

V.I.H/SIDA UNA MIRADA A NUESTROS JOVENES

CARLOS ANDRES SAENZ MORALES  
JUAN ESTEBAN MANZANO DAVID  
FERNANDO AUGUSTO SANCHEZ  
CESAR MARINO MARINO  
ERMILSON HERNANDEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA.

MAYO DE 2012  
TULUÁ – VALLE  
V.I.H/SIDA UNA MIRADA A NUESTROS JOVENES

TRABAJO DE CAMPO PARA APROBAR DIPLOMADO: PROFUNDIZACION EN  
FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA

Presentado a:  
DILSON RIOS  
DOCENTE TUTOR VIRTUAL UNAD

Por:  
CARLOS ANDRES SAENZ MORALES COD: 6500208  
(andrescojo@hotmail.com)

JUAN ESTEBAN MANZANO DAVID COD: 3482220  
(soyunmanzano1@hotmail.com)

CESAR MARINO MARINO COD: 42238958  
(cemelmar74@yahoo.es)

FERNANDO AUGUSTO SANCHEZ  
(fersanchez2006@yahoo.es)

ERMILSON HERNANDEZ  
(sagitario.hz80@hotmail.com)

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA.

MAYO DE 2012  
TULUÁ – VALLE

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

Tuluá, mayo de 2012

## **AGRADECIMIENTOS**

A cada uno de los estudiantes y funcionarios, que permitieron, la aplicación de la encuesta y el cuestionario, y de esa manera contribuir al normal desarrollo del trabajo.

Al tutor Dilson Ríos, que siempre estuvo pendiente del normal desarrollo del trabajo de investigación.

A la universidad, por brindarnos las herramientas necesarias para cumplir nuestro objetivo.

Al servicio de biblioteca virtual de la universidad, ¡fue de gran ayuda! esta herramienta informática fue el marco referencial para nuestro trabajo de investigación.

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia del V.I.H/SIDA en Colombia, afecta en un alto porcentaje a los jóvenes en edad escolar, considerando las recomendaciones de la ONU, y el ministerio de la protección social de Colombia, se hace necesario investigar sobre los comportamientos y conductas de riesgo que pueden provocar una infección por este virus.

**Objetivos:** Describir conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en los estudiantes de grados séptimo, octavo, noveno, decimo y once, de los colegios públicos colombianos.

**Material y Método:** Se lleva a cabo un estudio descriptivo, para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes escolarizados en los colegios mencionados, pertenecientes a las ciudades de Tuluá – Valle, Chigorodó – Antioquia, Chiquinquirá - Boyacá, san mateo-Boyacá y envigado-Antioquia. Este estudio se llevo a cabo en los meses de febrero y marzo del 2012.

**Resultados:** 100 estudiantes encuestados, 5 municipios en diferentes puntos geográficos, 55% hombres, 45% mujeres, la edad promedio de los estudiantes es de 16 años. Aunque la fuente de información sobre el V.I.H/SIDA mas citada es el colegio con un 43%, el alto porcentaje (39%) que admite que la única fuente de información es la televisión y el internet, se resalta como dato preocupante. El 69% de los adolescentes, consumen sustancias como el alcohol, en primer lugar de frecuencia, el cannabis con el 31% y el éxtasis con el 17%. A lo anterior se agrega que el 33% de estos adolescentes obtuvo un puntaje bajo en conocimientos básicos sobre V.I.H/SIDA refleja el porque el alto índice de nuevos contagios se producen, en este grupo de edades.

**Conclusión:** Dado lo anterior, y considerando que, EL V.I.H/SIDA se propaga de manera exponencial, los jóvenes que analizamos en este trabajo, se encuentran en una situación, con alta probabilidad de contraer este virus.

**Palabras Clave:** V.I.H/SIDA, conocimientos, actitudes, prácticas, adolescentes.

## ABSTRACT

**Introduction:** The HIV / AIDS in Colombia, affecting a high percentage of school-age youth, considering the recommendations of the UN, and the Ministry of Social Protection of Colombia, it is necessary to investigate the attitudes and behaviors risk that can lead to infection by this virus.

**Objectives:** To describe knowledge, attitudes and practices about HIV / AIDS in students in grades seventh, eighth, ninth, tenth and eleven Colombian state schools.

**Material and Methods:** We conducted a descriptive study to assess knowledge, attitudes and practices of adolescent students in schools mentioned, belonging to the cities of Tulua-Valle, Chigorodó-Antioquia, Boyacá Chiquinquirá-, and San Mateo-Boyacá, Envigado-Antioquia. This study was conducted in February and March 2012.

**Results:** 100 students surveyed, 5 municipalities in different geographical areas, 55% men, 45% female, average age of students is 16. Although the source of information on HIV / AIDS is the most quoted college with 43%, the high percentage (39%) admitting that the only source of information is television and the internet, is highlighted as of concern. 69% of adolescents use substances like alcohol, first rate, with cannabis and ecstasy 31% to 17%. To this is added that 33% of adolescents scored low on basic knowledge on HIV / AIDS because the tie reflects the rate of new infections occurring in this age group.

**Conclusion:** Given the above, and considering that HIV / AIDS is spreading exponentially, young people discussed in this work are in a high state of contracting this virus.

**Key words:** HIV / AIDS knowledge, attitudes, practices, adolescents.



## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	3
1.1. Objetivo General	3
1.2. Objetivos Específicos	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. MARCOTEÓRICO	5
3.1. Historia del V.I.H./SIDA	5
3.2. Historia Natural del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)	6
3.2.1. Fase Precoz	7
3.2.2. Fase Crónica	7
3.2.3. Fase Final o de Crisis	8
3.3. La Adolescencia	8
3.3.1. La Adolescencia y el V.I.H.	9
3.3.2. Factores de Riesgo	11
3.4. Políticas Nacionales sobre V.I.H/SIDA en Colombia	12
3.4.1. Objetivos del Milenio frente al V.I.H/SIDA (Asamblea General de las Naciones Unidas 2001)	13
3.4.2. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Colombia) Establecido en Decreto 3039 de 2007	13

3.4.3. Objetivo General Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	14
3.4.4. Población Adolescente, como prioridad de la política nacional de salud sexual y reproductiva	14
3.5. Escenario Socio – Cultural	15
3.6. Escenario Ambiental	16
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
4.1. Pregunta de Investigación	18
5. METODOLOGÍA	19
5.1. Tipo de Estudio	20
5.2. Población del Estudio	20
5.2.1. Ubicación Geográfica	20
5.3. Muestra	21
5.4. Técnica de la Recolección	21
5.4.1. Proceso de Recolección	21
5.5. Cronograma de Actividades	22
5.6. Identificación y Definición de Variables	22
6. RESULTADOS	24
6.1. Aspectos Socio – Demográficos	25
6.2. Actitudes sobre el V.I.H/SIDA	27
6.3. Conocimientos Básicos sobre V.I.H/SIDA	28
6.4. Prácticas sobre el V.I.H/SIDA	29
7. DISCUSIÓN	31
8. CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. ENCUESTA	41
Anexo B. CUESTIONARIO	43
Anexo C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
Anexo D. DEFINICION DE VARIABLES	45
Anexo E. PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2009 – 2012 MUNICIPIO DE TULUÁ	48
Anexo F. PLAN DE SALUD TERRITORIAL MUNICIPIO DE ENVIGADO ANTIOQUIA	52
Anexo G. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO BOYACÁ	58
Anexo H. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHIGORODO ANTIOQUIA	62
Anexo I. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA BOYACA	67

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA 1. RELACION EDAD/SEXO ADOLESCENTES EN EDADESCOLAR DE COLEGIOS PÚBLICOS COLOMBIANOS.....	25
TABLA 2. RELACION CUBRIMIENTO/SEGURIDAD SOCIAL ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR DE COLEGIOS PÚBLICOS COLOMBIANOS.....	25
TABLA 3. RELACION CONOCIMIENTOS FRENTE AL V.I.H/SIDA/ FUENTES DE INFORMACION.....	26
TABLA 4. HABITOS SOCIALES: CONSUMO DE SUSUTANCIAS/ ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR DE COLEGIOS PÚBLICOS COLOMBIANOS.....	29
TAB.5 RELACION EDAD/ SEXO Y PRACTICAS DE RIESGO SEXUALES EN ADOLESCENTES EN EDAD ESCOLAR DE COLEGIOS PÚBLICOS COLOMBIANOS.....	30

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO 1. SEXO ADOLESCENTES ENCUESTADOS.....	25
GRAFICO 2. COMO CONSIDERA LA CALIDAD/INFORMACION.....	27
GRAFICO 3. PUNTUACION PARA DETERMINAR CONOCIMIENTOS BASICOS V.I.H/SIDA.....	28

## INTRODUCCION

Cuando tomamos la decisión de emprender este proyecto de investigación, no tomamos el V.I.H/SIDA de una manera general, lo quisimos enfocar en una población que opinamos, es clave para disminuir los índices de propagación de este virus, y así poder crear soluciones al grave problema que estamos heredando a nuestros jóvenes. En los últimos 30 años, hubo grandes cambios en el comportamiento sexual en la humanidad, en especialmente en los jóvenes. En los años cuarenta y principios de los sesenta, el sexo antes del matrimonio se consideraba un tabú y la mayoría de los jóvenes se comportaban de acuerdo a esta creencia. A partir de los años 60 y 70 y con la aparición de la píldora anticonceptiva, las normas y valores respecto a la sexualidad se modificaron y las relaciones sexuales de adolescentes, jóvenes y adultos son cada vez más aceptadas.

Con la aparición del V.I.H/SIDA estas conductas han servido de motor para engrandecer este virus, en el que hasta hoy, no existe una cura definitiva. No es raro oír que un joven tenga su primera relación sexual a los 15 años o menos. Según la ONU los jóvenes entre 15 y 24 años representan la mitad de la población infectada de V.I.H/SIDA en el mundo (1)\*<sup>1</sup> El futuro de esta enfermedad dependerá mucho de lo que aprendan las generaciones actuales, ¡de lo que le estemos enseñando! Llevamos muchos años luchando contra esta epidemia, políticas fallidas, que mas parecen paños de agua tibia. La falta de información, la poca educación sobre V.I.H/SIDA a la que están actualmente sometidos nuestros jóvenes, hacen necesaria una reestructuración de las políticas actuales. Debemos conocer mas a fondo a nuestros jóvenes, debemos entenderlos, saber que

---

<sup>1</sup> ONUSIDA: Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2003. Ginebra: ONUSIDA: 2003.

piensan, entender su mundo, y de esta manera entregarles las herramientas necesarias para que actúen y prevengan esta enfermedad.

En Colombia existe poca información sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes frente al VIH/SIDA, opinamos que los programas de prevención no tienen la fortaleza para el momento actual, se considera necesario investigaciones que permitan conocer el estado de los conocimientos, actitudes y prácticas en grupos vulnerables como son los adolescentes. Y así definir políticas pertinentes que asocien globalmente la educación y la prevención en nuestros jóvenes.

