



Maestría en Administración en Salud

**PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU
RELACIÓN CON EL USO EN DOS FACULTADES DE UNA UNIVERSIDAD
PÚBLICA DEL SUR OCCIDENTE COLOMBIANO**

Investigador:

Alexander Agudelo Orozco

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

2010

**PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU
RELACIÓN CON EL USO EN DOS FACULTADES DE UNA UNIVERSIDAD
PÚBLICA DEL SUR OCCIDENTE COLOMBIANO**

Investigador:

Alexander Agudelo Orozco

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Administración en salud**

Director:

Luis Fernando Rendón M.D.

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

2010

Nota de aceptación

Presidente:

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Cali, Junio de 2010

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Valle, Escuela de Salud Pública por contribuir a la culminación de la Maestría.

Al grupo de Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Salud en cabeza de la Dra. Liliana Arias.

A los participantes de la encuesta sobre Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes y funcionarios de la Universidad del Valle- Campus San Fernando.

Al Ingeniero Ramiro Muñoz por su acompañamiento y ayuda desinteresada, gracias a el este trabajo se finalizó.

Al Dr. Luis Fernando Rendón por su apoyo y experiencia profesional.

A los amigos y amigas que con su voz de aliento me motivaron a finalizar este proyecto.

A July Alexandra Vásquez por su entrega a este trabajo en las tareas asignadas.

DEDICATORIA

A Dios, por la posibilidad de cumplir uno más de mis sueños, a mis padres, por su apoyo incondicional y compañía, a mi esposa por su amor y fortaleza.

CONTENIDO

pág.

INTRODUCCIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	20
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	24
A. OBJETIVO GENERAL	24
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
1. MARCO REFERENCIAL	25
1.1. MARCO DE ANTECEDENTES	25
2. MARCO TEÓRICO	45
2.1 EL MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD	45
3. MARCO CONCEPTUAL	48
3.1 ADOLESCENCIA	48
3.2.3 ADOLESCENCIA FINAL O TARDÍA - 17 – 21 AÑOS.	54
3.2.4 JUVENTUD	56
3.3 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS ADOLESCENTES	58
3.4. SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES	58
3.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	60
3.6 SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	61
4. MARCO CONTEXTUAL	63
4.1. SERVICIO DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE	63
5. METODOLÓGIA	68
5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	68
5.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA	70
5.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	71
5.4.1. DEFINICIONES	71
6. Consideraciones Éticas	77

7. RESULTADOS	78
7.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	78
7.2. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	78
7.3. PERCEPCIÓN DEL SERVICIO INSTITUCIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	81
7.4 USO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	85
8. DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	139
RECOMENDACIONES	141
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	144
<i>PERCEPCIÓN: es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.</i>	157
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	161

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2: ENCUESTA

ANEXO 3: SOLICITUD AVAL DE ÉTICA.

LISTA DE GRÁFICOS

	Pag.
Grafico 1. Confianza Vs Estrato	169
Grafico 2. Confianza Vs Género	169
Grafico 3. Confianza Vs Edad	170
Grafico 4. Confianza Vs Religión	170
Grafico 5. Confianza Vs Procedencia	171
Grafico 6. Confianza Vs Estado Civil	171
Grafico 7. Confianza Vs Facultad	172
Grafico 8. Confianza Vs Programa Académico	172
Grafico 9. Confianza Vs Semestre	173
Grafico 10. Confianza Vs Participación en Actividades	173
Grafico 11. Confianza Vs Formación Padre	174
Grafico 12. Confianza Vs Formación Madre	174
Grafico 13. Confidencialidad Vs Estrato	175
Grafico 14. Confidencia Vs Género	175
Grafico 15. Confidencialidad Vs Edad	176
Grafico 16. Confidencialidad Vs Religión	176
Grafico 17. Confidencialidad Vs Procedencia	177
Grafico 18. Confidencialidad Vs Estado Civil	177
Grafico 19. Confidencialidad Vs Facultad	178
Grafico 20. Confidencialidad VS Programa Académico	178
Grafico 21. Confidencialidad Vs Semestre	179

Grafico 22. Confidencialidad Vs Participación en Actividades	179
Grafico 23. Confidencialidad Vs Formación Padre	180
Grafico 24. Confidencialidad Vs Formación Madre	180
Grafico 25. Acceso Vs Estrato	181
Grafico 26. Acceso Vs Género	181
Grafico 27. Acceso Vs Edad	182
Grafico 28. Acceso Vs Religión	182
Grafico 29. Acceso Vs Procedencia	183
Grafico 30. Acceso Vs Estado Civil	183
Grafico 31. Acceso Vs Facultad	184
Grafico 32. Acceso Vs Programa Académico	184
Grafico 33. Acceso Vs Semestre	185
Grafico 34. Acceso Vs Participación en Actividades	185
Grafico 35. Acceso Vs Formación Padre	186
Grafico 36. Acceso Vs Formación Madre	186
Grafico 37. Horario Vs Estrato	187
Grafico 38. Horario Vs Género	187
Grafico 39. Horario Vs Edad	188
Grafico 40. Horario Vs Religión	188
Grafico 41. Horario Vs Procedencia	189
Grafico 42. Horario Vs Estado Civil	189
Grafico 43. Horario Vs Facultad	190
Grafico 44. Horario Vs Programa Académico	190

Grafico 45. Horario Vs Semestre	191
Grafico 46. Horario Vs Participación en actividades	191
Grafico 47. Horario Vs Formación Padre	192
Grafico 48. Horario Vs Formación Madre	192
Grafico 49. Comodidad Vs Estrato	193
Grafico 50. Comodidad Vs Género	193
Grafico 51. Comodidad Vs Edad	194
Grafico 52. Comodidad Vs Religión	194
Grafico 53. Comodidad Vs Procedencia	195
Grafico 54. Comodidad Vs Estado Civil	195
Grafico 55. Comodidad Vs Facultad	196
Grafico 56. Comodidad Vs Programa Académico	196
Grafico 57. Comodidad Vs Semestre	197
Grafico 58. Comodidad Vs Participación en Actividades	197
Grafico 59. Comodidad Vs Formación Padre	198
Grafico 60. Comodidad Vs Formación Madre	198
Grafico 61. Dificultades para visitar el SS Vs Estrato	199
Grafico 62. Dificultades para Visitar el SS Vs Género	199
Grafico 63. Dificultades para visitar el SS Vs Edad	200
Grafico 64. Dificultades para visitar el SS Vs Religión	200
Grafico 65. Dificultades para visitar el SS Vs Procedencia	201
Grafico 66. Dificultades para visitar SS Vs Estado Civil	201
Grafico 67. Dificultades para visitar el SS Vs Facultad	202

