

**SERVICIOS DE SALUD  
AMIGABLES PARA  
ADOLESCENTES  
Y JÓVENES**

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

**Segunda edición**



# SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

Segunda edición



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



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

**Ministerio de la Protección Social**

**Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- Colombia**

## **Elaboración del documento inicial de propuesta de modelo**

INSTITUTO PROINAPSA- UIS

Directora: Blanca Patricia Mantilla Uribe

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

Revisión de textos: Iván Darío Chahín Pinzón

## **Revisión y ajuste de primera edición**

Diva Janneth Moreno López, asesora de Proyecto

María Cristina Toro Ramírez, asesora de Proyecto

Sonia Campos Ramírez, coordinadora técnica Proyecto

Mary Luz Mejía Gómez, asesora SSR, UNFPA

## **Revisión y ajuste de segunda edición**

Diva Janneth Moreno López, asesora SSR, DGSP, Ministerio de la Protección Social

Lorenza Beatriz Ospino Rodríguez, asesora SSR, DGSP, Ministerio de la Protección Social

Andrés Duarte Osorio, consultor, UNFPA

Mary Luz Mejía Gómez, asesora SSR, UNFPA

## **Diseño y producción impresa**

Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Ltda.

[www.tallercreativoaleida.com.co](http://www.tallercreativoaleida.com.co)

[tallercreativoaleida@yahoo.com](mailto:tallercreativoaleida@yahoo.com)

Angélica Pardo Pérez

Andrea Sarmiento Bohórquez

Zamara Zambrano Sánchez

## **Corrección de estilo segunda edición**

Natalia Herrera Eslava

## **Fotografía**

Archivo fotográfico Proyecto Colombia

Secretaría de Salud de Bogotá,

Licinio Garrido y otros archivos

## **Segunda Edición**

5.000 ejemplares

Diciembre de 2008

Impreso y hecho en Bogotá D.C. - Colombia

Este documento fue realizado como parte del Convenio entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -.  
Colombia, N° 0265 de 2008

**Ministro de la Protección Social**

Diego Palacio Betancourt

**Viceministro de Salud y Bienestar**

Carlos Ignacio Cuervo Valencia

**Director general de Salud Pública**

Gilberto Álvarez Uribe

**Asesor de la Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social**

Ricardo Luque Núñez

**Coordinadora de Promoción y Prevención, DGSP, Ministerio de la Protección Social**

Fabiola Rey Sarmiento

**Asesora Salud Sexual y Reproductiva Adolescentes, DGSP,  
Ministerio de la Protección Social**

Diva Janneth Moreno López

**Representante UNFPA**

Diego Palacios Jaramillo

**Representante Auxiliar UNFPA**

Lucy Wartenberg

**Asesora en Salud Sexual y Reproductiva UNFPA**

Mary Luz Mejía Gómez

**Coordinador técnico Convenio MPS – UNFPA, 0265 de 2008**

Francisco Javier Sierra Esteban

**Revisión técnica**

Diva Janneth Moreno López, asesora SSR, DGSP.  
Ministerio de la Protección Social  
Lorenza Beatriz Ospino Rodríguez, asesora SSR, DGSP.  
Ministerio de la Protección Social  
Mary Luz Mejía Gómez, asesora SSR, UNFPA



**Mesas de revisión del documento inicial, sobre propuesta de modelo presentado por PROINAPSA en mayo de 2007**

**Mesa de consulta, marzo 7 de 2007**

**ENTIDAD**

**NOMBRE**

Consultora independiente  
Consultora independiente  
Consultora independiente  
Convenio UNFPA - MPS  
Convenio UNFPA - SDS  
Fe y Alegría  
Fundación Sí Mujer  
Ministerio de la Protección Social

OPS  
Profamilia Joven  
Proyecto Fondo Mundial

Secretaría de Salud de Bucaramanga  
Secretaría de Salud de Cali  
Secretaría Salud de Cundinamarca  
Secretaría de Salud de Manizales  
UNFPA  
Universidad del Valle  
Universidad Nacional

Gloria Inés Pedraza  
Olga Restrepo  
Maribel Riaño  
Sonia Campos  
Luz Marina Muñoz I.  
Amanda Bravo  
Martha Trujillo  
Samuel García, Ricardo Luque y  
Luz Elena Monsalve  
Rafael Pardo  
Mónica Balcázar y María Susana Moya  
Carlos Alberto González, Franklin Prieto,  
Daniel Fernández y Ángela González  
Laura Moreno  
Paula Rojas  
Edna Carolina Olarte y Hilda Vargas  
Myriam Astrid Ramírez  
Mary Luz Mejía y Martha Lucía Rubio  
Gladis Eugenia Canaval  
Miguel Barrios

## **Mesa de consulta marzo 9 y 10 de 2007.**

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

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

## Mesa de revisión segunda edición

Taller de fortalecimiento del Sistema de Evaluación de la Implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

### ENTIDAD

### NOMBRE

Alcaldía de San Vicente de Chucurí, Santander	Laura Naines Muñoz
Alcaldía de Sabana de Torres, Santander	Magda Lucía Burgos
Centro de Salud Policarpa, ESE Nariño	Juan Castellanos
Centro de Salud San José, San Marcos, Sucre	Jorge Luis Vergara
Clínica Regional de la Costa, Cartagena, Bolívar	Lourdes Suarez Martínez
Clínica Reina Sofía de la Costa, Bolívar	Glenda Benítez
DASALUD Sucre	Diana Arrieta, Carmen Galindo y Óscar Emiro García
DLS Guachucal, Nariño	Olga Marina Peña Ojeda
DLS Ipiales, Nariño	Ivonne Montenegro
ESE Cartagena, Bolívar	Nellys Altamiranda y Rosa de Altamiranda
ESE El Tambo, Nariño	Gladys Y. Dulce
ESE Hospital San José, Belén de Umbría, Risaralda	Rafaela Mercado Cervantes
ESE Hospital San Onofre, Sucre	Justo Rodríguez
ESE Hospital San Vicente de Paul, Mistrató, Risaralda	María Soledad Archila
ESE Hospital San Vicente de Paul, Santa Rosa de Cabal, Risaralda	Blanca Myriam Bolaños
ESE Municipal Meta, San Martín	Natalia Márquez Velásquez
ESE Municipal Meta, Villavicencio	Esperanza Ramírez
ESE Pasto Salud, Nariño	Lucy Marcela Mora
Hospital Local Aguachica, Cesar	Edwing Ortiz G.
Hospital Local Puerto López, Meta	Celia C. Sánchez Fernández
PPMM - SSR Barrancabermeja, Santander	Javier E. Martínez
SaludCoop EPS Risaralda, Pereira	Francisco J. Osorio
Seccional de Salud de Santander	Liliana Sileidy Basto
Secretaría de Educación Departamental, Nariño	Jorge E. Velasco
Secretaría Departamental de Salud de Cesar	Carolina Raquel Morón G.
Secretaría Departamental de Salud de Risaralda	Norma Inés Severino, Patricia Caicedo H. y Ángel Merchán O.
Secretaría de Salud de Puerto Wilches	Alexis Peña
Secretaría de Salud de Turbaco, Bolívar	Ayde Batista Ruiz
Secretaría Local de Salud, Villavicencio, Meta	Luz Marina Herrera H.
Secretaría Seccional de Salud de Villavicencio, Meta	Ruth Mary Baquero
UNFPA	Annalisa Roso

## Bogotá, noviembre 20 y 21 de 2008

### ENTIDAD

### NOMBRE

Alcaldía Municipal, PSPI Tolima, Espinal	Diana Milena Méndez
Consultor UNFPA	Clara L. Vargas
COOMEVA EPS Cúcuta, Norte de Santander	Dary Medina Duarte
Convenio SDS-UNFPA	Giovanni Quevedo y Luz Marina Muñoz
Dasalud Putumayo	Karol Suarez Bucheli
ESE Hospital del Rosario, Campoalegre, Huila	Nory Esther González
ESE Hospital Fronterizo La Dorada, San Miguel, Putumayo	Luis Mario Enríquez
ESE Hospital Horacio Muñoz, Sopetrán, Antioquia	Adriana Restrepo
ESE Hospital Local Puerto Asís, Putumayo	Leyla Patricia Jimenez
ESE Hospital Noroccidental de Abrego, Norte de Santander	Fanny Peñaranda O.
ESE Hospital Regional Chiquinquirá, Boyacá	Mabel Rocío Gómez M.
ESE Hospital San Antonio, Soatá, Boyacá	Rosa Nelly Rincón
ESE Hospital San Vicente de Paul, Paipa, Boyacá	Yaneth Efigenia Peña F.
ESE HSJ Pamplona, Norte de Santander	Fanny Vera Acevedo
ESE Laura P. de García, Yaguara, Huila	Sandra Miled Cabanzo
ESE María Auxiliadora, Garzón, Huila	Lucy Alexandra Betancourt
ESE Salud Sogamoso, Boyacá	Myriam Ángel Botero
ESE Salud del Tundamá, Boyacá, Duitama	Luisa A. Vega Correa
ESE Sagrado Corazón de Jesús, La Hormiga, Putumayo	Susana Camacho y Ángela Andrea España
ESE San Roque, La Unión, Antioquia	Patricia Álvarez
Instituto Departamental de Salud del Norte de Santander.	Ernesto Sánchez R.
Hospital Departamental Buenaventura, Valle del Cauca	Alba Yadira Minotta
Hospital San Juan de Dios, Honda, Tolima	Marcela Herrera A. y Ana Arzuza Mendoza
Hospital San Rafael, Espinal, Tolima	Odalís Gutierrez H.
Hospital SMH Putumayo, Mocoa	Edna Patricia Bastidas
Multimédicas EPS, Norte de Santander	Gerardo Alberto Ordoñez R.
PSPIC Tolima, Líbano	Lida Yaneth Rincón
SDS Bogotá, Hospital del Sur, Bogotá	Alejandro Gómez
Seccional Desarrollo Social, Gobernación del Valle del Cauca, Cali	Diego F. Matta
Secretaría Departamental de Salud de Boyacá	Ruth Jael Robles
Secretaría Departamental de Salud del Cauca	Martha Castaño
Secretaría Departamental de Salud de Huila	Rosa Lisseth Salazar
Secretaría Departamental de Salud del Tolima	Melva Ortiz S.
Secretaría Departamental de Salud de Tolima, Hospital Regional del Líbano	Juan Carlos Vaquen
SMS Valle del Cauca, Buga	Claudia Domínguez
SMS Valle del Cauca, Palmira	Adriana Arango A.
SOS EPS Valle del Cauca, Cali	Sandra Milena Villada
SPM Cali, Valle del Cauca	Paula A. Rojas

## Aguachica Cesar, noviembre 21 de 2008

### ENTIDAD

### NOMBRE

Alcaldía de Pelaya, Cesar	Pablo César Galezo y Luis René Ospina
Asociación Jóvenes Emprendedores, San Martín	Jhon Geiver Zuta M.
Coordinación Salud Pública, La Gloria, Cesar	Catherine Navas Rojas
Comisaría de Familia, Aguachica, Cesar	Dora Isabel Meneses
Comisaría de Familia 2, Aguachica	Josefina Awad
Corporación Juvenil de Aguachica, Cesar	Diana Puentes Jácomes
Corporación Juvenil CJAC	Ludwing Rojas V. y Darling Pacheco F.
CPPE, Valledupar, Cesar	Yuranis Consuegra
CSSR, Tamalameque	Liliana Troncoso Mendoza
ESE Instituto de Salud de Bucaramanga	Paola Andrea Soto
Hospital Álvaro Ramírez González	Adalgiza Mendoza
Hospital Cristian Moreno Pallares, Curumaní	Miledis Villalobos Z.
Hospital Local de Aguachica, Cesar	Sara Chacón Cotes y Edwing Ortiz Caicedo
Hospital Olaya Herrera, Gamarra, Cesar	Rubén D. Cotes Bruges
Hospital San Juan Crisóstomo, Red Social de Apoyo	Suleima Tarazona Ibáñez
Hospital San Sebastián, Morales, Bolívar	Verónica Portillo Flórez
ICBF Aguachica	María Duque Montero
Red Social de Apoyo, equipo SSR, Tamalameque	Robinson Martínez
Red Social de Apoyo, Valledupar, Cesar	Nancy Martínez
Red Social de Apoyo, La Gloria, Cesar	Rocío Díaz Sierra
SSR-SSD, La Gloria, Cesar	María Cristina Arias
SSR-SSD, Gamarra, Cesar	Julio H. Peña Meriño
Secretaría Departamental de Salud de Cesar, San Martín	Fabián Martínez G.
Secretaría Departamental de Salud de Cesar, Valledupar	Jesús Cabello Reyes
Unidad Educativa Municipal, núcleo Aguachica	Julio Mario Arias Pabón y Ana Elvia Páez duarte

# CONTENIDO

<b>NOTA ACLARATORIA</b>	14
<b>INTRODUCCIÓN</b>	15
<b>CAPÍTULO 1</b>	
¿Quiénes son? Contextualización de la adolescencia y la juventud	23
Propósito	24
<b>1. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</b>	<b>25</b>
Paso a paso	25
1.1. Adolescencia temprana o inicial: 10 - 13 años	26
1.1.1. Cambios biológicos	26
1.1.2. Cambios psicológicos/sociales	27
1.1.3. Cambios cognitivos	28
1.2. Adolescencia media: 14 - 16 años	28
1.2.1. Cambios biológicos	29
1.2.2. Cambios psicológicos/sociales	29
1.2.3. Cambios cognitivos	29
1.3. Adolescencia final o tardía: 17 - 20 años	30
1.3.1. Cambios biológicos	31
1.3.2. Cambios psicológicos/sociales	31
1.3.3. Cambios cognitivos	31
1.4. Juventud	32
1.4.1. Cambios biológicos	32
1.4.2. Cambios psicológicos/sociales	32
1.4.3. Cambios cognitivos	33
1.5. Titularidad de derechos	33
<b>2. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN COLOMBIA</b>	<b>34</b>
2.1. Determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes	36
2.1.1. La familia, el grupo de pares y las redes de apoyo social	36
2.1.2. La pobreza, las políticas y la legislación	37
2.1.3. Los medios de divulgación masiva	38
2.1.4. Sociedad y cultura	38
2.2. Manifestaciones de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes colombianos	39

2.2.1. Edad de la primera relación sexual de las mujeres en Colombia	40
2.2.2. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 - 19 años	40
2.2.3. Fecundidad en adolescentes	41
2.2.4. Embarazo en adolescentes entre los 15 y los 19 años	41
2.2.5. Conocimientos frente a ITS y VIH, en mujeres de 15 - 19 años	42
2.2.6. Violencia sexual	43
2.2.7. Mortalidad	43
<b>A MEDIO CAMINO</b>	<b>43</b>
<b>3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL COMPORTAMIENTO Y DEL RIESGO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>45</b>
<b>4. DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>50</b>
4.1. Derechos reproductivos	51
4.2. Derechos sexuales	52
4.3. El caso colombiano	52
4.4. Premisas y derechos	53
4.5. La formulación de políticas como herramienta	54
<b>5. DESARROLLO HUMANO</b>	<b>55</b>
5.1. Desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes	57
<b>ANTES DEL CIERRE</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	
El ciclo de calidad en la implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes	63
Propósito	64
<b>1. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS AMIGABLES</b>	<b>64</b>
<b>2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>66</b>
2.1. Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud	67
2.2. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud	68



# CONTENIDO

<b>3. PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR PARA LA MEJORA CONTINUA</b>	<b>69</b>
3.1. Planear	70
3.2. Hacer	72
3.3. Verificar	73
3.4. Actuar para la mejora continua	73
<b>4. LOS ROLES DE CADA ACTOR</b>	<b>75</b>
Entidades territoriales	76
Aseguradoras	77
Instituciones Prestadoras de Servicios	78
<b>5. MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	<b>79</b>
<b>ANTES DEL CIERRE</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO 3</b>	
La propuesta de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva	87
Propósito	88
<b>1. DEFINICIÓN</b>	<b>88</b>
<b>2. PRINCIPIOS</b>	<b>89</b>
<b>3. MODALIDADES</b>	<b>91</b>
3.1. Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes	91
3.2. Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes	92
3.3. Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes	92
<b>4. COMPONENTES</b>	<b>93</b>
4.1. Acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y oportunidad en la prestación	94
4.2. Profesionales y personal de salud	96
4.3. Procedimientos administrativos y de gestión	98
4.4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios	100
4.5. Participación social y comunitaria	105
<b>5. DIFERENCIAS</b>	<b>115</b>
<b>6. RAZONES PARA CREAMOS</b>	<b>117</b>

7. ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES, COMPARADO CON EL CUBRIMIENTO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000	119
8. ADAPTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	122
ANTES DEL CIERRE	130

## CAPÍTULO 4

Marco legal y normativo para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes	133
Propósito	133
1. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA	133
2. MARCO POLÍTICO	136
3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO	137
4. PLANES DE BENEFICIOS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN	141
5. CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	144
6. NORMATIVIDAD FRENTE A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	145
7. NORMATIVIDAD FRENTE A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDO VIH/SIDA	147
Para recordar	149
8. ARTICULANDO LA JUVENTUD A LA POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	149
ANTES DEL CIERRE	151

## CAPÍTULO 5

Seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes	155
1. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	158

# CONTENIDO

<b>2. ASPECTOS TÉCNICOS PARA EL DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES</b>	<b>159</b>
2.1. ¿Qué es evaluación y seguimiento?	159
2.2. ¿Quién la realiza?	160
2.3. ¿Cuál debe ser el referente teórico?	160
2.4. ¿Cuáles son los tipos de evaluación?	162
2.4.1. Cuantitativa	162
2.4.2. Cualitativa	162
2.5. Diseño de indicadores para fortalecer el seguimiento y evaluación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes	163
2.5.1. ¿Qué es un indicador?	163
2.5.2. ¿Cuáles son los tipos de indicadores y sus escalas de medición?	164
2.5.3. ¿Qué características debe tener un buen indicador?	164
2.6. Fuentes propuestas para la apropiación de indicadores de seguimiento en la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes	166
2.6.1. Fuentes	166
2.7. Indicadores de procesos de gestión	168
2.7.1. Indicadores de procesos	169
2.7.2. Indicadores de resultado	169
2.7.3. Indicadores de estructura	170
2.8. Plan de análisis y difusión de resultados	171
2.9. Presentación de resultados:	172
2.9.1. Ruta sugerida para la elaboración de informes:	172
2.9.2. Elaboración de informes para la prensa hablada y escrita	173
Para recordar	173
<b>ANTES DEL CIERRE</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>179</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>257</b>
<b>ANEXO B</b>	Ver CD adjunto

## NOTA ACLARATORIA

Esta guía da continuidad al “Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia”, publicado en años anteriores por el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Sus contenidos proponen prolongar el proceso ya iniciado y desarrollado en los servicios de salud del país, a la vez que resume, elabora, consolida y presenta un modelo de atención a adolescentes y jóvenes basado en las propuestas, logros y dificultades vividos en los campos de la salud sexual y reproductiva y del trabajo con las y los adolescentes y jóvenes en el país, durante un poco más de veinticinco años. Recupera además el enfoque de salud pública y lo conjuga con los avances de las ciencias sociales y con la participación y capacidad creadora de estos grupos etareos, en el marco del ejercicio de derechos. Enfatiza en las características de las etapas del adolescente y el joven, como parte del ciclo vital humano, sin abordarlas en su totalidad ni agotarlas, sino presentándolas en el sentido en que resultan indispensables para el manejo de los servicios de salud dirigidos a dicha población.

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

---

<sup>1</sup>Ministerio de la Protección Social. Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá D.C., 2005

## INTRODUCCIÓN

En Colombia, desde la reunión de salud reproductiva y tecnología diagnóstica perinatal, se recomendó al Ministerio de Salud replantear la programación de actividades para incluir a adolescentes como sujeto y objeto de atención.

A partir de esta recomendación, el Ministerio de Salud conformó un grupo de trabajo liderado por la División Materno Infantil y de Dinámica de la Población, para coordinar acciones dirigidas a la población adolescente, contando con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

A finales del mismo año se convocó un grupo de expertos de diferentes regiones del país para analizar la situación del adolescente colombiano, definir los lineamientos de la propuesta de una política de salud para el adolescente y establecer estrategias de atención, a fin de iniciar el Programa de Atención Integral al Adolescente.

En 1989, en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga y Cartagena se realizaron acciones de sensibilización en aspectos del Programa a funcionarios del nivel directivo del Sector Salud y de otros sectores, para realizar el diagnóstico de la situación sociocultural y de salud del adolescente.

En 1990 se realizó la dotación de equipos básicos de atención, difusión de las normas y se elaboró el “Manual de procedimientos de atención integral al adolescente”. El UNFPA, en convenio con el Ministerio de Salud (1991), apoyó la organización de los servicios de atención en las diferentes instituciones de salud, en zonas marginadas de estas seis grandes ciudades.

Más adelante, la publicación del “Manual de normas técnico administrativas de atención integral al adolescente” fue la respuesta política del gobierno colombiano para reconocer al adolescente su espacio en la estructura del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de proporcionar a los funcionarios las directrices para desarrollar un Programa de Atención Integral en Salud dirigido esta población (1993). Desde entonces, en el país se han hecho esfuerzos efectivos para consolidar la gestión de las empresas promotoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en su labor de organizar y suministrar servicios de salud a la población en general y de lograr mantener y mejorar las condiciones de salud de la población.

En materia de salud de la infancia, Colombia ha logrado el descenso en las tasas de mortalidad y la disminución de la vulnerabilidad de las niñas y niños a enfermedades prevalentes como las infecciones respiratorias, la diarrea y la desnutrición. La coordinación y acción intersectorial han marcado el compromiso constante y sostenido para garantizar la salud de este grupo poblacional. Los avances obtenidos han permitido que la población infantil crezca en mejores condiciones de salud.

El proyecto del Fondo Global en Colombia (2007) informa que, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuando niñas y niños pasan a ser adolescentes y luego 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, para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y 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 beneficios.

En este convenio se logró la construcción de un modelo que permite implementar acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, movilización de la demanda temprana y mejoramiento de la prestación de servicios como mecanismo de superación de barreras de acceso, con especial énfasis en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de adolescentes y jóvenes, en un marco de equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.

La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años, y sean capaces de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan. Para lograrlo, se hace necesario desarrollar y fortalecer conocimientos y habilidades específicas en los prestadores de servicios, para que identifiquen y atiendan a adolescentes y jóvenes de forma idónea, reconociendo que ellos y ellas requieren ser atendidos, y destacando que sus motivos de consulta están relacionados principalmente con situaciones de la vida cotidiana, muchas de ellas con su salud sexual y reproductiva, pero no necesariamente con daños o procesos mórbidos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, definen los servicios amigables como “aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, 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”.



El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes está dirigido a todos los actores del SGSSS encargados del proceso de gestión de la salud y bienestar de adolescentes y jóvenes; este modelo, además, ofrece pautas metodológicas para el diseño e implementación de los servicios, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

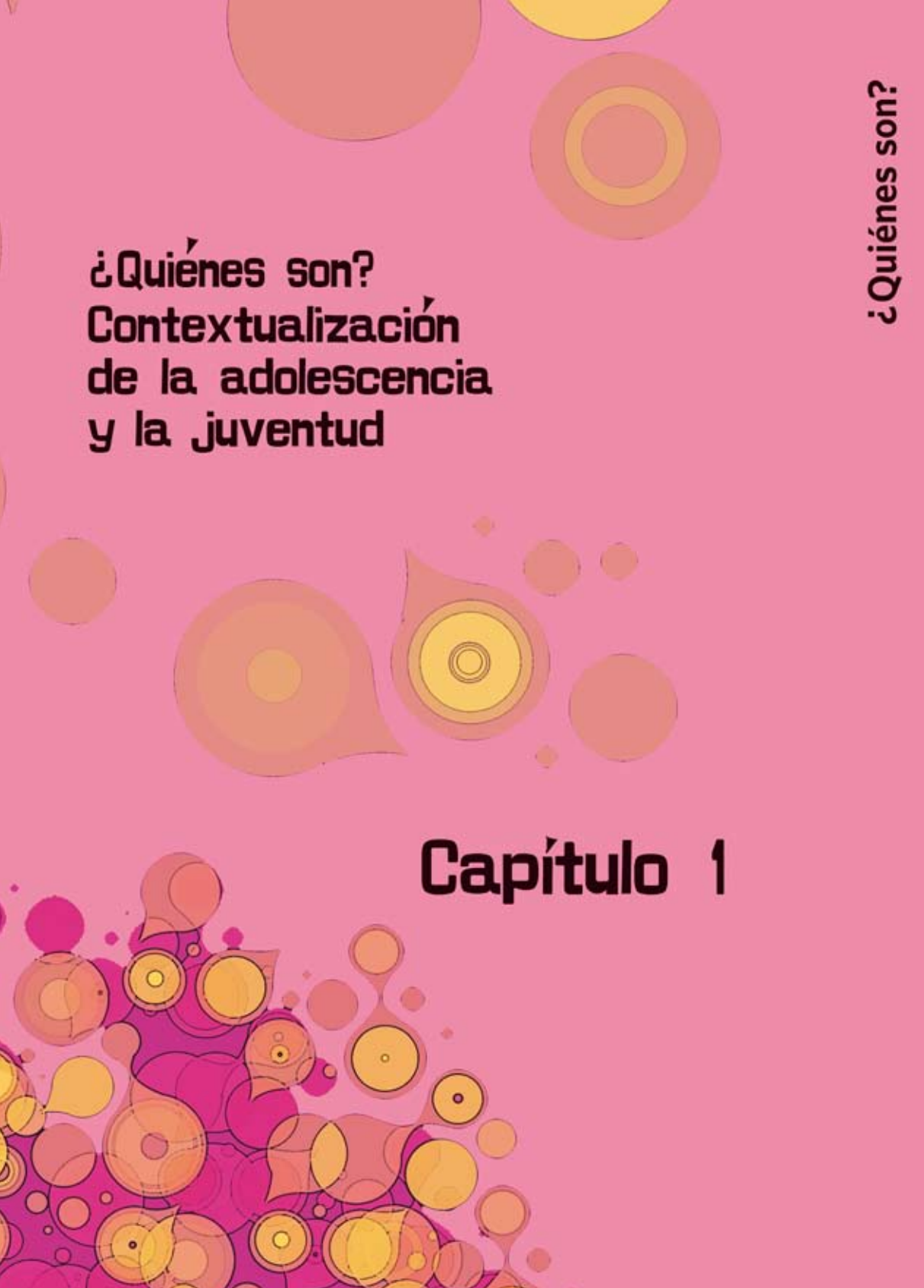
Por ser un “modelo”, indica los elementos suficientes y mínimos necesarios para la adecuada atención al grupo etario en mención y el cumplimiento de la normatividad desarrollada en el SGSSS, orientada a garantizar el derecho que tienen adolescentes y jóvenes al cuidado de su salud. Por lo anterior, cada entidad prestadora o aseguradora puede, tomando estos elementos, adaptar la organización de sus servicios.

El presente documento consta de cinco capítulos: el primer capítulo contextualiza al usuario en la etapa de la adolescencia y la juventud; el segundo desarrolla una propuesta de gestión encaminada a orientar los procesos de planeación, ejecución y evaluación a partir del ciclo de calidad de Deming: Planear, Hacer, Verificar y Actuar para la mejora continua (PHVA), dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC); el tercer capítulo describe la propuesta de servicios y aporta elementos para definir, planear, diferenciar e implementar los servicios amigables; el capítulo cuarto ofrece los elementos en los cuales se enmarcan dichos servicios dentro de la reglamentación vigente e igualmente presenta las opciones para desarrollarlos en el marco del SGSSS; finalmente, el capítulo quinto presenta sugerencias metodológicas de seguimiento y evaluación, aplicadas específicamente a este tipo de servicios. Se incluyen dos grupos de anexos: el primero contiene los instrumentos de apoyo a la atención clínica y de seguimiento y evaluación de la implementación de los servicios, mediante los cuales se contribuye a orientar y desarrollar los procesos propuestos. El segundo grupo de anexos contiene las normas consideradas como relevantes dentro del SGSSS, que soporta estos servicios.

La estructura de los capítulos ofrece conceptos teóricos y metodológicos, preguntas de reflexión y documentos anexos que complementan la información desarrollada. La metodología y contenidos propuestos podrán ser enriquecidos en la práctica con el compromiso de legisladores, planificadores de programas y todos los demás sectores sociales interesados en el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes de nuestro país y a partir de las evaluaciones que se hagan de estos procesos.

El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes ha sido estructurado para facilitar a los diferentes actores del SGSSS el cumplimiento de los marcos normativos exigidos por los planes de beneficios reglamentados a partir del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007). Esperamos que ésta sea una herramienta útil para la satisfacción de las expectativas y necesidades de adolescentes y jóvenes colombianos.





**¿Quiénes son?  
Contextualización  
de la adolescencia  
y la juventud**

**Capítulo 1**

**¿Quiénes son?**

# ¿Quiénes son?

## Contextualización de la adolescencia y la juventud



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

Dice un viejo adagio inglés: “si quieres enseñar latín a Pedro, primero conoce a Pedro y después enséñale latín”.

Con esa misma mirada le damos la bienvenida a este capítulo en el cual, antes de hablar sobre lo que es un servicio de salud amigable, hablaremos de las personas a quienes se van a ofrecer esos servicios, es decir, adolescentes y jóvenes<sup>2</sup>.

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

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

---

<sup>2</sup>OMS y OPS definen la adolescencia como el periodo de 10 a 19 años de edad y la juventud como el periodo entre 15 y 24 años; “personas jóvenes” es un término que se utiliza para incluir a ambos grupos. OMS. A Picture of Health? Ginebra. 1995. En SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5. Para efectos de este documento se utilizarán los términos adolescentes y jóvenes para denominar a hombres y mujeres entre los 10 y los 29 años, teniendo en cuenta la normatividad existente en el sector salud y especialmente la establecida a través de la Resolución 412 sobre Normas y Guías de Atención.

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

## PROPÓSITO

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



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

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

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



# 1. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Antes lo que más nos gustaba en el mundo eran los deportes y el cine, y dábamos cualquier cosa por un match de fútbol, y ahora en cambio lo que más eran las chicas y el baile y por lo que dábamos cualquier cosa era una fiesta con discos de Pérez Prado.  
Mario Vargas Llosa. Los cachorros.<sup>3</sup>

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

## PASO A PASO

La adolescencia es una etapa del ciclo vital humano actual. No ocurría en las civilizaciones primitivas, donde los individuos tenían una corta esperanza de vida y requerían involucrarse rápidamente en la cadena productiva y en aspectos reproductivos. Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración tanto biológica como fisiológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos. Así, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un hecho biológico. Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que también es transformado por éste.

<sup>3</sup>Vargas Llosa, Mario. Los cachorros. Colección Millenium. Madrid. 1999. p. 103



Para facilitar la comprensión de esta etapa y la planeación de servicios de atención integral que impacten efectivamente la salud de este grupo poblacional, es recomendable dividir la adolescencia de la siguiente forma:

### 1.1. ADOLESCENCIA TEMPRANA O INICIAL: 10 - 13 AÑOS<sup>4</sup>

Esta etapa generalmente, pero no siempre, inicia con los cambios puberales, los cuales rápidamente se acompañan de modificaciones en las relaciones sociales. Los adolescentes iniciales suelen encontrarse ambivalentes. El temor de separarse de sus padres puede existir o no y lo más frecuente es que muestren preferencias por socializar con “pares” del mismo sexo. Suelen tener un pensamiento concreto, con planes vagos hacia el futuro. En estos años se incrementa la curiosidad sexual y pueden experimentar actividades autoestimulatorias como la masturbación.

Como personas, se centran mucho en sí mismas y exploran qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus figuras de autoridad, comenzando por sus padres.

## ADOLESCENCIA



### Temprana: 10 a 13 años

#### 1.1.1. Cambios biológicos

La pubertad, y con ella la aparición de caracteres sexuales secundarios, ocurre a una edad más temprana en las mujeres que en los hombres. En ellas, en condiciones normales, la aparición del brote o botón mamario, que marca el inicio del proceso de maduración de los senos, puede ocurrir a los 8 años de edad y se completará entre los 12 y los 18 años; el crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de la pierna, comienza típicamente alrededor de los 9 o 10 años de edad y alcanzará los patrones de distribución adulta alrededor de los 13 o 14 años; la menarquia, el comienzo de los períodos menstruales, ocurre de forma característica alrededor de 2 años después de la aparición del brote

Continúa...

<sup>4</sup>Para efectos del modelo de atención se retoman los conceptos planteados por la Resolución 412 de 2000, en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años.

# ADOLESCENCIA

## 1.1.1. Cambios biológicos

mamario y puede suceder, en condiciones de desarrollo normal, entre los 10 años y los 15 años; la fase de crecimiento rápido (comúnmente denominado estirón puberal) se presenta entre los 9.5 y los 14.5 años y alcanzará su punto máximo alrededor de los 12 años.

En los hombres, la pubertad no solo inicia más tarde (entre los 10 y los 16 años), sino que además necesitan más tiempo para completar sus cambios (alrededor de siete años). El influjo hormonal genera modificaciones en la voz, acelera la velocidad de crecimiento corporal y desarrolla los genitales. Los niños comenzarán a notar agrandamiento escrotal y testicular alrededor de los 9 o 10 años de edad, seguido rápidamente por el alargamiento del pene; el tamaño y forma de los genitales adultos se logrará típicamente a los 16 o 17 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara, comienza alrededor de los 12 años y alcanzará los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años. El crecimiento rápido inicia entre los 10.5 y 11 años y se completará entre los 16 y 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. En medio de este proceso aparece la primera eyaculación o espermaquia.

## 1.1.2 Cambios psicológicos sociales<sup>5</sup>

Durante este periodo, las y los adolescentes concentran su energía principalmente en la comprensión y adaptación a los cambios biológicos que están ocurriendo en su cuerpo. A diferencia de lo que sucedía en la infancia, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia afuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. En este momento, los servicios amigables pueden convertirse en los aliados que apoyan la asimilación del proceso de transición. La actitud del profesional de la salud puede influir, positiva o negativamente, la adherencia a la institución y la adopción de prácticas saludables.

Continúa...

<sup>5</sup>Los aspectos que corresponden a la construcción de identidad desde la infancia, que requieren ser retomados en los servicios de salud, están contenidos en el modelo de gestión de la infancia, como está registrado en la nota aclaratoria de inicio.

