial y obligatoria que garantice que todo el personal que hace parte de la prestación del SSAJ tenga una formación certificada en Servicios Amigables, para con ello cumplir el objetivo mínimo de la prestación de este servicio.

8. A nivel territorial se debe velar por el fortalecimiento de los SSAJ de las ESE Oriente, Sur-Oriente y Norte, lo cual puede ser orientado a través de la experiencia de los SSAJ de la ESE Ladera, en pro de que todos los SSAJ del Municipio funcionen bajo las mismas condiciones y una vez consolidados estos procesos se puede ampliar la cantidad de SSAJ en el Municipio.
9. En cuanto a cobertura de la atención a los jóvenes se debe exigir a las EPS especialmente a las del régimen contributivo su participación a través de la contratación y asignación de recursos específicos para la prestación del SSAJ tanto a nivel de la red pública como en la privada para con ello asegurar la cobertura de toda la población joven del Municipio.
10. Por último y según las directrices del MPS se debe verificar que los jóvenes participen en el mantenimiento y mejoramiento continuo de cada SSAJ al cual pertenecen, a su vez debe garantizar que mediante actividades municipales se integre la experiencia de los jóvenes para con ello consolidar una política en SSR Municipal, a través de la continuidad y sostenimiento de las mesas de participación juvenil y cuanta estrategia de participación juvenil se pueda implementar.
11. Socializar los SSAJ para la ciudad.

En cuanto al Rol de las Aseguradoras se recomienda:

1. A las EPS del régimen subsidiado la asignación de recursos específicamente para la prestación del SSAJ como una partida diferente a la asignada para la atención de promoción y prevención de la consulta del joven. También, se recomienda contratar los servicios de psicología que existen en los SSAJ para lograr con ello asegurar un manejo integral el joven que hace uso del SSAJ.
2. A las EPS del régimen contributivo realizar contratación con las ESE de manera que se asegure la prestación del SSAJ a todos los jóvenes la cual debe incluir una la asignación de recursos específicos para la prestación del SSAJ.

A los SSAJ de las Empresas Sociales del Estado se les recomienda:

1. Fortalecer el proceso de participación Juvenil mediante la estructuración organizada y programada de identificación de jóvenes líderes para su

posterior capacitación como jóvenes multiplicadores, de manera tal que se cumpla con la característica diferenciadora del SSAJ permitiendo que sea el mismo joven quien realiza la educación, desligando la prestación de este servicio del modelo asistencialista convencionalmente establecido.

2. Se debe reorientar la prestación del SSAJ en el sentido que se le dé la oportunidad al joven y a la comunidad de acuerdo a sus expectativas y necesidades de participar en la implementación y funcionamiento de su SSAJ.
3. Administrativamente, los SSAJ debe ser incluidos en el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la ESE, teniendo así que estructurar los SSAJ como un proceso, que permita su medición y seguimiento continuo mediante el establecimiento de indicadores y metas que aseguren cumplimiento del ciclo PHVA. Se sugiere la realización de un análisis del costo de la prestación de este servicio para con este análisis poder hacer una asignación presupuestal ajustada a las necesidades del mismo. Constituyendo todo lo anterior el soporte que le da la solidez y garantiza el sostenimiento de los SSAJ.
4. Se debe fortalecer a partir del análisis concertado las estrategias de reconocimiento del servicio, las cuales deberán ser diseñadas de acuerdo a las preferencias de los jóvenes haciendo especial énfasis en el respeto de su autonomía, libertad y que la atención brindada es confidencial.
5. El personal de salud que haga parte de la prestación del SSAJ debe tener capacitación en servicios para jóvenes y debe manifestar su disposición voluntaria para la atención a los jóvenes lo cual debe hacer parte de los requisitos para su contratación consignándose esto en su perfil del cargo lo cual debe asegurarse por parte del departamento encargado en la ESE de la contratación del personal, también se debe asegurar la capacitación y actualización de una manera programada y continua en los temas concernientes a la salud del joven.
6. Deben garantizar la atención integral de todos los jóvenes que están dentro de su área asignada de manera tal que con las EPS del régimen contributivo se realice contratación para la prestación de este servicio, con las EPS del régimen subsidiado se debe ampliar la contratación para evitar la fuga de jóvenes debido a la pérdida la continuidad y la dilatación de la oportunidad en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alba L. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). Artículo de revisión. 2010. Consultado el 27 de marzo 2012. En: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia.pdf>.
2. World Health Organization WHO. Actividades a favor de la salud de los adolescentes. Programa de Salud y Desarrollo de los Adolescentes Salud Familiar y Reproductiva Organización Mundial de la Salud. Mayo 1997. Publicación no oficial de la OMS. Consultado el 26 de marzo 2012. En: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_ADH_97.9_spa.pdf.
3. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Salud Pública. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente Modulo 4: Lección 18. Consultado el 26 marzo 2012. En: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion18/M4L18Leccion>
4. Morlachetti A. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Cepal. Notas de Población No. 85. 2007. Consultado el 26 marzo 2012.
5. Flores R. Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las Américas. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente Organización Panamericana de la Salud. Borrador OPS. 2004. Consultado el 26 de marzo 2012. En: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/lineaservisaludjoven.pdf
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Consultado el 30 marzo 2012. En: www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72.
7. Ross D, Dick B, Ferguson J. Preventing HIV/AIDS in young people a systematic review of the evidence from developing countries. World Health Organization. Informe Técnico No. 938. Pag 2. 2006. Consultado el 2 Abril de 2012. En: http://www.unicef.org/aids/files/PREVENTING_HIV_AIDS_IN_YOUNG_PEOPLE_A_SYSTEMATIC_REVIEW_OF_THE_EVIDENCE_FROM_DEVELOPING_COUNTRIES_WHO_2006.pdf

