

**PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA, EN ADOLESCENTES DE ZONAS DE
BAJOS RECURSOS DE LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, MEDELLIN,
PALMIRA, TURBO Y FLORIDABLANCA.**

**MARELVIS CASTRO DONADO
MANUEL GUILLERMO LÓPEZ
GIOVANNI MARTINEZ MEDINA
SANDRA PATRICIA ORTIZ QUINTERO
MARIA DORA TORRES MURILLO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS TECNOLOGICAS E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2013**

**PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA, EN ADOLESCENTES DE ZONAS DE
BAJOS RECURSOS DE LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, MEDELLIN,
PALMIRA, TURBO Y FLORIDABLANCA.**

**MARELVIS CASTRO DONADO
MANUEL GUILLERMO LÓPEZ
GIOVANNI MARTINEZ MEDINA
SANDRA PATRICIA ORTIZ QUINTERO
MARIA DORA TORRES MURILLO**

**Trabajo de Grado presentado como
requisito para optar al título de:
Tecnólogo en Regencia de Farmacia**

Asesora:

PATRICIA DEL CARMEN ROA BATISTA

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS TECNOLOGICAS E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	5
1. DESARROLLO DEL PROBLEMA	7
1.1 TITULO	7
1.2 TEMATICA	7
1.3 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	7
1.3.1 Antecedentes del Problema	7
1.3.2 Planteamiento del Problema	7
1.3.3 Formulación del Problema	8
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GENERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. JUSTIFICACION	10
3.1 JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA	10
3.2 JUSTIFICACIÓN SOCIAL	10
4. MARCO REFERENCIAL	12
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	12
4.2 MARCO TEÓRICO	13
4.3 MARCO CONCEPTUAL	13
4.4 MARCO LEGAL	16
4.5 MARCO GEOGRÁFICO	20
5. METODOLOGIA	23
5.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	23
5.2 TIPO DE ESTUDIO	23
5.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	23
5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	23
5.5 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	24
5.6 FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS	24
5.7 VARIABLES	24
6. RESUMEN DE SITUACION DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA	26
7. RESULTADOS Y DISCUSION, E IDENTIFICACION DE PUNTOS CRITICOS EN LAS ENCUESTAS REALIZADAS A ESTUDIANTES ADOLESCENTES	29
7.1 ANALISIS ESTADISTICOS	36

	Pág.
RECOMENDACIONES	37
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	40

INTRODUCCION

La epidemia del SIDA no deja de extenderse por todo el mundo como un verdadero y grave problema de salud pública, debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son superiores en áreas donde la población le concierne a estratos socioeconómicos menores (1, 2, 3). Las diferencias de género son otro aspecto de las distinciones congregadas con la epidemia, puesto que es un componente importante en las posibilidades de alcanzar niveles socioeconómicos de mejor o peor prerrogativa.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que ocurren cambios físicos, químicos, y socio emocionales. El desarrollo físico en la adolescencia está estrechamente marcado por la madurez sexual, es decir, desarrollo de características sexuales secundarias, sin embargo estas no dependen de los roles, los deberes y derechos intrínsecos de esta etapa, y es esta una de las razones de la iniciación precoz en las prácticas sexuales de la adolescencia, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro, siendo especialmente vulnerables a la infección por el VIH.

El programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes, entre las razones principales figuro que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años, la epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe, la mitad de todas las recientes infecciones se ostentaban en individuos menores de 25 años de edad y que la generalidad se contagiaba por la ruta sexual.

Los últimos datos informados al ONUSIDA, por Colombia (2012) muestran en definitiva, que la epidemia de sida en Colombia afecta a la población sexualmente activa; el mayor número de casos se concentra en el grupo de 15 a 44 años edad Colombia, cuenta con un Plan Nacional para la Educación Sexual, en un mandato estatal que obliga a los colegios públicos y privados a elaborar planes para enseñar educación sexual a todos los estudiantes de bachillerato.

Esta situación es condicionada y agravada por la pobreza y la marginación social, la diversidad educativa, los altos índices de violencia contra las mujeres y niños, en especial en el área sexual y reproductiva, las altas tasas de morbilidad materna y perinatal, la alta incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual VIH, SIDA especialmente en la adolescencia y la juventud.

Además es de resaltar el papel de la Iglesia como factor que tiene alta influencia y limita la efectividad de los programas de educación sexual en un país muy tradicional y religioso como Colombia.

Sin embargo tras observar la problemática a la que se enfrentan las personas durante la adolescencia, aún no se ha logrado la concientización acerca de la importancia de brindar educación veraz y confiable, debido al tabú existente relacionado con la prohibición de hablarles a los y las jóvenes acerca de sexualidad. Despertaron nuestro interés investigativo sobre este tema, para identificar los modos de prevención, y manejo de las consecuencias sobre la salud de los mismos.

Es por ello que como Regentes de Farmacias, y en práctica de nuestros conocimientos, es de vital importancia realizar este tipo de estudios para lograr contribuir en el lugar en donde nos desarrollemos como profesionales de la salud a salvaguardar la vida con propuestas útiles y novedosas de información en salud y prevención en la comunidad.

1. DESARROLLO DEL PROBLEMA

1.1 TITULO

PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA, EN ADOLESCENTES DE ZONAS DE BAJOS RECURSOS DE LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, MEDELLIN, PALMIRA Y TURBO ANTIOQUIA

1.2 TEMATICA

El VIH/sida no es un tema exclusivamente médico, es un problema social. Nos involucra a todos y todas, y el campo de la comunicación permite que los jóvenes se acerquen a la temática con un compromiso que vincula los sentimientos, el análisis y la participación, ejes centrales para el desarrollo de acciones de prevención.

1.3 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

1.3.1 Antecedentes del Problema

El SIDA no es un problema de determinados “grupos de riesgos”, es un problema de todos y la prevención depende del comportamiento de cada persona, con una actitud responsable y positiva se puede contribuir a prevenir la infección por VIH – SIDA

La adolescencia es un puente entre la etapa infantil sexual y del adulto sexual, en que se da el despertar sexual; lo que exige, descubrir todo lo relacionado a la sexualidad y este mismo descubrimiento lleva a experimentar practicas que ponen en riesgo la salud por ejemplo; relaciones sexuales sin protección, deseo sexual sin control, cambio constante de parejas sexuales, relaciones sexuales casuales

Es importante conocer el tipo de actitud sexual, que los adolescente tiene hoy en día, a través de este conocimiento se pueden determinar actitudes positivas como: responsabilidad sexual, abstinencia, fidelidad o/y virginidad. Y actitudes negativas como: libertinaje sexual, pornografía, infidelidad y/o relaciones sexuales prematrimoniales.

1.3.2 Planteamiento del Problema

El VIH SIDA, es un problema que afecta a toda la población sin discriminación raza, edad, sexo o situación social, dado a su alto potencial epidémico el Sida (VIH), está considerado como una prioridad de salud pública.

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son

niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro.

En nuestras ciudades los adolescentes que viven en las zonas de bajos recursos no conocen muy bien de esta gran problemática como lo es el SIDA, por lo tanto vemos como jóvenes de 13 a 18 años de edad tienen una vida sexual activa sin protección, y sin conocimientos claros de cómo prevenir o controlar esta enfermedad que día a día acaba con muchos jóvenes.

1.3.3 Formulación del Problema

¿Influye el grado de conocimiento acerca de enfermedades infectocontagiosas, y del VIH/SIDA, sobre la actitud sexual de los jóvenes adolescentes escolarizados y los no escolarizados?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de información sobre el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de los adolescentes entre 13 a 18 años que viven en zonas de bajos recursos en las ciudades de Barranquilla, Medellín, Palmira y Turbo Antioquia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la razón por la cual los adolescentes no utilizan de manera responsable los métodos anticonceptivos.
- Crear una conducta responsable para los adolescentes.
- Aportar información sobre el uso y consumo de métodos para evitar el sida.
- Aprender más sobre esta enfermedad para poder transmitir conocimientos a nuestro entorno y que ellos tomen conciencia que trae esta enfermedad.
- Conocer el origen del VIH.
- Saber sus efectos sobre el ser humano, es decir, sus consecuencias.
- Identificar La iniciación temprana en las prácticas sexuales coitales
- Identificar los factores de riesgos relacionados con la salud sexual tales como son las enfermedades de transmisión sexual, SIDA.
- Evaluar mediante la aplicación de la encuesta, el grado de conocimiento que tiene la población en temas relacionados con la salud sexual.
- Analizar las actitudes relacionadas con la prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de los adolescentes entre 13 a 18 años que viven en zonas de bajos recursos de las ciudades estudiadas.

3. JUSTIFICACION

3.1 JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA

Con el fin de enfrentar la problemática del manejo en las patologías del VIH/SIDA y la Enfermedad Renal Crónica (ERC), El consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, (CNSSS), mediante el acuerdo 245 del 2003, en conjunto con El Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), determino la necesidad de desarrollar guías y modelos de atención para el VIH/SIDA y ERC, teniendo en cuenta que son las dos patologías de alto costo más importantes en el SGSSS.

Se estima que el manejo del VIH/SIDA, ha comprometido en los último años el 0.5% del gasto en salud del país y cerca del 1% del gasto en seguridad social en salud. Frente a esta situación y no solo, sobre la base de las implicaciones económicas, sino frente a la calidad de vida y de la atención en salud en los diferentes ámbitos, se ha venido planteando la necesidad de implementar programas de Prevención Primaria y Secundaria, fortalecer el diagnostico temprano, definir y aplicar protocolos de tratamiento, frenar la transmisión del VIH al SIDA y disminuir por tanto los costos de hospitalización y complicaciones, la incapacidad y la mortalidad.