# ADOLESCENCIA

## 1.1.2 Cambios psicológicos sociales

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

## 1.1.3 Cambios cognitivos

Durante esta etapa se dan varias transformaciones en términos de aprendizaje. Aparece el pensamiento formal y con él se hace extensiva la lógica al dominio de las ideas, principios y proposiciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables. El aprendizaje infantil prepara al niño y a la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades, de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera, su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado.

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

## 1.2. ADOLESCENCIA MEDIA: 14 - 16 AÑOS

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

# ADOLESCENCIA

**Media: 14 a 16 años**



<p><b>1.2.1.</b> <b>Cambios biológicos</b></p>	<p>La primera menstruación y la primera eyaculación ocurren cada vez a edades más tempranas. En la actualidad se presentan antes de los 14 años. Cuando aparecen, marcan en mujeres y hombres, respectivamente, el inicio de la capacidad reproductiva. Sus cuerpos serán entonces biológicamente aptos para generar nuevas vidas. El proceso de convertirse en una persona adulta continúa, pero este es apenas otro paso en el camino.</p>
<p><b>1.2.2.</b> <b>Cambios psicológicos/ sociales</b></p>	<p>A medida que la persona avanza en la adolescencia media, el grupo de compañeros se extiende hasta incluir integrantes del sexo opuesto. Son los primeros momentos en los que se es consciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del sexo opuesto. Las personas adolescentes identificarán durante este periodo, más claramente, cuál es el sexo que les atrae.</p>
<p><b>1.2.3.</b> <b>Cambios cognitivos</b></p>	<p>Los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas, lo que les posibilita dar opiniones más estructuradas y tomar decisiones. La profundización del pensamiento abstracto, idealista y lógico, los capacita para dar soluciones alternativas a los problemas. También aumenta la toma de perspectiva, lo que les permite identificar más rápidamente el punto de vista del otro. Si bien estos cambios tienen un efecto positivo a largo plazo sobre el desarrollo, en el momento pueden llevarlos a discutir más vehementemente, a la vez que a estar más indecisos. Esta conducta es muy frecuente y suele acompañarse de una postura que pone en duda la moral y las creencias familiares.</p>

Continúa...

# ADOLESCENCIA

## 1.2.3. Cambios cognitivos

Manifiestan un mejor análisis de los problemas y siguen un pensamiento crítico. Estos procesos del pensamiento les ayudan a ganar independencia y son fundamentales en el logro de su identidad.

PARA ALGUNAS PERSONAS ADULTAS, EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD Y DE LA ACTITUD CRÍTICA DE LOS JÓVENES ES UN PROBLEMA QUE INCOMODA, MIENTRAS QUE PARA OTRAS ES LA OPORTUNIDAD DE INVOLUCRARSE EN SU DESARROLLO, RESPETÁNDOLES SU AUTONOMÍA Y ORIENTÁNDOLES MÁS QUE CHOCANDO CON SUS PROCESOS.

## 1.3. ADOLESCENCIA FINAL O TARDÍA: 17 - 20 AÑOS

Es el periodo final de la adolescencia; el límite superior de ésta dependerá del criterio que cada país utilice para otorgar el estatus de mayoría de edad.

Las personas adolescentes suelen ser independientes y capaces de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Esto les permite establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefieren relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, definen planes y metas específicas, viables y reales. Son capaces de abstraer conceptos, definen su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por determinantes de cultura, sexo, nivel educativo, familia y entorno social, entre otros.



# ADOLESCENCIA

## Final o tardía: 17 a 20 años

<p><b>1.3.1.</b> <b>Cambios biológicos</b></p>	<p>Durante este periodo son pocos los cambios físicos, y estos tienen menor preponderancia frente a los cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos, los cuales se tornan primordiales para la transición a la etapa adulta. Se consolida la imagen corporal y ésta se integra a la personalidad e identidad.</p>
<p><b>1.3.2.</b> <b>Cambios psicológicos/ sociales</b></p>	<p>Simultáneamente con la atracción por otras personas, las y los adolescentes empiezan a separarse de sus padres y otros adultos. Luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía con mayor o menor autosuficiencia. Con frecuencia encuentran fallas en las figuras de autoridad y discuten lo que les dicen las personas adultas; analizan y debaten.</p> <p>Tanto adolescentes como jóvenes se van independizando emocionalmente de su familia, construyen un criterio propio frente a ella, el mismo que gradualmente les permitirá tener una relación diferente con ella en el futuro. Pero la conquista de la autonomía no es algo que sucede en un solo momento; por el contrario, se extiende en el tiempo y en tensión permanente entre la dependencia o no de sus padres.</p>
<p><b>1.3.3.</b> <b>Cambios cognitivos</b></p>	<p>Las personas jóvenes pueden ser analíticas y críticas de sus madres, padres y adultos con figura de autoridad, así como de la realidad económica y social que les rodea. Desarrollan progresivamente su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las consecuencias de cada acto.</p>

Continúa...

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

## 1.4. JUVENTUD

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



### JUVENTUD

#### 21 a 24 años

##### 1.4.1. Cambios biológicos

Durante esta etapa ya se han consolidado los cambios físicos y se es adulto joven, y como tal se asume el cuerpo y la sexualidad como integrantes de la identidad y la personalidad. “El adulto joven típico goza de buena salud, sus habilidades físicas y sensoriales son generalmente excelentes. Los patrones específicos de comportamiento, como los hábitos en la comida, fumar, ingerir alcohol, y las maneras de reaccionar al estrés, que usualmente se afirman en esta etapa, tienen efecto directo en la salud”.

##### 1.4.2. Cambios psicológicos/ sociales

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

Continúa...



## JUVENTUD

### 1.4.3. Cambios cognitivos

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

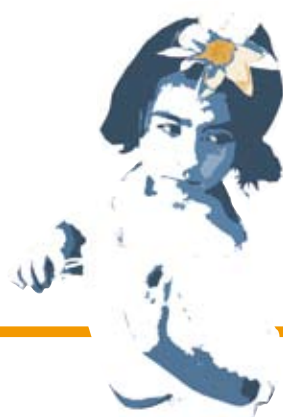
## 1.5. TITULARES DE DERECHOS

Durante la adolescencia y la juventud, las personas se consolidan como titulares de derechos a través de las relaciones que establecen como personas; esto se ha reconocido como titularidad individual, social y política del sujeto de derechos<sup>6</sup>.

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

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

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



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

**¿SERÁ CIERTO QUE ADOLESCENTES Y JÓVENES SON IRRESPONSABLES FRENTE A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA? ¿SERÁ CIERTO QUE SABEN TANTO DEL TEMA QUE NO NECESITAN ORIENTACIÓN ALGUNA? O, COMO DICEN OTRAS PERSONAS, ¿POR SER JÓVENES ESTÁN SANOS Y NO NECESITAN SERVICIOS ESPECIALIZADOS?**

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



## MUCHAS, MUCHOS Y DIFERENTES

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

La juventud colombiana es tan grande en cantidad como diversa en sus formas de ser. En términos numéricos, se calculaba que en el año 2000, el 30% de la población colombiana se encontraba entre los 10 y los 24 años de edad<sup>7</sup>, dato que es muy cercano al 28.73% demostrado por el censo poblacional de 2005<sup>8</sup>. Sin duda, son muchas las personas que se encuentran en este rango de edad en el país, a quienes en general, por tener una frecuencia baja de enfermedades durante estas etapas, los servicios de salud no les han considerado como grupos prioritarios y, por tanto, no han dispuesto estrategias de valoración e intervención integral, situación que ha mostrado una tendencia a modificarse recientemente.

Diseñar estrategias de abordaje integral para esta población representa un reto mayor, no solo porque esos millones de jóvenes no son de UN solo tipo, sino porque además agrupan una gran diversidad y muchas formas de ser. Los contextos en los cuales están inmersas las personas jóvenes en Colombia marcan diferencias notorias, y así podemos categorizar jóvenes de zonas urbanas con toda su diversidad, marginados, de ciudades grandes, de municipios medianos y municipios pequeños, de zonas rurales o de diferentes condiciones socioeconómicas, entre otros. De la misma manera, se pueden categorizar adolescentes y jóvenes afrocolombianos, indígenas, desplazados por la violencia o los que forman parte de los grupos armados.

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

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

<sup>8</sup>Cálculos realizados a partir de los datos del Censo poblacional 2005. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -DANE- 2005.

## 2.1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Yo soy yo y mis circunstancias  
José Ortega y Gasset

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

Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan la salud de las personas.

También en el campo de la salud sexual y reproductiva de estos grupos es posible identificar una serie de factores que actúan como determinantes de las decisiones que cada joven toma frente a su sexualidad y de los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva.

### 2.1.1. LA FAMILIA, EL GRUPO DE PARES Y LAS REDES DE APOYO SOCIAL

La familia, amigos y los adultos con quienes se relacionan las personas jóvenes y la presencia de redes de apoyo social son factores que influyen significativamente en el desarrollo de adolescentes y jóvenes. En general, se puede decir que adolescentes y jóvenes, al establecer

relaciones significativas con padres, madres, educadores, pares y redes de apoyo social, logran desarrollar factores protectores frente a, por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual, uso de sustancias psicoactivas, y manifestaciones de violencia<sup>9</sup>.

Cuando la persona joven tiene la posibilidad de mantener viva la confianza y de conversar con sus familias, el proceso de toma de decisiones tendrá mayores referentes, más allá de la información que circule entre su grupo de pares, y así puede convertirse en un factor protector.

### 2.1.2. LA POBREZA, LAS POLÍTICAS Y LA LEGISLACIÓN

Estas condiciones pueden causar problemas para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud,; así como el no reconocimiento de los derechos humanos, de la salud sexual y reproductiva, que pueden disminuir la capacidad de elegir de una forma libre e informada acerca de la sexualidad. De hecho, "las y los adolescentes y jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una temprana edad, quedar embarazadas y tener más hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades de generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza"<sup>10</sup>.

Con respecto a este punto, en el caso colombiano, la legislación favorece el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el suministro de anticonceptivos. Sin embargo, las dificultades geográficas y económicas, especialmente entre los más pobres y vulnerables, así como el poco conocimiento que tienen de sus derechos, hacen que éste acceso sea limitado.

---

<sup>9</sup>Ibíd. Pág.38

<sup>10</sup>BUVINIC, 1998; SINGH, 1998; TSUI y cols, 1997. En: SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. ob. cit. p.38

### 2.1.3. LOS MEDIOS DE DIVULGACIÓN MASIVA

Como otro punto, podemos afirmar que los medios de comunicación como la radio, la prensa y la televisión tienen una gran influencia sobre las personas jóvenes; estos medios afianzan las normas sociales y culturales frente a la sexualidad y los roles de género.

Más allá de la valoración que hoy se haga de la influencia de los medios de divulgación masiva, en este momento nos interesa destacar que los medios de comunicación pueden ser un aliado significativo en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes. Ese es un reto aún pendiente.

### 2.1.4. SOCIEDAD Y CULTURA

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

**LA SALUD TIENE UN ESCENARIO INDIVIDUAL EN EL QUE YO COMO PERSONA TRABAJO DIRECTAMENTE POR MI BIENESTAR; Y OTRO SOCIAL, EN DONDE ACTÚO COMO PARTE DE UN COLECTIVO CON EL CUAL ME RELACIONO Y CONSTRUYO UNA REALIDAD QUE FAVORECE O NO EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS**

### **NO TODO DEPENDE DE SÍ MISMOS**

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

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



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



## 2.2. MANIFESTACIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES COLOMBIANOS

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

## 2.2.1. EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES EN COLOMBIA

La ENDS de 2005<sup>11</sup> halló que para las mujeres colombianas que al momento de la encuesta tenían entre los 20 y los 49 años de edad, la mediana para la primera relación sexual, es decir, la edad en la cual la mitad de ellas tuvo su primera relación, fue de 18.3 años. Sin embargo, se encontraron diferencias con relación a la zona de vivienda. La mitad de las mujeres que viven en zonas rurales iniciaron sus relaciones antes de los 17.5 años, en comparación con aquellas que habitaban zonas urbanas, en quienes la mediana fue de 18.5 años.

En relación con el nivel educativo también se obtuvieron resultados llamativos. La mediana de edad de la primera relación sexual para aquellas que no accedieron a ningún tipo de educación formal fue de 15.8 años, mientras que para aquellas que tuvieron acceso a la educación superior fue de 20 años. Estos datos muestran cómo la educación formal influye en la toma de decisiones sobre la sexualidad, al menos en el caso específico de las mujeres.

## 2.2.2. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS<sup>12</sup>

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

La encuesta ahondó en el uso del condón masculino, por ser el método más recomendado para esta población, pues ofrece la doble protección: prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual y VIH. Al respecto, los datos muestran que sólo el 28% de estas mujeres lo han usado alguna vez,

<sup>11</sup>Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005- ENDS. Bogotá: Profamilia, 2005.p.148

<sup>12</sup>Ibíd. p. 113



y esta cifra disminuye a un 6.2% cuando se pregunta por el uso actual.

### 2.2.3. FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

El cálculo de las tasas de fecundidad en adolescentes permite identificar el número de nacimientos que ocurren anualmente, por cada mil mujeres entre 15 y 19 años.

Una de las situaciones más preocupantes en salud sexual y reproductiva, en el caso colombiano, es que esta cifra ha venido aumentando significativamente. En 1990 era de 70 nacimientos por cada 1000 mujeres y en 2005 fue de 90. Estos números tienen relación directa con el inicio temprano de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos.

En relación con la fecundidad de las adolescentes en condiciones de desplazamiento, se encontró que el 30% de las mujeres entre 13 y 19 años habían estado alguna vez embarazadas, el 23% ya habían sido madres y el 7% estaban embarazadas de su primer hijo. La fecundidad de adolescentes es más alta en las comunidades marginadas (estratos 1 y 2) que el promedio nacional: dos de cada tres jóvenes de 19 años ya eran madres.

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

### 2.2.4. EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE LOS 15 Y LOS 19 AÑOS

La ENDS de 2005 se muestra que, para el promedio nacional, el 20.5% de las mujeres entre los 15 y los 19 años estuvieron embarazadas alguna vez<sup>13</sup>. Al observar en detalle algunos

---

<sup>13</sup>Ibíd. p. 108

determinantes aparecen de nuevo matices interesantes. Por ejemplo:

- Esta cifra de embarazos es superior en el área rural (27%) que en el área urbana (18.5%).
- Con relación al nivel educativo, la presencia de embarazos en adolescentes sin educación subió hasta el 52.6%; por su parte, el porcentaje de mujeres que tuvieron acceso a la educación superior y resultaron embarazadas bajó hasta un 9%.
- También se encontró que hay una relación directa entre la riqueza y la presencia de embarazadas. Cuando hubo más riqueza, el 10.7% de adolescentes resultaron embarazadas. Cuando hubo menor índice de riqueza, el porcentaje aumentó a 31.5%.
- La encuesta revela que las adolescentes conocen pero emplean menos la planificación familiar, respecto al resto de las mujeres. Solo el 20% de las adolescentes utilizan métodos de planificación familiar. Del total de mujeres adolescentes en unión, solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, las demás (43%) están expuestas al riesgo de embarazo.

**EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES DEL ÁREA RURAL, CON Poca o Nula educación, y con Bajos índices de Riqueza. Estos indicadores reflejan cómo sus contextos y el poco fortalecimiento de sus capacidades las hace más vulnerables.**

### **2.2.5. CONOCIMIENTOS FRENTE A ITS Y VIH, EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS<sup>14</sup>**

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

---

<sup>14</sup>Ibíd. p. 302

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

**SE SABE MENOS DE ITS-VIH SI ERES UN ADOLESCENTE QUE VIVE EN CONDICIÓN DE POBREZA, SIN EDUCACIÓN, EN UN ÁREA RURAL Y EN ZONA DE CONFLICTO.**

### 2.2.6. VIOLENCIA SEXUAL

Otro de los graves problemas que afecta la salud sexual y reproductiva de adolescentes colombianos es la violencia sexual; el 80% de los casos ocurre dentro del hogar y el agresor es un familiar o conocido, y el 59% de los casos ocurren en niñas y mujeres jóvenes. Las víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, los adultos no les creen o falta una respuesta adecuada; además, las adolescentes refieren desconocer los procedimientos que se deben seguir en estos casos.

**EL SILENCIO Y LA FALTA DE EMPODERAMIENTO DE LAS NIÑAS Y LAS ADOLESCENTES SON LOS MAYORES CÓMPLICES DEL ABUSO SEXUAL.**

### 2.2.7. MORTALIDAD

Según datos de estadísticas, en la población de 10 a 14 años, en 2002, se registraron 1694 defunciones, para una tasa de 35,75 por 100.000 jóvenes de 10 a 14 años; el 71% corresponde a varones y 29% a mujeres. La mayoría de muertes ocurre por causa externa, incluyendo homicidios y accidentes de transporte.

En 2002, para el grupo de 15 a 19 años se registraron 6738 defunciones en este grupo de edad, con una tasa de 156,47

por 100.000, lo que representa un 28% menos que en 2000; el 67% de éstas fueron muertes violentas causadas en su mayoría por armas de fuego, con seis muertes masculinas por cada muerte femenina.

La tasa de homicidios en este grupo es de aproximadamente 10 por 100.000 habitantes. El 50% de los casos de violencia intrafamiliar en menores de 18 años ocurre con mayor frecuencia en niñas; el mecanismo más usado es el contundente y la intolerancia es la razón de agresión más común; las zonas urbanas son las más afectadas por estos hechos.

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

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

## A MEDIO CAMINO

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

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

### 3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL COMPORTAMIENTO Y DEL RIESGO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Ahora dediquemos un espacio para reflexionar sobre cuáles son las razones por las que adolescentes y jóvenes se comportan de cierta forma.



¿PORQUÉ LAS PERSONAS JÓVENES Y ADOLESCENTES ASUMEN MÁS RIESGOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?



Para comprender el comportamiento y desarrollar estrategias de intervención efectiva en Salud Sexual y Reproductiva -SSR-, es importante además conocer el proceso de toma de decisiones involucrado en la conducta sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes, identificar los factores que intervienen e implementar las medidas que permitan modificarlos.

En general, existe acuerdo en que la comprensión del comportamiento sexual facilita el planteamiento y desarrollo de estrategias que lleven a que las personas implementen cambios de comportamiento tendientes a disminuir su perfil de riesgo.

Actualmente los problemas más relevantes en salud son atribuibles al medio en el cual vivimos y al estilo de vida. Este último está íntimamente relacionado con la conducta humana. Desde un enfoque preventivo, las intervenciones en salud buscan modificar los comportamientos de riesgo en las personas. En SSR, los modelos de intervención varían desde los que están centrados en el comportamiento individual, hasta los que hacen énfasis en las condiciones sociales.

Los modelos centrados en el individuo asumen que ellos y ellas tienen conductas de riesgo dependiendo de sus conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y poder. Las intervenciones basadas en estos modelos están dirigidas especialmente a ofrecer información, desarrollar habilidades y proporcionar los medios necesarios para que los individuos puedan modificar sus comportamientos. Dentro de estos modelos encontramos el modelo de creencias en salud, el modelo basado en la teoría de la auto-eficacia y el modelo de la acción razonada.

Los críticos de los modelos con énfasis en los factores individuales sostienen que en estos modelos se tiende a considerar los comportamientos como entidades separadas y, por ende, a proponer un tratamiento fuera de su contexto.

Esta concepción puede ser ilustrada con la imagen de la caja vacía. Partiendo del supuesto de que los individuos no tienen ningún saber médico, se trataría simplemente de llenarlos de conocimientos para producir un cambio de comportamiento en el sentido deseado. De esta forma, es un error basar las campañas de prevención sobre una visión racional del comportamiento humano. La premisa

que si los individuos conocen los medios de transmisión de la enfermedad, esto modificará su comportamiento en la forma deseada, se ha mostrado equivocada. El conocimiento no es más que uno de los elementos de una decisión, que implica, entre otros, el valor atribuido a una acción, el placer que se obtiene en realizarla, la presencia de los otros, etc.

La cultura condiciona el entorno físico, económico y social en el cual ocurren los comportamientos. Es entonces necesario resituar las creencias y las actitudes dentro de un universo cultural de referencia que les dé un sentido. El análisis de las tomas de riesgo dentro de las diferentes áreas muestra que los razonamientos e imaginarios de los sujetos se enmarcan dentro de una racionalidad social y cultural fundada sobre maneras de vivir y de valores personales.

Los modelos de interpretación del riesgo de corte social tienen como concepto central el análisis de los usos y costumbres socialmente aceptados, en tanto que es aceptable lo que se cree y se usa y finalmente se legitima. Según estos modelos, lo que un individuo cree es producto de la interacción social, define la conducta socialmente aceptada y aceptable. La interacción con un grupo supone el fortalecimiento y difusión de los usos y costumbres aceptados (normas) para ese grupo. Ejemplos de este modelo son la racionalidad situada, la expectativa social, la difusión social, las redes sociales y las teorías culturales.

El modelo de la **RACIONALIDAD SITUADA** subraya los elementos situacionales que el individuo considera, a fin de adoptar un comportamiento particular. Asume que la percepción del riesgo es situacional, es decir, el individuo puede optar intencionalmente por el riesgo o puede sencillamente percibirlo de otra forma, en ciertas situaciones y contextos. Diferentes prácticas pueden ser vistas como prueba de confianza e intimidad. Una limitación de este enfoque es que se ocupa de explicar

sus propios datos antes que de elaborar una teoría más general del comportamiento de riesgo. En este sentido, el énfasis en los beneficios inmediatos del comportamiento de riesgo es también un obstáculo para una aplicación más amplia. Enfatiza el hecho que los beneficios inmediatos pueden reducir el peso de las gratificaciones diferidas obtenidas por la renuncia a un comportamiento de riesgo. Otra crítica a este modelo es que no considera el carácter habitual de muchos comportamientos de riesgo. La deliberación acerca de los costos y beneficios de los diferentes cursos de acción se reduce con la rutinización de la conducta. El comportamiento de riesgo, por la reiteración de las conductas, puede convertirse en un hábito implícito de la vida corriente.

El modelo de la **EXPECTATIVA SOCIAL** sugiere que el comportamiento que aparece como individual puede ser visto como comportamiento social. Las prácticas individuales son sustancialmente el resultado de la conformidad de las expectativas de otros. Los actos privados pueden ser socialmente influidos a través de dos caminos: la experiencia directa, en la cual la cadena social comunica a la experiencia privada, por ejemplo: las prácticas sexuales esperadas y aceptadas a través de la experiencia sexual con parejas particulares; y fuera de la experiencia directa, por ejemplo, a través de conversaciones entre aquellos que se encuentren dentro de los sistemas sociales, medios de comunicación masivos, libros, observación de otros. Todos pueden aportar hacia lo esperado y aceptable. Puede que haya personas incapaces de articular o cuestionar, por ejemplo, el porqué utilizan condones, ellos solo lo hacen y listo; su conformidad refleja la exigencia o demanda de su sistema social sin un proceso reflexivo que produzca la atención de esas demandas.





AQUÍ ES NECESARIO HACERSE LA PREGUNTA: ¿CÓMO CAMBIAN LOS GRUPOS SU COMPORTAMIENTO? EN LUGAR DE ¿CÓMO CAMBIAN LOS INDIVIDUOS SU COMPORTAMIENTO?



El modelo de **DIFUSIÓN SOCIAL** y la **TEORÍA DE LAS REDES** sociales señalan la importancia de comprender la cultura y la estructura de comunicación de los grupos objeto de la intervención, y la importancia de diseñar e implementar acciones mediadas por los mismos grupos y redes sociales, en la medida que se debe garantizar la identificación con los agentes de cambio, la compatibilidad, la confianza, la conveniencia y el atractivo para el grupo del cambio propuesto. Es este, entre otros, el origen de las acciones de intervención basadas en la educación de pares y el trabajo con líderes naturales.

Finalmente, otros modelos subrayan los determinantes culturales y se oponen a las concepciones cuantitativas, enfatizando el carácter cultural, social e histórico del comportamiento. En este modelo, por ejemplo, para estudiar la relación entre comportamientos de riesgo sobre el VIH y la estructura social, se construyó un modelo donde cuatro diferentes visiones de mundo o sesgos culturales explican distintas formas de reacción frente al azar: jerárquica, igualitaria, fatalista e individualista. Dentro de este esquema, la postura jerárquica está bien integrada y acepta las opiniones expertas sobre el riesgo; en tanto, las igualitarias, aunque están integradas, rechazan las intervenciones de los especialistas sobre el riesgo, por cuanto modifican la forma de vida grupal.

Iniciar o no la vida sexual, cuándo iniciarla, usar o no anticonceptivos, cuál de los anticonceptivos usar, usar

o no condón y con quién o quiénes, mantenerse o no sexualmente activa(o), qué hacer frente a un embarazo, qué hacer frente al VIH y otras ITS, son algunos de los interrogantes en SSR. Frente a ellos, las y los jóvenes deben tomar decisiones y adoptar comportamientos. Como acaba de señalarse, los modelos explicativos incluyen diferentes variables desde diferentes abordajes. El nivel de conocimientos, la etapa del desarrollo, la concepción de riesgo que se tenga, la escolaridad, la situación de trabajo, empleo y vivienda, la estabilidad o casualidad de la relación, las condiciones de explotación sexual, las experiencias previas, la escala de valores, las condiciones raciales, sociales, culturales, religiosas, la personalidad, el acceso a servicios de salud y a información, el acceso a diferentes recursos, son los factores más frecuentemente involucrados.

Considerar solamente uno de los modelos planteados para el diseño de estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva es insuficiente; por tanto, se recomienda desarrollar esquemas que conjuguen las fortalezas de los modelos de corte social.

## 4. DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

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

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



Al cerrarse el siglo XX se buscó con insistencia el aporte esencial que éste le dejaría a la historia de la humanidad. Se hizo énfasis en el desarrollo tecnológico, Internet y en muchos otros similares. Sin embargo, el aporte que se impuso como más significativo fue el de los Derechos Humanos, formulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1948. Este acuerdo global se apoyó en la equidad y en el reconocimiento de que todas las personas tenemos el mismo valor. Los derechos que propone son universales, indivisibles e interdependientes, y están íntimamente relacionados. Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, son “garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos contra las acciones que interfieren con sus libertades fundamentales y su dignidad humana”<sup>15</sup>.

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

#### 4.1. DERECHOS REPRODUCTIVOS

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

---

<sup>15</sup>OMS En: CORONA, E. ORTIZ, G. ob cit. p. 18

Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, aparecen dispersos en diversas declaraciones. Al respecto se puede consultar el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994<sup>16</sup>; la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social realizada en Copenhague, en marzo de 1995<sup>17</sup>, o los textos de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en Beijing, en septiembre de 1995<sup>18</sup>.

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

## 4.2. DERECHOS SEXUALES

Los derechos sexuales son los mismos derechos humanos, con todos sus contenidos, condiciones, principios y mismos fines. “No son derechos nuevos (...), son los mismos derechos humanos (...) en los ámbitos de la sexualidad y de la reproducción<sup>19</sup>”.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y son el resultado de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos.

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

## 4.3. EL CASO COLOMBIANO

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social elaboró la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2002-2006. Lo hizo con el apoyo de diversos

<sup>16</sup>ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. El Cairo: ONU 1994.

<sup>17</sup>BIBLIOTECA DE LAS NACIONES UNIDAS. <http://www.uv.es/onubib/conferenciasmundiales.htm>

<sup>18</sup>ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Declaración de Beijing. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU, 1995.

<sup>19</sup>[dem 5

actores nacionales y de varias agencias de cooperación, especialmente el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

En ella se propuso una definición de salud sexual y salud reproductiva que sirve de referencia para esta guía: “La salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo, aceptable, a un costo razonable y libre de riesgos a los métodos de regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho a acceder a servicios adecuados de salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y parto seguros, y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos”<sup>20</sup>.

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

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

#### 4.4. PREMISAS Y DERECHOS

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

---

<sup>20</sup>Programa de acción, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994.

- Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos.
- La salud es un servicio público.
- La meta es mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la disminución de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

Además, la Política propone que cada persona colombiana tiene los siguientes derechos sexuales y reproductivos:

- Derecho a tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.
- Derecho a procrear o no.
- Derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.
- Derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libre e informada y sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia.
- Derecho a acceder y elegir métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles.
- Derecho a eliminar la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud.
- Derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que permitan embarazos y partos sin riesgos.
- Derecho a acceder a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción independiente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas, de acuerdo con su ciclo vital<sup>21</sup>.

#### 4.5. LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS COMO HERRAMIENTA

¿Cómo garantiza un Estado que los derechos se conviertan en hechos? Una de sus herramientas más eficaces es

---

<sup>21</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. D.C. Febrero 2003. p9. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

la formulación de políticas que orienten la acción de la ciudadanía, las organizaciones y los gobiernos.

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

La implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes con énfasis en salud sexual y reproductiva es una de las estrategias posibles para el desarrollo de la Política Nacional, porque hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación y educación de calidad para esta población.

De igual forma, los servicios amigables promueven programas de prevención, motivan grupos de discusión sobre derechos en el Sistema, asesoran en SSR, eliminan barreras de acceso, desarrollan acciones de demanda inducida, priorizan y definen acciones para los adolescentes y jóvenes con enfoque de riesgo y capacitan a los profesionales para que puedan prestar los servicios que demandan e identificar sus necesidades en salud de manera integral.

## 5. DESARROLLO HUMANO

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

Koffi Annan

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



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

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, propuso en 1990 una definición del desarrollo humano "como un proceso de ampliación de las opciones de las personas, considerando tres opciones esenciales: llevar una vida saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para mantener una vida decente"<sup>22</sup>. Lo que se afirma es que al no disponer de esas opciones esenciales, muchas otras oportunidades serán inaccesibles.

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

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

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

A esta propuesta de construir y sostener un equilibrio entre las capacidades y las oportunidades, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, agregó

---

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



la necesidad de alcanzar el desarrollo de manera sostenible. En 1994, esta organización propuso comprender el término Desarrollo Humano Sostenible como “la ampliación de las oportunidades y capacidades de los individuos a través de la formación de capital social, para suplir de la forma más equitativa posible las necesidades de las generaciones presentes, sin comprometer las necesidades de las generaciones futuras”<sup>22</sup>.

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

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

## 5.1. DESARROLLO, SALUD Y EDUCACIÓN PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

---

<sup>22</sup>Ibíd.

Algo similar sucede con las condiciones educativas. Hoy se sabe que factores como el nivel educativo de las mujeres tiene que ver con resultados en la salud sexual y reproductiva. Se ha encontrado que cuanto mayor es el nivel educativo de la población femenina, más tardío es el inicio de las relaciones sexuales y menores son la cantidad de embarazos y la tasa de fertilidad en las adolescentes<sup>23</sup>.

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

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

---

<sup>23</sup>SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. ob. cit. p.38

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

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

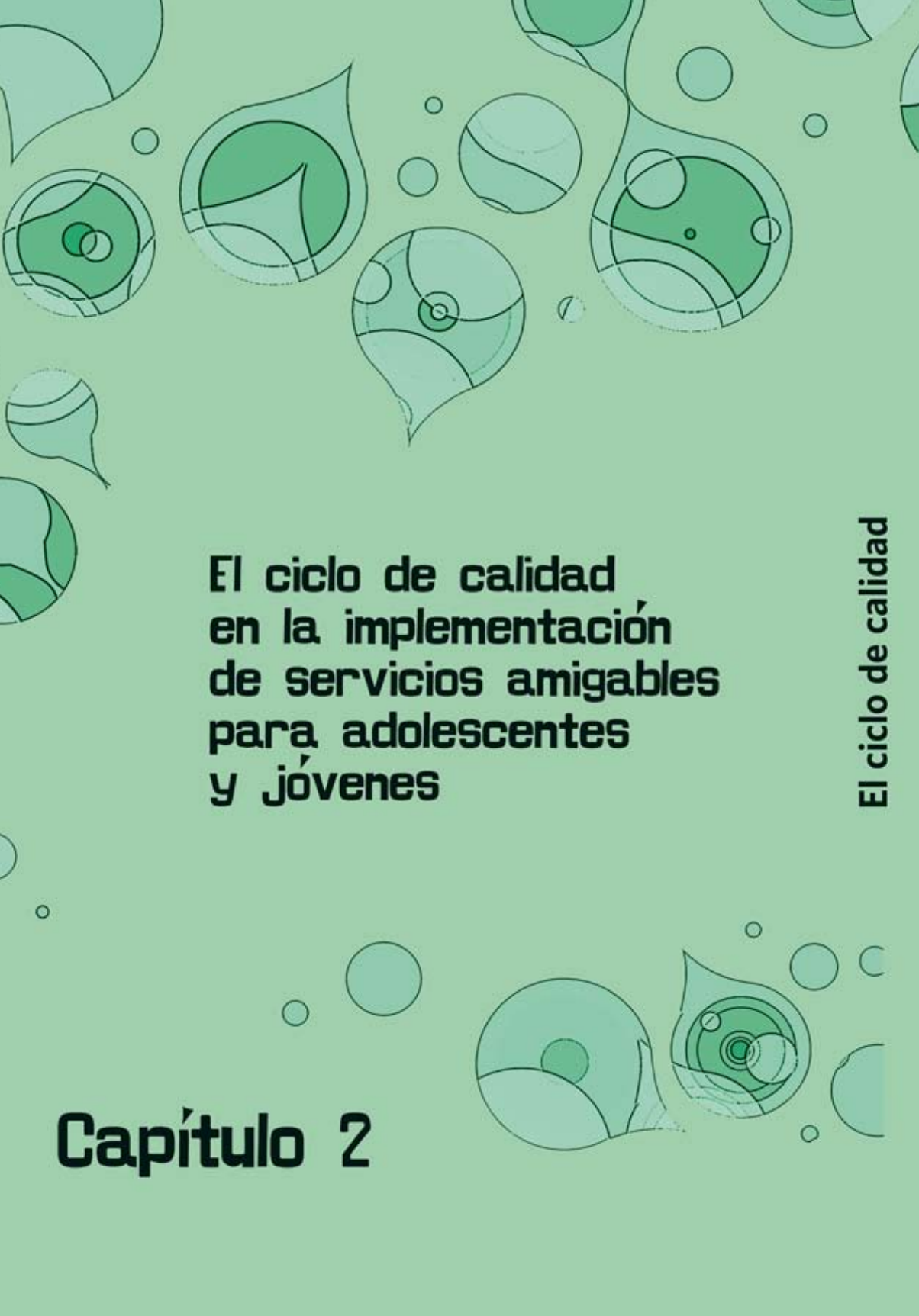
Esa relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Esto permitirá construir una infraestructura para el desarrollo juvenil pensada como inversión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

## ANTES DEL CIERRE

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

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





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

**El ciclo de calidad**

**Capítulo 2**

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

2

capítulo

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

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

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

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

## PROPÓSITO

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

## 1. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS AMIGABLES

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

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

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

### TRES DEFINICIONES DE CALIDAD:

- CALIDAD ES CALIDEZ
- LA CALIDAD DE UN PRODUCTO O SERVICIO ES LA PERCEPCIÓN QUE EL CLIENTE TIENE DEL MISMO
- CONJUNTO DE PROPIEDADES INHERENTES A UN SERVICIO QUE PERMITEN APRECIARLO COMO IGUAL, MEJOR O PEOR QUE EL RESTO DE SERVICIOS SIMILARES

La construcción del modelo de servicios amigables tiene como eje central la calidad, y para construirla se basa en el ciclo de Deming (también conocido como ciclo de calidad), el cual desarrolla el proceso administrativo en cuatro fases: Planear, Hacer, Verificar y Actuar P.H.V.A.<sup>24</sup> Las fases facilitan el análisis institucional permanente para mantenerse a la par con los constantes cambios en el entorno económico y social.