Grafico 68. Dificultades para visitar el SS Vs Programa Académico	202
Grafico 69. Dificultades para visitar el SS Vs Semestre	203
Grafico 70. Dificultades para visitar el SS Vs. Participa en Actividades	203
Grafico 71. Dificultades para visitar el SS Vs formación Padre	204
Grafico 72. Dificultades para visitar el SS Vs Formación Madre	204
Grafico 73. Conoce un espacio Vs Estrato	205
Grafico 74. Conoce un espacio Vs Género	205
Grafico 75. Conoce un espacio Vs Edad	206
Grafico 76. Conoce un espacio Vs Religión	206
Grafico 77. Conoce un espacio Vs Procedencia	207
Grafico 78. Conoce un espacio Vs Estado Civil	207
Grafico 79. Conoce un espacio Vs Facultad	208
Grafico 80. Conoce un espacio Vs Programa Académico	208
Grafico 81. Conoce un espacio Vs Semestre	209
Grafico 82. Conoce un espacio VS Participación en Actividades	209
Grafico 83. Conoce un espacio Vs Formación Padre	210
Grafico 84. Conoce un espacio Vs Formación Madre	210
Grafico 85. Conoce un espacio Vs Género	211
Grafico 86. Ha visitado el SSR Vs Estrato	211
Grafico 87. Ha visitado el SSR Vs Género	212
Grafico 88. Ha visitado el SSR Vs Edad	212
Grafico 89. Ha visitado el SSR Vs Religión	213
Grafico 90. Ha visitado el SSR Vs Procedencia	213

Grafico 91. Ha visitado el SSR Vs Estado Civil	214
Grafico 92. Ha visitado el SSR Vs Facultad	214
Grafico 93. Ha visitado el SSR VS Programa Académico	215
Grafico 94. Ha visitado el SSR Vs Semestre	215
Grafico 95. Ha visitado el SSR Vs Participación en Actividades	216
Grafico 96. Ha visitado el SSR Vs Formación Padre	216
Grafico 97. Ha visitado el SSR Vs Formación Madre	217
Grafico 98. Ha visitado otro profesional Vs Estrato	217
Grafico 99. Ha visitado otro profesional Vs Género	218
Grafico 100. Ha visitado otro profesional Vs Edad	218
Grafico 101. Ha visitado otro profesional Vs Religión	219
Grafico 102. Ha visitado otro profesional Vs Procedencia	219
Grafico 103. Ha visitado otro profesional Vs Estado Civil	220
Grafico 104. Ha visitado otro profesional Vs Facultad	220
Grafico 105. Ha visitado otro profesional Vs Programa Académico	221
Grafico 106. Ha visitado otro profesional Vs Semestre	221
Grafico 107. Ha visitado otro profesional Vs Participa en Actividades	222
Grafico 108. Ha visitado otro profesional Vs Formación Padre	222
Grafico 109. Ha visitado otro profesional Vs Formación Madre	223

RESUMEN

Para determinar la relación entre la percepción del servicio de salud sexual reproductiva de la Universidad del Valle con el uso que se hace de los servicios del mismo en los estudiantes de las Facultades de Administración y Salud de la sede San Fernando, Cali, Colombia, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que inició en el 2008. La muestra incluyó 1120 estudiantes, pertenecientes a la Facultad de Salud y a la Facultad de Administración. Esta población se caracterizó socio demográficamente, se estableció la prevalencia de su uso, y la relación entre la percepción de los servicios con el uso que se hacen de ellos. Las variables socio demográficas que mostraron asociación estadísticamente significativa con el uso de los servicios son el estrato, género, semestre, y programa académico. Se observa que las mujeres son las que mayor uso hacen de los programas, por lo cual se hace necesario el incrementar la tasa de uso para el género masculino. Se observa que las percepciones de la poca confianza y la creencia en que no hay confidencialidad afectan el uso de los servicios lo cual cambia a medida que aumenta la edad y dichas percepciones se hacen más positivas. Finalmente uno de los factores que en mayor medida afecta el uso del servicio es el desconocimiento del lugar generando la búsqueda de información en diversas fuentes como profesionales de la salud, amigos, revistas, libros, internet entre otro, creándose así la necesidad de diseñar estrategias que mejoren la consulta al servicio, disminuyan comportamientos de riesgo y aumenten la cultura de autocuidado en cada individuo.

INTRODUCCIÓN

El servicio de salud estudiantil de la Universidad del Valle cuenta actualmente con más de 20.000 usuarios, de los cuales un porcentaje altamente representativo son estudiantes adolescentes y jóvenes que oscilan entre los 16 y 25 años.

El servicio tiene adscritos cerca de 4500 alumnos en las Facultades de Salud y Administración. Es de interés para la dirección del Servicio de Salud, establecer de forma clara y actualizada la información de los usuarios con el fin de optimizar las condiciones de prestación del servicio implementando programas en pro del mejoramiento de la calidad de vida de todos aquellos que tienen dicho sistema de aseguramiento en salud el cual hace parte de los regímenes de excepción contemplados por la Ley 100 y corresponde a la política universitaria de ofrecer servicio de salud a la población universitaria estudiantil. La Universidad del Valle como institución pública tiene la obligación de ajustarse a las políticas de Estado que reclaman a éstas la necesidad de generar recursos propios y hacer uso eficiente de los desembolsos que hace el mismo, además de ajustar su presupuesto de funcionamiento, a los presupuestos del estado, que cada vez se ajustan en aras a racionalizar el gasto público y promover la inversión en lo social.

Resulta entonces de vital importancia para un servicio de salud como el de la Universidad del Valle, encontrar los mecanismos para optimizar el manejo de los recursos sin disminuir calidad en la prestación, reflejada en la satisfacción de los

usuarios del servicio, la implementación de políticas y programas de atención encaminados a realizar promoción y prevención sobre todo en una institución que posee gran cantidad de usuarios jóvenes, que se corresponde con el porcentaje de adolescentes y jóvenes en el país, los cuales presentan altos riesgos en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y enfrentan grandes barreras de acceso a los servicios y tienen altas repercusiones que afectan su rendimiento y continuidad escolar y por ende se constituye en factor de desarrollo social.

