



VIGILADA MINEDUCACIÓN Res. 12220 de 2016

EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA IMPLEMENTACION DE
LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA
CIUDAD DE CALI

MARILUZ CARDOZO DUARTE

DIANA MARCELA MARÍN MARTÍNEZ

ÁLVARO JOSÉ SIERRA PÉREZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, ENFERO DE 2021

EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA IMPLEMENTACION DE
LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA
CIUDAD DE CALI

MARILUZ CARDOZO DUARTE

DIANA MARCELA MARÍN MARTÍNEZ

ÁLVARO JOSÉ SIERRA PÉREZ

DIRECTORA

LINDA TERESA ORCASITA PINEDA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, ENERO DE 2021

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LA CIUDAD DE CALI

EXPERIENCES OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE IMPLEMENTATION OF SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES IN CALI

Mariluz Cardozo Duarte¹, Diana Marcela Marín Martínez², Álvaro José Sierra Pérez³
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Resumen

El objetivo de la investigación fue *caracterizar* las experiencias de profesionales de la salud en la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) en Cali. Esta incluyó una perspectiva cualitativa con diseño fenomenológico y análisis de datos secundarios. Se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud de ocho instituciones de salud. De los resultados se evidenció que los conocimientos se relacionan principalmente con temas de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos, sin embargo, requieren una formación específica en tema del desarrollo biopsicosocial de la adolescencia y juventud. Los recursos en la implementación del modelo se asocian a materiales didácticos y humanos. Los desafíos en la experiencia de implementación hacen referencia a trámites administrativos en la ruta de atención. Finalmente, se concluye el que el trabajo en los servicios de salud deja una huella profesional y personal. Es necesario que se siga fortaleciendo los procedimientos de gestión interna para que los servicios sea integrales y se garantice la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Palabras clave: Adolescencia, Salud, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos.

¹ Neuropsicóloga, e-mail: mariluzcardozo@hotmail.com

² Psicóloga, e-mail: dianamarmar08@gmail.com

³ Enfermero, e-mail: connor872@gmail.com

Proyecto: Análisis del modelo de los SSAAJ para la promoción y garantía de los DSDR en la ciudad de Cali. Candidatos a Magister en Psicología de la Salud. Trabajo de Grado. Directora: Linda Teresa Orcasita Pineda. Grupo de Investigación Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Diciembre 2020.

Abstract

The objective of the research was to characterize the experiences of health professionals in the implementation of the Model of Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) in Cali. This included a qualitative perspective with phenomenological design and secondary data analysis. 34 semi-structured interviews were conducted with health professionals from eight health institutions. From the results it was evidenced that the knowledge is mainly related to issues of sexual and reproductive health and sexual rights and reproductive rights, however, they require specific training on the subject of biopsychosocial development of adolescence and youth. The resources in the implementation of the model are associated with didactic and human materials. The challenges in the implementation experience refer to administrative procedures along the service route. Finally, it is concluded that work in the health services leaves a professional and personal mark. Internal management procedures need to continue to be strengthened so that services are comprehensive and the sexual and reproductive health of adolescents and young people is guaranteed.

Keywords: Adolescence, Health, Sexual Rights, Reproductive Rights.

Introducción

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar en tres aspectos: físico, mental y social (OMS, 1974), en la que confluyen factores de orden sociocultural, políticos, económicos y científicos, es decir, es un proceso cambiante y dinámico (Alcántara Moreno, 2008; Gavidia & Talavera, 2012; Godoy, 1999). Esto lleva a que los sistemas de salud intenten responder a los cambios globales de la salud, dinamizando políticas internacionales, nacionales y locales para que los servicios de salud en centros hospitalarios se transformen y se adapten para responder a las necesidades de las personas en salud pública (Hernandez & Rico,

2011; ONU, 2018). En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) ha orientado políticas públicas de salud para la atención integral del adolescente y el joven, y en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) diseñaron una propuesta para desarrollar servicios de salud diferenciados para esta población, que permitiera impactar sobre el acceso, los procesos de gestión administrativa, educativa y formativa, entrenamiento del profesional, desarrollo de materiales y de recursos en estos, que se denominó Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) (MinSalud & UNFPA, 2008; Moreno & Púa, 2012), e implementando también la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNDSR) con enfoque en derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) (MinSalud, 2014a).

En la actualidad, la salud de adolescentes y jóvenes se ve afectada por el aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS), donde 1 millón de personas en el mundo entre los 19 y los 45 años adquiere una que se puede curar, 376 millones son diagnosticadas con clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis (OMS, 2016) y 1,7 millones de personas menores de 15 años vive con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (ONUSIDA, 2019b). En Colombia se estima que alrededor de 190.000 son personas mayores de 15 años que conviven con el VIH (ONUSIDA, 2019a). Otro aspecto que impacta la salud de adolescentes y jóvenes son los reportes de casos de embarazo, donde 16 millones de mujeres tienen un hijo al año que las expone a altos riesgos para la salud, principalmente por abortos clandestinos (OMS, 2018). En Colombia, según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) el inicio de las relaciones sexuales de mujeres antes de los 18 años al 2015 fue del 65% (MinSalud & Profamilia, 2015), el 13,8% de las mujeres de 13 a 19 años ha estado embarazada y el 18,6% de los embarazos a temprana edad se presenta en zonas rurales, del 33% de los nacimientos, las madres están entre los 10 y 14 años y el 25% entre los 15 a 19 años (MinSalud, 2019a).

El panorama anterior, refleja la necesidad del país de mejorar y evaluar los servicios de atención en temas de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) para adolescentes y jóvenes, que permita reducir las limitantes y es por ello que en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 el Ministerio de la Protección Social en conjunto con el UNFPA (2008) propende por la gestión de servicios en salud amigables. En efecto, en la implementación en 2008 del Modelo de los SSAAJ, entendido como un conjunto de servicios en salud para la población entre los 10 y los 29 años, busca mejorar la demanda por los servicios y promover los DSDR, brindar atención integral, transdisciplinar, participativa y confidencial para esta población (MinSalud, 2019a; MinSalud & UNFPA, 2010; Moreno & Púa, 2012).

Para el fortalecimiento de los SSAAJ es importante reconocer la perspectiva de los usuarios y la de los profesionales de la salud. Algunos estudios a nivel internacional, nacional y local abordan al personal de la salud identificando problemáticas como el déficit de recursos financieros, las estrategias para socializar temas de SSSR y DSDR, el déficit en el entrenamiento y la actualización del personal asistencial y administrativo (Leal et al., 2016; Tajer, Reid, Lo Ruso, & Salvo Agoglia, 2015; Yon, 2015; Zaldúa, Longo, Lenta, Sopransi, & Joskowicz, 2015), la interacción profesional – paciente, dificultades en abordaje desde perspectivas de género (Fernández & Bérquez, 2017; Jonas et al., 2019; Obach, Sadler, Aguayo, & Bernales, 2018; Tajer, Reid, Salvo Agoglia, & Lo Ruso, 2016), número de funcionarios insuficiente, ausencia de materiales de apoyo para educación en salud, tiempo limitado para las consultas y reducida promoción del servicio y vinculación con la comunidad (Valencia et al., 2010). Por otro lado, la infraestructura, la ubicación y los horarios de atención representan aspectos de orden administrativo que influyen en la calidad y acceso a los servicios de salud (Geary, Webb, Clarke, & Norris, 2015; Motuma, Syre, Egata, & Kenay, 2016; Pandey, Seale, & Razee, 2019). En cuanto

a facilitadores del acceso se resalta la atención gratuita en la atención hacia los adolescentes y jóvenes (Quiroga & González, 2019).