A continuación revisaremos aspectos esenciales de la organización del Sistema de Salud colombiano para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, y posteriormente abordaremos el ciclo de calidad y su aplicación a los servicios amigables, tal como está previsto en las normas nacionales.

---

<sup>24</sup>Para ampliar información puede consultarse Ciclo de Calidad o Ciclo de Deming.



## 2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

El Decreto 1011 de 2006 provee los lineamientos para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. En él se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, SOGCS, y se define la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción”.<sup>25</sup> Sin embargo, en la cita anterior “hay mucha tela para cortar”. A continuación proponemos revisar en detalle algunas de esas expresiones claves, para comprenderlas mejor:

- Un profesional óptimo. En el contexto de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, es aquel con experiencia en el tema de salud sexual y reproductiva, capaz de interactuar con adolescentes y jóvenes en un entorno de respeto, confidencialidad y confianza.
- Balance de beneficios, riesgos y costos. La implementación de servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes requiere bajas inversiones de dinero y ofrece grandes beneficios para la salud de este grupo poblacional. Además, cuando los adolescentes y jóvenes participan en los programas se promueven factores protectores, se disminuyen los factores de riesgo y por consiguiente los costos de atención.
- Lograr la adhesión y satisfacción. La satisfacción de los usuarios es uno de los indicadores de calidad de los servicios y se manifiesta en su valoración del tiempo de espera, el tiempo de consulta y especialmente del trato y la relación con el personal que les ofrece el servicio. La adhesión es un resultado de la satisfacción del usuario. Cuando se sienten satisfechos con el servicio recibido, regresan y se mantienen en él, toman en cuenta las sugerencias del personal de salud y se involucran en otros programas de la institución de salud.

<sup>25</sup>MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>

## 2.1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se consideran cinco características para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud,<sup>26</sup> las cuales deben tenerse en cuenta en todos los servicios, incluidos los servicios amigables para adolescentes y jóvenes:

<b>ACCESIBILIDAD</b>	Es la posibilidad que tienen adolescentes y jóvenes de utilizar los servicios de salud que les garantiza el SGSSS.
<b>OPORTUNIDAD</b>	Es la posibilidad que tienen adolescentes y jóvenes de obtener los servicios que requieren, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Es la organización de la oferta en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional, para gestionar el acceso a los servicios.
<b>SEGURIDAD</b>	Se refiere al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías comprobadas científicamente, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención.
<b>PERTINENCIA</b>	Es el grado en el cual adolescentes y jóvenes obtienen los servicios requeridos con una adecuada utilización de los recursos.
<b>CONTINUIDAD</b>	Es la facilidad con la cual adolescentes y jóvenes obtienen las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades.

<sup>26</sup>Para complementar el análisis desde la perspectiva de derechos puede consultar el modelo de las cuatro A. Tomasevski, relatora especial de Naciones Unidas.

## 2.2. COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

- a. **El sistema de habilitación.** Equivale a las normas y requisitos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones técnico-científicas y administrativas. La habilitación incluye un proceso de autoevaluación con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos y realizar ajustes necesarios.
- b. **La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.** Este componente propone la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos y la comparación entre la calidad observada y la esperada. Esto sólo es posible hacerlo si hubo un proceso previo de planeación que permita establecer la comparación.
- c. **La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad.** Se basa en los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad que se explican a continuación:
  - **La confidencialidad.** Busca que la información a la cual se tenga acceso en las instituciones de salud durante el proceso de acreditación, así como los datos de instituciones que no hayan sido acreditadas, no se hagan públicos, excepto la solicitada por el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas.
  - **La eficiencia.** Es el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
  - **La gradualidad.** Propone que el nivel de exigencia de los estándares sea creciente en el tiempo, con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. Por supuesto, para lograrlo se requieren procesos de planeación y verificación permanentes.

- d. **El sistema de información de la calidad.** A partir del monitoreo a la calidad de los servicios, se espera que los diferentes actores puedan proponer ajustes al SOGCS.

Los cuatro componentes<sup>27</sup> son reflejo de un enfoque gerencial, basado en el aprendizaje para el mejoramiento continuo, la planeación y el monitoreo permanentes.

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

### 3. PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR PARA LA MEJORA CONTINUA

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

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

En el proceso de su aplicación se logran dos aspectos fundamentales en la calidad de los servicios: el aprendizaje para mejorar y la sostenibilidad de los procesos. En los servicios amigables esto se traduce en las siguientes acciones:

---

<sup>27</sup>Para obtener mayor información acerca de los cuatro componentes, se sugiere consultar el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, en el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **PLANEAR:** proyectar el servicio con base en las necesidades del grupo poblacional entre los 10 y 29 años, señalando condiciones para la prestación del servicio y el proceso de atención.
- **HACER:** desarrollar las acciones planeadas de acuerdo con cada nivel de atención.
- **VERIFICAR:** controlar el proceso de prestación del servicio conforme a indicadores de calidad durante las fases del proceso de prestación.
- **ANALIZAR Y ACTUAR:** interpretar reportes y registros para actuar a través de cambios en el diseño del proceso de prestación del servicio para lograr la mejora continua.

### 3.1 PLANEAR

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

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

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

# Planear

- Para que el ciclo PHVA sea posible, es necesario contar con el compromiso de quienes hacen parte de la institución de salud; por ello se prevé la sensibilización y capacitación de los actores y el establecimiento de roles en la implementación de servicios amigables.
- Un elemento clave de éxito al momento de la sensibilización es que un equipo de adolescentes y jóvenes participe en su desarrollo. Este es un paso importante para su reconocimiento como socios en la promoción de la salud sexual y reproductiva y en el fortalecimiento de los servicios amigables. Posteriormente se conforma un **grupo líder**, dinamizador en la institución de salud, que involucra al personal y al equipo de profesionales e igualmente a jóvenes que puedan acompañar todo el proceso.
- En la planeación también es necesario definir en **dónde se encuentran los servicios de salud y a dónde** quieren llegar. **Hacer** un autodiagnóstico es una acción necesaria en el proceso de planeación. En este sentido, las apreciaciones de adolescentes y jóvenes frente al servicio pueden ser **objetivas**, ayudando a planear sobre hechos reales y concretos.
- Es importante tener claro que adolescentes y jóvenes pueden hacerse **responsables de algunas acciones**, de acuerdo con lo planeado, lo que facilita el empoderamiento y la adherencia de más jóvenes al servicio.
- En el capítulo 3 se abordarán los componentes de un servicio de salud amigable, al cual debe proyectarse la IPS, y que pueden convertirse en elementos de garantía de calidad y satisfacción de los usuarios, con miras a la acreditación del servicio.

## 3.2. HACER

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

Antonio Machado

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

# Hacer

- El hacer implica acciones **que van desde** la formación a profesionales y personal de salud hasta la ejecución del plan de acción. La participación juvenil se hace **efectiva en la medida** en que la gente joven se involucre en los procesos formativos. Quién mejor para hablar de las características de la gente joven que un grupo juvenil líder y capacitado.
- Adolescentes y jóvenes, de manera individual u organizada, pueden responsabilizarse de la ejecución de acciones dirigidas a sus pares, la promoción y difusión del servicio, las escuelas formativas y el aumento de la adherencia al servicio, entre otras.

### 3.3. VERIFICAR

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

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

### 3.4. ACTUAR PARA LA MEJORA CONTINUA

Las personas debemos el progreso a los insatisfechos.  
Aldous Huxley

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

Puede parecer que las etapas de hacer y actuar son similares, pero son momentos diferentes. Lo que llamamos hacer es la ejecución de un plan, mientras que actuar para la mejora ocurre después de haber evaluado las acciones de dicho plan con la intención de optimizar las actividades futuras.

Para poder “actuar” se requiere de la identificación de las oportunidades de mejora y de las dificultades para el cumplimiento de lo ejecutado. Además, se debe establecer la forma en que se dará prioridad a las mejoras y el tipo de acciones que se llevarán a cabo.

En resumen, con el actuar comienza de nuevo el ciclo PHVA y se garantiza la mejora continua.



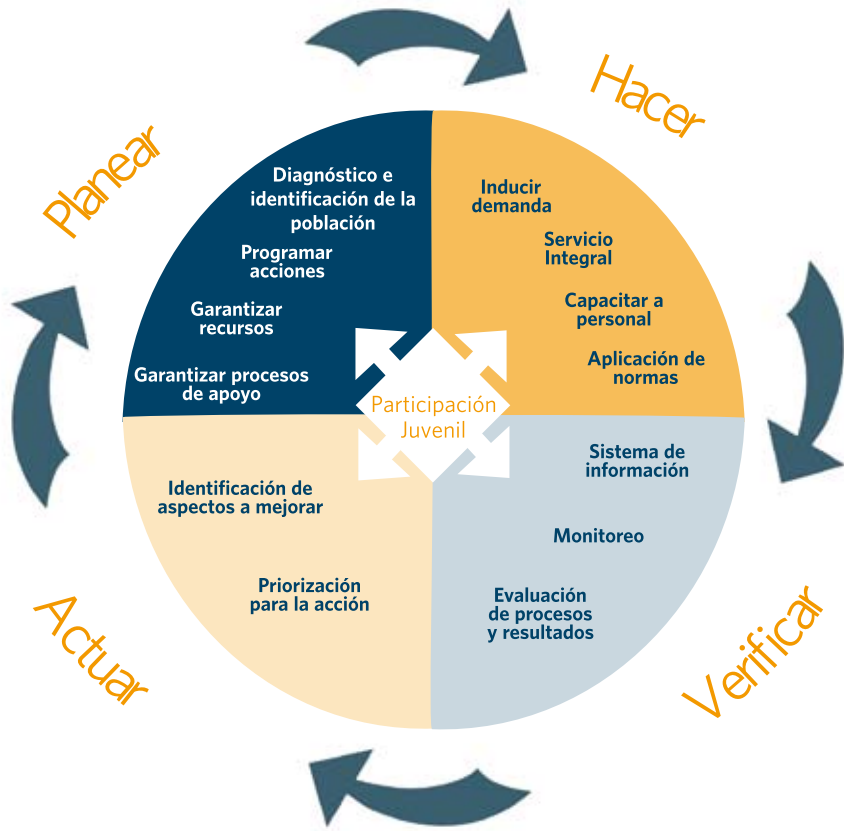
## Verificar y actuar para la mejora continua

- La participación juvenil es fundamental porque son la población usuaria del servicio, conocen lo que ocurre en momentos claves de la prestación del mismo y pueden verificar si las acciones se cumplen de **acuerdo con lo establecido** en el plan.
- Igualmente, pueden proponer acciones para la mejora que contengan elementos que el profesional y personal de salud desconocen u omiten. Es importante que adolescentes y jóvenes participen en el seguimiento de acciones, la evaluación, la **priorización** y el plan para la mejora.

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

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

# IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES



## 4. LOS ROLES DE CADA ACTOR

A continuación encontrará una propuesta de acciones referidas al ciclo de calidad, que le permitirá una aproximación a las acciones que cada actor puede adelantar dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con sus competencias, para el desarrollo de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Estas se ampliarán en el siguiente capítulo 3.

## ENTIDADES TERRITORIALES

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

## ASEGURADORAS

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

# INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

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

## 5. MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, como dijimos, se desarrolla en torno a tres ejes; uno de ellos es el de la calidad de la atención en salud, que se entiende como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. El eje de calidad se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales:

- El mejoramiento continuo de la calidad
- La atención centrada en el usuario”<sup>28</sup>.

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

Por tanto, y siguiendo los lineamientos para la gestión integral en los servicios de SSR del Proyecto Integra, es coherente proponer servicios amigables para adolescentes y jóvenes como una aplicación al “Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), cuyo propósito fundamental es lograr la satisfacción de todos los interesados, utilizando el enfoque basado en procesos y la mejora continua”<sup>29</sup>.

En un SGC, los propósitos que buscan cada uno de los interesados se convierten en un requisito para el Sistema. A continuación ofrecemos un ejemplo de las formas como se puede expresar la calidad al SGC<sup>30</sup>:

<sup>28</sup>Ministerio de la Protección Social. Noviembre de 2005. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

<sup>29</sup>Guías Técnicas del proyecto integra: modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. P.34

<sup>30</sup>Ejemplos de estos requisitos son los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por la Asamblea de Naciones Unidas, La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Modelo de gestión programática en VIH/Sida, la resolución 412/2000.

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

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

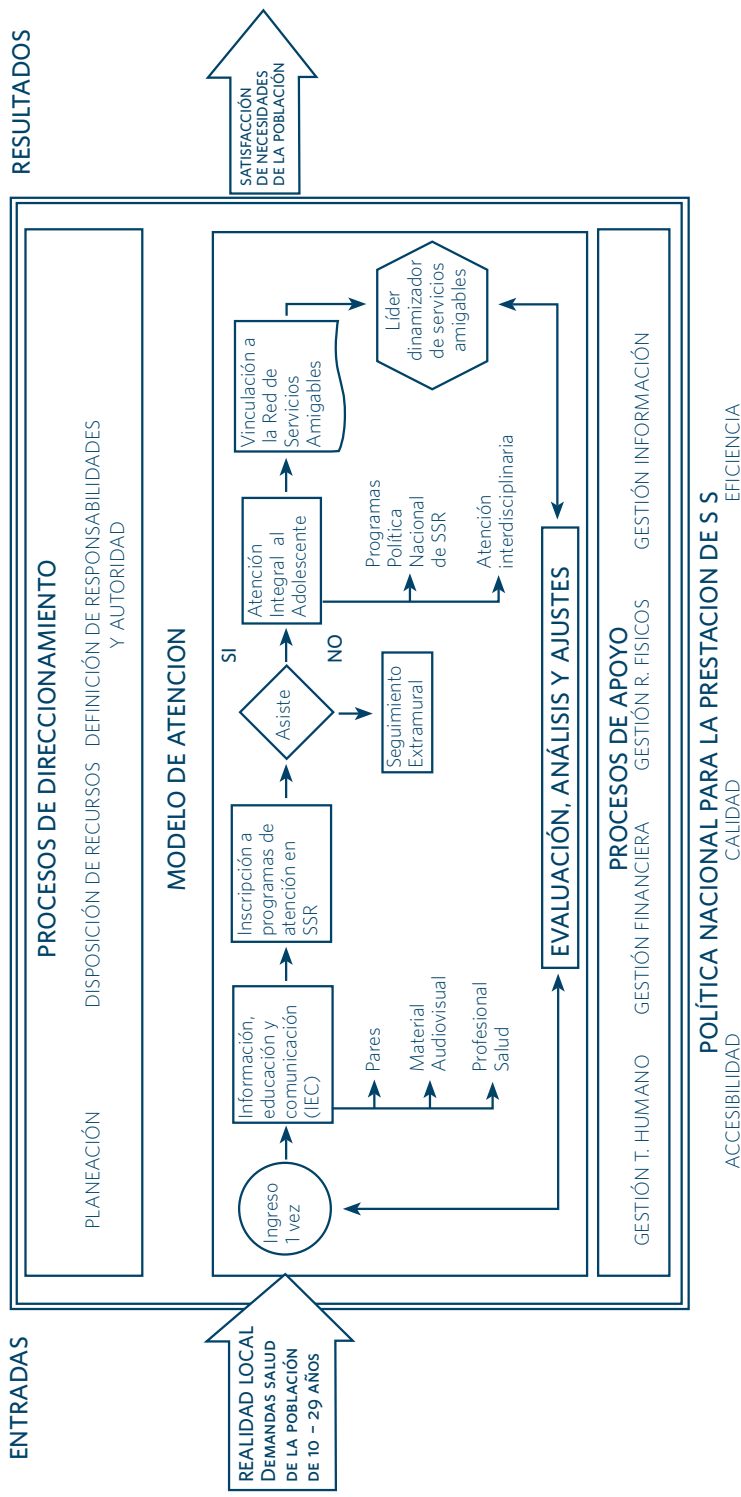
Para asegurar que los proceso básicos y los de apoyo cumplan con los requisitos de las partes interesadas, es necesario construir procesos para el direccionamiento del Sistema, mediante los cuales se puedan definir responsabilidades, niveles de autoridad, tomar decisiones con base en los resultados obtenidos, procesos para evaluar, analizar y mejorar el sistema, realimentar la toma de decisiones, ajustar los aspectos que no estén bien y mejorar los que hayan alcanzado un adecuado nivel.

Se adapta el modelo del Sistema de Gestión de la Calidad, SGC, para servicios de salud sexual y reproductiva propuesto por el Proyecto Integra, el cual muestra un enfoque basado en procesos y la interacción entre los tipos de procesos mencionados:

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

# MODELO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SAS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

## MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





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

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

## ANTES DEL CIERRE


Hace unos 5000 años, el pueblo sumerio inventó la escritura. Desde entonces, las comunidades humanas han desarrollado tipos de escritura diversos, unos van de izquierda a derecha o a la inversa, otras en forma vertical u horizontal, con consonantes y/o con vocales, entre otros. Cada pueblo, a su manera, ha establecido su propia forma de escribir.

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

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

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





**La propuesta:  
Servicios de salud  
amigables para  
adolescentes y jóvenes,  
con énfasis en salud  
sexual y reproductiva**

**Capítulo 3**

# La propuesta:

## Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva



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



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

**¿CÓMO SERÍA UN MUNDO AMIGABLE PARA LAS PERSONAS JÓVENES?**

Pida tres ejemplos

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



## PROPÓSITO

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

## 1. DEFINICIÓN

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

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

Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos.

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

**LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA JÓVENES SON UN PROCESO QUE GRADUALMENTE SE IMPLEMENTA, ADAPTA Y ADECUA A LA REALIDAD LOCAL Y A LOS RECURSOS DISPONIBLES.**

## 2. PRINCIPIOS

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

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

Para el caso de los servicios amigables, además de los principios del SGSSS, vamos a retomar aquellos que rigen la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud<sup>31</sup>, la cual determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

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

---

<sup>31</sup>Política del Ministerio de la Protección Social que tiene como objetivo garantizar la accesibilidad a los servicios, la eficiencia en la prestación y la calidad de los mismos. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	APLICACIÓN PARA JÓVENES DE LOS SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población.	Lo esencial es permitir que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información de calidad, para que así puedan aumentar el control de su propia salud.
2. Reconocer la heterogeneidad del país. Esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga a la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.	La juventud no es una sola. Cada persona y cada contexto adquieren sus propios rasgos. Cada joven es un mundo aparte que debe ser abordado y apoyado con flexibilidad. Los servicios deben ofrecerse a la medida de cada usuario, ajustándose a sus necesidades y posibilidades. Son los servicios los que se deben ajustar a jóvenes y adolescentes y no a la inversa.
3. Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud.	La mejor evaluación es la que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades de jóvenes y adolescentes. El resto de procesos internos tienen sentido si contribuyen con dicho objetivo.
4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.	Las personas jóvenes afrocolombianas, las de la ciudad, las rurales, entre otras, tienen particularidades y necesidades distintas. Se espera que los servicios amigables estén hechos para cada grupo de población y sean tan flexibles que puedan responder a sus distintas necesidades.



POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	APLICACIÓN PARA JÓVENES DE LOS SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
<p>5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Admitir la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del Sistema de Salud.</p>	<p>Cuando los jóvenes identifican sus propias necesidades y plantean cómo solucionarlas, ponen en juego todas las riquezas o fortalezas de sí mismos, de sus grupos y de sus pares. La institución de salud no podrá tener mejores aliados que los mismos jóvenes organizados.</p>

### 3. MODALIDADES

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

#### 3.1. CONSULTA DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

actividad debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.

### 3.2. UNIDADES DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

### 3.3. CENTRO DE SALUD AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

Además de la prestación de los servicios de salud, el Centro tiene espacios en los cuales adolescentes y jóvenes plantean sus dudas y expectativas, discuten, conforman grupos o redes y organizan procesos sociales, a través de dinámicas lúdicas, culturales, artísticas y deportivas. De esta forma, los Centros no son solamente el espacio en el cual las y los

adolescentes y jóvenes reciben atención específica en salud, sino también ofrecen posibilidades para potenciar y facilitar desarrollos psicosociales y formativos, que son reconocidos en la norma como procesos de promoción de la salud.

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

## 4. COMPONENTES

Partiendo del análisis de las lecciones aprendidas en otras experiencias e investigaciones, diversos autores han propuesto una serie de componentes y criterios válidos para construir un servicio amigable con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Los que se exponen en este documento son cinco y provienen de una adaptación de los componentes propuestos originalmente en el texto "Acortando distancias"<sup>32</sup>.

La aplicación y puesta en marcha de dichos componentes permitirá a las instituciones de salud fortalecer sus servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, hasta hacerlos amigables. Para lograrlo, se requiere de procesos estructurados y sistemáticos que se desarrollarán con detalles en el capítulo 5. Estos son entonces los componentes de los servicios amigables.

---

<sup>32</sup>QUINTANA S. Alicia e HIDALGO H., Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud, adolescentes y jóvenes, Servicios de Salud Amigables en Bolivia, Perú y Ecuador. Publicación realizada en el marco del proyecto "Acceso joven", llevado a cabo por el Instituto de Educación y Salud - IES, en Bolivia, Ecuador y Perú, con el apoyo de Advocates for Youth en alianza con Pathfinder Internacional Bolivia y la Red Internacional de Adolescencia y Juventudes de Ecuador, entre 2001 y 2003.

## 4.1. ACCESO A LOS SERVICIOS Y OPORTUNIDAD EN SU PRESTACIÓN

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

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

El acceso es una característica determinante para garantizar el derecho a la salud que se expresa mediante cuatro elementos. El primero es **la posibilidad de recibir servicios sin ningún tipo de discriminación**, lo cual significa que toda persona tiene derecho a gozar de una atención integral en salud. En segundo lugar está **la necesidad de garantizar la accesibilidad física**, que se refiere a la ubicación geográfica o territorial de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales deberán encontrarse en sitios cercanos a la población o garantizar el acceso mediante acciones de inducción y atención de la demanda, especialmente en las localidades más apartadas. **El tercero es la disponibilidad**, que consiste en la posibilidad que tiene la población para incorporarse al Sistema de Salud de manera efectiva y gozar de todos sus beneficios, así como la garantía en la existencia de establecimientos de atención en salud con oferta pública y privada, protegida y vigilada. **El cuarto involucra el ejercicio del derecho a la información**, ya que las personas tienen derecho a su salud y, por tanto, a solicitar, recibir y difundir información e ideas respecto a estilos de vida saludable<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup>Defensoría del Pueblo, Evaluación de la Política Pública en procesos de restablecimiento de la población desplazada desde un enfoque de Derechos Humanos. Pág. 43. Bogotá, junio de 2003.

Es compromiso del Estado y de los operadores del Sistema General de Seguridad Social garantizar a toda la población el acceso a servicios de salud en condiciones de calidad y oportunidad, promoviendo y facilitando su vinculación a los regímenes de salud, asignando recursos y priorizando el aseguramiento de la población pobre sin afiliación bajo criterios de vulnerabilidad y riesgo. Dicho compromiso requiere la formulación de políticas, programas, mecanismos e instrumentos acordes con las condiciones socioeconómicas de la población. En este sentido, el Ministerio de la Protección Social ha diseñado la Política Nacional para la prestación de Servicios de Salud, que busca garantizar el acceso, optimizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los colombianos. Allí el acceso hace referencia a tres aspectos:

- El que corresponde a la capacidad de las y los usuarios para buscar y obtener atención.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a las y los ciudadanos de manera oportuna e integral.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, aseguradoras, entidades territoriales y prestadores de servicios de salud<sup>34</sup>.

Los servicios amigables proponen que adolescentes y jóvenes, al demandar servicios, obtengan una respuesta oportuna a sus necesidades, cuenten con servicios de salud diferenciados, de fácil acceso geográfico, ubicación conveniente, con espacios separados del resto de los usuarios y ambientes que garanticen la privacidad<sup>35</sup>.

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

---

<sup>34</sup>Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Noviembre de 2003.

<sup>35</sup>Cuando no exista un espacio físico exclusivo para jóvenes y adolescentes se pueden buscar alternativas para adaptar lo existente, de forma que sea adecuado a las condiciones locales, por ejemplo, utilizar elementos decorativos que puedan cambiarse, dotación de ayudas didácticas: modelos anatómicos, condones, folletos etc.

trabajan y, especialmente, en quienes acuden por primera vez. En relación con la organización de la red de prestación de servicios, los actores del Sistema deben garantizar que jóvenes y adolescentes reciban los servicios de manera continua, articulada y organizada.

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

## 4.2. PROFESIONALES Y PERSONAL DE SALUD

Las entidades prestadoras son garantes del derecho a la salud de la población que acude y solicita el servicio; en esa medida, todas las personas involucradas en la prestación del mismo deberán poseer o desarrollar ciertas competencias para actuar como garantes de ese derecho. Si a esto agregamos que “en el campo de la SSR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la provisión de servicios de SSR deben tener unas características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades”<sup>36</sup>.

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

---

<sup>36</sup>Guías técnicas del Proyecto Integra: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH.

Algunas de las competencias sugeridas son:

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

(Guía técnica del Proyecto Integra. Documento anexo en CD).

- No sentirse obligado(a) a abandonar sus creencias o valores, pero sí dispuesto(a) a entender los puntos de vista de los y las adolescentes, sin imprimir sus propias opiniones. Implica reconocimiento de la diversidad cultural.

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

### 4.3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN

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

Para ello se deben cumplir los criterios de habilitación descritos en el Decreto 1011 de 2006, el cual propone estándares mínimos de calidad asociados a infraestructura y recurso humano. Es necesario también hacer la revisión de procesos para el mejoramiento de la calidad de los servicios a la luz de los criterios de acreditación y el diseño de protocolos de atención, teniendo en cuenta las normas vigentes<sup>37</sup> y guías de atención integral propuestas en la Resolución 412 de 2000 y otras que las modifiquen.

---

<sup>37</sup>En este aspecto en particular, es muy importante recordar que estas normas son los requisitos mínimos establecidos para prestar servicios de salud con calidad, sin embargo, los prestadores de servicios pueden desarrollar acciones que superen estos estándares, accediendo a mejores indicadores en su gestión y mejorando las condiciones de salud de la población de su área de influencia.



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

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

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

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

- El ingreso: involucra a la primera persona con la que adolescentes y jóvenes tienen contacto (el vigilante o el portero), quien debe tener una actitud amable y facilitar la entrada de jóvenes y adolescentes a la institución.
- La recepción/información: espacio y momento en el cual se da el primer contacto con el equipo de salud, para nuestro caso enfermera o auxiliar de enfermería, responsable de

establecer un canal de comunicación adecuado, generando confianza y seguridad a jóvenes y adolescentes.

- Estadística y archivo: adolescentes y jóvenes se identifican e ingresan a la base de datos de la institución y abren su historia clínica.
- Facturación de servicios: el adolescente factura los servicios que requiere; en caso de dificultades (en el aseguramiento, copagos u otros) es necesario que el funcionario se comunique con enfermería para la búsqueda de alternativas que garanticen dar continuidad al proceso.
- Sala de espera: espacio en lo posible separado, con características y condiciones acogedoras para adolescentes y jóvenes.
- Atención en consultorios: espacio y momento donde se establece un contacto directo con adolescentes y jóvenes, se efectúa valoración y se da respuesta a sus necesidades (asesorías, tratamientos, solicitudes y recomendaciones).
- Derivación a otros servicios: el profesional expide orden escrita para que adolescentes y jóvenes accedan a otros servicios que no se pueden brindar en la misma consulta, pero sí en otro momento, en el mismo establecimiento.
- Referencia a servicios de otro nivel: el profesional expide orden escrita para que adolescentes y jóvenes accedan a otros servicios que no se pueden prestar en la institución.
- Contrarreferencia: orden escrita del profesional de otra institución que informa sobre los servicios prestados, tratamientos y recomendaciones para el manejo integral de adolescentes y jóvenes que han pasado por la consulta y surtido todos los pasos anteriores.

#### 4.4. DISPONIBILIDAD DE UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, ha contemplado, a través de lo establecido en la Política Nacional de SSR, una gama de servicios para adolescentes y jóvenes que las instituciones de salud deben ofrecer. Estos servicios comprenden acciones en promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, incluyendo orientación y

educación desde la primera consulta, servicios extramurales, identificación de población con mayor riesgo y prestación de servicios integrales que garanticen la continuidad en el servicio y la adherencia de la población a los mismos.

A través de la Resolución 412 de 2000 se determinan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; para este caso, atención de la salud sexual y reproductiva en la población de 10 a 29 años<sup>38</sup>. La Resolución 3442 de 2006 establece las Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida.

Es necesario contar con un sistema formal de referencia y contrarreferencia, ya que “los programas exitosos tratan a niños y adolescentes de manera holística, se inician precozmente, ofrecen actividades enriquecedoras del crecimiento, desarrollo y respaldan a jóvenes durante un periodo prolongado”<sup>39</sup>.

La atención directa a adolescentes y jóvenes se constituye en “momentos de verdad”, aquellos en que las y los usuarios valoran el servicio y hacen juicios sobre el mismo.

Por ello, cuando se atiende a adolescentes y jóvenes es necesario considerar que tienen características propias influidas por su edad biológica, psicológica y social, la cultura, los factores económicos, las diferencias de género y sus experiencias vividas.

La atención debe ser respetuosa, con información clara y oportuna, promoviendo la discusión abierta en temas de importancia para la juventud, garantizando que cada adolescente y joven sienta que es el centro de interés. Algunas asesorías fracasan cuando el profesional le da más valor al

---

<sup>38</sup>MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412/2000. EN: [www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co)

<sup>39</sup>BURT, Martha R. Ph.D.The Urban Institute, ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996.

diligenciamiento de formatos o cuando adolescentes o jóvenes sienten que el profesional les atiende con premura. Por ello es importante que se destine un tiempo adecuado a las necesidades individuales.

Un servicio amigable debe considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos. Por lo anterior, el equipo de profesionales del servicio debe abordar la sexualidad como un aspecto natural y saludable y trabajar al respecto con un enfoque incluyente, de respeto por el género y por la diversidad.

Si el equipo de profesionales necesita formarse o actualizarse en cada uno de los servicios que se proponen, es importante que la institución evalúe y valore esta situación con el objeto de brindar espacios para ello, así como para la consolidación de equipos interdisciplinarios con habilidades para el apoyo e intervención de las necesidades y expectativas de adolescentes y jóvenes.

## Disponibilidad de una amplia gama de servicios

### Oferta de servicios individuales

- Consulta y controles de medicina general
- Consulta y controles de enfermería
- Consulta de odontología
- Profilaxis oral
- Detartraje
- Sellantes.
- Control de placa bacteriana
- Asesoría en planificación familiar

Continúa...

- Consejería en planificación familiar
- Consulta de planificación familiar
- Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado
- Asesoría sobre salud sexual y reproductiva
- Asesoría en salud mental
- Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja
- Asesoría sobre identidad sexual
- Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/Sida
- Asesoría y prueba de VIH
- Asesoría sobre cáncer de cérvix y mama
- Asesoría en nutrición
- Atención del abuso sexual
- Anticoncepción POS
- Anticoncepción hormonal no POS
- Anticoncepción de emergencia
- Atención integral a jóvenes viviendo con VIH
- Atención de las infecciones de transmisión sexual
- Control prenatal y atención del parto
- Toma de citología cérvico-vaginal
- Consulta de psicología
- Consulta de nutrición
- Consulta de trabajo social
- Consulta por pediatría
- Consulta por ginecología
- Consulta por urología
- Consulta por endocrinología
- Consulta de dermatología

- La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.
- Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (dirigida a la toma de decisiones).
- Asesoría en salud mental: prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, prevención de los problemas de la salud mental del embarazo en la adolescencia.
- Asesoría sobre consumo de sustancias psicoactivas

### Oferta de servicios colectivos

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

### Oferta de servicios integrales

- Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.
- Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.

Continúa...

### Organización de servicios de extensión

- Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.
- Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de jóvenes.
- Se desarrollan estrategias que permiten identificar a jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.
- Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.

#### 4.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

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

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

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

- Cuando adolescentes y jóvenes son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y evaluarlo de manera crítica y permanente. Además contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos.

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

Otro aspecto clave de la participación juvenil es que una vez existe empoderamiento, entendido éste como el proceso “para dotar a las y los usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud”<sup>40</sup>, la institución de salud podrá contar con un grupo de apoyo conformado por adolescentes y jóvenes, que le dará una dinámica distinta al servicio.

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

- Para la coordinación intra e intersectorial, el servicio debe propiciar el desarrollo de acciones conjuntas con instituciones como secretarías de Salud, entidades prestadoras de servicios de salud, EPS (tanto de los

---

<sup>40</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. ob cit. p. 21



regímenes subsidiado como del contributivo), instituciones educativas desde el nivel básico al superior y organizaciones sociales, garantizando complementariedad en las acciones.