Una de las líneas de acción en las diferentes estrategias para promover la salud sexual reproductiva es el campo de la investigación, es así que basándose en aspectos como los índices de prevalencia en embarazos y transmisión de enfermedades sexuales en la Universidad del Valle Campus San Fernando se planteó describir si la percepción que el estudiantado tiene del servicio de SSR que tiene la Universidad del Valle, afecta el uso de los servicios del mismo. Para alcanzar este objetivo se propone caracterizar socio demográficamente la población, se indaga sobre la prevalencia de uso de los servicios del SSR, y finalmente se establece una relación entre la percepción de los servicios con el uso que se hace de ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas la atención integral en salud sexual de adolescentes y jóvenes ha presentado diversos avances a nivel mundial donde se han priorizado los programas de promoción y prevención primaria con énfasis en promoción de la salud y protección específica, a diferencia de hace algunos años donde el énfasis era meramente curativo. A pesar de haber sufrido este cambio de paradigma se ha evidenciado la baja asistencia a los servicios de salud cualificados, privándose de una guía profesional idónea que dé respuesta a las diferentes inquietudes, problemas o necesidades de este grupo poblacional.

Son numerosas las necesidades en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, como también los obstáculos que estos afrontan al tratar de mantener una buena SSR. Factores como la falta de conocimientos, información errónea, carencia de habilidades, acceso a servicios y programas además de las barreras psicológicas y sociales son factores de riesgo que pueden desencadenar problemas en la SSR en los adolescentes y jóvenes.

En Colombia se tiene una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva¹ la cual concibe los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos por lo cual su ejercicio debe de ser garantizado por el Estado y sus Instituciones. Es

¹ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. 2003 pág. 13

así que la Universidad del Valle, como institución de educación superior, en su programa de Bienestar Universitario y de acuerdo a la normatividad para las instituciones de educación superior (Ley 30 de diciembre 28 de 1992, artículo 117), le compete participar con acciones específicas para los jóvenes y diseñar una serie de estrategias a fin de crear ambientes amigables y transmitir información confiable para que los jóvenes se interesen y participen de los programas de promoción, prevención y atención realizados en coordinación con las instancias de salud correspondientes.

Una de las líneas de acción en las diferentes estrategias para promover la SSR, es el campo de la investigación, es así que basándose en aspectos como los índices de prevalencia en embarazos y transmisión de infecciones de transmisión sexual en la Universidad del Valle Campus San Fernando se pensó en describir si la percepción que el estudiantado tiene del servicio de SSR que ofrece la Universidad del Valle, afecta el uso de los servicios del mismo.

Esto es de vital importancia para un servicio de salud como el de la Universidad del Valle, pues permite encontrar los mecanismos para optimizar el manejo de los recursos sin disminuir la calidad en la prestación, reflejada en la satisfacción de los usuarios del servicio, y la implementación de políticas y programas de atención encaminados a realizar promoción y prevención en una institución que posee alto porcentaje de usuarios adolescentes y jóvenes, claramente afectados por situaciones relacionadas con la SSR, que si bien pueden ser adecuadamente

atendidas, generan altos costos y podrían abordarse a través de otros mecanismos diferentes a la atención curativa, por ejemplo desde programas educativos que hagan partícipes activos a los miembros de la comunidad universitaria usuaria del servicio.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los estudios de uso de servicios y percepción que tienen los usuarios de estos, son utilizados para la toma de decisiones gerenciales en diferentes sectores de la economía, los costos en que incurre una institución de salud por la no utilización de los datos relevantes de su institución y de sus usuarios, generan poca efectividad en la atención y altos costos en la producción, generando usuarios poco satisfechos con la prestación del servicio y debilitamiento de la parte financiera de la institución.

Los indicadores en Salud sexual y reproductiva están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y en general con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital.

El incremento de embarazo en adolescentes, el aborto en condiciones inadecuadas, el cáncer de cérvix, el embarazo no deseado y las infecciones de

transmisión sexual, incluyendo el VIH y el SIDA, determinan la situación en salud sexual y reproductiva.

En el municipio de Santiago de Cali, el 23% del total de gestantes controladas en las instituciones de la red pública corresponde a gestantes adolescentes. Desagregando esta información por comunas ese porcentaje alcanza hasta un 40% en algunas comunas como las del Distrito de Aguablanca.

Con relación al cáncer de cérvix, a pesar de que en los últimos 5 años en Cali, la tasa de incidencia se mantiene estable y la mortalidad ha disminuido, la cobertura en la toma de citologías cervico-uterinas a nivel municipal sigue siendo baja.

Referente a VIH/SIDA, las tasas siguen en aumento, la prevalencia para Cali en el último estudio centinela se encontró en 0.7%. Una de las poblaciones más afectada es la adolescente, único grupo poblacional donde es mayor el número de casos en población femenina. A nivel general, por 2.7 hombres diagnosticados con VIH existe una mujer en iguales condiciones. En población de 10 a 19 años de edad, esta relación es de 1: 0.6 en el año 2003, lo cual evidencia un riesgo altísimo de VIH perinatal, producto de embarazos en la adolescencia.

Por estas razones urge la necesidad de conocer la población usuaria de un servicio y sus creencias con relación a su SSR las cuales servirán para direccionar

recursos y encaminar esfuerzos a satisfacer las necesidades particulares de una población tan importante para el desarrollo de un país como lo son los jóvenes.

HIPÓTESIS

- La percepción que el estudiantado del Campus San Fernando tiene del servicio de SSR de la Universidad del Valle, afecta el uso que se hace de los servicios del mismo.

OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- Describir la prevalencia de uso de servicios de SSR y la percepción de la calidad del mismo en el servicio de salud de la Universidad del Valle.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio demográficamente la población estudiantil de las Facultades de Ciencias de la Administración y de Salud de la Universidad del Valle en Cali, Colombia.
- Establecer prevalencia de uso de los servicios de SSR y los factores asociados.
- Establecer la relación entre la percepción de los servicios con el uso que se hace de ellos.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. MARCO DE ANTECEDENTES

Estudios realizados en jóvenes y adolescentes de Cali y del Valle del Cauca, han permitido obtener una descripción de los diferentes factores que los exponen a una mayor vulnerabilidad y/o riesgo para adquirir ITS-VIH/SIDA; estos jóvenes reflejan en forma indirecta el patrón de los estudiantes de la Universidad ya que pueden ser en algún momento miembros de la comunidad universitaria. El estudio sobre actitudes, conocimientos realizado en población de 11 a 78 años de edad en Cali por Taller Abierto (2004)² mostró que las mujeres tienen actitudes negativas hacia su propio género en relación al embarazo en jóvenes debido a que ellas mismas no se cuidan y un alto porcentaje no está de acuerdo con el uso del condón; tanto hombres como mujeres tienen actitudes negativas hacia homosexuales y prostitutas respecto al cuidado para la prevención del VIH-SIDA; en cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 29% de los hombres y el 12% de las mujeres las tuvo antes de los 15 años. El 26% de los hombres y el 9% de las mujeres reportaron relaciones sexuales en los últimos 12 meses con más de una pareja. El 32% de hombres y mujeres jóvenes no usaron método anticonceptivo alguno en su última relación sexual.

² Taller Abierto y Secretaria de Salud de Cali. Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en la población de Cali. Taller Abierto, Cali. 2004.

Un estudio realizado entre adolescentes y jóvenes de la Comuna 18 de Cali (Arias y Col, 2003)³ muestra que la edad de la primera relación sexual fluctúa entre los 7 y 16 años con un promedio de 13 años. Existe una tendencia en ambos sexos a iniciar su vida sexual con parejas mayores que ellos de 1 a 3 años. Otro estudio realizado en jóvenes entre los 11 y 17 años de edad del municipio de Jamundí mostró que el 38.2% reportaron tener vida sexual activa al momento del estudio (Vásquez y col. 2005)⁴.

La Vicerrectoría de Bienestar Universitario, en seguimiento a estudios realizados en el servicio de salud de la Universidad del Valle, demuestra entre las causas más frecuentes de consulta, las enfermedades del tracto respiratorio superior, la gastritis, el poliparasitismo, las infecciones de transmisión sexual y los traumas generados por accidentes de tránsito (Plan estratégico de Desarrollo 2005-2015)⁵

En las distintas investigaciones realizadas con estudiantes en la Universidad del Valle, se ha encontrado un adecuado nivel de conocimientos sobre la práctica de una buena SSR; no obstante, las actitudes y la puesta en acción de dichas prácticas no se correlacionan con el conocimiento existente; por ejemplo aunque los estudiantes conocen los métodos anticonceptivos, menos del 50% de ellos los

³ Arias L, Ceballos J., Canaval, G. E. y cols. No solo el amor te salva. Feriva 2003. Cali, Colombia.

⁴ Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González d, Mejía ME, Villaquirán ME. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Colombia Medica, Vol. 36 N° 3, Sup. 1, jul-sep 2005

⁵ Plan estratégico de Desarrollo 2005-2015, Universidad del Valle. Imprenta Departamental, 2005.

han utilizado en su primera relación sexual. Hallazgos similares se encuentran en los estudiantes de medicina, para la práctica del autoexamen de seno, de testículo o la toma de citología Cervico vaginal⁶.

1.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES

La salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. Los indicadores de SSR están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital. Por esta razón, una política que apunte a mejorar la SSR es estratégica para producir un impacto significativo sobre algunos de los factores de inequidad y subdesarrollo y para lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y de la colectividad.

Reconociendo el impacto estratégico de la SSR, la presente política recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de

⁶ Magallanes J, León A, Arias L, Herrera J. Prácticas de salud y su relación con las características sociodemográficas de estudiantes de medicina. Colombia Médica, 1995, 26 (4): 132. 140.

derechos humanos y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR.

La Constitución Nacional define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado. Los DSR son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros. Es así como los desarrollos internacionales sobre DSR también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional colombiana y,

por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de SSR para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, e implica la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad, y la integralidad de los servicios.

La Constitución Nacional define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

En Colombia, la situación de SSR muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de

pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la SSR de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación. En el nivel territorial,

es necesario fortalecer la formación del recurso humano y los mecanismos de asistencia técnica, apoyar los procesos de evaluación de las entidades que hacen parte del SGSSS en cada departamento, distrito o municipio, y consolidar espacios de coordinación entre las entidades aseguradoras y los entes territoriales. De la misma manera, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) deben fortalecer los mecanismos de formación del recurso humano en la normatividad vigente y mejorar los sistemas de información relativos a la implementación del Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) para la vigilancia en salud pública. Los mecanismos de control de costos en ocasiones ponen en peligro la calidad de las acciones y responden a problemas de desarticulación entre los niveles directivo y técnico y al bajo desarrollo de habilidades de gestión.

Estas condiciones dificultan la realización de acciones en el área de SSR en condiciones de equidad y calidad y se convierten en factores que amenazan el cumplimiento de metas desde la oferta de los servicios.

En un área que involucra tantos aspectos de la vida de las personas como la SSR, las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial adquieren una importancia crucial para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del Estado. La ausencia o debilidad de los mecanismos de coordinación se traduce en duplicación de esfuerzos, desarticulación de acciones y, en general, en menores niveles de eficacia en las intervenciones. Por esta razón, la implementación

exitosa de la política en SSR exige la generación de alianzas estratégicas y la potencialización de los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado alrededor de agendas comunes.

Así mismo, en el campo de la SSR resulta relevante fortalecer las redes sociales significativas para las distintas personas, las cuales, por diversas razones tales como el parentesco, la importancia de compartir experiencias con pares en ciertas etapas de la vida, la movilización a la hora de una emergencia, entre muchas otras, terminan convirtiéndose en agentes importantes a la hora de la realización de acciones que demanden información y apoyo, en el contexto de la confianza y la solidaridad. En términos generales, es necesario que en nuestro país estas redes sean potenciadas ya que su accionar informado y oportuno puede, en muchos casos, contribuir al logro de las metas propuestas, mientras que su debilitamiento puede en unos casos incluso entorpecer el desarrollo de acciones propuestas desde las diferentes instancias estatales y gubernamentales.

La investigación cuantitativa y cualitativa en SSR, desde el punto de vista estadístico y de indicadores, biomédico y tecnológico así como socioeconómico y cultural, debe ser la principal herramienta para la toma de decisiones sobre criterios de intervención y acciones. A pesar de que se han adelantado estudios en este tema, hay vacíos importantes de información y de confiabilidad de los datos que señalan la urgencia de estimular los esfuerzos de investigación en todas las áreas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Finalmente, la SSR está afectada por factores de inequidad asociados a la mayor carga que enfrentan las mujeres en los eventos reproductivos debido a la baja participación de los hombres y a la falta de control social derivada de la poca participación y la ausencia de empoderamiento de los usuarios de los servicios.

