

**CONOCIMIENTO FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL VIH /SIDA EN JOVENES
QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE SERVICIOS AMIGABLES DE LA ESE
NORTE, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2019, EN LA CIUDAD
SANTIAGO DE CALI**

**LUZ KARINE CORTES MONTAÑO
CHRISTIAN DAVID FORI DUQUE
LEIDY JOHANA MARTINEZ PENAGOS**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI
2018**

**CONOCIMIENTO FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL VIH /SIDA EN JOVENES
QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE SERVICIOS AMIGABLES DE LA ESE
NORTE, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2019, EN LA CIUDAD DE
SANTIAGO DE CALI**

**LUZ KARINE CORTEZ MONTAÑO
CHRISTIAN DAVID FORI DUQUE
LEIDY JOHANA MARTINEZ PENAGOS**

**TRABAJO DE GRADO
PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERO**

**DOCENTE TUTOR:
DIANA LOAIZA BUITRAGO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI
2018**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 PREGUNTA PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. MARCOS DE REFERENCIA	17
4.1. MARCO CONCEPTUAL.....	17
4.2. MARCO TEÓRICO	22
4.3. MARCO ETICO.....	42
4.3.1 Marco Internacional	42
4.3.2 Marco Nacional	47
4.4. MARCO LEGAL	50
4.5. MARCO DISCIPLINAR.....	79
4.6. MARCO CONTEXTUAL	89
5. METODOLOGÍA Y/O MATERIALES Y MÉTODOS.....	92
5.1 TIPO DE ESTUDIO	92
5.2 POBLACIÓN UNIVERSO	92
5.3 MUESTRA.....	92
5.3.1 Tipo de muestra	92
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	92
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	93
5.6. RECOLECCION DE INFORMACION	95
5.7. PLAN DE ANALISIS FASE DEL PROCESO INVESTIGATIVO.....	96
5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	99
6. RESULTADOS	100

6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÀFICA.....	100
6.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS JÓVENES CON RESPECTO A VIH-SIDA Y MODO DE TRANSMISIÓN	103
6.3 PREVENCIÓN CON RESPECTO A VIH-SIDA.....	106
7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	108
BIBLIOGRAFÍA.....	114

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Rangos de edad de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019	100
Tabla 2. Distribución porcentual según sexo de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019	100
Tabla 3. Distribución porcentual según escolaridad los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.....	101
Tabla 4. Etnia de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.....	101
Tabla 5. Estrato socioeconómico de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.....	102
Tabla 6. Institución prestadora de salud en la cual fueron encuestados los jóvenes que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.....	102
Tabla 7. Alfa de cronbach análisis de consistencia.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Orientación sexual de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019	103
Gráfico 2. Conocimientos generales del VIH de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019	104
Gráfico 3. Relación de rangos de edad entre conocimientos generales en los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.	105
Gráfico 4. Conocimientos de métodos de prevención con respecto al VIH-SIDA de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019	106
Gráfico 5. Relación entre rangos de edad y Conocimientos de métodos de prevención con respecto al VIH-SIDA de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.....	107

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de 21 enfermedades oportunistas y algunos tipos de cánceres; puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Así mismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (1).

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se reconoció por primera vez en 1981. Este diagnóstico generalmente fue hecho en los Estados Unidos en un grupo de jóvenes a quienes se les diagnosticó una ausencia de la respuesta de su sistema inmune ante infecciones comunes. Tras dos años de investigación en 1983, se identificó al Virus de Inmunodeficiencia Humana; describiéndose que este Virus ingresa al cuerpo humano a través de tres vías bien definidas: por contacto sexual sin protección, por contacto con sangre infectada, y de una mujer infectada a su bebé a través del embarazo, el parto y la lactancia materna (transmisión vertical). Posteriormente a la infección viene un periodo de "latencia" que puede durar entre 2 y 10 años durante el cual la persona es asintomática a la Infección, sin embargo, puede transmitir la infección a otros (2).

La población joven se considera una población a riesgo de contraer el VIH o de aumentar dicha probabilidad, esto se da, por el inicio temprano de relaciones sexuales, cambios de pareja, falta de usos de medios de protección, así como otras

variables sociales como pobreza, educación deficiente, familias disfuncionales, entre otras, que los sitúan en un curso de vida vulnerable. Ante esto, las intervenciones educativas con el objeto de proteger de la amenaza del VIH a los adolescentes se han intensificado, considerando que, investigaciones recientes han develado que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del VIH son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas protegidas en sus relaciones sexuales. Se destaca entonces, que los adecuados conocimientos sobre el VIH/SIDA, son esenciales en el logro de una educación sexual responsable y segura, así como su influencia es fundamental en la reducción de la transmisión, contagio, morbilidad y mortalidad asociados (3).

Las personas jóvenes que, por diferentes causas, se encuentran en situaciones y contextos de vulnerabilidad, no solo son diversas entre sí; también lo son en su orientación sexual y en el concepto de género que manejan. Dentro de las condiciones que contemplan los contextos de vulnerabilidad se encuentra el desplazamiento forzado, el conflicto armado (ya sea como víctima o como a causa del reclutamiento forzado), circunstancias económicas y/o educativas deficientes, etc. Ante tales condiciones la población joven requiere de orientación para transformar los contextos de vulnerabilidad en los que se encuentran (4).

De este modo, el Modelo de SSAAJ: Servicios de salud amigables para jóvenes en Colombia, busca generar espacios para atender las necesidades de los jóvenes, brindando una atención en salud diferencial y confidencial para las chicas y chicos de 18 a 29 años de edad, todo esto se consigue por medio de diferentes actividades para que los jóvenes de estas edades puedan aprender todo lo relacionado con salud sexual y reproductiva, prevención en consumo de drogas y proyecto de vida (5).

Este trabajo de investigación con enfoque cuantitativo, fue orientado a determinar el conocimiento frente a la prevención del VIH /SIDA en jóvenes que asisten al

programa de servicios amigables de la ESE Norte, durante el primer semestre de 2019, en la ciudad de Santiago de Cali, con este trabajo de grado se pretendió contribuir a mejorar las acciones que desde la ESE Norte se adelantan para lograr la participación de los jóvenes, mejorando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el autocuidado respectivamente, de esta manera se podrá mitigar el impacto de la enfermedad, tomando para esta la herramienta fundamental la educación en salud.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA, continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, que ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida. De acuerdo con los datos de la OMS en el 2016, en la Región de África había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo (1).

Hay grupos poblacionales que merecen especial atención por correr un mayor riesgo de infección por el VIH, con independencia del tipo de epidemia y de la situación local: los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los presos y personas que están reclusas en otros entornos, los trabajadores sexuales y sus clientes, y los transexuales (6). Sin embargo, las personas jóvenes se han sumado a este contexto de vulnerabilidad a la infección de VIH/SIDA por diferentes razones, las más notables están relacionadas con la falta de información y la escasa posibilidad de desarrollar acciones de prevención personal (4).

A menudo, los comportamientos de las personas que pertenecen a estos grupos de mayor riesgo les causan problemas sociales o jurídicos que aumentan su vulnerabilidad al VIH y reducen su acceso a los programas de diagnóstico y tratamiento. Se calcula que, en 2015, el 44% de las nuevas infecciones afectaron a personas de estos grupos poblacionales y a sus parejas (7).

El VIH y sida es un tema que ha sido objeto de estudio en diferentes investigaciones desde distintos puntos de vista, como la calidad de vida de los pacientes VIH y sida, la influencia social y familiar en el comportamiento de las personas con VIH, la representación social del Sida que tienen los jóvenes y adolescentes, las actitudes asumidas ante el conocimiento de que se posee la enfermedad vista en la actitud como un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo ante los objetos y situaciones con los cuales se relaciona entre otras; aun así continúa siendo una problemática muy compleja que genera nuevas ideas para su estudio. (8)

Según los datos más recientes (2016) de ONUSIDA, 2,1 millones de personas viven con VIH en América Latina y el Caribe. Y a pesar de que en general la prevalencia del VIH es relativamente baja en la región al considerar la población “en general”, es particularmente alta en grupos de riesgo y excluidos socialmente, en particular hombres gay, otros hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans. Mientras que a nivel mundial las infecciones de VIH en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres corresponden al 8% del total, en América Latina y el Caribe ese porcentaje es del 30%. Por otra parte, a nivel mundial, las infecciones de personas trans son el 0,4% y en la región corresponden al 3% (6).

Con respecto, a los jóvenes, el grupo de edad de 20-29 años contrajo la infección en la adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años, Así mismo, estudios evidencian que los adolescentes conforman 20 % del total de la población mundial, de los cuales 85 % viven en países en desarrollo en donde se le ha dado poca importancia a los problemas propios de su generación y donde se evidencia que el número de jóvenes VIH/ SIDA ha ido en aumento (3)

En Colombia, la infección por VIH suma cada vez más casos al año. De acuerdo con los datos de notificación de VIH y sida al Sistema Nacional de Vigilancia en

Salud Pública (Sivigila), desde 1985 hasta el 31 de diciembre del año 2013 se notificaron 92.379 casos de VIH/sida, de los cuales el 71% de los casos notificados eran hombres y el 29% restante mujeres. Es decir, que por cada mujer fueron notificados 2,45 hombres. Entre 2008 y 2013 la notificación de casos tendió al incremento, cerrando el último año con 8.208 casos. (9)

Para el año 2018, Se observó dentro del comportamiento social y demográfico, de los 6980 casos reportados al Sivigila, el 80,2 % de los casos de VIH/Sida se registraron en el sexo masculino; el 49,8 % pertenecen al régimen contributivo y el 39,5 % al subsidiado; el 2,8 % fueron registrados en el grupo de edad entre 25 y 29 años. Por pertenencia étnica, 322 casos (el 4,6 %) se notificaron en afrocolombianos, 88 (el 1,3 %) en población indígena, 22 (el 0,3 %) en ROM (gitano) y 19 (el 0,3 %) en raizales. La razón de masculinidad ha ido en aumento, observándose en el año 2008 una razón de 2,3 y para el año 2018 será del 4,0 %, Para los casos notificados y el probable mecanismo de transmisión, el mecanismo heterosexual está en el 53,9 %, el homosexual en el 38,4 % y el bisexual en el 6,1 % (10).

Teniendo en cuenta la cuenta de alto costo “situación del VIH sida en Colombia 2018” publicada en junio 2019. Se referencia que para el 2018 se reportó un total de 95.745 casos de los cuales las edades más prevalentes están entre los 25 y 49 años, notablemente dentro de este rango se encuentra nuestra población objeto de estudio (11).

En Cali, Según el Boletín Epidemiológico semanal Cali valle del cauca (septiembre 22 al 28 de 2019) el comportamiento del VIH/SIDA en la semana 39 se registraron 825 casos nuevos y 147 muertes por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; observándose un incremento de casos (7%) con respecto al mismo periodo de 2018 donde se habían registrado 907 casos en los tres estadios. En el 2019 la gran mayoría de los casos se han notificado en el periodo VI donde se registraron 136

casos que corresponden aproximadamente al 14% de los casos. Es importante señalar que se registran en promedio, aproximadamente 27 casos semanales en la ciudad de Santiago de Cali. De lo anterior se registra que 174 casos en el grupo de 20 a 24 años que representa el 21,4 de los casos registrados en el SIVGILA en estadio VIH SIDA. (11)

Mirando el impacto a nivel mundial, nacional, departamental y territorial es notable que el grupo objeto de estudio de nuestro estudio representa la mayor prevalencia en la presentación del VIH/SIDA. Colombia es un país que entre los años 2006-2007 se dio a la tarea de organizar servicios diferenciados dirigido a adolescentes y jóvenes denominados servicios amigables que entre sus otros objetivos planteo mejorar el acceso a la prueba voluntaria del VIH (13). Desde entonces muchas instituciones prestadoras de salud se han ido adaptando a esta estrategia y a cada uno de sus objetivos. Es la ESE NORTE una de esas instituciones que se ha dirigido a las necesidades de la población adolescente y joven, pero es necesario conocer el nivel de conocimiento. Por lo anterior en este estudio de investigación nos planteamos la siguiente pregunta problema.

1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento que tienen los jóvenes frente a la prevención del VIH /SIDA que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, durante el primer semestre de 2019, en la ciudad de Santiago de Cali?

2. JUSTIFICACIÓN

El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y esta ocultación dificulta el diagnóstico y el tratamiento, haciendo además que, en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo (11).

En Colombia Uribe y Orcasita concluyen en un estudio realizado con jóvenes universitarios en la ciudad de Cali (Colombia), que existe un alto nivel de conocimientos frente al tema (VIH), sin embargo esto no se evidencia en la práctica ya que se presentan altos índices de riesgo por el no uso del preservativo y un aumento en el número de parejas sexuales, aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a la infección (12).

La falta de educación sexual y de políticas que atiendan a la población, para evitar el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, son las causas que han llevado a que, en el departamento del Valle del Cauca, aumenten las personas con resultados positivos en el último año. La falta de conocimiento sobre las medidas básicas para evitar las ITS y el VIH, puede ser un obstáculo para la puesta en práctica de comportamientos sin riesgo; la percepción del riesgo y la severidad de la enfermedad son importantes, debido a que mientras más amenazante y severa, se perciba esta, las personas podrían tener mayor disposición para adoptar medidas para prevenirla. Teniendo en cuenta que los jóvenes presentan una alta vulnerabilidad frente a la enfermedad VIH/SIDA, es importante que se dispongan de lugares adecuados y amigables, de profesionales que ofrezcan un trato adecuado

y sean competentes, con respeto a la diferencia y una atención digna que genere confianza.

Se espera que con los resultados obtenidos con este trabajo de grado se aporte a los profesionales de la salud y a las instituciones, planes y acciones encaminadas a fortalecer las estrategias utilizadas en los programas de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva; específicamente aquellos facilitadores de los servicios amigables los cuales trabajan en la atención de este grupo poblacional; frente a la prevención del VIH/SIDA (12).

Según un estudio realizado en la ciudad de Cartagena a estudiantes universitarios en etapa de juventud se ratifica en que son importantes los programas de educación sexual los cuales se encuentran orientados a la promoción de conductas sexuales seguras con el objetivo de la reducción de embarazos no planeados y de enfermedades de transmisión sexual particularmente el VIH/SIDA (11). Es importante también tener en cuenta que una de las competencias que debe tener el profesional de Enfermería es la investigación y con ésta generar un impacto social en la comunidad, profesionales críticos y reflexivos ante la realidad social del país.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento frente a la prevención del VIH /SIDA en jóvenes que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, durante el primer semestre de 2019, en la ciudad de Santiago de Cali.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente a la población joven que asiste al programa de Servicios Amigables ESE Norte.
- Identificar el nivel de conocimiento de los jóvenes con respecto al modo de transmisión del VIH-SIDA.
- Identificar el nivel de conocimiento de los jóvenes frente a la prevención del VIH/SIDA.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1. MARCO CONCEPTUAL

VIH: Es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario de la persona infectada. El sistema inmunitario es la defensa natural de nuestro cuerpo frente a los microorganismos infecciosos, como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir nuestro organismo.