- Acciones claves de la coordinación intersectorial y la gestión institucional, según lo plantea la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, son:
  - Proceso para desarrollar: el cual se reconstruirá según los aportes recibidos.
  - La formulación, desarrollo y evaluación de proyectos en SSR para jóvenes.
  - La formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud, en el campo específico del trabajo con los adolescentes.
  - La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes.
  - La promoción de proyectos para la implementación de ambientes saludables.
  - El apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana.
  - El diseño de mecanismos operativos para que los servicios de SSR se desarrollen de manera eficaz, evitando oportunidades perdidas.
  - La promoción de mecanismos para facilitar el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva.
  - El fortalecimiento de acciones de vigilancia y control en el nivel territorial y nacional, en lo relacionado con el seguimiento de las normas técnicas vigentes.
- Participación social y comunitaria: es importante que el servicio de salud identifique en su zona de influencia aquellas organizaciones sociales que son claves para el desarrollo juvenil y establezca acuerdos de trabajo con ellas. Algunas pueden ser organizaciones juveniles, organizaciones

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

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

## MODALIDAD DE LOS SERVICIOS AMIGABLES POR COMPONENTES

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

Continúa...

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	CONSULTA DIFERENCIADA	UNIDAD AMIGABLE	CENTRO AMIGABLE
<p><b>1. Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación</b></p>	<p>5. Habilitación de los servicios</p>	<p>*La prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes tiene en cuenta las normas de habilitación previstas en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000: Normas técnicas y guías de atención, otras normas que la modifiquen y la Política de Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<p>* La prestación de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes tiene en cuenta las normas de habilitación previstas en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000: Normas técnicas y guías de atención, versión actualizada de 2007; Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; Código de la Infancia y la Adolescencia; Guías técnicas Proyecto Integra.</p>	<p>*Prestación de los servicios con normas de habilitación del Decreto 1011 de 2006, la Resolución 412 de 2000: Normas técnicas y guías de atención, versión actualizada de 2007; Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; Código de la Infancia y la Adolescencia; Guías técnicas Proyecto Integra; Guías de atención basadas en la evidencia y Protocolos institucionales.</p>
<p><b>6. Reconocimiento del servicio</b></p>	<p>*Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable</p> <p>*Mensajes que animan a la gente joven a llevar a sus pares</p> <p>*Anuncios que explicitan que la atención es confidencial</p>	<p>*Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable</p> <p>*Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes</p> <p>*Mensajes que animan a llevar a sus pares</p> <p>*Anuncios que explicitan que la atención es confidencial</p> <p>*Adolescentes y jóvenes reconocen fácilmente el horario del servicio</p>	<p>*Estrategia de comunicación para promocionar el servicio amigable</p> <p>*Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes</p> <p>*Mensajes que animan a llevar a sus pares</p> <p>*Anuncios que explicitan que la atención es confidencial</p> <p>*Estrategias de comunicación realizadas con adolescentes y jóvenes para dar a conocer los servicios que se ofertan</p> <p>*Reconocimiento del horario del servicio por adolescentes y jóvenes .</p> <p>*Actividades extramurales de la institución de salud u otras instituciones</p> <p>*Articulación con otras instituciones para promocionar el servicio</p> <p>*Articulación con universidades para práctica profesional</p>	<p>*Estrategias de comunicación para promocionar el servicio amigable</p> <p>*Información a la comunidad sobre los servicios para jóvenes</p> <p>*Mensajes que animan a llevar a sus pares</p> <p>*Anuncios que explicitan que la atención es confidencial</p> <p>*Estrategias de comunicación realizadas con adolescentes y jóvenes para dar a conocer los servicios que se ofertan</p> <p>*Reconocimiento del horario del servicio por adolescentes y jóvenes .</p> <p>*Actividades extramurales de la institución de salud u otras instituciones</p> <p>*Articulación con otras instituciones para promocionar el servicio</p> <p>*Articulación con universidades para práctica profesional</p>

Continúa...

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	CONSULTA DIFERENCIADA	UNIDAD AMIGABLE	CENTRO AMIGABLE
<p><b>2. Profesionales y personal de los servicios de salud</b></p>	<p>1. Capacitación en servicios amigables</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Conocimiento y manejo de la norma de atención de la Resolución 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el adulto joven</li> <li>* Capacitación específica y continua en atención a adolescentes y jóvenes</li> <li>* Poseer habilidades para la evaluación de las situaciones y capacidad para la toma de decisiones pertinentes y oportunas</li> <li>* Reconocimiento de la diversidad cultural y las necesidades específicas de cada joven</li> <li>* Tener habilidades de comunicación y buen manejo de relaciones interpersonales</li> <li>* Hacer de los servicios amigables un espacio agradable donde adolescentes y jóvenes puedan conversar acerca de lo que les interesa, obtener información veraz, oportuna y precisa, acompañada de las asesorías necesarias</li> <li>* Promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables</li> <li>* Reconocer la necesidad de estar permanentemente actualizado(a) y entrenado(a) sobre los temas básicos en adolescencia y juventud, SSR, asesoría, VIH/Sida</li> <li>* Comprender la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizar acciones para respetarlos y promoverlos</li> <li>* No sentirse obligado(a) a abandonar sus creencias o valores, pero sí dispuesto(a) a entender los puntos de vista de los y las adolescentes, sin imprimir sus propias opiniones. Implica reconocimiento de la diversidad cultural, incentivar la asistencia de hombres y mujeres</li> </ul>		
<p><b>3. Procedimientos administrativos y de gestión</b></p>	<p>Procedimientos para la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacitación a personal administrativo</li> <li>* No se requiere de la atención mediada por un acudiente</li> <li>* Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Facturación de servicios con atención preferencial a adolescentes y jóvenes</li> <li>* Atención en consultorios diferenciados para adolescentes y jóvenes</li> <li>* Existe un procedimiento claro para garantizar el acceso a otros niveles de complejidad</li> </ul>	<p>Los procedimientos para jóvenes mayores de 14 años pueden ser solicitados sin consentimiento de sus padres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* No se requiere de la atención mediada por un acudiente</li> <li>* Salas de espera exclusivas para adolescentes y jóvenes</li> </ul>

Continúa...

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	CONSULTA DIFERENCIADA	UNIDAD AMIGABLE	CENTRO AMIGABLE
<b>4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios</b>	Servicios ofrecidos por modalidad de atención	CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 Vez*	CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 Vez	CONSULTA MEDICINA GENERAL 1 Vez
		CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL	CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL	CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL
		CONSULTA DE ENFERMERÍA 1 Vez	CONSULTA DE ENFERMERÍA 1 Vez	CONSULTA DE ENFERMERÍA 1 Vez
		CONSULTA DE ENFERMERÍA CONTROL	CONSULTA DE ENFERMERÍA CONTROL	CONSULTA DE ENFERMERÍA CONTROL
		CONSEJERÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONSEJERÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONSEJERÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR
		CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
		CONSULTA DE ODONTOLOGÍA	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA
		PROFILAXIS ORAL, SELLANTES, CONTROL DE PLACA BACTERIANA, DETARTRAJE	PROFILAXIS ORAL, SELLANTES, CONTROL DE PLACA BACTERIANA, DETARTRAJE	PROFILAXIS ORAL, SELLANTES, CONTROL DE PLACA BACTERIANA, DETARTRAJE, ORTODONCIA Y PROCEDIMIENTOS DE ESTÉTICA DENTAL.
		Asesoría pre test y post test para prueba de VIH	Asesoría en planificación familiar	Asesoría en planificación familiar
		Asesoría en nutrición	Asesoría en derechos sexuales y reproductivos	Asesoría en embarazo no deseado

Continúa...

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	CONSULTA DIFERENCIADA	UNIDAD AMIGABLE	CENTRO AMIGABLE	
<b>4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios</b>	Servicios ofrecidos por modalidad de atención	Asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/Sida	Asesoría en nutrición	Asesoría en derechos sexuales y reproductivos	
		Oferta de anticoncepción del POS (incluye anticoncepción de emergencia y ACO de baja dosis, inyectable mensual, implante subdérmicos y condón de látex para pacientes con diagnóstico de ITS)	Asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/Sida	Servicios relacionados con el aborto	
			Oferta de anticoncepción del POS (incluye anticoncepción de emergencia y ACO de baja dosis, inyectable mensual, implante subdérmicos y condón de látex para pacientes con diagnóstico de ITS)	Oferta de anticoncepción del POS (incluye anticoncepción de emergencia y ACO de baja dosis, inyectable mensual, implante subdérmicos y condón de látex para pacientes con diagnóstico de ITS)	Oferta de anticoncepción del POS (incluye anticoncepción de emergencia y ACO de baja dosis, inyectable mensual, implante subdérmicos y condón de látex para pacientes con diagnóstico de ITS)
				Asesoría pre test y post test para prueba de VIH	Detección de parafilias y desórdenes mentales. Asesoría en salud mental: prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, prevención de los problemas de la salud mental del embarazo en la adolescencia
		Asesoría para la prevención del cáncer de cérvix y mama	Asesoría en violencia intrafamiliar y de pareja		

Continúa...

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	CONSULTA DIFERENCIADA	UNIDAD AMIGABLE	CENTRO AMIGABLE
<p><b>4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios</b></p>	<p>Servicios ofrecidos por modalidad de atención</p>		CONSULTA DE PSICOLGÍA	Asesoría en identidad sexual
			CONSULTA DE NUTRICIÓN	Asesoría en nutrición
			CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL	Asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/Sida
			Terapia ocupacional	Asesoría pre test y post test para prueba de VIH
			Terapia física	Asesoría para la prevención del cáncer de cérvix y mama.
				CONSULTA DE PSICOLOGÍA
				CONSULTA DE NUTRICIÓN
				CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL
				CONSULTA DE PEDIATRÍA
				CONSULTA DE GINECOLOGÍA
	CONSULTA DE UROLOGÍA			
	CONSULTA DE DERMATOLOGÍA, Clínica de Acné			
	CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA			



## 5. DIFERENCIAS

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

SERVICIO DE SALUD TRADICIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SERVICIO DE SALUD AMIGABLE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los aspectos de infraestructura, espacios, acceso y oportunidad en el servicio son iguales para toda la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene en cuenta a la población joven facilitando su acceso y oportunidad frente al servicio. Para ello, establece horarios especiales para adolescentes y jóvenes y ubica el servicio en lugares donde puedan acceder con facilidad. Además, señala adecuadamente la institución para guiarles hacia el servicio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales atienden indistintamente a toda la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantiza profesionales idóneos para el trabajo con jóvenes, independientemente de la infraestructura o la estrategia para programación de consulta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales y el personal de la institución comunican solamente aspectos básicos del motivo de consulta y su tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los profesionales y personal del servicio (incluido personal administrativo, de servicios generales y vigilantes) establecen un diálogo abierto con adolescentes y jóvenes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se atiende en un tiempo mínimo establecido previamente por la institución de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si es necesario, se define un tiempo más prolongado de acuerdo a las necesidades y enmarcado en una política institucional de atención para adolescentes y jóvenes.</li> </ul>

Continúa...

SERVICIO DE SALUD TRADICIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SERVICIO DE SALUD AMIGABLE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES
<ul style="list-style-type: none"> <li>La atención se centra más en el registro que en la misma asesoría.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los adolescentes y jóvenes son el centro de interés y se optimiza el sistema de información para reducir el tiempo de generación de registros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La oferta de servicios se limita a la gama tradicional de los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La oferta de servicios es amplia y procura responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes, acorde a las normas establecidas para ello y a las expectativas de los jóvenes al respecto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No siempre se aplican los protocolos de atención a jóvenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen, se conocen y utilizan los protocolos de atención a jóvenes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adolescentes y jóvenes son vistos como sujetos pasivos que reciben información y tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adolescentes y jóvenes se reconocen como sujetos de derechos y, por tanto, capaces de tomar decisiones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se le resta importancia al tema de género y diversidad sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos y todas son bienvenidos(as). Se ofrecen servicios adecuados a las necesidades de toda la población que demanda servicios. Se trabaja con enfoque de género y respeto por la diversidad sexual.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No existen claridades sobre el manejo de la confidencialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen procedimientos que garantizan el manejo de la confidencialidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se promueve la participación de la población joven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se promueve la participación juvenil en la planeación, ejecución y evaluación para la mejora del servicio.</li> </ul>

Continúa...

SERVICIO DE SALUD TRADICIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SERVICIO DE SALUD AMIGABLE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES
<ul style="list-style-type: none"> <li>El servicio de salud trabaja como una entidad aislada del entorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El servicio de salud promueve la participación juvenil, social y comunitaria, e interactúa como promotor de desarrollo para su área de influencia.</li> </ul>

## 6. RAZONES PARA CREARLOS

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

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

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

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

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

## 7. ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES, COMPARADO CON EL CUBRIMIENTO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000

### PAQUETE DE SERVICIOS

#### PAQUETE DE SERVICIOS AMIGABLES RESOLUCIÓN 412 /2000

ACTIVIDADES	MODELO DE SERVICIOS AMIGABLES*	RESOLUCIÓN 412/2000
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	SI	NO
Modalidades	SI	NO
Estructura física diferenciada	SI	NO
Manejo social	SI	NO
Manejo ético	SI	SI
Manejo confidencial	SI	SI
Talento humano con experiencia	SI	NO
Niveles de complejidad	SI	NO
Funcionamiento diferenciado	SI	NO
<b>ESQUEMA DE ATENCIÓN</b>	SI	NO
Preconsulta de asesoría y apoyo (contacto inicial con enfermería)	SI	NO
<b>CONSULTA MEDICINA GENERAL 1Vez</b>	SI	SI
Datos de identificación	SI	SI
Anamnesis	SI	SI
Antecedentes personales	SI	SI
Evaluación del esquema de vacunación	SI	SI
Antecedentes escolares	SI	SI
Antecedentes laborales	SI	SI
Entorno social, pares, hábitos	SI	SI
Antecedentes ginecológicos/urológicos	SI	SI
Antecedentes sexuales	SI	SI
Aspectos psicoemocionales	SI	SI
Antecedentes familiares	SI	SI

Continúa...

## PAQUETE DE SERVICIOS AMIGABLES RESOLUCIÓN 412 /2000

Descripción entorno familiar y económico	SI	SI
Examen físico	SI	SI
Exploración del aspecto general	SI	SI
Medición antropométrica y de desarrollo	SI	SI
Signos vitales		
Valoración del estadio de Tanner	SI	SI
Examen por sistemas	SI	SI
Enseñanza de autoexamen de mama	SI	SI
Enseñanza de autoexamen testicular	SI	SI
Prescripción o revisión de laboratorios	SI	SI
Hemoclasificación	SI	SI
Hematocrito	SI	SI
Hemoglobina	SI	SI
Colesterol HDL	SI	SI
Pruebas para ITS - VIH/Sida	SI	SI
Citología cérvico-vaginal	SI	SI
Impresión diagnóstica	SI	SI
Definición de riesgos potenciales	SI	SI
Plan de intervención	SI	SI
Prescripción de tratamientos	SI	SI
Remisiones o interconsulta	SI	SI
Esquema de seguimiento y control	SI	SI
Información y educación	SI	SI
Expedición de certificado médico (para colegio)	SI	SI
CONSULTA MEDICINA GENERAL CONTROL	SI	SI
CADA 2 AÑOS (10 A 17 AÑOS) LUEGO CADA 5 AÑOS	SI	NO
CONSULTA DE ODONTOLOGÍA	SI	SI
Profilaxis oral	SI	SI
Dertartraje	SI	SI
Sellantes	SI	NO
CONSULTA DE ENFERMERÍA 1Vez	SI	NO
CONSULTA DE ENFERMERÍA CONTROL CADA 2 AÑOS, INTERCALANDO CON MÉDICO	SI	NO

Continúa...

## PAQUETE DE SERVICIOS AMIGABLES RESOLUCIÓN 412 /2000

CONSEJERÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	SI	SI
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	SI	SI
Asesoría planificación familiar	SI	SI
Asesoría en embarazo no deseado	SI	NO
Asesoría en derechos sexuales y reproductivos	SI	NO
Servicios relacionados con el aborto	SI	NO
Asesoría en salud mental	SI	NO
Asesoría en violencia intrafamiliar y de pareja	SI	NO
Asesoría en identidad sexual	SI	NO
Asesoría en nutrición	SI	AD
Asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/Sida	SI	NO
Asesoría pre test y post test para prueba de VIH	SI	SI
Asesoría para la prevención del cáncer de cérvix y mama	SI	AD
CONSULTA DE PSICOLIGÍA	SI	AD
CONSULTA DE NUTRICIÓN	SI	AD
CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL	SI	AD
CONSULTA DE PEDIATRÍA	SI	NO
CONSULTA DE GINECOLOGÍA	SI	NO
CONSULTA DE UROLOGÍA	SI	NO
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA	SI	NO

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

\*\* A demanda

## 8. ADAPTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

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

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

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

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

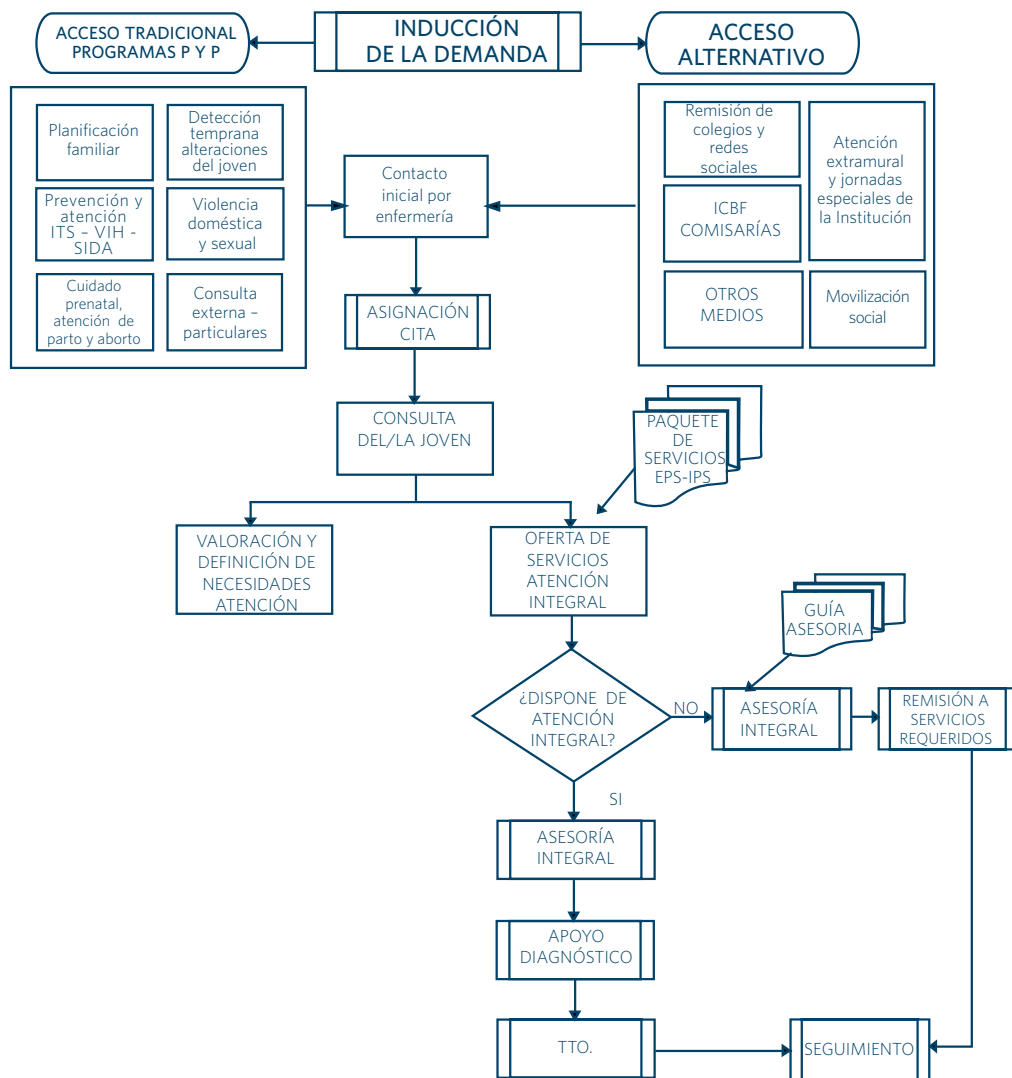


Definido el portafolio de servicios, la institución podrá avanzar hacia la concreción del modelo de atención que utilizará para ofrecer los servicios seleccionados, reflejando la manera en que organiza los procesos requeridos para prestar el servicio de salud y la forma de satisfacer las necesidades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

A continuación se presenta una propuesta para organizar servicios amigables para adolescentes y jóvenes, con base en el modelo de atención de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva del Proyecto Integra<sup>41</sup>, en el cual se identifican claramente las puertas de entrada y los principales procesos que pueden implementarse para lograr servicios amigables.

---

<sup>41</sup>Ídem 3, pág. 50.



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

Se propone que, debido a la baja solicitud de servicios por parte de los adolescentes y jóvenes, se fortalezcan las acciones de inducción a la demanda, teniendo en cuenta dos escenarios: el tradicional, que hace referencia al espacio donde se prestan los servicios de atención en salud que veremos en la siguiente tabla; y las instituciones que trabajan con jóvenes como: colegios, ICBF, comisarías de familia, iglesias, grupos comunitarios (grupos juveniles, clubes juveniles, entre otros), donde pueden ser convocados, reclutados o remitidos, para lograr un incremento importante en la demanda de servicios de salud amigables por parte de adolescentes y jóvenes.

### ESCENARIO TRADICIONAL

Servicios	Documentos guía
Consulta de planificación familiar	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resolución 412/2000 MPS</li> <li>▪ Acuerdo 380 de 2007 y las Resoluciones 769 y 1973 de 2008</li> <li>▪ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.</li> <li>▪ Plan Nacional de Salud Pública</li> <li>▪ Código de Infancia y Adolescencia</li> </ul>
Consulta de detección temprana de alteraciones del joven	<p><b>Documentos de consulta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, Serie OPS/FNUAP No. 2</li> <li>▪ Guía técnica de Regulación de la fecundidad, SDS, Bogotá</li> </ul>
Consulta de prevención y atención ITS-VIH/Sida	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resolución 412/2000 MPS</li> <li>▪ Decreto 1543 de 1997, Resolución 3442 de 2006, Circular 063 de 2007 y la Ley 972 de 2005</li> <li>▪ Guía para el manejo del VIH basada en la evidencia, Colombia, PARS, MPS, 2007</li> <li>▪ Modelo de gestión programático en VIH/Sida, MPS, 2006</li> <li>▪ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva</li> <li>▪ Plan Nacional de Salud Pública</li> <li>▪ Código de Infancia y Adolescencia</li> </ul>

Continúa...

Servicios	Documentos guía
Consulta de prevención y atención ITS-VIH/Sida	<p><b>Documentos de consulta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva, Serie OPS/FNUAP, No. 2</li> </ul>
Cuidado prenatal, atención de parto y aborto	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución 412/2000 MPS</li> <li>Norma técnica para la atención de IVE, Resolución 4905/ 2006</li> <li>Código de Infancia y Adolescencia</li> </ul>
Violencia doméstica y sexual (Norma técnica y Guía de atención de mujer y menor maltratados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Violencia doméstica y sexual (Norma técnica y Guía de atención de mujer y menor maltratados)</li> </ul> <p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución 412/2000</li> <li>Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva</li> <li>Ley 1146 de 2007</li> <li>Plan Nacional de Salud Pública</li> <li>Código de Infancia y Adolescencia</li> <li>Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes menores de 18 años (ESCNNA)<sup>1</sup> 2006 - 2011 CBF-UNICEF-OIT-IPEC-FUNDACIÓN RENACER, 2006</li> </ul>
Consulta de morbilidad	<p><b>Normas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MAPIPOS. Consulta de odontología, consulta de enfermería, entre otros.</li> </ul>

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

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

solucionar un motivo de consulta específico y diligenciar formatos para cumplir metas.

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

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

En la consulta por medicina general de primera vez, del programa de detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años (Resolución 412/2000) o consulta del joven (término más amigable), el médico con entrenamiento diligencia la historia clínica completa (anexo A-2), teniendo cuidado de hacer una atención con enfoque amigable, es decir, con respeto, brindando confianza e información para la toma de decisiones autónomas, asegurando confidencialidad, realizando examen físico completo, definiendo el plan de intervención y necesidad de atención y ofreciendo servicios de atención integral (paquete de servicios EPS-IPS, página 120), de acuerdo con el portafolio de la institución de salud y con la modalidad de servicio amigable.

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

Es importante que cada institución adapte el modelo a sus posibilidades de recursos; por ejemplo, en el proceso de implementación de los servicios amigables, en el país, hemos encontrado un hospital de nivel de complejidad I, perteneciente a un municipio de categoría 6, que cuenta con atención psicosocial (psicología, nutrición, trabajo social) e inicia la atención en su unidad amigable para adolescentes y jóvenes en consulta en psicología, porque han visto que este(a) profesional logra mayor empatía y adherencia al programa; el adolescente o joven pasa a la consulta médica y continúa después con nutricionista, odontología, enfermería y finalmente con trabajador(a) social.

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

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

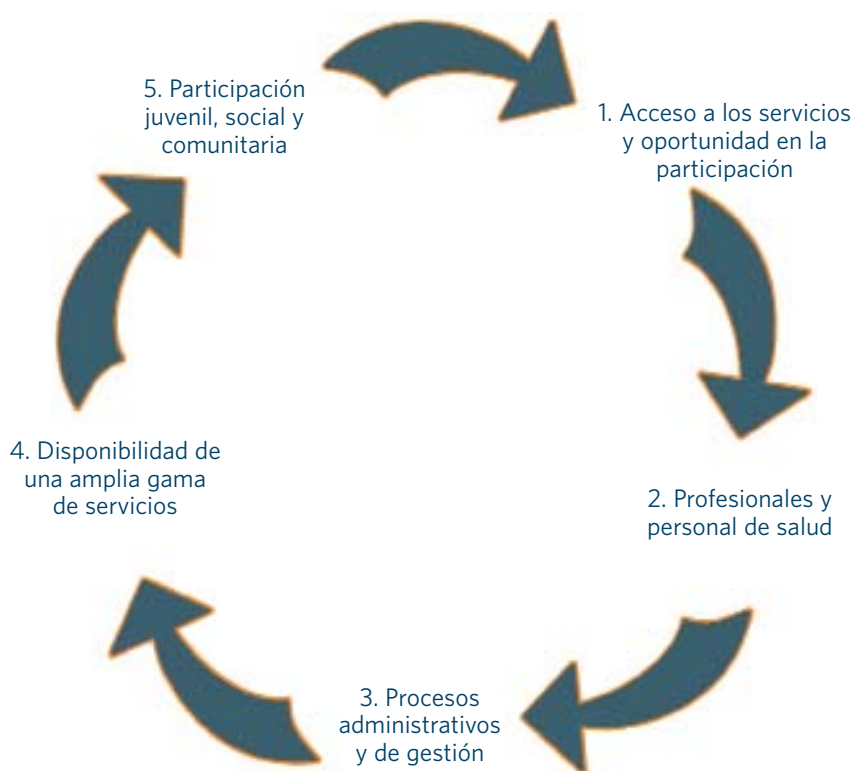
La estructura circular en que se presentan estos componentes de los servicios amigables (ver ilustración No. 1) facilita a los prestadores de servicios el ingreso de la población atendida en cualquier parte del proceso, y su análisis sugiere logros y niveles de desarrollo<sup>42</sup> que dependen directamente de las condiciones locales, en cuanto a la disponibilidad de recursos, infraestructura y personal, para la prestación de los servicios de salud a jóvenes y adolescentes. Su aplicación y puesta en marcha permite a las instituciones de salud establecer la

---

<sup>42</sup>Para tener un estándar básico para la organización y estructuración de los SAS y valorar las condiciones de progreso, usted puede apoyarse en el instrumento "Análisis del servicio de salud" (Anexo 5)

modalidad de servicio e implementar y fortalecer sus servicios -en especial los de salud sexual y reproductiva- para adolescentes y jóvenes, hasta hacerlos amigables (Tabla modalidad de servicios amigables, página 109).

## Ilustración 1: Componentes de los servicios amigables



## ANTES DEL CIERRE

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

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



# Capítulo 4

Marco legal

**Marco legal y normativo  
para la prestación de  
servicios de salud  
amigables para  
adolescentes y jóvenes**

# Marco legal y normativo para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes



## PROPÓSITO

Este capítulo tiene por objeto presentar la globalidad del marco legal y normativo que soporta la creación e implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, a la vez que actualiza y resume los principales aportes de cada norma.

### 1. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

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

El alcance del Plan Nacional de Salud Pública es definir una política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad, promover condiciones y estilos de vida saludables, prevenir y superar los riesgos para la salud y recuperar y minimizar el daño. Los propósitos son: mejorar el estado de salud de la población colombiana; evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

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

Uno de los enfoques es el poblacional, en el que las intervenciones en salud simples o combinadas son dirigidas a la población en general y buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. En ese sentido, se deben tener en cuenta las tendencias poblacionales en Colombia, país que está en la tercera etapa de la transición demográfica, en la que las tasas de natalidad han disminuido por factores como mejoramiento de la educación de las mujeres, uso de anticoncepción y participación en la actividad económica (Población y equidad en Colombia. Análisis de situación, UNFPA 2006); el resultado es el envejecimiento de la población colombiana, con un peso grande en edades intermedias, lo que implica mayores esfuerzos para generar empleo para adultos jóvenes y hacer provisiones para la atención de la población jubilada. Esto se traduce en baja tasa de dependencia demográfica, lo que es llamado "oportunidad demográfica" o "bono demográfico", momento histórico que debe ser aprovechado para que el Estado defina políticas económicas y sociales coherentes en educación, salud, empleo, y pensiones (UNFPA).

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

El último enfoque es el de gestión social del riesgo, planteado como un proceso dinámico y creativo, en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje

causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar, sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad (PNSP).

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

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

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

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA:**

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

### **PREVENCIÓN DE RIESGOS, RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE DAÑOS EN LA SALUD:**

Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte

de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.

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

## 2. MARCO POLÍTICO

En el país se han adelantado esfuerzos en términos de definición y aplicación de los marcos constitucionales. En este sentido, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de 2003 busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población. Hace especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

Los principios orientadores de la PNSSR son:

- Concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos
- Equidad social y de género. Empoderamiento de las mujeres
- Calificación de la demanda

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

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

### 3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La Ley 1122 de 2007, que modifica el SGSSS, en su artículo 33 enuncia que en el Plan Nacional de Salud Pública se encuentra prevista la promoción de la salud sexual y reproductiva; así mismo, el objetivo del Plan es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar; de la misma forma, el Plan Nacional incluye acciones colectivas que reemplazarán al Plan de Atención Básica.

Para la construcción del Plan Nacional de Salud Pública se tuvo como base la Constitución Política de Colombia de 1991 y las acciones que el Estado colombiano debe realizar para garantizar el bienestar de adolescentes y jóvenes.

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

En esa misma línea, el artículo 45 dice: “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral,

donde Estado y Sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”.

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

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

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

Se debe tener en cuenta también la Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica (requisitos que debe cumplir la historia clínica de atención a adolescentes y jóvenes). Sobre este mismo tema, mediante el Acuerdo 117 de 1998 se establece, además, el obligatorio cumplimiento de los procedimientos, actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

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

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

Por su parte, la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años tiene como objetivos específicos identificar oportunamente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes; promover la orientación y los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinada con su familia, colegio y comunidad; crear mecanismos para favorecer la identificación y prevención de factores de riesgo y promover estilos de vida saludables, factores protectores y el auto cuidado<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup>Resolución 412 del 2000: Norma Técnica de Detección de Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años.



En la propuesta de actualización de la norma técnica de detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años se evidencia que es necesario organizar servicios diferenciados para la atención en salud de adolescentes y jóvenes, a fin de permitirles acceder a los servicios y mantenerse como usuarios, dentro de su contexto biológico, psicológico y sociocultural. El abordaje de la atención no sólo debe ir dirigido a la prevención de riesgos del comportamiento y los determinados por el entorno, sino a la búsqueda del desarrollo integral del joven, de acuerdo con su contexto etnocultural. Esta propuesta de actualización de la norma técnica de detección de alteraciones del joven entrará en vigencia una vez sea aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

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

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

Así mismo, la Resolución 1896 de 2001 establece la clasificación única de procedimientos en salud (C.U.P.S.), que corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Esta resolución es la herramienta que permite, en todas las instituciones,

diseñar el portafolio básico de servicios en salud, la cual puede ser consultada en el Capítulo 6, anexo número B-7.

El establecimiento de la Ley 715 de 2001 define las competencias y recursos en salud a cargo de la Nación, los departamentos, los distritos y los municipios; a estos últimos les corresponde el aseguramiento de la población y la ejecución de programas en salud pública. Dicha ley también establece los planes de beneficios y las fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Ver figura 1.

#### 4. Planes de beneficios y fuentes de financiación Ley 715 de 2001



El Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, reglamentado por la Resolución 425 de 2008, en el título IV de la misma resolución se describe como “un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida y la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad, para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

El financiamiento de este Plan se realizará con los recursos que integran la subcuenta de salud pública del fondo de salud de la respectiva entidad y los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de las acciones de salud pública a cargo de la entidad territorial.

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

Atendiendo a esta necesidad, el Acuerdo 228 de 2002 estableció los medicamentos del POS e incluyó los anticonceptivos orales (Levonorgestrel + Etinilestradiol 150 -250 + 30 -50 mcg tableta o gragea) e inyectables (medroxiprogesterona acetato 50 mg/mL suspensión inyectable); estos últimos como reguladores hormonales (en razón de su efecto anticonceptivo son utilizados como tal), sujetos al cobro de la cuota moderadora correspondiente.

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

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

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

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

La actualización de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento a desarrollar de forma

secuencial y sistemática en la población afiliada. Igualmente, determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

## 5. CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) tiene por finalidad garantizar a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna; el Código establece además la protección integral de los infantes y adolescentes a través de un sistema de derechos y garantías, de políticas públicas y de restablecimiento de los derechos.

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

Enuncia dentro de las obligaciones de la familia el formar y promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre el tema (artículo 39); y como obligaciones del Estado, entre otras, prevenir

y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y orientar a la comunidad educativa para la formación en la salud sexual y reproductiva y la vida en pareja.

El Código de Infancia y Adolescencia también contempla las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud, entre ellas garantizar el acceso gratuito de adolescentes y jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado, la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes. Además, contiene herramientas poderosas para que desde el nivel nacional y territorial, y los distintos sectores del Estado, se organice lo relativo a la garantía de condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos de la niñez y la adolescencia<sup>44</sup>.