3.2 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Los adolescentes son vulnerables a adquirir ITS y VIH/SIDA por factores de riesgo como desconocimiento, sexo temprano, drogadicción, desigualdad social y de género y mitos. Las ITS más comunes son Gonorrea, Sífilis, VPH, VHS y Tricomocosis; todas son transmitidas por vía sexual. El SIDA es ocasionado por un retrovirus VIH, de transmisión sexual y transfusión sanguínea, se presenta en varias fases y lleva a la muerte.

En este sentido, considerando la incidencia de casos de SIDA donde muchos de ellos se deben más que todo a la falta de prudencia de las personas que comúnmente piensan que sus conductas sexuales no pueden representar un peligro para contagiarse, resulta la población más afectada, esto demuestra que muchos aún no poseen un conocimiento suficiente acerca de este síndrome por lo que este tema, en ocasiones, pasa muchas veces casi inadvertida en la mayoría de los jóvenes.

Así pues, esta investigación se justifica, por cuanto, el conocimiento que tengan las personas sobre el síndrome puede repercutir en la adopción de medidas preventivas para evitar el contagio, adoptando incluso una actitud más responsable hacia el desempeño de una sexualidad sana y responsable.

También, este estudio contribuiría un aporte significativo a los adolescentes de estas ciudades ya que se contaría con una referencia relacionada con el tema

tratado que serviría de apoyo para la elaboración de planes destinados a la prevención de esta enfermedad.

Con el propósito de identificar algunos determinantes que pueden aumentar el riesgo de la adquisición del VIH en adolescentes escolarizados en el año 2012, se midieron los conocimientos básicos generales sobre el VIH/SIDA en los estudiantes de noveno, décimo y undécimo grado de los núcleos educativos 2 y 4; se determinaron sus prácticas sexuales y se evaluaron sus actitudes frente al tema, con la finalidad, de conocer la verdadera dimensión del problema en la ciudad y para que sea una referencia importante para el diseño y la fundamentación de estrategias que permitan la prevención del VIH/SIDA, especialmente en los jóvenes

Es por ello que como Regentes de Farmacias, y en práctica de nuestros conocimientos, es de vital importancia realizar este tipo de estudios para lograr contribuir en el lugar en donde nos desarrollemos como profesionales de la salud a salvaguardar la vida con propuestas útiles y novedosas de información a los usuarios.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Acerca del tema del SIDA se han realizado numerosas investigaciones en las cuales se han establecido diversos criterios al respecto, sin embargo, muchos colocan en primer lugar el nivel de conocimiento que deben tener las personas sobre el tema y la participación de los entes de salud en la promoción y ejecución de programas educativos para disminuir la prevalencia de casos de SIDA en jóvenes, quienes representan el sector más propenso de contagiarse con este mal, debido a una vida sexual activa de muchos jóvenes.

Así, Ordoñez (1995) en una investigación titulada: "Sexualidad y SIDA" desarrollada en 10 instituciones escolares de la ciudad de Valencia llegó a la conclusión de que los adolescentes presentan tabúes sobre la sexualidad y que en muchos casos desconocen las causas del contagio de VIH, porque asumen que el contagio por este virus es exclusivo de grupos de personas con hábitos sexuales que ellos califican de "desviados", reflejando de esta forma un conocimiento acerca del síndrome insuficiente.

Sobre el riesgo de contagio por SIDA, Velasco (1997) en un estudio descriptivo sobre la situación que viven los enfermos del SIDA, destaca que "esta enfermedad no respeta raza ni sexo, además, especifica que nadie sabe el origen, pues, solo se conoce el causante de la enfermedad".

Beltrán (1998) en un trabajo titulado: "Adolescentes y Sexualidad Humana" realizado en 20 instituciones escolares de Caracas, entre sus conclusiones sobre el tema señala que los adolescentes necesitan más información acerca de la sexualidad, enfermedades venéreas y SIDA, además, recomienda realizar charlas en las diferentes instituciones escolares a nivel nacional.

De esta manera, el nivel de conocimiento sobre el SIDA, a decir de los autores citados es bajo en los adolescentes, debido principalmente a que el tema de la sexualidad en la familia muchas veces está encerrado bajo un mecanismo de "tabúes", al igual que en las instituciones escolares donde no se asume un papel activo hacia la promoción de una Educación Sexual que responda francamente a las diferentes inquietudes de los adolescentes respecto al sexo y sus implicaciones en el desarrollo de la sexualidad, por lo que en muchas ocasiones los adolescentes tratan de buscar respuestas a sus inquietudes con amigos, los cuales muchas veces ofrecen una visión distorsionada acerca del sexo al adolescente, lo que estimula una tendencia a desarrollar una actividad sexual precoz sin medir consecuencias terminando por ser víctima de una paternidad o maternidad prematura o de contagio de alguna Infección de Transmisión Sexual como el SIDA.

4.2 MARCO TEÓRICO

Se ha demostrado que el VIH comenzó en el Congo Belga en 1950, y aumentó en 1970 debido a las vacunaciones masivas contra la poliomielitis. "Varios científicos han demostrado que el VIS (Virus de Inmunodeficiencia en Simios) es el origen del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en humanos" (Beatriz H., Hahn, George M. 2000).

El VIS se ha encontrado en el excremento y la orina del chimpancé. Además, muchas personas en África ingieren carne de simio que generalmente ellos cazan o que adquieren en los "mercados de carne" (nombre propagandístico para esta clase de ventas al menudeo). De esta manera, los grupos de riesgo son los que cazan y manipulan la carne contaminada.

Se ha demostrado que por lo menos dos clases de VIS pueden ser transmitidas a los seres humanos mediante un proceso biológico, haciendo muy fácil la diseminación del virus. Además del VIH-tipo 1, hay tres cepas nuevas del letal virus. Los científicos han reconocido el grupo M (de "Mayor"), el O (de "Outlier"), y el grupo N (de "Nuevo"). Debido a las similitudes entre un gene específico de la cepa N y el VIS (la cepa viral de los simios), los biólogos han concluido que el VIS es el origen evolutivo de los tipos del virus en humanos.

Una vez que el VIS ha invadido a los linfocitos humanos, ellos se replican violentamente, y la proporción de mutaciones aumenta en forma extraordinaria. De allí que el VIH esté aniquilando a los humanos en África (deficiente manipulación de vacunas e ingesta de carne cruda de simios seropositivos). Así el VIH, es un retrovirus que en humanos pertenece al tipo de retrovirus HTLV-III que es el responsable del SIDA.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

El **VIH**; significa que la persona está expuesta al virus y que No es definitivo que vaya a desarrollar la enfermedad. Se puede permanecer sin síntomas, por mucho tiempo (Portador Asintomático).

El **SIDA** es la etapa avanzada por la infección del virus de VIH ataca las células responsables de la inmunidad celular (linfocitos T), penetra en ellos, se reproducen en su interior e impide que éstos realicen sus funciones inmunológicas, suspendiendo toda relación con los encargados de la producción de anticuerpos (linfocitos B). De esta manera el individuo afectado queda desprovisto de defensa inmunológica, desarrollando el SIDA y expuesto a contraer enfermedades de diversa gravedad y origen.

Periodo de Incubación: La infección por el VIH, puede dividirse en tres fases:

- Infección primaria: de 3 a 6 semanas de duración.
- Periodo latente: puede durar de 7 a 10 años.
- Fase final: corresponde a la enfermedad (SIDA), propiamente dicha

Diagnóstico: El diagnóstico de la infección se realiza por:

- Demostración de los anticuerpos anti-VIH
- Detección directa del VIH o de alguno de sus componentes
- Ambos

Los anticuerpos anti-VIH: suelen aparecer en la circulación entre 2 a 12 semanas después de la infección; las pruebas utilizadas para el diagnóstico son:

- ELISA: esta es la prueba convencional de detección enzimática del VIH, su sensibilidad supera el 99.5%. Consiste en un equipo convencional del ELISA que contiene los antígenos del VIH-1 y el VIH-2.
- Western Blot: prueba de confirmación más utilizada, en donde múltiples antígenos del VIH de peso molecular diferente y bien caracterizado despiertan la producción de anticuerpos específicos. La prueba se considera negativa cuando no existen bandas a pesos moleculares.

Manifestaciones Clínicas: La clínica de la infección por VIH, depende de la fase de la enfermedad:

- Fase inicial: afecta del 50 al 70% de los adultos, tres a seis semanas después del contagio, caracterizándose por síntomas inespecíficos, tales como odinofagia, fiebre, mialgias, erupción cutánea y algunas veces erupción cutánea. Esta etapa se caracteriza por una alta tasa producción del virus, viremia, diseminación a tejidos linfáticos y un descenso de los linfocitos CD4+. Sin embargo, se presenta una respuesta inmune frente al virus (3 a 17 semanas), permitiendo que la viremia ceda y que el recuento de CD4+, regrese casi a la normalidad.
- Fase latente crónica: el paciente se mantiene asintomático; pueden presentarse adenopatías persistentes o leves infecciones oportunistas; se caracteriza esta fase, por el confinamiento y la replicación silenciosa del virus en los tejidos.
- Fase final: es la enfermedad SIDA, propiamente dicha; hay un derrumbe de las defensas del huésped y un aumento importante de la viremia. En esta etapa aparecen las enfermedades defensoras del SIDA, tales como infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas, las cuales finalmente pueden llevar a la muerte del paciente.

Mecanismos de Transmisión del SIDA:

- Contacto sexual con individuos infectados de VIH y de SIDA.
- Uso de inyectores, transfusiones de sangre o sus derivados (plasma, plaqueta, concentrados globulares, etc.) contaminadas.
- Transmisión madre e hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- Objetos contaminados, tales como corta cutículas, hojillas de afeitar, etc., que al entrar en contacto con heridas o pequeñas afecciones de la piel, contagian al individuo sano.