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo General

Describir conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en los estudiantes de grados séptimo, octavo, noveno, decimo y once, de los colegios que a continuación relacionamos:

- Colegio Instituto Técnico Industrial Carlos Sarmiento Lora (Tuluá –Valle)
- Colegio Normal Superior (San Mateo - Boyacá)
- Colegio Instituto Agrícola de Urabá (Chigorodó-Antioquia)
- Colegio Pío de Chiquinquirá (Chiquinquirá-Boyacá)
- Colegio Liceo Restrepo Molina (Envigado-Antioquia)

### 1.2. Objetivos Específicos

- Identificar a los estudiantes según edad y sexo.
- Identificar los conocimientos de los estudiantes en el tema de V.I.H/SIDA.
- Identificar las actitudes de los estudiantes frente al V.I.H/SIDA.
- Identificar las prácticas o factores de riesgo que puedan presentar los estudiantes frente a la problemática V.I.H/SIDA.
- Presentar alternativas de solución en el mediano y largo plazo, para enfrentar la problemática V.I.H/SIDA en adolescentes.



## 2. JUSTIFICACION

Los adolescentes están expuestos a factores y conductas de riesgo que son innegablemente los elementos que aumentan la probabilidad de aparición de la enfermedad V.I.H/SIDA que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades, y a largo plazo un problema social, pues son la fuerza laboral del futuro. Además, muchos adolescentes desconocen qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado y aún conociendo el riesgo, muchos creen que son invulnerables, al cual se añaden diferentes riesgos a la salud como otras infecciones de transmisión sexual, el embarazo precoz si se trata del sexo femenino.

La información obtenida a partir de este proyecto de investigación, servirá a las instituciones del estado, para adecuar políticas dirigidas a los adolescentes, en donde prevalezca la educación, la información, el sano esparcimiento, la cultura. Esto con base en la investigación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes en nuestro contexto, y no en base a conductas de comportamiento generalizadas.

Para nosotros como futuros regentes de farmacia, es indispensable conocer y entender como piensan y actúan los adolescentes. A diario vemos como muchos de ellos se acercan a las farmacias y droguerías buscando una respuesta que no encontraron en casa o el colegio, nosotros hacemos parte fundamental de esa red responsable de información que ellos requieren.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Historia del V.I.H./SIDA

El siglo XX sorprende a la humanidad con una de las pandemias más duraderas de la historia humana, sabemos que han existido enfermedades que han diezmado a la población sin embargo todas estas llegaban a una cúspide y desaparecían, o en otros casos gracias a la inteligencia del ser humano nos sobrepusimos como fue el caso del descubrimiento de la penicilina. **(5)**<sup>2\*</sup> salvando millones de vidas hasta nuestros días.

El SIDA es un síndrome de deficiencia auto inmune, es la forma más grave de la enfermedad, causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), se transmite a través de la sangre, el semen las secreciones vaginales y la leche materna

El concepto SIDA se aplica a una gran variedad de situaciones clínicas y epidemiológicas, a menudo muy diferentes entre sí. El primer informe científico sobre el SIDA como enfermedad fue publicado en junio de 1981 por los centros de clasificación de Atlanta y correspondía a la aparición de cinco extraños casos de Neumocystosis descritos por M.Gottlieb en Los Ángeles y a 26 casos igualmente inusuales, de Sarcoma Kaposi y Neumocystosis descritos por Friedman-Kien en New York y California.**(6)**<sup>3</sup> Los informes se referían a trastornos severos y

---

<sup>5</sup> Alexander Fleming (11 de diciembre). «Penicillin. Conferencia Nobel». Consultado el 31 de octubre de 2008. Consultado en. [www.profesorenlinea.cl/Ciencias/Penicilina.htm](http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/Penicilina.htm)

<sup>6</sup> ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2007

rápidamente mortales de la inmunidad celular, que afectaban a varones jóvenes homosexuales, con un amplio historial de ETS; los casos detectados presentaban características comunes que hacían pensar en la aparición de una enfermedad nueva hasta entonces desconocida por la ciencia y cuyo comienzo parecía haberse dado en los Estados Unidos a fines de 1980.

En 1983 científicos franceses identificaron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) descubrimiento que mas tarde es realizado en los Estados Unidos. El mundo anunciaba que el agente causante del SIDA había sido descubierto. En los años siguientes desde que se detectaron los primeros casos de la enfermedad, las características y conductas del virus han sufrido cambios, los primeros casos se reportaron en EUA, África Central y Europa Occidental, pero luego se extendieron por todo el mundo, hasta constituir una pandemia.(7)<sup>4\*</sup>

### **3.2. Historia Natural del Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A)**

En la historia natural del V.I.H cabe destacar que desde el momento de la inoculación hasta la muerte del huésped, el V.I.H no para de replicarse, esto, de una manera rápida y muy intensa.

Es una batalla entre dos enemigos poderosos, uno el retrovirus, y otro el organismo humano que es el de nuestro interés. Este virus posee unas armas bastantes sofisticadas que desarman cualquier sistema defensivo del huésped tienen capacidad de camuflaje, poder de replicación, y hasta por que no decirlo inteligencia sospechosa, este virus ataca directamente nuestras defensas,

---

<sup>7</sup> Anderson JE, Dahlberg LL. High risk sexual behavior in the general population: Results from a national survey 1988-1990. *Sexually Transmitted Diseases*. 1992;19(6):320-5 Pag. 125

(Linfocitos T) Sin embargo el huésped tiene un sistema inmunitario complejo y potente, capaz de ganar las primeras batallas y de resistir posteriormente durante muchos años el implacable ataque del virus.

Desde un punto de vista clínico-viroológico existen tres (3) fases evolutivas en la historia natural de la infección por V.I.H:

**3.2.1. Fase Precoz:** Desde el momento de la inoculación el V.I.H se disemina bastante rápido llegando a muchos partes del organismo, principalmente al sistema linfático y nervioso, pocas horas después, se ha comprobado que ya se detectan en las células linfoides de la submucosa vaginal y rectal. 2 o 6 semanas después, la carga viral en el plasma del organismo es bastante alta encontrándose un alto porcentaje de linfocitos T infectados.

**3.2.2. Fase Crónica:** Es una batalla a muerte tanto el virus como el organismo dan la pelea, la impresionante capacidad de regeneración de los linfocitos T mantiene a raya el virus, en esta etapa es muy probable que no se presente sintomatología aunque se han descrito adenopatías y trombopenia. En esta etapa entre 80% y 90% de estos infectados progresan a SIDA a partir de los 5 años de inoculación. El 10% restante son casos extraordinarios de extrema resistencia del huésped, o sorpréndete capacidad del virus de doblegar al organismo en menos de 5 años, cabe destacar que esto sucede por diversos factores que afectan tanto al organismo como al virus, o la interrelación del virus y el organismo.

**3.2.3. Fase Final o de Crisis:** Al organismo ya le es imposible de reponer los suficientes linfocitos T para mantener protegido al organismo del virus, mientras tanto, el retrovirus prosigue su intensa multiplicación, ya el organismo empieza a sufrir el fatal desenlace, innumerables infecciones, determinadas neoplasias y

ciertos trastornos neurológicos característicos. Es a partir de este momento cuando el individuo infectado es considerado como: enfermo de SIDA.

Después de todo lo anterior la evolución natural de los pacientes es desfavorable, con una supervivencia inferior al 15%-30% a los 3 años. Sarcoma de Kaposi, infecciones oportunistas, linfomas no Hodgkin entre otros, terminan por consumir a un organismo indefenso.

### **3.3. La Adolescencia**

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud, como el período de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, y se divide en 2 fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía que comprende desde los 15 a los 19 años. El paso de la infancia a la edad adulta constituye el contenido fundamental de esta etapa, en ella se establecen la diferenciación específica de todos los aspectos del desarrollo. **(8)\*<sup>5</sup>**

Esta etapa y los primeros años de la juventud son fundamentales, porque dentro de esta, se producen grandes cambios físicos, psicológicos y sociales que marcan la vida de los seres humanos.

Entre los cambios físicos, encontramos los cambios corporales, el desarrollo sexual y el inicio del instinto reproductivo, que a su vez conllevan al comienzo de las relaciones sexuales; también los cambios psicológicos, como la necesidad de

---

*8 UNICEF, USAID, ONUSIDA. Children on the brink 2006. A joint report on orphan estimates and program strategies. Washington, DC: UNICEF; 2006.*

independencia que provoca conflictos con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y los cambios del estado de ánimo.

Los cambios sociales, se caracterizan por la tendencia a reunirse en grupos, fiestas, paseos, grupos urbanos son algunos de sus contextos diarios. En esta etapa se producen además, emociones relacionadas con la maduración sexual, por lo que el interés en el sexo opuesto o en su mismo sexo, en el caso de los homosexuales y bisexuales, provoca un incentivo poderoso para el comienzo de las relaciones íntimas, principalmente de tipo coital, por lo que en este grupo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) tienden a manifestarse de una manera progresiva y alarmante, por las secuelas que puedan dejar. La maduración sexual se presenta en los adolescentes a edades cada vez más tempranas, lo que conlleva a una disminución de la edad de comienzo de las relaciones sexuales, un mayor número de parejas sexuales y por ende un incremento en el riesgo de contraer una ITS. **(9)\*<sup>6</sup>**

**3.3.1. La Adolescencia y el VIH/SIDA:** Cuando inicio la pandemia del VIH/SIDA, no se tuvieron en cuenta a los adolescentes, en comparación con los adultos y niños en parte porque; menos de 1% de los casos reportados correspondían a edades entre 13 y 19 años; era mínimo el riesgo comparado con la población adulta y la pediátrica, y realmente no era así. Se ha planteado que una tercera parte de las personas que han desarrollado la enfermedad adquirieron el virus durante la adolescencia y visto de manera preventiva los adolescentes hacen parte de un grupo único y singular que merece especial atención. **10<sup>7</sup>**

---

<sup>9</sup>Los adolescentes, en OMS - WHO

<sup>10</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Pautas para la Prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe. Montevideo: OPS; 2005

Una de cada seis personas en el planeta es adolescente, y aproximadamente el 85% vive en países subdesarrollados, no todos tienen una familia funcional, no todos tienen una buena educación, entre otros aspectos negativos. Al formar parte de un mundo comercializado y sin valores, muchos ya pertenecen a la lista de víctimas del VIH/SIDA responsabilidad exclusiva de la sociedad en que vivimos. Existen algunos grupos de adolescentes jóvenes que están expuestos a un riesgo promedio mucho más elevado de contraer estas enfermedades; por ejemplo, la pobreza es una amenaza que los empuja a soportar situaciones que los pone en riesgo. Los trabajadores del sexo, adolescentes de ambos sexos y los jóvenes de la calle constituyen un grupo desfavorable bien visible.

La gran mayoría de jóvenes comienzan prematuramente las relaciones sexuales, no es raro conocer que antes de los 15 años, tienen más de una pareja y no usan preservativo. Es fundamental poner en práctica programas de prevención mucho antes de que comiencen su actividad sexual, ya que muchos no son conscientes del peligro de infección.

Existen infinidad de detractores del preservativo como medio de prevención contra el V.I.H/SIDA, principalmente relacionados a preceptos religiosos, aunque, está demostrado que es el mejor método en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales. Sin embargo, no se le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra. Estas creencias son absorbidas por los adolescentes y jóvenes, creando así una exposición y un mayor riesgo de infección por estas enfermedades.

**3.3.2. Factores de Riesgo:** Desde algunos años, el criterio frente al VIH/SIDA se ha modificado y ahora no solo se pone atención al comportamiento de riesgo del individuo, sino también a los factores ambientales y socio-culturales inmediatos

que influyen en dicho comportamiento y a la influencia que la familia y la comunidad poseen sobre el comportamiento de un individuo.