## **6. NORMATIVIDAD FRENTE A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

Uno de los avances más importantes en la normatividad colombiana es sin duda la Sentencia C355 de 2006, en la cual la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y c) cuando el embarazo sea resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación artificial, transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto; reglamentado mediante el Decreto 4444 de diciembre de 2006.

Con el propósito de adoptar medidas tendientes al respeto, protección y satisfacción de los derechos a la atención en salud de las mujeres, eliminar barreras que impidan el acceso a los servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo, así como a la educación e información en el área de la salud sexual y reproductiva

---

<sup>44</sup>Esmeralda Ruiz, Asesora UNFPA.

en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad, el Gobierno Nacional y el Ministerio de la Protección Social expedieron una serie de normas que tienen como propósito disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que, en las condiciones estipuladas por la sentencia de la Corte Constitucional, deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo.

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

No obstante la existencia de esta normatividad, persisten barreras administrativas y negación de la prestación de estos servicios a las mujeres que en los casos y condiciones establecidos en la sentencia deciden interrumpir voluntariamente su embarazo. Esta problemática sustenta la necesidad de adelantar, como parte de las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de la enfermedad, un amplio programa de difusión no sólo de los derechos de las mujeres relativos a la interrupción voluntaria del embarazo, sino de los deberes y derechos de los prestadores, a fin de garantizar efectivamente la prestación oportuna y con calidad de estos servicios de salud sexual y reproductiva, a través del fortalecimiento de los programas de planificación familiar y prevención del embarazo no deseado; de tal forma que se garanticen los derechos protegidos por la sentencia y se evite que el aborto se convierta en una salida desesperada de las mujeres frente a un embarazo no planeado.

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

## **7. NORMATIVIDAD FRENTE A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDO VIH/SIDA**

En el ámbito de la reglamentación para la atención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, se cuenta, entre otros, con el Decreto 1543 de 1997, que regula las conductas, acciones, actividades y procedimientos para la promoción, prevención, asistencia y control de la infección por VIH/Sida. Posteriormente, mediante la Resolución 3442 de 2006, se adoptan las Guías de práctica clínica basadas en evidencia, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y enfermedad renal crónica, y las recomendaciones de los Modelos de gestión programática en VIH/Sida.

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



## OTRAS DISPOSICIONES

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

El Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el cual se desarrolló en sus aspectos centrales en el Capítulo 3 de este documento. Con base en este decreto deben implementarse los servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

# Para recordar

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se propone:

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

## 8. ARTICULANDO LA JUVENTUD A LA POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La Presidencia de la República formuló la **Política Nacional de Juventud** 2005 – 2015, la cual sienta las bases para el Plan Decenal de Juventud y ha sido construida con la participación de la juventud colombiana y de las instituciones y organizaciones que trabajan con este grupo de población.

Reconoce a adolescentes y jóvenes como actores claves para la construcción de una sociedad más equitativa, democrática, en paz y con justicia social; promueve el reconocimiento de la diversidad, de las particularidades de hombres y mujeres y las diferencias entre ellos para relacionarse con los otros y con el mundo.

Así mismo, el Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de la Ley 1122 de 2007, ha formulado la **Política**

**Nacional de Prestación de Servicios de Salud**<sup>45</sup>, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

En este sentido, los prestadores de servicios que operan en el territorio nacional han comenzado a trabajar en concordancia con el propósito de la Política, que busca garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población, todo esto articulado alrededor de tres ejes:

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

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

<sup>45</sup>Política del Ministerio de la Protección Social que tiene como objetivo garantizar la accesibilidad a los servicios, la eficiencia en la prestación y la calidad de los mismos. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

## ANTES DEL CIERRE

“Piensa en usar todos los obstáculos como escalones para construir la vida que quieres”.  
Marsha Sinetar

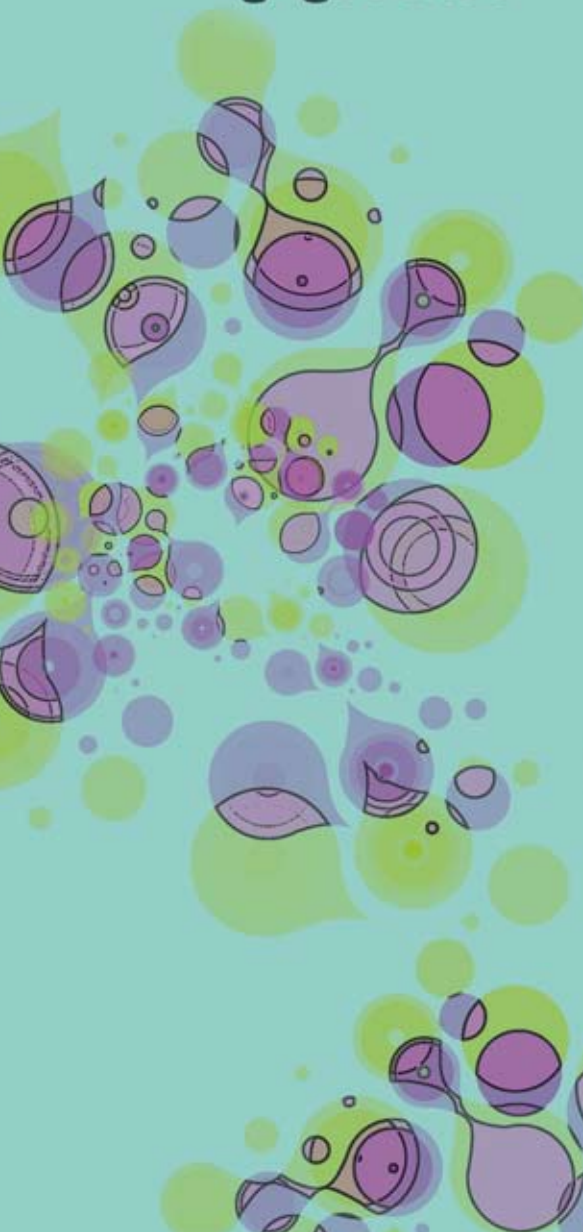
Acostumbramos detenernos ante los obstáculos en el camino y luego a apesadumbrarnos por ello. Al cerrar este capítulo, les invitamos a recorrer el sendero de la implementación de los servicios amigables, usando los obstáculos como escalones para avanzar y consolidarlos. Las normas pueden ser leídas como obstáculos o interpretadas adecuadamente como las facilitadoras en la construcción de nuestros sueños, en este caso el sendero del éxito de una mejor calidad de vida para la población colombiana, a partir de la atención amigable en salud para adolescentes y jóvenes.



# Seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes

Seguimiento

## Capítulo 5



# Seguimiento y evaluación

## del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes



El seguimiento y evaluación son funciones de competencia de todos los niveles de organización del Sistema de Prestación de Servicios. Por lo cual, estas actividades de gestión se desprenden de los enfoques utilizados en los niveles superiores. Sin embargo, la evaluación es una actividad particular a cada institución, en la medida en que es la base de la toma de decisiones y la sustentación de los planes de mejoramiento de la calidad.

### PROPÓSITO

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

La propuesta está basada en la definición de evaluación como la “capacidad de definir parámetros de comparación que permitan la toma de decisiones y generen la capacidad de movilización de recursos”, con la posibilidad de superar el

concepto de evaluación limitado a la aplicación de indicadores o la generación de juicios de valor. La estructura propuesta se basa en la definición de parámetros, medición, aplicación, comparación, realización de juicios de valor y toma de decisiones.

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

De este modo, la evaluación se reconoce como un instrumento fundamental para la gestión de los servicios, y por tanto se reafirma la necesidad de considerarla como parte de las acciones rutinarias del proceso administrativo. Para lograrlo, los procesos de monitoreo y evaluación en salud deben seguir la lógica de la organización de los servicios, a la vez que deben ser simples y oportunos.

En la implementación de servicios de salud amigables, la evaluación debe brindar a todos los actores la libertad de generar indicadores que, según la modalidad de prestación de servicios elegida o posible, les permita monitorear las estrategias y acciones desarrolladas desde el modelo y responder a las expectativas de los grupos objeto. Algunas preguntas para la comparación de los desarrollos en las instituciones a nivel territorial y nacional permitirán avanzar autónomamente.

A continuación algunos ejemplos que servirán de guía:

- ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud de los adolescentes y jóvenes a los que debe dirigirse el programa? ¿Cuáles son las modalidades que en cada contexto permite brindar un servicio amigable a adolescentes y jóvenes? ¿Está el programa apropiadamente diseñado? ¿Se está implementando el programa adecuadamente?
- ¿Qué hace que una institución garantice servicios oportunos a jóvenes y adolescentes? ¿Qué horarios de atención necesitan los adolescentes y jóvenes? ¿Qué mecanismos



deben utilizarse para mantener la confidencialidad? ¿Qué necesidades de capacitación y entrenamiento tiene el talento humano para brindar servicios amigables? ¿Cómo realizar los procesos de facturación de los servicios sin generar barreras de atención a adolescentes y jóvenes? ¿Cómo señalar los servicios? ¿Cómo identificar e intervenir frente a oportunidades perdidas?

- ¿Cómo garantizar el acceso a adolescentes y jóvenes a una amplia gama de servicios en su lugar de residencia? ¿Cómo desarrollar procesos de asesoría y consejería? ¿Cómo brindar una provisión efectiva de métodos de anticoncepción moderna? ¿Cómo brindar acceso a consultas básicas de odontología, nutrición, psicología? ¿Cómo brindar acceso a material promocional en salud y en salud sexual y reproductiva, y qué medios utilizar? ¿Cómo promocionar los servicios?
- ¿Cómo garantizar, en los momentos de verdad, la participación activa de jóvenes y adolescentes en el proceso de diseño y planeación del programa y en la definición de actividades y procesos de organización de la consulta; en el diseño y decoración del lugar; en el diseño y desarrollo de estrategias de información, comunicación, educación y capacitación y en el diseño de estrategias de participación para el ejercicio real de acciones de control social a la prestación de los servicios?
- ¿Cuáles son las principales estrategias que desde la práctica empírica de cada actor han favorecido el aumento progresivo de adolescentes y jóvenes en el servicio? ¿Y cuáles las que han favorecido la permanencia en el mismo?
- ¿Realmente tiene el programa los resultados deseados?
- ¿Cuál es el costo de las acciones que desarrolla el programa? ¿Son los programas costo-efectivos? ¿Son los programas sostenibles?

El sistema de información disponible en el país ofrece muchas posibilidades de utilización de fuentes comunes de datos. Los diferentes desarrollos normativos ofrecen, además, elementos necesarios para la construcción de indicadores en busca de la calidad en la prestación de los servicios de salud (Resolución 5261 de 1994, Decreto 1011 de 2006).

## 1. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Acorde con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, los procesos de evaluación y seguimiento deben garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan, para lograr el nivel de salud más alto posible. En este caso, el objetivo debe hacer énfasis en la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

La evaluación debe permitir explorar las características y condiciones relacionadas con los servicios, con la implementación del modelo y con la prestación de la atención; describir la ocurrencia de los procesos e identificar las razones relacionadas con la fluctuación de la demanda por parte de adolescentes y jóvenes, y explicar la necesidad efectiva de provisión de servicios, los recursos necesarios en los procesos y el balance de los recursos utilizados.

Para ello se promueve el análisis y la discusión de contexto por cada actor del SGSSS, con el fin de propiciar prácticas rutinarias de autoevaluación, evaluación y seguimiento, en el desarrollo de las acciones relacionadas con la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

## 2. ASPECTOS TÉCNICOS PARA EL DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

### 2.1. ¿QUÉ ES EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO?

La evaluación es un proceso técnico administrativo destinado a soportar la toma de decisiones<sup>46</sup>; es una herramienta para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia. Implica establecer un juicio sobre el valor o mérito de algo, una conclusión valorativa. La evaluación requiere siempre la comparación con algún estándar o punto de referencia que ha sido establecido explícita o implícitamente<sup>47</sup>.

Una práctica frecuente en nuestro país es realizar evaluaciones cuando existen debilidades en los programas o como mecanismo de control y no como el ejercicio consciente y periódico que permite realizar ajustes en los procesos. De esta forma, se ha dado a la evaluación una imagen punitiva y poco favorable.

La evaluación debe ser entendida como una estrategia para decidir cómo enfrentar y solucionar problemas. Debe considerar la identificación del receptor y prioritariamente dirigirse a quien toma decisiones, por ser quien tiene la capacidad de movilizar recursos.

La evaluación es el mecanismo mediante el cual se entregan herramientas al nivel político que justifican la dirección de las decisiones.

<sup>46</sup>Tanaka, Oswaldo Y.; Melo, Cristina. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer. São Paulo : Edusp, 2001

<sup>47</sup>Citado en: Montero, R. Eiliana. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Centro Centroamericano de Población. Revista Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 1, número 2, artículo 6, ene - jun, 2004. Consultado en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf>

## 2.2. ¿QUIÉN LA REALIZA?

La evaluación debe ser realizada por todas las personas que participan en el desarrollo de las acciones de implementación del modelo y debe servir para direccionar o re direccionar las acciones, estrategias, planes, programas, objetivos y metas.

Usualmente se realizan dos tipos de evaluación:

- a) Evaluación interna: como lo propone el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el componente de auditoría de servicios, mediante la operación de los planes de mejoramiento continuo. Los ejecutores son los responsables de llevar a cabo la evaluación los programas. Por esta razón, también recibe el nombre de auto evaluación.
- b) Evaluación externa: es un tercero el que desarrolla la actividad, en este caso un profesional o grupo traído específicamente para ello. Una de las modalidades de evaluación externa exitosas en el país, aunque de utilización limitada en el área de prestación de servicios de salud, es la evaluación por pares y las auditorías realizadas por los aseguradores (incluye las DTS) a los prestadores.

Cada tipo de evaluación tiene ventajas y desventajas. Por ejemplo, en la evaluación interna, el conocimiento real del proceso hace que ésta pueda ser más integral, aunque frecuentemente estará sesgada; en estos casos un evaluador externo puede llegar a ser más objetivo, pero por su desconocimiento puede perder información vital para el proceso.

## 2.3. ¿CUÁL DEBE SER EL REFERENTE TEÓRICO?<sup>47</sup>

Se propone utilizar como referente teórico el concepto sistémico modificado de Donabedian (1980). La propuesta consta de los componentes de estructura, proceso y resultado.

---

<sup>47</sup>Ibid (2)

Los componentes se presentan como interdependientes, abiertos, permeados por el usuario del sistema o programa, quien lo incorpora al proceso<sup>48</sup>.

En una visión sistémica de la evaluación podemos considerar que:

- Los resultados son las características de los usuarios(as) que son modificadas en la interacción con el proceso, en aspectos fisiopatológicos o psicosociales. La resultante esperada de estas modificaciones es el impacto o transformación de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones; esto depende de la cobertura y calidad de las acciones desarrolladas por los servicios.
- El proceso es el conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden en la interacción de la prestación del servicio, de manera alterna o simultánea, con un determinado fin. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice<sup>49</sup>.
- La evaluación de las condiciones y características de la estructura debe cumplir como mínimo con la revisión de los estándares y condiciones de prestación de servicios: esto incluye la infraestructura, el equipamiento, la organización, los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros. Existen listas de chequeo e instrumentos estandarizados para este fin. Es importante recordar que la evaluación de las condiciones de eficiencia no es suficiente como mecanismo de evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

La evaluación debe partir del conocimiento que genera el análisis de la situación que se pretende evaluar; esto implica definir un objeto de la evaluación y, por ende, formular una hipótesis o posible respuesta a encontrar en la evaluación. Hay condiciones en las cuales es posible plantear más de una hipótesis y debe ser expuesta de tal manera que pueda ser medida.

---

<sup>48</sup>Ibid (2)

<sup>49</sup>Consultado en :<http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso>, Diciembre 2008.

Se recomienda iniciar el seguimiento y evaluación con la definición de indicadores de proceso, seguida por la definición de los indicadores de resultado, y finalmente utilizar indicadores de estructura.

## 2.4. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE EVALUACIÓN?

La evaluación suele ser de orden cualitativo o cuantitativo. Es recomendable utilizar, en primera instancia, los datos cuantitativos disponibles, relacionados con actividades de proceso y contenidos en el sistema de información rutinario. Estos deben permitir la construcción de indicadores para el análisis preliminar de la situación. Si se requiere otra información, entonces se procederá a recoger nuevos datos.

Se sugiere comenzar por los datos de las actividades realizadas en el programa. Un ejercicio práctico es tomar los datos de una semana considerada como semana regular (por la oferta constante de servicios y la asistencia constante de clientes que representan la producción regular de acciones en la institución) y de este modo es posible obtener datos que posibiliten construir una línea de base que pueda ser comparada periódicamente, realizando el mismo ejercicio en otro periodo.

### 2.4.1. CUANTITATIVA

Es el tipo de evaluación usual y de más fácil abordaje. Los resultados deben estar en función de una meta previamente definida. Dichas metas deben conciliar el deseo con las necesidades de información, la factibilidad para lograrla, además de algún grado de factibilidad técnica de intervención

### 2.4.2. CUALITATIVA

Permite comprender el significado de sucesos en tanto involucra el contexto social. Por ejemplo, a partir de informantes claves se puede determinar la satisfacción

de los usuarios, pues con su experiencia empírica han acumulado información y ésta puede ser muy útil en la pretensión de lograr un mejoramiento continuo de los servicios. Un informante clave es el que está en capacidad de relatar aspectos relevantes del tipo, condiciones y resultados de la prestación de los servicios, por su cercanía, experiencia e involucramiento en ellos (ejemplo: usuario regular, familiar cercano del usuario o un profesional de la organización). La consideración con los informantes clave es que su conocimiento es verdadero, pero adolece de objetividad.

## 2.5. DISEÑO DE INDICADORES PARA FORTALECER EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Resolución 1446 de 2006 (anexo A-17) define el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores de monitorización. Sin embargo, en este espacio se presentan diferentes elementos que favorecen una mayor comprensión de su dimensión, significado, cálculo, interpretación y utilidad.

### 2.5.1. ¿QUÉ ES UN INDICADOR?

En la concepción más sencilla es “lo que indica algo o lo que sirve para indicar” y se considera como el nombre en genérico que posibilita la medición de un logro o de un esfuerzo<sup>50</sup> contenido en una acción o estrategia, para el cumplimiento de un plan o programa. “Es una declaración medible de los objetivos y actividades del programa (...)”<sup>51</sup>.

Un indicador es una variable, característica o atributo de la estructura, el proceso o el resultado, que es capaz de resumir o representar, de la mejor manera posible el

<sup>50</sup>Adaptado de la conferencia “La evaluación de la calidad en la prestación de los servicios.” Mary Luz Mejía Gómez, 2007

<sup>51</sup>MPS-UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Bogotá Dic. 2007.

significado de lo que se quiere evaluar<sup>52</sup>. En otras palabras, un indicador es capaz de resumir en un solo valor la variabilidad de lo representado.

Los indicadores pueden expresar el atributo de manera absoluta (frecuencia) o relacionarse entre sí o también, los indicadores “resumen” o relacionan varios indicadores (frecuencia relativa); ejemplos de indicadores que se relacionan entre sí son las proporciones y ejemplo de indicadores que se relacionan con otro indicador son las razones. Así, en el contexto del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, el número de adolescentes en consulta por mes es un indicador expresado en frecuencia absoluta; la relación entre el número de adolescentes que consultan respecto de todos los consultantes a la IPS es una proporción, puesto que el numerador, que son los adolescentes, se contiene en el denominador. Cuando el numerador no se contiene en el denominador establecemos razones; un ejemplo es la razón entre el número de adolescentes y el número de jóvenes que asisten a la prestación de los servicios.

### 2.5.2. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE INDICADORES Y SUS ESCALAS DE MEDICIÓN?

Los indicadores, de igual forma que los tipos de evaluación, pueden clasificarse en cualitativos y cuantitativos, a la vez que podemos relacionarlos en este sentido con las escalas de medición. Las variables nominales son cualitativas, las ordinales y las de intervalo pueden ser a la vez cualitativas o cuantitativas y las de razón serán siempre cuantitativas.

### 2.5.3. ¿QUE CARACTERÍSTICAS DEBE TENER UN BUEN INDICADOR?

En general, un buen indicador de seguimiento y evaluación debe ser muy sensible para advertir que se tiene un problema. Preferiblemente debe ser una variable del proceso, que permita razonar, revisar y ajustar según convenga.

---

<sup>52</sup>Ibid (2)



A continuación se listan algunas de las características deseables en un buen indicador:

- **Validez:** la validez de los indicadores significa que éstos deben tener la capacidad de medir realmente el fenómeno que se quiere medir y no otros.
- **Simplicidad:** el indicador debe ser de fácil elaboración.
- **Especificidad:** si un indicador no mide realmente lo que se desea medir, su valor es limitado, pues no permite la verdadera evaluación de la situación, al reflejar características que pertenecen a otro fenómeno.
- **Sensibilidad:** el indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud, aún en áreas con distintas particularidades, independientemente de la magnitud que ellas tengan en la comunidad.
- **Disponibilidad:** los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención, sin restricciones de ningún tipo.
- **Confiabilidad:** los datos utilizados para la construcción del indicador deben ser fidedignos (fuentes de información satisfactorias).
- **Alcance:** el indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible, el indicador debe ser globalizador.

Para seleccionar un indicador se deben considerar requisitos basados en la necesidad de la respuesta. En este sentido, serán tan variables como variables las posibilidades del contexto en su aplicación.

## 2.6. FUENTES PROPUESTAS PARA LA APROPIACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

### 2.6.1. FUENTES

- **DANE**

El Departamento Nacional de Estadísticas Vitales, DANE, provee información censal oficial del país. Ésta es la fuente inicial para conocer el número de adolescentes y jóvenes por grupo simple de edad y sexo de cada vereda, corregimiento, municipio, departamento y de la nación. Se encuentra disponible en todos los departamentos de planeación de cada entidad territorial.

De estas estadísticas se obtendrán gran parte de los denominadores esenciales para la medición de coberturas poblacionales, discriminadas por edad y sexo.

De igual manera, el DANE provee información relacionada con características socio-demográficas (educación, empleo, vivienda) y encuestas de calidad de vida. Estos datos surgen de encuestas de tipo rutinario y están disponibles periódicamente. Otra información disponible es la relacionada con nacimientos de madres adolescentes y la caracterización de la mortalidad por sexo y edad quinquenal.

En términos del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, la información disponible conducirá a definir la población: cuántos son, dónde están y conocer un poco sus características.

- **Registro Individual de Prestadores de Salud -RIPS-**

Permite obtener información relacionada con actividades, procedimientos e intervenciones derivadas de la prestación de servicios de salud. En su estructura se contempla la posibilidad de recolectar datos de identificación del servicio de salud propiamente dicho (relacionado con las

consultas, los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos) y del motivo que originó su prestación. Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta (programada o de urgencia, médica general y/o especializada, odontológica general y/o especializada, y las realizadas por otros profesionales de la salud).

Estos datos se pueden desagregar por entidad administradora del plan de beneficios y régimen de afiliación, por prestador del servicio y por tipo de servicios (promoción, prevención, atención) reportados en una factura de venta.

Con esta información se construyen indicadores relacionados con motivos de consulta de la población de adolescentes y jóvenes, servicios más solicitados y tipo de atención necesaria para ajustar el modelo, para así diseñar nuevas actividades o programas.

- **Registro Único de Afiliados del Sistema de la Protección Social (RUAF)**

Permite caracterizar la población de adolescentes y jóvenes asegurados en las dos modalidades existentes para el país; es decir, para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado, a través de las bases únicas de afiliación (BDUA).

- **Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)**

Corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia.

- **Sistema de Fortalecimiento de la Gestión**

La Resolución 3384 de 2000, establece indicadores de gestión para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las normas técnicas y guías de atención contenidas en la Resolución 412 de 2000. El seguimiento a la norma técnica para la detección precoz de las alteraciones en el

desarrollo del joven de 10 a 29 años incluye dos indicadores específicos: consulta médica y toma de muestra de sangre para medición de hemoglobina en niñas de 10 a 13 años. En la atención de adolescentes y jóvenes también se contemplan otros indicadores de cumplimiento: atención de planificación familiar, detección de alteraciones del embarazo, atención del parto, salud oral, vacunación; todas las actividades incluidas en el portafolio de servicios y que requieren medición.

De igual manera, esta resolución (3384 de 2000) contempla la definición de algunos indicadores que trazan la calidad en la atención en salud, relevantes para la evaluación de las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes, a saber: bajo peso al nacer en niños(as) de madres adolescentes, muertes maternas, muertes por malaria y por dengue.

- **Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)**

Contiene datos e indicadores relacionados con la ocurrencia de eventos de interés en salud pública. Se destacan las enfermedades de alto potencial epidémico, como las enfermedades de transmisión vectorial, tuberculosis, VIH, etc.

## 2.7. INDICADORES DE PROCESOS DE GESTIÓN

Estos indicadores deben ser planteados en la lógica de resultados de la gestión, propendiendo a que, como un valor agregado, aporten a los procesos de acreditación de servicios. Los indicadores de gestión deben responder a preguntas como: ¿existe en la institución un horario diferenciado para atención a adolescentes y jóvenes? ¿Los mecanismos de verificación pueden incluir registros en tiempos reales de la hora de consulta? ¿Existen mensajes que animan o motivan a adolescentes y jóvenes a llevar a sus amigos? ¿Hay atención todos los días sin cita para adolescentes y jóvenes?

### 2.7.1. INDICADORES DE PROCESOS

- Oportunidad en la atención: tiempo transcurrido entre el momento de solicitar una cita a servicios de salud y el momento en el cual es atendido el adolescente o joven.
- Servicios de salud según profesión: medicina general, nutrición, odontología, psicología. La construcción de este indicador se realiza sumando todos los días que transcurren entre el momento de la solicitud y el momento de la consulta de cada joven y adolescente, relacionados en ese lugar y en el tiempo definido (específico a cada servicio), y se divide entre el número de usuarios relacionados en ese lugar y en el tiempo definido. El valor resultante es el promedio en días que un usuario demora entre la necesidad de consulta y la real atención.
- Número de consultas médicas de primera vez y controles realizados a adolescentes y jóvenes en las diferentes modalidades de servicios amigables.
- Número promedio de sesiones de consejería realizadas por año a adolescentes y jóvenes en las diferentes modalidades de servicios amigables.
- Número y proporción de historias clínicas de adolescentes y jóvenes que cuentan con el registro y análisis de los datos antropométricos.

### 2.7.2. INDICADORES DE RESULTADO

Los indicadores de resultados más utilizados tienen relación con diferentes aspectos y pueden agruparse de la siguiente forma:

- Cobertura de acceso al servicio. Permite evaluar la capacidad de respuesta para brindar servicios a la población objetivo de la institución prestadora de servicios de salud, sea de régimen contributivo, subsidiado o sin capacidad de pago no afiliado al sistema. A continuación se mencionan algunos ejemplos:

- Número de adolescentes y jóvenes que consultan servicios de medicina general en un lugar y tiempo específico.
- Número de adolescentes y jóvenes que consultan servicios de odontología en un lugar y tiempo específico.
- Número de adolescentes y jóvenes que consultan servicios de nutrición en un lugar y tiempo específico.
- Número de adolescentes y jóvenes que consultan servicios de psicología en un lugar y tiempo específico.
- Número de adolescentes que regresan a los servicios en busca de otros servicios.
- Provisión efectiva de servicios. Algunos resultados son considerados de vital importancia para el grupo de adolescentes, como la provisión efectiva de métodos de planificación familiar, la provisión de sesiones de consejería y asesoramiento en mecanismos de prevención contra los riesgos asociados al ejercicio reproductivo, como el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer de cuello uterino; por otro lado, la determinación de hemoglobina en las adolescentes, la tamización de la infección por VIH y las tasa de satisfacción de usuarios.

### 2.7.3. INDICADORES DE ESTRUCTURA

Este tipo de indicadores pretende responder a preguntas como: ¿los profesionales del servicio amigable satisfacen la demanda de adolescentes y jóvenes en la institución? ¿Las instituciones de mayor complejidad cuentan con procedimientos sistematizados para los procesos y el análisis de la información?

Los indicadores sugeridos son:

- Número de profesionales de la medicina vinculados a los servicios amigables atendiendo a adolescentes y jóvenes.

- Número de profesionales ofreciendo consejería en la institución.
- Existencia de procesos de capacitación mínimo de 24 horas para todo el personal de prestación de servicios en la institución.
- Existencia de procesos de capacitación mínimo de 4 horas para todo el personal administrativo en la institución.
- Existencia y tipos de procesos de selección del personal con que cuenta la IPS que trabaja en la prestación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes.
- Existencia de instrumentos en la IPS, como cuestionarios o entrevistas prediseñadas, para aplicar a todo el personal que aspira a trabajar en el servicio amigable.

En el Anexo A-18 se presentan las fichas técnicas para la construcción de algunos de los indicadores sugeridos.

## 2.8. PLAN DE ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Todo proceso de implementación del modelo debe contener el tipo de indicadores, su nivel de medición y el tratamiento estadístico que se dará al dato, dependiendo del receptor o destinatario de la información.

El informe debe ser adecuadamente presentado para obtener el fin deseado (siempre en función de movilización de recursos) y para facilitar la difusión de resultados. En primera instancia, los resultados deben ser presentados y analizados por todo el equipo técnico de la institución y posteriormente se discutirán con los demás actores involucrados (otras IPS, EPS, DLS, comunidad). Adicionalmente, estos resultados deberán incluirse en los informes que sean requeridos por las instancias de vigilancia y control de la prestación de servicios de salud a adolescentes y jóvenes; de igual manera deberán presentarse en seminarios, talleres y demás espacios de interés a los que sea convocada la institución.

## 2.9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Su complejidad estará de acuerdo con el tipo de audiencia para quien esté destinado el dato. Para una comunidad pequeña, los resultados deben ser reflejados en números absolutos o en proporciones y razones. Para grandes poblaciones podrán expresarse mediante el uso de constantes, elevadas a una potencia en base diez (1000, 10.000 o 100.000). Si es un dato eminentemente cualitativo, puede ser manejado en frecuencias absolutas.

A un político le interesará conocer resultados de cobertura más que aspectos técnicos relacionados con la operación del programa. A las instituciones que brindan apoyo pueden interesarles más los resultados relacionados con costo - efectividad, etc.; y así para cada actor debe utilizarse un referente específico, según el interés.

A los técnicos del programa les interesa conocer el mayor número de características posibles, dentro de la gama de posibilidades de información contenidas en el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Los informes no deben ser extensos. Para el nivel político deben contener el resumen ejecutivo concreto de los principales resultados obtenidos en la evaluación, con las recomendaciones para la toma de decisiones en este nivel.

### 2.9.1. RUTA SUGERIDA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES

- Resumen ejecutivo
- Introducción
- Metodologías utilizadas en los procesos y análisis de los datos
- Resultados del análisis
- Conclusiones y recomendaciones
- Anexos.



## 2.9.2. ELABORACIÓN DE INFORMES PARA LA PRENSA HABLADA Y ESCRITA

Siempre es útil preparar informes para la prensa, este boletín debe contener:

- Objetivos
- Actividades realizadas
- Descripción de la población (adolescentes y jóvenes)
- Tiempo de funcionamiento del programa
- Fuentes de financiación
- Ejecutores del programa
- Principales resultados del programa

## Para recordar

- La evaluación es una herramienta para la toma de decisiones. En el proceso de hacerla operativa, vale la pena incorporar software o definición de bases de datos relacionales, acceso en línea o vía redes y sistemas de información geográfica.
- La incorporación de nuevas tecnologías ayudará a lograr que la evaluación se vuelva un componente regular de la ejecución de los programas y que más audiencias tengan acceso a información generada con propósitos evaluativos. Especialmente la comunicación en línea permite que todo el proceso de recolección y análisis se pueda realizar de manera ágil y oportuna.
- Es necesario mantener la asesoría y el apoyo técnico permanente al nivel local para facilitar la apropiación de técnicas de abordaje cualitativo para análisis de información en salud.

Continúa...

- Diferentes fuentes brindan información necesaria para la construcción de indicadores que contribuyan al fortalecimiento y evaluación del modelo de SSA para adolescentes y jóvenes. Especialmente deben considerarse el Departamento Nacional de Estadística, DANE; los Registros Individuales de Prestadores de Salud, RIPS; la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS; el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, entre otros.
- El Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, brinda la oportunidad de utilizar sus componentes como indicadores específicos relacionados con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- En el proceso de construir un servicio amigable, el seguimiento y la evaluación representan la oportunidad de tener ventajas como:
  - Comprender qué está haciendo la institución de salud y cómo logra los objetivos
  - Convertir los resultados positivos en un reconocimiento público de adolescentes, jóvenes y comunidad en general que ha trabajado en la implementación de los servicios.
  - Facilitar la toma de decisiones para la inversión óptima de los recursos, demostrando que produce resultados de calidad, e identificando fuentes de apoyo para reproducir estrategias exitosas.
  - Identificar aspectos útiles para abogar por los cambios en las políticas institucionales o en las leyes a favor de la juventud.
  - Aumentar el reconocimiento de los programas juveniles y ayudar a generar percepciones positivas acerca de adolescentes y jóvenes.