Teniendo en cuenta tanto el panorama como la brecha investigativa que se han presentado con respecto a reconocer la perspectiva de los profesionales vinculados a los SSAAJ, este estudio indaga sobre *¿cuáles son las experiencias de profesionales de la salud en la implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en la ciudad de Cali?* con el **objetivo general** de *Caracterizar* las experiencias que tienen los profesionales de la salud en la implementación del modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) en la ciudad de Cali, a partir de los siguientes **objetivos específicos**: (1) Identificar los conocimientos sobre los SSAAJ en los profesionales de la salud. (2) Reconocer las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud para el abordaje en SSSR de adolescentes y jóvenes en los SSAAJ. (3) Describir los procedimientos para la atención de adolescentes y jóvenes en los Servicios Amigables percibidos por los profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, los **supuestos** de la presente investigación parten de considerar que las estrategias que emplean los profesionales de la salud de los SSAAJ, pueden variar de acuerdo al territorio, los entornos, las creencias, los mitos, las percepciones y los aspectos culturales. Los profesionales de la salud viven la experiencia de implementación de los SSAAJ de manera distinta, puesto que estos transfieren e inciden de manera intersubjetiva sus experiencias y posturas personales a su labor diaria. En ese sentido, las condiciones de infraestructura, las estrategias de intervención, los recursos y procedimientos administrativos de los servicios también pueden convertirse en un facilitador o por el contrario en una barrera para el acceso a los SSAAJ.

La importancia de realizar este estudio se **justifica** a partir de las diversas problemáticas en salud de adolescentes y jóvenes como el aumento de casos por VIH, mortalidad materna y

embarazos a temprana edad; que hacen necesario reflexionar acerca de la manera en que los servicios de salud están contribuyendo al manejo de estas situaciones. Desde una concepción de los DSDR esta investigación lleva a reconocer la necesidad de integrar diferentes actores para que su garantía sea efectiva y real en esta población, y que desde ahí se propenda por disminuir la ocurrencia de estas problemáticas. Es así como en la búsqueda de respuestas ante los factores que generan que estos fenómenos sigan en aumento, se han realizado diversos estudios desde la perspectiva de los adolescentes y jóvenes, con el propósito de vislumbrar donde se originan las decisiones y las acciones que emprenden estos frente a su salud sexual y salud reproductiva. Por lo tanto, la *brecha* hace referencia a las percepciones que tienen los adolescentes y jóvenes respecto a los SSAAJ, sin embargo, como evidencia Geary et al. (2015), Montoya et al. (2011), Moreno y Púa (2012) y Quiroga y González (2019), persisten limitantes que hacen que ellos perciba distantes y ajenos los servicios (Geary et al., 2015; Montoya et al., 2011; Moreno & Púa, 2012; Quiroga & González, 2019).

Es así como los principales *referentes conceptuales* que guiaron la presente investigación son (1) salud sexual y salud reproductiva, (2) derechos sexuales y derechos reproductivos, (3) servicios amigables para adolescentes y jóvenes y (4) determinantes sociales de la salud.

La SSSR es definida como un estado general de bienestar físico, mental y social en dónde confluyen la sexualidad, la reproducción y no solo la ausencia de las enfermedades, la disfunción o el malestar (OMS, 2018; ONU, 1995a, 1995b; UNFPA, 2016a), es importante resaltar que en intervenciones con grupos poblacionales no se debe centrar en la reproducción y desdibujar la salud sexual al enfrentarse a factores como el bajo conocimiento en sexualidad, la constante asociación a factores biológicos, la baja calidad de la información en salud, la constancia en los comportamientos de riesgo, y otros factores de orden social como la discriminación hacia la mujer

y el bajo empoderamiento de estas en relación a su SSSR (MinSalud, 2014a; ONU, 1995a). En ese sentido, es importante que desde los servicios de salud se propenda por mejorar los *conocimientos* de los profesionales, entendidos como aquella información que estos adquieren a partir de la formación y/o la experiencia que fortalece las competencias y las habilidades para hacer intervenciones con la población (Arboleda, 2016; Bravo, 2002; MinSalud & UNFPA, 2008; Nonaka & Takeuchi, 1995; Segarra & Bou, 2004); y así se dé respuesta a las necesidades en SSSR, tomando en cuenta los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales dónde estos se encuentran inmersos (OMS, 1974, 2008), y qué disminuya las barreras para acceder a servicios de salud de calidad.

En cuanto los DSDR, son reconocidos como Derechos Humanos desde 1948 (ONU, 1995a, 1995b), en el que convergen otros derechos como el de vivienda, vestido, trabajo, asistencia social y médica, y al aseguramiento en casos de incapacidad y/o eventos catastróficos, es decir, qué la salud y la protección de las personas está fuertemente ligada al nivel y las condiciones de vida, sin embargo, persiste inequidad en la garantía y el disfrute de estos, en especial para grupos poblacionales vulnerables como las mujeres, comunidades diversas y étnicas (Lema, 2010). Por consiguiente, es importante reconocer que los *derechos sexuales* (control autónomo y responsable de la sexualidad, sin coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia) y *derechos reproductivos* (permiten tomar decisiones libres y sin discriminación sobre la reproducción, fecundidad y disponer de información en SSSR), y desde estos procurar por su promoción, garantía y difusión desde los servicios de salud (UNFPA, 2019). Así, Colombia planteó políticas públicas en salud para dar garantía y bienestar a la población, que construye con base a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que identifican las condiciones socioculturales, ambientales, económicas y biológicas de los territorios (MinSalud, 2016), es así como la PNDSDR busca la

garantía de estos derechos en el territorio nacional, desde una mirada jurídica, ideológica y ética, desde lo individual y colectivo para el disfrute de la salud sexual y de la salud reproductiva (MinSalud, 2014a).

Con este panorama, los SSAAJ surgen hace 12 años para mejorar el acceso de esta población a los servicios, promover y garantizar sus DSDR y así responder a sus necesidades en salud (UNFPA, 2016b), brindando atención especializada sobre las problemáticas en salud pública que los afecta (Moreno & Púa, 2012). Este modelo contiene dos pilares fundamentales, el primero establece la característica del servicio: consulta diferenciada, unidad amigable y centro amigable, y la segunda, establece cinco componentes (acceso a los servicios y oportunidad de prestación, profesionales y personal de salud, procedimientos administrativos y de gestión, disponibilidad de una alta gama de servicios, y participación social y comunitaria) (MinSalud & UNFPA, 2008; Moreno & Púa, 2012). Para dar respuesta a los planteamientos del modelo, se requiere que en los servicios se generen estrategias de intervención comprendidas como formas de hacer el aprendizaje efectivo, y desde ahí que la información sea retenida, aplicada y utilizada por quienes la reciben (Weinstein & Alschuler, 1985), desde los SSAAJ se propende por tener estrategias aplicadas, creadas y adaptadas por los profesionales de la salud que lo conforman, para responder a las necesidades en salud que presentan los adolescentes y jóvenes, y así dar garantía a los DSDR y tener una SSSR efectiva (MinSalud & UNFPA, 2008; Moreno & Púa, 2012). Por su parte, se reconoce que los procedimientos de gestión administrativa son cruciales dentro del SSAAJ, desde la habilitación según el Sistema General de Garantía a la Calidad en Salud (SGGCS) así como adoptar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y Políticas que permiten la atención integral de los adolescentes y jóvenes, y en ese sentido, esta gestión lleva a la coordinación con las

entidades de salud, entes territoriales y otros de orden social y comunitario (MinSalud & UNFPA, 2008).