Factores de Riesgo:

- Homosexuales, Bisexuales, Heterosexuales promiscuos.
- Drogadictos, Personal de Bancos de Sangre y Laboratorios Clínicos
- Médicos y Enfermeras

Prevención del SIDA

- Evitar mantener relaciones sexuales con personas desconocidas o con comportamiento sexual riesgoso (homosexual, bisexual, prostitutas, drogadictos y heterosexuales promiscuos), Pareja Estable.
- Hacer uso de condones para evitar la enfermedad., No compartir inyectadoras, hojillas u objetos cortantes, Esterilizar el material utilizado en peluquerías.
- Usar jeringas desechables, En caso de transfusiones de sangre, acudir a un centro asistencial autorizado.
- Someterse a controles y exámenes clínicos con regularidad, Las personas que laboran en Bancos de Sangre, Laboratorios Clínicos, Servicios Médicos y Odontólogos deben tomar precauciones para evitar contagio.

Farmacos; Con estos fármacos se consigue una reducción del progreso de la enfermedad y de la aparición de infecciones oportunistas, con lo que se ha logrado una extraordinaria reducción de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios de los pacientes VIH positivos.

Inhibidores Nucleótidos de la transcriptasa inversa	Inhibidores de la Proteasa
------------------------------------------------------------	-----------------------------------

N/ COMERCIAL	N/ GENERICO	N/ COMERCIAL	N/ GENERICO
Retrovir	Zidovudina, Azidotimidina o AZT	Viramune,	Nevirapina,
Videx	Didanosina	Rescriptor	Delavirdina
Zerit	Estavudina,	Sustivida	Efavirenz
HIVID	Zalcibatina,		
Lamivudina	Epivir		
Abacavir	Zialgen.		

4.4 MARCO LEGAL

Específicamente para el tema, existen diversas Leyes, Decretos Supremos y Resoluciones Ministeriales. La más importante es la **Ley contra SIDA (Ley 26626)** que protege principalmente: los derechos a la autonomía y a la prueba para el diagnóstico, el derecho a la confidencialidad, el derecho al trabajo y el derecho a la atención integral de salud. También se debe mencionar la ley a la exoneración de impuestos para el tratamiento antirretroviral.

¿Por qué es importante que existan leyes para el tema del SIDA? ¿Cómo se vulneran los Derechos Humanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS)?

La importancia de este tema es precisamente que en nuestro país existen, y son aceptadas consciente o inconscientemente por todos, muchas formas de discriminación hacia las PVVS. Y esto se da incluso con la promulgación de leyes discriminatorias, situación que hace más grave el abuso de derechos por parte de algunas autoridades (el ejemplo más crítico es el de la obligatoriedad de las pruebas de diagnóstico). Y esto es peor si se toma en cuenta que las personas que padecen de VIH/SIDA están en una posición desventajosa debido a desinformación o información mal dada, pobreza, entre otros aspectos. No es raro por ejemplo que se den despidos arbitrarios de las PVVS de sus centros de trabajo.

¿Cuáles son los principales derechos que debemos tener en cuenta para que las PVVS no los pierdan?

Las personas viviendo con VIH/SIDA tienen derecho a:

La **autonomía**, es decir: nadie puede ser sometido y obligado a hacerse la prueba sin su consentimiento, y quien desee hacerse la prueba firmará una autorización escrita.

Tienen derecho a la **confidencialidad**: Esto quiere decir que los resultados de sus pruebas de VIH no pueden ser dados a conocer a ninguna persona sin su autorización y **el personal de salud debe respetar el carácter confidencial** de la información e historia clínica. Esto además esta normado por el **secreto profesional**, que es la no divulgación o la reserva de información conocida u obtenida en razón de la relación de servicios prestados, tanto a niveles profesionales como asistenciales. La violación del secreto profesional constituye un delito contra la libertad, tipificado en el Art. 165 del Código Penal Peruano.

Tienen derecho al **trabajo**, siendo nulo el despido cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA. **Nadie puede despedir a una PVVS por su diagnóstico.**

Tienen derecho a la **atención de salud**, estando obligado todo establecimiento de salud a **atender de manera digna, respetuosa y sin discriminación a la PVVS** y los resultados de la prueba de VIH no deben ser solicitados como condición para su atención.

Esto es muy importante, los médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, o cualquier otro profesional de salud, estamos obligados a atender a las PVVS con el mismo cuidado y profesionalismo que a cualquier otra persona. Ese es el compromiso que hemos jurado y no hacerlo es, no solamente una falta por la que podemos ser procesados, sino una obligación moral con la humanidad y con nosotros mismos.

Código Sanitario, aprobado por el D.F.L. N° 725, de 1968 del Ministerio de Salud
Reglamento sobre Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, que determina las enfermedades transmisibles que deben ser comunicadas obligatoriamente a las autoridades sanitarias

REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 972 DE 2005 (Julio 15)

Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese de interés y prioridad nacional para la República de

Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Parágrafo 1°. El día primero (1°) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Parágrafo 2°. Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, Onusida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.

Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad.

Artículo 3°. Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá

suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT.

Artículo 4º. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, diseñará en un término no mayor de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley, unas estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en las enfermedades de alto costo, en particular el VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional, podrá hacer uso de los mecanismos que la normatividad le asigna con el fin de garantizar el acceso de la población a los medicamentos que sean objeto de algún tipo de protección.

Artículo 5º. En desarrollo del artículo anterior, y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la fármaco vigilancia de los productos adquiridos.

Artículo 6º. Las autoridades responsables de la aplicación de la presente ley, serán el Ministerio de la Protección Social y las direcciones departamentales,

distritales y municipales de salud en el marco de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, el Decreto 1543 de 1997 y de las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.

Bajo la dirección, supervisión y control del Ministerio de la Protección Social y para los efectos de la presente ley, actuarán las entidades públicas y privadas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 7º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación.

4.5 MARCO GEOGRÁFICO

Municipio de BELLO

Bello es un municipio de Colombia, ubicado en el Valle de Aburrá del departamento de Antioquia. Limita por el norte con el municipio de San Pedro de los Milagros, por el este con el municipio de Copacabana, por el sur con el municipio de Medellín y por el oeste con los municipios de Medellín y San Jerónimo.

La ciudad cuenta con un área total de 142,36 Km² de los cuales 19,7 Km² son suelo urbano y 122,66 km² son suelo rural. Este valle está totalmente urbanizado en su parte plana, y muy ocupado en sus laderas. Al valle lo cruza el Río Medellín, el cual corre en dirección sur-norte, y a lo largo de sus 70 kilómetros recibe en su recorrido el tributo de 57 quebradas.

Bello cuenta con 371.973 habitantes. Es la segunda aglomeración urbana del área metropolitana del Valle de Aburrá, que suma en total 3.312.165 personas. El municipio cuenta con una densidad poblacional de aproximadamente 2.496 por kilómetro cuadrado. El 47.1% de sus habitantes son hombres y el 52,9% mujeres.

La tasa de alfabetismo en la población mayor de 5 años de edad es del 92.9%.

Los servicios públicos tienen alta cobertura, ya que el 96,9% de las viviendas cuenta con servicio de energía eléctrica, el 96,4% tiene servicio de acueducto y el 91,4% cuenta con comunicación telefónica.

Según las cifras de la Gobernación de Antioquia basadas en la encuesta de Calidad de Vida 2004 el estrato socio-económico predominante en el municipio es el 2 (bajo) con el 39.3%, seguido por el estrato 3 (medio-bajo) con el 36.1% y el estrato 1 (bajo-bajo) con un 20.2%. En una menor proporción también están los estratos 4 (medio) y 5 (medio-alto) con un 4.3% y 0.1% respectivamente, que son principalmente viviendas campestres ubicadas en las veredas del municipio.

Ciudad de BARRANQUILLA

Barranquilla es la capital del departamento colombiano del Atlántico. Está ubicado sobre la margen occidental del Magdalena 7,5 km de su desembocadura en el mar Caribe. En 1993 fue organizada constitucionalmente en distrito especial, industrial y portuario.⁶ Es uno de los puertos marítimos y fluviales más importantes y activos de Colombia, y el principal centro comercial, industrial, cultural y educativo del Caribe colombiano.

El establecimiento de la ciudad data de la tercera década del siglo XVII, cuando los sectores aledaños al río Magdalena se empezaron a poblar alrededor de mercedes otorgadas por la Corona Española. Durante la época de la Independencia, Barranquilla se distinguió por el apoyo de sus habitantes a la causa libertadora, lo que le valió ser erigida en villa en 1813. En la segunda mitad del siglo XIX adquiere importancia estratégica y económica al iniciarse la navegación a vapor por el río Magdalena, lo que le permitió convertirse en el principal puerto exportador del país hasta la primera mitad del siglo XX. Desde fines del siglo XIX hasta los años 1930, Barranquilla fue el principal punto de entrada a Colombia de miles de inmigrantes y de adelantos como la aviación, la radio y el teléfono, así como de varios deportes.

La población de Barranquilla es de 1 206 946 personas, lo que la convierte en la cuarta ciudad más poblada del país detrás de Bogotá, Medellín y Cali. La ciudad es el núcleo del Área Metropolitana de Barranquilla, la cual está constituida además por los municipios de Soledad, Galapa, Malambo y Puerto. El conglomerado alberga a 1 897 989 habitantes, y ocupa también la cuarta posición entre las conurbaciones del país.³ Como capital departamental, Barranquilla es sede de la Gobernación del Atlántico, de la Asamblea Departamental y del Tribunal Superior del Atlántico, máximo órgano judicial del departamento.