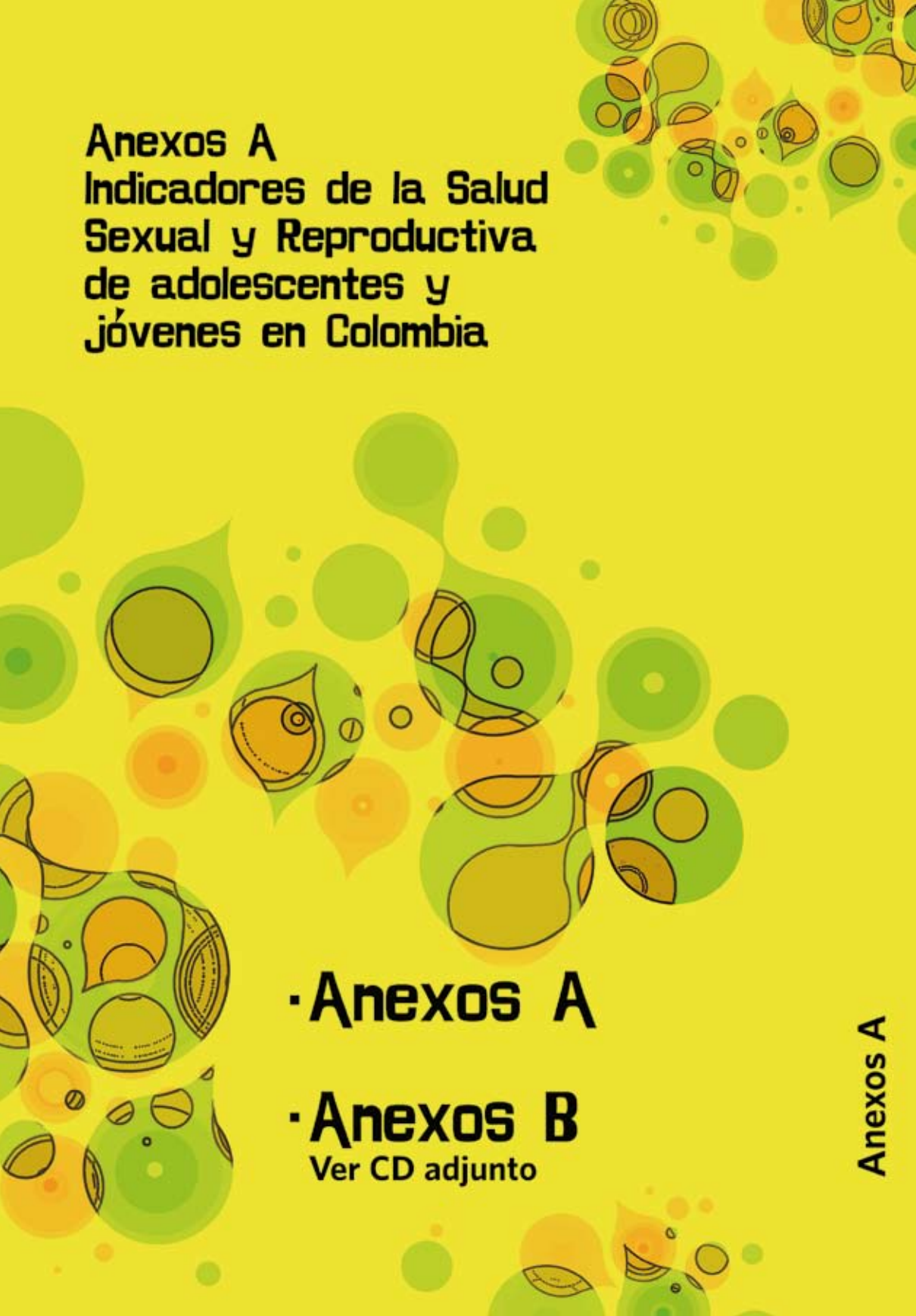
## ANTES DEL CIERRE

“Puedes volver a comenzar en cualquier momento que elijas, porque eso que llamamos fracaso no es caerse, sino quedarse abajo”.  
Mary Pickford

Ciertamente, podemos volver a comenzar en cualquier momento. Luego de realizadas las distintas evaluaciones, conocidos los resultados y planteados los ajustes necesarios, es preciso continuar trabajando con todo el entusiasmo, energía y capacidad, emprendiendo nuevas acciones que el equipo líder considere pertinentes para seguir promoviendo la salud y la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Si todavía no se obtienen los resultados esperados, no hay que claudicar; por el contrario, se requiere tomar nuevamente impulso y continuar. Para quienes obtienen resultados muy satisfactorios, felicitaciones. Ahora surge un nuevo reto, sostenerse como institución modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.





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

**· Anexos A**

**· Anexos B**

Ver CD adjunto

# ANEXO A-1. Indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Colombia

## ANEXO A

### INDICADORES DE LA SALUD SEXUAL

#### Primera relación sexual en mujeres entre 15 y 19 años<sup>53</sup>:

- El 13.7% de las mujeres en Colombia entre 15 y 19 años tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad.
  - El 12.3% de las mujeres colombianas entre 15 y 19 años, residentes en la zona urbana, tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad.
  - El 18.2% de las mujeres entre 15 y 19 años, residentes en la zona rural, tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad.
  - El 56.2% de las mujeres colombianas entre 15 y 19 años nunca han tenido relaciones sexuales.
- Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 a 49 años<sup>54</sup>: 18.3 años
- Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 a 49 años residentes zona urbana: 18.5 años.
- Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 a 49 años residentes zona rural: 17.5 años.

### INDICADORES DE LA SALUD REPRODUCTIVA

#### Uso pasado, alguna vez, de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años<sup>55</sup>:

- |   |       |
|---|-------|
| • Alguna vez han utilizado cualquier método anticonceptivo:       | 38.2% |
| • Alguna vez han utilizado métodos anticonceptivos modernos:      | 34.9% |
| • Alguna vez han utilizado métodos anticonceptivos tradicionales: | 21.7% |
| • Uso de condón masculino:  | 28.0% |
| • Retiro:   | 19.4% |
| • Uso de píldora:   | 11.6% |

Continúa...

<sup>53</sup>PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, ENDS. Bogotá: Profamilia, 2005. p. 147.

<sup>54</sup>Ibíd. p. 148.

<sup>55</sup>Ibíd. p. 113.

## INDICADORES DE LA SALUD REPRODUCTIVA

### Uso de métodos anticonceptivos alguna vez en el pasado en mujeres de 15 a 19 años:

▪ Inyección:	8.4%
▪ Abstinencia periódica:	7.3%
▪ DIU:	3.8%
▪ Anticoncepción de emergencia:	2.4%
▪ Espumas, jaleas:	2.4%

### Uso actual alguna vez de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años<sup>56</sup>:

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

### Porcentaje de adolescentes que no conocen el periodo fértil:

72%

### Tasa de fecundidad en adolescentes<sup>57</sup>: (expresada en número de nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años):

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

## INDICADORES NEGATIVOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

### Porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez embarazadas:

20.5%<sup>58</sup>

Continúa...

<sup>56</sup>Ibíd. p. 116

<sup>57</sup>Ibíd. p.109

<sup>58</sup>Ibíd. p. 108

## INDICADORES NEGATIVOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

### Porcentaje de embarazo en adolescentes (15-19 años) por sitio de residencia<sup>59</sup>:

- Urbano: 18.5%
- Rural: 26.9%

### Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que no conoce las ITS

(Infecciones de Transmisión Sexual)<sup>60</sup>: 21.7%

### Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han oído hablar de VIH/Sida<sup>61</sup>:

97.7%

### Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años con conocimientos de prácticas seguras para evitar el Sida<sup>62</sup>:

- Usar condones: 80.2%
- Evitar sexo con infectados: 13.4%
- No ser promiscuo: 11.2%
- Ser mutuamente fiel: 10.5%
- Abstenerse de sexo: 10.2%
- Exigir transfusión certificada: 9.0%
- Evitar sexo con prostitutas: 1.6%
- Evitar sexo con personas promiscuas: 1.5%
- No tener penetración: 1.1%
- Evitar sexo con drogadictos: 0.9%
- Evitar sexo con homosexuales: 0.7%

### Porcentaje de mujeres en unión entre 15 y 19 años que han hablado del Sida con su esposo o compañero:

48.7%

siendo inferior al 56.5% de mujeres unidas entre 15 y 49 años que han hablado del Sida con su esposo o compañero<sup>63</sup>.

### Porcentaje de violencia intrafamiliar en adolescentes

50%

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

Continúa...

<sup>59</sup>Ibíd. p. 108

<sup>60</sup>Ibíd. p. 302

<sup>61</sup>Ibíd. p. 290

<sup>62</sup>Ibíd. p. 290

<sup>63</sup>Ibíd. p. 293



## INDICADORES DE LA INFLUENCIA SOCIOECONÓMICA EN SALUD REPRODUCTIVA

### Porcentaje de adolescentes embarazadas (15 a 19 años) según nivel educativo<sup>64</sup>:

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

---

### Porcentaje de adolescentes embarazadas (15 a 19 años) según índice de riqueza<sup>65</sup>:

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

---

### Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 a 49 años según nivel educativo<sup>66</sup>:

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

---

### Edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 20 a 49 años según índice de riqueza<sup>67</sup>:

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

---

<sup>64</sup>Ibíd. p. 108

<sup>65</sup>Ibíd. p. 108

<sup>66</sup>Ibíd. p. 148

<sup>67</sup>Ibíd. p.148



### Continúa historia clínica del adolescente

<b>HABITACION</b> SUEÑO NORMAL SI NO	<b>ALIMENTACION</b> ADECUADA SI NO	<b>CONDUCTA</b> POR SER <input type="checkbox"/>	<b>CONDUCTA</b> POR UN CON FAMILIA <input type="checkbox"/>	<b>TRASTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>ESTAD INICIO</b> TRASTO <input type="checkbox"/>	<b>ALCOHOL</b> consumo o uso de medic. por ser <input type="checkbox"/>	<b>CONDUCTA</b> ADICIONAL <input type="checkbox"/>	<b>OTRO TRASTO</b> Fobias y fob. <input type="checkbox"/>	<b>CONDUCTA</b> POR SER Cuid <input type="checkbox"/>	
<b>Observaciones</b>										
<b>PRESENCIA</b> DE LA MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO	<b>FECHA DE LA</b> MENSTRUACION SI NO
<b>Observaciones</b>										
<b>ACTIVIDAD</b> FÍSICA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO	<b>RELACIONES</b> CON LA FAMILIA SI NO
<b>Observaciones</b>										
<b>SITUACION</b> PSICOEMOCIONAL	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>	<b>ANIMACION</b> CORPORAL <input type="checkbox"/>
<b>Observaciones</b>										
<b>EXAMEN</b> FÍSICO	<b>ASPECTO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL	<b>ESTADO</b> GENERAL
<b>Observaciones</b>										
<b>OPINION DIAGNOSTICA INTERNA</b>										
<b>INDICACIONES E INTERCONSULTA</b>										
<b>Reservado</b>										
<b>CLAP-OPINION HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION</b>										
<b>EVOLUCION</b> SI NO	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL
<b>Observaciones</b>										
<b>OPINION DIAGNOSTICA INTERNA</b>										
<b>INDICACIONES E INTERCONSULTA</b>										
<b>Reservado</b>										
<b>EVOLUCION</b>										
<b>EVOLUCION</b> SI NO	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL	<b>ESTAD</b> GENERAL
<b>Observaciones</b>										
<b>OPINION DIAGNOSTICA INTERNA</b>										
<b>INDICACIONES E INTERCONSULTA</b>										
<b>Reservado</b>										

# ANEXO A-3. Modelo de historia clínica de detección temprana de alteraciones del desarrollo de adolescentes y jóvenes

DETECCIÓN TEMPRANA	
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES 10 A 29 AÑOS	
RIPS CONSULTA FINALIDAD N° 05 CAUSA EXTERNA N° 15	
HISTORIA CLÍNICA N°	
ASEGURADORA	CÓDIGO
TER. APELLIDO	JOD. APELLIDO
N° IDENTIFICACIÓN	NOMBRES
TIPO USUARIO	TIPO
RESIDENCIA HABITUAL	EDAD
DEPARTAMENTO	CANA
DIRECCIÓN	BARRIO / VEREDA
OCCUPACIÓN	TELÉFONO
CONSULTA DE 1ERA VEZ POR MEDICO GENERAL	
FECHA CONSULTA	CÓDIGO DE CONSULTA
ADOLESCENCIA TEMPRANA O INICIAL 10 A 15 AÑOS	CÓDIGO DE CONSULTA
ADOLESCENCIA MEDIA 16 A 18 AÑOS	HORA
ADULTO JÓVEN 19 A 29 AÑOS	
MOTIVO DE CONSULTA	
ENFERMEDAD ACTUAL	
ANTECEDENTES PERSONALES	<p> <input type="checkbox"/> PATOLOGÍAS  <input type="checkbox"/> SUPURACIONES  <input type="checkbox"/> FARMACODIAGNÓSTICOS  <input type="checkbox"/> ALÉRGICOS  <input type="checkbox"/> INFECCIONES  <input type="checkbox"/> TRAUMATISMOS  <input type="checkbox"/> OTROS                 </p> <p>                     GINECOLÓGICOS PLASMIFICACIÓN: MENARQUIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CICLOS REGULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FUR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     G <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO P <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO V <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     ESPERMATOGAMIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     ACTIVIDAD SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     NÚMERO COMPARTENAS SEXUALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                      CONDOMINIO U.T.S.: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                      USO PRESERVATIVO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p>
DESARROLLO SEXUAL	<p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     * si la respuesta es afirmativa diligenciar ficha para TBC                 </p>
ANTECEDENTES FAMILIARES	<p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     CUAL: <input type="text"/> </p> <p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p>
ANTECEDENTES ENTORNO FAMILIAR	<p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LOS PADRES                      RESPONSABILIDAD ECONÓMICA                      RELACIONES FAMILIARES                      COMUNICACIÓN CON PADRES Y HERMANOS                      OCUPACIÓN PADRE                      OCUPACIÓN MADRE                      ESCOLARIDAD PADRE                      ESCOLARIDAD MADRE                      FIGURA DE AUTORIDAD                 </p> <p>                     MADRE: <input type="text"/> PADRE: <input type="text"/> </p>
SITUACIÓN PERSONAL	<p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     PROYECTO DE VIDA: <input type="text"/> </p> <p>                     DEPRESIONES: <input type="checkbox"/> FREC. A VECES <input type="checkbox"/> NUNCA                      CONSUMO DE TABACO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No. AL DIA: <input type="text"/> </p> <p>                     CONSUMO ALCOHOL: <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> A VECES <input type="checkbox"/> NUNCA CANTIDAD: <input type="text"/> </p> <p>                     OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> A VECES <input type="checkbox"/> NUNCA                 </p> <p>                     USO ARMAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     ANTECEDENTES ADICIONALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     USO TIEMPO LIBRE (HOBBIES Y DEPORTES): <input type="text"/> </p> <p>                     GRADO ESCOLAR ACTUAL: <input type="text"/> </p> <p>                     DESEMPEÑO ESCOLAR: <input type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO                 </p> <p>                     RENDIMIENTO ESCOLAR: <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> MALA                 </p> <p>                     N° COLEGIOS: <input type="text"/> </p> <p>                     DISCIPLINA ESCOLAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     PERTENECE A GRUPOS ORGANIZADOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 </p> <p>                     CUARENTA: <input type="text"/> </p> <p>                     RELIGIÓN: <input type="text"/> </p> <p>                     HABITOS ALIMENTARIOS: <input type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> MALO                 </p> <p>                     IMAGEN CORPORAL: <input type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> MALO                 </p>

## Continúa modelo historia clínica detección temprana alteraciones

EXAMEN FÍSICO	ASPECTO GENERAL				
	PESO T/A	TALLA FC	ÍNDICE MASA CORPORAL FR	T*	
	CABEZA				
	GRL				
	CUELLO				
	OP				
	ABDOMEN				
	GENITO-URINARIO				
	EXTREMIDADES				
	ESTADO TAMBOR				
	PIEL	MANCHAS HIPOCROMICAS PLACAS ERITEMATOSAS AREAS HIPERANESTESICAS	SI NO SI NO SI NO	* si la respuesta es afirmativa diligenciar HC para LEPRA	
		ULCERA REDONDEADA CON CENTRO GRANULOMATOSO, INDOLETA	SI NO	* si la respuesta es afirmativa diligenciar HC para LEISHMANIOSIS	
	ENSEÑANZA EXAMEN DE SENO	SI NO			
	ENSEÑANZA EXAMEN DE TESTICULO	SI NO			
	DIAGNOSTICO			CODIGO CE	
				CODIGO CE	
				CODIGO CE	
				CODIGO CE	
LABORATORIOS	MUJER DE 16 A 13 AÑOS			SI NO	
	*HEMOGLOBINA	ODD SOAT ODD CUPE	18517 30.2.2.12	RESULTADO	
	*HEMATOCRITO	ODD SOAT ODD CUPE	18505 30.2.2.51	RESULTADO	
	JOVEN HRIA FLIAR HIPERLIPIDEMIAS O IAM			SI NO	
	* COLESTEROL TOTAL	ODD SOAT ODD CUPE	18242 30.1.8.15	RESULTADO	
	ADOLESCENTE SEXUALMENTE ACTIVO			SI NO	
	* VDRL	ODD SOAT ODD CUPE	18500 30.1.9.15	RESULTADO	
	* HIVISA	ODD SOAT ODD CUPE	18575 30.1.1.02	RESULTADO	
	CONSEJERIA PRE-TEST HIV CONSEJERIA POST-TEST HIV			SI NO SI NO	
	* CITOLOGIA CERVICO UTERINA TOMA CITOLOGIA	ODD SOAT ODD CUPE	20001 65401 83.9.2.02	RESULTADO	
PLAN DE INTERVENCIÓN	INFORMACION				
	ORIENTACION				
	PROMOCION AUTOCUIDAD				
	OTRO				
	TRATAMIENTO MEDICO				
	REMITIDO			SI NO	
CAUSA REMISION				ODD CE	
SERVICIO O IPS					
NOMBRE	_____				
FIRMA Y REGISTRO	_____				

## ANEXO A-4. Instrumento de análisis del servicio de salud a partir de los componentes de un servicio amigable para adolescentes y jóvenes

### INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una lista de componentes que sirven para evaluar en qué grado el servicio de salud es amigable. Cada uno de los componentes presenta diferentes criterios y para cada uno de ellos una serie de características que se espera se cumplan. Es importante analizar cada criterio por separado y, una vez terminado este proceso, marcar con una equis (x), por componente, en la casilla de respuesta correspondiente.

- Las opciones de respuesta sugeridas son:
  - **SÍ:** indica que el servicio cumple en su totalidad el criterio.
  - **PARCIALMENTE (P):** indica que el servicio cumple parcialmente con el criterio.
  - **NO:** indica que el servicio no cumple con el criterio.
  - **NO RESPUESTA (NR):** el personal de salud no tiene respuesta para el criterio revisado.
  - **NO APLICA (NA):** indica que el criterio no corresponde ser analizado en el servicio que presta la institución de salud.

## I. IDENTIFICACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

Institución de salud \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Personas que realizan el análisis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### COMPONENTES Y CRITERIOS

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

##### 1.1. Accesibilidad geográfica

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

##### 1.2. Identificación del servicio

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

##### 1.3. Ambiente

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

SI	P	NO	NR	NA

Continúa...



#### 1.4. Horarios adecuados y programación de citas

- Los horarios de atención se adecuan a los momentos en que adolescentes y jóvenes pueden acudir al servicio.
- Se realizan consultas sin previa cita.
- Pueden programarse las citas telefónicamente.
- Hay prestación del servicio a adolescentes y jóvenes, independiente del tipo de afiliación al SGSSS<sup>68</sup>.
- El tiempo de espera para la atención de adolescentes y jóvenes es mínimo.
- Se define un tiempo estándar que facilita la interacción joven/profesional.

#### 1.5 Habilidad de los servicios

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

#### 1.6 Reconocimiento del servicio

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

<sup>68</sup>SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.



## Componente 2. Profesionales y personal de los servicios de salud

### 2.1. Capacitación en servicios amigables

- Los profesionales de la institución conocen y manejan la norma de atención de la Resolución 412 sobre detección de alteraciones de desarrollo del adolescente y el joven.
- El personal de la institución de salud recibe capacitación específica y permanente en atención a adolescentes y jóvenes.
- El personal está preparado para responder a las necesidades específicas de cada adolescente o joven.
- El personal se capacita en temas relacionados con el desarrollo y la psicología de la gente joven.

### 2.2. Actitud hacia el servicio amigable

- A los profesionales que ofrecen el servicio les gusta el trabajo con adolescentes y jóvenes.
- Se considera a adolescentes y jóvenes como personas capaces de tomar sus propias decisiones.
- El personal de la institución de salud reconoce y promueve los derechos de adolescentes y jóvenes.
- El personal de la institución está en capacidad de establecer relaciones cálidas y de confianza con adolescentes y jóvenes usuarios.

### 2.3. Interdisciplinariedad

- Cuenta con un equipo interdisciplinario
- El equipo humano conoce los servicios que se prestan a adolescentes y jóvenes y está en capacidad de orientarlos hacia estos.
- La planeación y la ejecución de acciones se realiza en coordinación con el equipo interdisciplinario.

SI	P	NO	NR	NA

Continúa...

## 2.4. Especificidad

- Hay profesionales de género masculino y femenino.
- Hay al menos una o un profesional reconocida o reconocido por su trabajo con adolescentes y jóvenes.

SI	P	NO	NR	NA

## Componente 3. Procedimientos administrativos y de atención

### 3.1. Políticas institucionales

- Hay una política de atención prioritaria, preferencial o diferencial para adolescentes y jóvenes.
- Se implementa la Norma de detección precoz de alteraciones del adolescente y el joven.
- Existen protocolos para brindar asesorías en salud sexual y reproductiva.
- Se coordina con otros niveles de complejidad, para garantizar atención integral de adolescentes y jóvenes.

### 3.2. Costos del servicio

- Existen mecanismos que permiten que las y los jóvenes reciban atención a bajo costo o gratuita.
- Existe contratación con las EPS o EPS del régimen subsidiado para la prestación de servicios a adolescentes y jóvenes.
- Existe contratación con el municipio para ofrecer servicios a adolescentes y jóvenes.

### 3.3. Procedimientos para la atención

- No se requiere de la atención mediada por un acudiente.
- Los procedimientos para jóvenes mayores de 14 años pueden ser solicitados sin consentimiento de sus padres.

SI	P	NO	NR	NA

Continúa...

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

### 3.4. Registro

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

### 3.5. Seguimiento

- Se programan las citas para el seguimiento en la consulta inicial.
- Se elabora o adopta, para cada adolescente y joven, un plan de intervención propuesto en la Resolución 412 y otras normas relacionadas.
- Se establece la forma en que se puede establecer contacto nuevamente con cada adolescente y joven que asiste al servicio.

SI	P	NO	NR	NA

## Componente 4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios

### 4.1. Oferta de servicios individuales

- Se realiza oferta de los siguientes servicios:

SI	P	NO	NR	NA

Continúa...

SI	P	NO	NR	NA
----	---	----	----	----

- Asesoría sobre salud sexual y reproductiva.
- Consulta del o de la joven sano(a)
- Atención del abuso sexual
- Anticoncepción
- Anticoncepción de emergencia
- Asesoría y prueba de VIH
- Atención integral a jóvenes viviendo con VIH.
- Atención de las infecciones de transmisión sexual.
- Control prenatal y atención del parto
- Citología cérvico-vaginal
- La institución cuenta con insumos como preservativos, anticoncepción de emergencia, tratamientos para ITS, prueba de VIH y medicamentos antirretrovirales, entre otros.

#### 4.2. Oferta de servicios colectivos

- Se realizan acciones educativas de orientación grupal con adolescentes y jóvenes.
- Existen grupos de aprendizaje para el auto cuidado o el cuidado mutuo de la salud.
- Existen estrategias de interacción entre jóvenes, padres y madres u otros adultos.

#### 4.3. Oferta de servicios integrales

- Se mantienen vínculos con otras organizaciones proveedoras de servicios.
- Hay articulación de programas o actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a otros servicios de salud y a otras organizaciones públicas, privadas o comunitarias.

Continúa...

#### 4.4. Organización de servicios de extensión

- Se otorga gran importancia a los servicios extramurales.
- Se desarrollan actividades extramurales para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes.
- Se desarrollan estrategias que permiten identificar a adolescentes y jóvenes que presentan mayor posibilidad de actividad sexual sin protección u otros comportamientos de riesgo.
- Se trabaja con promotores, gestores o educadores en salud.

SI	P	NO	NR	NA

### -Componente 5. Participación juvenil, social y comunitaria

#### 5.1. Participación de la población juvenil

- Adolescentes y jóvenes participan en el mejoramiento del servicio de salud, para hacerlo amigable.
- Se involucra a adolescentes y jóvenes en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación para la mejora del mismo.
- Se cuenta con mecanismos de participación con grupos juveniles y organizaciones no gubernamentales que apoyan el trabajo con jóvenes.

#### 5.2. Participación de la población adulta

- Se involucra a los adultos en la planificación del servicio, la forma en que éste se brinda y la evaluación del mismo.
- Los adultos apoyan a la gente joven en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva.

SI	P	NO	NR	NA

Continúa...

SI	P	NO	NR	NA
----	---	----	----	----

- Se promueve que madres, padres y otros adultos de la comunidad apoyen el uso de métodos de protección.

### 5.3. Integración del servicio a la comunidad

- Existe coordinación con los diferentes actores de la comunidad para la difusión del servicio.
- Se realizan diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de adolescentes y jóvenes, para encontrar soluciones.
- El servicio de salud es considerado por la comunidad como una entidad clave de bienestar.
- Se fortalecen los grupos comunitarios reconocidos en la comunidad para que apoyen el trabajo realizado por los servicios de salud.

### 5.4 Coordinación intersectorial e interinstitucional

- Se realizan acciones de coordinación y apoyo con otras instituciones de salud del mismo o de diferente nivel de complejidad.
- Se establecen acuerdos de apoyo con entidades como secretarías de salud, EPS o EPS de régimen subsidiado, entre otras.
- El servicio se articula con otros sectores de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas y medios de comunicación.
- Se coordina de forma permanente con instituciones educativas, garantizando complementariedad en las acciones.
- Se crean grupos de apoyo interinstitucionales e intersectoriales, incluyendo grupos de apoyo conformados por jóvenes.

--	--	--	--	--

## ANEXO A-5. APGAR familiar

Es un instrumento diseñado y desarrollado por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, para aproximarse de una manera objetiva a la función familiar del paciente<sup>69</sup>.

Ha sido aplicado en varios estudios y contextos socio-culturales, con correlación positiva en estudios clínicos como el de Pian (1983), "de soporte familiar y cumplimiento de la medicación antihipertensiva"; el de Herrera y Cols (1990), "de riesgo biopsicosocial y resultados perinatales", entre otros<sup>70</sup>.

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

Estos enunciados hacen referencia a:

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

---

<sup>69</sup>Mejía D. Salud familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, Fundación W. K. Kellogg. ASCOFAME, Centro de Desarrollo Ocupacional, Sección de Reprografía, Bogotá D.C., Colombia. 1991.  
<sup>70</sup>Liliana Arias, Martha Alarcón, Medicina familiar en la práctica, -Universidad del Valle,- Facultad de Salud, Cali, Colombia, 1997.

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

Cada uno de los enunciados se evalúa en una escala de 5 opciones:

Siempre = 4; Casi siempre = 3; Algunas veces = 2;

Casi nunca = 1; Nunca = 0

El formato lo debe diligenciar directamente el paciente y la interpretación del resultado es:

Buena función familiar: 18 - 20 puntos

Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos

Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos

Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos

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



## APGAR FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

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

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







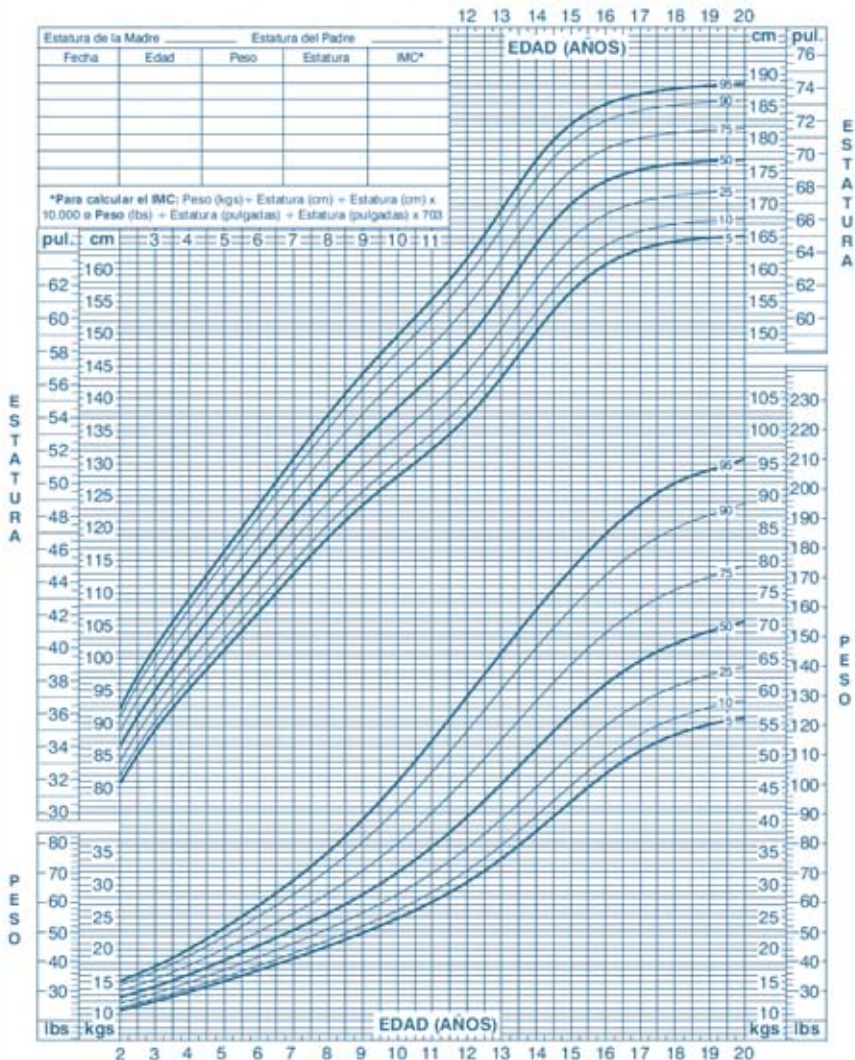
# ANEXO A-8. Estatura y peso por edad. Niños y adolescentes de 2 a 20 años

2 a 20 años: Niños

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre \_\_\_\_\_

# de Archivo \_\_\_\_\_

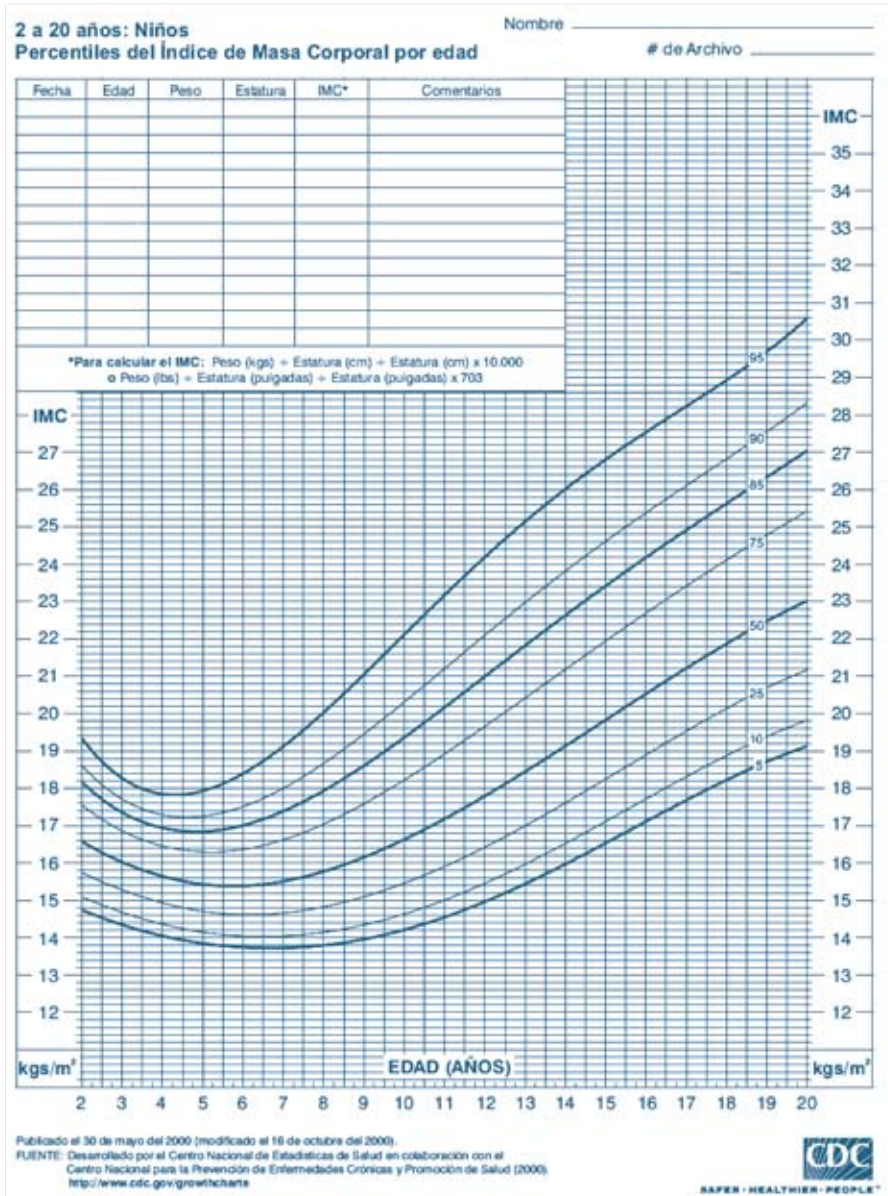


Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).  
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el  
 Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE®

# ANEXO A-9. Índice de masa corporal. Niños y adolescentes de 2 a 20 años



## ANEXO A-10. ESTADIOS DE TANNER.

### Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios

#### DESARROLLO MAMARIO NIÑAS

##### Estadio 1 (S1)

Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobrelevado.



##### Estadio 2 (S2)

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



##### Estadio 3 (S3)

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



##### Estadio 4 (S4)

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



##### Estadio 5 (S5)

Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón.



(Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4).

## DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO NIÑAS

### Estadio 1 (P1)

Ligera vellosidad infantil.



### Estadio 2 (P2)

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



### Estadio 3 (P3)

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



### Estadio 4 (P4)

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



### Estadio 5 (P5)

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende por fuera del triángulo pubiano Estadio 6.



## DESARROLLO GENITAL NIÑOS

## DESARROLLO DE VELLO PUBIANO NIÑOS



**Estadio 1 (P1):** Ligera vellosoidad infantil.  
**Estadio 2 (G2):** Agrandamiento de escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante.  
**Estadio 2 (P2):** Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la figura).



**Estadio 3 (G3):** Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal.  
**Estadio 3 (P3):** Vello rizado, escasamente desarrollado pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene.



**Estadio 4 (G4):** Aumento de tamaño de pene con crecimiento de diámetro y desarrollo del glande. Continuación de agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.  
**Estadio 4 (P4):** Vello pubiano de tipo adulto, pero solo con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos.)