Finalmente, en los DSS se reconocen factores individuales, familiares, de pares, comunitarios, políticas públicas del país, así como las normas, prácticas culturales, los medios para la difusión de información (digitales) que afectan la salud de los adolescentes y jóvenes. En ese sentido, es importante resaltar que en la formación de los profesionales de la salud se debe garantizar la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas en relación a temas de adolescencia y juventud (OMS, 2014). En la SSSR de esta población, se reconocen como determinantes el nivel educativo, socioeconómico, condiciones socioculturales (etnia, inequidad de género, desplazamiento, ruralidad, zonas de conflicto armado), el ciclo vital, percepción y comportamientos de riesgo, el acceso a información y servicios de salud de calidad (OMS, 2014, 2019). Es así como la presente investigación se relaciona con la Psicología de la Salud a partir de los DSS que ha sido el eje transversal en la construcción e implementación del modelo de los SSAAJ desde los componentes y sus características, así como de las políticas públicas en salud del país, que permiten reconocer factores que influyen en la vivencia de la sexualidad y la reproducción en adolescentes y jóvenes, así como también posibilita identificar las necesidades en salud de esta población, desplegar mecanismos para hacer intervenciones integrales intra y extra murales, y finalmente, realizar *promoción de la salud y prevención de la enfermedad* que impacte positivamente en el proyecto de vida de adolescentes y jóvenes.

Método

Esta investigación se derivó del proyecto macro *Análisis del modelo de SSAAJ para la promoción y garantía de los DSDR en la ciudad de Cali* de la Pontificia Universidad Javeriana Cali en articulación con la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y la Universidad de

Oldemburgo en Alemania (Orcasita, Sevilla, Acevedo, Henao, Bermúdez, Gonzáles y Arturo, 2019-2021). El *tipo de estudio* es cualitativo con análisis de fuentes secundarias que toma los conocimientos, significados e interpretaciones compartidas por los participantes sobre la realidad social (Bonilla & Rodríguez, 1997). El diseño *de la investigación* es de tipo fenomenológico, el cual busca comprender las percepciones e interpretaciones de una situación particular, tal y como se experimenta en la realidad (Trejo, 2012). Los *participantes* fueron profesionales de la salud de distintas áreas que integran los SSAAJ del municipio de Cali. En ese sentido, el *tipo de muestreo* es intencional, es decir, se seleccionaron teniendo en cuenta que estos hayan vivenciado las experiencias o posean el conocimiento suficiente sobre el tópico a indagar (Bonilla & Rodríguez, 1997; Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Para tal propósito, en la *muestra* se trabajó con 34 profesionales de la salud los SSAAJ de ocho instituciones participantes del sector público y privado. Para la selección de los participantes, como *criterios de inclusión* se tuvo en cuenta: ser profesional de la salud de diferentes disciplinas (Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Medicina, Auxiliar de Enfermería) vinculación directa al programa de los SSAAJ y manifestar voluntariamente participar en el estudio. Como *criterios de exclusión* se consideró que fueran funcionarios administrativos que no tuvieran formación en salud y aquellos que no tuvieran intervención directa con adolescentes y jóvenes, y/o con menos de tres meses en el servicio. Como *instrumento* se empleó entrevista semiestructurada (Hernández et al., 2014) desarrollada por los investigadores del proyecto macro, la cual fue validada por cinco jueces expertos de las áreas de Medicina, Psicología, Ciencias Políticas, Derecho y Salud Pública que evaluaron el contenido, coherencia, claridad y pertinencia, finalmente se aplicó una prueba piloto. Teniendo en cuenta lo anterior, se construyeron las siguientes categorías categorías para abordar el análisis:

Tabla 1
Categorías de análisis

Objetivo específico	Categoría	Subcategoría	Definición conceptual
(1) Identificar los conocimientos sobre los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en los profesionales de la salud	Conocimiento de los SSAAJ	Procesos de formación y actualización Información sobre los SSAAJ Información sobre los DSDR Necesidades de formación	El conocimiento es un proceso dinámico, basado en la experiencia personal en la búsqueda de la verdad, que se representa en el compromiso y las creencias desde los valores de cada individuo (Nonaka & Takeuchi, 1995; Segarra & Bou, 2004).
(2) Reconocer las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en los servicios de salud amigables	Estrategias de los profesionales frente a la atención en los SSAAJ	Recursos utilizados en los procesos de intervención (materiales, comunicativos, informativos, equipo humano) Experiencias de intervención y vinculación comunitaria con adolescentes y jóvenes. Limitaciones para la atención en los SSAAJ	Las estrategias son competencias que se utilizan para hacer del aprendizaje efectivo y que la información sea retenida y poder ser utilizada (Weinstein & Alschuler, 1985). En los SSAAJ las estrategias son acciones aplicadas, creadas y adaptadas por los profesionales a las necesidades particulares de los adolescentes y jóvenes con el propósito de garantizar sus DSDR y SSSR.
(3) Describir los procedimientos para la atención de adolescentes y jóvenes en los Servicios Amigables percibidos por los profesionales de la salud.	Procedimientos administrativos y de gestión de los SSAAJ percibidos por los profesionales	Necesidades administrativas (infraestructura y talento humano) Barreras en los procesos de atención (infraestructura) Rutas de atención (usuarios y servicio) Competencias y características de los profesionales vinculados a los SSAAJ	Los procedimientos se refieren los trámites internos de la IPS para estructurar el servicio, basándose en los lineamientos del SGSSS (Habilitación) (MinSalud, 2014b, 2019b) y las RIAS que apuntan hacia la integralidad en la atención de esta población (MinSalud & UNFPA, 2008).

La investigación se desarrolló en *cuatro fases*: (1) recepción de la base de datos en bruto y lectura de esta, (2) Sistematización de la información con el software Atlas.Ti v8.0, a partir de las categorías previas construidas inicialmente, (3) el análisis de los datos se realizó de fuente secundaria, la cual es un proceso donde el investigador realiza procesamiento de datos que fueron

recogidos por otro investigador, con nuevas estrategias de indagación y deconstrucción de los datos que implica flexibilidad epistemológica que posibilita una postura reflexiva y la apropiación del proceso de producción del conocimiento (Heaton, 1998; Kelder, 2005; Selltiz, Wrightsman, & Cook, 1980; Sierra, 2003) y que permite la apertura a nuevos debates y exploraciones actuales a dichos temas (Goodwin & O'connor, 2006; Scribano & de Sena, 2009), de igual forma efectuar una reflexión crítica respecto a la manera en cómo los datos fueron recabados, la construcción de los instrumentos aplicados y el propósito para el que fueron creados (Scribano & de Sena, 2009) y (4) se empleó el análisis temático para la redacción de los resultados en dónde se identificó, organizó y analizó en detalle la información, hacer lectura y relectura para aproximarse al fenómeno de estudio (Mieles, Tonon, & Alvarado, 2012). Posterior a la discusión se presenta informe para la divulgación y socialización de los resultados con miras a aportar al informe general que desde el proyecto se deberá presentar a cada una de las IPS participantes. En cuanto a las *consideraciones éticas* se retomó la resolución 8430 de 1993 que establece los principios éticos para la investigación en Salud en Colombia para garantizar la seguridad de los participantes (MinSalud, 1993) y a su vez la Ley 1090 de 2006 que rige el ejercicio profesional de la Psicología (Colegio Colombiano de Psicología, 2006). Se contó con el consentimiento informado por escrito del participante y cada participante eligió un pseudónimo para la entrevista. Por lo tanto, la presente investigación toma en cuenta tres criterios fundamentales los cuales manifiestan Castillo y Vásquez (2003) deben retomarse con el propósito de garantizar la validez de la investigación cualitativa: (1) credibilidad, (2) auditabilidad y (3) confirmabilidad (Castillo & Vásquez, 2003).

RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales hallazgos de la investigación desde las principales categorías que guían el análisis propuesto: (1) conocimientos de los SSAAJ (2) estrategias de los

profesionales frente a la atención en los SSAAJ (3) procedimientos administrativos y de gestión de los SSAAJ percibidos por los profesionales y la categoría emergente (4) huellas personales y profesionales de la vinculación en los SSAAJ. Los participantes fueron 34 profesionales (4 de Enfermería, 13 de Psicología, 6 de Medicina, 4 de Trabajo Social y 7 de auxiliar de Enfermería), de ocho instituciones de salud públicas y privadas de Cali, con un promedio de edad de 34 años, con 4,2 años de vinculación a los SSAAJ.

