

Percepción de los adolescentes usuarios de los servicios de salud amigables del Hospital José María Hernández ESE, Mocoa – Putumayo, 2015*

José Everardo Cuasquer Quenguan**✉
Alba Lucía Mora Benavides***
Teresa del Carmen Moreno Chaves****

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo: Cuasquer, J., Mora, A. y Moreno, T. (2016). Percepción de los adolescentes usuarios de los servicios de salud amigables del Hospital José María Hernández ESE, Mocoa – Putumayo, 2015. *Revista UNIMAR*, 34(2), 69-87.

Fecha de recepción: 27 de febrero de 2016

Fecha de revisión: 11 de abril de 2016

Fecha de aprobación: 03 de octubre de 2016

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo: determinar la percepción de adolescentes de 14-19 años, en la zona urbana del municipio de Mocoa, usuarios de los Servicios de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), Hospital José María Hernández. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, que contó con una muestra de 370 adolescentes a los cuales se les aplicó una encuesta estructurada basada en la guía de evaluación de SSAAJ de la Organización Mundial de la Salud.

Como resultado se obtuvo que, ninguno de los aspectos evaluados sobrepasó el 85 %, de manera que es necesario ahondar esfuerzos para fortalecer las acciones implementadas, para brindar una atención en salud adecuada/confidencial/segura para los adolescentes, que garantice su permanencia y asiduidad a los servicios amigables.

Palabras clave: adolescentes, Colombia, jóvenes, percepción, servicios de salud amigables.

Perception of adolescents who use the health services of the Hospital José Maria Hernández ESE, Mocoa - Putumayo, 2015

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the perception of 370 adolescents between the ages of 14 and 19, users of the Youth-Friendly Health Care Services (YFHCS), in José Maria Hernández Hospital, who were given a structured survey based on the YFHCS evaluation guide of the World Health Organization. It was a descriptive cross-sectional study carried out in the urban area of the municipality of Mocoa.

As a result, it was evidenced that none of the evaluated aspects exceeded 85%, so it is necessary to deepen efforts to strengthen the actions implemented, and provide adequate / confidential / safe health care for adolescents, which guarantees their permanence and assiduity to friendly services.

Key words: adolescents, Colombia, young people, perception, Health Care Services.

* Artículo Resultado de Investigación. Hace parte de la investigación titulada: *Percepción de los adolescentes usuarios de los servicios de salud amigables del Hospital José María Hernández ESE, Mocoa – Putumayo, 2015.*

**✉Economista; Especialista en Alta Gerencia; Auditoría y Gerencia de los Servicios de Salud; Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social. Correo electrónico: everardocq@gmail.com

***Bacterióloga; Especialista en Auditoría y Gerencia de los Servicios de Salud; Mercadeo y Finanzas de la Salud. Correo electrónico: alba-lucia-mora2007@hotmail.com

****Enfermera; Contadora Pública; Especialista en Epidemiología; Especialista en Salud Familiar y Comunitaria; Especialista en Auditoría y Gerencia de los Servicios de Salud; Especialista en Administración y Gerencia Institucional; Magíster en Higiene Ocupacional. Epidemióloga de Campo FETP, Instituto Nacional de Salud. Correo electrónico: teremorenoch@gmail.com

Percepção de adolescentes que utilizam os serviços de saúde do Hospital José Maria Hernández ESE, Mocoa – Putumayo, 2015

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi determinar a percepção de 370 adolescentes entre 14 e 19 anos de idade, usuários do Serviço de Saúde Amigável aos Jovens (SSAJ), no Hospital José Maria Hernández, que receberam uma pesquisa estruturada baseada no SSAJ de avaliação da Organização Mundial da Saúde. Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado na área urbana do município de Mocoa.

Como resultado, evidenciou-se que nenhum dos aspectos avaliados excedeu 85%, portanto é necessário aprofundar os esforços para fortalecer as ações aplicadas e proporcionar cuidados de saúde adequados / confidenciais / seguros para os adolescentes, o que garante sua permanência e assiduidade aos serviços amigáveis da saúde.

Palavras-chave: adolescentes, Colômbia, jovens, percepção, serviços amigáveis da saúde.

I. Introducción

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los principales problemas de salud que afectan a los jóvenes, se tienen: embarazos y partos precoces, VIH, malnutrición, salud mental, consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y traumatismos; cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles; aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años dan a luz en un período de un año, aproximadamente 20% de las adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad; 150 millones de jóvenes consumen tabaco; mueren 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal; y los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día (OMS, 2011).

Desde el contexto internacional las condiciones de salud de los adolescentes y los jóvenes en el mundo han sido objeto de atención de los países y sus instituciones, hacia 1993 se publicaron las Guías de Servicios Preventivos para Adolescentes (GAPS, por su sigla en inglés) (Norma y Montalto, 1998), cuyo razonamiento central fue el cambio de creencias y estilos de vida nocivos para la salud de los jóvenes, pero no contemplaban una atención integral (Econometría, 2013); en 1997, se plantea que, entre los criterios definitorios de la calidad

de un servicio, sí se ofrece medios y condiciones para garantizar la participación de los adolescentes; (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Corporación de Salud y Políticas Sociales [CORSAPS], 2003); un año antes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había presentado los Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y una serie de módulos para su atención (OPS y Fundación W.K.Kellogg., 1996); y, en 1998 presentó su Plan de acción de desarrollo y salud de Adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001 (OPS, 1998), cuya evaluación evidenció que las políticas y los servicios de salud abordaban la salud y el desarrollo de la adolescencia y la juventud desde una perspectiva vertical y orientada al problema (Nirenberg, Infante, Sedano y Brian, 2003).

Ante la consideración de los países de la región por fortalecer y mejorar el área de salud sexual y reproductiva de la juventud, la OPS propone, entonces, un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad del adolescente desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo, en el que los resultados de la salud sexual están relacionados con factores como la cultura, la familia y el ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes (Shutt-Aine y Maddaleno,

2003) y los servicios de salud deben: a) asegurar una atención de salud de calidad y amigable para los adolescentes, b) proveer servicios que se basen en las necesidades de los adolescentes, c) mejorar la capacitación en salud sexual y reproductiva de los adolescentes, d) proveer un paquete integral de servicios, e) establecer clínicas de salud en las escuelas y/o centros conectados con las escuelas y f) reconocer la función que los hombres desempeñan en los programas de salud sexual (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003); y así, contribuir de manera fundamental a atender y tratar los problemas de salud y los comportamientos relacionados con la salud que son frecuentes durante la segunda década de la vida - la adolescencia (OMS, 2014). La visión del servicio amigable implica tanto la capacidad para trabajar sobre su propia oferta y, por tanto, brindar una atención integral de calidad al interior de su local como la capacidad para aproximarse al adolescente en los espacios naturales en los que se desenvuelve. Requiere acortar las distancias entre proveedores de salud y adolescentes, reforzar el reconocimiento de que los adolescentes son sujetos de derecho general y de derechos sexuales y reproductivos en particular, valorar su capacidad de tomar decisiones, y para optimizar el trabajo que realizan de modo cotidiano, deben ser capaces de evaluarse a sí mismos (Instituto de Educación y Salud-IES, 2003).

En la Región de las Américas los servicios amigables han sido implementados en Chile (Zubarew y Maddaleno, 2005), Argentina (OPS, UNFPA, Centro de Estudios de Población (CENEP) y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2000), Perú (Ministerio de Salud Perú, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral & Etapa de Vida Adolescente, 2007), Uruguay (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente y UNFPA, 2009), Cuba (Dirección Provincial de Salud y Departamento Materno Infantil, 2010), México (Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de Salud Pública, Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades y Departamento de Control de Enfermedades, 2013).