8. Ashton J, Dickson K, Pleaner M. The Evolution of the National Adolescent – Friendly Clinic Initiative in South Africa WHO. 2009. Publicación. Consultado el 2 Abril 2012. En: <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/adolescent-sexual-reproductive-health/pdf/WHO-South-Africa-2009.pdf>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estadísticas relacionadas con la Juventud del Mundo. Consultado el 30 de marzo 2012. En: www.unfpa.or.cr/estadisticas-jovenes-del-mundo
10. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. RevMed Chile. 2011, vol 139: no. 10. 1249-1252. Consultado el 26 Marzo 2012. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000001
11. Douglas K. The Impact of Sex education on the Sexual Behaviour of young people. Journal of Adolescent Health 40 (2007). pag 1-2. Consultado el 3 de Abril 2012. En: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1054-139X/PIIS1054139X0600601X.pdf>
12. Breinbauer C, Maddaleno M. Youth: Choices and change. Organizacion Mundial de la Salud. Publicación. 2005. Pág 5.
13. Berner E, Calandra N, Corral A, Medina V, Tarzibachi E, Vázquez S, Zingman F. Adolescencia Un servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud. 2009. Libro. Consultado el 2 de Abril 2012. En <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolescencia%20FUSA%2000-09-1.pdf>
14. World Health Organization WHO. Young people: health risks and solutions. Factsheet No. 345. August 2011. Nota Descriptiva No. 345. Consultado 3 abril 12. En <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>.
15. Profamilia. Encuesta de Demografía y Salud: ENDS. 2010. Consultado el 3 de abril 2012. En: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF>.
16. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de desarrollo territorial y bienestar social. Plan Local de Desarrollo Juvenil 2012-2015. Consultado el 30 marzo 2012.
17. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Segunda Edición. 2008. págs. 36-37-38.

18. Girard G, Rossen M, Mosteiro M. Salud Integral de los Adolescentes. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina. Libro. pgs. 134-144. Consultado el 8 de abril 2012. En <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/Portfolio/7%20Salud%20de%20adolescentes.pdf>
19. Morlachetti A. Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes. División de Promoción y Protección de la Salud del Programa de Familia y Población. Organización Panamericana de la Salud. Marzo 1999. Pág 34 a 43. Consultado el 26 marzo 2012. En: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/situacion.pdf>
20. Presidencia de la República de Colombia. Programa Presidencial Colombia joven. Política Nacional de Juventud 2005-2015. Consultado el 22 marzo 2012. Consultada el 22 marzo 2012.
21. República de Colombia. Constitución política de 1991. Consultado el 22 marzo 2012.
22. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 375 de 1997. Ley de Juventudes. Consultada el 27 marzo 2012
23. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. Consultada el 22 marzo 2012.
24. Senderowitz J, Haciendo los Servicios de Salud Reproductiva Amigables para la Juventud. Artículo de Focus on Young Adults. Publicación. 1999. Consultado el 1 marzo 2012. En <http://fhi.org/NR/rdonlyres/ehbjx2aierjsz3xosinhgabzf2f7ocob654ykf4t54h3uuhmkefwjulan3qh2oylwnpbssyr3mjpf/makingRHservicesyouthfriendlyspanish.pdf>
25. Pinta A, Vivas F. Percepción de Trato Adecuado en los Servicios de Salud en Adolescentes en un Municipio Colombiano. Universidad del Valle. Trabajo de Investigación. 2011. Consultado el 22 febrero 2012.
26. Santos J. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. Salud Pública de México / vol.45, suplemento 1 de 2003. Consultado 27 Marzo 2012. En: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15440.pdf>
27. Traor J. Estrategias e intervenciones Basadas en el Desarrollo: Promoviendo Salud Reproductiva y Reduciendo el Riesgo entre Adolescentes.

FOCUS on Young Adults. Guías de consulta. Consultado en Febrero 2012. En http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/guidesandtools/PDF/Focus_tool4.phf

28. Ministerio de Salud de Argentina. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Juveniles y Nutricionales. Documento. 2000-2001. Consultado el 11 de abril 2012. En <http://www.modemmujer.org/vientoymarea/docs/salud.pdf>

29. Juárez F, Gayet Cecilia. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población 2005. pgs. 177-182. Consultado el 10 marzo 2012. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11204508>

30. República de Colombia. Presidencia de la República. Decreto 3039 de 2007. Consultado el 13 mayo 2012.

31. República de Colombia. Bases del Plan nacional de desarrollo 2010-2014 Prosperidad para todos. Consultado el 30 marzo 2012. En: <http://www.dnp.gov.co/PND/PND20102014.aspx>

32. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 del 19 Enero de 2011. Consultada el 13 mayo 2012.

33. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 31 de Enero de 2012. Consultado el 11 Mayo 2012. En: <http://www.equidadmujer.gov.co/Noticias/2012/Documents/conpes%20embarazo.pdf>

34. ANED: Consultores. Impacto de los Servicios Amigables de salud reproductiva para las y los adolescentes (Departamentos de Atlántida, Colón y Cortes). Tegucigalpa, M.D.C. Trabajo de Investigación. julio 2007. Consultado el 11 mayo 2012. En: <http://www.web2.unfpa.org/public/about/oversight/docDownload.unfpa>.

35. Valencia C, Canaval G, Molina A, Caicedo H, Serrano L, Valencia R, Piedrahita V, Vásquez Y, Echeverri J. Servicios Amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. Universidad del Valle. Publicación Rev. Colombia Médica. Vol. 41 No. 1-10. 2010. Consultado el 10 abril 2012.

36. Moya C. La Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes de América Latina y el Caribe. Advocates for Youth. Informe. 2002. Consultado el 3 de abril 2012. En <http://advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/fssaludsexual.pdf>.
37. Llanos E, Ocampo M. Impacto del programa de Servicios de Salud Amigables en la población joven del municipio de Dagua entre los 10 a 29 años en el periodo de junio del 2010 a junio del 2011. Trabajo de Investigación. 2011. Consultado el 3 abril 2012. En: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/10839/145/1/Eliana%20Llanos%20L%C3%B3pez.pdf>
38. Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia. Servicios Amigables en Salud para jóvenes. Página Web. Consultado el 3 abril 2012. En: <http://www.unfpacolombia.org/menuSuplzqui.php?id=16>
39. Santiago de Cali. Ubicación de Cali. Consultado el 11 abril 2012. En: <http://es.wikipedia.org/wiki/Cali>
40. Alcaldía de Santiago de Cali 2012-2015. Propuesta de Programa de Gobierno. "Cali incluyente y de oportunidades" Rodrigo Guerrero Velasco. Pag 6, pag. 9. Consultado 15 de Abril 2012. En: <http://www.calicomovamos.org.co/calicomovamos/files/4%20PDM/2012-2015/Programa%20de%20Gobierno%20Rodrigo%20Guerrero-mod.pdf>.
41. Lesmes M. Situación de salud en Santiago de Cali. Observatorio de Políticas Públicas, Universidad Icesi. Consultado 2 de Abril 2012. En: http://www.icesi.edu.co/polis/images/contenido/pdfs/boletin_4/03.pdf.
42. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali. Área Aseguramiento y Prestación de Servicio. Vinculación al sistema general de seguridad social en salud. 2011. Consultado el 15 Mayo 2012. En: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Estadisticas_Afiliacion/Consolidacion_2011/AFILIACION_AL_SGSSS_2011.pdf.
43. Santiago de Cali. Concejo de Santiago de Cali- Colombia. Acuerdo 106 de 2003. Consultado el 11 Abril 2012. En: <http://www.concejodecali.gov.co/descargar.php?idFile=226>.
44. Varela A, Ospina B, Zúñiga A, Barrios L, Rodríguez A, Gutiérrez C, Luna L. Estudio de Percepción del Barreras de Acceso en la Prestación de Servicios de Salud de las ESE del Municipio de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali. Libro. Diciembre de 2011. pág 33-37. Consultado el 11 abril 2012.

45. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social. Plan local de desarrollo juvenil 2012-2015 pág 36. Consultado el 30 marzo 2012.
46. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Segunda Edición. 2008. págs. 15-16-17.
47. Secretaria de Salud Departamental. Grupo de salud sexual y reproductiva departamental. Ficha de documentación de experiencias de Servicios Amigables en salud para adolescentes y jóvenes. ESE Oriente-Puesto de Salud Charco Azul. 2010.

ANEXOS

**CARACTERIZACION DE SERVICIOS AMIGABLES DE LAS EMPRESAS
SOCIALES DEL ESTADO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO CALI PARA EL
AÑO 2012**

GUIA DE ENTREVISTA

La información que se recolecte de esta guía de entrevista, será utilizada para la caracterización de los servicios amigables de salud de las ESE del municipio de Santiago de Cali, siendo de utilidad para los integrantes del SGSSS y la sociedad Caleña en general, para disponer de una primera aproximación sobre el origen y desarrollo de los servicios amigables que están operando en el Municipio, para plantear estrategias, re-direccionar, imitar o fortalecer este programa y probablemente ser modelo para las aseguradoras del régimen contributivo.