1. Conocimientos de los SSAAJ. Esta comprende la información y conceptualización basada en las experiencias y formación de los profesionales de la salud sobre los SSAAJ y los DSDR. En la primera subcategoría *procesos de formación y actualización* se encontró que los profesionales de la salud reconocen acceso a capacitaciones en temáticas variadas para la atención dentro de los SSAAJ ofrecidas por este, entes territoriales locales e instituciones de educación superior. En contraste, algunos reconocen necesidades de formación por lo que recurren a la búsqueda autodirigida del conocimiento en fuentes como material informativo de la IPS, las experiencias de sus pares y literatura científica.

Tabla 2
Procesos de formación y actualización

Formación y actualización	Formación autodirigida
<i>“En si hay foros, yo estuve en uno de prevención de embarazos no deseados de adolescentes y en procesos de consumo de sustancias psicoactivas, esos serian como los más grandes y ah se me olvido, ah sí, los de salud mental, esos serian como los procesos que he estado como de más, como fortaleciendo los conocimientos” (Armando, Enfermero).</i>	<i>“Cuando yo encuentro algo, lo maravilloso que es leer y entender algo nuevo, pues voy y lo leo, busco PDF, investigo, Cocranio, por ejemplo, el buscador, sí, o [...], incluso sigo a Clackson, por ejemplo, también en Facebook, [...], entonces en cuanto al tema de sexualidad y violencia los fui aprendiendo digamos en el camino, desde que llegué y atendiendo víctimas de violencia también” (Óscar, Psicólogo).</i>

En la subcategoría dos, *información sobre SSAAJ*, los profesionales de la salud los reconocen como sistemas de atención integral en DSDR, planificación familiar, violencias, entre otras, asimismo, como un equipo multidisciplinario. Además, conciben los SSAAJ como estrategia para la intervención con un enfoque en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP).

Tabla 3
Información sobre los SSAAJ

Atención Integral	Estrategia de Intervención	PyP
<p>“Los servicios amigables es un programa integral. Integral, que logra precisamente abarcar de manera muy completa lo que es el adolescente y el joven, ¿sí?; teniendo en cuenta que, desde el servicio amigable nosotros tenemos una mirada muy amplia de lo que es a nivel académico, sus proyectos de vida, a todo el tema de prevención de factores de riesgo, tema familia, tema a nivel de autoestima” (Sami, Psicóloga).</p>	<p>“Eso es una estrategia que le facilita a los jóvenes hacerse atender por una [...] tener una atención integral. Porque no solo los revisa el médico, el psicólogo, si no, que ellos pueden entrar a todos los servicios que ofrece la red”. (Malena, Trabajadora Social).</p>	<p>“Bueno, desde mi experiencia, como te decía, es un tema de promoción y prevención, cuando hablamos de servicios amigables pues hablamos de acercar más al joven que es el usuario que menos recibe una atención en salud porque le da pena asistir, porque de pronto no tiene un acompañamiento de sus padres para asistir” (María, Psicóloga).</p>

En la tercera subcategoría, se aborda la *información sobre DSDR*, con la que cuentan los profesionales, en quienes se evidencia el reconocimiento desde el número y el para qué de estos, ampliando mayormente la información cuando se trata de la reproducción.

“Son 12, pero dentro de esos 12, tenemos como unos sus derechos, entonces por ejemplo tenemos el derecho a la integridad sexual, entonces el derecho a que yo pueda o no a dar vida, [...], cómo me puede ayudar el Estado o en te caso el área de la salud a evitar que yo conciba pues un bebé [...] entonces básicamente cuando hablamos de ese tema de los derechos es hablar como de cómo la comunidad debe respetarme y debe apreciar lo que yo soy” (María, Psicóloga).

Finalmente, la cuarta subcategoría *necesidades de formación*, desde sus experiencias indican las necesidades formativas de los profesionales, en cuanto a adolescencia y juventud, rutas de

atención integral en salud (RIAS) y atención diferencial para poblaciones con discapacidad física, mental y grupos étnicos.

“Paciente con discapacidad cognitiva si, que uno a veces no sabe en qué momento o como con qué criterios decirles líguese o no líguese, si me entiendes, evitado vulnerar el derecho de que tome la decisión, pero pues, es que no tiene a veces la capacidad cognitiva ni siquiera de entender todo esto, cómo se lo explico” (María, Médica).

“Los conocen los que trabajan con adolescentes, que de pronto están en el área de ginecología, pediatría, pero el resto del personal, lastimosamente no los conoce muy bien” (Samuel, Médico).

2. Estrategias de los profesionales frente a la atención en los SSAJ. Esta categoría abarca todas las acciones creadas y adaptadas por los profesionales a las necesidades particulares de los adolescentes y jóvenes con el propósito de garantizar el acompañamiento integral. En la primera subcategoría *recursos utilizados en los procesos de intervención (materiales, comunicativos, informativos, equipo humano)* los profesionales refieren existencia de una gama amplia de recursos como la tenencia de una móvil para atención médica y odontológica, materiales didácticos e informativos, tecnológicos y de planta física. Igualmente, reconocen la vinculación de los jóvenes como multiplicadores y el uso de redes sociales y comunitarias como medio de información.

Tabla 4
Recursos utilizados en los procesos de intervención

Materiales	Recurso humano	Redes Sociales
<i>“Hemos usado mucho sexolúdicas que es como más nuestro fuerte para trabajar los derechos sexuales y reproductivos con ellos, por medio de fichas estilo rompecabezas, de palabras, en donde, por ejemplo, [...] la ficha dice esa palabra y sobre la palabra amor ellos arman una</i>	<i>“El agente comunitario, el creció en el servicio, el creció allí, el entro primero a la parte de salud, paso a psicología, la psicóloga nos lo comento porque el chico estaba en consumo [...] resulta que el chico comenzó a venir y ayudarnos que en diciembre [...] pues ahorita, pues el chico está trabajando con nosotros, lo vinculamos a la red [...] es un referente porque los chicos se animan, [...] mira que él cambio, yo también puedo cambiar y</i>	<i>“Pues a través de los medios de comunicación, ósea para nosotros las redes sociales son súper importantes entonces las redes sociales han sido una</i>

frase, y sobre esa frase se discute” mira que él cambio y le dieron la oportunidad está de las formas”
 (Xodys, Enfermera). *trabajando”* (Marcela, Auxiliar de Enfermería). (Jamin, Psicóloga).

En la segunda subcategoría *experiencias de intervención y vinculación comunitaria con adolescentes y jóvenes (casos)* se resaltan las temáticas abordadas desde las intervenciones las cuales son planificación familiar, orientación sexual, violencia sexual, consumo de sustancias psicoactivas, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), VIH e ITS y la restitución de derechos a nivel educativo. Se destaca que, los profesionales han logrado sobreponer su labor por encima de sus creencias personales y religiosas a través de las experiencias al interactuar con los jóvenes, y que han empleado formas de conectarse con las instituciones educativas, grupos culturales y deportivos, trabajo con las juntas de acción comunal, mesas intersectoriales, ICBF, entre otros.

Tabla 5
Experiencias de intervención

Creencias personales y religiosas	Enlace comunitario
<p><i>“La verdad me toca todos los días porque yo soy cristiana, [...], pero de igual forma yo sé que eso es un derecho que tienen ellos, me llega la comunidad, [...] me llegan lesbianas, trans. [...] Me toco dar un taller y era toda la gente de la comunidad LGTBI [...] era la primera vez que yo tenía tanto gay ahí cerca mío respirando en la nuca, como dice vulgarmente ya, y eran chicas trans y yo la verdad me sentía un poco incómoda porque no estaba acostumbrada a estar rodeada de esas personas ya, pero no, ya no, igual es mi trabajo, son personas o seres humanos y si tengo que respetar su sexualidad y su derecho porque está dentro de los derechos sexuales y reproductivos”</i> (Marcela, Aux. Enfermería).</p>	<p><i>“[...]entonces lo que hacíamos ahí era construir propuestas para que la secretaría trajera pues proyectos al barrio y comenzamos los primeros talleres, que fueron talleres de teatro que fueron relacionados con la sexualidad para jóvenes, un proyecto activo, y eso fue como los primeros pinos [...]”</i> (Andrés, Trabajador Social).</p>

Finalmente, en la tercera subcategoría *limitaciones para la atención en los SSAAJ*, los profesionales reconocen que estas se relacionan con el tiempo designado para la consulta, las creencias de los padres, pares e instituciones educativas sobre la SSSR y DSDR.