La urbe es sede de una de las festividades folclóricas y culturales más importantes de Colombia, el Carnaval de Barranquilla, declarado Patrimonio Cultural de la Nación por el Congreso de Colombia en 2001 y Patrimonio Oral e Inmaterial de la Humanidad por la Unesco en 2003. Fue también elegida Capital Americana de la Cultura 2013.

Municipio de PALMIRA

Palmira se ubica dentro de la región Sur del valle del Cauca, sobre las coordenadas 3°31'48" de latitud norte y 76°81'13" del longitud al oeste de Greenwich. Colinda al Norte con el municipio de El Cerrito, al Este con el departamento del Tolima, al Sur con los municipios de Pradera y Candelaria y al Oeste con los municipios de Cali, Yumbo y Vijes.

Capital agrícola de Colombia y segunda ciudad del departamento, fue fundada en 1680. Palmira ha experimentado durante los últimos años un acelerado crecimiento urbanístico e industrial. En su jurisdicción se encuentran instaladas grandes factorías dedicadas a la producción de muebles, maquinaria agrícola, empaques, tubos de cemento, mosaicos y artículos metálicos entre otros.

El cultivo de la caña de azúcar es el más importante, alrededor de 18000 hectáreas cultivadas que se procesan en varios ingenios ubicados en la región, producen azúcar, panela, miel y alcohol.

Municipio de TURBO

El municipio de **Turbo** se encuentra localizado al norte del departamento de Antioquia, en la llamada zona del Urabá antioqueño. El municipio se encuentra bañado por el mar Caribe y el río Atrato. Tiene una extensión de 3.055 km², además cuenta con un aeródromo, *Gonzalo Mejía*, un proyecto de puerto internacional y una carretera que lo comunica con la capital departamental, Medellín.

5. METODOLOGIA

5.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al programa de Regencia de Farmacias Salud Publica; Información sobre el uso y consumo de métodos para evitar el sida.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó bajo el diseño de una investigación de campo de tipo descriptivo, la cual es definida por Hyman citado por Herrera (1996) como "la investigación que tiene como finalidad la medición de variables en una población definida o muestra presentando los rasgos característicos de un fenómeno analizado".

Busca determinar los conocimientos de los adolescentes de las zonas más vulnerables de los municipios de Barranquilla, Medellín, Palmira y Turbo; por medio de una encuesta que se aplicó en el primer periodo del año 2013.

5.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

" PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA, EN ADOLESCENTES DE LAS ZONAS DE BAJOS RECURSOS DE LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, MEDELLIN, PALMIRA, Y TURBO ANTIOQUIA".

Para explicar la ocurrencia de la problemática presentada, se utilizó un instrumento de recolección de datos, en el flujo de información brindada por los adolescentes y analizando directamente desde la realidad las informaciones aportadas por estas personas, para luego, tabularlas, analizarlas e interpretándolas, para describir la situación estableciendo las conclusiones al respecto.

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio estuvo conformada por 80 personas que representan el grupo de adolescentes entre 13 a 18 años que viven en los municipios de Barranquilla, Medellín, Palmira, y Turbo Antioquia, de las cuales 80 de estas personas conformaron la muestra seleccionada, representando el 20.2% de la población más vulnerable de los municipios mencionados.

En cuanto a la selección de los sujetos que conformaran la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple al azar seleccionando del total de la población la cantidad requerida.

5.5 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica para la recolección de las informaciones pertinentes con esta investigación fue a través de la encuesta, diseñando para ello un cuestionario para registrar las informaciones aportadas por los adolescentes, en relación con aspectos vinculados con el conocimiento que tienen sobre el síndrome, sus causas de contagio y actitudes frente a la prevención del SIDA.

De esta manera, con el objeto de recoger, registrar y analizar la información requerida para el estudio se construyó un cuestionario contentivo de 10 ítems con preguntas cerradas dicotómicas, es decir, SI o NO, relacionados con los aspectos anteriormente señalados respecto al tema objeto de estudio.

5.6 FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Información primaria. Encuestas aplicadas a estudiantes de un colegio con el propósito de evaluar el grado de conocimiento que poseen acerca de enfermedades infectocontagiosas (VIH-SIDA).

En cuanto a las fuentes secundarias, se consultaron guías, manuales y artículos referentes a los conceptos y teorías del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. SIDA.

5.7 VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Sexo	Conjunto de características distintivas del Hombre y la Mujer.	Género a que pertenecen los encuestados	Masculino y Femenino.
Edad	Número de años que ha vivido una persona.	Número de años que tiene el encuestado.	Diferentes edades
Conocimiento	Es la acción de conocer, sentido de entendimiento o razón.	Lo que los encuestados conocen con respecto a un tema.	Parámetros de conocimiento con respecto a SIDA.

Actitud	Comportamiento o manifestación externa de un sentimiento.	Comportamiento de los encuestados frente a un tema	Parámetros de actitud con respecto a las SIDA a veces, nunca, siempre.
Actividad sexual	Inicio	Inicio de la actividad sexual, y como se protegen de ETS.	Parámetros de actitud con respecto de su sexualidad. Sí, no, nunca, algunas veces, casi siempre, siempre.

6. RESUMEN DE SITUACION DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA

La Organización Mundial de la Salud, a partir de la clasificación propuesta por el Banco Mundial, establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a la región Andina.

Para finales del año 2003 y con base en los reportes de ONUSIDA, la prevalencia general estimada para Colombia era de 0.42%. Sin embargo, varios estudios de ser prevalencia realizados en Hombres que tienen Sexo con Hombres han encontrado tasas de que fluctúan entre el 10 y el 18%¹ lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en hombres que tienen practicas homo y bisexuales.

Para las personas entre 15 y 49 años la prevalencia estimada es de 0.7%, con un estimado de 171.504 casos. Se disponen de los datos de notificación obligatoria de casos través del Sistema de vigilancia epidemiológica – SIVIGILA. Este sistema tiene ciertas limitaciones de cobertura y calidad de datos, debido al diagnóstico tardío, el sub registro, las fallas de registro y el retardo en la notificación. Esta afectación es común a todos los sistemas de registro de casos, sin embargo se han venido haciendo actualizaciones anuales y un gran esfuerzo de asistencia técnica que comienzan a dar mayor consistencia de los datos presentados.

Se han reportado un total de 57.489 casos de infección por VIH, casos en estudio de sida y fallecidos. La diferencia entre lo reportado y lo estimado principalmente se debe a que muchas personas infectadas aún no acceden al diagnóstico.

La meta planteada en los objetivos del milenio para el 2015 es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. Esta meta se encuentra aún cumplida considerando los resultados del VI eso nacional centinela, que reportó 0.67%. Se tiene previsto realizar el séptimo estudio nacional centinela para el año próximo.

El 76.6% de los casos reportados con registro individual son hombres y el 22.1% son mujeres (existe falta en el reporte de la variable sexo en el 1.2% del total de las fichas de notificación).

Del total de casos registrados, 23.889 no tienen identificado un mecanismo probable de transmisión (40.9%), pero puede asumirse que en su mayoría son hombres que temen revelar su comportamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presenta subsecuentemente al diagnóstico.

En los 34.504 (59.1%) casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 58.1% corresponde al comportamiento heterosexual y el 37.6% homosexual y bisexual. El grupo poblacional más afectado agrupado por grupos quinquenales, es el de 25 a 29 años con 8.076 equivalentes al (20.0%), en relación con los 40.335 registros con reporte de edad (70.2%).

El 57.7% se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad, sin desconocer que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en los grupos mayores de 45 años con el 13.1% de la participación.

Igualmente, sobre los 57.489 casos reportados por ficha, se puede afirmar que el 3.3% (1.873 casos) son menores de 18 años, de los cuales 1.085 casos corresponden a transmisión perinatal.

Desde el año 2006 El Ministerio de la Protección Social asumió la tarea de financiar la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH que se inició con el apoyo de la comunidad económica europea y la gestión nacional del ONUSIDA. Actualmente, el Instituto Nacional de Salud implementa la estrategia, cuyo propósito es el de brindar diagnóstico oportuno y tratamiento Adecuado en las mujeres gestantes en población vinculada.

En el periodo de 2007 a 2012 se han realizado un total de 556.164 pruebas a 547.164 gestantes, se han procesado 112.893 pruebas. En el acumulado general de los cinco años han resultado 1.127 gestantes diagnosticadas con el VIH, de las cuales en este año pasado se han diagnosticado 184 mujeres. Lo cual significa que como resultado global acumulado de la estrategia el 0.21% del total de gestantes tamizadas han tenido un diagnóstico confirmado.

Del total de gestantes diagnosticadas, el 79.6% han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico. De las 1.127 gestantes con VIH se tiene información de 866 nacimientos, de los cuales 827 (95.5%) han recibido profilaxis. Adicionalmente 746 (86.1%) de los nacidos han recibido fórmula láctea para complementar las medidas de prevención de la adquisición de la infección en el postparto por vía de lactancia materna.

De los 866 niños y niñas que han nacido únicamente se han presentado 30 (3.5%) casos de niños y niñas VIH positivos de los 132 nacimientos hay 5 casos diagnosticados (3.8%). Con las intervenciones realizadas anteriormente y teniendo en cuenta que el porcentaje de niños que nacerían infectados de madres positivas sin ninguna intervención es del 28%, en el último año se ha evitado que 32 niños nazcan con el Virus del VIH. En el balance general de estos cinco años, se han evitado 212 casos de transmisión perinatal, lo cual es uno de los mayores logros de gestión.