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social. A pesar de que éstas son las áreas de intervención prioritarias para el desarrollo de la presente política, no debe desconocerse que existen otros temas importantes para la SSR que deberán abordarse de acuerdo con las necesidades y características de las diferentes regiones del país.

2. MARCO LEGAL

La aplicación del trabajo de investigación se encuentra fundamentado en las leyes que se enuncian a continuación:

LEY 100 DE 1993: “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones”

CAPITULO III. EL RÉGIMEN DE BENEFICIOS

Artículo 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

Artículo 166. Atención Materno Infantil. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley y sus reglamentos.

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año, del régimen subsidiado, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.

Parágrafo 1. Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se

entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional organizara un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2 % de los recursos anuales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el 10 % de los recursos a que se refiere el parágrafo 1o. del artículo 10 de la Ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional reglamentara los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto.

LEY 715 DE 2001 “Por la cual se desarrolla el sistema general de participaciones territoriales e inversión social”

T I T U L O III. SECTOR SALUD

CAPITULO I. Competencias de la Nación en el sector salud

Artículo 42. Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en

Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

42.2. Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

42.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

42.4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.

42.5. Definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

42.6. Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.

42.7. Reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.

42.8. Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea para su liquidación o administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento. El Gobierno Nacional en un término máximo de un año deberá expedir la reglamentación respectiva.

ACUERDO NUMERO 000293 de 2005: por el cual se asignan recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para el fortalecimiento de programas de salud sexual y reproductiva y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. *Objeto.* Destinar la suma de \$10.000.000.000.00 (diez mil millones de

pesos) de la Subcuenta de Promoción del Fosyga, para el fortalecimiento de las acciones de carácter integral, colectivas e individuales de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención y control de la fecundidad no deseada en grupos de mayor vulnerabilidad, que deben desarrollar las EPS; ARS y entidades territoriales, según disponibilidad presupuestal expedida por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 2°. Destinación y distribución de los recursos. Los recursos de que trata el artículo 1º del presente acuerdo se destinarán al desarrollo de las siguientes componentes de promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva.

- Fortalecimiento y ampliación de la estrategia integral de movilización social de apoyo a la Promoción y Prevención de SSR, Derechos Convertidos en Hechos, de tal manera que logre un mayor impacto sobre las franjas de población a riesgo y se involucren otros sectores de la sociedad civil, así como otras instituciones y entidades territoriales seleccionadas por su interés y vulnerabilidad. Esta estrategia incluye tanto la campaña en medios masivos como las acciones de capacitación en la oferta y el empoderamiento de la demanda.
- Estímulo a la oferta de métodos efectivos de planificación familiar para los municipios de mayor vulnerabilidad, cofinanciado proyectos interinstitucionales

de intervención que canalicen recursos de los diferentes actores del sistema que garanticen:

- Actividades de educación y consejería sobre los diferentes métodos de planificación familiar, desde la perspectiva de género y respetando los derechos sexuales y reproductivos, dirigidas a hombres, mujeres y parejas en edad fértil, que contribuyan a tomar una decisión informada sobre la regulación de su fecundidad.
- Servicios clínicos y quirúrgicos (métodos temporales y definitivos) de planificación familiar según riesgo y características de los usuarios (edad, expectativa obstétrica, vulnerabilidad).
- Respeto al derecho del(a) usuario(a) a otorgar el consentimiento individual informado escrito, para la realización de procedimientos (DIU, Implante Subdérmico, Ligadura de Trompas y Vasectomía).
- Campañas de tamizaje para detectar de manera temprana el cáncer de seno, cervicouterino, testículo y próstata, a través de acciones oportunas de diagnóstico como es el examen de mama, la citología vaginal.
- Orientar a mujeres y hombres afectada(o)s hacia servicios de diagnóstico definitivo y definir la manera adecuada y oportuna del tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y mayor expectativa de vida.

Parágrafo. Para la selección de las entidades territoriales objeto de la intervención, se tendrán en consideración criterios de riesgo tales como, mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, alta fecundidad, débil capacidad resolutive en salud sexual y reproductiva y compromiso político territorial.

Artículo 3°. *Presentación de Informes.* El Ministerio de la Protección Social deberá presentar ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, un informe consolidado de la distribución y asignación final de los recursos de que trata el presente acuerdo y una evaluación periódica del avance e impacto de estas inversiones.

LEY 1122 del 2007: “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, establece en el capítulo VI; artículo 33:

Artículo 33. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

- a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio;
- b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
- c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;
- d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;
- e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada período de cuatros años;
- f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;

- g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;
- h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;
- i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;
- j) El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;
- k) El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio;
- l) El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1°. El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Parágrafo 4°. El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el Decreto 272 de 2004 las siguientes:

- a) Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de la Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD

- El modelo de creencias de salud, desarrollado por investigadores del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en la década de 1950, se inspiró en un estudio de por qué la gente busca exámenes de rayos X para la tuberculosis. El modelo original incluía estos cuatro elementos:
 1. Susceptibilidad percibida (percepción subjetiva de un individuo de su riesgo de contraer la enfermedad) es una dimensión importante que valora como los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad de enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud, pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad.
 2. Severidad percibida (evaluación de un individuo de la gravedad de la afección y sus posibles consecuencias) se trata de la dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por un lado las consecuencias medico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y por otro lados las posibles consecuencias sociales (tales como la disminución en las

relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares)

3. Percepción de barreras (evaluación de un individuo de las influencias que facilitan o desalientan la adopción del comportamiento promovido) Así un individuo puede ver un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, doloroso o desagradable.

4. Percepción de los beneficios (evaluación de un individuo de las consecuencias positivas de la adopción de la conducta). Creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa de las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener, a la hora de enfrentarse a la enfermedad. Así por ejemplo aunque este sujeto este asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico, a menos que las perciba como eficaces para enfrentar su trastorno

Una variante del modelo son los costos percibidos de adherirse a la intervención prescrita como una de las creencias básicas.