“Los papás son una barrera terrible, porque yo aquí le puedo decir todo lo que necesita escuchar la peladita, pero si llega a la casa y la mamá le desbarata todo eso, si me entiendes, sobre todo lo noto con los métodos de planificar” (María, Médica).

“Pero resulta que los pacientes me dicen no es que doctor es muy difícil conseguir una cita con el psicólogo, es muy difícil una consulta con la trabajadora social [...] es muy difícil conseguir una valoración con el nutricionista” (Rosa, Médica).

3. Procedimientos administrativos y de gestión de los SSAAJ percibidos por los profesionales. Esta categoría incluye los procedimientos internos que debe realizar la IPS para estructurar el servicio, basándose en los lineamientos del SGGCS, que en SSSR se traduce en la garantía de la atención para los adolescentes y jóvenes y de los derechos tanto sexuales como reproductivos. La primera subcategoría *necesidades administrativas (infraestructura y talento humano)* evidencia que, a nivel del talento humano, los profesionales refieren que es necesario que sea mixto, joven y no rotativo. Por otro lado, hacen especial énfasis en la relevancia de establecer convenios con instituciones que puedan favorecer el proyecto de vida de adolescentes y jóvenes.

“Digamos que es complejo el sistema de salud por la alta rotación del personal, diría que es una de las problemáticas que tenemos, no sé si solo sea aquí o es todo el sistema, porque por esa problemática los procesos no se consoliden muy bien, hay cosas que son con un profesional, y va uno a verlo y lo cambiaron, no vuelve” (Andrés, Trabajador Social).

“yo siempre he querido que hubiese manualidades, que tuviéramos por ejemplo convenios con el SENA o con alguna persona que nos quiera patrocinar para enseñarle a los muchachos a hacer, por ejemplo, las niñas que quieran aprender a hacer manicure y pedicura o trenzas, que peinados o que sandalias, a los chicos enseñales arreglar computadores o arreglar celulares y hacer actividades, zapatería” (Marcela, Aux. de Enfermería).

En la segunda subcategoría, *barreras en los procesos de atención (infraestructura)*, los profesionales refieren que están relacionadas con de la infraestructura, aspectos administrativos y los procesos del SGSSS.

Tabla 6
Barreras en los procesos de atención

Administrativo y Sistema	Infraestructura
<p>“Esa es la barrera que yo tengo aquí, o sea, el que subcontraten y que entonces estamos manoseando a los pacientes, en esta institución le hacen tal cosa, en esta institución le hacen la otra” (Oscar, Psicólogo).</p>	<p>“Sería contar con un piso donde estemos todos continuamente para que la persona que venga a servicio amigable pase por médico, siga al otro y al otro y pueda no dilatarse en el proceso” (Alana, Trabajadora Social).</p>

La tercera subcategoría aborda las *rutas de atención (usuarios y servicio)*, en donde se indican aquellas empleadas en el servicio para la remisión, referencia y contrarreferencia. Igualmente, hacen alusión a los trámites y formatos que se deben realizar la para la contrarreferencia.

Tabla 7
Rutas de atención

Rutas de atención	Procesos de referencia
<p>“Yo lo voy a remitir a Psicología, por ejemplo, la EPS, tiene que ir a autorizar la consulta, esperar que le den la autorización, pedir la cita, en cambio si yo le mando digamos sus exámenes o le hago su consulta por X o Y motivo o lo que tenga y lo remito al programa joven, el entra al programa y entra con una atención integral” (Nany, Médica).</p> <p>“Hacemos remisión desde la parte de urgencias depende del caso obviamente si necesita o amerita la urgencia o por consulta externa las remisiones que hacemos siempre van acompañadas de un seguimiento” (Laura, Enfermera).</p>	<p>“Todo se hace a través de las aseguradoras, lo que uno hace es diligenciar un formato que le conocen como, creo que el anexo tres, que es como el formato de prestación de servicios especializados, consultas, exámenes y al paciente ahí sí le toca ir a su EPS y hacer toda la parte de tramitología” (Samuel, Médico).</p>

Finalmente, en la cuarta subcategoría *competencias y características de los profesionales vinculados a los SSAAJ* estos refieren que es necesario que los equipos de salud sean empáticos, sensibilizados, humanizados, que sientan gusto por el trabajo con esta población, buena escucha, flexible, ético, íntegro y que conozca los derechos sexuales y reproductivos.

“Primero, tener el conocimiento de cuáles son esos derechos, reconocer la normatividad y estar sensibilizado y humanizado frente al tema porque una cosa es que conozcan los derechos y otra cosa es de qué manera se empoderan para poder multiplicar en el territorio” (Clarisa, Psicóloga).

“No yo creo que [...] qué competencias [...] por lo menos haber tenido trabajo extramural y estar capacitados en pyp, prevención y promoción [...] haber tenido trabajo extramural y, saber de salud sexual y reproductiva” (Pacífica, Psicóloga).

4. Huellas personales y profesionales de la vinculación en los SSAAJ. Esta categoría emergente incluye las experiencias y aprendizajes personales y profesionales generadas en la trayectoria de vinculación a los SSAAJ. La primera subcategoría reconoce *los aprendizajes del SSAAJ* de los profesionales, donde se encontró que la mayoría ha impactado en el proyecto de vida de los adolescentes y jóvenes, así como también las experiencias que han impactado a nivel personal y profesional.

“Yo tengo una hija adolescente, 16 años, entonces esto me ha ayudado mucho a formarla a ella porque, de hecho, yo la traigo a las diferentes actividades que hacemos, entonces eso la ha ayudado a que tenga mucha confianza en ella y que es una niña que ha entendido que es importante todo esto [...] eso me hace sentir como tranquila [...] esta huella es impresionante, porque me ha ayudado en el proceso de acompañamiento” (Xiomara, Aux. Enfermería).

En la segunda subcategoría *motivación personal*, expresan intereses que están vinculados la oportunidad laboral y contractual, que se transforma, en algunos, en un gusto y pasión por el trabajo al interior de los servicios.

“Que me había motivado, era la parte salarial porque entré a trabajar ahí por reemplazo de una chica” (Clarisa, Psicóloga).

“A mí me motivan los muchachos, una de las poblaciones que más me han encantado, yo digo que a mí me encantan los niños y los indígenas y he trabajado con ellos y me encantan los jóvenes porque ellos son unas personas súper especiales [...]” (Patricia, Psicóloga).

En la tercera subcategoría *proyecciones de los profesionales de los SSAAJ*, se destaca la expectativa frente a un mayor reconocimiento del servicio, que existan más centros amigables,

mayor cobertura integral de necesidades en salud, educativas, culturales, deportivas y de emprendimiento.