Datos Generales:

Formato:

Fecha: Día _____ Mes: _____ Año: _____

Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____ Tiempo: _____

Nombre de la Institución: _____

Pertenece a la ESE: _____

Dirección: _____

Cargo de la persona de contacto: _____

Entrevistador: _____

Entrevista:

1. Hace cuánto está trabajando con la IPS?
2. Conoce usted sobre el servicio amigable de salud?
3. Quien es el responsable del funcionamiento del servicio amigable de salud en esta institución?
4. Hace cuanto se creó el servicio amigable en esta Institución?
5. Conoce usted como fue el proceso de creación del servicio amigable?
6. Quienes fueron los participantes en el diseño del servicio amigable?
7. Sabe si se encuentra habilitado el servicio?
8. Conoce si hubo participación de los jóvenes en el montaje de dicho servicio?

9. Se realizó un diagnóstico de la situación de salud de los jóvenes de la(s) comuna(s)?
10. Existen material documental que soporte ese diagnóstico?
11. Existe material documental que soporte la creación del servicio amigable de salud?
12. Se puede tener fácil acceso a esa información?
13. En qué fecha fue creado?
14. Cuáles fueron los servicios con que se inició el servicio?
15. Cuál fue la modalidad con la que fue creado el servicio?
16. Cuál fue el personal con el que inicio el servicio?
17. Este personal fue capacitado acorde con las competencias exigidas para la prestación del servicio amigable?
18. ¿Esas capacitaciones son permanentes?
19. Que cambios se han presentado en los servicios amigables en el tiempo?
20. Está destinado dentro del presupuesto de la IPS una partida para el servicio amigable de salud?
21. Existen establecidos unos procesos de evaluación que permite cumplir con la mejora continua?
22. Existen indicadores?
23. Cuales indicadores se están midiendo?
24. Existen protocolos para brindar asesorías en salud sexual y reproductiva?
25. Conoce usted la ruta administrativa para el ingreso de los jóvenes a los servicios?
26. Usted conoce como se diseñan y ubican las carteleras que se encuentran en el servicio?
27. Se han realizado actividades de promoción del servicio para reconocimiento de la comunidad?
28. Estas actividades son permanentes?
29. Se han realizado actividades de capacitación que involucren a la comunidad?
30. ¿Cuál es el horario de atención definido para los jóvenes en el servicio?
31. Conoce qué tipo de población hace uso del servicio amigable?
32. Conoce qué convenios se han realizado con las aseguradoras?
33. Con cuáles EPS se tiene convenio?
34. ¿Existen mecanismos que permitan que los jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita?
35. Se coordina con otros niveles de complejidad, para garantizar atención integral a los jóvenes?



ANEXO 2



CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI PARA EL AÑO 2012

GUIA DE OBSERVACIÓN

La información que se recolecte por medio de esta guía de observación estructurada será utilizada para la caracterización de los servicios Amigables de salud (SAS) de las ESE del Municipio siendo de utilidad para los integrantes del SGSSS y la sociedad Caleña en general, para disponer de una primera aproximación sobre el origen y desarrollo de los servicios amigables que están operando en el Municipio, para plantear estrategias, re-direccionar, imitar o fortalecer este programa y probablemente ser modelo para las aseguradoras del régimen contributivo.

DATOS GENERALES:	Formato
Fecha: Día Mes Año	
Nombre de la Institución Prestadora de Salud:	
Pertenece a ESE:	
Dirección:	
Hora de Inicio:	Hora Finalización:
Tiempo Total:	
Nombre del Evaluador:	

A OBSERVAR	SI	NO	OBSERVACIONES
INFRAESTRUCTURA			
CONSULTA DIFERENCIADA			
Señal visible dentro de la institución, que indica que el servicio atiende a jóvenes			
Consultorio Médico			
UNIDAD DE SALUD			
Señal visible dentro de la institución, que indica que el servicio atiende a jóvenes			
Señalización de la ruta de orientación hacia la unidad			
Señalización de la unidad			
Ambiente amigable para los jóvenes			
Horario Diferenciado de consulta			
CENTRO AMIGABLE DE SALUD			
Independencia total de su infraestructura			
diversas actividades formativas del grupo de jóvenes			
Identificación exterior que facilita su ubicación			
Decoración llamativa para los jóvenes			

A OBSERVAR	SI	NO	OBSERVACIONES
PROMOCION			
Existencia de carteles dentro de la institución que promocionan el servicio			
Existencia de material POP			
Anuncios que explicitan que la atención es confidencial			
En la sala de espera se pueden encontrar revistas, materiales educativos, juegos.			
Mensajes que animan a la gente joven a llevar a sus pares			
RUTA ADMINISTRATIVA			
Señalización del Servicio al ingreso a la IPS			
Señalización hacia el servicio desde el ingreso a la IPS hasta la llegada al Servicio			
Sala de espera (espacio en lo posible separado, con características y condiciones acogedoras para adolescentes y jóvenes)			
Conocimiento y/o orientación del portero hacia el SAS			
Conocimiento y/o orientación del personal de facturación hacia el SAS (atención preferencial o diferenciada)			
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA			
La institución de salud se ubica en un lugar de la localidad que facilita el acceso de adolescentes y jóvenes.			
HORARIOS Y CITAS			
Se realizan consultas sin previa cita.			
Pueden programarse las citas telefónicamente.			
El tiempo de espera para la atención de adolescentes y jóvenes es mínimo.			
PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
Hay profesionales de género masculino y femenino.			