Los factores de mediación se añadieron más tarde para conectar los distintos tipos de percepciones con el comportamiento de la salud prevista:

- Las variables demográficas (como edad, género, etnia, ocupación)

- las variables socio-psicológica (como el estado socioeconómico, la personalidad, estrategias de afrontamiento)
- Percepción de la eficacia (de un individuo auto-evaluación de la capacidad para adoptar con éxito el comportamiento deseado)
- Claves para la acción (influencias externas promover el comportamiento deseado, puede incluir información proporcionada y solicitada, recordatorios de otros poderosos, las comunicaciones persuasivas, y experiencias personales)
- La motivación de la Salud (si una persona siente la necesidad de ceñirse a un determinado objetivo de salud)
- Percepción de control (una medida del nivel de autoeficacia)
- Amenaza percibida (si el peligro impuesto por no realizar una acción de salud determinados recomienda es grande)

La predicción del modelo es la probabilidad de que la persona en cuestión lleve a cabo las acciones recomendadas de salud (como las acciones preventivas y curativas de salud).

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 ADOLESCENCIA

OMS y OPS definen la adolescencia como el periodo de 10 y 19 años de edad y la juventud como el periodo entre 15 y 24 años; “personas jóvenes” es un término que se utiliza para incluir a ambos grupos. OMS. A Picture of Health? Ginebra. 1995. En SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5. Para efectos de este documento se utilizarán los términos adolescentes y jóvenes para denominar a hombres y mujeres entre los 10 y los 29 años, teniendo en cuenta la normatividad existente en el sector salud y especialmente la establecida a través de la Resolución 412 de 2000, sobre Normas y Guías de Atención.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final, la capacidad social de reproducirse. Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se

individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que éste lo transforma.

3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS JÓVENES SEGÚN SU EDAD

3.2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA O INICIAL - 10 – 13 AÑOS⁷.

En la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años. En esta etapa las personas adolescentes experimentan cambios puberales que marcan el inicio de la misma. Se encuentran ambivalentes sobre separarse de sus padres o no y prefieren socializar con “pares” del mismo sexo. Conservan un pensamiento concreto con planes vagos hacia el futuro. En estos años se inicia la curiosidad sexual, principalmente a través de la masturbación, pero no exclusivamente. Se centran mucho en sí mismas y exploran qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

3.2.1.1 Cambios Biológicos

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos entre los 12 y los 18 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de la pierna, comienza típicamente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones de

⁷ Resolución 412 de 2000. Para efectos del modelo de atención se retoman los conceptos planteados en esta norma,

distribución adulta alrededor de los 13 ó 14 años. La menarquia (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad y puede suceder entre los 10 años o 15 años, a más tardar. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido simultáneo en la estatura, que alcanza el punto máximo alrededor de los 12 años.

Los hombres comienzan la pubertad más tarde, entre los 10 y los 16 años, y necesitan más tiempo para completar sus cambios: aproximadamente 7 años. Sus hormonas les engruesan la voz, los estiran corporalmente y les desarrollan los genitales, aumentando el tamaño de testículos y pene. Los niños pueden comenzar a notar agrandamiento escrotal y testicular alrededor de los 9 ó 10 años de edad, seguido rápidamente por el alargamiento del pene. El tamaño y forma de los genitales adultos se logra típicamente a los 16 ó 17 años. El crecimiento del vello púbico en los hombres, así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara, comienza alrededor de los 12 años y alcanza los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años. Un crecimiento rápido simultáneo en la estatura sucede entre los 10.5 y 11 años y entre los 16 y 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. En medio del proceso aparece la primera eyaculación o espermaquia.

3.2.1.2 Cambios Psicológicos/ sociales

Durante este periodo las personas adolescentes experimentan con mayor intensidad los cambios biológicos propios de la etapa. Esto implica la concentración de energía principalmente en la adaptación y comprensión de los cambios que ocurren en su cuerpo. En este momento es cuando los servicios amigables se convierten en aliados para apoyarlas en la asimilación del proceso de transición.

A diferencia de lo que sucedía en la infancia, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia fuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. Por lo tanto, la actitud del profesional de la salud incide en la adherencia a la institución y recomendaciones de prácticas saludables. En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos y habladores, no les gusta estar solos, desarrollan múltiples relaciones interpersonales.

3.2.1.3 Cambios Cognitivos

Durante esta etapa se dan varias transformaciones en términos de aprendizaje. Según Piaget, se desencadena el acceso al pensamiento formal por medio del cual se hace extensiva la lógica al dominio de las ideas, principios y proposiciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables.

A su vez, Bandura plantea que el aprendizaje infantil prepara al niño o la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades, de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera, su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado.

3.2.2 ADOLESCENCIA MEDIA - 14 - 16 AÑOS.

En este período es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. La persona adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Durante esta etapa es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

3.2.2.1 Cambios Biológicos

La primera menstruación y la primera eyaculación ocurren cada vez a edades más tempranas. En la actualidad se presentan antes de los 14 años. Cuando aparecen, mujeres y hombres dan por iniciada la etapa de capacidad reproductiva. Sus cuerpos quedan biológicamente aptos para generar nuevas vidas, pero el proceso

de convertirse en una persona adulta hasta ahora comienza. Esto es apenas un paso en el camino.

3.2.2.2 Cambios Psicológicos/ sociales

A medida que la persona avanza hacia la adolescencia media y más allá, el grupo de compañeros se extiende, hasta incluir integrantes del sexo opuesto. Son los primeros momentos en los que se es consciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del opuesto. En ese periodo, es más fácil para la persona identificar cuál es el sexo que le atrae.

3.2.2.3 Cambios Cognitivos

Los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas, lo que les posibilita dar opiniones más formadas y tomar decisiones. La profundización del pensamiento abstracto, idealista y lógico los capacita para dar soluciones alternativas a los problemas. También aumenta la toma de perspectiva, lo que les permite ver más rápido el punto de vista del otro. Si bien estos cambios tienen un efecto positivo a largo plazo sobre el desarrollo, en el momento pueden llevarlos a ser más discutidores e indecisos. Esta conducta es muy normal. Los adolescentes suelen poner en duda la moral y las creencias familiares. Manifiestan un mejor

análisis de los problemas y siguen un pensamiento crítico. Estos procesos del pensamiento les ayudan a ganar independencia y son importantes para la formación de su identidad.