En concreto, el VIH ataca y destruye los linfocitos CD4, que son un tipo de células que forman parte del sistema inmune y que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por estos agentes externos. (13)

SIDA: Se caracteriza por la manifestación clínica de las infecciones oportunistas que afectan al cuerpo humano debido al bajo nivel de sus células de defensa y al alto nivel de réplicas del VIH en la sangre. No obstante, cabe señalar, que una persona que ha llegado a la etapa de Sida puede regresar a una etapa asintomática si tiene la atención médica adecuada y oportuna, acceso a los medicamentos y lleva hábitos de vida saludable en cuanto al consumo de alimentos y bebida, actividad física y soporte emocional de sus redes sociales y familiares (4)

Inequidad en salud: Es importante no confundir desigualdad con inequidad. Las desigualdades, según las define la OMS, son diferencias en el estado de salud, o en la distribución de sus determinantes, entre un grupo de población y otro; las inequidades, en cambio, son aquellas desigualdades que se consideran evitables, innecesarias e injustas (14)

Autocuidado: El autocuidado, o cuidado personal, se define como las capacidades para llevar una vida sana, los cuidados relacionados con la salud y la toma de

decisiones saludables, incluida la búsqueda de atención. El autocuidado es un comportamiento social que se aprende en contextos culturales. Las mujeres, los hombres y las familias tienen capacidades para el autocuidado, que se aplican en el área de la salud (15). Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (16).

Anticonceptivos: Son diferentes procedimientos que evitan un embarazo, y permiten ejercer la sexualidad de manera coherente con nuestro plan de vida. Usar métodos anticonceptivos es un derecho: conseguirlos fácilmente, usarlos y recibir orientación es un derecho de todas las personas. Los métodos anticonceptivos se relacionan también con el derecho a decidir libremente y con responsabilidad si se quiere tener hijos o no, cuántos, y con qué intervalo, y con el derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera. También tienen que ver con el derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual (17).

Conocimiento: Autores como Muñoz y Rivarola (2003:6) definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. Alavi y Leidner (2003:19) definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre

otros. En este momento, señalan, Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento (18).

Educación en salud: Se entiende la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo. Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, por lo tanto procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora logran el empoderamiento individual y la transformación de las realidades en las que estamos inmersos (19).

Atención integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva (20).

Bioseguridad: Actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental, ocupacional e individual para garantizar el control del riesgo biológico (20).

Confidencialidad: Reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad (20).

Consentimiento informado: Manifestación libre y voluntaria, que da una persona por escrito luego de la consejería pre prueba, con el fin de realizarle el examen

diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH, el cual deberá consignarse en la historia clínica (20).

ETS (Enfermedades de transmisión sexual): Enfermedades e infecciones producidas por determinados microorganismos, virus, hongos, bacterias y/o parásitos que se transmiten por vía sexual de una persona a otra (20).

Prevención en el sistema integral de seguridad social: Entiéndase por prevención de la enfermedad o el accidente, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas inevitables (20).

Sexualidad: Es el conjunto de condiciones que caracterizan el sexo de cada persona o animal. Desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo. (21)

Condiciones de riesgo: Serie de factores y cofactores del entorno bio-sico-social y cultural, que determinan o inciden en la vulnerabilidad de una persona, para infectarse con el VIH (20).

Conductas con riesgo: Acción o conjunto de acciones y actividades que asumen las personas, exponiéndose directamente a la probabilidad de infectarse con el VIH (20).

Consejería: Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por

personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el SIDA (20).

Equipo de salud: Grupo interdisciplinario y multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria (20).

4.2. MARCO TEÓRICO

Jóvenes

No existe una definición internacional universalmente aceptada del grupo de edad que comprende el concepto de juventud. Sin embargo, con fines estadísticos, las Naciones Unidas, sin perjuicio de cualquier otra definición hecha por los Estados miembros, definen a los jóvenes como aquellas personas de entre 15 y 24 años. Muchos países también marcan la edad límite del concepto "joven" en función del momento en que son tratados como adultos frente a la ley, lo que se conoce como "mayoría de edad" (25).

Esta edad suele ser los 18 años en muchos países; así, a partir de esa edad, la persona será considerada como adulto. No obstante, la definición y los matices del término "juventud" varían de un país a otro, según los factores socioculturales, institucionales, económicos y políticos (25).

Los jóvenes pueden ser una fuerza positiva para el desarrollo cuando se les brinda el conocimiento y las oportunidades que necesitan para prosperar. En particular, los jóvenes deben adquirir la educación y las habilidades necesarias para contribuir en una economía productiva; y necesitan acceso a un mercado laboral que pueda absorberlos en su tejido (25).

Contextos de vulnerabilidad de jóvenes y adolescentes

Las personas jóvenes son consideradas una población vulnerable frente a la infección del VIH/Sida por diferentes razones, las más notables están relacionadas con la falta de información y la escasa posibilidad de desarrollar acciones de prevención personal. Una persona joven, inmersa en una familia con pautas de crianza conservadora y cuyas vías de comunicación pueden encontrarse sesgadas, en ocasiones, por una figura que se aleja de la realidad de la población juvenil,

puede ocasionar un distanciamiento de una educación para la sexualidad y aumentar el riesgo frente a embarazos, infecciones de transmisión sexual (VIH/Sida). Cualquier joven puede verse influenciado por su familia o por la precaria información recibida sobre la salud, la sexualidad y la reproducción. Todo esto influye en que el VIH/Sida, ni siquiera sea considerado como una posibilidad, impidiendo la prevención y restando interés personal en su prevención.

Históricamente la información común para la prevención de la infección por VIH/Sida ha sido estigmatizada y ha discriminado a dos poblaciones concretas: la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), no solo por ser vulnerables a ella, sino porque en este tipo de poblaciones la infección se ha concentrado de forma mayoritaria. Así mismo, han sufrido señalamientos y han sido juzgados por sus prácticas sexuales bajo criterios errados, creándose la falsa idea de que la infección solo afecta a esta población. Ahora, las oportunidades que tienen los jóvenes de acceder a diferentes servicios, asesoría e información veraz, adecuada y clara, son escasas. En Colombia las barreras pueden ser tan grandes que se requiere de recursos económicos suficientes para acceder a estos servicios que, por su costo, la mayoría de jóvenes no puede sufragar, por lo cual se convierte en privilegio de quienes tienen medios de pago. Esto permite afirmar que las condiciones económicas también son un factor que vulnera a jóvenes y adolescentes ya que, a menor cantidad de recursos económicos, disminuyen las oportunidades de acceso a los servicios y la información. Esto desencadena en una mayor vulnerabilidad frente a la infección.

El único método directo para prevenir la infección por VIH/Sida por vía sexual es el condón. Sin embargo, los jóvenes siguen enfrentándose a las barreras sociales y económicas que les impiden acceder a los preservativos. La población joven debe enfrentarse a una cadena de barreras, tales como los altos costos, a los juicios de vendedores que con frases como “tan pequeño y ya pidiendo condones” o con

afirmaciones que no son reales como “eso está prohibido para menores de edad”, que acaban alejándola de esta forma de prevención. Es por esto que, en ocasiones, los jóvenes se muestran reacios a pedir un preservativo, aunque sea en la tienda más cercana ya que no les interesa sentirse vulnerados, lo que les lleva a sostener relaciones sexuales sin la protección necesaria.

Por otro lado, también es importante destacar que las habilidades y entrenamiento en el uso adecuado del preservativo no son claras y, muchas veces, se cree que haberlo utilizado una vez es garantía de haber hecho un buen uso del preservativo; esto no siempre es así. Las acciones de formación siempre deben incluir el ejercicio de colocación del preservativo con maniobras e instrucciones claras y además de demostrarse, deben practicarse en un modelo anatómico (4)

Derechos sexuales

Es el derecho de las personas a tener información, educación, habilidades, apoyo y servicios para tomar decisiones responsables acerca de su sexualidad, de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva a los que se puede acceder de forma voluntaria y a la habilidad de expresar la propia orientación sexual libre de violencia o discriminación (22).

- **Género**

Es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer (22).

- **Salud reproductiva**

Es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no solo la ausencia de enfermedad o malestar- en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (22).

- **Salud sexual**

La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (22).

¿Qué es el VIH?

VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficiencia son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia. Las infecciones

asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

- **¿Qué es el sida?**

Sida es un término que corresponde a "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

- **¿Cuáles son los síntomas del VIH?**

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

La seroconversión alude el desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras a la infección.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH.

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas.

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

Etapas clínicas provisionales del VIH y el SIDA (OMS,2008)

- **Infección primaria por el VIH:** puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- **Etapa clínica I:** asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- **Etapa clínica II:** pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- **Etapa clínica III:** diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.
- **Etapa clínica IV:** incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida. La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia. (23)

Fisiopatología

Entre dos y cuatro semanas después de la infección, la mitad de los sujetos experimentan un cuadro caracterizado por fiebre, cefalea, adenopatía, mialgias y erupciones exantemáticas (conocidas como síndrome mononucleósido, por su parecido con los síntomas y signos de la mononucleosis infecciosa, provocada por el virus de Epstein-Barr). Durante esta fase, se produce una fuerte distribución del virus por todo el organismo, pero con especial intensidad en el tejido linfático y en el sistema nervioso central (35)

A continuación, se entra en un período de aparente equilibrio, que puede durar desde semanas a meses, o incluso años, pero el VIH se sigue multiplicando e infectando a otras células. Actualmente, se acepta que hay un 5-10% de “progresores” rápidos, un 80-90% de progresores típicos y otro 5-10% de progresores lentos. Durante esta fase crónica de la infección por VIH se pueden detectar una elevada carga viral en los ganglios linfáticos, que suelen estar aumentados de tamaño (35).

La fase final de la infección es lo que generalmente se denomina SIDA, y se caracteriza básicamente por un marcado descenso de los niveles de células inmunes, concretamente de linfocitos T CD4+, destrucción del sistema linfático y el desarrollo de infecciones oportunistas. A partir de este momento es cuando se producen las graves infecciones o neoplasias que caracterizan a la enfermedad (35)

Factores y conductas asociadas al riesgo de adquirir la infección por el VIH

Son factores y conductas asociadas al riesgo de adquirir la infección por el VIH y sida aquellas características del individuo o su entorno que hacen que éste sea más susceptible a la enfermedad. Los principales factores de riesgo son los asociados al comportamiento, los perinatales y los biológicos.

Susceptibilidad biológica al VIH

- La susceptibilidad biológica al VIH es universal para todas las razas, géneros, edades y culturas. Sin embargo, estudios recientes ha demostrado la importancia de varios factores biológicos en la transmisión del VIH
- Ciertas variantes y mutaciones genéticas que cuando están presentes cumplen un papel importante, confiriendo algún grado de resistencia natural para adquirir y para desarrollar la infección y la inmunodeficiencia progresiva que lleva al sida.

- El epitelio de los fondos de saco vaginales de las mujeres adolescentes parece ser más susceptible a la infección por el VIH que el de las mujeres mayores.
- El estadio de la enfermedad en una gestante es importante para la transmisión perinatal; durante la fase temprana y la enfermedad clínica (sida), hay una mayor viremia materna, hecho que aumenta el riesgo de transmisión.

Pertenencia a grupos poblacionales más susceptibles

- Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Los adolescentes y adultos jóvenes.
- Las mujeres en edad fértil.
- Las personas de estrato socioeconómico bajo.
- Las personas pertenecientes a algunos grupos sociales o étnicos minoritarios.
- Las personas de ambos géneros vinculadas a la prostitución.
- Los usuarios de drogas psicoactivas inyectables.

Factores condicionantes de la transmisión del VIH asociado al comportamiento

- Factores asociados a la transmisión sexual: están en riesgo de adquirir el VIH por la vía de transmisión sexual todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones de mayor riesgo que hacen sospechar la infección en toda persona, hombre o mujer, cualquiera que sea su edad. Se consideran como las principales exposiciones de riesgo para la transmisión sexual del VIH:
- Contacto genital desprotegido: es decir, sin el uso del condón. En orden

descendente de riesgo, éstas conductas son: el contacto anal, el genital u oral con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para el VIH.

- Enfermedad de transmisión sexual ETS de cualquier tipo. Esto se explica por la asociación de las ETS a factores de riesgo del comportamiento sexual que también predisponen a la infección por VIH, y a la acción directa de las ETS, especialmente las ETS ulcerativas, al causar daño en la mucosa rompiendo la barrera natural y favoreciendo la entrada del VIH al organismo.
- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, basuco, cocaína, heroína, alcohol, entre otras): éstos disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.
- Uso de drogas inyectables (UDI): tiene una función central en las epidemias de VIH. En América latina, especialmente en Argentina y en el sur y sudeste de Brasil, las epidemias de VIH entre usuarios de cocaína y heroína inyectables se ven agravadas por el uso asociado de cocaína crack. Los derivados del opio, incluso la heroína, están surgiendo como nuevos cultivos de los llamados carteles de drogas y se han convertido en los nuevos insumos en ciertas zonas.

Existen otros factores de riesgo asociados a la conducta sexual de las personas que influyen en la transmisión del VIH, tales como:

- El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- El juego erótico post eyaculatorio no protegido, es decir sin uso de condón.
- El maltrato o abuso sexual, o las violaciones.
- El hacinamiento, especialmente en las cárceles.
- La falta de información y educación sexual apropiada.
- El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
- La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas portadoras del VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.

- El comportamiento sexual desconocido del compañero.
- Factores asociados a la transmisión sanguínea: de manera menos frecuente ocurre transmisión del VIH por contacto con sangre o por transmisión parenteral. Están en riesgo de adquirir el VIH por este mecanismo las personas que han tenido:
 - Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, o de trasplantes de órganos que no han sido garantizados por el sello nacional de control de calidad de bancos de sangre.
 - Prácticas de intercambio de agujas durante sesiones de drogadicción intravenosas; en este caso la literatura refiere que la probabilidad de transmisión es de 0,005- 0,01.
 - En prácticas de acupuntura, tatuaje, perforación de orejas, etcétera, con instrumentos no estériles.
 - Accidentes laborales biológicos. Debidos a una pobre educación en bioseguridad o por carencia de elementos preventivos, con exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado. Este personal incluye a los profesionales de la enfermería, la medicina, la odontología, el personal auxiliar, estudiantes y personal del laboratorio, así como los trabajadores del aseo y otros servicios hospitalarios. (24)

Factores de riesgo perinatales asociados a la transmisión del VIH

- Hijos de madres con sida.
- Mujeres infectadas con ruptura prematura de membranas
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- Mujeres infectadas que no han sido tratadas adecuadamente con medicamentos antirretrovirales.
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los servicios de salud durante

el embarazo.

- Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
 - Mujeres infectadas que se les ha permitido parto vaginal.
 - Mujeres infectadas que han tenido procedimientos invasivos en el control prenatal (amniocentesis o cordocentesis). (25).
-
- **Síntomas**

Los síntomas relacionados con la infección aguda por VIH (cuando una persona se infecta por primera vez) pueden ser similares a la gripe u otras enfermedades virales. Estas incluyen:

- Fiebre y dolor muscular
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Sudoración nocturna
- Úlceras bucales, incluso infección por hongos (candidiasis)
- Ganglios linfáticos inflamados
- Diarrea

Muchas personas no tienen síntomas cuando sucede la infección con VIH. La infección aguda por VIH progresa durante unas semanas hasta meses para convertirse en una infección por VIH asintomática (sin síntomas). Esta etapa puede durar 10 años o más. Durante este período, la persona podría no tener ninguna razón para sospechar que porta el virus, pero puede transmitirlo a otras personas. De no recibir tratamiento, casi todas las personas infectadas con el VIH contraerán el sida. Algunas personas desarrollan sida en un período de pocos años después de la infección. Otras permanecen completamente saludables después de 10 o incluso 20 años.

El sistema inmunitario de una persona con sida ha sido dañado por el VIH. Estas personas tienen un riesgo muy alto de contraer infecciones que son poco frecuentes

en personas con un sistema inmunitario saludable. Estas infecciones se denominan oportunistas. Pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos o protozoos y pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Las personas con sida también tienen un riesgo más alto de padecer ciertos tipos de cáncer, especialmente linfomas y un tipo de cáncer de piel llamado sarcoma de Kaposi.

Los síntomas dependen del tipo de infección particular y de la parte del cuerpo que esté infectada. Las infecciones pulmonares son comunes en casos de sida y normalmente causan tos, fiebre, y dificultad para respirar. Las infecciones intestinales también son comunes y pueden causar diarrea, dolor abdominal, vómito, o problemas para tragar. La pérdida de peso, fiebre, transpiraciones, erupciones, y ganglios inflamados son comunes en personas con infecciones de VIH y sida.

Pruebas y exámenes

- Pruebas de Diagnóstico: Estas son pruebas que permite detectar el virus en sangre. En general, las pruebas están compuestas por un proceso de 2 pasos:
- Pruebas de detección. Existen muchos tipos de pruebas. Algunas son pruebas de sangre, mientras que otras son exámenes de líquidos de la boca. Estos buscan anticuerpos contra el virus del VIH, el antígeno del VIH o ambos. Algunos exámenes de detección pueden ofrecer resultados en 30 minutos o menos.
- Pruebas de seguimiento. También se denominan pruebas de confirmación. A menudo se lleva a cabo cuando la prueba de detección tiene un resultado positivo.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC) recomiendan que todas las personas de entre 15 y 65 años de edad se sometan a una prueba de detección de VIH. Las personas que

tienen comportamientos de riesgo deben realizarse pruebas regularmente. Las mujeres embarazadas también deben someterse a pruebas de detección.

Pruebas luego de un diagnóstico de VIH: Las personas con sida generalmente le hacen análisis de sangre periódicos para verificar su conteo de células CD4:

- Las CD4 son las células sanguíneas que el VIH ataca. También se llaman células T4 o "linfocitos T cooperadores". Conforme el VIH daña el sistema inmunitario, el conteo de CD4 disminuye. Un conteo normal de CD4 es de 500 a 1,500 células/mm³ de sangre.
- Nivel de ARN para VIH, o carga viral, para verificar la cantidad de VIH que está en la sangre
- Una prueba de resistencia para ver si el virus tiene resistencia a los medicamentos utilizados para tratar el VIH
- Conteo sanguíneo completo, química sanguínea y pruebas de orina
- Exámenes de otras infecciones de transmisión sexual
- Prueba de tuberculosis

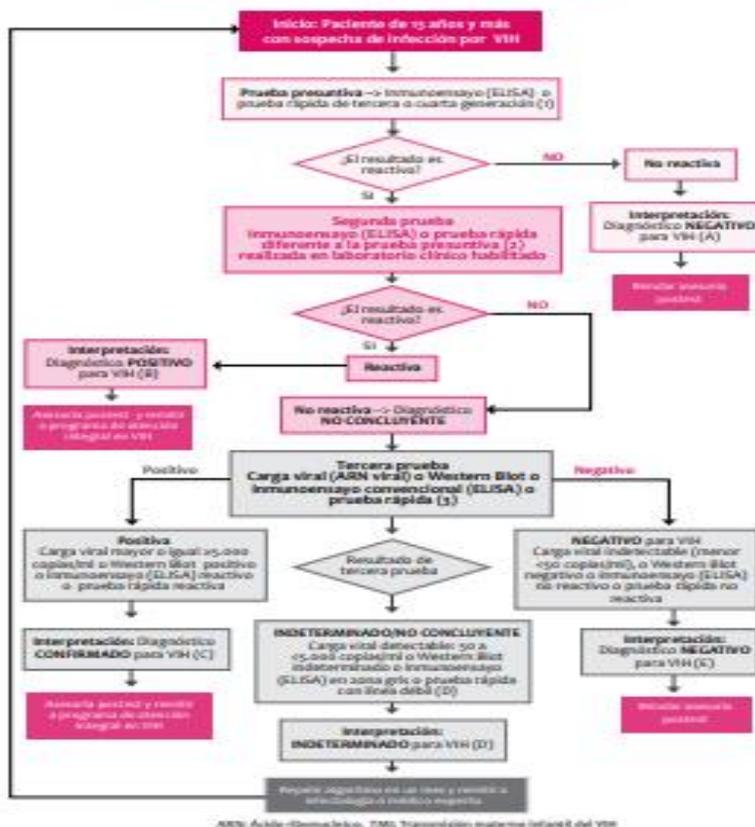
¿Qué debería incluir y con qué frecuencia debe hacerse el seguimiento en

adolescentes (con 13 años de edad o más), adulto y gestante con diagnóstico de infección por VIH/Sida? La población, las alternativas y los desenlaces que se abordan en esta pregunta se presentan a continuación (31).

Cuadro 7. Esquema PICO de la pregunta 7.

PACIENTES	INTERVENCIÓN	CONTROL	RESULTADO
Personas con 13 años de edad o más y diagnóstico de infección por VIH/Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Conteo de células CD4 (frecuencia) • Carga viral para VIH (frecuencia) • Recuento completo de células sanguíneas • ALT, AST, bilirrubinas y fosfatasa alcalina • Creatinina sérica y uroanálisis • Perfil lipídico • Valoración neurocognitiva • HbA1c • VDRL/RPR (sífilis) • Evaluación oftalmológica con campo dilatado • Evaluación de riesgo cardiovascular (escala de Framingham) • AgSHB, AcSHB, Anticore IgG • Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C • Tamización para osteoporosis • Depresión • Prueba de Papanicolaou en cuello uterino • Electrocardiograma • PPD (prueba de tuberculina) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre ellos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento relacionado con efectos secundarios • Cumplimiento relacionado con falla virológica • Calidad de vida • Discapacidad • Efectos secundarios • Falla virológica (48 semanas) • Interacción farmacológica • Enfermedades infecciosas • Enfermedad no con VIH • Mortalidad • Progresión de la enfermedad • Reconstitución inmunitaria (48 semanas) • Resistencia a los antirretrovirales • Toxicidad crónica • Transmisión

Gráfico 1. Algoritmo para diagnóstico de infección por VIH en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos (no gestantes) (la interpretación de los resultados del algoritmo se encuentran en la tabla 1).



Tratamiento

El VIH/SIDA se trata con medicamentos que evitan que el virus se reproduzca. Este tratamiento se denomina terapia antirretroviral (TARV).

En el pasado, las personas infectadas con VIH comenzaban el tratamiento antirretroviral luego de que su conteo de CD4 descendía o de que desarrollaban complicaciones relacionadas con el VIH. Hoy en día, el tratamiento para el VIH se recomienda para todas las personas infectadas, incluso si su conteo de CD4 aún es normal.

Son necesarios exámenes de sangre regulares para asegurarse de que el nivel de virus en la sangre (la carga viral) se mantenga bajo, o suprimido. El objetivo del tratamiento es reducir el virus de VIH en la sangre a un nivel que sea tan bajo que una prueba no pueda detectarlo. Esto se denomina carga viral inyectable. Si el conteo de CD4 ya ha descendido antes del inicio del tratamiento, normalmente aumentará de forma gradual. Las complicaciones por VIH a menudo desaparecen conforme el sistema inmunitario se recupera.

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo infectado y que presenta serología positiva para el VIH, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología.

Hay destacar que no existe una uniformidad de criterios por parte de las autoridades sanitarias, para el tratamiento y cuidado del paciente VIH Positivo en cuanto a las medidas de prevención a adoptar por el personal sanitario, por otra parte, es de destacar que tampoco hay uniformidad de criterios en cuanto a las medidas de prevención que cada profesional lleva a cabo. Por ello cuando se realizan cuidados a un paciente, como nadie puede garantizarnos su inocuidad frente a cualquier infección, debe tratarse como potencialmente infectado, se debe realizar el mismo trato a todos los pacientes y mantener con todos ellos las mismas medidas de prevención y precaución.

Como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH +, suele ser de rechazo y actitud negativa al tener que realizar cuidados de enfermería y llevar a cabo el tratamiento como a los demás pacientes, posteriormente y por la responsabilidad profesional que nos corresponde asumir realizamos el tratamiento y los cuidados como a cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas preventivas y de autoprotección.

Debemos distinguir entre los cuidados y el trato que se realiza a este tipo de enfermos y los cuidados y trato que se deben realizar. En relación a lo que se hace debemos destacar la entrada en juego de una serie de variables que debemos tener presentes: preconceptos previos, contexto en el que se desarrolla el cuidado (cargas de trabajo, tiempo de que se dispone, equipo de trabajo), posición de la familia ante el paciente y ante la enfermedad y actitud del paciente ante la patología. En relación a lo que se debe hacer, la profesión de enfermería ante el paciente con VIH+ debe intentar cubrir las necesidades que el paciente no pueda cubrir por sí sólo, prestándole el soporte psíquico, físico y emocional que necesite, evitando posturas de rechazo o de sobreprotección hacia estos enfermos, se debe buscar una aproximación al paciente, una aproximación a la familia y un intento por establecer una relación con el paciente, como uno de los objetivos a establecer podría ser el intento de ayudar a asumir la muerte que se acerca. (26)

- **Cómo se previene el VIH/SIDA**

En la actualidad, existen más herramientas que nunca para prevenir el VIH. Además de limitar la cantidad de parejas sexuales, no compartir nunca jeringas y usar condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales, también podría aprovechar los medicamentos más nuevos, como la profilaxis pre exposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP) (27).

El modo correcto de usar el condón masculino



- **El condón y su relación con la prevención del VIH/SIDA**

Si se usan de la manera correcta cada vez que tiene relaciones sexuales, los condones son altamente eficaces para prevenir la infección por el VIH. Pero es importante educarse acerca de cómo usarlos de la manera correcta.

Los condones también pueden ayudar a prevenir otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que se contagian mediante los líquidos corporales, como la gonorrea y la clamidia. Sin embargo, proporcionan menos protección contra las ETS que se propagan a través del contacto con la piel, como el virus del papiloma humano o VPH (verrugas genitales), el herpes genital y la sífilis.

Hay dos tipos principales de condones: los masculinos y los femeninos.

- **Los condones masculinos**

- Los condones masculinos son fundas delgadas de látex, poliuretano, polisopreno o de una membrana natural, que cubren el pene durante las relaciones sexuales.
- Los condones de látex son los que proporcionan la mejor protección contra el VIH. Para las personas con alergia al látex, los condones de poliuretano (plástico) o polisopreno (caucho sintético) son buenas opciones; sin embargo, los condones de plástico se rompen más frecuentemente que los de látex. Los condones de membranas naturales (como los de piel de cordero) tienen pequeños agujeritos y, por lo tanto, no bloquean el VIH ni otras ETS.
- Use lubricantes a base de agua o silicona para reducir las probabilidades de que el condón se rompa o se salga durante la relación sexual. No use lubricantes a base de aceite (como la vaselina, la grasa vegetal, el aceite mineral, los aceites para masajes, las cremas para el cuerpo o el aceite de cocina) con los condones de látex porque pueden debilitarlo y hacer que se rompa. No use lubricantes que

contengan nonoxinol-9, ya que causa irritación en el recubrimiento de la vagina y el ano, y aumenta el riesgo de contraer el VIH.

Los condones femeninos

- Los condones femeninos son fundas delgadas hechas de un producto de látex sintético llamado nitrilo. Están diseñados para que los use la mujer en la vagina durante las relaciones sexuales.
- Cuando se usan en la vagina, los condones femeninos son comparables con los condones masculinos en cuanto a la prevención del VIH, otras ETS y el embarazo. Algunas personas usan condones femeninos para las relaciones sexuales anales. En la actualidad no sabemos qué tan bien funcionan los condones femeninos para prevenir el VIH y otras ETS cuando son usados por hombres o mujeres en las relaciones sexuales anales. Lo que sí sabemos es que el VIH no puede atravesar la barrera de nitrilo.
- Es seguro usar cualquier tipo de lubricante con los condones femeninos de nitrilo. Aunque use condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales, todavía existe la posibilidad de que contraiga el VIH. Para algunas personas que están en alto riesgo de contraer o transmitir el VIH, usar métodos adicionales de prevención, como tomar medicamentos para prevenir y tratar el VIH, puede reducir aún más su riesgo (27).

- **Lubricantes y la prevención del VIH/SIDA**

Los lubricantes pueden ayudar a prevenir que los condones se rompan o se salgan.

Los lubricantes a base de agua o silicona son seguros para usar con todos los condones. Los lubricantes a base de aceite y los productos que contienen aceite,

como las cremas para las manos, la vaselina o el Crisco, no se deben usar con condones de látex debido a que pueden debilitar el condón y hacer que se rompa. Es seguro usar cualquier tipo de lubricante con los condones femeninos de nitrilo. Pero no se deben usar los lubricantes que contienen nonoxinol-9 porque esta sustancia irrita el recubrimiento de la vagina y el ano, y aumenta el riesgo de contraer el VIH (27).

- **Consumo de Drogas y la prevención del VIH/SIDA**

Dejar de inyectarse o de consumir otras drogas puede reducir mucho sus probabilidades de contraer o transmitir el VIH. Si se sigue inyectando drogas, use solamente agujas e implementos estériles. Nunca comparta las agujas ni los implementos.