**Estadio 5 (G5):** Genitales de tipo y tamaño adulto.  
**Estadio 5 (P5):** Desarrollo de la vellosoidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba (Estadio 6).





## ANEXO A-11. Encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes

### Recolección de información a través de encuestas Ejemplo de una encuesta auto administrada para adolescentes y jóvenes<sup>71</sup>

#### HÁBLANOS DE TI...

1. a.  Soy hombre  
b.  Soy mujer

---

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

---

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

#### HÁBLANOS DE LA ACCESIBILIDAD...

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

Continúa...

<sup>71</sup>Tomada con adaptaciones del Programa Focus and Young.

### HÁBLANOS DEL PERSONAL...

	Sí	No	No sé	
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal es amistoso
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal es receptivo (no te juzga)
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal puede responder satisfactoriamente a todas tus preguntas.
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal comprende las preocupaciones de las y los jóvenes sobre la sexualidad y las relaciones sexuales.
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal utiliza un lenguaje que puedes entender.
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El personal tiene tiempo para escuchar tus problemas en tus propias palabras.
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedes elegir entre que te atienda personal masculino o femenino.

### HÁBLANOS DE LA ATENCIÓN...

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

Continúa...

## HÁBLANOS DE LAS OPCIONES...

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

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

## HÁBLANOS DE TU PARTICIPACIÓN...

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

## RESPONDE ESTAS PREGUNTAS

30. ¿Cómo te enteraste de estos servicios?

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

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

¡MUCHAS GRACIAS!

## **ANEXO A-12. Concepto de la asesoría (consejería)**

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

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

### **Pautas claves para el desarrollo de asesorías**

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

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

## a. Construcción de una buena relación de comunicación

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

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

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

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

Aspectos como edad, cultura, estado civil, etnia, raza, religión, orientación sexual, sexo y ocupación, son factores que influyen en las conductas y prácticas de las personas. Comprender cómo estos aspectos afectan la vida de adolescentes y jóvenes ayudará a los profesionales a prestar un asesoramiento personalizado y a desarrollar estrategias más efectivas para la prevención de factores

de riesgo. Por eso se propone que, como asesor, cada profesional debería:<sup>72</sup>

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

### c. Reconocer sentimientos y emociones

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

En toda asesoría se debe trabajar con base en los sentimientos de adolescentes y jóvenes, no contra ellos. Entender las propias reacciones en las diversas situaciones y hechos es una condición indispensable para

<sup>72</sup>FISCHER, S. y COLS, Asesoramiento y Pruebas Voluntarias del VIH para Jóvenes. Manual para Prestadores de Servicios. Family Health Internacional. USA, 2006. [www.fhi.org/youthnet](http://www.fhi.org/youthnet)

el desarrollo de los proyectos de vida individuales; por tal razón, adolescentes y jóvenes deben ser apoyados(as) para que reconozcan y comprendan sus emociones.

#### d. Brindar información exacta

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

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

- Identidad, liderazgo, proyecto de vida
- Toma de decisiones
- Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos
- El VIH/Sida y otras ITS
- La anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva
- Las aptitudes para la vida, tales como pensamiento crítico y la capacidad de tener una actitud firme, enérgica y segura.
- El acceso a la información exacta les facilita a adolescentes y jóvenes el análisis de las ventajas y desventajas de cada decisión posible y logra ampliar las opciones de elección.

#### e. Tener en cuenta las poblaciones especiales

Las asesorías en salud sexual y reproductiva a ciertas poblaciones de jóvenes pueden representar un desafío

particular, en tanto pueden requerir un cuidado especial o un énfasis diferente en el asesoramiento. Algunas de esas poblaciones son:

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



- **Víctimas de violación:** que solicitan asesoría y prueba de detección para VIH y a las cuales el profesional de salud debe abordar de forma especial, con el fin de establecer las causas, tipo, persona, situación, etc., que ocasionó el abuso, y así orientar la asesoría y acompañamiento a la persona.
- f. **Evaluar riesgos que ameriten remisión de adolescentes y jóvenes a servicios especializados**
  - El asesor debe determinar si las respuestas de adolescentes y jóvenes ameritan remisión a servicios especiales (psicología, psiquiatría, trabajo social, entre otros) o servicios que permitan reducir el riesgo de poner en peligro su integridad física o la de terceros.
  - En este componente se propone cómo realizar la asesoría de algunos de los servicios que incluye el área de la salud sexual y reproductiva<sup>73</sup>. El objetivo de la asesoría es facilitar respuestas a las diversas situaciones a las que se ven expuestos(as) adolescentes y jóvenes, destacando las ventajas y desventajas de cada una. El personal de salud debe ofrecer información y orientación, pero al final es el usuario o usuaria quien debe hacer una elección libre e informada.
  - Las herramientas que se ofrecen a continuación están orientadas a las asesorías en los siguientes campos y situaciones:
    - a. Consulta de adolescente y joven sano
    - b. Asesoría en salud sexual y reproductiva
    - c. Asesoría ante sospecha de embarazo
    - d. Asesoría sobre anticoncepción
    - e. Asesoría sobre ITS y VIH/Sida
    - f. Asesorías pre y post pruebas para detectar el VIH.
    - g. Asesorías sobre maltrato y abuso, incluyendo abuso sexual.

---

<sup>73</sup>Esta información fue tomada con adaptaciones de la "Guía para la ejecución de servicios amigables" promovida por la institución Margareth Sanger.

### a. Consulta de adolescente y joven sano

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

### b. Asesoría en salud sexual y reproductiva

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

## ¿Qué considerar?

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

## ¿Qué indagar?

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

## ¿Qué asesorar?

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

### c. Asesoría ante sospecha de embarazo

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

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

¿Qué considerar?	¿Qué indagar?	¿Qué asesorar?
<ul style="list-style-type: none"><li>Se recomienda realizar, previa a la consulta, la solicitud de la prueba de embarazo.</li><li>Está dirigida a que la adolescente o joven tome decisiones sobre su sexualidad, su probable embarazo y su cuidado.</li><li>Trabajar estereotipos de género masculino y femenino y relaciones de equidad entre varones y mujeres.</li><li>Seleccionar el método anticonceptivo más apropiado para la joven y su pareja, en caso que el diagnóstico sea negativo.</li><li>Explicar claramente las normas de confidencialidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Uso de métodos anticonceptivos.</li><li>Antecedentes de abuso sexual y/o violencia.</li><li>Conocimiento respecto a como prevenir un embarazo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Consecuencias de un embarazo en adolescentes: biológicas, psicológicas, socioeconómicas.</li><li>Elegir la persona en quien se confiará el diagnóstico de embarazo en caso de ser positivo, la modalidad y el momento en que se le informará.</li><li>Si no puede comunicarlo sola, ofrecer la asesoría como espacio para el diálogo con los padres, madres, tutores en una entrevista conjunta.</li><li>Riesgos de las diferentes alternativas ante un probable embarazo.</li><li>Riesgos asociados a la práctica del aborto en condiciones clandestinas.</li><li>Prevención de depresión y suicidio.</li><li>Contenidos de género relativos a la maternidad/paternidad.</li><li>Anticoncepción en caso de prueba negativa de embarazo.</li></ul>

#### d. Asesoría sobre anticoncepción

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

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

Para recordar información sobre las clases de anticonceptivos, las formas de uso por parte de adolescentes y jóvenes y los criterios a tener en cuenta en el momento de su elección, el equipo de profesionales puede consultar el contenido del anexo A-4.

Durante la asesoría sobre anticoncepción, el personal de salud puede tener en cuenta las siguientes sugerencias:

## ¿Qué considerar?

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

## ¿Qué indagar?

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

## ¿Qué asesorar?

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

## e. Asesoría sobre ITS y VIH/Sida

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

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

¿Qué considerar?	¿Qué indagar?	¿Qué asesorar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hablar en términos simples y precisos.</li> <li>▪ Partir de conocimientos previos como por ejemplo: ¿sabes qué es una infección de transmisión sexual? ¿Cuáles conoces?</li> <li>▪ Dialogar sobre los estereotipos de género que hacen que varones y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimiento sobre las ITS, incluyendo VIH/Sida.</li> <li>▪ Identificación de medidas para prevenir las ITS/VIH/Sida.</li> <li>▪ Percepción de riesgo.</li> <li>▪ Negociación con la pareja respecto al uso del condón.</li> <li>▪ Uso de condón.</li> <li>▪ En un joven con ITS constatar que entiende cómo se contagió, por qué la importancia del tratamiento de su pareja y las explicaciones del tratamiento indicado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B, gonorrea, sífilis, herpes genital, chancro blando, linfogranuloma venéreo y sus respectivos signos y síntomas.</li> <li>▪ Describir las formas de prevenir las ITS, incluyendo el VIH/Sida: abstinencia, uso correcto y sistemático de condones y relaciones de pareja basadas en la fidelidad mutua.</li> <li>▪ Enfatizar que las personas que padecen una ITS tienen mayor riesgo de contraer el VIH.</li> <li>▪ La protección es fundamental, sólo se logra con preservativo masculino/ condón o abstinencia sexual.</li> </ul>

Continúa...

¿Qué considerar?	¿Qué indagar?	¿Qué asesorar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diferencias de poder para tomar decisiones, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación entre cada método anticonceptivo y prevención de infecciones de transmisión sexual.</li> <li>Formas de negociación con la pareja para el uso del condón.</li> <li>Importancia del cambio de comportamientos sexuales de riesgo.</li> <li>Promoción del auto cuidado/ cuidado mutuo de salud.</li> <li>Promoción de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, etc.</li> <li>Identificar recursos o lugares para el tratamiento de las ITS/ VIH/Sida.</li> </ul>

## F. Asesoría pre y post pruebas para detectar el VIH

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

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



## ¿Qué considerar?

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

## ¿Qué indagar?

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

## ¿Qué asesorar?

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

## Después de la prueba

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

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

### Si la prueba resulta negativa:

- Informar que una prueba negativa puede significar que no está infectado.
- Informar que podría ser que esté infectado, pero aún es muy temprano para poder detectar los anticuerpos en la sangre.
- Dependiendo de la situación del adolescente o joven respecto a la exposición al VIH es recomendable hacer nueva prueba.
- Enfatizar en las medidas de prevención y el cambio de comportamientos de riesgo.

### Si la prueba resulta positiva:

- Informar sobre cómo mantener la salud (tratamientos, alimentación, actividad física, salud mental, otros)
- Cómo evitar la transmisión del VIH a otras personas.
- Necesidad de usar condones para evitar reinfecciones, que aumentan la progresión del VIH/Sida.
- Referencia a otras instituciones y organizaciones que trabajen con personas viviendo con el VIH.
- Derechos de las personas viviendo con el VIH/Sida.
- Elaboración de plan de lo que hará, a partir del resultado positivo.

## g. Asesoría sobre maltrato y abuso, incluyendo abuso sexual

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

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

¿Qué considerar?	¿Qué indagar?	¿Qué asesorar?
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Es fundamental establecer un ambiente de confianza donde prevalezca el respeto y la privacidad, que son elementos que posiblemente no existan en la vida de las personas víctimas de violencia.</li><li>▪ Adolescentes y jóvenes requieren información básica sobre las diferentes formas de maltrato y abuso; pues pueden haber situaciones que por motivos culturales sean consideradas “normales” en ciertas comunidades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Situación de maltrato físico y/o abuso sexual.</li><li>▪ Identificación del agresor.</li><li>▪ Desde hace cuánto tiempo ocurre la situación de abuso.</li><li>▪ Sentimientos de temor.</li><li>▪ Identificación de figuras de apoyo en su red familiar o social.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Formas de maltrato y abuso, incluyendo el abuso sexual.</li><li>▪ Medidas para evitar y/o enfrentar el maltrato y/o abuso sexual.</li><li>▪ Orientaciones sobre mecanismos legales de protección, acceso a protección y apoyo.</li></ul>

Continúa...

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

## ANEXO A-13. Métodos anticonceptivos y su uso en adolescentes y jóvenes

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

Continúa...

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

Continúa...

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

Continúa...

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

## **ANEXO A-14. Prevención en salud mental en adolescentes y jóvenes<sup>74</sup>**

La Ley 1122 de 2007 en su artículo 33 define los contenidos del Plan Nacional de Salud Pública, dentro de los cuales se rescatan la prevención de las patologías más prevalentes en salud mental, la promoción de las acciones para mitigar el daño, así como su tratamiento. En este marco se priorizan la prevención de las violencias, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

El Plan Nacional de Salud Pública desarrolla los contenidos de la Ley 1122 de 2007, y aclara que entre las prioridades nacionales en salud se encuentra la salud mental y las lesiones violentas evitables.

Entre los objetivos de las prioridades nacionales en salud para el periodo de 2007 a 2010 el Plan incluye como objetivo “mejorar la salud mental”.

Entre las estrategias más importantes para mejorar la salud mental en la línea de política de promoción de la salud y la calidad de vida, se encuentran, entre otras, la conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas; la promoción del desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.

También contempla el desarrollo de estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada y promover capacidades en empresas y centros educativos, para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.

Las estrategias en las líneas de política de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

<sup>74</sup>Elaborado por José A. Posada Villa, M.D. Psiquiatra, asesor en Salud Mental, MPS.

plantean la incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes, tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI; familias en acción; comedores comunitarios; programas de crecimiento y desarrollo; escuelas de familia y escuelas saludables; programas para desplazados; plantean además la conformación de redes comunitarias en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el diseño e implementación de un modelo de atención primaria en salud mental.

El anterior marco normativo nos van a permitir dar respuesta a la prevalencia de los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40.1% de la población colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16,0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo los más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas más prevalentes en los hombres.

En cuanto al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, este mismo estudio muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias psicoactivas en mayores de 18 años es del 10,6%, siendo el abuso de alcohol el principal problema, con una prevalencia de vida de 6,7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. Por otra parte, una de cada 100 personas abusa de sustancias ilegales y una de cada 200 tiene dependencia de éstas; siendo las drogas de mayor prevalencia de vida la marihuana en un 11,1%, seguida de la cocaína en 3,7% y los tranquilizantes en 2,6%.

De particular interés resulta el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes escolarizados entre los 12 y 17 años de edad. Los estudios en este subgrupo de población muestran altas prevalencias de vida de consumo de cigarrillo (51,4 hombres y 41,8 mujeres) y alcohol (77,9 en hombres y 72,5 en mujeres), con un promedio de edad



de inicio para estas dos sustancias de 12,7 años. Del mismo modo se evidencia un alto consumo de tranquilizantes y solventes, entre las sustancias psicoactivas lícitas que se usan indebidamente, así como alta prevalencia de consumo de marihuana como sustancia predominante entre las sustancias psicoactivas ilícitas.

## PREVENCIÓN DEL SUICIDIO RECOMENDACIONES

1. El suicidio se asocia, en la mayoría de los casos, con la enfermedad mental. La clave de la prevención puede estar en la identificación, la evaluación y el tratamiento del trastorno mental.

La depresión es el trastorno mental con mayor riesgo de suicidio. El sentimiento de desesperanza es incluso más importante que la depresión en sí. Por ello, siempre es conveniente valorar los sentimientos de desesperanza.

2. Muchas de las personas que han llevado a cabo una tentativa suicida o han consumado el suicidio habrán estado previamente en contacto con su médico, quien puede tener un papel clave en la prevención del suicidio.
3. La principal medida preventiva en atención primaria parece ser la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica.
4. Es importante realizar entrevistas tranquilas y abiertas, procurando establecer una relación empática con el o la joven. Si se sospecha potencial suicida, no dejar de aclarar el tema. Por ejemplo: ¿ha llegado a encontrarse tan mal que pensó que no vale la pena seguir?, ¿que no merece la pena vivir?

5. No se deben despreciar ni minimizar las amenazas suicidas. Tampoco hay que confiarse en las súbitas e inesperadas mejorías. Una mejoría inexplicable puede estar producida por el alivio que siente la joven o el joven al haber determinado la realización del suicidio.
6. Interrogar al o la joven que admite ideación suicida sobre la intención y planificación (modo, medios). En caso de detectarse una idea de suicidio seria y suficientemente elaborada, debería remitirse a los servicios de salud mental para su tratamiento y eventual hospitalización.
7. Se recomienda informar a los familiares de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de vigilancia.

### FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

- Enfermedad mental
  - Depresión
  - Abuso de alcohol y otras drogas
  - Esquizofrenia
  - Trastornos del control de impulsos
  - Trastorno de angustia y crisis de pánico
- Otras circunstancias que influyen
  - Enfermedad somática crónica
  - Vivir solo
  - Falta de apoyo social
  - Antecedentes personales de intentos de suicidio
  - Antecedentes familiares de suicidio

### DIFICULTAD ESCOLAR

### RECOMENDACIONES

1. Conceder importancia psicosocial a las dificultades escolares y, mayor aún, al fracaso escolar, los cuales

constituyen un factor de riesgo y una señal de alarma, respectivamente, para la salud mental y la integración laboral y social.

2. Evaluación periódica del desarrollo psicomotor y psicosocial, con apreciación de los aprendizajes (psicomotor, lenguaje, sociabilidad) dentro de los controles habituales del programa.
3. Los trastornos específicos del aprendizaje, una vez detectados, si son leves pueden abordarse mediante la utilización de "métodos no profesionales" y de la red social, recomendando en primer lugar a la familia la estimulación de las funciones menos desarrolladas, si se trata de aspectos instrumentales. Si el profesional no se halla suficientemente capacitado en estas áreas del desarrollo, es más adecuado realizar la inter-consulta con el equipo psicopedagógico o de salud mental del adolescente.
4. Si los trastornos específicos del aprendizaje detectados son graves (o leves pero no están resueltos en los límites temporales acordados) se debería realizar la inter-consulta y/o consulta conjunta con el equipo psicopedagógico. Si coexisten trastornos psicopatológicos del niño o de su familia o bien señales de alerta, debería asegurarse el necesario concurso de un equipo de salud mental en adolescentes.
5. Señalar la existencia de dificultad o fracaso escolar de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.

## CAUSAS GENERALES DE DIFICULTAD ESCOLAR

- Factores psicológicos inespecíficos:
  - Trastorno por déficit de atención
  - Depresión infantil
  - Trastornos de la vinculación en la infancia

- Trastornos por ansiedad de separación
  - En general, los trastornos de ansiedad
  - Otros cuadros psicopatológicos (en general, todos los graves tienden a afectar los aprendizajes escolares).
- Factores específicos:
    - Dislexia.
    - Disortografía.
    - Discalculia.
    - Disgrafía.
- Factores biológicos:
    - Alteraciones cognitivas de base neurológica, metabólica, endocrina, etc.
    - Alteraciones sensoriales
    - Alteraciones psicomotoras tempranas
- Factores sociales y psicosociales:
    - Disfunciones familiares
    - Disfunciones de redes sociales
    - Disfunciones de la institución escolar

Áreas que los profesionales de atención primaria deben valorar ante jóvenes con dificultades escolares:

Verificar la dificultad:

1. Análisis del último informe escolar escrito.
2. Descartar problemas de método o entorno educativo:
  - Valorar el método familiar de motivación y apoyo al estudio
  - Valorar el horario y entorno de estudio
  - Valorar horario y entorno de actividades de ocio
  - Valorar horario y entorno de descanso-sueño

### 3. Análisis psicomotor, sensorial y capacidad mental:

- Valorar visión y audición
- Exploración neurológica
- Valorar enfermedades crónicas
- Valorar estabilidad/satisfacción del grupo familiar.
- Valoración familiar de la comprensión de la joven o el joven.
- Valoración de las relaciones con otros jóvenes y adultos.
- Valoración de las relaciones con sus padres
- Observación de la comprensión y conducta del joven en la visita.
- Valoración de los juegos del joven
- Exploración de la lateralidad (ojo-mano-pie)
- Exploración de la lectura
- Exploración de la escritura
- Valoración de la afectividad (test de dibujo de la familia).

Prevención en salud mental, valorando factores de riesgo y señales de alerta:

#### 1. Trastornos graves de la comunicación/relación:

- Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla
- No responde a estímulos sociales
- Es difícil de calmar, baja tolerancia a frustración
- Patrón peculiar del habla: ecolalia, verborrea, etc.
- Evidencia de malos tratos

#### 2. Retraso en el desarrollo psicomotor, del habla o del lenguaje:

- Movimientos estereotipados y repetitivos
- Conductas distorsionadas: auto mutilación, auto agresiones o hetero agresiones, etc.
- Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivo, receptivo o mixto).

## DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) constituyen en la actualidad un importante problema de salud pública.

Las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y además la categoría “trastorno de la conducta alimentaria no especificado”, que engloba la mayoría de los trastornos.

### RECOMENDACIONES:

1. Transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable, realizar al menos alguna comida en casa con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen.
2. Identificar a las y los jóvenes con factores de riesgo y a aquellos con síntomas o signos de alarma para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz.
3. Entrevistar a la muchacha o al muchacho solo, en un clima de confianza y respeto, aprovechando cualquier oportunidad. Preguntas útiles: ¿te parece que tu peso es adecuado?, ¿comes todo tipo de alimentos?, ¿haces mucho ejercicio?, ¿te gusta como eres físicamente?, ¿cuándo tuviste la última regla?, ¿cómo van las cosas en casa?, ¿cómo estás de ánimo?
4. Realizar un examen físico (índice de masa corporal, inspección y exploración por sistemas) y solicitud de pruebas complementarias (cuadro hemático, glicemia, hormonas tiroideas) para hacer un diagnóstico

diferencial y descartar otras causas orgánicas de desnutrición (neoplasias, diabetes, hipertiroidismo) o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis, abuso de drogas).

5. Contactar a un especialista en salud mental y remitir al equipo de salud mental cuando se detecta un TCA bien definido. También será preciso realizar una referencia urgente a un centro hospitalario si hay criterios de gravedad: falla en el tratamiento ambulatorio, peso extremadamente bajo, complicaciones orgánicas, necesidad de aislamiento por grandes disfunciones familiares, necesidad de medios asistenciales para garantizar el cumplimiento terapéutico o co-morbilidad psiquiátrica con ideas de suicidio o síntomas psicóticos.
6. Mantener una buena relación con la familia y el paciente y una estrecha colaboración con el equipo de salud mental en el seguimiento. Estar alerta para detectar precozmente las posibles recaídas.

## FACTORES DE RIESGO

- Preadolescentes y adolescentes
- Sexo femenino
- Antecedentes familiares de obesidad y de TCA
- Práctica de determinados deportes o actividades (ballet, atletismo, modelos, bailarinas, gimnastas, etc.)
- Homosexualidad en varones
- Dependencia excesiva, inmadurez y aislamiento
- Problemas médicos crónicos que afecten la autoimagen (diabetes, obesidad, etc.)
- Conflictos familiares (familias desorganizadas, poco cohesionadas, con baja tolerancia hacia el sufrimiento familiar, críticas, etc.)
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años

## SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

### 1. Anorexia

- Adelgazamiento
- Amenorrea
- Lanugo
- Solicitud de diuréticos o laxantes
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Actividades para adelgazar
- Vómitos y signos indirectos (erosión del esmalte dental, etc.)

### 2. Bulimia

- Intentos fallidos de pérdida de peso
- Historia familiar de depresión
- Vómitos y signos indirectos (erosión del esmalte dental, etc.)
- Hipertrofia parotídea
- Reflujo gastroesofágico
- Ejercicio obsesivo y excesivo
- Disforia

## PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA\*

### 1. Prevención del embarazo en la adolescencia

- Antes del embarazo:
  - Orientaciones sobre planificación familiar en todos los adolescentes.
  - Manejo con enfoque diferencial a negros, indígenas, rom y raizales.



## 2. En caso de embarazo en una adolescente:

- Considerarlo embarazo de alto riesgo biológico, psicológico y social.
- Recomendar especialmente los programas de ayuda al embarazo y post parto.
- Entrevista familiar con el fin de explorar la situación y asegurar el apoyo familiar y social.
- Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.
- Revisar y aplicar recomendaciones preventivas para hijos de familias monoparentales.
- Especial atención en las visitas del “niño sano” a las relaciones padres-hijo.

## 3. Colaborar en la “maternización” de la futura madre

- Explorar la aceptación de su embarazo y ayudar a explorar los deseos/temores de interrupción voluntaria del embarazo.
- Favorecer el apoyo familiar en la entrevista familiar.
- Favorecer el apoyo social: si hay carencias importantes, poner a la familia en relación con el ICBF a través de trabajo social.
- Colaborar, si hay entrega del bebé para adopción, en que se defina claramente tanto desde el punto de vista afectivo como legal.
- Ayudar a la definición de la díada: apoyar que, si la madre no se hace cargo del bebé, pero éste queda en la familia, que haya una figura de vinculación para el niño con la suficiente estabilidad y afectivamente cercana.
- Salvo en este caso, en las entrevistas clínicas, el equipo de atención primaria debería dirigirse sobre todo a la madre.
- Si el apoyo a la madre no es suficiente, o suficientemente claro, ponerla en contacto con las organizaciones que trabajan en este ámbito.

4. Constitución de una triangulación adecuada
  - Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.
  - Recomendar la relación cotidiana o casi cotidiana con individuos del sexo diferente del cuidador, si éste lo hace en solitario.
  - Atender al resto de recomendaciones para hijos de familias monoparentales (ver adelante)
5. Asegurar el apoyo familiar y social
  - Entrevistas familiares periódicas (al principio cada pocos meses) para explorarlo y facilitarlo.
  - Revisión en estas entrevistas de la situación no sólo familiar, sino también social.
  - Si fuera necesario, poner a la familia en contacto con el trabajador social de la IPS y/o del ICBF.
6. Atención al bebé y al niño como individuos de riesgo biopsicosocial
  - Especial atención al programa del niño sano realizado con los criterios de hijos de familias monoparentales.
  - Revisiones mensuales hasta los 2 años; cada 6 meses hasta los 6 años y después anualmente hasta la adolescencia.
  - Especial atención durante esas visitas al tema “salud mental” de dicho programa.
  - Especial atención al estado afectivo y las relaciones de la madre.
  - Especial atención a las relaciones padres-hijo a lo largo de toda la infancia y adolescencia del niño.

#### RECOMENDACIONES:

- Incluir la realización de un genograma como instrumento de exploración que evalúa la estructura familiar y permite detectar las situaciones de monoparentalidad.

- Detectar la presencia de factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología.
- El médico y los demás profesionales del equipo de atención deben mantener una postura de escucha y comprensión que permita percibir la vivencia y el sufrimiento del niño.
- Especial atención merece el seguimiento del embarazo de la adolescente, que puede terminar en una familia monoparental (aplicar las recomendaciones para la prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia).
- Señalar la situación de monoparentalidad de forma clara en la historia clínica del niño y el progenitor.

#### Factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología en situaciones de monoparentalidad

- Disputas judiciales continuas e intensas por la custodia de los hijos tras la separación.
- Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño o niña.
- Aislamiento y pérdida de apoyos sociales de los 2 progenitores.
- Dificultades de elaboración del duelo de un progenitor fallecido por parte del que sigue vivo.
- Mantenimiento de la ocultación o el secreto en relación con la muerte del padre o circunstancias de ésta por parte del resto de la familia.
- Madre soltera adolescente con escasos apoyo de su familia o importantes conflictos con ésta.
- Situaciones socioeconómicas muy desfavorables.
- Bajo nivel de bienestar psicológico en la madre.
- Dinámica familiar conflictiva.
- Presencia de hijos pequeños.
- Abuso de drogas en el progenitor conviviente o ausente.

---

\*Adaptado de: Fernández Alonso, M., et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Aten. Primaria. 2007; 39 (Supl 3): 88-108.

## ANEXO A-15. Asesoría sobre consumo de psicoactivos

¿Qué considerar?	¿Qué indagar?	¿Qué asesorar?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer un ambiente de confianza, respeto y privacidad.</li> <li>Actitud de escucha.</li> <li>Aclarar que algunas sustancias de consumo frecuente, como el cigarrillo y el alcohol, no están exentas de riesgos para la salud y el bienestar de la persona.</li> <li>Tener en cuenta las actitudes de resistencia que pueden llegar a presentarse.</li> <li>Elaboración del familiograma.</li> <li>Posponer asesoría si la persona está bajo los efectos de alguna sustancia.</li> <li>Tener claro los conceptos de abuso de drogas, adicción, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sustancias que consume.</li> <li>Desde hace cuánto tiempo consume y la edad de inicio.</li> <li>Qué situación(es) llevaron a probar la(s) sustancia(s).</li> <li>En qué momentos consume.</li> <li>Cuánto consume al día.</li> <li>Qué sabe sobre la sustancia que consume.</li> <li>Características individuales.</li> <li>Ambiente familiar.</li> <li>Entorno social en el que vive y redes de apoyo.</li> <li>Vivencias de los primeros años.</li> <li>Antecedentes de maltrato y/o abuso.</li> <li>Conflictos emocionales (identidad, sexualidad, orientación sexual, separación de los padres, elección de carrera y/o condiciones situacionales específicas).</li> <li>Uso del tiempo libre.</li> <li>Ambiente escolar.</li> <li>Proyecciones a futuro.</li> <li>Formas de afrontar situaciones adversas o que considere problemáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular una actitud crítica y analítica respecto a lo que puede significar el consumo de sustancias psicoactivas para la vida de una persona.</li> <li>Brindar información básica y despejar inquietudes sobre las sustancias psicoactivas, incluyendo cigarrillo y alcohol.</li> <li>Orientar sobre los efectos físicos, psíquicos y sociales del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, teniendo en cuenta variables personales.</li> <li>Orientar en la toma de decisiones.</li> <li>Brindar información sobre instituciones de apoyo y atención integral y/o fundaciones de rehabilitación.</li> </ul>

### DEFINICIÓN DE ALGUNOS TÉRMINOS EN ADICCIONES\*

#### Abuso de drogas:

Empleo auto administrado de cualquier droga, de modo que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en una cultura determinada (Jaffe, 1980 en Rosenzweig y Leiman, 1992). Este uso inadecuado incluye agentes como la morfina o los tranquilizantes, pero también el tabaco, el café, los laxantes o las vitaminas.

## Adicción a drogas:

Estado de uso compulsivo de la droga, caracterizado por “una necesidad imperiosa de consumir la droga, el aseguramiento de su suministro y una elevada tendencia a la recaída”, que cesa cuando se ha consumido la droga (Jaffe, 1980 en Rosenzweig y Leiman, 1992).

## Dependencia de drogas:

Condición en que un individuo requiere de una droga para funcionar normalmente. A menudo se hace distinción entre dependencia física y dependencia psíquica.

## Dependencia física:

Estado adaptativo producido por el empleo repetido de una droga, manifestado por intensos trastornos fisiológicos (síndrome de abstinencia) cuando se interrumpe el consumo de la droga.

## Dependencia psíquica:

Condición caracterizada por una fuerte intensión o deseo vehemente de una droga, cuyos efectos el consumidor siente como necesarios para tener una sensación de bienestar.

## Tolerancia:

Reducción de la respuesta a la administración de una droga después de su consumo repetido. Es decir, el individuo aumenta la dosis de la droga para obtener los mismos efectos.

## Síndrome de abstinencia:

Constelación de síntomas que se dan cuando un individuo deja de consumir una droga ante la que ha desarrollado dependencia. Entre los síntomas más prominentes están los trastornos del sistema nervioso autónomo y la angustia psicológica: sensaciones de calor y frío, carne de gallina, temperatura corporal elevada, dolores óseos y musculares, insomnio, ansiedad, miedo, pánico y deseo vehemente de la droga.

---

\*Documento elaborado por María Consuelo Álvarez Figueroa. Psicóloga del Servicio amigable para adolescentes y jóvenes, red de salud de Ladera, ESE Cali.

## **ANEXO A-16. Asesoría en el componente de salud bucal<sup>75</sup>**

Los adolescentes y jóvenes han sido una población tradicionalmente alejada de los servicios de salud bucal pues generalmente estos se han concentrado en la atención a escolares (principalmente en la educación primaria), razón por la cual, según los estudios nacionales, los pocos logros y los esfuerzos humanos y económicos utilizados en los escolares se pierden en este grupo de edad por la falta de continuidad en su atención.

En esta edad, la boca no tiene la misma relevancia que otras estructuras orgánicas. La atención se centra en los procesos de socialización con los pares para encontrar reconocimientos diferentes a los que ya conocen en sus núcleos familiares y que ya no cumplen con sus expectativas. Sin embargo, la boca hace parte de esa socialización, a través de la cual, y aún sin ser reconocida por los adolescentes y jóvenes, se ejerce control sobre sus deseos y acciones.

A través de la boca prueban su propia identidad, al expresarse con nuevas palabras y códigos de comunicación que se concertan de forma tácita en cada generación; prueban su independencia al tomar decisiones sobre qué alimentos, bebidas o sustancias consumir (que idealmente estén por fuera de los patrones familiares); así mismo, entran en contacto con sus pares, para reconocer la corporalidad del otro, sus propios deseos y adentrarse en lo que interpretan como amor o como relaciones, e incluso, sin saberlo, expresan sus prioridades y voluntades aún en condiciones especiales.

Sin embargo, a pesar de todo esto, la boca no es el principal centro de atención, y por ello su cuidado se ve relegado, a pesar de ser el momento en el que hay mayores discrepancias entre el crecimiento maxilofacial y el dental, generando mal posiciones dentarias y hasta mal posiciones de los segmentos faciales (que conllevan a la necesidad de tratamientos correctivos ortopédicos y ortodónticos);

---

<sup>75</sup>Elaborado por Sandra Tovar, Odontóloga, Especialista en Epidemiología, Asesora Salud Bucal DGSP, MPS.

las mal posiciones, el relegar la higiene, el consumo de nuevas sustancias y comidas, entre otros, incrementan el número de microorganismos presentes en los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, que se potencian además por la reducción de la higiene, llevando a halitosis (mal aliento) y a enfermedades de las encías y de otros tejidos bucales que afectan los aspectos estéticos, de socialización e incluso las condiciones de salud general.

Se reconoce entonces que las necesidades en esta población son particulares, no solo por la presencia o no de condiciones de salud o enfermedad, sino principalmente por el proceso biológico y afectivo por el que este grupo de población atraviesa, lo cual hace necesario el abordaje de la salud bucal desde el reconocimiento de sus propias miradas, de sus propios imaginarios y desde sus propios conocimientos y deseos; es decir que, aparte de las necesidades reconocidas por la identificación de condiciones de morbilidad, debe garantizarse el cubrimiento de las necesidades relacionadas con el desarrollo integral del adolescente, lo que implica un trato particular a esta población.