Reconocer todos estos aspectos no solo implica tener un criterio con respecto al VIH/SIDA que va más allá del acto de arriesgarse y de los factores ambientales inmediatos que influyen en él, y se ocupa de los factores fundamentales que crean un clima general en el que esos comportamientos de riesgo se ven fomentados, se mantienen y resultan difíciles de modificar. Es preciso tener en cuenta los aspectos individuales, familiares y comunitarios de una manera más integral y complementaria.

Alcohol, cannabis, drogas sintéticas, son algunos de los factores ambientales, a los que están expuestos el 100% de estos adolescentes, para nadie es un misterio ver como nuestros adolescentes adquieren licor, cannabis y algunas drogas sintéticas como las soluciones inhalables de fácil acceso y valor asequible. El uso y abuso de estas sustancias, además de crear un gran problema psicológico y físico, permiten que el adolescente no sea consciente a la hora de tener contacto sexual, que por lo general se dan con personas desconocidas o en algunos casos sin ser consiente de ello.

Lo anterior sumamos los pocos valores que se inculcan desde casa, según estadísticas del ICBF un gran porcentaje de esta generación de adolescentes son hijos de inmigrantes, por lo cual la custodia se encuentra bajo los abuelos, tíos o hermanos mayores, situaciones como estas, sumadas en algunos casos a la necesidad de abandonar los estudios para empezar a trabajar, incrementan las posibilidades de que los adolescentes se inicien en “comportamientos de riesgo”, conductas que pueden afectar su nivel de vida presente o futuro.



### **3.4. Políticas Nacionales sobre V.I.H/SIDA en Colombia**

Aunque la prevalencia de la infección por VIH y SIDA en Colombia no tiene la magnitud de otros países, el SIDA plantea enormes desafíos al Estado y a la sociedad colombiana que es preciso resaltar.

Desde su aparición, y con el transcurso del tiempo, la pandemia de VIH y SIDA se ha constituido, para los diferentes países del mundo, en uno de los problemas de salud pública de más difícil abordaje y en uno de los mayores retos a efectos de lograr su prevención y control. A nivel mundial, no sólo los Estados sino diferentes tipos de organizaciones, tanto de cooperación internacional como de la sociedad civil, se han visto comprometidos a aunar esfuerzos para lograr una respuesta cada vez más coherente y efectiva, a fin de combatir la enfermedad.<sup>11</sup><sup>8</sup>

#### **3.4.1. Objetivos del Milenio frente al V.I.H/SIDA (Asamblea General de las Naciones Unidas 2001)**

- Mantener la prevalencia de la infección por VIH/SIDA por debajo del 1.2%,
- Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales,
- Reducir la mortalidad por causa del SIDA,
- Disminuir el número de casos de transmisión perinatal.
- Incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población joven y en los siete grupos de población identificados como de mayor vulnerabilidad.

---

<sup>11</sup> Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública -, ONUSIDA - Grupo Temático para Colombia

### **3.4.2. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Colombia)**

**Establecido en Decreto 3039 de 2007:** Este documento presenta la política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) para el periodo 2002 a 2006. Parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. <sup>12</sup>

### **3.4.3. Objetivo General Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:**

Mejorar la salud sexual reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

### **3.4.4. Población Adolescente, como prioridad de la política nacional de salud**

**sexual y reproductiva:** La población adolescente requiere acciones de promoción de salud sexual reproductiva (SSR) específicamente diseñados para ella, con su

---

<sup>12</sup> *Política nacional de salud sexual y reproductiva (Colombia) 2006 Tomado de.*  
[http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061\\_archivo\\_pdf\\_politicaSSR.pdf](http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf)

participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Los adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra I.T.S y V.I.H/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades. Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.**(13)**<sup>10</sup>

### **3.5. Escenario Socio – Cultural**

A partir de los años 80s, cuando el narcotráfico comenzó a filtrarse en la sociedad colombiana, se podría asegurar que la percepción de la cultura colombiana ha cambiado. Los estereotipos a los cuales están sujetos los jóvenes de hoy han sido narco-culturizados.

---

<sup>13</sup>Política nacional de salud sexual y reproductiva (Colombia) 2006 pág. 18 Tomado de.  
[http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061\\_archivo\\_pdf\\_politicaSSR.pdf](http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf)

La adolescencia es una etapa con procesos de socialización en la que los jóvenes están pendientes de la aprobación social y, sobre todo, de la de sus pares; esto debilita su autoimagen y su autoestima haciéndolos vulnerables a las drogas, al alcoholismo, a agresiones, accidentes. La alta prevalencia de comportamientos de riesgo, especialmente entre los 13 y 24 años, podría generar hábitos negativos para la salud por el resto de la vida. Estos comportamientos se traducen no sólo en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro, sino en problemas que sufren ya los propios adolescentes, como el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual o los accidentes que encabezan la patología en esta edad.<sup>14</sup><sup>11</sup>

Cuando exponemos el concepto narco-culturizados, y analizamos el ciclo por el cual pasan estos jóvenes analizados, encontramos que la mayoría de estos ven el licor, las drogas, y la sexualidad irresponsable, como vivencias normales, las cuales creen que nunca pasara factura. Consumir drogas, alcohol y luego tener relaciones sexuales se convierten en factores de riesgo que aumentan considerablemente la posibilidad de adquirir V.I.H/SIDA

### **3.6. Escenario Ambiental**

En esta investigación se tienen en cuenta dos escenarios ambientales, uno el colegio, el cual es el sitio donde los jóvenes pueden obtener información objetiva. Y la familia, lugar donde se crean bases morales para afrontar negativa o positivamente los devenires de la adolescencia.

---

<sup>14</sup>Erickson EH. El Ciclo Vital Complementado. Barcelona: Paidós; 2000: 162.

La oposición de algunos sectores de la sociedad para aplicar las políticas de salud sexual y reproductiva, hacen difícil la tarea de los planteles educativos. No es raro escuchar las voces de protesta cuando se distribuyen preservativos en los colegios y centros universitarios, o cuando se exponen ideas en cuanto a sexualidad responsable a los jóvenes. Este tipo de circunstancias generan confusión en los jóvenes, pues la existencia de programas que orienten de una manera adecuada a los jóvenes en los planteles educativos es prácticamente nula.

Población de nivel socioeconómico bajo, es donde pertenecen los jóvenes de esta investigación. Hijos de madres cabeza de hogar, en la mayoría de los casos de embarazos no deseados y en edad adolescente. Hijos con padres alcohólicos y violentos, hijos al cuidado de abuelos, tíos, allegados etc. Los anteriores factores son circunstancias en las que conviven la mayoría de estos jóvenes, los cuales provocan que estén más expuestos a los factores de riesgo de adquirir V.I.H/SIDA

Los escenarios en que se desarrollan los jóvenes de esta investigación son bastantes complicados, pues al no recibir una adecuada formación tanto familiar como académica, dejan en manos de la narco-cultura y medios de comunicación irresponsable el desarrollo sexual y de valores.<sup>15</sup><sup>12</sup>

---

15 Temas y problemas de los jóvenes colombianos al comenzar el siglo XXI Disponible en:  
<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/vol1/GermanMunoz.pdf>

#### 4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El VIH/SIDA es un problema mundial de salud pública. Para el 2006 39,5 millones de personas estaban infectadas con VIH, es decir 2,6 millones más que en 2004. Aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones se presentaron en personas de 15-24 años y se estima que anualmente 600.000 jóvenes adquieren el virus. Esta situación trae consecuencias negativas al desarrollo humano mundial, afectando individuos, familias, y el progreso socio-económico y sanitario de los países. **(2)\*<sup>13</sup>**

En Colombia esta epidemia ha presentado una tendencia creciente con tasas de incidencia para 1983- 2005 de 5.36 casos por 100.000 habitantes y para la última década, 1995-2004, de 7.85 casos por 100.000 habitantes, principalmente a expensas de población de 25-44 años, quien es posiblemente se infectaron en épocas tempranas de su juventud. El Valle del Cauca después de Bogotá es la segunda región del país en reportar nuevos casos de VIH/SIDA con un acumulado de 12.000 casos al 2006, los cuales reflejan aumento de nuevas infecciones en población joven y más de 70% de los casos tienen la vía sexual como mecanismo probable de transmisión **(3)\***

---

2 ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Julio de 2004. Ginebra, Suiza: ONU SIDA; 2004.

3 García-Bernal R, Luque-Núñez R, McDouall-Lombana J, Moreno-Díaz Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte 2000 - 2005. Bogotá, D.C. Colombia: ONU SIDA-Grupo Temático para Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2006 Mayo de 2006.

Consecuentemente, ONUSIDA y el Ministerio de la Protección Social, en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, han declarado a los jóvenes de 15-24 años, grupo prioritario para el control del VIH/SIDA y han insistido en la necesidad de realizar encuestas orientadas a establecer la prevalencia de comportamientos de riesgo frente a VIH/SIDA en dicho grupo poblacional. (4)\*

#### **4.1. Pregunta de Investigación**

¿Cuales son los conocimientos, actitudes, paradigmas y prácticas que rodean la problemática del V.I.H/SIDA en los adolescentes de edad escolar colombianos?

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Tipo de Estudio

Se lleva a cabo un estudio descriptivo, para evaluar los conocimientos, actitudes y practicas de adolescentes escolarizados en los colegios mencionados, pertenecientes a las ciudades de Tuluá-Valle, Chigorodo-Antioquia, Chiquinquirá-Boyaca, san mateo-Boyacá y envigado-Antioquia. Este estudio se llevo a cabo en los meses de febrero y marzo del 2012.

Se aplicó una encuesta de 12 puntos donde se exploran elementos sociodemográficos como edad, sexo, seguridad social. También se investigan las posibles fuentes de información a través de las cuales les llega la información sobre el V.I.H/SIDA. Las actitudes que tienen frente a esta enfermedad, como consideran la calidad de la información recibida, el uso de medidas de prevención, y por ultimo, las practicas sexuales de riesgo, como el numero de parejas sexuales, el uso de sustancias antes de un encuentro sexual, el uso del preservativo, entre otras.

Para evaluar los conocimientos sobre V.I.H/SIDA de los adolescentes, se realizo un cuestionario con 4 preguntas básicas, donde se abordan conceptos básicos de la enfermedad, formas de contagio, factores de riesgo y métodos de prevención, de tal forma que si el adolescente contesta todas buenas se califica como muy bueno, 3 correctamente, se considera bueno, 2 correctas, regular, 1 o todas incorrectas, se calificaría, malo.



## 5.2. Población del Estudio

Este estudio esta conformado por una población estimada de 200 estudiantes en edades que oscilan entre los 12 y 19 años de edad, pertenecientes a los colegios:

- Instituto Técnico Industrial Carlos Sarmiento Lora. Grado 11 (Tuluá –Valle)
- Colegio Normal Superior. Grado 8 (San Mateo - Boyacá)
- Instituto Agrícola de Urabá. Grado 7 (Chigorodó-Antioquia)
- Colegio Pío de Chiquinquirá. Grado 9 (Chiquinquirá-Boyacá)
- Colegio Liceo Restrepo Molina. Grado 10 (Envigado-Antioquia)

Se estima en 200 estudiantes teniendo en cuenta que cada salón encuestado tiene en promedio 40 estudiantes.