ANEXO 3

UNIVERSIDAD DEL VALLE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

CARACTERIZACION DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI PARA EL AÑO 2012

REVISION DOCUMENTAL

La información que se recolecte por medio de esta revisión documental será utilizada para la caracterización de los servicios Amigables de salud (SAS) de las ESE del Municipio siendo de utilidad para los integrantes del SGSSS y la sociedad Caleña en general, para disponer de una primera aproximación sobre el origen y desarrollo de los servicios amigables que están operando en el Municipio, para plantear estrategias, re-direccionar, imitar o fortalecer este programa y probablemente ser modelo para las aseguradoras del régimen contributivo.

DATOS GENERALES:	Formato
Fecha: Día Mes Año	
Nombre de la Institución Prestadora de Salud:	
Pertenece a ESE:	
Dirección:	
Cargo de la Persona que Facilita la información:	
Hora de Inicio:	Hora Finalización:
Tiempo Total:	
Nombre del Evaluador:	

REVISION DOCUMENTAL

DOCUMENTO	SI	NO	COMENTARIO
DISEÑO DEL SAS			
ACTAS(S) DE REUNIONES DE DISEÑO DEL SAS			
PARTICIPANTES DEL DISEÑO			
*Gerente de la Institución			
* Personal de salud de la Institución			
* Los jóvenes de la comunidad			
* Algún miembro de la Comunidad			
* Las Instituciones Educativas del sector			
* Los padres de los jóvenes			
DOCUMENTO DE DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE LOS JÓVENES DEL SECTOR			
ESTUDIO O ANALISIS DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS A IMPLEMENTAR			
ACTAS DE CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD			

DOCUMENTO	SI	NO	COMENTARIO
IMPLEMENTACIÓN DEL SAS			
ACTO ADMINISTRATIVO DE CREACION			
DOCUMENTO DE PLATAFORMA ESTRATEGICA			
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO IMPLEMENTADO			
CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO DEL SAS			
CERTIFICADO DE HABILITACION			AÑO:
ACTA DE VISITA DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL PARA HABILITACIÓN			
REPORTE DE ENVIO DE INDICADORES A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD			
PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)			
INDICADORES DEL SERVICIO			
ACTAS DE REUNION PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO			
CONTROL DE SEGUIMIENTO A INDICADORES			
ACTAS DE REUNION PARA IMPLEMENTACION O ELIMINACION DE SERVICIOS			
GUIAS DE ATENCION DE ACUERDO A LA RES.412 DEL 2000			
FORMATO DE REMISION-REFERENCIACION ESPECIAL PARA EL SAS			
PERSONAL DE SALUD			
HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL CON ENFASIS EN SAS			NÚMERO EN EL AÑO:
ACTAS DE CAPACITACION AL PERSONAL			
INDICADORES DE SERVICIO AL CLIENTE/			
PROMOCION DEL SERVICIO			
ACTAS DE CAPACITACION A LA COMUNIDAD			
ACTAS DE CAPACITACIÓN EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS			
HORARIOS DE ATENCION			
AGENDAS PARA LA ATENCION DE LOS JÓVENES			
ESTUDIO DE OPORTUNIDAD DE ATENCION Y ESTABLECIMIENTO DE HORARIOS ACORDES A LAS NECESIDADES DE LOS JÓVENES			



ANEXO 4



CARACTERIZACION DE SERVICIOS AMIGABLES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE) EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO CALI PARA EL AÑO 2012

ENCUESTA PARA USUARIOS DEL SERVICIO AMIGABLE DE SALUD

La información que se recolecte en esta encuesta, será utilizada para la caracterización de los servicios amigables de salud de las ESE del municipio de Santiago de Cali, siendo de utilidad para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la sociedad Caleña en general, para disponer de una primera aproximación sobre el origen y desarrollo de los servicios amigables que están operando en el Municipio, para plantear estrategias, re-direccionar, imitar o fortalecer este programa y probablemente ser modelo para las aseguradoras del régimen contributivo.

Datos Generales:

Formato:

Fecha: Día _____ Mes: _____ Año: _____

Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____ Tiempo: _____

Nombre de la Institución: _____

Pertenece a la ESE: _____

Dirección: _____

Encuestador: _____

Preguntas Generales:

Por favor lea detenidamente antes de contestar, y marque con una X su respuesta

1. Género:

a. Masculino____ b. Femenino____

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____

3. Cual es el nombre del barrio donde vive? _____

4. ¿Cómo considera la llegada al servicio amigable de salud, desde su casa:

a. Fácil____ b. Difícil____ c. Imposible____

5. ¿Cómo conoció este servicio amigable? Puede marcar más de una opción.

a. Por volantes____

b. Por _____ algún _____ medio _____ de _____ comunicación____
Cuál? _____

c. Por un amigo o familiar____

d. Por la EPS____

e. Por el colegio____

6. ¿Considera que el espacio físico (Sala de espera, consultorios, zonas de capacitaciones, talleres, charlas etc.,) es agradable y le da la bienvenida a los jóvenes?