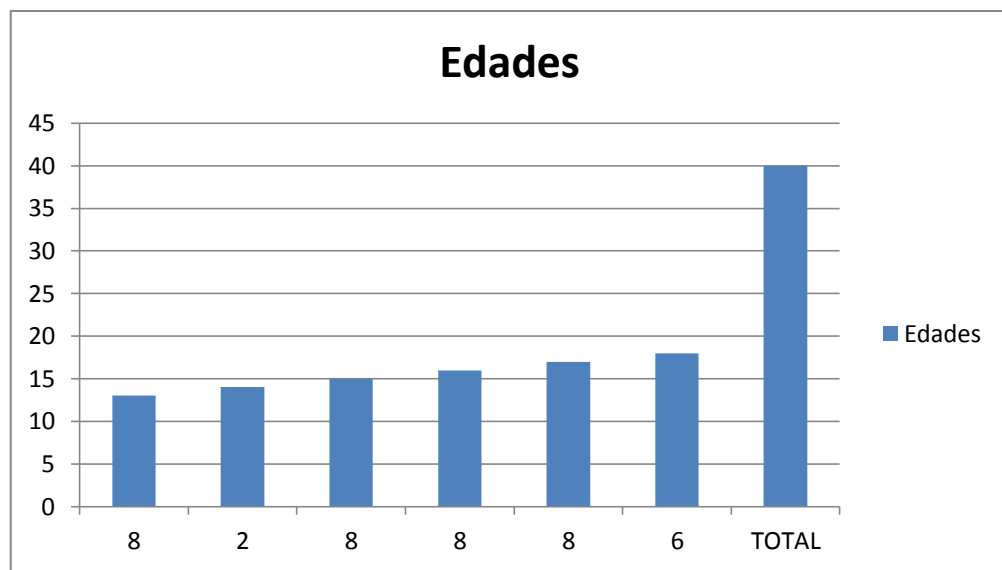
Por otra parte, de los casos reportados se estima que alrededor de 24.000 personas han fallecido como consecuencia de la enfermedad lo que deja un

remanente de alrededor de 33.489 personas vivas de las cuales 23.000 requieren tratamiento antirretroviral y de los cuales aproximadamente 16.500 se encuentran recibiendo terapia antirretroviral. (Cobertura del 72%).

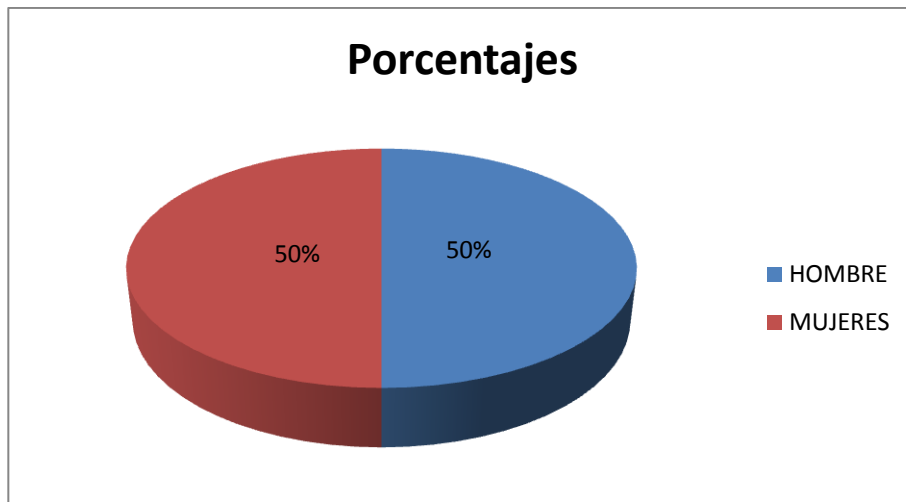
Se espera que con el incremento de afiliaciones al SGSSS se logre la cobertura universal de terapia a todos aquellos pacientes identificados que la requieran. Adicionalmente, los dos principales retos están en aumentar el acceso al diagnóstico y que se identifiquen oportunamente los casos, para incluirlos como beneficiarios de la Guía de Atención Integral en VIH / SIDA, iniciar tratamiento oportuno y así reducir costos que genera la incapacidad y muerte por sida, pero ante todo en aumentar las coberturas de acceso a servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ETS, incluyendo la infección por VIH, focalizando acciones en aquellas poblaciones donde existen mayores factores de vulnerabilidad.

7. RESULTADOS Y DISCUSION, E IDENTIFICACION DE PUNTOS CRITICOS EN LAS ENCUESTAS REALIZADAS A ESTUDIANTES ADOLESCENTES

No personas	Edades
8	13
2	14
8	15
8	16
8	17
6	18
TOTAL	40



SEXO	No personas	Porcentajes
HOMBRE	20	50%
MUJERES	20	50%
TOTAL	40	100%



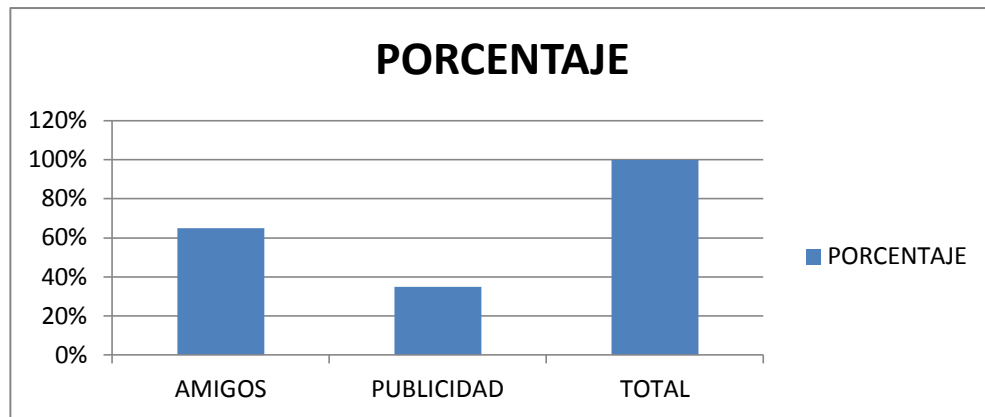
1. Sabe Ud. Que es el SIDA. Cuál es el agente causal?

POBLACION	RESPUESTA	PORCENTAJE
40	SI	100%



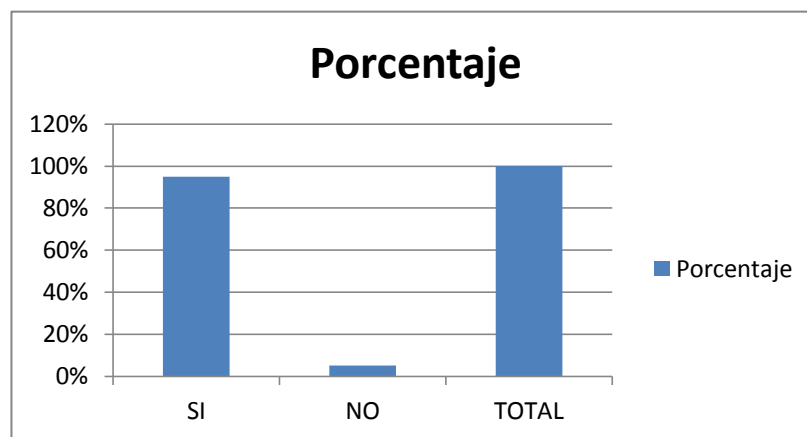
2. ¿Quien le informo acerca de esta enfermedad?

	No personas	PORCENTAJE
AMIGOS	26	65%
PUBLICIDAD	14	35%
TOTAL	40	100%



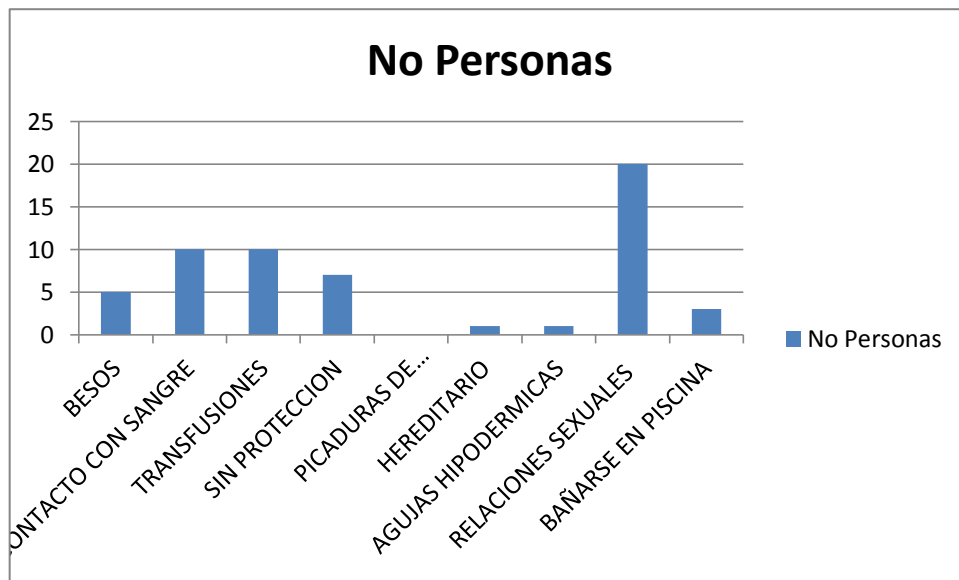
3. ¿Conoce el modo de transmisión de la enfermedad?