3.2.3 ADOLESCENCIA FINAL O TARDÍA - 17 – 21 AÑOS.

(El límite superior depende del criterio de cada país para otorgar el estatus de mayoría de edad) En este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Eso lo faculta para establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por las determinantes de cultura, sexo, nivel educativo de la familia y el entorno social, entre otras.

3.2.3.1 Cambios Biológicos

Durante este periodo los cambios físicos tienen menor preponderancia frente a los cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos que se tornan primordiales para la transición a la etapa adulta. En este periodo esos cambios

biológicos se constituyen en la imagen corporal que se integra a la personalidad e identidad que lo distinguirá a lo largo de la vida.

3.2.3.2 Cambios Psicológicos/ sociales

Simultáneamente a la atracción por otras personas, las adolescentes empiezan a separarse de sus padres y otros adultos. Luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía. Con frecuencia encuentran fallas en las figuras de autoridad y discuten lo que les dicen las personas adultas. Analizando y debatiendo, los adolescentes y jóvenes se van independizando emocionalmente de su familia, construyendo un criterio propio frente a ella, el mismo que gradualmente les permitirá tener una relación diferente con ella en el futuro. Pero la conquista de la autonomía no es algo que sucede en un solo momento; por el contrario, se da extendida en el tiempo y en tensión permanente entre la dependencia o no de sus padres.

3.2.3.3 Cambios Cognitivos

Las personas jóvenes pueden ser analíticas y críticas de sus madres, padres y adultos con figura de autoridad, de la realidad económica y social que les rodea. Así es como van desarrollando su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual

aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las consecuencias de cada acto.

3.2.4 JUVENTUD

Según la OMS a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad y coincide con la consolidación del rol social. (SAM, AAP, OMS).

3.2.4.1 Cambios Biológicos

Durante esta etapa ya se han consolidado los cambios físicos y el adulto joven asume su cuerpo y su sexualidad como parte de su identidad y personalidad. “El típico adulto joven tiene buena salud, sus habilidades físicas y sensoriales son generalmente excelentes. Los patrones específicos de comportamiento, como hábitos en la comida, fumar, beber alcohol, y las maneras de reaccionar al estrés pueden tener un efecto directo en la salud”.⁸

3.2.4.2 Cambios Psicológicos/ sociales

⁸ Papalia, Olds, Desarrollo Humano, Novena Edición.2005. 508-515

En esta etapa frecuentemente se consolida el rol social; algunos jóvenes ya han conformado o están conformando una familia, han ingresado o se aprestan al mundo laboral, han concluido o están cerca de culminar su formación profesional. Cuestionan las actuaciones tradicionales de la sociedad adulta y piensan que todo se puede cambiar. Hay quienes se vinculan a asociaciones y grupos de apoyo, otros quieren conocer y explorar el mundo que se abre gracias a la independencia ganada. En general, durante esta etapa se consolida el ser social e individual y esto resulta de gran importancia, porque las decisiones que aquí se toman son definitivas para el futuro de la gran mayoría de las personas.

3.2.4.3 Cambios Cognitivos

El desempeño intelectual está en un nivel alto, se ha desarrollado su capacidad de pensar en abstracto, aumenta el control que tiene de su propia vida, toma decisiones más reflexivas y analiza las consecuencias de cada acto; comienza a consolidar la experiencia de las etapas anteriores y la inteligencia se torna contextual o práctica. La definición de un plan de vida laboral o de formación marca un cambio en el intelecto y la personalidad de la persona joven, cuando cuestionan presunciones y valores sostenidos por largo tiempo.

3.3 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS ADOLESCENTES

La juventud colombiana es tan grande en cantidad como diversa en sus formas de ser. En términos numéricos, Colombia tiene un 30% de su población entre 10 y 24 años⁹. Sin duda, son muchas personas y merecen especial atención de parte de los servicios de salud. El reto es mayor aún, porque esos millones de jóvenes no son un solo tipo de joven. Dentro de esa categoría de “juventud” se esconde una gran diversidad y muchas formas de ser. Los contextos ayudan a marcar esas diferencias y para la muestra varios botones: podemos hablar de jóvenes de zonas urbanas de ciudades grandes, municipios medianos y pequeños, también de jóvenes de zonas rurales o de jóvenes en condiciones socioeconómicas diferentes. De la misma manera, se pueden mencionar jóvenes afrocolombianos, indígenas, además de aquellos que viven en zonas urbano marginales, desplazados por la violencia o formando parte de los grupos armados.

3.4. SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Son varios los esfuerzos que realiza el país en pro del mejoramiento de la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes. Sin embargo, los resultados no son los esperados:

⁹ CEPAL 2000 En: SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO. p. 6

Adolescentes y jóvenes son víctimas de la violencia sexual: el 80% de estos casos ocurren al interior del hogar y en el 59% la víctima es una niña o mujer joven que no denuncia porque no conoce los procedimientos a seguir y la existencia de respuestas adecuadas para la atención de la violencia sexual.

Sólo el 20% de las adolescentes utiliza métodos de planificación familiar y del total de aquellas que tienen pareja estable solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos.

Cada vez son más las adolescentes que ya han sido madres o que están en su primer embarazo; la proporción pasó de 19% a 21% entre 2000 y 2005.

Las adolescentes que tienen menor nivel de conocimiento sobre el tema de ITS-VIH/SIDA son los más pobres, los de áreas rurales y en conflicto y los que se encuentran en los menores niveles de educación.

Las mujeres entre los 20 y los 49 años de edad de zonas rurales iniciaron sus relaciones sexuales a los 17.5 años, mientras que las habitantes de las zonas urbanas a los 18.5 años.

El nivel educativo influye en el inicio de las relaciones. Las mujeres que no accedieron a ningún tipo de educación formal tuvieron su primera relación a los 15.8 años, mientras que las que tuvieron acceso a la educación superior lo hicieron a los 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en los estratos 1 y 2 que el promedio nacional: dos de cada tres jóvenes de 19 años ya son madres.

Dos de cada cinco adolescentes han tenido relaciones sexuales y el 14% tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad.

3.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003, define la salud sexual y reproductiva de la siguiente manera: La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y

sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

3.6 SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Un servicio amigable en salud, constituye una “forma” de concebir la actividad diaria al interior de las unidades de atención en salud. Esta “forma” orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población, (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva.

Este tipo de servicios parte de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos.