Estas son algunas cosas que puede hacer para reducir el riesgo de contraer el VIH y otras infecciones:

- Use únicamente agujas e implementos nuevos estériles cada vez que se inyecte. En muchas comunidades hay programas de intercambio de agujas donde puede obtener agujas e implementos nuevos, y algunas farmacias pueden vender las agujas sin receta.
- Nunca comparta las agujas ni los implementos.
- Limpie las agujas usadas con cloro solamente cuando no pueda conseguir nuevas. Limpiarlas con cloro puede reducir el riesgo de infección por el VIH, pero no lo elimina.
- Use agua esterilizada para preparar las drogas.
- Límpiense la piel con una gaza nueva mojada en alcohol antes de inyectarse.
- Tenga cuidado de no ensuciarse las manos, ni de ensuciar la aguja o los implementos con la sangre de otra persona.
- Deseche las agujas de manera segura después de un solo uso. Use un recipiente para objetos corto punzante o mantenga las agujas usadas lejos de las demás personas.
- Hágase la prueba del VIH por lo menos una vez al año.

- Pregúntele al médico acerca de tomar un medicamento diario para prevenir el VIH (llamado profilaxis pre exposición o PrEP).
- No tenga relaciones sexuales si está drogado. Pero si tiene relaciones sexuales, use un condón de la manera correcta cada vez (27).

4.3. MARCO ETICO

4.3.1 Marco Internacional

- **Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos.**

- **Privacidad y confidencialidad:** Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Consentimiento informado

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho a participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo

potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si

la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico 6/9 una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación (28).

- **Informe de Belmont.** El Informe Belmont es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la

investigación", y es un importante documento histórico en el campo de la ética médica.

El Informe Belmont explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones.

- **Principios bioéticos universales:** Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son:

- **AUTONOMÍA:**

La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), en cuyo caso será necesario justificar por qué no existe autonomía o por qué esta se encuentra disminuida. En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y suponen que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente.

- **BENEFICENCIA Y NO MALEFICIENCIA:**

Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. En medicina, promueve el mejor interés del paciente, pero sin tener en cuenta la opinión de éste. Supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo que aquél sabe (y por tanto,

decide) lo más conveniente para éste. Es decir "todo para el paciente, pero sin contar con él".

Abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

- **JUSTICIA:**

Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). En nuestra sociedad, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es sólo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad.

El principio de justicia puede desdoblarse en dos: un principio formal (tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.)

PAUTAS ÉTICAS CIOMS:

Pauta 1: Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos. La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de

manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. Además, como la investigación sin validez científica no es ética, pues expone a los sujetos de investigación a riesgos sin posibles beneficios. Siendo vulnerable la población a estudiar, pensamos que fue pertinente realizar este estudio, pues creemos que podemos crear más conciencia en esta población.

Pauta 2: Comités de evaluación ética. Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. Los comités de evaluación deben ser independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no debiera depender del resultado de la evaluación. El investigador debe obtener la aprobación o autorización antes de realizar la investigación. El comité de evaluación ética debiera realizar las revisiones adicionales que sean necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso. Para ello se entregara el trabajo al comité de ética de la universidad, para su posterior estudio y aprobación (29).

4.3.2 Marco Nacional

Resolución N°. 008430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en la Resolución 8430 de 1993 se define el consentimiento informado como:

El acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el

criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema. Cabe resaltar que en las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

El trabajo de investigación que se reglamentara por medio de la resolución N°. 008430 de 1993, según lo dispuesto en esta, se define como investigación sin riesgo, porque no se harán intervenciones en los sujetos de investigación de la población a tratar, Se respetará la confidencialidad, y firmarán el consentimiento informado para mayor seguridad.

Según el **ARTÍCULO 11**. Para efectos de este reglamento el presente trabajo de investigación corresponde a:

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

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- b. La justificación y los objetivos de la investigación.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- f. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- g. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- h. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- i. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

4.4. MARCO LEGAL

LEY 266 DE 1996

CAPÍTULO I.

DEL OBJETO Y DE LOS PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL. Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
2. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

3. Dialogocidad. Fundamenta la interrelación enfermera paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

4. Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

5. Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

PARÁGRAFO. La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos.

CAPÍTULO II. DE LA NATURALEZA Y ÁMBITO DEL EJERCICIO

ARTÍCULO 3o. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la

familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, a la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

ARTÍCULO 4o. ÁMBITO DEL EJERCICIO PROFESIONAL. El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

CAPÍTULO V.

DEL REGISTRO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ARTÍCULO 16. ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, Acofaen, es un organismo autorizado para realizar la acreditación de los programas universitarios de enfermería de pregrado y postgrado, ofrecidos por las instituciones de educación superior en Colombia. En tal virtud, sin perjuicio de su propia estructura organizativa, la Asociación Colombiana

de Facultades de Enfermería, Acofaen, establecerá la organización y los mecanismos para el cumplimiento del propósito del sistema de acreditación de los programas educativos, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.

CAPÍTULO VI.

DEFINICIÓN DE LAS COMPETENCIAS, RESPONSABILIDADES, CRITERIOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DERECHOS DE LOS PROFESIONALES

ARTÍCULO 19. DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica, social, humana y ética se cumplirán las siguientes disposiciones:

1. El ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, Acofaen, en concordancia con lo definido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por los organismos gubernamentales.
2. La dirección de las facultades, escuelas de enfermería, instituciones, departamentos, carreras o programas que funcionen en las universidades y organismos educativos y cuya función se relacione con la formación básica del profesional de enfermería, estará a cargo de profesionales de enfermería.
3. Los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán los servicios de enfermería en las instituciones de salud, a través de una estructura orgánica y funcional.

4. Los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán las instituciones, centros o unidades de enfermería que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad, clínicas u hospitales en las diversas áreas de atención en salud.

5. Los profesionales de enfermería vigilarán la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieran las instituciones de salud y los centros de enfermería para su funcionamiento de acuerdo a los criterios y normas establecidas por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería.

PARÁGRAFO. Las disposiciones para el cálculo de personal de enfermería, estarán basadas en normas nacionales e internacionales que tengan en cuenta el estado de salud de los usuarios, que demanden mayor o menor tiempo de atención de enfermería.

Artículo 20. Los deberes del profesional de enfermería. Son deberes del profesional de enfermería, los siguientes:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.

2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.

3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.

4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.

5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

Artículo 21. Los derechos del profesional de enfermería. Son derechos del profesional de enfermería:

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.

2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales internacionales.

3. Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.

4. Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.

5. Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.

6. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.

7. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.

8. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.

9. Definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

LEY 911 DE 2004

TITULO I.

DE LOS PRINCIPIOS Y VALORES ETICOS, DEL ACTO DE CUIDADO DE ENFERMERIA.

CAPITULO I.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS Y VALORES ÉTICOS.

ARTÍCULO 1o. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

ARTÍCULO 2o. Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, No Mal eficiencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.

CAPITULO II.
DEL ACTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA.

ARTÍCULO 3o. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

DEONTOLOGICOS DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERIA.

CAPITULO I.
AMBITO DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 4o. Esta ley regula, en todo el territorio de la República de Colombia, la responsabilidad deontológica del ejercicio de la enfermería para los profesionales nacionales y extranjeros que estén legalmente autorizados para ejercer esta profesión, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 266 de 1996, Capítulo V, artículos 14 y 15.

CAPITULO II.
CONDICIONES PARA EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA.

ARTÍCULO 5o. Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación,

procedimientos técnico administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.

PARÁGRAFO. Del déficit de las condiciones para el ejercicio de la enfermería, el profesional deberá informar por escrito a las instancias de enfermería y de control de la Institución y exigirá el cambio de ellas, para evitar que esta situación se convierta en condición permanente que deteriore la calidad técnica y humana de los servicios de enfermería.

Artículo 6o. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

Artículo 7o. El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado.

Artículo 8o. El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de

enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

Parágrafo. El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería.

TITULO III.
RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA PRACTICA.

CAPITULO I
DE LAS RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON LOS SUJETOS DE CUIDADO.

Artículo 9o. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica. La violación de este artículo constituye falta grave.

Parágrafo: En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

Artículo 10. El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de

quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Artículo 11. El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.

Artículo 12. En concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios. La violación de este artículo constituye falta grave.

Artículo 13. En lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente.

Artículo 14. La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

Artículo 15. El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos,

intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave.

Artículo 16. El profesional de enfermería atenderá las solicitudes del sujeto de cuidado que sean ética y legalmente procedentes dentro del campo de su competencia profesional. Cuando no lo sean, deberá analizarlas con el sujeto de cuidado y con los profesionales tratantes, para tomar la decisión pertinente.

Artículo 17. El profesional de enfermería, en el proceso de cuidado, protegerá el derecho de la persona a la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos aun frente a las normas institucionales que puedan limitar estos derechos.

Artículo 18. El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley.

Parágrafo. Entiéndase por secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar el profesional de enfermería para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado. De él forma parte todo cuanto se haya visto, oído, deducido y escrito por motivo del ejercicio de la profesión.

CAPITULO IV.

DE LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA.

Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las

declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

Artículo 30. El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave.

Artículo 31. El profesional de enfermería, en el ejercicio de la docencia, para preservar la ética en el cuidado de enfermería que brindan los estudiantes en las prácticas de aprendizaje, tomará las medidas necesarias para evitar riesgos y errores que por falta de pericia ellos puedan cometer.

Artículo 32. El profesional de enfermería, en desarrollo de la actividad académica, contribuirá a la formación integral del estudiante como persona, como ciudadano responsable y como futuro profesional idóneo, estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades de responsabilidad profesional.

Artículo 33. El profesional de enfermería, en el desempeño de la docencia, deberá respetar la dignidad del estudiante y su derecho a recibir enseñanza acorde con las premisas del proceso educativo y nivel académico correspondiente, basado en conocimientos actualizados, estudios e investigaciones relacionados con el avance científico y tecnológico.

Artículo 34. El profesional de enfermería respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y de docencia.

DECRETO NÚMERO 1543 DE 1997
(junio 12)

Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

CAPITULO III
LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Artículo 12o.- Promoción. La Promoción de la salud, en el caso específico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), implicará el respeto por la autodeterminación de las personas en cuanto a sus hábitos y conductas sexuales.

Artículo 13o.- Prevención. La prevención en su más amplia acepción deberá garantizar:

- a) Procesos de educación e información.
- b) Servicios sociales y de salud.
- c) Un ambiente de apoyo y tolerancia social basado en el respeto a los derechos humanos.

Artículo 16o.- Educación para la Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Educación Nacional a través de los Proyectos de Educación Sexual, en coordinación con el Ministerio de Salud, promoverá una sexualidad responsable, sana y ética en la niñez y la juventud. La educación sexual en las instituciones

educativas se hará con la participación de toda la comunidad educativa haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el desarrollo de la autonomía, la autoestima, los valores de convivencia y la preservación de la salud sexual; factores que contribuyen a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Artículo 23o.- Bioseguridad. Las entidades públicas y privadas asistenciales de salud, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas, deberán:

- a) Acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud.
- b) Capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de bioseguridad.
- c) Velar por la conservación de la salud de sus trabajadores.
- d) Proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes con los riesgos existentes en los lugares de trabajo sean estos reales o potenciales.

Artículo 24o. - Disponibilidad de Condones. Los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, así como las droguerías y farmacias o similares, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones como una medida de prevención.

CAPITULO V

EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES

Artículo 30o.- Deberes de la Comunidad. Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención.

Artículo 31o.- Deberes de las IPS y Personas del Equipo de Salud. Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo, de acuerdo con los niveles de atención y grados de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo dispuesto en el presente decreto, y en las normas técnico administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud.

Artículo 32o.- Deber de la Confidencialidad. Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad.

Artículo 33o.- Historia Clínica. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona; como tal es un documento privado sometido a reserva, por lo tanto únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización de su titular o en los casos previstos por la ley. La historia pertenece a la persona y la institución cumple un deber de custodia y cuidado.

Artículo 36o.- Deber de Informar. Para poder garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia, la persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o que haya desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y conozca tal situación está obligada a informar dicho evento, a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial.

Artículo 37o.- Derecho al Consentimiento Informado. La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente decreto.

Artículo 39o.- La No Discriminación. A las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a sus hijos y demás familiares, no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos, públicos o privados, asistenciales o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma, ni serán discriminados por ningún motivo.

Artículo 41o.- Deber de no Infectar. La persona informada de su condición de portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas.

Artículo 42o.- Derecho a la Promoción, Prevención y Educación en Salud. Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción, prevención y conservación de su salud personal y la

de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, salud mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, especialmente las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

Artículo 43o.- Derecho a la Información Sobre el Estado de Salud. Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve; y a que por si misma, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o disminución de la capacidad, acepten o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia por escrito de su decisión.

Artículo 44o.- Derecho a Morir Dignamente. Toda persona tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural, en la fase terminal de la enfermedad, por lo tanto si el paciente lo permite el equipo de salud deberá otorgarle los cuidados paliativos que sean posibles hasta el último momento.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE - OBJETIVO No. 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del

acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud (30).

RESOLUCION NUMERO 412 DE 2000 (Febrero 25)

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

CAPITULO IV OFERTA DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Artículo 11. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

Parágrafo. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

Artículo 12. Listado de prestadores de servicios. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

Artículo 15. Vigilancia y control. El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18º del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 16. Programación, seguimiento y monitoreo permanente. Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se adoptan la metodología única contenida en el “Anexo Técnico 3-2000 de Programación”, en el “Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión” y los lineamientos establecidos en el “Anexo Técnico 5-2000 Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública” los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 18. Control de la información. Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de

Salud desarrollará un sistema de control sobre la información recepcionada. Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación. Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

Artículo 19. Asistencia Técnica. Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

RESOLUCION 3280 DE 2018

La Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5º asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” y “Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población”;

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los

enfoques (i) Atención primaria en salud (APS); (ii) Salud familiar y comunitaria; (iii) Articulación de las actividades individuales y colectivas y (iv) Enfoque poblacional y diferencial;

Que con fundamento, en la precitada disposición, este ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la política de atención integral en salud (PAIS) y el modelo integral de atención en salud (MIAS);

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud;

Que el artículo 5º de la mencionada resolución contempla como uno de los componentes del MIAS, las rutas integrales de atención en salud (RIAS), que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, entidades promotoras de salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud;

Que mediante Resolución 3202 de 2016, expedida por este ministerio, se adoptó tanto el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, como un grupo de RIAS desarrolladas por este ministerio;

Que conforme con el artículo 5º de la Resolución 429 de 2016, en consonancia con el artículo 6º de la Resolución 3202 del mismo año, se prevén como tipos de RIAS, la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud; la ruta integral de atención en salud para eventos específicos y la ruta integral de atención

en salud de grupos de riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la ruta integral de atención para la población materno-perinatal;

Que la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención para la población materno-perinatal, definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades;

Que, en consecuencia, se hace necesario adoptar los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS a que refiere el aparte anterior, los cuales contienen las directrices que deben observarse para la ejecución de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de protección específica, detección temprana y educación para la salud, contenidas en dichas rutas;

Que las intervenciones y acciones establecidas en los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS a que refiere el presente acto administrativo, conlleva la sustitución de las normas técnicas de detección temprana y protección específica, definidas en la Resolución 412 de 2000, tal como se previó en el parágrafo del artículo 11 de la Resolución 3202 de 2016; que en mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1º: Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

Artículo 2: Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, las entidades obligadas a compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro de la PAIS.