	No Persona	Porcentaje
SI	38	95%
NO	2	5%
TOTAL	40	100%



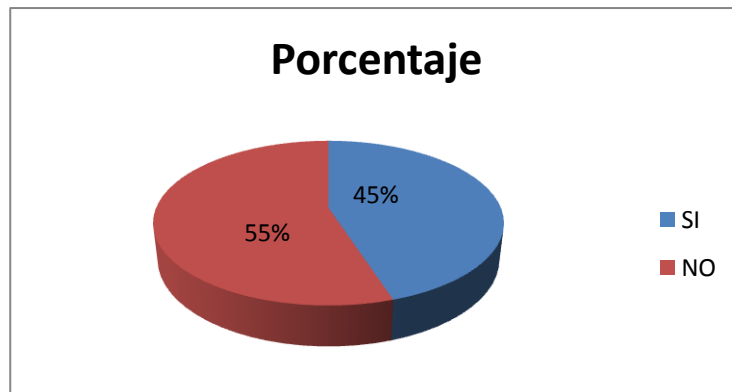
4. ¿Cuál o cuáles cree usted los medios por los cuales se puede adquirir el VIH?

MEDIOS DE CONTACTO	No Personas
BESOS	5
CONTACTO CON SANGRE	10
TRANSFUSIONES	10
SIN PROTECCION	7
PICADURAS DE MOSQUITO	
HEREDITARIO	1
AGUJAS HIPODERMICAS	1
RELACIONES SEXUALES	20
BAÑARSE EN PISCINA	3



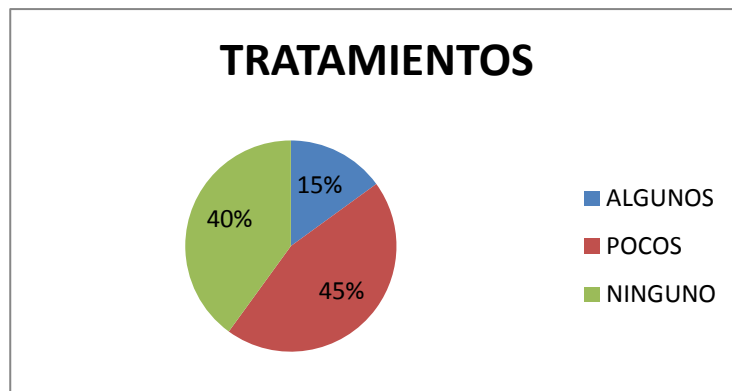
5. ¿Ha recibido educación sobre la prevención de la enfermedad?

	No Persona	Porcentaje
SI	18	45%
NO	22	55%
TOTAL	40	100%



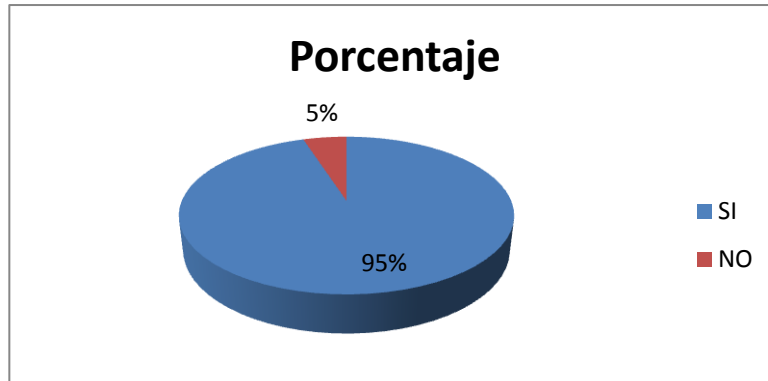
6. ¿Qué tratamientos conoce sobre la enfermedad?

TTO	No personas	PORCENTAJE
ALGUNOS	6	15%
POCOS	18	45%
NINGUNO	16	40%
TOTAL	40	100%



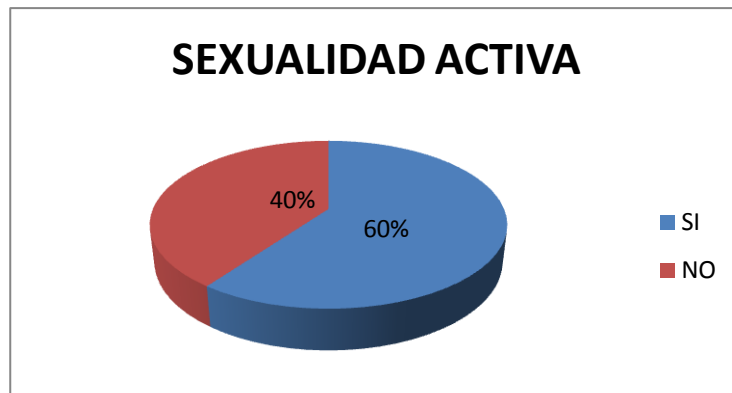
7. ¿Considera la enfermedad como curable?

	No Persona	Porcentaje
SI	38	95%
NO	2	5%
TOTAL	40	100%



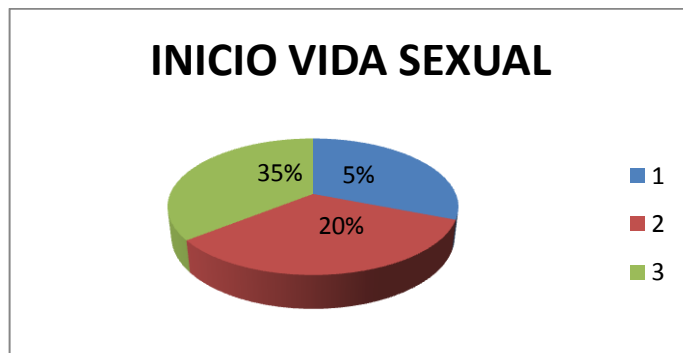
8. ¿Tiene vida sexual activa?

SEXO	No Personas	Porcentaje
ACTIVO		
SI	24	60%
NO	16	40%
TOTAL	40	100%



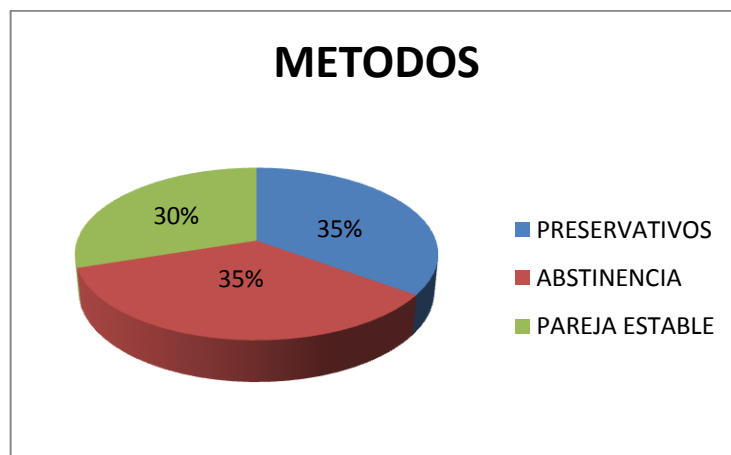
9. ¿A qué edad la inicio?

EDAD- AÑOS	No Personas	Porcentaje
13 AÑOS	2	5%
14 AÑOS	8	20%
15 AÑOS	14	35%
TOTAL	24	60%



10. ¿Cual método utiliza para la prevención de la enfermedad?

METODO	No PERSONAS	Porcentaje
PRESERVATIVOS	14	35%
ABSTINENCIA	14	35%
PAREJA ESTABLE	12	30%
TOTAL	40	100%



7.1 ANALISIS ESTADISTICOS

Pudimos observar por medio de esta encuesta realizada a la población más vulnerable de los municipios de Barranquilla y Medellín, como son los adolescentes de edades entre 13 y 18 años, que no tienen los suficientes conocimientos con respecto a la problemática del SIDA, de la Prevención y control de esta enfermedad.

Muchos jóvenes han adquirido la información de enseñanza a través de sus amigos o de la publicidad que encuentran a través de los libros o el Internet; Pero vemos que ni en su familia, ni siquiera en los propios colegios dan a conocer de esta problemática mundial, ya que por pudor o tabús, prefieren callar a las miles de inquietudes que estos jóvenes tienen, porque creen que al hablar de sexo, de las ETS, ya los están induciendo a tener relaciones sexuales, sin saber que muchos de estos jóvenes ya han iniciado su vida sexual, y no conocen muy bien cómo deben protegerse no solo de un SIDA, sino también de cualquier otra ETS.

También pudimos observar que la poca información que tienen del SIDA, está bastante errada, muchos aun piensan que esta enfermedad puede transmitirse a través de besos; o muchos piensan que al ser fiel a su pareja y no cuidarse con preservativos ya están protegidos, sin conocer si realmente esa pareja es totalmente fiel a ellas también o sin saber que al igual el preservativos las protege no solo de un SIDA, sino de cualquier ETS.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que nosotras dimos a esta población encuestada se resumen en lo siguiente:

Realizar campañas de promoción y prevención en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo dentro de la población joven, para evitar los riesgos de contagio.

Promover el uso del condón no solo como método anticonceptivo, sino como medio para prevenir enfermedades.

Motivar a los colegios a enseñar más respecto a esta problemática, que si se tienen los conocimientos necesarios podríamos decir que podremos combatirla y así evitaremos más personas infectadas inocentemente.

Involucrar a todas las familias con respecto a esta temática, quitando los miedos y tabús que se tiene con respecto de hablar del Sexo en los adolescentes.

CONCLUSIONES

A lo largo de la realización de este trabajo pudimos darnos cuenta la gran carencia que tiene la población de Barranquilla y el Municipio de Bello, con respecto a los adolescentes que viven en estas zonas vulnerables, con respecto a los conocimientos del SIDA, de sus causas, medios de transmisión y todo lo relacionado con él.