a. Si____ b. No____

7. ¿Conoce usted cuál es el horario de atención para los jóvenes en el servicio amigable de salud?

a. Si____ b. No____

8. Se ajusta este horario a los momentos disponibles que usted tiene y que puede acudir?

a. Si____ b. No____

9. Puede asistir a consulta sin cita previa?

a. Si____ b. No____ c. No sabe/No responde____

10.El tiempo de espera para la atención lo considera:

a. Mínimo____ b. Normal____ c. Demorado

11.¿Tiene usted afiliación a una EPS para recibir atención en este servicio amigable?

a. Si____ b. No____ (Si su respuesta es No, favor pasar a la pregunta 13).

12.Registre el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado:

13. Sabe si es necesario estar afiliado a alguna EPS para ser atendido en este servicio amigable?

a. Si____ b. No____ c. No Sabe/No Responde ____

14. ¿Considera que obtener una cita en el servicio amigable es:

a. ____ Fácil b. ____ Difícil c. ____ Imposible

15. ¿Alguna vez ha tenido dificultades para que le brinden el servicio en esta institución?

a. Si____ b. No____ (Si su respuesta es No, favor pasar a la pregunta 18)

16. Cuál fue el problema o dificultad que presento para que le brinden el servicio? _____

17. ¿Considera que el personal es amable en su atención?

a. Siempre____ b. A Veces____ c. Nunca____

18. ¿El personal le explica qué se está haciendo durante la consulta o procedimiento?

a. Siempre____ b. A Veces____ c. Nunca____

19. ¿La atención recibida, responde a sus expectativas y/o necesidades?

a. Si____ b. No____

20. Califique la atención prestada en el servicio amigable:

a. Excelente____ b. Buena____ c. Regular____
d. Mala____

21. ¿Considera que la forma de atención en este servicio, promueve o invita amigablemente a los jóvenes a hacer uso de este servicio?

a. Si____ b. No____

22. De los siguientes servicios, marque con una X los que conoce que se prestan en esta institución. Pueden ser más de 1.

- a. Medicina General____
- b. Enfermería____
- c. Odontología____
- d. Planificación familiar____
- e. Salud sexual y reproductiva____
- f. Salud mental____
- g. Psicología____
- h. Nutrición____
- i. Pediatría____
- j. Ginecología____
- k. Urología____
- l. Control prenatal y control del parto____
- m. Atención infecciones de transmisión sexual____
- n. Dermatología____
- o. Otros?____

Cuales:_____

23.¿Tiene conocimiento de actividades realizadas por el servicio amigable en y con la comunidad?

- a. Si____
- b. No____

24.Ha participado usted en el inicio, desarrollo o seguimiento del servicio amigable?

- a. Si____
- b. No____

25.Si su respuesta anterior fue positiva, su participación fue:

- a. Como líder de grupo____
 - b. Como miembro del equipo de implementación y mejoramiento continuo____
 - c. Otro____,
- Cuál?_____

Gracias por su tiempo y su participación



ANEXO 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIOS DEL SERVICIO

CARACTERIZACION DE SERVICIOS AMIGABLES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO CALI PARA EL AÑO 2012

Código de identificación _____

INVESTIGADORAS: Olga Liliana Palta y María de los Ángeles León.

DESCRIPCIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

El participante fue seleccionado para participar en esta investigación porque pertenece al grupo de usuarios del servicio Amigable de Salud de esta institución objeto de estudio. Le solicitaremos que responda a un cuestionario y/o entrevista que será aplicado por una de las investigadoras.

Esta información será usada para propósitos de esta investigación y no será utilizada para futuros estudios.

DURACIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La encuesta o entrevista durará aproximadamente 30 minutos, para lo cual se solicitara autorización para grabarla. Las investigadoras que encuestaran tendrán un carnet que las identifica como miembros de la Universidad del Valle.

RIESGO

Con la participación en esta investigación no se genera ningún riesgo de salud ni físico o psicológico para ninguno de los participantes ni para las demás personas de la sociedad y no se incluirán preguntas que puedan ser consideradas como comprometedoras.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Conocer y disponer de una aproximación sobre el origen y desarrollo de los servicios amigables, que permitirán plantear estrategias para re-direccionar, imitar o fortalecer este programa a nivel local, regional y/o nacional.

BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES

El participante no recibirá ningún beneficio directo de este estudio, sin embargo los resultados de este, darán evidencia sobre la calidad en la prestación de los

servicios y ello ayudará al Sistema de Salud a conocer el origen y manejo de los servicios amigables, para su mejoramiento.

COSTOS DE SU PARTICIPACION

La participación del entrevistado en el estudio no tendrá ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos de estudio y no se compartirá con otras personas no involucradas en él. El nombre del participante no se utilizará en ningún reporte o publicación.

LOS DERECHOS DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

La participación en esta investigación es voluntaria y completamente autónoma, aún después de firmar este documento podrá renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Los datos recolectados hasta ese momento seguirán siendo parte del estudio.