Estas disposiciones igualmente se aplicarán a los regímenes de excepción y a los regímenes especiales como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto de la población a su cargo.

Artículo 3º: Adaptación de las rutas. Sin perjuicio de la obligatoriedad de brindar las atenciones e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las rutas a que refiere este acto administrativo en los términos establecidos en su artículo 4º, los obligados al cumplimiento de dicho acto, el marco de sus competencias, adaptarán la atención en salud en función de las condiciones de los ámbitos territoriales urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como de los diferentes grupos poblacionales que define la normativa, conforme con lo dispuesto en los lineamientos técnicos y operativos de estas rutas.

La adaptación de los servicios de salud a los lineamientos técnicos y operativos a que refiere esta resolución, no puede constituir barrera para el acceso efectivo de tales servicios, por lo que la prestación de estos debe hacerse sin que medie autorización previa y sin perjuicio de que puedan ser solicitados u ordenados en el marco de cualquier consulta a la que asista el sujeto de atención en salud.

Artículo 4º: (Modificado). Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS aquí adoptados, deberán ser garantizadas a la totalidad de la población una vez entre en vigencia la presente resolución.

No obstante, serán implementadas en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, las intervenciones que a continuación se describen:

- a) El tamizaje auditivo del recién nacido;
- b) Las consultas de medicina definidas para la población entre 24 y 44 años;
- c) Las consultas de odontología definidas para la juventud y adultez.

(Nota: Modificado por la Resolución 276 de 2019 artículo 1º del Ministerio de Salud y Protección Social)

Artículo 5: Talento humano para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal.

Los obligados al cumplimiento de esta resolución, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal. Para el efecto, deberán cumplir con el perfil establecido en dichos lineamientos, sin perjuicio de que puedan incluir perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes.

Artículo 6: Monitoreo y evaluación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal.

Los obligados al cumplimiento de esta resolución realizarán en el marco de sus competencias, el monitoreo de las intervenciones de las rutas a que alude el presente acto administrativo y la evaluación de los resultados en salud y reducción de las inequidades en salud en las personas, familias y comunidades, derivadas de su implementación.

Los resultados del monitoreo y evaluación constituirán insumo para la toma de decisiones requeridas para garantizar la calidad de la atención en salud, determinar el impacto de las intervenciones contenidas en las rutas y el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces y las direcciones territoriales de salud de carácter departamental y distrital, informarán anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud los resultados del monitoreo y evaluación, a fin de que esta adelante las acciones correspondientes al amparo de sus competencias.

El monitoreo y evaluación se realizará mediante la información que se reporta en el marco de las resoluciones 3374 de 2000, 4505 de 2012, 2175 de 2015 y las demás fuentes de información existentes y requeridas para dicho monitoreo, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 7: Vigencias y derogatorias. Esta resolución entrará a regir seis (6) meses después de su publicación, fecha a partir de la cual quedarán derogadas las resoluciones 412 de 2000, 769 de 2008 y 1973 de 2008 y modifica el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D.C., a 2 de agosto de 2018. (31)

**RESOLUCIÓN NÚMERO
000276 DE 2019 (4 FEB2019)**

Que mediante Resolución 3280 de 2018, expedida por este Ministerio, se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, se establecieron las directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, de garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud allí previstas, desarrolladas a través de los anexos técnicos que hace parte integral de la mencionada resolución.

Que al tenor de su artículo 4 se dispuso que las intervenciones contenidas en las citadas rutas, deben garantizarse a la población una vez entre en vigencia la Resolución 3280 de 2018, esto es, a partir del 2 de febrero de 2019, salvo las correspondientes a a) tamizaje auditivo del recién nacido; b) consultas de medicina definidas para la población entre 24 y 44 años y e) consultas de odontología contempladas para la juventud y la adultez, para las que se fijó una progresividad de tres (3) años.

Que no obstante lo anterior, se procedió a efectuar evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales, vale decir, urbanos. De alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas. Que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones cuya implementación se busca hacer de

forma progresiva, así como de efectuar modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación. Que conforme con lo anterior, se hace necesario modificar la Resolución 3280 de 2018. En mérito de lo expuesto,"

RESUELVE:

Artículo 1: Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. El cual quedará así:

Artículo 4: Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la en/rada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. No obstante, lo anterior, las intervenciones que se describen a continuación, se implementarán de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir de/1° de enero de 2020.

- Atención en salud por pediatría en niños de primera infancia
- Atención en salud por medicina general o familiar a población entre 24 y 44 años
- Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida
- Fortificación casera con micronutrientes en polvo e) Desparasitación intestinal
- Suplementación con hierro
- Tamizaje VPH 11) Tamizaje para cáncer de colon
- Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna
- Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida
- Atención básica de orientación familiar
- Educación para la salud dirigida a la familia

- Atención preconcepcional
- Atención para la promoción de la alimentación y nutrición en el embarazo
- Tamizaje auditivo del recién nacido sin riesgo de hipoacusia Durante el 2019.

Este Ministerio, a través de las Direcciones de Promoción y Prevención y de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud o de las dependencias que hagan sus veces, definirá técnicamente los porcentajes anuales esperados para evaluar la implementación progresiva de las precitadas intervenciones. En la citada vigencia los responsables de las intervenciones aquí enlistadas, realizarán los procesos necesarios para garantizar el inicio de su implementación. Parágrafo. En todo caso, los responsables de dichas intervenciones podrán garantizar su ejecución en cualquier momento, dentro del plazo aquí previsto".

Artículo 2: Modificar los anexos Técnicos que hacen parte integral de la Resolución 3280 de 2018, en lo correspondiente a los siguientes contenidos: "1 lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud" y las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud"

- El título del numeral 4 y el ítem 4.4.
- Los numerales 7.6.4.; 8.4.; 10.6.; 11.6. Y 12.3.
- El apartado "Condón masculino y femenino"; contenido en el numeral 13.5.1.1. "111 lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal" a)
- Los numerales 4.7. y 6.2.2. b) El literal d) contenido en los literales b) crisis hipertensiva y c) eclampsia, del numeral 4.9.4.2. e) El indicador de "Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para V/H", contenido en el numeral 7.2.2. Artículo 3D
- Vigencia: Esta resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica en lo pertinente la Resolución 3280 de 2018.

4.5. MARCO DISCIPLINAR

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National Leaguaje for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Dorothea murió el 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia) (32).

- **Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría**

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guio el pensamiento de Orem fue ¿en qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación? (32).

La teoría enfermera del déficit de autocuidado está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general. Orem citó el trabajo de muchas otras enfermeras en cuanto a sus contribuciones en la enfermería, como Abdellah, Henderson, Johnson, King,

Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras; pero su bibliografía no se limitó a la enfermería, ella también cito autores de otras disciplinas y en las ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960^a, 1960b), Barnard (1962), Fromm (1962), Harre (1970), Macmurray (1957, 1961), Mariatain (1959), Parsons (1949,1951), Plattel (1965) y Wallace (1979,1996) (32).

Para la TEDA de Orem es fundamental el sistema filosófico del realismo moderado. Banfield (1997) realizo una investigación filosófica para explicar las bases del trabajo de Orem. Esta investigación mostro la coherencia entre las visiones de Orem respecto a la naturaleza de la realidad, la naturaleza de los seres humanos y la naturaleza de la enfermería como una ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu (2000) también analizaron los principios filosóficos de la TEDA (32).

La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas:

- Personas en localizaciones de espacio-tiempo,
- Atributos o propiedades de estas personas,
- Movimiento o cambio y
- Productos llevados a cabo.

Orem identifico cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros que son:

1. Persona
2. Agente
3. Usuario de símbolos
4. Organismo
5. Objeto.

En relación con la visión de persona como agente y la idea de acción deliberada, Orem cito a varios expertos como Arnold, Parsons y Wallace. La autora identificó siete suposiciones respecto a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada. Estas suposiciones explícitas, si bien se centran en la acción deliberada, se basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad (32).

Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica. El trabajo de Maritain (1959) y Wallace (1979), filósofos asociados a la tradición realista moderada, se cita en relación con sus ideas sobre la forma de la ciencia enfermera (32).

La TEDA representa un conocimiento especulativamente práctico, es decir es de naturaleza teórica. Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye:

1. La ciencia de la enfermería completamente compensatoria
2. La ciencia de la enfermería parcialmente compensatoria
3. La ciencia de la enfermería de apoyo-de desarrollo.
4. Y las ciencias enfermeras que sirven de desarrollo son:
 - La ciencia del autocuidado
 - La ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y
 - La ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud.

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

- **Autocuidado:** consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.
- **Cuidado dependiente:** se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.
- **Requisitos de Autocuidado:** es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que *son* necesarios para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado comprende dos elementos:
 1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
 2. La naturaleza de la acción requerida.
- **Requisitos de autocuidado Universales:** los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana

en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- **Requisitos de Autocuidado de desarrollo:** se han identificado tres requisitos

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

- **Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud:** existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado

dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

- ***Necesidades de Autocuidado Terapéutico:*** están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión)

- ***Actividad de Autocuidado:*** compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

- ***Actividad de cuidado dependiente:*** capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

- ***Déficit de autocuidado:*** relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos

los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

- **Actividad enfermera:** es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.
- **Diseño enfermero:** se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.
- **Sistemas enfermeros:** son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.
- **Métodos de ayuda:** desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación

con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir
3. Ofrecer apoyo físico o psicológico
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal
5. Enseñar

- **Factores condicionantes Básicos:** factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno (32).

METAPARADIGMA DESARROLLADA EN LA TEORÍA

- **Persona:** La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

- **Cuidado o enfermería:** Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás. La actividad humana se ejercita descubriendo desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

- **Salud:** Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
- **Entorno:** Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza (32).

AFIRMACIONES TEORICAS

La TEDA se expresa mediante tres teorías:

- **Teoría de sistemas enfermeros:** teoría unificadora, incluye todos los elementos esenciales. Esta teoría señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.
- **Teoría del déficit de autocuidado:** desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La idea central de esta teoría es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas

limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

- **Teoría del autocuidado:** sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con los periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros (32).

4.6. MARCO CONTEXTUAL

La Red de Salud del Norte E.S.E está ubicada en el norte y nororiente de Santiago de Cali. Esta se constituyó como resultado del proceso de descentralización de servicios de la Secretaría de Salud Pública Municipal bajo el Acuerdo 106 del 29 diciembre 2003. Las Empresas Sociales del Estado, E.S.E. de Santiago de Cali, son entidades públicas, descentralizadas, del orden municipal, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscritas a la Secretaría de Salud Pública Municipal y sometidas al régimen jurídico previsto en la Ley (33).

El objeto de las Empresas Sociales del Estado, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social, que contribuya al mejoramiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; con capacidad para ofrecer servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico y con sujeción al Plan Sectorial de Salud, al Plan de Desarrollo Municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la red de servicios del Departamento del Valle del Cauca, sin perjuicio de que pueda prestar otros servicios de salud que no afecten su objeto social y que contribuyan a su desarrollo y financiación (33)



Fuente: página Salud Norte, Red de Salud del Norte E.S.E: (33)

Se cuenta con una red de 17 IPS de baja complejidad habilitadas para prestar los servicios de:

Hospital Joaquín Paz Borrero, prestación de servicios de salud de mediana y baja complejidad en: Consulta Médica General, Consulta de Enfermería, Promoción y Prevención, Odontología, Urgencias, Hospitalización, Obstetricia (partos), Terapia Física y Respiratoria, Optometría, Psicología, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas, Esterilización, Consulta Médica Especializada en Ginecoobstetricia, Ortopedia y/o Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Ortodoncia, Rehabilitación Oral, Salud Ocupacional y Medicina Alternativa; Cirugía en: Ginecología, Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología (33).

IPS Puerto Mallarino, La Rivera, Popular, Floralia y San Luis II prestación de servicios de salud de baja complejidad en: Consulta Médica General, Consulta por Enfermería, Promoción y Prevención, Odontología, Terapia Física, Optometría, Psicología, Toma de muestras de Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas (33).
IPS La Campiña, Porvenir, Alfonso López, Siete de Agosto, Las Ceibas, Petecuy II, Petecuy III, Floralia, Isla, San Luis I, Calima prestación de servicios de salud de baja complejidad en: Consulta Médica General, Consulta por Enfermería, Promoción y Prevención, Odontología, Optometría, Psicología, Toma de muestras de Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas (33).

Misión: Como empresa social del estado contribuimos a garantizar la vida sana de la población, aplicando un modelo de salud integral humanizada; Con responsabilidad social, administrativa y el manejo transparente y eficiente de los recursos (33).

Visión: Posicionarnos en el año 2020 como la empresa modelo en innovación tecnológica en salud para garantizar la accesibilidad, calidad y humanización en la prestación del servicio (33).

Valores

- **Equidad:** Ejercer igualdad en nuestras acciones en relación con nuestro público de interés, de acuerdo con el alcance de la empresa y las limitaciones legales (33).
- **Compromiso:** Nuestros comportamientos sean reflejo de responsabilidad, sentido de pertenencia y amor para con la empresa y nuestros usuarios (33).
- **Calidez:** Acciones que generen, confianza, respeto y afecto en nuestras relaciones con quienes presenten nuestro público de interés (33).
- **Excelencia en el servicio:** Que nuestro comportamiento nos caractericen por la tendencia a lograr una mejor efectividad y satisfacción de nuestros clientes internos y externos (33).

5. METODOLOGÍA Y/O MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo con enfoque descriptivo transversal en los jóvenes de 18 A 29 años que asisten al programa de servicios amigables de la ESE-Norte, con el objetivo de determinar el conocimiento frente a la prevención del VIH /SIDA.

5.2 POBLACIÓN UNIVERSO

Jóvenes en edades entre los 18 a 29 años que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, durante el primer semestre de 2019, en la ciudad de Santiago de Cali.