Lo anterior sustenta la necesidad de las acciones contempladas en el Plan Nacional de Salud Pública para mejorar la salud oral de la población colombiana a través de los siguientes aspectos:

### **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA**

- Haciendo uso de espacios de desarrollo propios de los adolescentes y jóvenes, para reconocer sus imaginarios y necesidades en salud bucal, pero sobre todo para brindarles herramientas que les permitan, en sus ámbitos cotidianos de vida, mantener condiciones de salud que los acerquen a condiciones de afectividad y no de rechazo.
- Aportar al desarrollo de autonomía con sentido de auto cuidado, acorde con los códigos sociales de sus ámbitos de desarrollo.

- Desarrollar contenidos que favorezcan su estado de salud, con respeto a su diversidad cultural y étnica.
- Informar sobre las consecuencias que tiene el consumo de psicoactivos en boca y en la salud.
- Desarrollo de habilidades en jóvenes y adolescentes líderes, con quienes acercar mensajes a otros jóvenes acordes con sus imaginarios y formas de expresión, para el mejoramiento de hábitos, conductas y prácticas.

### PREVENCIÓN DE RIESGOS, RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE DAÑOS EN LA SALUD BUCAL

- Orientación sobre servicios odontológicos para la realización de acciones de protección específica, según identificación de riesgos.
- Orientación sobre riesgos en cavidad oral por el ejercicio de deportes extremos y orientación sobre formas de prevención y de adónde acudir para su atención en caso de presentarse lesiones asociadas a estas prácticas.
- Desarrollo de servicios de apoyo y consejería para el auto cuidado.

### RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN LA SALUD BUCAL

- Demanda inducida a servicios de atención en jóvenes y adolescentes vulnerables.
- Prestación de servicios contenidos en el POS para RC y RS y cubrimiento a población no asegurada por parte de las ET, en sus necesidades de salud bucal.
- Focalización a programa de paciente sano y sano rehabilitado, para brindar servicios de mantenimiento de la salud.
- Apoyo para la orientación a otros servicios que cubran las necesidades de los adolescentes.



## ANEXO A-17. Indicadores del nivel de monitoría. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. RESOLUCIÓN 1446 DE 2006

### INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORÍA DEL SISTEMA

Dominio	IPSS	EAPB
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Accesibilidad / Oportunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica general</li> <li>▪ (2) Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica especializada</li> <li>▪ (3) Proporción de cancelación de cirugía programada</li> <li>▪ (4) Oportunidad en la atención en consulta de urgencias</li> <li>▪ (5) Oportunidad en la atención en servicios de imagenología</li> <li>▪ (6) Oportunidad en la atención en odontología general</li> <li>▪ (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Consulta médica general</li> <li>▪ (2) Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada</li> <li>▪ (3) Numero de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S</li> <li>▪ (4) Oportunidad de entrega de medicamentos POS</li> <li>▪ (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada</li> <li>▪ (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de odontología general</li> <li>▪ (7) Oportunidad en la atención en servicios de imagenología</li> <li>▪ (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB</li> </ul>

Continúa...

## INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORÍA DEL SISTEMA

Dominio	IPSS	EAPB
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2. Calidad técnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados</li> <li>▪ (2) Proporción hipertensión arterial controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año</li> <li>▪ (2) Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3. Gerencia del riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas</li> <li>▪ (2) Tasa de infección intrahospitalaria</li> <li>▪ (3) Proporción de vigilancia de eventos adversos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo</li> <li>▪ (2) Razón de mortalidad materna</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4. Satisfacción / Lealtad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Tasa de Satisfacción Global</li> <li>▪ (1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (1) Tasa de satisfacción global</li> <li>▪ (2) Proporción de quejas resueltos antes de 15 días</li> <li>▪ (3) Tasa de de traslados desde la EAPB</li> </ul>

## ANEXO A-18. Propuesta de diseño de indicadores para la garantía de la calidad de servicios de atención amigables para adolescentes y jóvenes

### ASPECTOS GENERALES

NOMBRE DEL PRIMER INDICADOR	PROVISIÓN EFECTIVA DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Código	Por establecer
Justificación	<p>La provisión efectiva de métodos de planificación es una de las principales razones aducidas por adolescentes y jóvenes para la presentación de embarazos no planeados, inoportunos o francamente no deseados. Según la END de 2005, el 54% de los embarazos en la población general fueron en estas condiciones (incluye mujeres jóvenes de 20 a 29 años); en las adolescentes entre 15 y 19 años, este porcentaje es menor, pero ya el 16% de ellas tiene paridad satisfecha y el 45.1% lo deseaba pero más adelante, según el estudio a profundidad del UNFPA. Recientemente se ha incrementado la oferta de métodos modernos en el POS, lo cuales dan una oportunidad para promocionar su utilización correcta en este grupo de población.</p>
Dominio	Accesibilidad/oportunidad
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	
Numerador	Número de adolescentes y jóvenes unidas o unidos con provisión del método elegido de planificación familiar al salir de la consulta en el servicio amigable.
Denominador	Total de adolescentes y jóvenes unidas o unidos con provisión del método elegido de planificación familiar al salir de la consulta en el servicio amigable.
Unidad de medida	Ciclos por cada método: hormonal orales, inyectables, dotación estándar de preservativos mes o trimestre, etc.

Continúa...

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

Factor	100
Fórmula de cálculo	Número de adolescentes y jóvenes unidas o unidos recibiendo ciclos específicos, según métodos de planificación / total de adolescentes y jóvenes unidas o unidos que eligen método.

## VARIABLES

Origen de la información	RIPS, Indicadores del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión, contemplados en la Resolución 3384 de 2000. Registros del Programa.
Fuente primaria	RIPS
Periodicidad recomendada	Mensual
Periodicidad en la remisión	Trimestral a la DLS y semestral a la DDS
Responsable de la obtención	IPS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable
Vigilancia y control	DLS. Gerente, IPS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.

## ANÁLISIS

Ajuste al riesgo	Por sexo, edad y método de anticoncepción moderna disponible en el POS.
Consideraciones para el análisis	El plan de análisis de este indicador incluye, en la IPS, su desagregación por EPS contratante de servicios, por régimen de afiliación, sexo y localidad de residencia (por zona de residencia, vereda, corregimiento o barrio).

Continúa...

## ANÁLISIS

Umbral de desempeño no aceptable	A construir según comportamiento del indicador
Estándar meta	A partir de las líneas de base construidas, cada IPS debe plantear su meta sin desconocer las metas de cumplimiento establecidas en los contratos con los diferentes aseguradores (DTS, EPS contributivo o subsidiado).
Referencias	Incluir acá las referencias locales de relevancia, para compartir posteriormente en sesiones de asistencia técnica y en un futuro con el observatorio nacional de SSR.
Bibliografía	La que se encuentre disponible en documentos locales, departamentales, nacionales o internacionales, científicamente sustentada.
Fecha	De elaboración del indicador: diciembre de 2008

## ASPECTOS GENERALES

NOMBRE DEL SEGUNDO INDICADOR	SESIONES DE CONSEJERÍA Y ASESORAMIENTO EN MECANISMOS DE PREVENCIÓN CONTRA LOS RIESGOS ASOCIADOS AL EJERCICIO REPRODUCTIVO
Código	Por establecer
Justificación	<p>La provisión efectiva de sesiones de consejería y asesoramiento debe incluir una sesión con la duración suficiente para que un adolescentes o joven pueda, de manera libre e informada, elegir los mecanismos que de acuerdo con su condición ética y moral le permitirán enfrentar exitosamente los riesgos asociados al ejercicio reproductivo.</p> <p>Consiste en una sesión individual, provista por un profesional de la salud entrenado en técnicas de consejería y asesoramiento, en la cual el tiempo depende de las necesidades de cada cliente.</p>
Dominio	Accesibilidad/oportunidad

Continúa...

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de sesiones de consejería realizadas en adolescentes y jóvenes con la duración suficiente para que estos puedan de manera libre e informada, elegir los mecanismos que de acuerdo con su condición ética y moral les permitirán enfrentar exitosamente los riesgos asociados al ejercicio reproductivo.
Denominador	Total de adolescentes y jóvenes que asisten a consultar los servicios amigable para adolescentes y jóvenes.
Unidad de medida	Sesión
Factor	100
Fórmula de cálculo	Número de adolescentes y sesiones de consejería / Total de adolescentes y jóvenes que asisten a consultar servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

## VARIABLES

Origen de la información	Registros del Programa
Fuente primaria	RIPS
Periodicidad recomendada	Mensual
Periodicidad en la remisión	Trimestral ala DLS y Semestral a la DDS
Responsable de la obtención	IPS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.
Vigilancia y control	DLS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.

Continúa...

## ANÁLISIS

Ajuste al riesgo	Por sexo, edad
Consideraciones para el análisis	El plan de análisis de este indicador incluye, en la IPS, su desagregación por EPS contratante de servicios, por régimen de afiliación, sexo y localidad de residencia (por zona de residencia, vereda, corregimiento o barrio).
Umbral de desempeño no aceptable	A construir según comportamiento del indicador.
Estándar meta	A partir de las líneas de base construidas, cada IPS debe plantear su meta sin desconocer las metas de cumplimiento establecidas en los contratos con los diferentes aseguradores (DTS, EPS contributivo o subsidiado).
Referencias	Incluir acá las referencias locales de relevancia, para compartir posteriormente en sesiones de asistencia técnica y en un futuro con el observatorio nacional de SSR.
Bibliografía	La que se encuentre disponible en documentos locales, departamentales, nacionales o internacionales, científicamente sustentada.
Fecha	De elaboración del indicador: diciembre de 2008

## ASPECTOS GENERALES

NOMBRE DEL TERCER INDICADOR	ELABORACIÓN DE HEMOGLOBINA EN MUJERES ADOLESCENTES
Código	Por establecer
Justificación	La ENSIN de 2005 estimó que la prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años es de casi el 33% y de 45 % si están embarazadas, este evento está asociado a la mayor probabilidad de parto prematuro y recién nacido con bajo peso al nacer.
Dominio	Accesibilidad/oportunidad

Continúa...

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de mujeres adolescentes y jóvenes con prueba de hemoglobina.
Denominador	Total de mujeres adolescentes y jóvenes en la IPS
Unidad de medida	Resultado de laboratorio hemoglobina
Factor	100
Fórmula de cálculo	Número de mujeres adolescentes y jóvenes con prueba de hemoglobina / Total de mujeres adolescentes y jóvenes en la IPS.

## VARIABLES

Origen de la información	Registros de laboratorio; minutas de contratación. RIPS
Fuente primaria	Registros de Laboratorio
Periodicidad recomendada	Mensual
Periodicidad en la remisión	Trimestral ala DLS y Semestral a la DDS
Responsable de la obtención	IPS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.
Vigilancia y control	DLS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.

Continúa...



## ANÁLISIS

Ajuste al riesgo	Por edad
Consideraciones para el análisis	El plan de análisis de este indicador incluye, en la IPS, su desagregación por EPS contratante de servicios, por régimen de afiliación y localidad de residencia (por zona de residencia, vereda, corregimiento o barrio).
Umbral de desempeño no aceptable	A construir según comportamiento del indicador.
Estándar meta	A partir de las líneas de base construidas, cada IPS debe plantear su meta, sin desconocer las metas de cumplimiento establecidas en los contratos con los diferentes aseguradores (DTS, EPS contributivo o subsidiado).
Referencias	Incluir acá las referencias locales de relevancia para compartirlas posteriormente en sesiones de asistencia técnica y en un futuro con el observatorio nacional de SSR.
Bibliografía	La que se encuentre disponible en documentos locales, departamentales, nacionales o internacionales, científicamente sustentada.
Fecha	De elaboración del indicador: diciembre de 2008.

## ASPECTOS GENERALES

NOMBRE DEL CUARTO INDICADOR	TAMIZAJE PARA PRUEBA DE VIH Y TASA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS
Código	Por establecer
Justificación	Los análisis del riesgo de expansión del VIH predicen que la progresión de la epidemia concentra una gran proporción entre adolescentes y jóvenes, especialmente en la población de 20 a 29 años; por tanto, se considera como factor protector favorecer, entre jóvenes y adolescentes, la toma voluntaria para tamizaje de VIH.

Continúa...

## ASPECTOS GENERALES

NOMBRE DEL CUARTO INDICADOR	TAMIZAJE PARA PRUEBA DE VIH Y TASA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS
-----------------------------	--

Dominio	Accesibilidad/oportunidad
---------	---------------------------

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	Número de pruebas voluntarias entre jóvenes y adolescentes para tamizaje de VIH que asisten al servicio amigable.
Denominador	Total de adolescentes y jóvenes que consultan el servicio amigable para adolescentes y jóvenes.
Unidad de medida	Prueba de laboratorio
Factor	100
Fórmula de cálculo	Número de pruebas voluntarias realizadas entre jóvenes y adolescentes para tamizaje de VIH / Total de adolescentes y jóvenes que consultan los servicios amigables.

### VARIABLES

Origen de la información	RIPS, Registros de laboratorio
Fuente primaria	Registros de laboratorio
Periodicidad recomendada	Mensual
Periodicidad en la remisión	Trimestral ala DLS y semestral a la DDS
Responsable de la obtención	IPS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.
Vigilancia y control	DLS. Gerente, coordinador o responsable de las acciones de implementación del servicio amigable.

Continúa...

ANÁLISIS	
Ajuste al riesgo	Por sexo, edad
Consideraciones para el análisis	El plan de análisis de este indicador incluye, en la IPS, su desagregación por EPS contratante de servicios, por régimen de afiliación, sexo y localidad de residencia (por zona de residencia, vereda, corregimiento o barrio).
Umbral de desempeño no aceptable	A construir según comportamiento del indicador.
Estándar meta	A partir de las líneas de base construidas, cada IPS debe plantear su meta, sin desconocer las metas de cumplimiento establecidas en los contratos con los diferentes aseguradores (DTS, EPS contributivo o subsidiado).
Referencias	Incluir acá las referencias locales de relevancia, para compartirlas posteriormente en sesiones de asistencia técnica y en un futuro con el observatorio nacional de SSR.
Bibliografía	La que se encuentre disponible en documentos locales, departamentales, nacionales o internacionales, científicamente sustentada.
Fecha de	Elaboración del indicador: diciembre de 2008

## ANEXO B

**Ver CD adjunto**

## BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUR. Informe de actividades de impacto. Herramientas para el diagnóstico participativo con población desplazada. 2005
2. ADVOCATES FOR YOUTH. Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en América Latina y el Caribe. EN:  
  
<http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>
3. ADVOCATES FOR YOUTH. Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.1995
4. ALVARADO, C y GARITA, C. Módulo Sembrando Esperanzas: Estrategias de Trabajo en Salud con Adolescentes de Comunidades Pobres. Editorial PAIA, CCSS. San José Costa Rica. 2004.
5. ASTORGA, A y Van der Bijl, B (1991). Manual de diagnóstico participativo. Buenos Aires: Editorial Humanitas. -Cedepo. 1991.
6. BAPTISTA LUCIO, Pilar, FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación. Segunda edición, Compañía Editorial Ultra, S.A. de C.V. 2000.
7. BELITZKY, R y cols. Manual de salud materno-perinatal para promotores comunitarios. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP-OPSIOMS, Montevideo - Uruguay División de desarrollo Internacional DID - Universidad de Calgary - Canadá Publicación Científica del CLAP NQ 1254.
8. BIBLIOTECA DE LAS NACIONES UNIDAS. EN: <http://www.un.org/News/Press/docs/2005/0505200501.htm>
9. BOLER, T y JELLEMA, .A. Inercia mortal, Un estudio comparado entre países sobre las respuestas al VIH/SIDA. Noviembre 2005.
10. BURT, Martha R. Ph.D.The Urban Institute, ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996
11. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Manual de consejería en salud sexual y reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/Sida. Costa Rica. 2005.
12. CENTER INTERNACIONAL MARGARET SANGER. Guía para la ejecución de los servicios amigables para jóvenes.
13. CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/ SIDA. Manual Aspectos de Salud Pública. - CENSIDA. Instituto Nacional de salud Pública. Primera edición: México. Julio de 2006.

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

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

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

55. QUINTANA S. Alicia e HIDALGO H., Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth, 2003. p 44.
56. SAPAG CHAIN, Nassir, SAPAG CHAI, Reinaldo. Preparación y evaluación de proyectos. Tercera edición, Editorial McGraw-Hill. Bogota, 1996.
57. SENDEROWITZ, J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud FOCUS on Young Adults. Series de Investigación, Programas y Políticas. Febrero 1999. Washington DC 20036 202-835-0818.
58. SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5
59. UNICEF, Fundamentos de la metodología participativa y de la investigación. Guatemala: 1998.
60. UNFPA. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo CIPD. p 4. Disponible En: [http://www.unfpa.org/exbrd/2006/annualsession/dpfpa-2006-2\\_pt1\\_spa.doc](http://www.unfpa.org/exbrd/2006/annualsession/dpfpa-2006-2_pt1_spa.doc)
61. VARGAS, L. BUSTILLOS, G. Técnicas participativas para la educación popular. Buenos Aires. Editorial Humanitas - Cedeпо, 1990. Tomo II.
62. ZUBAREW, T. SUÁREZ OJEDA, E. N. Ruzany, M. Munist, M. PROYECTO DE APOYO A INICIATIVAS NACIONALES DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE ADOLESCENTES. Estimación de Complejidad Condiciones de Eficiencia.
- Consultar [www.paho.org](http://www.paho.org) ,  
[www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)





**Algunas normas relevantes**

**Anexos B**

**Anexos B**

## ANEXO B-1. Resolución 1995 de 1999

## Anexos B



### MINISTERIO DE SALUD

### RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

(Julio 8)

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

### EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

### CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

Que de conformidad con el artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la historia clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

### RESUELVE:

## CAPÍTULO I DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

### ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES

a) La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de salud. Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

e) Archivo de gestión: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

f) Archivo central: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

g) Archivo histórico. Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia clínica

### ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

### ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las características básicas son:

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

**Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

**Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

**Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

### ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

## CAPÍTULO II DILIGENCIAMIENTO

### ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES

La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

### ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

### ARTÍCULO 7.- NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

### ARTÍCULO 8.- COMPONENTES

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

### ARTÍCULO 9.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

### ARTÍCULO 10.- REGISTROS ESPECÍFICOS

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e

## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicione y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

### ARTÍCULO 11.- ANEXOS

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

**PARÁGRAFO TERCERO.** Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las instituciones prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente

## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

**PARÁGRAFO CUARTO.** En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

### CAPÍTULO III ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

#### ARTÍCULO 12.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

#### ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

**PARÁGRAFO TERCERO.** En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la

## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

### **ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA**

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El equipo de salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

**PARÁGRAFO.** El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

### **ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN**

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

### **ARTÍCULO 16.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS**

El prestador de servicios de salud debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

### **ARTÍCULO 17.- CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicione.



## RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

### **ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la historia clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

### **CAPÍTULO IV COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS**

#### **ARTÍCULO 19.- DEFINICIÓN**

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

**PARÁGRAFO.** El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

#### **ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS**

- a) Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c) Elevar a la dirección y al comité técnico-científico recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

## **RESOLUCIÓN NÚMERO 1995 DE 1999**

Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica

d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas.

### **ARTÍCULO 21. - SANCIONES**

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

### **ARTÍCULO 22.- VIGENCIA**

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ**

Ministro de Salud

## ANEXO B-2. Acuerdo 380 de 2007

REPÚBLICA DE COLOMBIA



### MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACUERDO NÚMERO 380 DE 2007

Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado

**EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,**  
en ejercicio de las facultades legales, conferidas en el numeral 1º del artículo 172 de la Ley 100 de 1993,

#### **CONSIDERANDO:**

Que es función del CNSSS actualizar los contenidos del POS, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema, según lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 162 de la Ley 100/93.

Que dentro de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva definida por el Ministerio de la Protección Social en el año 2003, se contempla la Planificación Familiar como una línea de acción, con el propósito de proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario.

Que el Ministerio de la Protección Social publicó, en mayo de 2007, la "Guía de planificación familiar para mujeres y hombres" con recomendaciones basadas en la evidencia para complementar y actualizar la norma técnica adoptada mediante la Resolución 412 del 2000.

Que la oferta de anticoncepción temporal en el Plan Obligatorio de Salud actual debe adaptarse para que apoye la consecución de las metas y propósitos establecidos en la citada Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y para brindar la atención adecuada en Planificación Familiar según recomendaciones contenidas en la guía publicada por el Ministerio de la Protección Social.

## ACUERDO N° 380 de 2007

Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado

Que con base en el “Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el Plan Obligatorio de Salud” presentado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología encontró que la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud de medicamentos anticonceptivos temporales hormonales, desde el punto de vista médico y económico contribuye al desarrollo de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y no tiene impacto en los costos del Sistema, por lo cual el Comité recomienda al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aprobar su inclusión en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado sin incrementar la UPC.

Que también con base en el “Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el Plan Obligatorio de Salud” presentado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, se evidenció la costo-efectividad del método de barrera condón masculino de látex en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA.

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con el concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente;

### ACUERDA:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado en el listado II “USO AMBULATORIO”, grupo de “ANTICONCEPTIVOS HORMONALES” los siguientes medicamentos:

CÓDIGO	PRINCIPIOS ACTIVOS	CONCENTRACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA
G03FA01-TN-PO-A-01	Noretindrona + Etinilestradiol	1 mg + 35 mcg, tabletas, grageas o comprimidos
G03AC03-TN- PO-A-01	Levonorgestrel	0.03 mg, tableta con o sin recubrimiento
G03AA08-SH-IM-C-01	Medroxiprogesterona + Estradiol	25 mg + 5 mg, solución inyectable
G03AC03-TN-PO-A-02	Levonorgestrel	0.75 mg tableta
G03AA07-IP-MP-A-01	Levonorgestrel	75 mg, Implante Subdérmico

**PARÁGRAFO.-** Estos medicamentos deberán ser garantizados oportunamente por las EPS cuando sean formulados conforme las recomendaciones contenidas en la guía para atención en planificación

## ACUERDO N° 380 de 2007

Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado

familiar publicada por el Ministerio de la Protección Social en mayo de 2007, en complementación a la norma técnica contenida en el anexo 1 de la Resolución 412 de 2000, o de la norma que la adicione, modifique o sustituya, y se financiarán con la UPC vigente tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Incluir en el Plan Obligatorio de Salud - POS - del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado el suministro del condón masculino de látex en condiciones de calidad media y tecnología apropiada disponible en el país, el cual se financiará con cargo a la UPC vigente tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado. Esta inclusión se hará efectiva una vez se cuente con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para el suministro del mismo, desde la perspectiva de Salud Pública y de la racionalidad administrativa y científica.

**ARTÍCULO TERCERO.-** La consulta para la formulación o control de los medicamentos e insumos mencionados en el presente Acuerdo, así como su suministro, están exceptuados de cuotas moderadoras y de copagos, por estar dentro de las acciones e intervenciones de protección específica.

**ARTÍCULO CUARTO.-** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las normas que le sean contrarias.

### PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D. C., a los 14 DIC. 2007

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministro de la Protección Social  
Presidente CNSSS

**OSCAR IVÁN ZULUAGA ESCOBAR**  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

**BLANCA ELVIRA CAJIGAS DE ACOSTA**  
Secretaria Técnica CNSSS

NOTA AL MEDIO MAGNÉTICO: En el documento original y en las publicaciones oficiales en medio físico, se presentan las firmas originales. El presente Acuerdo se encuentra publicado en el Diario Oficial 46910 del 22 de febrero de 2008.

## ANEXO B-3. Resolución 0769 de 2008



### **MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 0769 DE 2008** (marzo 3)

Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

#### **EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,**

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que con base en el “Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el Plan Obligatorio de Salud” presentado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología encontró que la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud de medicamentos anticonceptivos hormonales, desde el punto de vista médico y económico contribuye al desarrollo de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y ahorra costos al Sistema, por lo cual el Comité recomendó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aprobar su inclusión en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado sin incrementar la UPC.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante Acuerdo 380 de diciembre 14 de 2007, aprobó la inclusión de algunos métodos temporales de anticoncepción en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Que por lo tanto se hace necesario actualizar los contenidos técnicos de la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, ante los cambios en las tecnologías disponibles en el país y en el Plan Obligatorio de Salud para la anticoncepción con métodos temporales.

En mérito de lo expuesto,

## RESOLUCION 0769 DE 2008

### RESUELVE:

**Artículo 1º.** Adóptese la actualización de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas, la cual hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 2º.** La actualización de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, que se adopta a través de la presente resolución establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada. Igualmente, determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

**Artículos 3º.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

### PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de marzo de 2008

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministerio de la Protección Social

## ANEXO B-4. Resolución 1973 de 2008



### **MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN NÚMERO 001973 de 2008** (mayo 30)

Por medio de la cual se modifica la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008.

El Ministro de la Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que mediante Acuerdo 380 del 14 de diciembre de 2007 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobó la inclusión de algunos métodos temporales de anticoncepción en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Que mediante Resolución 0769 del 3 de marzo de 2008 el Ministerio de la Protección Social adoptó la actualización de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000;

Que el artículo 13 de la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, establece que en lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente.

Que conforme a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud y The Population Council, los procedimientos de inserción y retiro de los implantes anticonceptivos subdérmicos pueden ser realizados por profesionales de la medicina o de la enfermería, siempre y cuando estos reciban entrenamiento específico adecuado para el efecto.

Que es necesario precisar los requisitos que deberá cumplir el talento humano a cargo de la consulta de planificación familiar para hombres y



## RESOLUCION NUMERO 001973 de 2008

mujeres, así como de la inserción del dispositivo intrauterino, DIU, y del implante anticonceptivo subdérmico,

### RESUELVE:

**Artículo 1º.** Modifícase el primer inciso del numeral 5.1 de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, el cual quedará de la siguiente manera:

#### 5.1. Consulta de planificación familiar

Esta consulta debe ser realizada de acuerdo con el método seleccionado y el grado de complejidad del servicio, por un médico(a) o enfermero(a) debidamente capacitados en planificación familiar.

**Artículo 2º.** Modifíquense los numerales 5.3.2. y los subnumerales correspondientes de la Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, los cuales quedarán de la siguiente manera:

#### 5.3.2. Aplicación de dispositivos

**5.3.2.1.** Aplicación y retiro de dispositivo intrauterino, DIU (inserción de dispositivo intrauterino DIU 69.71.00; extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino, DIU-SOD 97.71.00).

##### 5.3.2.1.1. DIU de intervalo

Técnica realizada por profesionales de la medicina o de la enfermería debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación.

El DIU es un método de alta costo-efectividad, con una tasa acumulativa de embarazos de 0.5% al año y solamente de 1.9 después de 4 años de uso. Además, su acción se acepta hoy día hasta por 12 años, siempre y cuando se cumplan los criterios de elegibilidad para su uso:

- a) Aunque es preferible usarlo en mujeres multíparas, aquellas que son nulíparas pueden usarlo luego de un examen ginecológico adecuado;
- b) Se puede usar en mujeres que se encuentran en lactancia materna, tienen antecedentes médicos que contraindiquen el uso de estrógenos;
- c) Es una buena elección en mujeres que tienen dificultades para asistir regularmente a la renovación de la formulación del método;

**d)** No debe iniciarse su uso si la mujer presenta previamente un sangrado genital inexplicado, si al momento de la consejería se encuentra en tratamiento para Enfermedad Pélvica Inflamatoria o una Infección de Transmisión Sexual o si al momento de la consejería se identifican conductas sexuales de riesgo que aumentan la exposición a Infecciones de Transmisión Sexual.

**5.3.2.1.2.** DIU Postevento Obstétrico (posparto y posaborto)

Técnica realizada por médico(a) o enfermero(a) debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo con los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse intra-cesárea, en las primeras 48 horas postparto o Postaborto.

Se deben dar instrucciones postaplicación y en la cita de puerperio visualizar si los hilos han descendido para recortarlos. Dar nueva cita para los tres meses postaplicación para terminar de recortar los hilos.

Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de Infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección.

**5.3.2.2.** Aplicación y retiro del implante anticonceptivo subdérmico (inserción de anticonceptivos subdérmicos 86.1.8.01; extracción de anticonceptivos subdérmicos por incisión 86.1.2.03)

La técnica debe ser realizada por un profesional de la medicina o de la enfermería debidamente capacitado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se debe informar a las usuarias sobre los siguientes aspectos:

**a)** Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la ovulación por efecto sobre los niveles de Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH), con aumento en la densidad del moco cervical, cambios endometriales y disminución de la motilidad tubárica;

**b)** Este método se prefiere en mujeres que tienen paridad satisfecha pero que no desean planificar con métodos irreversibles o que aún no están listas para tomar la decisión final. Otras condiciones para su indicación son la lactancia materna o antecedentes médicos que favorecen los eventos tromboembólicos:

**c)** Efectos benéficos no anticonceptivos;

**d)** Efectos secundarios esperados;

**e)** Técnica de aplicación y retiro.

## RESOLUCION NUMERO 001973 de 2008

**Artículo 3º.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

### **PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de marzo de 2008.

**DIEGO PALACIO BETANCOURT.**

Ministerio de la Protección Social

## ANEXO B-5. Resolución 3442 de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA



### MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 3442 DE 2006 (Septiembre 22)

Por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica

#### EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades legales, en especial de las conferidas por el numeral 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 5 del Acuerdo 245 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS y los artículos 1, 3 y 4 de la Ley 972 de 2005.

#### CONSIDERANDO

Que corresponde al Ministerio de la Protección Social la adopción de Guías de atención integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y de la costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica.

Que de conformidad con el numeral 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993 corresponde al Ministerio de la Protección Social dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Que igualmente corresponde al Ministerio de la Protección Social reglamentar lo relacionado con los programas de interés en salud pública según lo establecido en el artículo 2, numeral 3 del Decreto Ley 205 del 2003.

## RESOLUCION NUMERO 3442 DE 2006

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica

Que es necesario unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro del Sistema de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, según la información reportada por las EPS determinó que las patologías cuyo tratamiento se ha definido como de alto costo, con mayor impacto financiero y mayor distribución de frecuencias dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, son VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica, y definió la implementación de modelos de atención y la elaboración de guías de manejo para estas patologías; y a través del Acuerdo 336 recomendó al Ministerio de la Protección Social la adopción de las Guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica - ERC y VIH /SIDA.

Que el Ministerio de la Protección Social llevó a cabo el desarrollo de las Guías de práctica clínica para las patologías VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica siguiendo los lineamientos y metodología aceptados internacionalmente, que incluyó el proceso de revisión y rediseño de las guías de atención existentes, basándose en evidencia, para las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad;

Que en el desarrollo participaron entidades del Estado del sector Salud, agencias de cooperación internacional, Entidades Promotoras de Salud, administradoras de régimen subsidiado, instituciones prestadoras de servicios de salud, sociedades científicas y miembros de la sociedad civil, incluyendo personas viviendo con el VIH y organizaciones de pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Que igualmente se realizó la construcción del modelo de gestión programática en VIH/Sida y del modelo de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica, mediante concertación con representantes de los diferentes sectores e instituciones involucradas en la respuesta a las dos patologías;

Que tanto las Guías de práctica clínica como los Modelos de gestión programática en VIH/Sida y de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica, hacen parte de las estrategias de que trata la Ley 972 de 2005, para garantizar la atención integral y el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Que en merito de lo expuesto,

## RESOLUCION NUMERO 3442 DE 2006

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica

### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Guías de práctica clínica. Adoptar las Guías de práctica clínica para VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica, anexas a la presente Resolución, las cuáles serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH y con Enfermedad Renal Crónica, por parte de Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Modelo de atención. Adoptar las recomendaciones del Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida y del Modelo de prevención y control de la Enfermedad Renal Crónica, anexas a la presente Resolución, en sus aspectos de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral como el instrumento de referencia para la gestión programática, por parte de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según los recursos y competencias establecidas por la ley.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Revisión y actualización. Las Guías de práctica clínica adoptadas mediante la presente Resolución serán revisadas y actualizadas como mínimo cada dos (2) años.

**ARTÍCULO CUARTO.-** Vigencia. La presente norma rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias, y la Guía de Atención en VIH/SIDA adoptada mediante Resolución 412 de 2000.

### PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los 22 días del mes de Septiembre del año 2006.

(Original firmado por)

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de la Protección Social

## ANEXO B-6. Resolución 972 de 2005

REPÚBLICA DE COLOMBIA



### LEY 972 DE 2005

(julio 15)

#### Diario Oficial 45.970 de julio 15 de 2005

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

#### El Congreso de Colombia

#### DECRETA:

**Artículo 1º.** Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

**Parágrafo 1º.** El día primero (1º) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

**Parágrafo 2º.** Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, Onusida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## LEY 972 DE 2005

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente VHI/Sida.

**Artículo 2º.** El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.

Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad.

**Artículo 3º.** Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH/SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT.



## LEY 972 DE 2005

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente VHI/Sida.

**Artículo 4º.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, diseñará en un término no mayor de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley, unas estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en las enfermedades de alto costo, en particular el VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional, podrá hacer uso de los mecanismos que la normatividad le asigna con el fin de garantizar el acceso de la población a los medicamentos que sean objeto de algún tipo de protección.

**Artículo 5º.** En desarrollo del artículo anterior, y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/Sida, la Insuficiencia Renal Crónica y el cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la farmacovigilancia de los productos adquiridos.

**Artículo 6º.** Las autoridades responsables de la aplicación de la presente ley, serán el Ministerio de la Protección Social y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en el marco de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, el Decreto 1543 de 1997 y de las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.

Bajo la dirección, supervisión y control del Ministerio de la Protección Social y para los efectos de la presente ley, actuarán las entidades públicas y privadas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 7º.** Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación.

**El Presidente del honorable Senado de la República,**  
Luis Humberto Gómez Gallo.

## **LEY 972 DE 2005**

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente VIH/Sida.

**El Secretario General del honorable Senado de la República,**

Emilio Ramón Otero Dajud.

**La Presidenta de la honorable Cámara de Representantes,**

Zulema del Carmen Jattin Corrales.

**El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,**

Angelino Lizcano Rivera.

### **REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL**

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 15 de julio de 2005.

**ÁLVARO URIBE VÉLEZ**

**El Ministro de Hacienda y Crédito Público,**

Alberto Carrasquilla Barrera

**El Ministro de la Protección Social,**

Diego Palacio Betancourt

[www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)  
<http://colombia.unfpa.org>



Libertad y Orden

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