En caso de que tenga preguntas adicionales sobre el estudio podrá contactar a Olga Liliana Palta, Maria de los Ángeles León o la Directora del proyecto la Dra. Elsa Patricia Muñoz, en la Universidad del Valle en Cali (Celulares 3137590461, 3176675949 y 55424760 consecutivamente). Para preguntas sobre derecho o para reportar algún tipo de daño que crea se deba a la participación en el estudio, por favor contacte al Presidente del Comité de Ética de la Universidad del Valle: Calle 4B No. 36 – 140, San Fernando, Cali Tel. 518 5677.

Una copia de este documento será conservado con los registros del estudio y al entrevistado se le dará otra.

Con la firma, el participante certifica que ha leído o alguien le ha leído el presente formato de consentimiento informado, que le ha sido resuelta todas sus preguntas y que en ejercicio de su autonomía acepta participar voluntariamente en el presente estudio.

Lugar y fecha: _____

Acepto,

Nombre del participante

Firma o Huella -Doc. Identidad

Nombre del Testigo

Firma o Huella -Doc. Identidad

Nombre del Testigo

Firma o Huella - Doc. Identidad

Nombre del investigador Firma o Huella

Firma o Huella o Doc. Identidad



ANEXO 6



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRABAJADORES INSTITUCION

CARACTERIZACION DE SERVICIOS AMIGABLES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO CALI PARA EL AÑO 2012

Código de identificación _____

INVESTIGADORAS: Olga Liliana Palta y Maria de los Ángeles León.

DESCRIPCIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

El participante fue seleccionado para participar en esta investigación porque pertenece al grupo de trabajadores de la institución prestadora del servicio Amigable de Salud objeto de estudio. Le solicitaremos que responda a un cuestionario y/o entrevista que será aplicado por una de las investigadoras.

Esta información será usada para propósitos de esta investigación y no será utilizada para futuros estudios.

DURACIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La encuesta o entrevista durará aproximadamente 30 minutos, para lo cual se solicitara autorización para grabarla. Las investigadoras que encuestaran tendrán un carnet que las identifica como miembros de la Universidad del Valle.

RIESGO

Con la participación en esta investigación no se genera ningún riesgo de salud ni físico o psicológico para ninguno de los participantes ni para las demás personas de la sociedad y no se incluirán preguntas que puedan ser consideradas como comprometedoras.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Conocer y disponer de una aproximación sobre el origen y desarrollo de los servicios amigables, que permitirán plantear estrategias para re-direccionar, imitar o fortalecer este programa a nivel local, regional y/o nacional.

BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES

El participante no recibirá ningún beneficio directo de este estudio, sin embargo los resultados de este, darán evidencia sobre la calidad en la prestación de los servicios y ello ayudará al Sistema de Salud a conocer el origen y manejo de los servicios amigables, para su mejoramiento.

COSTOS DE SU PARTICIPACION

La participación del entrevistado en el estudio no tendrá ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos de estudio y no se compartirá con otras personas no involucradas en él. El nombre del participante no se utilizará en ningún reporte o publicación.

LOS DERECHOS DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

La participación en esta investigación es voluntaria y completamente autónoma, aún después de firmar este documento podrá renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Los datos recolectados hasta ese momento seguirán siendo parte del estudio.

En caso de que tenga preguntas adicionales sobre el estudio podrá contactar a Olga Liliana Palta, Maria de los Ángeles León o la Directora del proyecto la Dra. Elsa Patricia Muñoz, en la Universidad del Valle en Cali (Celulares 3137590461, 3176675949 y 55424760 consecutivamente). Para preguntas sobre derecho o para reportar algún tipo de daño que crea se deba a la participación en el estudio, por favor contacte al Presidente del Comité de Ética de la Universidad del Valle: Calle 4B No. 36 – 140, San Fernando, Cali Tel. 518 5677.

Una copia de este documento será conservado con los registros del estudio y al entrevistado se le dará otra.

Con la firma, el participante certifica que ha leído o alguien le ha leído el presente formato de consentimiento informado, que le ha sido resuelta todas sus preguntas y que en ejercicio de su autonomía acepta participar voluntariamente en el presente estudio.

Lugar y fecha: _____

Acepto,

Nombre del participante

Firma o Huella -Doc. Identidad

Nombre del Testigo

Firma o Huella -Doc. Identidad

Nombre del Testigo

Firma o Huella - Doc. Identidad

Nombre del investigador Firma o Huella

Firma o Huella o Doc. Identidad

ANEXO 7

MATRIZ DE ANALISIS DE RESULTADOS POR COMPONENTES

La siguiente matriz contiene el consolidado de las características revisadas por cada componente.

Para efectos de la interpretación es necesario tener en cuenta la siguiente descripción:

El número 1 significa: La característica está presente en la ESE.

El número 0 significa: La característica no está presente en la ESE.

El color Verde → Característica encontrada en la ESE.

El color Rojo → Característica no encontrada en ninguna ESE.

El color Amarillo → Característica no encontrada en menos de la mitad de las ESE.

El color Naranja → Característica no encontrada en más de la mitad de las ESE.