### 5.2.1. Ubicación Geográfica

**Tuluá:** Municipio, ubicada en el departamento de Valle del Cauca en Colombia, conocida como "El Corazón del Valle". A 98 Km de Cali capital del departamento.

**San Mateo:** Municipio del departamento de Boyacá, Colombia. Se halla ubicado en la ladera occidental de la cordillera oriental. A 208 km de Tunja capital del departamento.

**Chigorodó:** Municipio de Colombia, localizado en la subregión de Urabá en el departamento de Antioquia. Su cabecera dista 306 kilómetros de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia.

**Chiquinquirá:** Ciudad de Colombia, capital de la provincia de Occidente en el departamento de Boyacá, situada en el valle del río Suárez, a 134 km al norte de Bogotá y a 73 km de Tunja su capital.

**Envigado:** Municipio de Colombia, ubicado en el Valle de Aburra del departamento de Antioquia. Limita por el norte con el municipio de Medellín, por el este con el municipio de El Retiro.

### **5.3. Muestra**

La escogencia de la muestra se realizo entregando la encuesta y el cuestionario a 20 estudiantes en cada salón, se entregaban 5 por cada fila de una manera aleatoria. Para una total de 100 estudiantes como muestra.

### **5.4. Técnica de la Recolección**

Se realizará una encuesta y cuestionario tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) en cada salón correspondiente a cada participante de la investigación.

**5.4.1. Proceso de Recolección:** Cinco (5) estudiantes pertenecientes a la universidad nacional abierta y a distancia, inscritos en el diplomado: Fundamentos de salud pública. Ellos Llevaran a cabo las encuestas y cuestionarios en los colegios ya relacionados.

Cada estudiante esta capacitado previamente por la universidad. Teniendo en cuenta que ya han sido cursadas las materias de estadística descriptiva,

metodología de la investigación y en el presente curso el modulo de estadística y bioestadística.

La encuesta y el cuestionario se llevaron a cabo en cada salón, previa autorización de los rectores de los planteles y teniendo en cuenta no inferir en el normal desarrollo de las clases.

### **5.5. Cronograma de Actividades**

(Ver anexo C)

### **5.6. Identificación y Definición de Variables**

Tuvimos en cuenta cuatro aspectos para definir las variables

#### *a) Socio – Demográficas*

- Edad.
- Sexo.
- Seguridad social.

#### *b) Conocimientos sobre el V.I.H/SIDA*

- Definición conceptual de la enfermedad.
- Formas de contagio.
- Factores de riesgo.
- Medidas de prevención.

#### *c) Actitudes sobre el V.I.H/SIDA*

- Fuentes de información.
- Calificación de la fuente de información.

d) *Prácticas sobre el V.I.H/SIDA*

- Uso de protección en las relaciones sexuales.
- Numero de compañeros sexuales.
- Relaciones sexuales con desconocidos.
- Uso de sustancias embriagantes o psicoactivas antes de las relaciones sexuales.

## 6. RESULTADOS

Se escogió una muestra de 100 estudiantes adolescentes pertenecientes a colegios públicos en diferentes ciudades del país, ciudades anteriormente ya descritas en este documento. También se realizó un cuestionario para medir los conocimientos de los adolescentes en el V.I.H/SIDA, a continuación exponemos resultados:

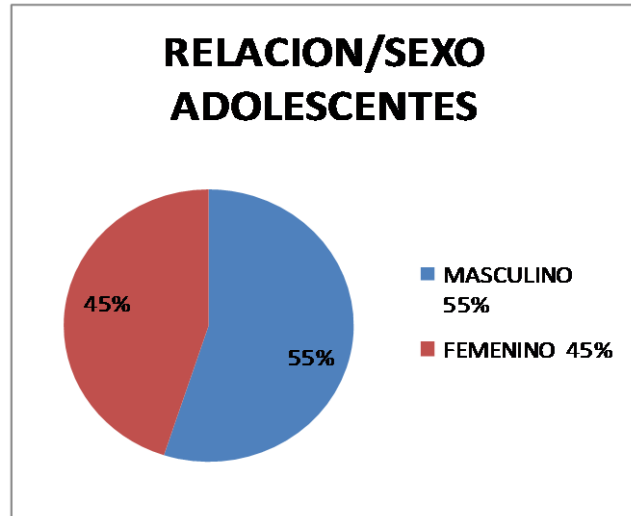
### 6.1. Aspectos Socio - Demográficos

**TABLA 1. Relación Edad/Sexo Adolescentes en Edad Escolar de Colegios Públicos Colombianos**

		EDAD/SEXO							
AÑOS		12	13	14	15	16	17	18	19
MASCULINO		4	3	5	9	15	10	9	-
(55)									
FEMENINO		5	5	4	4	13	7	7	-
(45)									
TOTAL		(9)	(8)	(9)	(13)	(28)	(17)	(16)	-
(100)		9%	8%	9%	13%	28%	17%	16%	

FUENTE: LOS AUTORES

**Gráfico 1. SEXO ADOLESCENTES ENCUESTADOS**



FUENTE: LOS AUTORES

De la muestra escogida, 100 estudiantes adolescentes, el 55% son hombres y un 45% son mujeres. La edad promedio es 15.4 años la mediana 16 años y la moda 16 años. El adolescente de mayor edad tiene 18 años y el de menor edad 12 años. (Tabla 1)

**TABLA 2. Relación Cubrimiento/Seguridad Social Adolescentes en Edad Escolar de Colegios Públicos Colombianos**

AFILIACION A REGIMEN DE SALUD

SI	(75)	75%
NO	(15)	15%

FUENTE: LOS AUTORES

De los 100 estudiantes analizados 15 estudiantes no tienen un seguro de salud. 75 estudiantes se encuentran adscritos a un régimen de salud

## 6.2. Actitudes sobre el V.I.H/SIDA

**TABLA 3. Relación Conocimientos Frente al V.I.H/SIDA Fuentes de Información**

	¿SABES QUE ES V.I.H/SIDA?		FUENTE DE INFORMACION						¿COMO CONSIDERA LA CALIDAD/INFORMACION?		
	SI	NO	FAMILIA	COLEGIO	AMIGOS	TV	INTERNET	NO RECIBE	BUENA	REGULAR	MALA
<b>TOTAL (100) 100 %</b>	<b>(96) 96%</b>	<b>(4) 4%</b>	<b>(14) 14%</b>	<b>(43) 43%</b>	<b>-</b>	<b>(21) 21 %</b>	<b>(18) 18%</b>	<b>(4) 4%</b>	<b>(44) 44%</b>	<b>(36) 36%</b>	<b>(20) 20%</b>

FUENTE: LOS AUTORES

Con respecto a las actitudes de los adolescentes analizados, tenemos que el 96% sabe que es el V.I.H/SIDA.

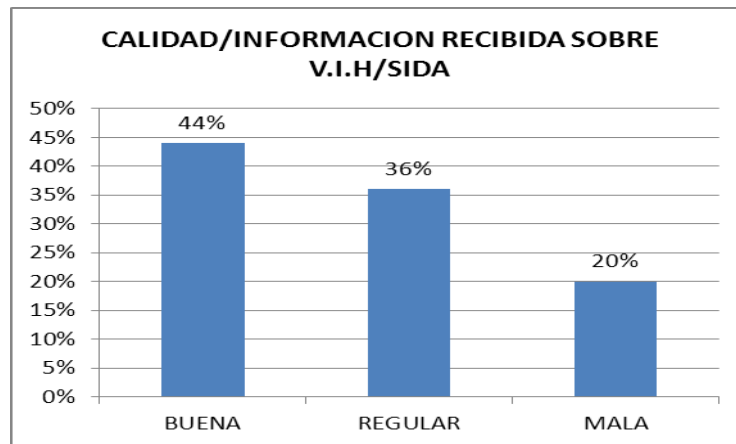
El 43% reconoce el colegio como la principal fuente de información sobre el virus. El 21% señala la televisión como fuente de información, frente a un 18% que dice que el internet es donde ha aprendido sobre el V.I.H/SIDA.



Con respecto a las actitudes de los adolescentes analizados, tenemos que el 96% sabe que es el V.I.H/SIDA.

El 43% reconoce el colegio como la principal fuente de información sobre el virus. El 21% señala la televisión como fuente de información, frente a un 18% que dice que el internet es donde ha aprendido sobre el V.I.H/SIDA.

### Gráfico 2. ¿Cómo Considera la Calidad/Información?

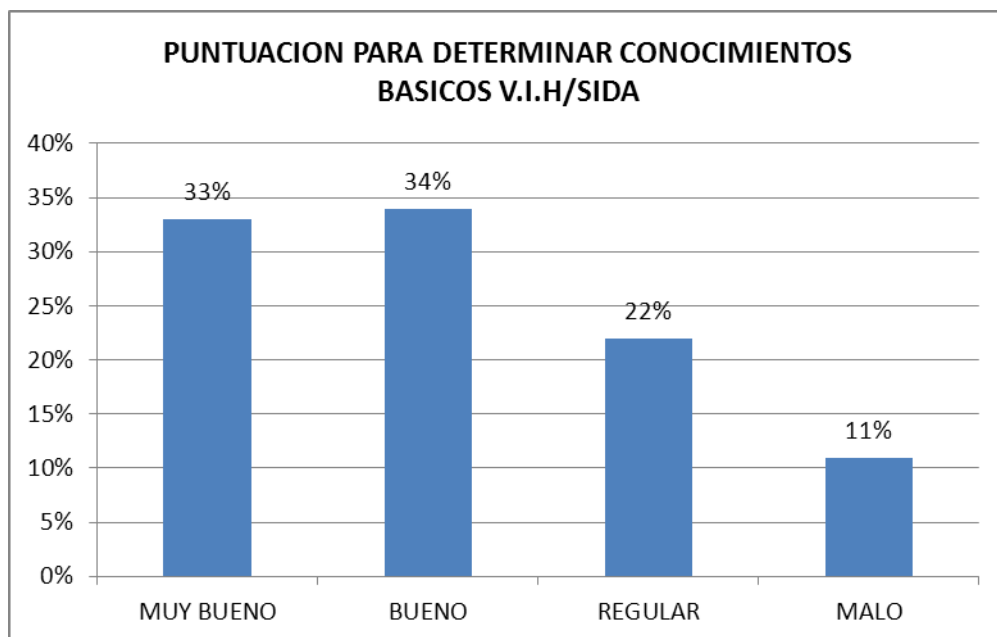


FUENTE: LOS AUTORES

El 44% de los adolescentes analizados considera que la información que han adquirido sobre el V.I.H/SIDA es buena, frente a un 36% que dice que es regular, sin embargo un 21% de los estudiantes considera que esta información es deficiente.

### 6.3. Conocimientos Básicos sobre V.I.H/SIDA

**Gráfico 3. Puntuación para determinar Conocimientos Básicos V.I.H/SIDA**



FUENTE: LOS AUTORES

Con respecto al cuestionario aplicado a los estudiantes, el 34% obtuvo una calificación “buena” sobre V.I.H/SIDA. El 33% “muy buena” mientras que un 22% “regular” El 11% de los adolescentes presentaron resultados deficientes frente al V.I.H/SIDA.