En Colombia, a partir de las recomendaciones internacionales y los lineamientos sugeridos por la OMS y la OPS, así como las características de la transición demográfica experimentada desde mediados del siglo XX (OPS, 2012), la población adolescente y joven ha sido objeto de intervenciones en salud desde la década de los 80, es así como, en 1993 el Ministerio de Salud establece el Programa de Atención Integral al Adolescente (Moreno y Púa, 2012); en el 2000, expide la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años (República de Colombia y Ministerio de Salud, 2000); en 2003, define que la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción (Ministerio de la Protección Social, 2003); entre 2006 y 2007, se da a la tarea de organizar servicios de salud diferentes para adolescentes y jóvenes denominados servicios amigables (Moreno y Púa, 2012), en el interés de reducir las barreras de acceso a los servicios integrales de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva (SSR) (Econometría, 2013); y, en 2014, a través de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDR), se propone desarrollar y aplicar la normatividad que exija la existencia de espacios de atención integral a la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes con los enfoques propuestos en el modelo de los servicios amigables (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones y UNFPA, 2014). Se espera que sea una atención integral, con enfoque interdisciplinario y que apunte a preservar el bienestar físico, mental y social de los adolescentes, simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad y que además disponga de acceso y oportunidad en la prestación de los servicios, refiriéndose a cero barreras administrativa (Ministerio de la Protección Social y UNFPA, 2007).

Sin embargo, pese a que en Colombia se ha impartido asistencia técnica en el territorio, para que estos servicios sean implementados en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas del país, los servicios amigables de salud para adolescentes siguen siendo débiles, situación atribuida a factores como: insuficiente número del personal de salud capacitado en salud del joven y salud sexual y reproductiva, alta rotación del personal de salud, descentralizado sistema de seguro de salud, inadecuada dotación de recursos financieros y humanos, y percepciones negativas de miembros comunitarios sobre la oferta de información y acceso a servicios de salud para jóvenes (Huaynocha, Svanemyr, Chandra-Mouli y Moreno, 2015).

Similar comportamiento se presenta en la ESE Hospital José María Hernández (HJMH) del municipio de Mocoa. La institución cuenta con un área designada a la prestación de los servicios amigables para adolescentes, pero el área es compartida con otros servicios porque la infraestructura de la entidad no facilita el tener un área específica para la demanda de estos servicios; y, teniendo en cuenta la zona geográfica que por su ubicación y la pésima vía de acceso, no es atractiva a los profesionales del área de la salud, y como consecuencia se presenta déficit de los mismos y los pocos que llegan, tan pronto tienen una mejor oportunidad abandonan el cargo generándose una alta rotación; además, esa situación genera interrupción en los procesos, lo cual conlleva a una baja en la calidad de la atención.

El municipio de Mocoa para el período constitucional 2012-2015, formuló como objetivo del subprograma de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), fortalecer la política nacional de SSR enfatizando en la línea de acción: maternidad segura, servicios amigables y la accesibilidad de la población del municipio a los programas de SSR para el ejercicio de una sexualidad sana y responsable (Alcaldía de Mocoa, 2012). En el plan de acción propuesto para el 2012, se estableció promover la implementación del modelo de servicios amigables para la atención en SSR de

los adolescentes (Alcaldía de Mocoa y Secretaría de Salud Municipal, 2012); y, para el 2014, entre las actividades propuestas en el marco del programa de servicios amigables, plantea la sensibilización y acercamiento en temáticas de SSR a través de actividades lúdico-participativas desarrolladas con los adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas del municipio; y, brindar soporte y apoyo a la red de agentes comunitarios en salud en la promoción de los derechos en SSR y promoción de la estrategia de servicios amigables (Alcaldía de Mocoa y Secretaría de Salud Municipal, 2014).

En consideración a lo expuesto, acorde con las metas del departamento, y teniendo en cuenta que en el municipio, el HJMH es la única institución que presta este servicio, conocer la percepción de los adolescentes beneficiados con los servicios de salud amigables permitirá a la gerencia, Secretaría de Salud del Departamento y demás actores del sistema, tomar acciones concretas encaminadas a mejorar dichos servicios, no solo en aras de aportar a la mejora de los indicadores de salud pública del municipio y el departamento, sino a la institución misma, puesto que se puede mejorar la demanda, favoreciendo los ingresos institucionales y por tanto, permitir un mayor fortalecimiento de la unidad, además de alcanzar un posicionamiento frente a otras instituciones de salud; así como, continuar con los procesos de mejoramiento continuo de la prestación de los servicios amigables, y fortalecer el trabajo inter e intra sectorial en beneficio de la población joven, y por consiguiente, de sus familias y la comunidad en general.

2. Materiales y Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo (Hernández, 2015), con el objeto de determinar la percepción de los adolescentes de 14 a 19 años de la zona urbana del municipio de Mocoa, usuarios de los Servicios de Salud Amigables de la ESE HJMH, durante los meses de abril a junio de 2015, identificar sus características sociodemográficas, describir su percepción frente al acceso y oportunidad en la atención en los servicios, la prestación del servicio,

y establecer el nivel de satisfacción respecto a la prestación del servicio.

Lugar

La ESE HJMH, cuya sede administrativa se encuentra ubicada en el municipio de Mocoa, capital del departamento de Putumayo, además de la sede principal donde se encuentran los servicios de baja y mediana complejidad, cuenta con 3 centros de salud ubicados en los centros poblados Yunguillo, Puerto Limón y El Pepino, y 11 puestos de salud distribuidos de manera estratégica en las diferentes veredas del municipio de Mocoa. Es el único hospital público que oferta estos servicios en el departamento de Putumayo y es nodo de referencia del departamento. Cuenta con un talento humano de 104 empleados de planta y 479 contratistas. La mayor contratación de las EPS, es con el hospital, por contar con la infraestructura y recurso humano suficiente para la demanda de servicios de salud, sin dejar que una mínima parte de los servicios sea prestada por algunas IPS que existen en el municipio, pero solo tienen cobertura urbana. Inició la prestación de los SSAAJ con una consulta diferencial para adolescentes y jóvenes con el Proyecto del Fondo Global en Colombia en el 2007, ubicando un profesional y un consultorio para tal efecto. En 2010 el hospital expidió una resolución donde se ratificó la oferta de un servicio diferencial para adolescentes y jóvenes del municipio de Mocoa (ESE Hospital José María Hernández, 2010). En 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Departamental de Salud del Putumayo, hicieron un reconocimiento al HJMH por ser una institución comprometida en el proceso de implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, exaltando su labor y participación, para garantizar un servicio de salud adecuado a las necesidades de los adolescentes y jóvenes del municipio de Mocoa.

Con este compromiso, se asignó un espacio de fácil acceso, que cuenta con personal de salud amistoso, donde los jóvenes pueden resolver sus inquietudes, ser orientados en los diferentes servicios que se ofertan. Todo esto se logra a través de una atención más personalizada, con el uso de herramientas que

de manera dinámica y a través de juegos, enseñan a conocer mejor el cuerpo humano y a fomentar el autocuidado. En este mismo año, dada la baja demanda del servicio y el compromiso de cumplir metas con las EAPB de la zona, en donde de alguna forma el HJMH podría estar en riesgo por dejar de percibir unos recursos económicos producto de la prestación de estos servicios, implementó los grupos extramurales para fortalecer la demanda inducida en los diferentes planteles educativos del municipio, mediante la socialización del portafolio de servicios y así, lograr la motivación de los adolescentes para que hagan uso de los servicios a los que tienen derecho a acceder sin costo alguno.

Población y muestra

El universo a estudio estuvo conformado por un total de 9.434 adolescentes entre los 10 a 24 años que han sido beneficiados de los servicios amigables durante el 2014, habitantes del área urbana del municipio de Mocoa en el departamento de Putumayo. La población objetivo estuvo constituida por 2.626 adolescentes entre 14 y 19 años de edad, quienes según la evidencia disponible tienen mayor riesgo de embarazo adolescente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a, 2013b; Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2014; OPS, 2007, 2010; Organización Panamericana de la Salud y OMS, 2008; Pasqualini y Llorens, 2010; República de Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social y Departamento Nacional de Planeación, 2012); y asistieron a los servicios amigables del HJMH durante el 2014.