Tabla 8

Proyecciones de los profesionales de los SSAAJ

Cobertura integral	Intersectorialidad
<p><i>“Veo que Cali tenga un centro de atención integral amigable que permita atender las necesidades integrales del adolescente joven no solo en materia de salud sino en materia de todas las condiciones deportivas, de cultura, de todos los elementos que son fundamentales para la transformación yo veo que Cali tenga eso veo que podamos estar sensibilizando más” (Andrés, Trabajador Social).</i></p>	<p><i>“Mira yo en Cali me imagino un centro amigable que reúna toda la parte intersectorial donde podamos decir que existe un lugar donde yo vaya y pueda encontrar información desde la persona referente en salud como el de deporte, el de cultura, el de turismo, el de empleabilidad, el de tecnología y que sea un espacio donde recopile ese tema y ese avance a nivel de ciudad en el abordaje de los adolescentes y jóvenes” (Clarisa, Psicóloga).</i></p>

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue *caracterizar las experiencias que tienen profesionales de la salud en la implementación del modelo de los SSAAJ en Cali*. Respecto al primer objetivo específico, *identificar los conocimientos de los profesionales respecto a temáticas relacionadas con los SSAAJ*, se encontraron evidencias acerca de los procesos formativos y de actualización en los SSAAJ en temas de interés que se imparten tanto en las IPS como por otras entidades; lo que es consistente con lo que se establece en el Modelo de los SSAAJ (MinSalud & UNFPA, 2008) y con los lineamientos de la OMS (2014) que resaltan la importancia de cualificar al personal de salud para la atención de adolescentes y jóvenes (OMS, 2014). En ese sentido, se destaca la relevancia de los procesos de entrenamiento y formación continua incluyendo temas de adolescencia y juventud, que permitan a los profesionales fortalecer el conocimiento adquirido en su formación al contexto actual de acuerdo a las temáticas vigentes en temas de salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a los resultados obtenidos hay evidencia que muestra que los profesionales intentan realizar búsquedas informales de información en distintas fuentes en temáticas como la diversidad sexual, discapacidad física y cognitiva, salud mental y atención étnica, en adolescencia y juventud, y las RIAS. Según Huaynoca et al. (2015) refieren que en Colombia hay déficit de personal de salud capacitado en temas de atención a adolescentes y jóvenes (Huaynoca, Svanemyr, Chandra, & Moreno, 2015). En ese sentido se identifica la oportunidad en capacitación especializada a los equipos de salud que laboran en los SSAAJ en temáticas específicas, que aumente la idoneidad en SSSR que son demandadas por los adolescentes y jóvenes.

Finalmente, los profesionales de salud perciben que la información sobre los SSAAJ es diversa. Con respecto a los DSDR, se evidenció que los profesionales pueden determinar la cantidad de derechos, sin embargo, no dan cuenta conceptualmente de estos, y profundizan predominantemente en los reproductivos. Partiendo del Modelo de los SSAAJ, se resalta la importancia que toma en estos servicios una mirada biopsicosocial en la atención (Moreno & Púa, 2012; Vargas, Pavajeau, Riaño, Bernal, & Tatis, 2011), asimismo, reconocer la estrecha relación que existe entre salud sexual y salud reproductiva, sin yuxtaponer una sobre otra (ONU, 1995a) y la necesidad de tener estrategias efectivas no solo para intervenir en SSSR sino promover los DSDR (Leal et al., 2016; Yon, 2015; Zaldúa et al., 2015). Por lo tanto, se destaca que los equipos de los SSAAJ requieren ser multidisciplinarios con formación sólida en atención específica para la población, reconociendo la salud sexual y salud reproductiva en un mismo nivel.

En lo que respecta al segundo objetivo específico encaminado a *reconocer las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en los SSAAJ*; dentro de las cuales se reconoce el uso de recursos materiales, humano y comunitario que han posibilitado hacer más visibles a los SSAAJ y

consolidar estrategias de intervención; hallazgo que coincide con lo expresado por Valencia y col (2010) y Moreno y Púa (2012) respecto a la importancia del material educativo en SSSR tanto intra como extra mural al intervenir en esta población (Moreno & Púa, 2012; Valencia et al., 2010). En ese sentido se evidencia la apertura y creatividad de los profesionales para la transmisión de los diversos contenidos en SSSR y DSDR, lo cual les ha permitido identificar cuáles son los más idóneos dependiendo de la problemática y población que desean abordar.

Por otro lado, en lo inherente a las experiencias de intervención se destaca que los profesionales manifiestan que dejan de lado sus creencias personales enfatizando la atención hacía las necesidades de los adolescentes y jóvenes en cuanto a DSDR y SSSR. Sin embargo, estudios como el de Fernández y Bérquez (2017) y Tajer et al. (2016) señalan que las intervenciones de los profesionales de la salud pueden estar sesgadas por sus experiencias, formación, creencias y prejuicios; aspectos que inciden en establecer una relación asertiva y en la calidad de la atención en consulta que se ofrece a la población (Fernández & Bérquez, 2017; Tajer et al., 2016). En esta investigación los profesionales manifestaron que ofrecen diversas opciones a los adolescentes y jóvenes de acuerdo a las necesidades, promoviendo que continúen con sus procesos. Asimismo, hay evidencias del trabajo que realizan los profesionales para vincular a la comunidad e instituciones que aportan al desarrollo del proyecto de vida de los adolescentes y jóvenes. De esta forma intentan aportar al bienestar y a la promoción de sus derechos (MinSalud, 2015; OMS, 2014). Lo anterior se ve reflejado en la presente investigación, dado que desde los SSAAJ se ha vinculado a jóvenes de todos los estratos, escolaridad, género y orientación sexual.

Los profesionales expresan que existen limitaciones en los imaginarios de las familias y las instituciones educativas sobre salud sexual y la salud reproductiva. Estos resultados guardan relación con estudios que sugieren que la educación sexual que se suministra por parte de la familia

y las instituciones educativas presenta deficiencias en la información (Montoya et al., 2011; Valencia et al., 2010). En ese sentido, las percepciones de los padres y de las instituciones formativas podrían ser una barrera para el acceso a los servicios e interrumpir la continuidad de los procesos de intervención en los SSAJ. Otra limitante referida por los profesionales son los tiempos destinados para la atención, que consideran son escasos para las intervenciones que requieren algunos adolescentes y jóvenes. Esto en concordancia con lo que refieren autores como Valencia et al. (2010) quienes indican que los tiempos designados en las IPS para la atención no son suficientes para una adecuada valoración e intervención (Valencia et al., 2010). De esta manera se percibe que es necesario replantear los tiempos designados para cada profesional en la atención e intervención de los adolescentes y jóvenes que permita responder a sus necesidades.

Por otra parte, en lo que respecta al tercer objetivo específico, orientado a *describir los procedimientos para la atención de adolescentes y jóvenes en los Servicios Amigables percibidos por los profesionales de la salud*. En relación a las necesidades administrativas, los profesionales enfatizaron la importancia de que los profesionales sean jóvenes y de ambos sexos, con contratos laborales fijos y convenios institucionales que fortalezcan al programa. Lo anterior guarda relación con estudios que evidencian la falta de perspectivas en la atención, en el programa en general y que sumado a la alta rotación del personal impacta negativamente los servicios de salud (León, Palta, & Muñoz, 2012; Obach et al., 2018). En este orden de ideas, se puede afirmar que estos fenómenos afectan la consolidación de los procesos de intervención de los profesionales de la salud, en cuanto al seguimiento, remisión y atención que se procura dar a la población en los servicios.

Asimismo, frente a las barreras de infraestructura y de procedimientos administrativos percibidas por los profesionales se destaca que no cuentan con especialistas ni espacios privados

para intervenciones individuales y grupales. Este hallazgo converge con otras investigaciones que refieren que los procedimientos administrativos y la infraestructura impacta negativamente en la calidad y el acceso a los servicios (Camarotti, Wald, Capriati, & Kornblit, 2018; Garbus, Morales Osorno, & Cabello Álvarez, 2017; Geary et al., 2015; Huaynoca et al., 2015; Pandey et al., 2019). Por tanto, es posible afirmar que estas barreras repercuten en las intervenciones de los profesionales, toda vez que no permite aumentar el interés y la motivación de los adolescentes y ofertarles servicios más especializados y privados.