#### 6.4. Prácticas sobre el V.I.H/SIDA

**TABLA 4. Hábitos Sociales: Consumo de Sustancias/Adolescentes en Edad Escolar de Colegios Públicos Colombianos**

<b>HABITOS SOCIALES: CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>					
	<b>ALCOHOL</b>	<b>CANNABIS</b>	<b>EXTASIS</b>	<b>OTROS</b>	<b>NO CONSUME</b>
<b>HOMBRES</b> (55)	(44) 80%	(26) 47.3%	(14) 25.5%	(13) 23.6%	(7) 12.8%
<b>MUJERES</b> (45)	(19) 42%	(5) 11%	(3) 6.7%	(2) 4.5%	(24) 53%

FUENTE: LOS AUTORES

Con respecto a las practicas de los adolescentes frente al V.I.H/SIDA. De acuerdo a la variable consumo de sustancias, ya sean embriagantes o psicoactivas, tenemos que los hombres representan, el mas alto porcentaje de consumidores de alcohol, el 80% de ellos consumen esta sustancia embriagante, frente a un 42% de mujeres que reconocen también consumirla.

El cannabis o más conocido popularmente como “marihuana”, representan la segunda sustancia mas consumidas de los adolescentes. El 47.3% de los hombres consumen “marihuana” mientras que las mujeres 11% de ellas admiten consumirla.

El éxtasis. Pastillas psicoactivas de origen sintético, son consumidas por un 25.5% de los hombres, frente a una 6.7% de mujeres positivas en consumo.

Como dato relevante el 53% de las mujeres aseguran no consumir ninguna sustancias de las mencionadas, frente a un 12.8% de hombres que tampoco consumen.

Como dato curioso. Un 23.6% de los hombres adolescentes, aseveran consumir otras sustancias que no están relacionadas.

**TABLA 5. Relación Edad/Sexo y Prácticas de Riesgo Sexuales en Adolescentes en Edad Escolar de Colegios Públicos Colombianos**

F	Sexualmente activo		No. Compañero sexuales		Relaciones sexuales/ desconocidos		Consumo de drogas/alcohol antes de sexo		Uso/ preservativos en todas/R.S		
	SI	NO	1	2 o mas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	A veces
HOMBRE											
55 (55%)	(47) 85.5%	(8) 14.5%	(15) 32%	(32) 68%	(23) 49%	(24) 51%	(41) 87%	(6) 13%	(11) 24%	(22) 46%	(14) 30%
MUJER											
45 (45%)	(17) 38%	(28) 62%	(11) 65%	(6) 35%	(5) 29.5%	(12) 70.5%	(3) 18%	(14) 82%	(9) 53%	(6) 35%	(2) 12%
TOTAL											
100 (100%)	(64) 64%	(36) 36%	(26) 41%	(38) 59%	(28) 44%	(36) 56%	(44) 69%	(20) 31%	(20) 31%	(28) 44%	(16) 25%

FUENTE: LOS AUTORES

Al analizar las variables edad, sexo y prácticas de riesgo sexuales encontramos que: El 85.5% de los hombres son sexualmente activos, frente un 38% de mujeres que reconocen tener relaciones sexuales.

De los hombres activos sexualmente el 68% de estos, reconoce tener más de 2 parejas sexuales. El 49% de los jóvenes hombres adolescentes, admiten haber tenido relaciones sexuales con personas que no conocen bien. De estos adolescentes el 46% dice no utilizar preservativos durante la relación, el 30% de estos reconoce utilizarlo en ocasiones, y tan solo un 24% de estos se protege en todas las ocasiones.

De un 38% de mujeres que son activas sexualmente, el 65% de ellas reconoce tener una sola pareja sexual, frente a un 35% que aceptan que tienen relaciones sexuales con más de un hombre, de estas mujeres el 82% dicen no consumir ningún tipo de sustancias, mientras un 18% admite consumirlas. De las mujeres activas sexualmente en esta investigación el 53% siempre exigen un preservativo, frente a un 35% que nunca lo utilizan, un 12% de estas mujeres activas en ocasiones utiliza el preservativo en una relación íntima.

Como dato relevante el 62% de las mujeres analizadas, indican nunca haber tenido relaciones íntimas, frente a un 14.5% de los hombres que reconocen nunca haber tenido relaciones sexuales.

## 7. DISCUSIÓN

A través de los años, el tema de la adolescencia y las conductas de riesgo frente a la sexualidad ha sido de interés para diversos profesionales de la salud, ya que se ha identificado que dichas conductas han influenciado de una u otra manera el aumento de nuevos casos de adolescentes diagnosticados con VIH. Por esta razón, se ha considerado necesario identificar las variables que están llevando a que los jóvenes no generen comportamientos de autocuidado y por ende estén más vulnerables frente a la infección por VIH/SIDA.

Saber que el 64% de los adolescentes de esta pequeña muestra de la población es activa sexualmente, nos muestra uno de los temas más trascendentales y preocupantes, que afectan los índices de propagación de V.I.H/SIDA. Inicio de la vida sexual a temprana edad, entre otros que luego hablaremos de ellos.

Considerando que la edad promedio de estos adolescentes es de 16 años, y el de menor edad es 12 años. Que un 38% de estos tienen más de 2 parejas sexuales, que un 23% de los hombres activos sexualmente admiten haber tenido relaciones sexuales con un desconocido, determinamos que existe incompetencia en la aplicación de las políticas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

La ONU y el ministerio de la protección social, demandan la necesidad de conocer e investigar las conductas de los adolescentes. Identificar los factores de riesgo al

que están expuestos, y que tanto interactúa esta problemática con los aspectos sociales y culturales del país.

La carencia de conocimientos frente al V.I.H/SIDA en el 33% de estos adolescentes analizados y en aspectos básicos como formas de contagio y factores de riesgo, son vacíos de información, que influyen negativamente en la salud sexual de los adolescentes.

Como dato significativo y prueba fehaciente, que certifica nuestra preocupación a lo anteriormente descrito. Tenemos que el 43% de estos adolescentes analizados, obtiene la información referente al V.I.H/SIDA en fuentes no confiables como internet y televisión.

No es sorprendente para nosotros en esta etapa de la investigación, saber que el 63% de los adolescentes analizados, consumen licor regularmente, el 31% cannabis, y el 17% éxtasis. El 41% de los hombres, admiten consumir estas sustancias antes de tener relaciones sexuales. Solo un 20% utiliza el preservativo en todas las relaciones sexuales. El 80% restante nunca lo utiliza o lo hace en ocasiones.

Considerando que la propagación del V.I.H/SIDA es, en un alto porcentaje adquirido por vía sexual, y que el estado y la comunidad internacional exigen estudiar la población. A continuación presentamos nuestras conclusiones y realizamos algunas recomendaciones.

## 8. CONCLUSIONES

Para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, como también a nuestros objetivos propuestos, concluimos lo siguiente:

- ✓ De la muestra escogida, 100 estudiantes adolescentes, 55% son hombres y 45% mujeres. La edad promedio de estos es de 16 años.
- ✓ La deficiente calidad de las fuentes de información, al que el 39% de estos adolescentes acuden u obtiene información, generan un gran vacío educativo y producen conductas de riesgo como las identificadas en este trabajo de investigación. El 21% de estos adolescentes identifica la televisión como su fuente de información sobre el V.I.H/SIDA, mientras que un 18% la obtiene de internet.
- ✓ Que el 56% de los adolescentes, califique como “regular” y “mala” la calidad de la información que recibe sobre el V.I.H/SIDA nos genera una gran preocupación, pues este 56% de jóvenes están enfrentando un problema de salud, sin la suficiente información para prevenirlo.
- ✓ La creciente desaparición del núcleo familiar, en nuestra sociedad, juega un papel relevante en la generación de conductas de riesgo, solo el 14% de estos adolescentes reciben y obtienen información de esta fuente confiable. Saber que el 86% de estos jóvenes no señala a la familia como fuente de información sobre el V.I.H/SIDA genera varias inquietudes.
- ✓ Identificamos que, 69% de los adolescentes analizados, consumen alguna sustancia, primer factor determinante, generador de conductas de riesgo.



El alcohol, drogas psicoactivas y marihuana, están entre las mas consumidas por estos jóvenes. Si se esta bajo el efecto de una de estas sustancias, la capacidad de raciocinio esta altamente disminuido, y por ende, actuar con responsabilidad en una relación sexual, es prácticamente utópico.

## RECOMENDACIONES

### A Nivel Institucional

- ✓ Es importante llevar a cabo evaluaciones de riesgo en este grupo de edad, y de este modo aplicar proyectos educativos que disminuyan los comportamientos de riesgo, como el consumo desproporcionado de alcohol y drogas.
- ✓ Estimular las actividades, deportivas, culturales y de sano esparcimiento, ocupando el tiempo libre de los adolescentes, y de esta manera alejarlos de los factores de riesgo descritos en este trabajo.
- ✓ Es importante, fortalecer el uso del preservativo en este grupo de edad, aunque algunos sectores de la sociedad se oponen, argumentando incitación a la promiscuidad, vemos que las estadísticas dicen lo contrario. Descubrir que de una pequeña muestra de 100 adolescentes, el 64% son sexualmente activos y de estos un 44% no utiliza preservativo, nos obliga actuar con base en hechos. La sexualidad en jóvenes adolescentes es una realidad. ¡Hay que educarlos y enseñarles el concepto del auto-cuidado!

### A Nivel Familiar

- ✓ Evaluar los aspectos socioculturales y ambientales, que están llevando a la desaparición del núcleo familiar, agravante de grandes proporciones que influye negativamente el sano desarrollo de los jóvenes.
- ✓ Dirigir campañas educativas a los padres de familia y tutores, sobre la importancia de hablar de V.I.H/SIDA en el contexto familiar.

- ✓ Generar espacios de dialogo familiar, donde el joven se sienta seguro al momento de presentar alguna inquietud frente al tema sexual, y mas aun en lo relacionado a las enfermedades de transmisión sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Biblioteca virtual UNAD disponible en:  
<http://66.165.175.253/campus12/mod/forum/discuss.php?d=56498>
2. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Disponible en:  
<http://www.google.com.co/webhp?hl=es#hl=es&scient=psy->
3. Secretaría de Salud Tuluá Valle del Cauca. Plan Territorial de Salud. Disponible en: [www.tulua.gov.co/sitio.shtml?apc=l---1485201-1485201&x...](http://www.tulua.gov.co/sitio.shtml?apc=l---1485201-1485201&x...)
4. Secretaría de Salud Envigado Antioquia. Plan Territorial de Salud. Disponible en: [www.envigado.gov.co/](http://www.envigado.gov.co/)
5. Secretaría de Salud Chigorodó Antioquia. Plan Territorial de Salud. Disponible en: [www.chigorodo-antioquia.gov.co/](http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/)
6. Secretaría de Salud San Mateo Boyacá. Plan Territorial de Salud. Disponible en: [www.sanmateo-boyaca.gov.co/](http://www.sanmateo-boyaca.gov.co/)
7. Secretaría de Salud Chiquinquirá Boyacá. Plan Territorial de Salud. Disponible en: [www.chiquinquira-boyaca.gov.co/](http://www.chiquinquira-boyaca.gov.co/)
8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bianual, Junio de 2002.