Es muy triste ver como hay jóvenes que no han recibido enseñanzas en los colegios o familia, por miedo a hablar de ello, y se ven obligados a enterarse a través de amigos que muchas veces tampoco tienen los conocimientos correctos del tema. Y terminan cometiendo errores que si no se cuidan podrían llegar a pertenecer a larga lista de personas infectadas por este virus.

Por eso quisimos trabajar en estos adolescentes que necesitan de esta información para así contribuir un poco, con la prevención y control de esta peligrosa enfermedad o demás enfermedades de transmisión sexual.

Esperamos que este trabajo haya cumplido con los objetivos propuestos y haya contribuido en la educación de muchos adolescentes que necesitaban de esta información.

BIBLIOGRAFIA

BOLAÑOS BRAVO, HENRY HERNAN. Módulo de Curso de Profundización Fundamentos de Salud Pública, Facultad de Ciencias Básicas e Ingenierías, Universidad Nacional Abierta y a Distancia recopilado del Doctor. 2009

LAPORTE, J.R; TOGNONI, G. Libro de Salud Pública, “Principios de epidemiología del medicamento 2ª edición”, Editorial Masson – Salvat Medicina año 2008.

Artículo Resumen de Situación de la Epidemia Por VIH/SIDA en Colombia., Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Grupo de Promoción y Prevención. Bogotá, Colombia Diciembre de 2007. Tomado de www.minproteccionsocial.gov.co.

Informe situación de la epidemia del SIDA., Organización Mundial de la Salud, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA. Diciembre de 2007. Tomado de www.unaids.org

Sitios consultados en Internet Disponibles en

<http://www.ops.org.bo/ets-vih-sida/?TE=20040628161703>

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihisn.htm>

<http://www.onusida.org.co/>

<http://www.onusida.org.co/Publicaciones/LibroCapitulo2-SituacionEpidemiologica.pdf>

<http://www.dssa.gov.co/htm/protocolo.htm>

<http://www.equidadecuador.org/es/todo/ATT1111765966-3.pdf>

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihisn.htm>

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17080>
Publicada en el Diario Oficial 45970 de julio 15 de 2005.

<http://www.dssa.gov.co/download/Protocolos/P042.pdf>

<http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihisn.htm>

ANEXOS

PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2012 – 2015 BARRANQUILLA SALUDABLE

MISION

La Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla planea y direcciona los programas y proyectos del sector de acuerdo a las políticas nacionales y locales, realiza acciones de inspección, vigilancia y control al Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar servicios de salud con calidad a la población buscando la satisfacción de los usuarios. De igual forma promueve factores protectores de la salud y minimiza los factores de riesgos de enfermar y morir mediante la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud propiciando la participación social y comunitaria y la integración de la red de servicio. En un marco de humanización, buenas prácticas, garantía de los derechos y armonización de las relaciones entre los actores del sistema.

VISION

Alcanzar para el año 2015 mejores condiciones de salud de los barranquilleros a través de la promoción de estilos de vida saludables y el cumplimiento de estándares superiores de calidad en la prestación de servicios, acreditándonos como dirección territorial de salud y promoviendo la acreditación de los prestadores de servicios de salud para el logro de los indicadores de salud propuestos y la satisfacción de los usuarios

PRIORIDADES

Las prioridades nacionales en salud son asumidas por el Distrito de Barranquilla, por ser de estricto cumplimiento en los planes de salud territoriales y estar coherente con el perfil epidemiológico del Distrito.

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Formulación de Políticas

Atención primaria en salud para todos y todas en Barranquilla.

Servicios de salud con calidad para todos los barranquilleros, un paso a la excelencia.

Salud Pública un compromiso de todos para Barranquilla.

Salud Ambiental en el Distrito de Barranquilla.

Abordaje del Enfoque Diferencial

Enfoque Poblacional

- De las condiciones y de las Situaciones (desplazamiento, discapacidad, habitante de calle, privación de la libertad, ejercicio de la prostitución, la desmovilización del conflicto armado o la reinserción social, entre otras)
- Del género como una categoría transversal, en el contexto social, cultural, económico y político de los grupos e individuos.
- Del ciclo de vida- generación (niñez y adolescencia, juventud, adultez, vejez).
- De procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual (LGTBI))
- Cómo se evidencia?

Proyectos de salud todos con el enfoque diferencial que permita evidenciar la atención integral a estas poblaciones.

En el análisis de situación de salud y en los proyectos formulados.

Enfoque de Determinantes

Enfoque de Determinantes sociales

Determinantes de contexto: (MODOS DE VIDA) Gobernanza, políticas sociales en bienestar público, laboral, culturas y valores sociales, condiciones epidemiológicas, políticas públicas en salud, cuidado médico, servicios de saneamiento.

Determinantes de Persona: (CONDICIONES DE VIDA) Clase social, ocupación, nivel educativo, nivel de ingreso, género, sexo, diferencias étnicas y raciales.

Cómo se evidencia?

Se realiza un abordaje de la oferta de servicios de salud, análisis de factores de riesgo ambientales, Se analiza la morbilidad y mortalidad por nivel de aseguramiento, nivel educativo; se aborda el análisis desde la cultura y la etnicidad.

Programas y proyectos dirigidos a grupos vulnerables .Políticas públicas en salud.

Enfoque de Determinantes Intermedio

Circunstancias materiales (espacial): Acceso a bienes, Acceso a alimentos, Calidad de los alimentos, Vecindario, Ambientes de trabajo, Entorno urbano- rural. Circunstancias psicosociales: Locus de control en salud Estrés, Convivencia, Violencia, Cohesión / capital social.

Circunstancias comportamentales: Estilo de vida, Condiciones de vida, Modo de vida.

Factores biológicos: Familiares, Genéticos, Otros seres vivos.

Sistema de Salud: Aseguramiento, Acceso, Calidad.

Cómo se evidencia?

*Programas y proyectos:

Barrios Saludables, trabajo intersectorial con Secretaria de Gobierno.

* Proyectos de Salud Mental.

*Mejoramiento Infraestructura hospitalaria y coberturas de atención en Salud.

Enfoque de Gestión Social del Riesgo

Cómo se evidencia?

Se presenta el análisis de la problemática en salud percibida por las comunidades en las diferentes localidades, lo que nos permitió identificar riesgos específicos y posibles intervenciones.

Se identifican y analizan factores de riesgos ambientales, naturales, físicos, químicos, sociales, al igual que factores protectores.

RESUMEN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO EL SANTUARIO (Antioquia) AÑO 2.012

El plan territorial de salud del Municipio el Santuario, se basa en la Constitución Política de Colombia de 1.991 en los artículos 48 y 49, que definen la salud como un servicio público de carácter obligatorio a cargo del estado, el cual debe garantizar a todas las personas el acceso universal a los servicios de promoción, protección y recuperación.

De acuerdo a lo anterior tiene en cuenta para su desarrollo, las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007 el Ministerio de la Protección Social, que tienen la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población.

Para cumplir esta función busca promover las condiciones y estilos de vida saludable y busca proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables del municipio, mediante la definición de las políticas sectoriales y multisectoriales en salud pública, individual y colectiva, todo ello teniendo en cuenta que le corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las EPS, ARP, IPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a los resguardos indígenas y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

También es importante señalar que el plan territorial de salud del municipio del Santuario tiene presente (a escala) los propósitos del Plan Nacional de Salud Pública, los cuales buscan Mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y buscan disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Además tiene presente los principios de: Universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, participación social, intersectorialidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, y tiene presente las líneas de la política de promoción de la salud y la calidad de vida, de prevención de los riesgos en salud, de recuperación y superación de los daños en salud, de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan.

Varios elementos fundamentales para el desarrollo y cumplimiento de este plan que se tiene en cuenta, se refieren a la promoción, prevención, recuperación, superación, vigilancia y gestión que resumo así:

-Promoción de la salud y la calidad de vida. Donde el objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

- Prevención de los riesgos en salud: Acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones preventivas que son compartidas entre el Estado, las entidades promotoras de salud, los sectores cuyas acciones afectan la salud y las personas.

- Recuperación y superación de los daños en salud.

Acciones que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en las poblaciones e individuos, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de las lesiones y a los programas y redes de protección social para la superación de las limitaciones causadas por las enfermedades y traumatismos.

- Vigilancia en salud y gestión del conocimiento: Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes. La vigilancia en salud está compuesta por los procesos De vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS e Investigación en salud.

También se hace un reconocimiento y evaluación del PNSP: A través de indicadores de gestión y resultados en salud y de bienestar en los territorios, instituciones que operan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Reglamentación del Artículo 2 de la Ley 1122 de 2007), y se propone realizar una gestión integral para el desarrollo operativo y funcional buscando integrar y aplicar los procesos de gestión entre los sectores, actores y las competencias para ejercer con efectividad la rectoría, la conducción, la regulación, la vigilancia, la Administración de recursos, la coordinación y la evaluación de las políticas sectoriales y multisectoriales en salud.

La realización de este plan territorial, está financiado por el presupuesto General de la Nación, Transferencias nacionales para vectores, lepra y tuberculosis, el sistema general de participaciones, recursos del FOSYGA, recursos de venta de

servicios del Laboratorio de Salud Pública, Departamental / Distrital, recursos propios de la Entidad Territorial, aportes para financiación de acciones, regalías, rendimientos financieros, etc.

Se apoya también cada uno de los propósitos del plan territorial en la constitución nacional y en el marco legal que brinda el ordenamiento jurídico en materia de salud y bienestar social, así como también proyecta la plataforma de gestión, necesaria para el cumplimiento de este programa.