Para calcular el tamaño de la muestra a partir de la población de estudio, se aplicó el cálculo de la muestra para poblaciones finitas, asumiendo un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5%, una frecuencia esperada del evento de 0,5 y una proporción esperada de pérdidas del 10%; por lo tanto, el tamaño de la muestra de estudio estuvo constituida por 370 adolescentes entre los 14 y 19 años de edad; el muestreo fue a conveniencia, hasta completar el tamaño de la muestra, entre los adolescentes que asistieron a la consulta y que cumplieron los criterios de inclusión: adolescentes residentes en el área urbana que habían asistido al menos 2 veces a los servicios de salud amigables, manifestaron la voluntad de participar en el estudio y su edad estaba entre los 14 a 19 años.

Las variables de estudio fueron: características sociodemográficas –sexo, edad, nivel de estudio, estado civil, afiliación a EPS y barrio de residencia-; acceso y oportunidad de la atención: facilidad de acceso a la institución, señalización visible, siempre es atendido, horarios de atención y pagar por la atención; prestación de servicios: atención brindada, claridad de la información, atención puesta por el profesional de salud, resolución del problema y remisión a otra entidad; satisfacción de la expectativa: atención con respeto y amabilidad, cumplieron con las expectativas, disponibilidad de tiempo para preguntas, tranquilidad del profesional al dar respuesta, suministro de medicamentos e insumos necesarios.

La fuente primaria de información fueron los adolescentes que asistieron a los servicios amigables de salud de la ESE HJMH, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada adaptada a partir del instrumento propuesto por la OMS en la guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes y jóvenes (OMS, OPS y Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011), para evaluar los servicios de salud amigables desde la percepción de los adolescentes, traducida y validada al español en Argentina. Por la diferencia en el dialecto las preguntas se acondicionaron de tal forma que fueran entendidas en la región, previos a la aplicación de la prueba piloto. La encuesta estructurada constaba de un total de 27 preguntas, con las siete primeras preguntas se obtuvieron los datos demográficos y en las restantes 20 preguntas se evaluó cada uno de los aspectos referentes al acceso, oportunidad, calidad en la prestación del servicio y satisfacción en la atención. La opción de respuesta fue Sí o No y selección múltiple.

Una vez se contó con la aprobación de la coordinación del servicio en la ESE HJMH, se procedió a contactar a los adolescentes en los mismos servicios amigables, se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento para participar en el estudio. Previo a dar instrucciones para la aplicación de la encuesta, se hizo una breve presentación a los adolescentes participantes del ejercicio de evaluación y del profesional de campo, a cargo de un miembro del personal de salud de la institución, quien se retiró del espacio reservado para el ejercicio una

vez finalizada la introducción, con el propósito de garantizar así la privacidad de las respuestas de los adolescentes participantes. El profesional de trabajo de campo, dio las gracias a todos los usuarios y procedió a explicar los objetivos de la evaluación y las pautas establecidas para el diligenciamiento del instrumento de recolección de información, dando respuesta a cualquier inquietud manifestada. Finalmente, antes de entregar el instrumento para su diligenciamiento, se aclaró a los adolescentes asistentes, que quien accedía a participar en el ejercicio, previo conocimiento del grado de anonimato, daba validez al “consentimiento informado” al proceder a dar respuesta al instrumento.

Con el propósito de unificar conceptos entre los profesionales de campo y aclarar dudas respecto al manejo de la encuesta por parte de los adolescentes, se realizó una prueba piloto al 10% de la muestra, es decir, a 37 adolescentes entre los 14 a 19 años, de la zona urbana y que fueron atendidos en el HJMH en los SSAAJ. Como resultado de la prueba piloto, en el punto I. Aspectos sociodemográficos, en el numeral 6: Tiene pareja, los adolescentes sugirieron cambiar la pregunta por Tiene Novia(o), siendo la única recomendación por parte de los adolescentes.

Una vez aplicadas las encuestas a toda la muestra a estudio, se procedió a depurar y sistematizar los datos recolectados en la hoja de cálculo de Excel, herramienta de Microsoft Office®, para su posterior análisis con el programa estadístico Epi-Info™ 7.0®. Se llevó a cabo el análisis univariado y bivariado de las variables a estudio con el uso de estadística descriptiva: medidas de frecuencia absolutas y relativas, medidas de tendencia: media, mediana, y moda, medidas de dispersión: varianza y desviación estándar, en vista de que el estudio no pretende buscar causalidad no se utilizaron pruebas de significancia estadística. Se agrupó la variable edad y se cruzó con cada una de las variables sociodemográficas, acceso y oportunidad en la atención, satisfacción de las expectativas y prestación apropiada del servicio por sexo. Los datos recopilados fueron expresados en tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

En consonancia con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, artículo 11, literal a:

Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (República de Colombia y Ministerio de Salud, 1993).

Prevalció el criterio del respeto a la dignidad de los adolescentes y jóvenes, la protección de sus derechos y su bienestar; se protegió su privacidad y se garantizó el anonimato de sus respuestas. Se contó con el consentimiento informado de los adolescentes y jóvenes, quienes manifestaron su interés de participar en el estudio.

3. Resultados

Características sociodemográficas

Del total de 370 adolescentes participantes en el estudio, 203 (54,9%) eran de sexo femenino y 167

(45,1%) masculino; mediana de edad 15 ($\pm 1,3$) años, edad mínima 14 y máxima 19 años (Tabla 1). De los 64 barrios que conforman la cabecera municipal de Mocoa, los adolescentes residen en 63 (98,4%) barrios del municipio (Tabla 2).

Tabla 1. *Análisis univariado por edad y sexo, adolescentes usuarios de los servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio de 2015*

Medida	Femenino	Masculino	Total
Observaciones	203	167	370
Media	15,3	15,8	15,5
Mediana	15	16	15
Moda	14	14	14
Varianza	1,3	2,1	1,7
Desviación Estándar	1,1	1,4	1,3
Mínimo	14	14	14
Máximo	19	19	19

Tabla 2. *Distribución según el barrio de residencia, adolescentes usuarios de los servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio de 2015*

Barrio	No. Personas Encuestadas	%	Barrio	No. Personas Encuestadas	%	Barrio	No. Personas Encuestadas	%
Santa Martha	5	1,4	Kennedy	2	0,5	Pablo Sexto	7	1,9
Alto Afán	1	0,3	La Floresta	2	0,5	Palermo	3	0,8
Américas	7	1,9	La Loma	4	1,1	Primero De Enero	2	0,5
Avenida 17 De Julio	2	0,5	La Peña	9	2,4	Primero De Mayo	1	0,3
Avenida Colombia	4	1,1	La Reserva	8	2,2	Pueblo Viejo	13	3,5
Barrio 5 De Septiembre	1	0,3	La Unión	5	1,4	Quince De Mayo	4	1,1
Bella Vista	1	0,3	Las Acacias	2	0,5	San Agustín	76	20,5
Bolívar	1	0,3	Las Planadas	2	0,5	San Antonio	3	0,8
Caliyaco	2	0,5	Los Álamos	3	0,8	San Fernando	12	3,2
Centro	2	0,5	Los Chiparos	6	1,6	San Francisco	2	0,5
Condagua	1	0,3	Los Guadales	1	0,3	San Miguel	13	3,5
El Carmen	1	0,3	Los Laureles	3	0,8	Sinaí	4	1,1
El Jardín	2	0,5	Los Pinos	3	0,8	Ticuanayoy	3	0,8
El Libertador	6	1,6	Los Prados	3	0,8	Venecia	1	0,3

El Progreso	9	2,4	Los Sauces	13	3,5	Verdeyaco	1	0,3
Esmeralda	9	2,4	Mandiyaco	1	0,3	Villa Caimaron	4	1,1
Huasipanga	1	0,3	Medio Afán	1	0,3	Villa Del Norte	5	1,4
Independencia	32	8,6	Miraflores	1	0,3	Villa Diana	2	0,5
Jorge Eliecer Gaitán	2	0,5	Naranjito	8	2,2	Villa Mosquera	1	0,3
Jose Homero	12	3,2	Nueva Esperanza	5	1,4	Villa Nueva	2	0,5
Jose Homero Alto	5	1,4	Obrero	7	1,9	Villa Rosa	2	0,5
Jose Homero Bajo	5	1,4	Olímpico	6	1,6	Total	370	100,0
Jose Maria Hernandez	3	0,8						

La distribución según el grupo de edad: de los 370 encuestados estaban entre las edades de 14-15 (200; 54,1%), de ellos, 122 (60,1%) fueron mujeres y 78 (46,6%) hombres; de 16-17 (139; 37,6%), de los cuales fueron mujeres 73 (52,5%) y hombres 66 (47,5%); y de 18-19 años (31; 8,4%), de ellos, fueron mujeres 8 (25,8%) y hombres 23 (74,2%).