9. Gascón, J.A., Navarro, B., Gascon – Jiménez, F.J., Perula de Torres, L.A., Jurado, A. y Montes, G. (2003). Sexualidad y Fuentes de Información en Población Escolar Adolescente. Revista de Medicina Familiar.
10. Ministerio de Salud de Colombia, Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Santa Fe de Bogotá, 1999,3(22):313-327.
11. ONUSIDA PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/ SIDA. La Epidemia de SIDA. Situación en Diciembre de 1998.
12. López, N., Vera, L. Orozco, L. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. Colombia Médica, 2001; 32 (1):32 – 40.
13. ONUSIDA. Informe Mundial sobre la Epidemia de SIDA 2004: el VIH y los jóvenes: la amenaza para la juventud de hoy. Ginebra: ONUSIDA; 2004.
14. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes Varones en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
15. ONUSIDA. OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2005. Intensificar la prevención: un camino al acceso universal. Ginebra: OMS; 2005.

# ANEXOS

## ANEXO A. ENCUESTA

### UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA ENCUESTA APLICADA A:

Determinar los conocimientos, actitudes, paradigmas y prácticas de los adolescentes en edades entre los 12 a 18 años de edad de los establecimientos educativos de bachillerato.

Marque con una "x" o responda a la pregunta.

1. Edad (en años) y sexo M (masculino) F (femenino)

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

2. De las siguientes sustancias ¿cuál consumes?

ALCOHOL \_\_\_\_\_ MARIHUANA \_\_\_\_\_ EXTASIS \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_ NINGUNA \_\_\_\_\_

3. ¿Sabes qué es V.I.H/SIDA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. ¿Donde recibes información del V.I.H/SIDA?

FAMILIA  COLEGIO  AMIGOS  TELEVISION  INTERNET

NO RECIBO

5. ¿Piensas que la información que recibes sobre V.I.H/SIDA es?

BUENA \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

6. ¿Has tenido relaciones sexuales?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(Si contestas no, pasa a pregunta 12)

7. ¿Cuántos compañeros(a) sexuales tienes?

DOS O MAS \_\_\_\_\_ UNO \_\_\_\_\_

8. ¿Has tenido relaciones sexuales con desconocidos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. ¿Crees que el condón te protege del V.I.H/SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10. ¿Consumes alcohol o drogas antes de tener relaciones?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. ¿Utilizas preservativo en todas tus relaciones sexuales?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A VECES \_\_\_\_\_

12. ¿Tienes seguro medico?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## ANEXO B. CUESTIONARIO

### UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD) CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CONOCIMIENTOS BASICOS SOBRE V.I.H/SIDA EN JOVENES ESCOLARIZADOS.

1. ¿QUE ES V.I.H/SIDA?

- a- Enfermedad del sistema inmune.
- b- Enfermedad de transmisión sexual.
- c- Pandemia.
- d- Todas las anteriores.

2. DE LAS SIGUIENTES ¿CUALES SON FORMAS DE CONTAGIO DEL  
V.I.H/SIDA?

- a- Por transmisión sexual
- b- Estrechar la mano de otra persona.
- c- Transfusiones de sangre.
- d- Beso en la mejilla.
- e- -a y c son correctas.

3. DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS ¿CUALES CONSIDERAS DE ALTO  
RIESGO PARA CONTRAER V.I.H/SIDA?

- a- Sexo sin protección.
- b- Nadar en piscinas.
- c- Hablar por teléfonos públicos.
- d- -a y e-
- e- Tener muchas parejas sexuales.

4. ¿QUE MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONSIDERAS EFECTIVA PARA  
PREVENIR EL V.I.H/SIDA?

- a- Usar tapabocas.
- b- Utilizar preservativos en todas las relaciones sexuales.
- c- Bañarte después de tener relaciones.
- d- Tener una sola pareja sexual.
- e- B y D

## ANEXO C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
Diseño de la investigación y escogencia del tema a investigar	■	■														
Diseño de la encuesta			■													
Selección de la muestra				■												
Trabajo de campo. Aplicación de la encuesta y cuestionario					■	■	■	■								
Captura y digitación de la información. Investigación marco teórico.									■	■	■	■				
Procesamiento y análisis de la información.													■	■		
Elaboración del documento final y publicación.															■	

## ANEXO D. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS</b>				
Edad	Tiempo cumplido en años	Cuantitativa	Discreta.	11,12,13..18,19
Sexo	Genero al que pertenece	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
Seguridad social	Si esta afiliado a un régimen de salud	Cualitativo	Nominal	Si pertenece No pertenece

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
<b>CONOCIMIENTOS</b>				
Que es V.I.H/SIDA	Definición conceptual de la enfermedad por parte del estudiante.	Cualitativo	Nominal.	Enfermedad del sistema inmune. Enfermedad de transmisión sexual Pandemia. Todas las anteriores
Formas de contagio	De que manera se puede contraer V.I.H/SIDA	Cualitativo	Nominal.	Por transmisión sexual Estrechar la mano de otra persona Transfusiones de sangre Beso en la mejilla A y C son correctas
				Sexo sin protección Nadar en piscinas

Factores de riesgo.	Que conductas pueden hacer que se adquiera V.I.H/SIDA	Cualitativo	Nominal.	Hablar por teléfonos públicos
				A y E
				Tener muchas parejas sexuales

Medidas de prevención	Cuales son las formas de prevenir un contagio por V.H.H/SIDA	Cualitativo	Nominal.	Usar tapabocas
				Utilizar preservativos en todas las relaciones sexuales
				Bañarte después de tener relaciones
				Tener una sola pareja sexual
				B y D

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
<b>ACTITUDES</b>				
Fuentes de información V.I.H/SIDA	De donde obtiene la información sobre V.I.H/SIDA	Cualitativo	Nominal.	Familia
				Colegio
				Amigos
				Televisión
				Internet
Confiabilidad de la fuente	Si considera que la información recibida es buena	Cualitativo	Nominal	No recibo
				Buena
				Regular
				Mala

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
<b>PRÁCTICAS</b>				
Uso de preservativo	Si el estudiante utiliza preservativos en sus relaciones sexuales	Cualitativo	Nominal	SI NO A VECES
Numero de compañeros sexuales.	Cuantos compañeros sexuales tiene	Cuantitativa	Discreta	1 2 o mas
Relaciones sexuales con desconocidos	Si alguna vez ha tenido una relación sexual con alguien que no conocía.	Cualitativo	Nominal.	Si No
Uso de sustancias psicoactivas o embriagantes	Si al momento de tener relaciones sexuales consume alguna sustancia	Cualitativo	Nominal.	Si No
Consumo de sustancias	Cual sustancia consume.	Cualitativo	Nominal.	ALCOHOL MARIHUANA EXTASIS OTROS NINGUNA

## **ANEXO E. PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2009 – 2012 MUNICIPIO DE TULUÁ**

### **RESUMEN**

**Reseña Histórica:** Tuluá adquiere la calidad de Municipio el 30 de Mayo de 1825 con la instalación del primer concejo municipal, dando así comienzo a su organización político-administrativo y en el mismo año fue creada la Notaria Primera de Tuluá.

**Ubicación:** Desde el punto de vista de las coordenadas geográficas, Tuluá se encuentra a 4° 05' de latitud norte y 76° 12' de longitud occidental.

El Municipio de Tuluá está ubicado en la zona Centro del Departamento Del Valle del Cauca a 102 Km. De Cali, a 172 Km. de Buenaventura y a 24 Km. de Buga. Es atravesado de sur a norte por el río Tuluá.

**Extensión:** El Municipio de Tuluá ocupa una extensión territorial total de 910.55 KM2 (91.055 Ha) de los cuales el 98.78% (89.944.13 Ha) equivale al área rural y el 1.22% (1.110.87 Ha) equivale al área urbana; a una altura promedio de 973 metros sobre el nivel del mar y temperatura media de 24°C en la zona urbana.

**Organización Administrativa:** La ciudad de Tuluá esta organizada administrativamente, en su parte urbana en 9 comunas y 121 barrios. Su área rural esta organizada en 21 corregimientos y 36 veredas.

**Infraestructura:** Seguridad: Escuela de Policía “Simón Bolívar”, el Comando del III Distrito de Policía, la Base Antinarcóticos y el Batallón Palacé.

**Red de Atención de Emergencias:** coordinada por el Comité Local de Atención y prevención de Desastres en el que tienen participación, el Cuerpo de Bomberos, la Defensa Civil, la Cruz Roja y el Grupo de Búsqueda y Rescate entre otros, organismos de socorro dedicados a garantizar la tranquilidad ciudadana.

**Educación y Tecnología.** Universidad Central del Valle del Cauca, Parquesoft, y la Universidad del Valle sede Tuluá.

**Demografía:** Según, Secretaria de Planeación Departamental Subsecretaria de Estudios Socio económicos, con datos procesados del Censo 2005 proyectados 2008 Tuluá tiene 181.726 habitantes con distribución de población 86% urbana y con 47% de su población del sexo masculino.

El 62% de la población esta en edad de ser considerada económicamente activa. Por cada 100 personas económicamente activa dependen en promedio 55 personas, de las cuales 43 son jóvenes menores de 15 años y 11 mayores de 60 años. Es alto el grado de dependencia de la población.

Según información obtenida de la Secretaria Departamental de Salud del Valle, a febrero 2008, se han ubicado en Tuluá 10.588 personas, 5,241 hombres y 5.347 mujeres en condición de desplazados.

## **DETERMINANTES DE SALUD**

**Empleo:** Tuluá es un municipio económicamente activo con participación en los tres sectores de la economía, sin embargo la situación del empleo no es la mejor. La tasa de desempleo calculada por el DANE para el Valle a marzo 2008 es de 11.2% y el subempleo subjetivo es de 37%.

**Educación:** Según información del censo 2005, de la población mayor de 3 años el 7.9% de la población es analfabeta, el 3,8% recibe educación preescolar, el 14.2 tiene primaria completa, el 4,5 secundaria completa, el 1,25 son técnicos profesionales, el 5,8% son profesionales, son tecnólogos el 1,35%, el 0,56% son especialistas, tiene maestría el 0.1% de la población y doctorado el 0.03%.

La población de Tuluá esta asegurada en el SGSSS en el 95% el 25% de la población en subsidios parciales.

**Servicios públicos:** El censo DANE de 2005 informo en Tuluá 45.499 viviendas de las cuales el 87% están ubicas en el casco urbano. La cobertura total de servicios públicos en el municipio es de 95% a expensas del área rural. El 13% de las viviendas ubicadas en la zona rural tiene una cobertura total de 69%. La cobertura de energía en el municipio es de 98%, el área rural esta cubierto en el 91%. El alcantarillado es un servicio domiciliario en el 95% de las viviendas, pero en el área rural alcanza el 73%. Agua potable domiciliaria tiene el 99% de las viviendas, en el área rural el 85% El 57% de las viviendas tiene gas natural el 64% urbano y el 14% en zona rural.

**Seguridad y convivencia:** La mortalidad por causas violentas sigue reportándose como una de las primeras causas de Tuluá.

## **ESTADO DE SALUD EN LA POBLACION**

**Morbilidad:** El 40% de las consultas atendidas están relacionadas con la Hipertensión. Esta es una enfermedad crónica no transmisible, primera causa de mortalidad. En tercer lugar de las 10 primeras causas aparece la diabetes, estas dos causas agrupan el 48% de las cusas de consulta del municipio hablando de la



gran importancia que tiene en el estado de salud de la población la ocurrencia de la enfermedades cónicas no trasmisibles.