Dentro de los actores principales para desarrollar el plan se cuentan con las acciones comunales, la alcaldía municipal, la liga de usuarios, la veeduría ciudadana y del concejo municipal.

En cuanto a las generalidades y el diagnóstico de salud del Municipio del Santuario, se puede afirmar que se trata de un municipio que está ubicado en el oriente cercano en el Valle de San Nicolás. Fundado el 11 de Mayo de 1.765 por el Capitán Antonio Gómez de Castro, erigido. Municipio el 26 de Noviembre de 1.838. Se encuentra a una distancia de 57 Km de la ciudad de Medellín. Tiene una temperatura promedio de 17°C, a una altura de 2.150 mts, Sobre el nivel del mar. Con 75 Kilómetros de Extensión (ó 7500 Ha), ocupando el 0.9% en el Departamento de Antioquia. Limita con los municipios de El Peñol, Marinilla, Granada Cocorná y El Carmen de Viboral. El municipio cuenta con 37 barrios en el área urbana y 36 veredas.

El municipio Santuario cuenta con ESE, Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, una institución prestadora de servicios de salud del orden territorial, del primer nivel de complejidad, de origen público Transformado en Empresa Social por Acuerdo N° 14 de Junio 12 de 1.994. Presta servicios de: Consulta externa (Médica, Enfermería, Odontología, Optometría, Vacunación y Laboratorio Clínico), Urgencias, Internación (3 Gineco–obstetricia, 1 Pediatría 2 Medicina Interna para un total de 6 camas), Promoción y prevención y servicios de apoyo (rayos X y Farmacia). Tiene como apoyo de nivel superior al Municipio de Rionegro - Antioquia.

El presupuesto para el periodo del cuatrienio 2008 a 2011 fue de \$417'451.884.00 provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP). De estos \$ 104'362.971.00, fueron para la ejecución del Plan Territorial de Salud Pública.

El componente estratégico del plan de salud tiene la siguiente visión y misión:

Visión:

Se dará cumplimiento al Plan Territorial de Salud Pública, implementando acciones de salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y

las lesiones violentas evitables, control de enfermedades transmisibles y las zoonosis, de las enfermedades crónicas no transmisibles, mejorando la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, la seguridad en el trabajo y evitando las enfermedades de origen laboral.

Todo esto a través de la gestión de recursos para el desarrollo operativo y funcional del Plan Territorial de Salud Pública. Logrando para la comunidad Santuariana hábitos saludables, que nos permitan disfrutar de la salud en todos los aspectos.

Misión:

La Administración Municipal de El Santuario, a través de la Dirección Local de Salud, dará cumplimiento al Plan Territorial de Salud Pública, es por ello, que en desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, las Leyes 9 de 1979, 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2001, 1122 de 2007 y 1151 de 2007, y del Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008, este plan se define como parte integrante del Plan de Desarrollo, contempla las prioridades

Son Propósito del Plan Territorial de Salud Pública del Municipio de El Santuario los siguientes: Mejorar el estado de salud de la población del Municipio, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, y por ultimo disminuir las inequidades en salud de la población Santuariana.

El Plan Municipal de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el municipio de El Santuario. En este sentido, el Plan Territorial de Salud Pública debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población.

Los principios que guían el Plan Municipal de Salud Pública son los siguientes:
Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin una discriminación, en todas las etapas de la vida.

Equidad en salud: se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

Calidad: Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Eficiencia: Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

Responsabilidad: Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

Respeto por la diversidad cultural y étnica: Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 de 2001.

Participación social: Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que estas se concreten en los planes de salud territoriales.

Intersectorialidad: Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

El proyecto del plan territorial de salud se maneja a través de los siguientes ejes:
Programáticos: Aseguramiento, prestación y desarrollo y servicios en salud, salud pública y riesgos profesionales, salud infantil, promoción social, emergencias y desastres.

ACUERDO N° 010 "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE PALMIRA, VALLE DEL CAUCA, VIGENCIA 2012-2015: PALMIRA AVANZA CON SU GENTE".

El Concejo Municipal de Palmira, en uso de sus facultades constitucionales y legales conferidas en el artículo 313, numeral 2° y 339 de la Constitución Política Nacional y en concordancia con la Ley Orgánica de Planeación o Ley 152 de 1994, artículo 32 y subsiguientes, Ley 715 de 2001, Ley 136 de 1994, Decreto 111 de 1996,

ARTÍCULO SEGUNDO. Visión

“El municipio de Palmira en el año 2015 será un territorio seguro, incluyente, participativo, educado, saludable, competitivo y sustentable, con desarrollo humano e integración regional, basado en el aprovechamiento de sus potencialidades en biodiversidad, agroindustria, sector terciario, patrimonio cultural, conectividad, ciencia y tecnología, generando oportunidades de desarrollo a escala humana, procesos de inclusión social y gobernanza en alianza público – privada que permita mejorar los índices de calidad de vida”.

ARTÍCULO TERCERO. Misión

“La administración municipal de Palmira, Valle del Cauca, es una entidad comprometida con la paz que satisface los derechos de sus ciudadanos, brindándoles bienestar y dignidad, mediante el fortalecimiento de la concertación, la convivencia entre los sectores público y privado y la integración territorial, articulando los diferentes actores generadores del desarrollo que permitan fortalecer al Municipio de Palmira como un territorio sustentable que usa adecuadamente sus recursos naturales y los articula con las dimensiones del desarrollo”

SECTOR: Salud

PROGRAMA. Salud pública.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

Mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes.

Estrategia. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud, además del fortalecimiento de los servicios de

baja y mediana complejidad para mejorar la capacidad resolutoria en la prestación de servicios de salud.

Meta /resultado. Cumplir en 90% el Plan Territorial de Salud para mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población.

Indicador. Porcentaje de cumplimiento del Plan Territorial de Salud (Anexo: Tabla de Indicadores del Plan Territorial de Salud).

Subprograma. Protección en salud. Meta / producto. Cubrir en 95% la población objetivo con el programa protección en salud.

Indicadores

Porcentaje de población objetivo protegidos por los programas de salud ejecutados según meta.

Un programa de salud mental implementado.

Subprograma. Salud materna.

Meta/Producto. Aumentar en 6% el número de madres gestantes vinculadas al programa de control prenatal antes de la semana N° 12 de gestación.

Indicadores.

Número de gestantes adheridas antes de la semana N° 12 de gestación al programa de control prenatal. Porcentaje de atención institucional del parto.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado.

Subprograma. Salud en la primera infancia "Niños y niñas con estilo de vida saludable"

Meta/Producto. Cumplir el 95% de cobertura en niños y niñas de 0 a 5 años con el esquema completo de vacunación.

Indicador. Número de niños y niñas de 0 a 5 años cubiertos con el esquema completo de vacunación.

Meta/Producto. Realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de población menor de cinco años beneficiada con las campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Meta/Producto. Reducir en 2,7% la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Meta/Producto. Realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de población menor de cinco años beneficiada con las campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA).

Meta/Producto. Implementar la estrategia de lactancia materna en las veinticuatro Instituciones Prestadoras de Salud IPS.

Indicador. Número de IPS con la estrategia implementada.

Subprograma. Prevención en VIH/SIDA.

Meta/Producto. Realizar cuatro jornadas de pruebas voluntarias de VIH para población en riesgo.

Indicador. Número de jornadas de pruebas voluntarias de VIH realizadas para población en riesgo.

Meta/Producto. Promover cuatro campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales.

Indicador. Número de campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales realizadas.

PROGRAMA. Aseguramiento

OBJETIVO ESPECÍFICO. Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.

Estrategia. Realizar procesos de promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, actualizando, identificando, priorizando, depurando, y sistematizando las bases de datos del régimen subsidiado, contributivo, y otras bases necesarias, como medida de transparencia y eficacia con los recursos, realizando adecuación tecnológica y recurso para procesos de afiliación, gestión financiera de recursos y actividades de Inspección Vigilancia Control, -IVC- y auditoría del régimen subsidiado.

Meta/Resultado. Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.

Indicador. Porcentaje de población pobre no asegurada en el SGSSS.

Subprograma. Fomento y monitoreo del aseguramiento

Meta/Producto Afiliar al SGSSS 16.177 personas de la población pobre no asegurada.

Indicadores

Número de personas de la población pobre no asegurada, afiliadas al SGSSS (Sistema de Seguridad Social en Salud).

Ocho campañas para promover la afiliación al SGSSS realizadas.

Meta/Producto. Realizar inspección, vigilancia y control al 100% de las aseguradoras del SGSSS.

Indicador. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Inspección, Vigilancia y Control a las SGSSS.

PROGRAMA. Atención Primaria en Salud

OBJETIVO ESPECÍFICO. Fortalecer la prestación de servicios de atención primaria en salud.

Estrategia. Llegar a cada familia Palmirana a través de los equipos básicos de atención primaria en salud, como facilitadores de la prestación de servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, con un estricto seguimiento mediante actividades de Inspección, Vigilancia y Control IVC.

Meta/Resultado. Alcanzar el 90% la calidad de los servicios de atención primaria en salud.

Indicador. Porcentaje de calidad de los servicios de atención primaria en salud alcanzado.

Subprograma. Fortalecimiento de la red pública

Meta/Producto. Ejecutar cuatro proyectos de infraestructura y dotación en la red pública de salud.

Indicador. Número de proyectos de infraestructura y dotación en la red pública de salud ejecutados.

Meta/Producto. Implementar y evaluar el modelo de Atención Primaria en Salud "Palmira avanza más cerca de ti" para la prestación de servicios de salud.

Indicador. Un modelo de Atención Primaria en Salud "Palmira avanza más cerca de ti" para la prestación de servicios de salud implementado y evaluado.