5.3 MUESTRA

5.3.1 Tipo de muestra

No probabilística o dirigida, hace referencia a un subgrupo de la población en la cual la elección de los elementos no depende de la probabilidad (o azar) sino de las características de la investigación, es decir, se escoge por conveniencia.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Jóvenes entre 18 a 29 años de edad
- Que estén inscritos en el programa de servicios amigables de la E.S.E Norte
- Que muestren Voluntad expresa de participar en el estudio

Exclusión

- Jóvenes que en el momento de la aplicación de la encuesta tengan incapacidad
- Jóvenes que estén diagnosticados con VIH/SIDA
- Jóvenes con alguna discapacidad cognitiva

Previamente se solicitó a la institución y a la persona encargada del programa, así como a los jóvenes la autorización para la aplicación del instrumento, que será de carácter confidencial y anónimo sobre; el VIH/SIDA; modo de transmisión y prevención, entre otras; el cual fue elaborado por los investigadores tomando referencia según (Castillo-Ávila IY, Ramírez-Aguilar JP, Silva-Yepes KP, Caballero-Pacheco MA, Arrieta-Yepes K, 2017) en un estudio que se realizó en la ciudad de Cartagena Colombia. Las respuestas del instrumento fueron diseñadas en escala dicotómica Verdadero, Falso y no sé (34).

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Operacional	Tipo o naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Años cumplidos a la fecha	Cuantitativo	De razón	Edad cumplida en años
Genero	Se refiere a las formas como somos socializados, como nos comportamos y actuamos tanto hombres como mujeres	Cualitativo	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Orientación sexual	Patrón de atracción sexual, erótica, emocional y amorosa a un grupo de personas definidas por su sexo.	Cualitativo	Nominal	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza	Cualitativo	Nominal	1. Afrocolombiano 2. Mestizo 3. Indígena
Nivel Educativo	Nivel de estudios alcanzado	Cualitativo	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria. 3. Técnico
Estrato Socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cuantitativo	Discreto	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5
Variables de conocimiento sobre la enfermedad VIH				
Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades de transmisión sexual: Son enfermedades infectocontagiosas que se transmiten por contacto	Cualitativa	Sí y No	Porcentaje de jóvenes que se encuentran en el programa de servicios amigables, que tienen conocimiento acerca de

	sexual con una persona infectada			enfermedades de transmisión sexual
VIH	El VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus que ataca el sistema inmunitario de la persona infectada. El sistema inmunitario es la defensa natural de nuestro cuerpo, frente a los microorganismos infecciosos como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir nuestro cuerpo.	Cualitativa		Porcentaje de jóvenes que se encuentran en el programa de servicios amigables, que tienen conocimiento acerca de que es el VIH
SIDA	Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición	Cualitativa		Porcentaje de jóvenes que se encuentran en el programa de servicios amigables, que tienen conocimiento acerca de que es el SIDA
prácticas seguras para evitar ETS	Enfermedades de transmisión sexual: Son enfermedades infectocontagiosas que se transmiten por contacto sexual con una persona infectada Prácticas seguras: es toda acción que hace evitar riesgo con alguna situación	Cualitativa	Sí, No y Cuales	Porcentaje de jóvenes que conoce de prácticas seguras para evitar ETS y cuales practicas conoce
métodos anticonceptivos que conocían antes de ingresar al programa de servicios amigables	Anticonceptivo: es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual	Cualitativa	ACO Inyectable mensual Inyectable trimestral Implante subdermico (pila) Preservativo, DIU otros	Porcentaje de anticonceptivos conocidos según tipo, previo ingreso al programa de servicios amigables
Métodos anticonceptivos que conocen ahora que están dentro del Programa de servicios amigables	Anticonceptivo: es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual	Cualitativo	ACO Inyectable mensual Inyectable trimestral Implante subdermico (pila)	Porcentaje de métodos de planificación conocidos después de la asesoría en el programa de servicios amigables según el tipo

			Preservativo DIU otros	
--	--	--	---------------------------	--

5.6. RECOLECCION DE INFORMACION

Se elaboró una encuesta que consta de 2 partes. La primera parte, para la recolección de la información se utilizará la encuesta (Anexo A), misma que consta de tres partes, la primera parte con datos generales de los jóvenes, la segunda parte con ítems correspondientes a las variables en estudio, y tercera parte con actividades sobre prevención que se realizan dentro de la Unidad educativa.

Cuadro 2 Instrumento para la Encuesta

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH-SIDA				
EDAD:	NIVEL EDUCATIVO: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico	Marque Con una (X) la respuesta que usted considere correcta		
GÉNERO: 1. Masculino 2. Femenino	ORIENTACION SEXUAL: 1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual			
ETNIA: 1. Afrocolombiano 2. Mestizo 3. Indígena	ESTRATO SOCIOENCOMICO: 1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3			
PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO		Falso (1)	Verdadero(2)	No sé(3)
1. El SIDA es causado por un virus llamado "VIH"				
2. La prueba de detección del VIH/SIDA se suele realizar mediante un análisis de sangre				
3. Todos los homosexuales tienen VIH/SIDA				
4. Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse de VIH/SIDA por medio de la abstinencia sexual.				
5. El VIH/SIDA no es algo tan grave, es como una gripe				
6. Las personas con VIH/SIDA podrían adquirir otras enfermedades				
7. El VIH/SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones				

8. Una persona puede estar infectada con VIH/SIDA y no tener síntomas de la enfermedad			
TRANSMISIÓN			
9. Usted puede contraer el VIH/SIDA compartiendo jeringa con una persona consumidora de sustancias psicoactivas y que tenga la enfermedad			
10. El VIH/SIDA se transmite exclusivamente por medio de fluidos vaginales, seminales y la sangre			
11. La principal vía de transmisión del VIH/SIDA es a través de las relaciones sexuales			
12. Usted puede contraer el VIH/SIDA compartiendo cuchillos tenedores y vasos			
13. Al estornudar y toser se puede transmitir el VIH			
14. las trabajadoras sexuales tienen riesgo de contraer el VIH/SIDA			
PREVENCIÓN			
15. El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH/SIDA			
16. Las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH/SIDA en las relaciones sexuales			

5.7. PLAN DE ANALISIS FASE DEL PROCESO INVESTIGATIVO

La presente investigación contará con las siguientes fases para su desarrollo:

Fase 1: Fase conceptual

El proceso investigativo en curso, se desplegó a partir de la elección del tema de interés, en este caso, la prevención del VIH en jóvenes como una problemática latente en el contexto local, nacional e internacional. En esta fase, se revisó el marco teórico basado en referentes científicos de estudios que avalan la situación problema. De igual manera, se delimitó el problema y se precisó aún más el tema de estudio justificando el trabajo de investigación. Paralelo a esta fase, se presentó a los Comités de Ética respectivos del Programa de Enfermería y Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali para obtener el aval ético.

Fase 2: de Planeación y Diseño

En esta fase, se seleccionó el tipo, diseño, técnica de recolección de acuerdo con el alcance del trabajo de investigación y los objetivos planteados.

Instrumento:

Para los objetivos de conocimiento y prevención, se seleccionaron 16 preguntas con respuestas entre 0 y 2, lo que significa que una nota máxima de 2,0 y mínima de 0. Al evaluar se hizo una clasificación de las notas de la siguiente manera: entre 0 y 1,2 nivel bajo, entre 1,3 y 1,5 nivel Medio y entre 1,6 y 2 Alto.

El Coeficiente Alfa de Cronbach, requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente” (como se menciona en Hernández et al., 2003c d). Este índice de consistencia interna puede ser calculado manualmente o en Excel de dos formas: 1) Mediante la varianza de los ítems o 2) Mediante la matriz de correlación.

En la presente investigación se utilizó el software SPSS versión 20. “El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja” (como lo menciona Celina y Campo, 2005). Este valor manifiesta la consistencia interna, es decir, muestra la correlación entre cada una de las preguntas; un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas. No es común, pero el alfa de Cronbach puede arrojar un valor negativo, esto indica un error en el cálculo o una inconsistencia de la escala. Mencionan (como se menciona en Lucero y Meza, 2002) que “el valor mínimo aceptable del coeficiente de fiabilidad depende de la utilización que se hará del instrumento”. Es decir, dependiendo de la exactitud requerida por la disciplina que lo requiere (36).

Previo se solicitó a la institución y a la persona encargada del programa, así como a los jóvenes la autorización para la aplicación del instrumento, que será de carácter confidencial y anónimo sobre; el VIH/SIDA; modo de transmisión y prevención, entre otras; el cual fue elaborado por los investigadores tomando referencia según (Castillo-

Ávila IY, Ramírez-Aguilar JP, Silva-Yepes KP, Caballero-Pacheco MA, Arrieta-Yepes K, 2017) en un estudio que se realizó en la ciudad de Cartagena Colombia. Las respuestas del instrumento fueron diseñadas en escala dicotómica Verdadero, Falso y no sé (34).

Fase 3: Empírica

Una vez planeada la investigación, y con los respectivos avales, se inició la ejecución del estudio, la cual incluyó la recolección real de los datos y la preparación para su análisis. Para la recolección de datos, se estableció un primer acercamiento con la población creando un clima favorable, en el cual se les explicó el objetivo del estudio y se llevará a cabo el consentimiento informado. Una vez se recolectaron los datos, se prepararon para su fase de análisis, mediante la transferencia de la información escrita a procesamiento.

Fase 4: Analítica

Se inició con el procesamiento de los datos, mediante la aplicación de un análisis estadístico en Excel. Se realizó un análisis descriptivo de acuerdo con el alcance del estudio, para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias. Los datos obtenidos se lograron evidenciar mediante confecciones gráficas las cuales permitieron su respectiva interpretación, explicar y demostrar los datos obtenidos en las encuestas. La interpretación de los datos obtenidos se hizo a la luz del marco teórico, disciplinar y teniendo los objetivos planteados en esta investigación, así como la comparación o relación con otros resultados de estudios revisados.

Fase 5: Difusión

En esta fase, se dan a conocer los resultados, para así contribuir e incrementar en los conocimientos existentes sobre el tema estudiado, como lo es este caso y como parte del ejercicio académico en la sustentación ante los jurados, pero también en la ESE Norte y los jóvenes. Para esta fase, son importantes las recomendaciones dadas a partir de los hallazgos y la comunicación con la comunidad intervenida.

5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

AUTONOMIA

Este principio se reflejó en la investigación, al permitir que los jóvenes decidieran de manera voluntaria la participación o no en el estudio por medio del consentimiento y asentimiento informado; además dentro de sus derechos estaba el negarse a la participación o retirarse en cualquier momento. La información obtenida no se trabajó de manera individual, sino grupal y así se garantizó la confidencialidad de quienes participaron, de igual manera los reportes obtenidos fueron manejados solo por el grupo investigador.

PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA Y BENEFICIENCIA

Este estudio no generó daño alguno a los participantes, ni costo alguno ni recibieron compensación económica para quienes participaron en el estudio, los datos como nombres y apellidos se manejaron con mucha privacidad.

En el principio de Beneficencia, este estudio tuvo como objetivo principal, promover el bienestar de los participantes, así como el de reducir los riesgos que pudieron haber presentado durante la realización de la investigación.

JUSTICIA

Haciendo énfasis en este principio a todos los participantes se les trató con equidad e igualdad, sin discriminación alguna y proporcionando la información solicitada.

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Tabla 1. Rangos de edad de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 20	25	50%
21 a 23	11	22%
24 a 26	11	22%
28 a 29	3	6%
Total general	50	100,00%

La Tabla 1 muestra la distribución porcentual por rangos de edad, la cual evidencia que la mayoría de los jóvenes 50%(25) están en el rango de 18 a 20, seguidamente un 44%(22) se encuentran en los rangos 21 a 23 y 24 a 26 con 22%(11) cada uno. Solamente un 6%(3) se encuentra en el rango de 28 a 29.

Tabla 2. Distribución porcentual según sexo de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	24%
Femenino	38	76%
Total general	50	100,00%

El 76%(38) de los jóvenes encuestados, como se evidencia en la Tabla 2, son de sexo femenino a diferencia de los hombres que abarcan el 24%(12) del total de encuestados.

Tabla 3. Distribución porcentual según escolaridad los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	2%
Secundaria	35	70%
Técnico	14	28%
Total general	50	100,00%

En la Tabla 3, se identifica que la mayoría de jóvenes tienen un nivel de estudios secundarios en un 70%(35), seguido de un 28%(14) con un nivel técnico y en menor número 2%(1) tienen estudios en primaria.

Tabla 4. Etnia de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Afrocolombiano	31	62%
Mestizo	17	34%
Indígena	2	4%
Total general	50	100,00%

En la tabla 4 se observa que se manejaron tres etnias primero la afro 62% equivalente a 31 personas, seguido de la etnia mestiza con un 34% que son 17 y en menos cantidad se encuentran los de etnia indígena con el 4% equivalente a 2 jóvenes.

Tabla 5. Estrato socioeconómico de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019

estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Estrato 1	30	60%
Estrato 2	14	28%
Estrato 3	6	12%
Total general	50	100,00%

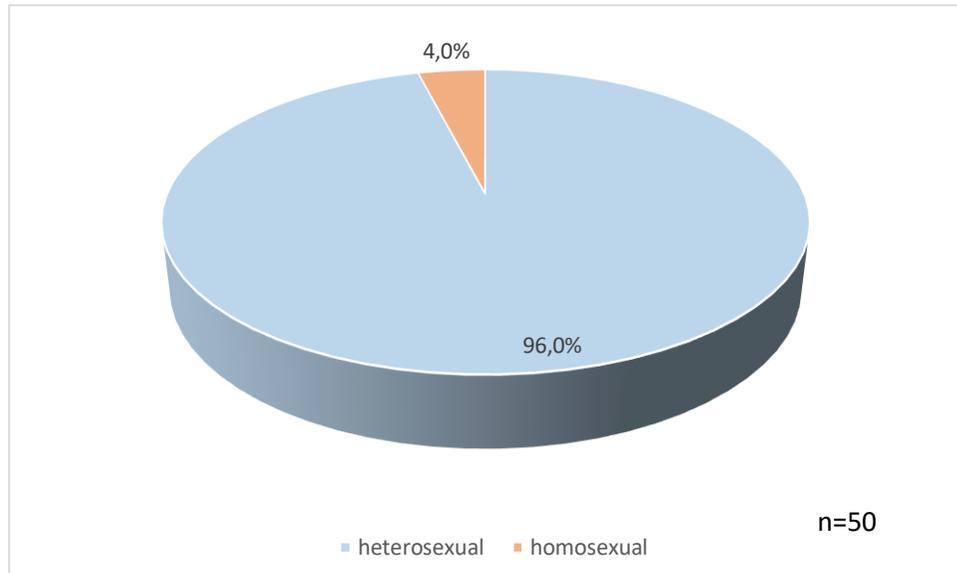
Como se observa se manejaron tres estratos socioeconómicos en los jóvenes encuestados con unos valores porcentuales del; estrato 1 60%(30), el estrato 2 con el 28% (14) por último el estrato 3 con 12%(6).

Tabla 6. Institución prestadora de salud en la cual fueron encuestados los jóvenes que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.