**Mortalidad:** Durante el 2007 murió en Tuluá 504 personas por cada 100.000 habitantes. La primera causa de muerte es el infarto de miocardio, que supera las de causa violenta. Revisada las 10 primeras causas y agrupadas por tipo de patologías se observa que el 30% son de origen cardiovascular y que 35% son enfermedades crónicas no trasmisibles. Los homicidios representan el 15% de las muertes totales y la accidentalidad el 3%.

Observada la mortalidad de la primera infancia en Tuluá en el año 2007 se observa que el 50% de las muertes están relacionadas con accidentalidad y que son evitables en el 90% de los casos.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años en Tuluá para 2007 fue de 237.18 por 100.000 niños menores de 5 años.

## **ANEXO F. PLAN DE SALUD TERRITORIAL MUNICIPIO DE ENVIGADO ANTIOQUIA**

El Gobierno municipal, según lo acordado en un artículo identificado, como el 33 de la ley 1122 de 2007, al decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 y la resolución 0425 del 11 de febrero del 2008, le concierne definir cada 4 años el plan territorial de salud el cual incluye la salud, introduciendo el plan de salud pública municipal 2008-2011.

En relación con los indicadores de situación de salud en el municipio de Envigado, se incluyen las prioridades, objetivos, metas y estrategias, las políticas de salud a nivel nacional, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales cruzadas de otros sectores. También el municipio de Envigado define las responsabilidades en salud pública a cargo del municipio y de todos los actores del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS que se unirán con las acciones de los demás ejecutantes de otros sectores ya identificados en el plan de desarrollo territorial.

Las actividades del plan territorial de salud del municipio de Envigado se encuentran dentro del marco de seis ejes programáticos y se desarrollan a través de áreas subprogramáticas de gestión:

- a. Promoción de la afiliación al SGSSS.
- b. Identificación y priorización de la población a afiliar.
- c. Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.
- d. Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.
- e. Celebración de los contratos de aseguramiento.
- f. Administración de bases de datos de afiliados.

- g. Gestión financiera del giro de los recursos.
- h. Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado.
- i. Vigilancia y control del aseguramiento.

### **Eje programático de prestación y desarrollo de servicios de salud**

Incluye las siguientes aéreas subprogramáticas de carácter individual y colectivo:

- a. Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud.
- b. Mejoramiento de la calidad en la atención en salud
- c. Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

### **Eje programático de salud publica:**

Incluye las siguientes áreas subprogramáticas de carácter individual y colectivo:

- a. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.
- b. Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y Sanitarios).
- c. Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- d. Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional en Salud Pública.

### **Eje programático de prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.**

Incluye las siguientes áreas subprogramáticas:

- a. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.
- b. Acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, Prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.
- c. Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.

- d. Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.
- e. Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en Salud en el entorno laboral.

### **Eje Programático de Emergencias y Desastres.**

Comprende las siguientes áreas subprogramáticas:

- a. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.
- b. Acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, Prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.
- c. Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.
- d. Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.
- e. Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en Salud en el entorno laboral.

Envigado presenta un excelente nivel de calidad de vida y sus indicadores de salud pública así lo confirman en el año 2011. Su alta tasa de cobertura educativa, su bajo nivel de analfabetismo y la baja tasa de deserción escolar, son ejemplo para el departamento y el país. Las coberturas de servicios públicos domiciliarios están para el departamento y el país. Las coberturas de servicios públicos domiciliarios están cercanas al 100%, el número de viviendas en hacinamientos crítico es extremadamente bajo y aunque el desempleo en 2010 estuvo en 12,5%, las condiciones de pobreza en el Municipio no se incrementaron del 2009 a la fecha. Con seguridad, estos indicadores socioeconómicos son un factor protector de enfermedades y de mortalidad temprana, al mismo tiempo son una para favorecer el desarrollo humano sostenible. Aunque es difícil establecer relación

causa-efecto entre indicadores de desarrollo humano y el perfil epidemiológico, el hecho de que en Envigado no se presentaran muertes maternas en el 2011 y que la tasa de mortalidad perinatal e infantil fuera en 2010 mucho mas baja que la del resto de Colombia o la de Antioquia, no es solo producto de azar. Un grupo científico de la secretaria de salud encabezado por lideres de epidemiologia y sistemas de información en salud, dedica tiempo suficiente cada año a respaldar las IPS y EPS en el tema de salud materno infantil y perinatal y cada caso complicado se analiza en detalle con el modelo de vigilancia epidemiológica propuesto para estos temas por el grupo del CDC de Atlanta Estados Unidos, el modelo de los tres retrasos de Population Reference Bureau (EEUU) y las recomendaciones del CLAP (OPS-OMS), con el fin de garantizar el control sobre los factores de riesgo que favorecen las muertes maternas o perinatales. Muestras IPA ya conocen estos modelos y los aplican en el COVE, además, están dando el paso a reuniones y rondas de seguridad materno-infantil para evitar complicaciones clínicas asociadas a la calidad de la atención.

La tasa de muerte infantil en menores de cinco años es similar a la de países como Costa Rica o Chile y cada vez es más similar a la de Canadá o Suiza. Los programas de Puericultura, Crecimiento y Desarrollo, apoyo a la Lactancia Materna, así como los esfuerzos en vacunación en el menor de un año y los paquetes de soporte nutricional escolar y de MANÁ que llevan muchos años como verdaderas Políticas en Salud para la infancia y que continúan a lo largo de las Administraciones Municipales, ya generan sus beneficios epidemiológicos. Envigado además, no presenta muertes por desnutrición, Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda en su población infantil (menores de 5 años), y ahora más bien, como comunidad de alto nivel de vida en cualquier parte del mundo, empieza a evidenciar un posible de brote obesidad infantil y adolescente. Ya el equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional con el apoyo de

Epidemiólogos y Gerentes de Sistemas de Información en Salud, está organizando sus planes y proyectos para esta sensible problemática.

Con respecto a Salud Mental, las cifras de suicidio son bajas en el Municipio, sólo siete muertes por esta causa en 2009 por cada 100 mil habitantes. Envigado invierte significativos recursos en este tema y en la IPS dedicada a la prevención, atención y rehabilitación de personas con alcoholismo y la drogadicción, los programas son de alto nivel científico y de calidad humana, pero es evidente que aún persisten altas tasas de recaídas. Serán necesarias nuevas evidencias y nuevos modelos de atención para evitar estos fracasos terapéuticos que son además, de alto costo.

Como era de esperarse, la mejor expectativa de vida y la longevidad en un Municipio como Envigado, trae consigo altas tasas de morbilidad cardiovascular, de enfermedades respiratorias crónicas y las metabólicas, como la diabetes mellitus y la obesidad. Para ello, un grupo de Atención Primaria en Salud Cardiovascular, con metas claras y orientaciones terapéuticas basadas en la mejor evidencia, visita a las familias de mayor riesgo, realiza el diagnóstico, acompaña con estrategias educativas y nutricionales el tratamiento de los pacientes y la orienta para la realización de exámenes de laboratorio y consulta oportuna a los programas de atención de las respectivas IPS.

En un futuro próximo, Envigado se exhibirá como el primer municipio en Colombia en presentar todos los indicadores de Salud Pública en su Sala Situacional de Salud; es decir, aquellos tradicionales de morbilidad y mortalidad, pero también los que están enfocados a reportar la salud en forma directa como son: El buen uso del tiempo libre, el deporte y la recreación, el cuidado del medio ambiente, el emprendimiento empresarial y el desarrollo educativo.

## **ANEXO G. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO BOYACÁ**

### **DESCRIPCIÓN ESTRATEGIA O ACTIVIDADES DEL PROYECTO**

Convocar a aseguradoras y prestadores para hacerlos partícipes del proceso de formulación, seguimiento y evaluación del POA 2012 que conlleve el cumplimiento de metas de Salud Pública (POS - PIC).

Realizar mesa intersectorial a través del Consejo de Política Social para socializar y concertar el plan operativo anual del plan de salud territorial.

Apoyar análisis de la situación de salud mediante el uso del software de SICAPS, identificando zonas y familias de riesgo: por ciclo vital, clasificación del riesgo según la bandera de la salud modificada, identificación de eventos de interés en salud pública.

Fortalecer las acciones de IVC para garantizar el aseguramiento oportuno de mujeres gestantes, menores de 5 años, personas con discapacidad y adultos mayores.

Hacer y/o Actualizar el mapeo de las familias caracterizadas con el SICAPS en coordinación con planeación, la comunidad y la ESE.

Conformar equipo de trabajo (Profesional en Medicina o enfermería, sicología, auxiliares en salud pública y técnico en salud ambiental) en atención primaria en salud.

Identificar familias de ALTO, MEDIANO y BAJO RIESGO a través del SOFTWARE SICAPS: y programar Primera visita y elaboración de plan de cuidado.

Realizar mesas de trabajo para la organización, operativización y evaluación de la GESTIÓN DEL RIESGO de las familias clasificadas en alto y mediano riesgo, para programar número de visitas de seguimiento.

Gestión de riesgo por parte del Equipo de APS ante los sectores, instituciones y/o actores responsables de apoyar la solución de los riesgos detectados de las familias de alto y mediano riesgo.

Realizar la programación de actividades de seguimiento de detección temprana y protección específica para las personas y familias según datos de la Agenda de Programación Integral en Salud - APIS del SICAPS.

Realizar análisis de la situación en salud con líderes comunitarios y comunidad en general, para identificar y priorizar intervenciones colectivas e individuales, utilizando metodologías como las salas situacionales de salud.

Agendar en la Audiencia Pública de rendición de cuentas, la evaluación del Plan Operativo Anual y de inversiones en salud del plan de intervenciones colectivas.

Ejecutar la jornada de vacunación para Sarampión y Rubeola, para adolescentes de 11 a 20 años, durante el periodo del 10 de febrero a 30 marzo de 2012.

Realizar información, motivación y orientación al programa regular de vacunación sin barreras e implementación y acceso a nuevas vacunas, con énfasis en el servicio gratuito y conservación del carné en la población urbana y rural del municipio en asociación con EPS régimen contributivo, subsidiado e IPS privadas (perifoneo, mensajes)

Realizar mensualmente recolección y distribución del biológico e insumos para vacunación, previa consolidación, análisis y auditoria de la calidad de la información de gestión PAI municipal solicitada por SESALUB y Mantenimiento



preventivo y correctivo de la red de frío. (Incluye medio físico, magnético, transporte y desplazamiento hasta y desde Tunja).

Incluir al Programa Ampliado de Inmunizaciones / PAI en los Comités Municipales de Política Social e integrarlo a otras dependencias técnico administrativas existentes en el municipio (Personería, Familias en Acción, Red Juntos, ICBF, Policía de infancia, Secretaría de educación), a efectos de promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades que puedan evitarse mediante la administración de vacunas,

Ejecutar la jornada de vacunación de las **AMERICAS mes de Abril**, articulada a las actividades del día del niño en asociación con EPS régimen contributivo, subsidiado e IPS privadas.

Ejecutar las jornadas de vacunación, **Intensificación con Anti-Influenza (Mayo y Junio) / Jornada Especial para la Administración de una Dosis Adicional de Polio** o de bloqueo según lineamientos nacionales, departamentales o riesgo del municipio en asociación con EPS régimen contributivo, subsidiado e IPS privadas. **(Julio, septiembre y noviembre / Jornada de Polio por definir fecha de Jornada).**

Realizar jornadas educativas y de actualización en norma técnica del PAI y mejoramiento de la vigilancia, prevención y atención de las enfermedades prevenibles por vacunas, dirigidas al talento humano que efectúa las actividades de vacunación en el municipio.