Según el estado civil, solteros 252 (68,1%), de los cuales, fueron mujeres 144 (57,1%) y hombres 108 (42,9%); en unión libre 5 (1,4%), mujeres 3 (60,0%) y hombres 2 (40,0%); y otro, 113 (30,3%) de ellos, mujeres 56 (49,6%) y hombres 57 (50,4%), (Tabla 3). Al indagar que es para ellos otro estado civil, los adolescentes refirieron que era una relación de “*amigovios*” que se traduce en una relación de pareja sin tener compromiso alguno.

Tabla 3. Distribución por grupo de edad y estado civil, adolescentes usuarios de los servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio de 2015

Femenino						
Edad	Soltero	%	Unión libre	%	Otro	%
14-15	93	76,2	1	0,8	28	23,0
16-17	47	64,4	0	0,0	26	35,6
18-19	4	50,0	2	25,0	2	25,0
Total	144	70,9	3	1,5	56	27,6
Masculino						
14-15	60	76,9	2	2,6	16	20,5
16-17	35	53,0	0	0,0	31	47,0
18-19	13	56,5	0	0,0	10	43,5
Total	108	64,7	2	1,2	57	34,1
Total						
14-15	153	76,5	3	1,5	44	22
16-17	82	59,0	0	0	57	41,0
18-19	17	54,8	2	6,5	12	38,7
Total	252	68,1	5	1,4	113	30,5

Manifestaron tener una pareja estable 139 (37,6%) y sin pareja 231 (62,4%), (Figura 1); todos con nivel educativo de básica secundaria. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en el régimen subsidiado 317 (85,7%), en el régimen contributivo 38 (10,3%) y sin afiliación 15 (4,1%).

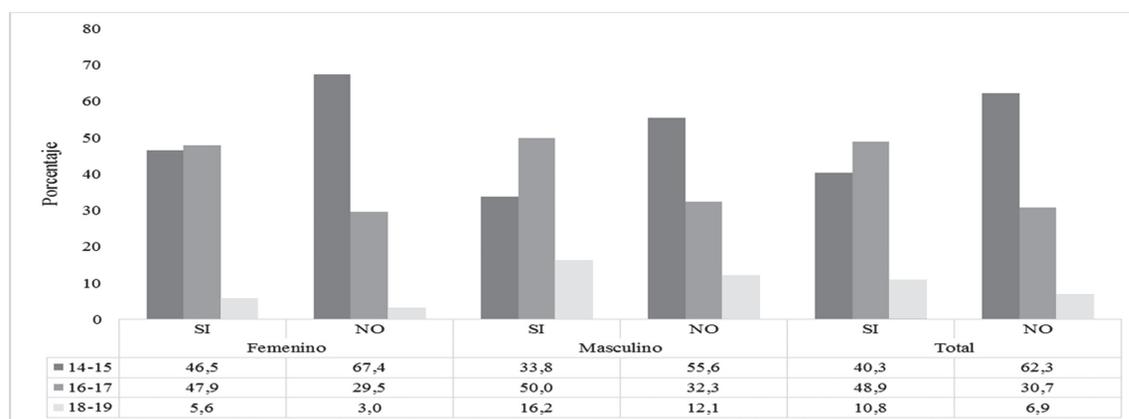


Figura 1. Distribución por grupo de edad y pareja estable, adolescentes usuarios de servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio de 2015.

Acceso y oportunidad de los servicios

El 71,9% (266/370) de los adolescentes encuestados consideran que la institución donde prestan los servicios amigables es de fácil acceso, el 38,1% (141/370) refieren que hay señalización del sitio; el 70,8% (262/370) consideran que el horario de atención es adecuado, el 20,0% (74/370) requiere cita previa; el 7,6% (28/370) le tocó pagar por el servicio y el 48,4% (179/370) considera que tiempo de espera es adecuado (Tabla 4).

Entre quienes manifestaron no haber sido atendidos alguna vez, las razones por las cuales no recibieron atención en el servicio fueron: congestión del servicio 21 (47,7%), llegar tarde a la cita 9 (20,5%), falta de médicos 6 (13,6%), no hay una buena atención 5 (11,4%), no me encontraron en el sistema, pérdida de papeles y no estar afiliada a una EPS 1 (2,3%) respectivamente.

Tabla 4. Percepción del acceso y oportunidad del servicio, adolescentes usuarios de los servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio 2015

Grupo de edad	Femenino				Masculino			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Acceso fácil								
14-15	89	73,0	33	27,0	54	69,2	24	30,8
16-17	49	67,1	24	32,9	50	75,8	16	24,2
18-19	8	100,0	0	0,0	16	69,6	7	30,4
Total	146	71,9	57	28,1	120	71,9	47	28,1
Señalización del sitio								
14-15	38	31,1	84	68,9	39	50	39	41,1
16-17	27	37,0	46	63,0	24	36,4	42	44,2
18-19	4	50,0	4	50,0	9	39,1	14	14,7
Total	69	34,0	134	66,0	72	43,1	95	56,9
Alguna vez no fue atendido								
14-15	16	13,1	106	86,9	9	11,5	69	88,5
16-17	9	12,3	64	87,7	6	9,1	60	90,9
18-19	1	12,5	7	87,5	3	13,0	20	87,0
TOTAL	26	12,8	177	87,2	18	10,8	149	89,2

Grupo de edad	Femenino				Masculino			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Horario de atención adecuado								
14-15	82	67,2	40	32,8	58	74,4	20	25,6
16-17	56	76,7	17	23,3	47	71,2	19	28,8
18-19	5	62,5	3	37,5	14	60,9	9	39,1
TOTAL	143	70,4	60	29,6	119	71,3	48	28,7
Consulta sin previa cita								
14-15	24	19,7	98	80,3	16	20,5	62	79,5
16-17	11	15,1	62	84,9	12	18,2	54	81,8
18-19	4	50,0	4	50,0	7	30,4	16	69,6
TOTAL	39	19,2	164	80,8	35	21,0	132	79,0
Pago por la consulta								
14-15	10	8,2	112	91,8	8	10,3	70	89,7
16-17	4	5,5	69	94,5	3	4,5	63	95,5
18-19	1	12,5	7	87,5	2	8,7	21	91,3
TOTAL	15	7,4	188	92,6	13	7,8	154	92,2
Tiempo de espera adecuado								
14-15	51	41,8	71	58,2	38	48,7	40	51,3
16-17	33	45,2	40	54,8	31	47,0	35	53,0
18-19	8	100,0	0	0,0	18	78,3	5	21,7
TOTAL	92	45,3	111	54,7	87	52,1	80	47,9

Prestación apropiada del servicio

Al indagar cómo se sintieron con la atención brindada en el servicio, consideraron que fueron atendidos muy bien 79 (21,4%), bien 236 (63,8%), regular 52 (14,1%) y mal 3 (0,8%); están seguros que el profesional de salud mantendrá la confidencialidad de la información compartida 188 (50,8%), poco seguros 121 (32,7%), inseguros 18 (4,9%) y no saben 43 (11,6%); consideraron que el profesional de la salud estaba atento durante la atención 290 (78,4%), medianamente atento 68 (18,4%), no estaba atento 5 (1,4%) y no sabe 7 (1,9%); su problema fue totalmente resuelto 157 (42,4%) medianamente resuelto 181 (48,9%), sin solución 21 (5,7%) y no sabe 11 (3,0%) (Tabla 5).