IPS	Frecuencia	Porcentaje
Rivera	4	8%
Floralia	5	10%
Calima	8	16%
Hospital Joaquín Paz Borrero	33	66%
Total general	50	100,00%

Se observa con los resultados que la IPS en la cual hubo mayor acogida al momento de la realización de la encuesta fue el hospital Joaquín Paz Borrero con 66%(33) jóvenes de los encuestados, seguido de la IPS Calima con el 16%(8), luego encontramos la IPS Floralia con 10% (5) y por último la IPS Rivera con el 8% (4) jóvenes.

Gráfico 1. Orientación sexual de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019



El gráfico 1 muestra la orientación sexual de los jóvenes encuestados, de los cuales el 96%(48) se consideran heterosexuales, y el 4%(2) refieren ser homosexuales.

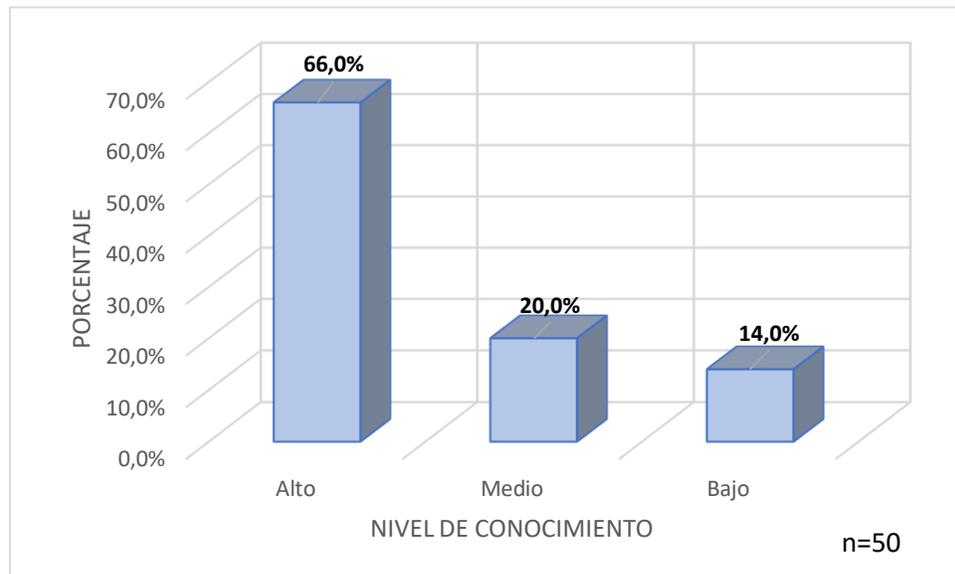
6.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS JÓVENES CON RESPECTO A VIH-SIDA Y MODO DE TRANSMISIÓN

Tabla 7. Alfa de Cronbach análisis de consistencia

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
692	16

La Tabla 7 muestra el coeficiente alfa de Cronbach total del instrumento que fue 0.692 equivalente al mínimo aceptable de 0.7. El número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento (16).

Gráfico 2. Conocimientos generales del VIH de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019

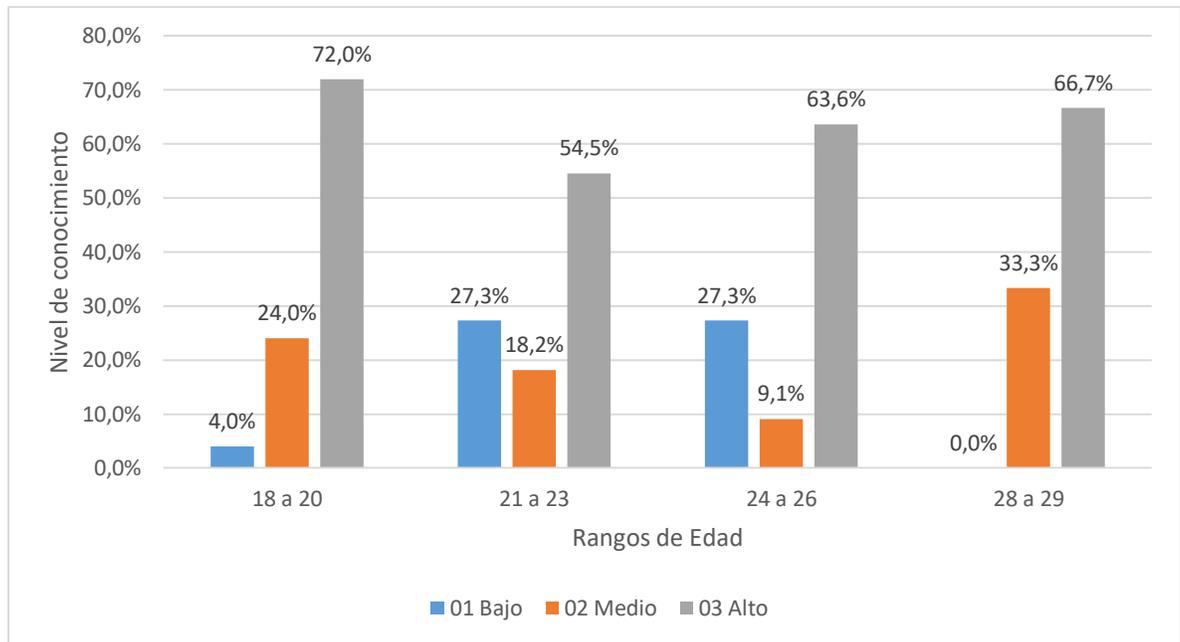


Según el puntaje contemplado para determinar el nivel de conocimientos (entre 0 y 1,2 nivel bajo, entre 1,3 y 1,5 nivel Medio y entre 1,6 y 2 Alto), se observan estos tres rangos en el gráfico 2, los cuales muestran que los niveles de conocimiento general y de transmisión del VIH se encuentran en un 66%(33) con un nivel ALTO, el 20%(10) se encuentran en un nivel MEDIO de conocimientos y, por último se encuentra una serie de jóvenes que tienen algunos conocimientos erróneos los cuales se encuentran en el nivel BAJO que equivalen al 14%(7)

Con respecto a los conocimientos generales sobre la enfermedad, los ítems en los que no se tiene un nivel adecuado tienen que ver con el no reconocimiento de la “no presencia de síntomas durante la infección”, y en relación al modo de transmisión aún existen deficiencias y se evidencian cierto desconocimiento, evidenciándose en

los ítems de “se puede contraer el VIH compartiendo utensilios de cocina o por medio de toser y estornudar”.

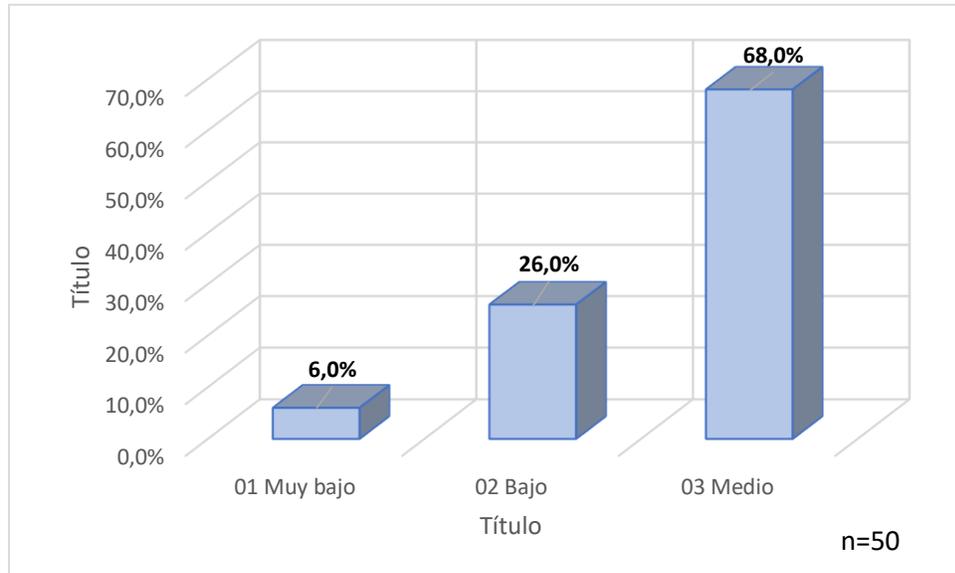
Gráfico 3. Relación de rangos de edad entre conocimientos generales en los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019.



En el gráfico 3 se realizó un cruce de variables las cuales fueron rango de edad y niveles de conocimiento mostrando por cada rango de edad los niveles en los cuales se encuentran los jóvenes. Según este resultado, los jóvenes que tienen un nivel más alto de conocimiento se encuentran en el rango de edad de 18 a 20 años con un 72% (25), mientras que el 54% (22) evidencian un nivel de conocimiento bajo comprendiendo el rango de edad entre 21 a 26 años.

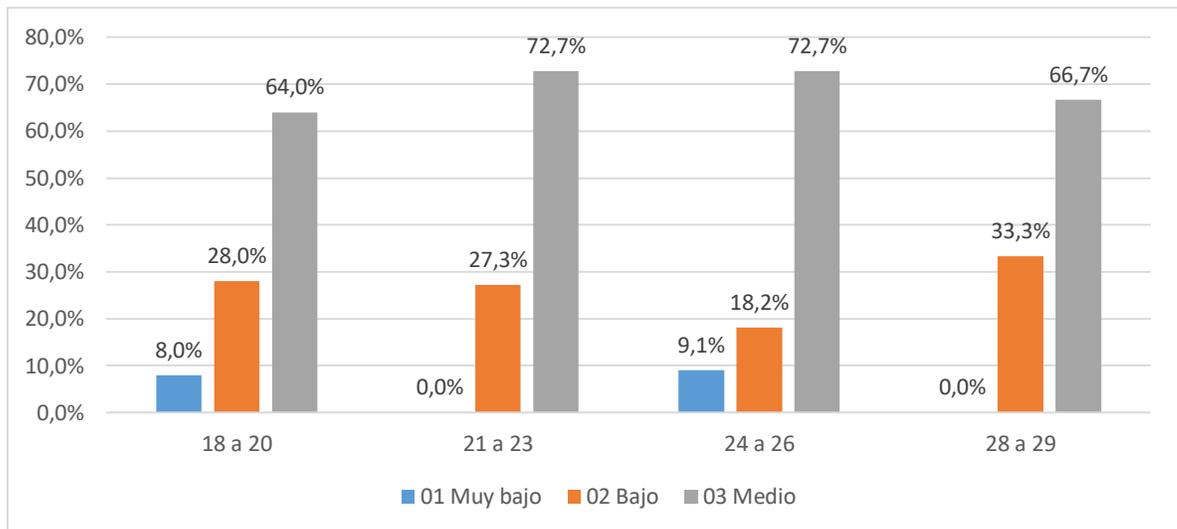
6.3 PREVENCIÓN CON RESPECTO A VIH-SIDA

Gráfico 4. Conocimientos de métodos de prevención con respecto al VIH-SIDA de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019



En el gráfico 4 encontramos en los resultados que en cuanto al conocimiento de métodos de prevención de VIH se encuentran muchas falencias de los jóvenes que realizaron la encuesta evidenciando los valores arrojados los cuales son divididos en 3 niveles muy bajo 6%, bajo 26% y medio con el 68%.

Gráfico 5. Relación entre rangos de edad y Conocimientos de métodos de prevención con respecto al VIH-SIDA de los jóvenes encuestados que asisten al programa de servicios amigables de la ESE Norte, Cali, 2019



En el gráfico 5 se realizó un cruce de variables entre rango de edad y nivel de conocimiento en prevención de VIH, mostrando por cada rango de edad los niveles en los cuales se encuentran los jóvenes. Según este resultado, en todos los rangos de edad prevalece un conocimiento medio con porcentajes cercanos al 72%. Es importante destacar los niveles de conocimiento bajo y muy bajo que están en un 28% en los rangos de 18 a 20, de 27,3% de 21 a 23 años, 18,2% de 24 a 26 años, y de un 33% en las edades de 28 a 29%, confirmando que la educación en el tema debe ser continua en todos los cursos de vida.

7. CONCLUSIONES

En la caracterización sociodemográfica se muestra que las edades en que se evidencia mayor asistencia al programa de Servicios Amigables son los que se encuentran entre 18 y 20 años, lo que indica que los proyectos de vida en ellos como estudio o inicio de vida laboral empiezan a obstaculizar de cierto modo la asistencia a los servicios de promoción y prevención, tendencia que se va marcando en el aumento de edad; dicha situación por supuesto amerita acciones, ya que el conocimiento sobre ciertas condiciones de salud no siempre serán directamente proporcional con la edad. Como es sabido existen condiciones que determinan el proceso salud enfermedad, entre ellas cabe anotar el nivel de escolaridad, la clase social y la etnia, observando en el estudio que, aunque los resultados son coherentes entre nivel de escolaridad de bachillerato y la edad predominante, la educación en salud debe ser continúa y procurar abarcar todos los cursos de vida, así como tener en cuenta con la relación con el estrato social para dicha educación, que generalmente revela ciertas inequidades al respecto.

CONOCIMIENTOS GENERALES DE LOS JÓVENES FRENTE AL VIH Y SU TRANSMISIÓN

El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y esta ocultación dificulta el diagnóstico y el tratamiento, haciendo además que, en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo.

La falta de conocimiento sobre las medidas básicas para evitar el VIH, puede ser un obstáculo para la puesta en práctica de comportamientos sin riesgo; la percepción del riesgo y la severidad de la enfermedad son importantes, debido a que mientras más amenazante y severa, se perciba esta, los jóvenes podrían tener mayor disposición para adoptar medidas para evitar su transmisión (11)

Con respecto a dichos conocimientos, los jóvenes involucrados en el estudio, conocen y comprenden las generalidades del VIH como pruebas de detección, la evolución de ésta a síndrome, la vulnerabilidad de toda la población para contraer el virus desmitificando o reconociendo que el VIH es exclusivo de la población homosexual. Aunque la mayor parte de los jóvenes sujetos de investigación, reconocen la gravedad de la enfermedad y los efectos en la salud, existe una menor proporción que desconoce datos básicos sobre la enfermedad, lo que no se debe ignorar para continuar con una educación incluyente y oportuna a todos los jóvenes.

La infección del VIH/SIDA ha estado vinculada a los comportamientos sexuales predominantemente como principal medio de transmisión, en este sentido, la población más vulnerable son los adolescentes y los jóvenes por sus características psicosociales y físicas. Estas etapas representan cambios en el inicio de las relaciones sociales, afianzamiento de actitudes, valores, creencias y pensamientos que inciden en los comportamientos saludables o de riesgo. Los comportamientos ante el VIH/SIDA que reporta con mayor frecuencia la literatura científica son: inicio de su primera relación sexual sin protección, relaciones sexuales con múltiples parejas, no usar efectiva y consistentemente el condón en todas sus relaciones sexuales, conducta que facilita la adquisición de infecciones y embarazos no deseados, lo que se convierte en un reto para la salud pública y para la misma sociedad en las últimas décadas. (36)

La literatura es clara cuando refiere que desde su descubrimiento a la actualidad se han generado variedad de mitos con relación a la transmisión del VIH que puede

tergiversar el conocimiento con respecto a su prevención, por ejemplo, el VIH no se transmite a través del aire y agua, mediante saliva, sudor, lágrimas, o los besos con la boca cerrada, por los insectos o mascotas, al compartir el inodoro, alimentos o bebidas, solamente ciertos líquidos corporales: la sangre, el semen, el líquido preseminal, las secreciones rectales, las secreciones vaginales y la leche materna de una persona que tiene el VIH pueden transmitirlo. Estos líquidos deben entrar en contacto con las membranas mucosas o con tejidos lesionados de la otra persona, o ser inyectados directamente al torrente sanguíneo (con una aguja o jeringa) para que ocurra la transmisión (27).