C.D → Consulta Diferenciada

U.A → Unidad Amigable

1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN		ESE LADERA				ESE CENTRO		ESE SURORIENTE		ESE ORIENTE		ESE NORTE	
		C.D.		U.A.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO								
1. Accesibilidad Geográfica e infraestructura	1. Accesibilidad Geográfica	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
	2. Infraestructura	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
2. Identificación del Servicio		1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
3. Ambiente		1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0
4. Horarios y Programación de citas	1. Adecuación de Horarios	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	2. Horarios de Atención	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
	3. Contacto inicial con la enfermera sin cita	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
	4. Atención a Jóvenes independiente al tipo de afiliación al SGSSS	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	5. Tiempo Mínimo de Consulta	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
	6. Programación de Citas Telefónicas	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
5. Habilitación de Servicios	1. Habilitación	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
	2. Resolución 412 del 2000	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
6. Reconocimiento del Servicio	1. Estrategia de Comunicación para promocionar el SSAJ	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
	2. Mensajes que animan a los jóvenes a llevar a sus pares	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
	3. Anuncios que explicitan que la atención es confidencial	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
	4. Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
	5. Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
7. Oportunidad en la atención		1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0

2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ESE LADERA				ESE CENTRO		ESE SURORIENTE		ESE ORIENTE		ESE NORTE	
	C.D.		U.A.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO								
1.Capacitación en los Servicios Amigables	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
2. Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Res. 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el adulto joven	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN		ESE LADERA				ESE CENTRO		ESE SURORIENTE		ESE ORIENTE		ESE NORTE	
		C.D.		U.A.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO								
1. Indicadores del SSAJ		0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
2.Actas de reunión para el mejoramiento Continuo del SSAJ		1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
3. Plan de Seguimiento a indicadores		0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
4. Ruta Administrativa	Señalización de la ruta	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
	Conocimiento y orientación del personal Administrativo	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
5. Referencia y Contra-referencia		0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
6 Costos del Servicio		1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1

4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS	ESE LADERA				ESE CENTRO		ESE SURORIENTE		ESE ORIENTE		ESE NORTE	
	C.D.		U.A.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO								
4.DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1

5. PARTICIPACIÓN JUVENIL SOCIAL Y COMUNITARIA	ESE LADERA				ESE CENTRO		ESE SURORIENTE		ESE ORIENTE		ESE NORTE	
	C.D.		U.A.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO								
1. PARTICIPACIÓN JUVENIL	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
2. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
3. COORDINACION INTER-SECTORIAL	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1

ANEXO 8. GRÁFICOS

Gráfico 1. Comparativo del número de SSAJ por ESE

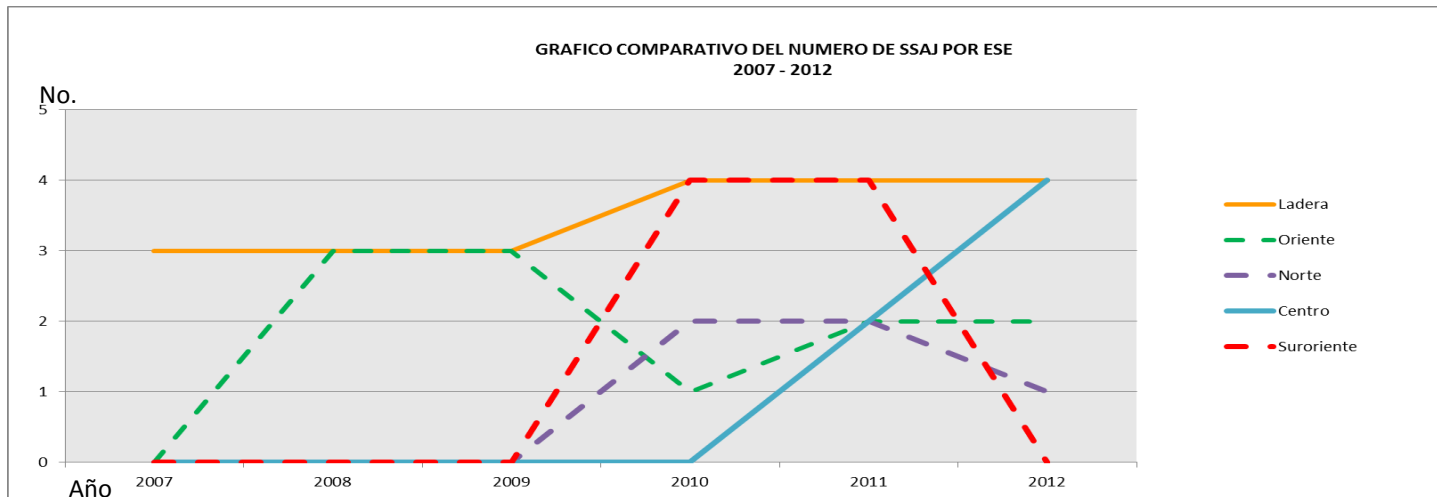


Gráfico 2. No. De SSAJ en el Municipio de Santiago de Cali