Tabla 5. Percepción de la prestación del servicio, adolescentes usuarios de los servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio de 2015

Grupo Edad	Femenino				Masculino			
	Atención							
	Muy bien %	Bien %	Regular %	Mal %	Muy bien %	Bien %	Regular %	Mal %
14-15	23 (18,8)	85 (69,7)	13 (10,7)	1 (0,8)	10 (12,8)	53 (67,9)	15 (19,2)	0 (0,0)
16-17	21 (28,8)	40 (54,8)	10 (13,7)	2 (2,7)	17 (25,7)	41 (62,1)	8 (12,1)	0 (0,0)
18-19	4 (50,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	13 (56,5)	6 (26,1)	0 (0,0)
Total	48 (23,6)	129 (63,5)	23 (11,3)	3 (1,5)	31 (18,5)	107 (64,0)	29 (17,4)	0 (0,0)
Confidencialidad de la información compartida								
Grupo Edad	Estoy seguro %	Poco seguro %	Inseguro %	No sabe %	Estoy seguro %	Poco seguro %	Inseguro %	No sabe %
14-15	67 (54,9)	35 (28,7)	4 (14,3)	16 (13,1)	38 (48,7)	28 (35,9)	3 (3,8)	9 (11,5)

16-17	39 (53,4)	22 (30,1)	3 (13,0)	9 (12,3)	28 (42,4)	23 (34,8)	8 (12,1)	7 (10,6)
18-19	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (43,5)	11 (47,8)	0 (0,0)	2 (8,7)
Total	112 (55,2)	59 (29,1)	7 (3,4)	25 (12,3)	76 (45,5)	62 (37,1)	11 (6,6)	18 (10,8)

Atención prestada por el profesional

Grupo Edad	Si estaba atento %	Medianamente %	No estaba atento %	No sabe %	Si estaba atento %	Medianamente %	No estaba atento %	No sabe %
14-15	97 (79,5)	19 (15,6)	1 (0,8)	5 (4,1)	60 (76,9)	17 (21,8)	0 (0,0)	1 (1,3)
16-17	58 (79,5)	13 (17,8)	2 (2,7)	0 (0,0)	51 (77,3)	13 (19,7)	2 (3,0)	0 (0,0)
18-19	7 (30,4)	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (73,9)	5 (21,7)	0 (0,0)	1 (4,3)
Total	162 (100)	33 (100)	3 (100)	5 (100)	128 (100)	35 (100)	2 (100)	2 (100)

Problema resuelto durante la atención

Grupo Edad	Totalmente %	Medianamente %	Sin solución %	No sabe %	Totalmente %	Medianamente %	Sin solución %	No sabe %
14-15	50 (41,0)	57 (46,7)	9 (7,4)	6 (4,9)	34 (43,6)	39 (50,0)	3 (3,8)	2 (2,6)
16-17	36 (49,3)	29 (39,7)	6 (8,2)	2 (2,7)	23 (34,8)	40 (60,6)	3 (4,5)	0 (0,0)
18-19	3 (37,5)	5 (6)2,5	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (47,8)	11 (47,8)	0 (0,0)	1 (4,3)
Total	89 (43,8)	91 (44,8)	15 (7,4)	8 (3,9)	68 (40,7)	90 (53,9)	6 (3,6)	3 (1,8)

La información dada en el servicio fue clara 277 (74,9%), poco clara 89 (24,1%) y no entendió nada 4 (1,1%) (Figura 2); fueron remitidos a otros servicio, 52 (14,1%), de los cuales, mujeres 27 (50,3%) y hombres 25 (48,1%), distribuidos por grupo de edad, 14-15 (26; 50,0%), 15-16 (16; 30,8%) y 17-19 (10 (19,2%).

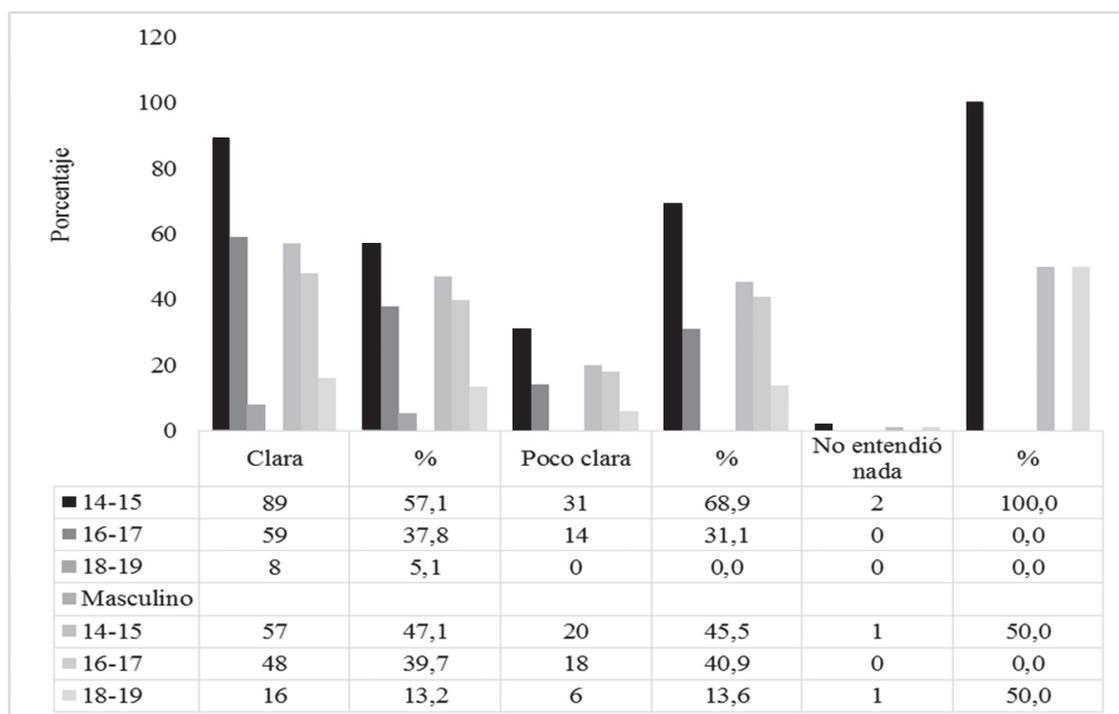


Figura 2. Percepción de la prestación del servicio en cuanto a la calidad de la información brindada, adolescentes usuarios de los servicios amigables, ESE HJMH, abril-junio de 2015.

Satisfacción de las expectativas

Consideraron que la atención en los servicios amigables se hace con respeto y amabilidad, siempre 273 (73,8%), alguna vez 94 (25,4%) y nunca 3 (0,8%); cuando reciben atención se sienten satisfechos porque cumplieron sus expectativas, siempre 201 (54,3%), algunas veces 167 (45,1%) y nunca 2 (0,5%); tuvieron tiempo suficiente para hacer todas las preguntas al profesional de la salud que les atendió 250 (67,6%), muy poco tiempo 116 (31,4%) y nada 4 (1,1%); el profesional de salud contestó sus preguntas de forma tranquila 328 (88,6%), con un poco de afán 36 (9,7%), con mucho afán 5 (1,4%) y no respondió 1 (0,3%); y, el servicio de salud cuenta con los medicamentos y elementos necesarios para hacer frente a sus necesidades, si cuenta con todo 142 (38,4%), medianamente cuenta con todo 168 (45,4%), no tiene lo necesario para cumplir las necesidades 51 (13,8%) y no aplica 9 (2,4%).