A través de la estrategia SICAPS realizar Identificación de menores de 10 años, gestantes y población susceptible y efectuar canalización a los servicios de atención en salud y programas de vacunación en coordinación con EPS régimen

contributivo, subsidiado e IPS privadas, (Incluye la adquisición de material SICAPS y equipos para su implementación).

## **ANEXO H. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHIGORODO ANTIOQUIA**

### **RESUMEN**

El municipio de Chigorodó a través de la Secretaría de Salud y Bienestar Social presenta el plan local de salud, el cual es un proceso de planeación sistemático y constante de acciones dirigidas a la colectividad, buscando posibilitar oportunidades y requerimientos fundamentales para avanzar en un desarrollo equitativo que permita construir un municipio saludable.

**El plan territorial de salud para este municipio está estructurado de la siguiente forma:**

Cuenta con una plataforma estratégica de la secretaria de salud y bienestar social,( se describe en el las funciones del municipio en el sistema general de seguridad social , cuenta con un fondo local de salud, plataforma jurídica, su misión y su visión, con los principios corporativos , sus objetivos), un marco referencial, tiene un diagnostico de situacional, la estructura demográfica del municipio entre las que se encuentran la población y territorio, reseña histórica, clima hidrología precipitación, las diferentes vías de acceso , relaciones especiales de funcionamiento, relaciones del entorno, movilidad, vivienda, diversidad en las actividades económicas, servicios sociales y públicos, programas públicos, el perfil del municipio según el censo del Dane 2005 y el análisis situacional de mortalidad.

## **FUNCIONES DEL MUNICIPIO EN EL SISTEMA MUNICIPAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Es tarea de la administración municipal coordinar y dirigir al sector salud (: hospitales, centros de atención medica, puestos de salud y droguerías) y el sistema general de seguridad social en salud, por lo tanto debe formular y evaluar programas y proyectos en salud admitiendo la promoción de la misma en conjunto con la normatividad y disposiciones del orden nacional.

Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad Social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y Nacionales.

Velar por los recursos destinados a actividades del sector salud como para la prevención y promoción de esta en todos sus campos

Así son múltiples las funciones las actividades y funciones a las que debe estar sujeto la administración municipal según lo dictado en la ley 100 de 1993, la ley 1122 de 2007 donde se generaron los cambios en la configuración de los cambios del sistema general de seguridad social en salud (SGSSSA) y la ley 715 de 2001 en el Artículo 47 donde definen la destinación de los recursos para la salud

las funciones generales y específicas del Secretario de Salud y Bienestar Social en el municipio, así como las tres coordinaciones existentes en ella, como son la de Salud Pública, Aseguramiento y Programas Sociales, las constituye el instrumento técnico de administración personal, que permite unir objetivos, funciones generales de la institución y funciones de las dependencias o áreas funcionales.

**VISIÓN:** La Secretaría de Salud y Bienestar Social ejecutará todas las acciones, programas y proyectos ajustados al perfil epidemiológico nacional, departamental y local; con participación activa de la comunidad y de las Instituciones Públicas y

Privadas. La secretaria de salud y bienestar social, dispondrá para ello el personal idóneo; con un adecuado y óptimo uso de los recursos disponibles y la voluntad política para que Chigorodó sea un municipio saludable en el año 2011 al reducirse la morbimortalidad evitable.

**MISIÓN:** La Secretaría de Salud y Bienestar Social del Municipio de Chigorodó Dirige, Coordina, Vigila y Controla El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando el Aseguramiento; La prestación y Oferta de todos los Planes de Beneficios en Salud; fomenta la participación de la comunidad y las Instituciones en la formulación, ejecución y seguimiento de los Programas y Proyectos y garantiza la disponibilidad y aplicación de todos los recursos necesarios para la promoción del desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

**OBJETIVO GENERAL:** Contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población del municipio, mediante la ejecución de acciones, programas y proyectos, con la participación de las Instituciones y de la misma comunidad, basados en el perfil epidemiológico, EL Plan De Desarrollo Municipal y las directrices del orden Nacional y Departamental, con el fin de aumentar cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud.

## **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DEL MUNICIPIO DE CHIGORODO**

Texto del Plan de Ordenamiento Territorial de Zona de Urabá

El municipio de Chigorodó fue fundado el 28 de febrero de 1878. En 1905 Chigorodó figuraba como corregimiento de turbo y en vista de su desarrollo logro su titulo como municipio en 1912 mediante ordenanza 10 del 20 de abril de mismo año. Geopolíticamente esta conformado por un corregimiento Barranquillita y por 32Veredas entre ellas algunas muy desarrolladas como el Venado, el Vijao y guapa.

Tiene una población aproximada de 62.992 habitantes de los cuales un alto número de la población se encuentra con necesidades básicas insatisfecha (NBI).Posee una extensión geográfica de 608 kilómetros cuadrados de los cuales 3kilómetros cuadrados son Urbanos y 605 kilómetros cuadrados son Rurales. Este municipio esta localizado en el Urabá Antioqueño 7° 38 30 Latitud norte y 76° 407 Longitud oeste. Ubicado al noroeste del departamento de Antioquia y son sus limites como sigue: Porel norte limita con Carepa desde las estribaciones de la Serranía de Abibe por lacuchilla que divide las aguas de los dos principales ríos de las dos cabeceras de los ríos Chigorodó y Carepa; por esta cuchilla debajo de dichas quebradas hasta sus bocas en el río Chigorodó por este aguas abajo hasta su desembocadura en el río León. Por el oriente con las cubres de la Serranía de Avive. Limites con el departamento de Córdoba; por el sur con Mutatá, los limites de Pavarandocito, desde los nacimientos del río Jurado, aguas debajo de este río, hasta su entrada en el río León abajo, hasta la desembocadura del río Vi jagual.

## **POBLACIÓN Y TERRITORIO**

La distribución de la población por edad y sexo es de la siguiente manera a 2007. Tiene una población aproximada de 62.992 habitantes de los cuales un alto número de la población se encuentra con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Posee una extensión geográfica de 608 kilómetros cuadrados de los cuales 3 kilómetros cuadrados son Urbanos y 605 kilómetros cuadrados son Rurales.

## **ANEXO I. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA BOYACA**

### **RESUMEN**

**EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL** busca convertirse en un instrumento clave de gestión, se parte de un diagnóstico general del Municipio donde se analizan las fortalezas y debilidades a trabajar. Luego se presenta una plataforma estratégica que servirá de base para la formulación del PST, como parte de este proceso que permitirá evaluar cada uno de los ejes programáticos, áreas subprogramáticas y sus respectivas actividades a realizarse en este Municipio.

El plan se aborda desde los tres enfoques que propone el Plan Nacional de Salud Pública, enfoque poblacional, enfoque de determinantes y gestión social del riesgo, lo que implica un mayor compromiso de la administración municipal en liderar procesos de cambios culturales y de comportamiento, una mayor vigilancia y control, garantizando un ambiente sano y que permita dar respuesta oportuna a las necesidades en salud de la comunidad.

**ANÁLISIS SITUACIONAL DEL MUNICIPIO:** El análisis de la situación de salud del que parte el Plan De Salud Territorial, es un proceso que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes.

El análisis incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud, de cada subgrupo poblacional, los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas,



el reconocimiento de las desigualdades en términos de sexo, edad, raza, factores genéticos, distribución geográfica, acceso y uso de servicios de salud y factores de inclusión o exclusión social, para dar cuenta de las inequidades.

## **FACTORES DE RIESGO AMBIENTE**

**Contaminación ambiental:** La contaminación ambiental está dada básicamente por la aplicación de agroquímicos, especialmente en las veredas del sector medio y alto, las cuales son las más influenciadas por la explotación de sistemas productivos agrícolas, en el resto del municipio aunque no se presenta contaminación como tal se ve afectada por otros factores como quemas, tala de árboles, etc.

**Uso de suelos utilización de plaguicidas:** En cuanto al uso del suelo se enmarca nuevamente en las zonas media y altas donde se presenta, la mayor explotación de este, recurso, para siembra de frutales y hortalizas, cultivos que demandan gran cantidad de plaguicidas, causando deterioro al medio ambiente y a los recursos hídricos principalmente por agua de escorrentía que puede llegar a cuencas o contaminar aguas subterráneas.

**Agua para consumo humano:** Presenta problemas de contaminación por bacterias y microorganismos, requiere de tratamientos.

**Vigilancia y control de alimentos:** No hay una supervisión permanente de control.

**Manejo de residuos sólidos y líquidos:** El Municipio no cuenta con un programa de manejo integrado de residuos sólidos, actualmente se llevan estos residuos hasta la ciudad de Tunja, en donde se disponen en un relleno sanitario. Se requiere por lo tanto diseñar e implementar un plan Municipal de manejo de

residuos que involucre componentes pedagógicos, selección en la fuente, reciclaje, compostaje de residuos sólidos orgánicos y manejo de envases de agroquímicos.

**Control de las enfermedades transmitidas por vectores:** existen planes de manejo para el control de plagas, enfermedades agropecuarias, sin embargo faltan intensificar dichos manejos en todo el Municipio.

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

Para construir el PLAN DE SALUD PÚBLICA se requiere conocer la situación de salud de la comunidad del Municipio, siendo necesario elaborar el diagnóstico de salud del Municipio.

El diagnóstico de salud es muy importante para que el Alcalde tome las decisiones relacionadas con la salud y el bienestar de la comunidad; igualmente, es una herramienta en materia de salud que sirve de apoyo a sus colaboradores (Concejales), a representantes de la comunidad, a los veedores comunitarios y a la población en general.

**Natalidad:** La tasa bruta de natalidad en el año 2007 fue de 7.8 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, cifra que se encuentra baja en la medida en que las tasas superiores a 40 nacidos vivos por 1000 habitantes son propias de poblaciones con alta natalidad.

**Morbilidad:** De qué se enferma la gente, cuánta gente se enferma, cada cuánto se enferma, cuáles son las características por edad y género y el tipo de enfermedad, en qué trabajan los que se enferman, cuáles son esas condiciones de trabajo, como son, la vivienda y las condiciones ambientales y sanitarias de su

vivienda, como son sus hábitos higiénicos, entre otros. Con la ayuda de unos cuadros se identifica de qué se está enfermando la población en el Municipio.

**MISION:** El Municipio de Chiquinquirá está comprometido con el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, respondiendo a las necesidades más sentidas a través del desarrollo y la aplicación de modelos en salud que trascienden a la sociedad en general y promueven el principio constitucional del derecho a la salud; de acuerdo al Plan de Salud Territorial.

**VISION:** Para el año 2011 la salud de todas las personas del Municipio de Chiquinquirá se Fortalecerá a través de niveles crecientes de eficiencia en el aprovechamiento de los recursos, garantizando la sostenibilidad del servicio integral y el aseguramiento en salud.

**Objetivo Sectorial:** Garantizar el derecho a la seguridad social a través del aseguramiento al sistema general de seguridad social y a propender por un entorno saludable a través de las intervenciones de salud pública, para el desarrollo integral de los habitantes del municipio de Chiquinquirá

**Compromiso:** Adoptar como propia la misión del Plan de Salud Territorial hacia el mejoramiento de calidad de vida de la comunidad cumpliendo con sus actividades oportunamente.