En cuanto a las rutas de atención integral en salud, los profesionales han referido que son varias las aplicadas a los servicios, especialmente en salud mental y atención a personas víctimas de violencia sexual, sin embargo, se encuentran con obstáculos en el procedimiento especialmente desde los trámites dispendiosos tanto para ellos como para los usuarios. Desde esta mirada, algunos referentes indican sobre la importancia de que los profesionales conozcan las rutas de atención integral específicas, y se debe procurar por tener unos procedimientos que materialicen la integralidad del servicio como establece el modelo de los SSAAJ (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019; MinSalud & UNFPA, 2008; Rojas, Eguiguren, Matamala, Palma, & Gálvez, 2017). Desde esta perspectiva, sí bien el Estado ha desarrollado una serie de políticas y normas para los procedimientos de atención en salud, parece que no siempre es clara y de pleno conocimiento de los equipos de los servicios de salud, lo cual limita y retrasa los procesos en los SSAAJ.

Asimismo, los profesionales enlistan unas características y habilidades que deben tener los posibles profesionales que se integrarán a los SSAAJ, destacando la empatía, la escucha, flexibilidad y el gusto para trabajar con esta población. Desde esta mirada, algunas investigaciones refieren la importancia de ser amigable, saber comunicarse y el respeto para que la experiencia

sea positiva en los servicios (Geary et al., 2015). Se reconoce que contar con habilidades comunicativas, de escucha y flexibilidad fortalece la interacción profesional – adolescente, y que podría ser un mecanismo para facilitar no solo la intervención, sino la aprehensión de estos por los servicios de salud.

Finalmente, emergió una categoría que da cuenta de las *huellas personales y profesionales* que los SSAAJ han aportado a la experiencia, los aprendizajes y la motivación de los profesionales. En ese sentido, permean las orientaciones del modelo en lo personal especialmente en aquellos que cuentan con hijos o familiares en esta etapa del ciclo vital, reconocen tener cambios en su percepción de la sexualidad y de la reproducción, y además proyectan la visibilidad de los servicios para ampliar la cobertura, sin embargo, algunos profesionales podrían tener como motivación la vinculación laboral. Lo anterior, se contrapone con lo que plantea el Modelo, dado que este no contempla las transformaciones que puede tener el profesional en cuanto a la SSSR. Sin embargo, plantea lineamientos para la proyección y consolidación de los servicios (MinSalud & UNFPA, 2008), igualmente con investigaciones que refieren como la principal motivación es la estabilidad económica y laboral de los profesionales, no siendo una primera intención el trabajar con esta población (Mercado, Soto, Hernández, & Illesca, 2020). De estos hallazgos, se encuentra que sí bien podría darse la motivación desde lo económico y lo contractual, es claro que durante su trayectoria en los servicios surge un interés y estos, lo que les permite a los profesionales apropiarse y apoderarse de este. En lo que respecta a los *supuestos* planteados al inicio de esta investigación, es posible afirmar que para el caso de este estudio se evidenció que los profesionales superponen el ejercicio profesional en los procesos de atención a sus creencias y posibles sesgos. Asimismo, se reconoce que los procedimientos administrativos y la infraestructura impactan

negativamente en la implementación del modelo, dado que no permite el abordaje integral que cubra las necesidades de la población.

Para *concluir* esta investigación se considera que a pesar de haber pasado más una década en la implementación del Modelo de los SSAAJ en el país, aún se evidencian dificultades significativas en los procesos internos desde la experiencia percibida por los profesionales de la salud. Por otra parte, se destaca las habilidades y los aportes que incluyen los profesionales de la salud a los servicios para implementar variadas estrategias de intervención desde la tecnología y la creatividad, con los escasos recursos disponibles y sobre todo cuando éstas trascienden de la muralidad hospitalaria hacía la comunidad. Otro aspecto destacable de los desarrollos actuales, es la búsqueda activa de fortalecer los lazos con la comunidad, e intentar vincular no sólo a los jóvenes, sino a otros enlaces claves como las Juntas de Acción Comunal y otras instituciones que pueden aportar al fortalecimiento del servicio.

Es destacable que el modelo ha persistido en el tiempo y se va adaptando a las políticas públicas que se han venido desarrollando en el país para hacer la atención más integral, sin embargo, requieren de revisar los procedimientos administrativos internos y externos, y hacer más visibles los servicios desde los tomadores de decisiones a nivel institucional.

Finalmente, se *recomienda* la realización de más investigaciones en las que se evidencien los desarrollos desde los profesionales de la salud que conforman los servicios, qué amplíe la mirada y que en conjunto con la de los adolescentes y jóvenes, permita fortalecer el modelo y los servicios de salud. Para los profesionales, proponer estrategias dentro de las IPS que les permitan abordar temáticas de interés para sus praxis basadas en las necesidades propias y de los adolescentes y jóvenes. En cuanto al proyecto macro, no sólo analizar la implementación sino también evaluar el impacto de las estrategias contenidas dentro del modelo de los SSAAJ. Para la

Psicología de la Salud propender por desarrollar investigaciones que analicen modelos de intervención existentes desde la aplicación en los contextos, que permita aportar a su fortalecimiento.

Cabe señalar que dentro de las *limitantes* de este estudio se aprecia que la elección de la muestra, prevalece información de profesionales de Psicología, lo que no permitió que la muestra fuese más heterogénea. Por otra parte, en cuanto a las entrevistas, probablemente debido a las competencias de los entrevistadores, el tiempo, el espacio en que se realizaron y la influencia que ejerce el entrevistado sobre el entrevistador, generó que se obtuvieran niveles de profundidad distintos que no permitieron ahondar en ciertos temas con algunos de los participantes, haciendo que en los contenidos abordados se presentaran disparidades.

REFERENCIAS

- Alcántara Moreno, G. (2008). Revista Investigación. *Sapiens.Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Arboleda, G. I. (2016). Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Revista de Salud Publica*, 18(3), 379–390.
- Bonilla, E., & Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos* (3ra ed.). Bogotá: Ediciones Uniandes, Grupo Editorial Norma.
- Bravo, R. (2002). La gestión del conocimiento en medicina: a la búsqueda de la información perdida. *Anales SIs San Navarra*, 25, 255–272.
- Camarotti, A. C., Wald, G., Capriati, A., & Kornblit, A. L. (2018). A comprehensive community model to prevent and address adolescent health problems. *Salud Colectiva*, 14(3), 545–562.
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 2003, 34(ISSN: 0120-8322), 164–167. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11592/7268>
- Colegio Colombiano de Psicología. (2006). *Código Deontológico y Bioética*. Recuperado de <http://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>
- Fernández, M., & Bérquez, A. M. (2017). Servicios hospitalarios “amigables” desde el punto de vista de los adolescentes. *MEDISAN*, 21(7), 866–876.
- Garbus, P., Morales Osorno, A., & Cabello Álvarez, L. S. (2017). Accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Río, Querétaro (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 277–285.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012, noviembre 22). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (26), 161–175. Recuperado de <http://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935>
- Geary, R. S., Webb, E. L., Clarke, L., & Norris, S. A. (2015). Evaluating youth-friendly health services: Young people’s perspectives from a simulated client study in urban South Africa. *Global Health Action*, 8(1), 1–10.

- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodologías y aplicaciones* (M. A. Simó, pp. 39–75). Madrid, España.
- Goodwin, J., & O'connor, H. (2006). Contextualising the research process: Using interviewer notes in the secondary analysis of qualitative data. *The Qualitative Report*, 11(2), 374–392. Recuperado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR112/goodwin.pdf>
- Heaton, J. (1998). Secondary analysis of qualitative data. *Social Research Update*, (22). Recuperado de <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU22.html>
- Hernandez, A., & Rico, C. (2011). *Protección social en salud en América Latina y El Caribe. Investigación y Políticas* (Primera). Bogotá, Colombia: Editorial Pontifica Universidad Javeriana.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (Maricela Rocha, Ed.) (6a ed.). México DF: Mc Graw Hill.
- Huaynoca, S., Svanemyr, J., Chandra, V. C., & Moreno, D. J. (2015). Documenting good practices: Scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reproductive Health*, 12(1), 1–13.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Violencia contras las mujeres en Colombia-Enero a febrero de 2018*. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/355927/ViolenciaMujer_EneFeb.pdf/f32dc467-e05b-0a5f-c54f-fe9448073151
- Jonas, K., Roman, N., Reddy, P., Krumeich, A., van den Borne, B., & Crutzen, R. (2019). Nurses' perceptions of adolescents accessing and utilizing sexual and reproductive healthcare services in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 84–93. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.008>
- Kelder, J. (2005). Using Someone Else's Data: Problems, Pragmatics and Provisions. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(1), 1–16. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/501/1078>
- Leal, I., Luttes, C., Troncoso, P., Leyton, C., Molina, T., & Eguiguren, P. (2016). Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de salud para la prevención del embarazo adolescente según marco legal Chileno. *Revista Medica de Chile*, 144(5), 577–584.
- Lema, C. (2010). *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*. (Editorial Dykinson, Ed.). Madrid: Editorial Dykinson.
- León, M. de los Á., Palta, O. L., & Muñoz, E. P. (2012). *Caracterización de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de las empresas sociales del estado del municipio de Santiago de Cali en el 2012. Repositorio Insitucional Universidad del VAale*. Universidad del Valle.
- Mercado, C., Soto, P., Hernández, A., & Illesca, M. (2020). Experiencia de cuidados de enfermería en centros de niños y adolescentes en riesgo. *Archivo Medico de Camagüey*, 24(4), 560–573.
- Mieles, M. D., Tonon, G., & Alvarado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195–225. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=791/79125420009>
- MinSalud. Resolución número 8430 de 1993, Repositorio Institucional § (1993). Colombia.
- MinSalud. (2014a). *Política Nacional de Sexualidad , Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ministerio de salud* (Vol. 1). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO POLITICA SEXUAL SEPT 10.pdf>
- MinSalud. Resolución 2004 de 2014 (2014). Colombia.
- MinSalud. (2015). *Enfoque diferencial y discapacidad*. Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/enfoque-diferencial-y-discapacidad.pdf>
- MinSalud. Política de Atención Integral en Salud - PAIS, Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID) § (2016). [https://doi.org/0741-5214\(93\)90264-M](https://doi.org/0741-5214(93)90264-M) [pii]
- MinSalud. (2019a). *Prevención del Embarazo adolescente, una prioridad nacional*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Prevencion-del-embarazo-adolescente-una->

- prioridad-nacional.aspx
- MinSalud. Resolución 3100 de 2019 (2019). Colombia.
- MinSalud, & Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva* (Tomo 2). Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MinSalud, & UNFPA. (2008). *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* (No. 2). Bogotá.
- MinSalud, & UNFPA. (2010). Implementación de Servicios de salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en el departamento del Huila. *Ministerio de Salud y Protección Social*, 61. Recuperado de <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Sistematizacion-huila.pdf>
- Montoya, P., Barreto, E., Blanco, A., Cárdenas, Y., Chavarro, C., & Piñeros, S. (2011). Barreras y facilitadores para el acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá. En M. Mejía, L. Muñoz, & C. Pacheco (Eds.), *Embarazo adolescente en Bogotá. Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (pp. 151–220). Bogotá: LEGIS SAS.
- Moreno, D. J., & Púa, R. (2012). *Servicios de Salud amigables para Adolescentes*. (Académica Española, Ed.). LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.
- Motuma, A., Syre, T., Egata, G., & Kenay, A. (2016). Utilization of youth friendly services and associated factors among youth in Harar town, east Ethiopia: A mixed method study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1513-4>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *La organización creadora de conocimiento*. New York: Oxford University Press.
- Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., & Bernales, M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–7.
- OMS. (1974). *27ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 7-23 de mayo de 1974: parte I: resoluciones y decisiones: anexos*. Ginebra, Suiza. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95324>
- OMS. (2008). *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva* (No. WHO/RHR/07.7).
- OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. *Oms*, 1, 20. Recuperado de www.who.int/adolescent/second-decade
- OMS. (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>
- OMS. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (2019). *Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable*. Ginebra, Suiza. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
- ONU. (1995a). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994*. (Naciones Unidas, Ed.), *Applied Physics Letters* (1a ed., Vol. 1). Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- ONU. (1995b). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, 31262, 1–238. Recuperado de http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf
- ONU. (2018). *Desafíos y estrategias para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. (E. Caballero & M. Mordt, Eds.). Panama. Recuperado de www.undg.org/lac
- ONUSIDA. (2019a). *HIV and AIDS Stimates Colombia*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>
- ONUSIDA. (2019b). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

- Pandey, P. L., Seale, H., & Razee, H. (2019). Exploring the factors impacting on access and acceptance of sexual and reproductive health services provided by adolescent-friendly health services in Nepal. *Plos One*, *14*(8), e0220855.
- Quiroga, Y., & González, L. (2019). Factores que influyen en el uso de servicios de salud por parte de los jóvenes. Caso Universidad Jorge Tadeo Lozano, sede Bogotá. *Universidad y Salud*, *21*(2), 141–151.
- Rojas, G., Eguiguren, P., Matamala, M. I., Palma, I., & Gálvez, T. (2017). Acceso a anticoncepción en adolescentes: Percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, *41*, 1–8.
- Scribano, A., & de Sena, A. (2009). Las segundas partes sí pueden ser mejores: algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologias*, *11*(22), 100–118. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819548006>
- Segarra, M., & Bou, J. (2004). Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de Economía y Empresa*, *22*, 175–196.
- Selltiz, C., Wrightsman, L., & Cook, S. (1980). *Métodos de investigación en las Relaciones Sociales*. (Ediciones RIALP S.A, Ed.). Madrid: Ediciones RIALP S.A.
- Sierra, R. (2003). *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. (Thomson Editores, Ed.). Madrid.
- Tajer, D., Reid, G. B., Lo Ruso, A., & Salvo Agoglia, I. (2015). Equidad de género en la calidad de la atención en adolescencia - 2da parte. *Anuario de Investigaciones*, *XXII*, 301–308.
- Tajer, D., Reid, G. B., Salvo Agoglia, I., & Lo Ruso, A. (2016). Identidad de género y salud sexual reproductiva en las consultas de adolescentes en servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, *XXIII*, 217–226.
- Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, *11*(2), 98–101.
- UNFPA. (2016a). *Nuestro futuro depende de las niñas que cumplen esta edad decisiva: 10 años*. (R. Kollodge, Ed.). UNFPA.
- UNFPA. (2016b). Salud Sexual y Reproductiva. Panorama. Recuperado el 27 de marzo de 2020, de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- UNFPA. (2019). *Lo que debe saber sobre Salud Sexual y Reproductiva. Información básica de uso diario para profesionales de la salud*. (G. Torrente, Ed.), *Revista Cubana de Enfermería* (Vol. 31). Bogotá, Colombia: Digitos y Diseños.
- Valencia, C. P., Canaval, G. E., Molina, A. P., Caicedo, H. A., Serrano, L. M., Valencia, R., ... Echeverri, J. H. (2010). Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. *Colombia Medica*, *41*(1), 26–34.
- Vargas, C. I., Pavajeau, C., Riaño, M., Bernal, M., & Tatis, J. (2011). Significados, actitudes, comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente. En M. Mejía, L. Muñoz, & C. Pacheco (Eds.), *Embarazo adolescente en Bogotá. Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* (pp. 106–149). Bogotá: LEGIS SAS.
- Weinstein, G., & Alschuler, A. (1985). *Educating and Counseling for Self-Knowledge Development*. *Journal of Counseling & Development* (Vol. 64). Recuperado de <http://doi.wiley.com/10.1002/j.1556-6676.1985.tb00996.x>
- Yon, C. (2015). Relectura, Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. *Apuntes*, *XLII*(22), 9–36.
- Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M., Sopransi, M., & Joskowicz, A. (2015). Diversidades sexuales y derecho a la salud. Dispositivos, prácticas y desafíos en la exigibilidad. *Anuario de Investigaciones*, 1–20.