4. Discusión

La OPS, con base en las siete áreas estratégicas propuestas en la Estrategia regional (OPS y OMS, 2008) y las metas y actividades planteadas en el Plan de acción para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes 2010-2018 (OPS, 2010), propone, entre otros, vigilar y evaluar la calidad, la cobertura y el costo de los programas nacionales de salud adolescente, de los servicios de salud y de otras intervenciones nacionales para los adolescentes y jóvenes; y, monitorear y evaluar el impacto de la educación sexual y el acceso a los servicios de salud para adolescentes. Así mismo, en los países de la Región, se reconoce la necesidad de considerar la evaluación como parte fundamental de las acciones rutinarias del equipo de atención en los servicios de salud amigables y se propone: examinar la ruta del adolescente y analizar en cada una de las instancias la existencia de obstáculos al acceso y a la confidencialidad, para así, poder realizar los ajustes necesarios para la mejora continua del servicio; y, brindar a todos los actores la libertad de generar indicadores acordes a la modalidad de prestación de servicios elegido o posible (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2012).

Los aspectos de la calidad de los servicios de salud amigables, van más allá de la configuración de la prestación de servicios, debe incluir la aceptación de los adolescentes y los jóvenes, así como de la comunidad sobre sus derechos sexuales y reproductivos, para contribuir así a la calidad de la respuesta a las realidades de la vida de los adolescentes y jóvenes, respetar la confidencialidad, brindar opciones y la sensibilización de sus derechos; deben ser servicios acogedores para los jóvenes respetando la confidencialidad, dándoles opciones y la sensibilización de los derechos (Braeken y Rondinelli, 2012). Es así como, diversos estudios han sido llevados a cabo con el propósito de identificar la percepción de los adolescentes respecto a los servicios de salud y que afectan su decisión de buscar ayuda para que sus necesidades sean atendidas (Agampodi S., Agampodi T. y Ukd, 2008; Forrest et al., 2009; Ginsburg et al., 1995; Kennedy et al., 2013; Khalaf, Abu Moghli y Froelicher, 2010; Woods et al., 2006).

De acuerdo con el modelo planteado para evaluar la percepción de los adolescentes de los servicios de salud amigables y con base en las características sociodemográficas evaluadas, predominó el sexo femenino con una diferencia de 9,7 puntos porcentuales respecto al sexo masculino, siendo la mediana de edad un año mayor en los hombres, comportamiento similar al reportado en el estudio realizado para evaluar la percepción, experiencias y expectativas de los jóvenes en la zona de ladera de la ciudad de Cali, en el que el 76% de los encuestados fueron mujeres (Valencia et al., 2010); la distribución de la muestra a estudio, de acuerdo con el barrio de residencia, se encuentra distribuida en todo el casco urbano del municipio, predominando los barrios San Agustín -con el mayor número de adolescentes residentes-, Independencia, Los Sauces, Pueblo Viejo y San Miguel. Más de la mitad se encontraban en el grupo de edad de 14 a 15 años y menos de la décima parte en el grupo de 18 a 19 años, es decir, la mayoría de la muestra se ubicó en el grupo de edad de 14 a 17 años, con una distribución de acuerdo con la edad similar a otros estudios (Gallo, 2009; Kennedy et al., 2013; Valencia et al., 2010).

Al indagar por su estado civil casi las tres cuartas partes son solteros, una mínima proporción manifestó vivir en unión libre, y un poco más de la cuarta parte mencionó otro estado civil diferente a casado o separado; el ítem otro estado civil, manifestado, es el ser soltero, pero con una relación de pareja sin compromiso alguno. Esto podría evidenciar que hay un riesgo potencial de embarazos en adolescentes y por supuesto el inicio precoz de las relaciones sexuales. En los resultados obtenidos por el UNFPA en 2013, como resultado de la evaluación del modelo de servicios amigables en el país, encontraron que la proporción de adolescentes que manifestaron ser solteros fue de 76,5% y en unión libre 20,8% (UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social y UNICEF, 2013), en cambio en este estudio alcanza el 98,6% que son realmente solteros, pero desde la percepción del adolescente se identifica como otro estado civil “amigovio”. Al comparar por sexo, es mayor la proporción de mujeres solteras respecto a los hombres.

Todos informaron tener un nivel educativo de básica secundaria, pero como limitante no se incluyó una opción de respuesta en la que se registrara el último año cursado, lo que dificultó establecer una comparación con otros estudios reportados en la literatura. Respecto a su afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), la mayoría está afiliado en el régimen subsidiado, seguido por el contributivo –apenas una décima parte- y una pequeña proporción sin afiliación, de los cuales, solo tres adolescentes manifestaron no haber sido atendidos en alguna ocasión por congestión del servicio, no estar afiliado al sistema y no haber una buena atención respectivamente. Se evidencia un incremento de 28,9 puntos porcentuales al comparar los resultados obtenidos en la proporción de afiliados en el régimen subsidiado (85,7%) con los hallazgos del estudio del UNFPA en 2013 (56,8%); y, entre quienes están sin afiliación el incremento es de 2,5 puntos porcentuales (4,1% vs. 1,6%), (UNFPA et al., 2013).

En cuanto al acceso y oportunidad de la atención, la mayoría de los adolescentes valoran positivamente los aspectos referentes al fácil acceso a la institución donde se prestan los servicios amigables, siempre son atendidos, el horario de atención es adecuado y la gratuidad de la consulta; los hallazgos son

similares a los de un estudio con jóvenes entre los 10 y 19 años, a quienes se aplicó una encuesta con el objetivo de identificar la percepción, experiencias y expectativas de los jóvenes y funcionarios frente a los servicios amigables en la zona de ladera de Cali, en el que el 70% de los adolescentes consideró que es fácil llegar al centro de salud, pero difieren en cuanto a que el 34% refirió no haber sido atendido en el horario en que se les había asignado la cita, y el 62% refirió no haber sido atendido sin cita previa cuando lo necesitó (Valencia et al., 2010).

En cambio, no fueron valorados positivamente los aspectos relacionados con la señalización del sitio de atención a los adolescentes y el tiempo de espera por la atención; con predominio de la congestión del servicio, entre las razones por las cuales alguna vez no fueron atendidos, seguida por llegar tarde a una cita y la falta de médicos en el servicio, lo que podría atentar contra la privacidad, anonimato y confidencialidad de la atención de los adolescentes, entre otros aspectos identificados como barreras propias de los centros de salud, que pueden afectar a la población de jóvenes y adolescentes (Sadler, Obach, Luengo y Biggs, 2010) e invita a tener en cuenta la observación por los adolescentes de Soweto, Sudáfrica, para que los servicios de salud sean más acogedores para los jóvenes (Forrest et al., 2009).

La percepción en cuanto a la prestación de servicio, la mayoría considera que son bien atendidos (84,7%), lo que difiere de los resultados de un estudio cualitativo con 60 adolescentes entre 12 y 18 años de edad de Jordania, quienes manifestaron su necesidad de contar con servicios de calidad en los que se les brinde, entre otros, una buena atención (Khalaf et al., 2010); la mitad cree que la información compartida con el profesional de salud se mantendrá confidencial; más de las tres cuartas partes siente que el profesional de salud le prestó la atención requerida; la mayoría considera que su problema es resuelto o medianamente resuelto; una mínima proporción opina que no le brindaron solución a su problema; y, las tres cuartas partes, considera que la información dada es clara. Entre quienes son remitidos a otro servicio predomina el sexo femenino concentrado en el grupo de edad de 14 a 16 años.