Con respecto a lo anterior, y en contraste con el estudio, en los jóvenes existe escaso conocimiento sobre la transmisión, manifestando, aunque en menor proporción, medios de transmisión erróneos que podrían generar prácticas de autocuidado inseguras, además de generar estigmas sociales alrededor de las personas infectadas, llegando a discriminar a éstas por prácticas como compartir utensilios de cocina, toser o estornudar, que en su imaginario podrían ser medios de transmisión del virus.

Según un estudio realizado por Rodríguez Méndez y otros, en Cuba en el año 2018 “Conocimientos sobre VIH en personas de 15 a 24 años”, los resultados obtenidos frente al conocimiento de las formas en que se transmite el VIH, se observó que, entre todas las vías, las mayormente reconocidas son las relaciones sexuales desprotegidas, el semen, la sangre y el compartir jeringuillas o materiales quirúrgicos no estériles. Todas ellas fueron identificadas en promedio por más del 85 % de los encuestados. (37). Estos resultados comparados con los obtenidos en las encuestas realizadas a los jóvenes que asisten al programa servicios amigables de la ESE NORTE; se concluye que cuentan con un buen conocimiento de manera general frente a la transmisión del VIH/SIDA, garantizando que tengan un bajo riesgo de contraer la enfermedad, ya que reconocen prácticas de autocuidado y protectoras frente a esta infección.

CONOCIMIENTOS FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL VIH

En la actualidad, existen más herramientas que nunca para prevenir el VIH. Además de limitar la cantidad de parejas sexuales, no compartir nunca jeringas y usar condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales ya que son altamente eficaces para prevenir la infección por el VIH. Pero es importante educarse acerca de su uso correcto (28).

Para muchos en todo el mundo, es difícil aceptar o admitir que un gran número de jóvenes tienen vida sexual activa desde temprana edad, son sexualmente activos antes del matrimonio, no son monógamos y no usan el condón regularmente con sus parejas ocasionales o permanentes como medida de protección. Muchos de ellos son vulnerables por comportamiento sexual, uso de sustancias psicoactivas, falta de acceso a información sobre el VIH y a los servicios de salud o, bien, por razones económicas y sociales. El estigma desencadenado por el VIH es particularmente dañino para los jóvenes, dado que es la época en que consolidan su identidad y establecen su lugar en el mundo.

Muchas y variadas han sido las intervenciones educativas destinadas a jóvenes, encaminadas a disminuir la prevalencia de la infección por el VIH, desde asesorías en líneas telefónicas, folletos o cartillas ilustrativas, afiches, conferencias, películas, obras de teatro, avisos en radio y televisión, educación a través de internet, hasta cursos y talleres de formación y capacitación en prevención en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/sida, con duración variable. Invertir en educación sexual comprensiva que incluya soportes para la abstinencia, pero que provea información para reducción del riesgo será una más efectiva estrategia de prevención dirigida a la población joven. (38)

En cuanto al uso del condón la tendencia es errática dentro de las distintas regiones en desarrollo. Al parecer el patrón indica que es América Latina la región con mayor

porcentaje de uso en la primera relación sexual. Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva de uso del condón ha ido incrementándose, Una posible explicación para este incremento es el efecto de las campañas de prevención que se desarrollaron a partir de la identificación del SIDA como problema de salud pública, especialmente después de la década de 1990, y el cambio en la curricula escolar a partir de 1998 en la cual se incluye de manera obligatoria la educación sexual en las primarias y secundarias de todo el país. Otra tendencia observada en las estimaciones de uso del condón es que permanece el diferencial por sexo a través del tiempo. Las mujeres reportan menos uso que los hombres. (39)

Por ultimo encontramos en un estudio realizado por Nahyr López, Ing. Sist., MBE.2, Lina María Vera, M.D.3, Luis Carlos Orozco, M.D., Mag. Epi “Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga” en su discusión reseñan que, en cuanto a la actitud hacia el uso del condón, se señaló la creencia que el condón disminuye el placer sexual, se presenta en la mayoría de los hombres y en muy pocas mujeres, siendo lo anterior un hallazgo relevante para el diseño de campañas preventivas. Es importante el hallazgo que la mayoría de las veces, cuando se usa el condón, son los varones quienes toman la iniciativa de usarlo y si la actitud hacia su uso es desfavorable, esto repercutirá en la falta de utilización del condón en las relaciones sexuales, tal como se evidenció en este estudio y se ha informado en la literatura sobre el tema. Además, se encontró que una gran proporción de hombres considera que no se debe desperdiciar la oportunidad de tener relaciones sexuales y que es fácil tener sexo con amistades casuales, determinando estas actitudes un estímulo importante para la promiscuidad, que unida al no uso del preservativo, se convierte en la principal causa de infección por el VIH y la base de campañas preventivas (37).

RECOMENDACIONES

- La realización de esta investigación en los jóvenes que asisten al programa servicios amigables E.S.E Norte de la ciudad de Cali, es de gran importancia ya que como profesionales de la salud ayudamos a evidenciar falencias en los conocimientos sobre VIH/SIDA e implementar planes de mejoramiento en los programas de salud sexual y reproductiva de la institución a la que pertenece este grupo de población.
- Se recomienda que el programa de servicios amigables de la E.S.E Norte de la ciudad de Cali, continúen fortaleciendo los conocimientos sobre VIH/SIDA en los jóvenes que asisten al programa y así contribuir a que tenga buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.
- Implementar nuevas metodologías que permitan una mayor comprensión, y realizar evaluaciones permanentes que permitan evidenciar si los contenidos impartidos están siendo aceptados y reconocidos por los participantes. Fortalecer desde la ESE, las cátedras de educación sexual que se están implementando en las Instituciones educativas, pues por ley este tema está incluido de manera obligatoria en el currículo formación desde el inicio de la educación secundaria
- Se recomienda a los jóvenes que continúen asistiendo al programa de servicio amigables de la E.S.E Norte de la ciudad de Cali, para que sigan adquiriendo y fortaleciendo los conocimientos frente al VIH/SIDA y así evitar que la enfermedad se convierta en una epidemia; ya que hace parte de las patologías más importantes de salud pública,

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. VIH/SIDA. [Online].; 2018. Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
2. Nuñez C, Fernandez S. sidastudi.org. [Online].; 2001. Available from: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4873.pdf>.
3. Dávila M, Tagliaferro A, Bullones X, Daza D. Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. Rev. Salud Pública. 2008;; p. 716-722.
4. MINSALUD, UNFPA. Guía de Prevención VIH/SIDA, Jóvenes en contextos de vulnerabilidad. Bogotá, D.C.;; 2011.
5. NORTE S. RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. [Online].; 2018 [cited 2018 11 04. Available from: <file:///D:/Usuario/Downloads/Presentacin%20Servicios%20Amigables%20-%20Oficial.pdf>.
6. Pérez D, Pagola F, Luján F. DISTINTAS LATITUDES. [Online].; 2017 [cited 2018 20 07. Available from: <https://distintaslatitudes.net/vih-en-america-latina-2-1-millones-que-viven-entre-el-estigma-y-la-esperanza>.
7. OMS. VIH/SIDA EN EL MUNDO. ; 2018.
8. Rodríguez AO. medimay.sld.cu. [Online].; 2010 [cited 2018 24 07. Available from: <http://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/492>.
9. MINSALUD. ASIS. [Online].; 2018 [cited 2018 08 14. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>.
10. Instituto Nacional de Salud. ins.gov.co. [Online].; 2018 [cited 2018 08 14. Available from: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%20SEMESTRE%20I%202018.pdf>.

11. Díaz Montes CE CULGVKMMLVRJ. scielo.org.co. [Online].; 2014 [cited 2018 08 16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n2/v19n2a04.pdf>.
12. Uribe R a, Orcasita L. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. [Online].; 2009 [cited 2018 08 17. Available from: <file:///D:/Usuario/Downloads/99-486-1-PB.pdf>.
13. Janssen-Cilag S.A. QUE ES Y COMO ACTUA VIH. INFO SIDA. 2017;; p. <https://www.infosida.es//que-es-el-vih>.
14. OMS. INEQUIDADES Y BARRERAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD. 2015;; p. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es.
15. OMS. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. 2006;; p. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70173/WHO_MPS_09.06_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1.
16. Francisco Javier Báez-Hernández VNNRCMML. significado del cuidado en la practica profesional de enfermeria. 2009;; p. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>.
17. Cruz Roja Colombiana. cruz roja colombiana. [Online].; 2014. Available from: <http://www.cruzrojacolombiana.org/centro-de-informacion/qu%C3%A9-son-los-m%C3%A9todos-anticonceptivos>.
18. Urbáez MF. revistaespacios. [Online].; 2005. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>.
19. OMS. EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ENFOQUE INTEGRAL. 2017;; p. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>.
20. Rengifo Lopez A MRIFdSMTNDJ. DECRETO NUMERO 1543 DE 1997. Santafé de Bogotá, D.C.; 1997.

21. S.BENETTI. FORMACION INTEGRAL. [Online].; 2011. Available from: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>.
22. OPS & OMS. paho.org. [Online]. [cited 2018 11 01. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3184:salud-del-adolescente-servicios-de-salud&Itemid=2421&lang=es.
23. ONUSIDA. INFORMACION BASICA SOBRE EL VIH. ; 2008.
24. Concejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos. portalfarma.com. [Online].; 2017 [cited 2019 09 12. Available from: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/informaciongeneralsida.aspx>.
25. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA. VIH-SIDA. DIRECCION DE SALUD PUBLICA. SD;; p. <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/VIH%20Sida.pdf>.
26. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA. VIH-SIDA. DIRECCION DE SALUD PUBLICA. ;; p. <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/VIH%20Sida.pdf>.
27. Nicanor A. PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE EL SIDA. [Online].; 2018 [cited 2018 09 17. Available from: http://www.aniorte-nic.net/apunt_etica_legislac7.htm.
28. CDC. Centro para el Control y Prevencion de las Enfermedades. [Online].; 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prevention.html>.
29. ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. [Online].; 2017 [cited 2018 09 18. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

30. CIOMS,OMS,OPS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. ; 2016.
31. ODS. Objetivo de Desarrollo Sostenible. [Online].; 2019. Available from: <http://www.ods.cr/objetivo/objetivo-3>.
32. social mdsyp. minsalud. [Online].; 2018. Available from: <http://legal.legis.com.co/document.legis/resolucion-3280-de-agosto-2-de-2018>.
33. Paula A FM. modelosenfermerosucaldas. [Online].; 2013 [cited 2018 09 23. Available from: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/dorothea-elizabeth-orem.html>.
34. NORTE S. Red de salud del Norte E.S.E. [Online].; 2018 [cited 2018 11 04. Available from: <http://www.esenorte.gov.co/index.php/en/intitucional/quienes-somos>.
35. Castillo-Ávila IY RAJSYKCPMAYK. scielo.org.co. [Online].; 2017. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00026.pdf>.
36. Bojórquez Molina J, López Aranda L, Hernández Flores M, Jiménez López E. Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. In 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology ; 2013; Cancun, Mexico. p. 1-9.
37. Salamanca RAMos E RGE. Comportamiento ante la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villaviciencio (Meta, Colombia). Investig Enferm Imagen Desarr. 2017;; p. 16.
38. Rodríguez Méndez MHPLRMTP. Conocimientos sobre VIH en personas de 15 a 24 años. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018;; p. 6.

39. Estrada M. JH. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2007 enero; 25(1).
40. Cecilia Gayet MeDFJPLAPMeCCMMeS. Uso del condón entre adolescentes mexicanos. revista scielo revista publica. 2003 septiembre.
41. Nahyr López IS,MLMVMDLCOMD,ME. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el. Colombia Medica. 2001; Vol. 32 (1).
42. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral. Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación. Madrid; 1988.
43. ONUSIDA. EDUCACION Y VIH. [Online].; 2018 [cited 2018 20 07. Available from:
<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/april/20140401unesco>.
44. Bayer inc. Tu vida, Tu decision. [Online].; 2017. Available from:
<https://www.your-life.com/es/metodos-anticonceptivos/anticonceptivos-de-corta-duracion/condon-masculino/>.
45. Cruz Roja Colombiana. cruz roja colombiana. [Online].; 2014. Available from:
<http://www.cruzrojacolombiana.org/centro-de-informacion/qu%C3%A9-son-los-m%C3%A9todos-anticonceptivos>.

ANEXOS

ENCUESTA

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH-SIDA -				
EDAD:	NIVEL EDUCATIVO: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico	TI: _____ IPS: _____		
GENERO: 1. Masculino 2. Femenino	ORIENTACION SEXUAL: 1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual	Marque Con una (X) la respuesta que usted considere correcta		
ETNIA: 1. Afrocolombiano 2. Mestizo 3. Indígena	ESTRATO SOCIOENCOMICO: 1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3			
PREGUNTAS DE	CONOCIMIENTO	Falso (1)	Verdadero(2)	No sé(3)
	El SIDA es causado por un virus llamado "VIH"			
	La prueba de detección del VIH/SIDA se suele realizar mediante un análisis de sangre			
	Todos los homosexuales tienen VIH/SIDA			
	Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse de VIH/SIDA por medio de la abstinencia sexual.			
	El VIH/SIDA no es algo tan grave, es como una gripe			
	Las personas con VIH/SIDA podrían adquirir otras enfermedades			
	El VIH/SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones			
	Una persona puede estar infectada con VIH/SIDA y no tener síntomas de la enfermedad			
	TRANSMISIÓN			
	Usted puede contraer el VIH/SIDA compartiendo jeringa con una persona consumidora de sustancias psicoactivas y que tenga la enfermedad			
	El VIH/SIDA se transmite exclusivamente por medio de fluidos vaginales, seminales y la sangre			
	La principal vía de transmisión del VIH/SIDA es a través de las relaciones sexuales			
	Usted puede contraer el VIH/SIDA compartiendo cuchillos tenedores y vasos			
	Al estornudar y toser se puede transmitir el VIH			
	las trabajadoras sexuales tienen riesgo de contraer el VIH/SIDA			
	PREVENCIÓN			
	El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH/SIDA			
	Las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH/SIDA en las relaciones sexuales			