La falta de confidencialidad es un aspecto que ha sido identificado en diversos estudios como una

barrera de acceso a los servicios de salud por parte de los adolescentes, entre ellos, el estudio cuantitativo realizado en Filadelfia con estudiantes de noveno grado (Ginsburg et al., 1995), los estudios cualitativos realizados en Vanuatu entre 341 adolescentes de ambos sexos con edades entre los 15 y 19 años de edad (Kennedy et al., 2013), y Sri Lanka con 32 adolescentes entre los 17 y 19 años de edad (Agampodi et al., 2008); lo que hace necesario generar acciones para que el personal terapéutico establezca empatía con los adolescentes y jóvenes (Valencia et al., 2010), y que ellos sientan que el personal respeta la confidencialidad, es confiable y asegura la privacidad de la consulta (Moreno y Púa, 2012).

Respecto a la percepción de la satisfacción de las expectativas, la mayoría opina que la atención siempre se brinda con respeto y amabilidad; un poco más de la mitad manifiesta que siempre se cumple con sus expectativas seguido muy de cerca por algunas veces y tan solo dos adolescentes mencionan que nunca se cumple con sus expectativas; el tiempo es suficiente para hacer todas las preguntas para casi la tercera parte; para la mayoría el profesional de salud responde sus preguntas de forma tranquila; y, menos de la mitad considera que el servicio de salud cuenta con los medicamentos y elementos necesarios para hacer frente a sus necesidades, pero los resultados obtenidos, como en otros estudios no sobrepasan en ningún caso el 80% y lo ideal sería lograr en todos los niveles que estos porcentajes sean cercanos al 100% (Valencia et al., 2010).

Los aspectos de la calidad de los servicios de salud amigables, van más allá de la configuración de la prestación de servicios, deben incluir la aceptación de los adolescentes y los jóvenes, así como de la comunidad sobre sus derechos sexuales y reproductivos, para contribuir así a la calidad de la respuesta a las realidades de la vida de los adolescentes y jóvenes, respetar la confidencialidad, brindar opciones y la sensibilización de sus derechos; deben ser servicios acogedores para los jóvenes respetando la confidencialidad, dándoles opciones y la sensibilización de los derechos (Braeken y Rondinelli, 2012).

5. Conclusiones

Se destaca la importante participación de los hombres usuarios del servicio de salud amigable de la ESE HJMH a pesar de que las mujeres son las usuarias de mayor frecuencia; así como también, por grupo de edad los mayores usuarios son los adolescentes de 14 a 15 años.

De acuerdo con el barrio de residencia, se encontró distribuida en un alto porcentaje por estudiantes que residen en el barrio San Agustín, lo cual podría ser atribuido a la difusión hecha de los servicios amigables en el colegio del mismo nombre, y por su connotación de público hace que haya más libertad para hacer la demanda inducida. Aun cuando la mayoría manifestó que su estado civil es soltero, comportamiento similar al reportado cuando se indagó si tenían una pareja estable, en donde la mayoría respondió que no la tenían. Llama la atención que la gran mayoría está afiliado al SGSSS en el régimen subsidiado, y una mínima proporción se encuentra sin afiliación.

Se evidencia un buen nivel de percepción de los adolescentes respecto al servicio de salud amigable prestado en la ESE HJMH del municipio de Mocoa, pero en ninguno de los aspectos evaluados en cada una de las categorías establecidas en el modelo: acceso y oportunidad, prestación del servicio y satisfacción de las expectativas, sobrepasó el 80% y lo ideal sería lograr en todos los niveles que estos porcentajes sean cercanos al 100% (Valencia et al., 2010).

Específicamente, en la categoría de acceso y oportunidad, los adolescentes no valoraron de forma positiva la señalización del servicio y el tiempo de espera por la atención atribuido a la congestión del servicio. En la categoría de percepción del servicio, solo la mitad considera que el profesional de salud mantendrá la confidencialidad de la información suministrada y un poco más de la mitad considera que sus inquietudes o problemas no son totalmente resueltos durante la atención; lo cual es coincidente con la categoría de satisfacción de las expectativas, en donde casi la mitad de los adolescentes manifiestan que se cumple medianamente con sus expectativas.

El servicio de salud amigable prestado por el HJMH en el municipio de Mocoa cuenta con

una buena percepción de los adolescentes en los aspectos relacionados con el acceso y oportunidad, la prestación del servicio y la satisfacción de las expectativas de los adolescentes, a través de los cuales se evidencia el interés prestado por la institución para atender a la población de adolescentes en el área urbana del municipio.

De acuerdo a los resultados se considera importante fortalecer la consulta diferencial que permita garantizar la confidencialidad, resolver en su totalidad los problemas manifestados por los adolescentes en el momento de la atención, facilitar el acceso al servicio mejorando la señalización de las áreas y disminuyendo los tiempos de espera en la atención.

6. Recomendaciones

Es necesario e importante ahondar esfuerzos que permitan fortalecer las acciones implementadas para brindar una atención en salud adecuada, confidencial y segura para los adolescentes que garantice su permanencia y asiduidad a los servicios amigables. Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, se hacen las siguientes recomendaciones:

A la autoridad en salud:

- Continuar y fortalecer los procesos de divulgación de los servicios amigables en todas las instituciones educativas del municipio tanto del área urbana como rural.
- Promover la implementación de los servicios amigables en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud: públicas y privadas del municipio de Mocoa.
- Planear una mayor inversión en programas de educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes que en el tratamiento de las consecuencias que se presentan cuando la sexualidad, en esta población se desarrolla y sigue comportamientos de riesgo que arrojan resultados indeseados como embarazo, parto pre-término, aborto provocado, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, madre

solterísimo, violencia sexual, prostitución y su asociación con otras situaciones que alteran el desarrollo de adolescentes y jóvenes como el uso de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio.

Al Hospital José María Hernández:

- Mejorar la señalización de los sitios asignados por la institución para la atención de los adolescentes en el contexto de los servicios amigables.
- Generar las acciones que faciliten la asignación de citas, la descongestión del servicio y el tiempo de espera para la atención por parte del profesional de salud.
- Gestionar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades competentes en el departamento y el municipio, la ampliación de la planta de personal, que permita contar con profesionales de salud vinculados a la institución de forma permanente que permita, de esta forma, garantizar la disponibilidad permanente de personal calificado y así poder mejorar la oportunidad en la atención.
- Fortalecer las acciones de capacitación al personal de salud orientadas a la atención personalizada, preferencial e integral de los adolescentes y jóvenes usuarios de los servicios amigables.
- Incrementar la oferta de servicios amigables de salud en la zona rural del municipio mediante grupos extramurales que permitan mejorar los ingresos a través de la facturación y a la vez interviniendo los factores de riesgo presentes en adolescentes como embarazo, ITS/VIH, entre otros.
- La implementación de servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes requiere bajas inversiones de dinero y ofrece grandes beneficios para la salud de este grupo poblacional. Por lo que es importante la participación activa de los adolescentes, ya que dentro del programa se promueven factores protectores, se disminuyen los factores de riesgo y por consiguiente, los costos de atención.

- Teniendo en cuenta las anteriores recomendaciones se hace necesario establecer un plan de acción encaminado al mejoramiento continuo de los servicios de salud amigables.

A los profesionales de salud:

- Desarrollar habilidades y fortalecer conocimientos específicos en el perfil epidemiológico de los jóvenes, para enfocar la prestación de servicios a las necesidades reales de los adolescentes y jóvenes garantizando la satisfacción del usuario y la fidelidad al servicio.
- Fortalecer la atención integral en los adolescentes y jóvenes que permita generar mayor confianza y eficiencia en los tiempos de atención a esta población.
- Eliminar las barreras de atención, facilitando la prestación de servicios de atención integral, así como fortalecer conocimientos y habilidades específicas para que identifiquen y atiendan a jóvenes en forma idónea.

A la comunidad:

- Difundir los servicios amigables de salud mediante el estímulo y la participación del adolescente. Es fundamental una nueva cultura, que promueva la interacción y el diálogo entre adultos y adolescentes, esta puede ser una nueva forma de vincularse con ellos.

A los adolescentes:

- Asistir con mayor asiduidad a los servicios de salud con el fin de incrementar la demanda especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, la cual puede influir positivamente en los indicadores de salud como embarazo en adolescentes, disminución en las ITS/VIH, planificación familiar, entre otros.
- Participar en las actividades de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, programadas por el municipio en los espacios educativos, libres y culturales, junto a la de otros actores sociales, ya que posibilita la apertura de una sociedad que puede aten-

der sus necesidades de salud (entre otras, de educación y recreación).

Al Sistema de Salud:

- Pensar en un modelo de salud integral que promuevan y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red.
- Privilegiar la atención de baja complejidad en el sentido de mejorar tarifas, que permita mayores ingresos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, de tal manera que sirva como estímulo para invertir y mejorar no solo la infraestructura de estos servicios, sino la calidad del servicio teniendo en cuenta los cuatro pilares de la calidad (enfoque al cliente, optimizar los recursos, mejora continua y participación activa).

Finalmente, debe considerarse el costo-efectividad de las intervenciones, lo que guarda relación con las decisiones que se toman en el ámbito de cómo se produce lo que hay que producir, y pensar en la elaboración de protocolo de actividades y procesos de atención basados en la evidencia, que garanticen la racionalización de los recursos con los mejores resultados hacia el usuario.

7. Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses del trabajo presentado.

Referencias

- Agampodi, S., Agampodi, T. & Ukd, P. (2008). Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC Health Serv Res*, 3(8), 98. doi: 10.1186/1472-6963-8-98.

- Alcaldía de Mocoa. (2012). *Plan de Desarrollo "Si hay futuro para Mocoa 2012-2015"*. Mocoa: Alcaldía de Mocoa.
- Alcaldía de Mocoa y Secretaría de Salud Municipal. (2012). *Plan de acción en salud 2012*. Mocoa: Alcaldía de Mocoa.
- Alcaldía de Mocoa y Secretaría de Salud Municipal. (2014). Plan de Acción por dependencia. *Plan de Desarrollo "Si hay futuro para Mocoa 2012-2015"*. Mocoa: Alcaldía de Mocoa.
- Braeken, D. y Rondinelli, I. (2012). Sexual and reproductive health needs of young people: matching needs with systems. *Int J Gynaecol Obstet*, 119 Suppl 1, S60-63.
- Dirección Provincial de Salud y Departamento Materno Infantil. (2010). *Centro de Atención Integral a la Salud Adolescente (CAISA)*: Ciudad de la Habana.
- Econometría. (2013). *Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
- ESE Hospital José María Hernández (ESE HJMH). (2010). *Resolución por medio de la cual se institucionaliza la política y se cumplen normas para la implementación efectiva de las estrategias Institución Amiga de la Mujer y la Infancia IAMI, Atención Integral de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI y Servicios Saludables para Adolescentes y Jóvenes en favor de la salud, nutrición materna-infantil y adolescencia con enfoque de derechos humanos, perspectiva diferencial y criterios de calidad para lograr el mejoramiento de la atención de niños, niñas menores de cinco años y adolescentes en el Hospital José María Hernández. Resolución 1065 de 2010 (julio 29)*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). (2003). *Guía de Habilidades para el Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*. Santiago de Chile: Mosquito Comunicaciones.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). *Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia*. Bogotá, D.C.: UNFPA.
- Forrest, J., Kaida, A., Dietrich, J., Miller, C., Hogg, R. & Gray, G. (2009). Perceptions of HIV and fertility among adolescents in Soweto, South Africa: stigma and social barriers continue to hinder progress. *AIDS Behav*, 13 Suppl 1, 55-61.
- Gallo, N. (2009). Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27(3), 282-290.
- Ginsburg, K., Slap, G., Cnaan, A., Forke, C., Balsley, C. & Rouselle, D. (1995). Adolescents' perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA*, 273(24), 1913-1918.
- Hernández, M. (2015). *Epidemiología. Diseños y análisis de estudios* (2a ed.). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Huaynoca, S., Svanemyr, J., Chandra-Mouli, V. & Moreno, D. J. (2015). Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reproductive Health*, 12(90), 1-13.
- Instituto de Educación y Salud-IES. (2003). *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú*. Lima: IES.
- Kennedy, E., Bulu, S., Harris, J., Humphreys, D., Malverus, J. & Gray, N. (2013). "Be kind to young people so they feel at home": a qualitative study of adolescents' and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu. *BMC Health Serv Res*, 13, 455.
- Khalaf, I., Abu Moghli, F. & Froelicher, E. (2010). Youth-friendly reproductive health services in Jordan from the perspective of the youth: a descriptive qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 24(2), 321-331.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (febrero 2003)*. Bogotá, D.C.: MPS.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Sociedad Argentina de Pediatría & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires: MINSAs.
- Ministerio de Salud Perú, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral y Etapa de Vida Adolescente. (2007). *Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. Documento Técnico RM No. 1077-2006/*

- MINSALUD. Lima: MINSALUD.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2009). *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Tomo I*. Montevideo: DIGESA - MSP.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). Embarazo adolescente en Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Plan Decenal de Salud 2012-2021*. Bogotá, D.C.: El Ministerio.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.
- Moreno, D. y Púa, R. (2012). *Servicios de salud amigables para adolescentes. Una revisión de su implementación y principales características*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Nirenberg, O., Infante, F., Sedano, F. & Brian, W. (2003). *Evaluación externa: plan de acción en salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001: informe final*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Norma, J. & Montalto, D. (1998). Implementing the Guidelines for Adolescent Preventive Services. *Am Fam Physician*, 57(9), 2181-2188.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Riesgos para la salud de los jóvenes. *Centro de Prensa. Nota descriptiva No. 345*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- _____. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Resumen*. Ginebra: OMS.
- OMS, OPS y Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2011). *Evaluación de Calidad. Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes y los jóvenes. Traducción de la publicación original de la Organización Mundial de la Salud*. Buenos Aires: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001*. Washington: OPS.
- _____. (2007). *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Ciudad de Panamá: OPS.
- _____. (2010). *Estrategia y Plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Washington, D.C.: OPS.
- _____. (2012). *Colombia Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país* (pp. 92-95). Washington, D.C.: OPS.
- OPS, UNFPA, Centro de Estudios de Población (CENEP) y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, A. (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- OPS y Fundación W.K.Kellogg. (1996). *Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención* (Segunda ed.). Washington D.C.
- OPS y OMS. (2008). Estrategia regional para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes. *Sesión Especial de la 142 Sesión del Comité Ejecutivo. CE142/13, Rev. 2* (Esp.) de 2008 (julio 30).
- Pasqualini, D. y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral* (1a ed.). Buenos Aires: OPS.
- República de Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social y Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*. Documento Conpes Social 147 de 2012 (enero 31).
- República de Colombia y Ministerio de Salud. (2000). Resolución 412 de 2000. Resolución por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- República de Colombia y Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 de 1993. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, M. y Biggs, M. (2010). *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la pre-*

ención del embarazo adolescente en Chile. Santiago de Chile: CulturaSalud.

Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de Salud Pública, Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades y Departamento de Control de Enfermedades. (2013). *Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. Tu salud es la neta.* Veracruz: SSV.

Shutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD.

Valencia, C., Canaval, G., Molina, A., Caicedo, H., Serrano, L., Valencia, R. et al. (2010). Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. *Colomb. Med.*, 41(1), 26-34.

Woods, E., Klein, J., Wingood, G., Rose, E., Wypij, D., Harris, S. et al. (2006). Development of a new Adolescent Patient-Provider Interaction Scale (APPIS) for youth at risk for STDs/HIV. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 753.e751-753.e757.

Zubarew, T. & Maddaleno, M. (2005). Caso Clínico: Programa Integral de Salud y Desarrollo Juvenil en Santiago, Chile. 24 de marzo de 2015, from <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion18/M4L18Caso.html>