Así mismo, busca orientar a prestadores, aseguradores y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, para facilitar que los profesionales puedan cumplir con su corresponsabilidad en la integralidad de la atención, de acuerdo con las competencias y obligaciones establecidas en la Ley.

4. MARCO CONTEXTUAL

4.1. SERVICIO DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

El Servicio de Salud de la Universidad del Valle es una entidad autónoma autorizada por el Acuerdo N° 005 de septiembre de 1997 y confirmado por la Ley 647 del 20 de febrero del año 2001, teniendo autonomía administrativa en el manejo de sus recursos.

4.1.1. Objetivo

El Servicio de Salud tiene como objetivo social la atención integral en salud, a todas aquellas personas que el reglamento defina como usuarios, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales mediante las acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, con el apoyo académico científico de la Universidad del Valle.

Estos servicios se prestan en la ciudad de Cali y a nivel nacional directamente a través de convenios con los servicios de salud de las universidades del estado y con Coomeva.

4.1.2 Misión

La misión del S.S. de la Universidad del Valle es:

- a. Consolidar al S.S. de la Universidad, como el mejor servicio de salud universitario y modelo para todo el sistema de seguridad social en salud en Colombia.
- b. Ofrecer cobertura de excelente calidad a los servidores públicos, pensionados, jubilados, familiares y a los estudiantes.
- c. Desarrollar un modelo que enfatice en la educación, el fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el autocuidado atendiendo a la curación, rehabilitación y recuperación; para ello utiliza el conocimiento científico y los recursos técnicos probados, analizados y aceptados en el área de la salud.
- d. Propender por alcanzar niveles crecientes de eficacia en el logro de sus objetivos y eficiencia en el aprovechamiento de los recursos.
- e. Aprovechar los diversos recursos académicos, científicos y tecnológicos, para fortalecer el desarrollo del modelo en salud.

En su portafolio de Servicios incluye:

1. Consulta Médica: Programada y de Urgencia, general y especializada.
2. Laboratorio Clínico e imagenología nivel 1 a 4, cirugía, hospitalización, medicamentos y rehabilitación.

3. Enfermería: fomento y educación de la salud.
4. Consulta Psicológica: asistencial, preventiva y educativa.
5. Salud Oral: programada, urgencia y preventiva.

4.1.3 Organización

La formulación de las políticas de seguridad social en salud de la Universidad, le corresponde a la junta directiva de seguridad social, la aprobación de estas políticas será función del Consejo Superior.

La dirección del S.S. de la Universidad del Valle estará a cargo del Director, el control de la ejecución de políticas y la organización estarán a cargo del Comité Administrativo de los Servicios de Salud.

El control de la calidad de la prestación de los servicios, corresponde a la oficina de garantía de calidad y al Comité de Vigilancia de los servicios de salud. La vigilancia y el control final de las actividades administrativas, estarán a cargo de la dirección de control interno de la Universidad del Valle.

El Servicio de Salud está regido por las siguientes normas:

- a. Ley 647 de Febrero 28 de 2001, que reglamenta el Servicio de Salud en el país.
- b. Acuerdo 002 de Octubre 31 de 1994, artículo 111 reglamenta la condición de estudiantes para el uso del Servicio.

- c. Resoluciones emanadas por el Consejo Superior: 003 de enero 19 de 1987, 056 de junio 2 de 1987, 081 de julio 5 de 1988, 018 de marzo 18 de 1994 y la 028 de julio 5 de 1996.
- d. Resoluciones emanadas por el Consejo Académico: 116 de julio 4 de 1985, 109 de junio 11 de 1986, 155 de noviembre 5 de 1987, 190 de noviembre 16 de 1989, 212 de diciembre 14 de 1989, 070 de junio 16 de 1994 y la 123 septiembre 17 de 1998.
- e. Resoluciones emanadas por Rectoría: 1.425 de julio 10 de 1996 y 1.042 de agosto 4 de 1999.

A Diciembre del 2001 tiene una cobertura total de 20.307 usuarios entre docentes, empleados, oficiales, jubilados, pensionados, contratistas, familiares de funcionarios, estudiantes y convenios.

Hasta ahora no ha sido caracterizada la población del servicio en términos de enfermedades prevalentes, causa de consulta, calidad en el servicio, satisfacción de usuarios.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva cuenta con los siguientes servicios:

- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Consejería para toma prueba examen de Elisa subprograma SIDA.

- Consejería post test HIV (prueba de Elisa)
- Formulación de Medicamentos Anticonceptivos
- Control de planificación Familiar
- Control prenatal
- Escuela de padres: preparación para el trabajo de parto y puerperio (curso psico-profilaxis).
- Entre los procedimientos en la parte de salud reproductiva, está la toma de muestras para frotis vaginal y citología vaginal.

5. METODOLÓGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal

5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio tiene como objetivo principal describir la prevalencia de uso de servicios de SSR y la percepción de la calidad del mismo que tienen los estudiantes de dos Facultades del Servicio de Salud de la Universidad del Valle, para ello se tomó como población específica los estudiantes de las Facultades de Ciencias de la administración y Salud. Aunque el universo lo conforman 5299 personas, según datos de Registro académico para el Campus de San Fernando serán objeto de investigación los datos proporcionados por los estudiantes que de manera voluntaria acudan a la invitación para diligenciar en las salas de sistemas la encuesta previamente elaborada y aprobada

Es importante señalar que esta investigación incluye personas de ambos sexos, de todos los semestres académicos, ambas jornadas y de todos los grupos

étnicos. 2824 corresponden a la Facultad de Administración y 2475 corresponden a la Facultad de Salud.

Población de Referencia fueron 1120 estudiantes de ambas facultades.

5.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Si bien la población total fue de 5299 estudiantes de diferentes programas de pregrado de las Facultades de la Sede San Fernando, para la fecha de elaboración de la entrevista, se realizó un muestreo por conveniencia, donde lo más importante de este tipo de muestreo es que los sujetos deciden o no colaborar en la investigación. Es así que el tamaño total de la muestra consistía en el número de estudiantes que de forma voluntaria decidieron diligenciar la encuesta.

Las actividades que se realizaron para obtener una muestra representativa que de cuenta de la prevalencia y la percepción del SSR fue invitar a la comunidad de estudiantes de las Facultades de Administración y Salud, a su participación, se utilizaron diferentes estrategias para lograr convocatoria, se solicitó a los decanos de ambas Facultades permitir extender invitación para la participación a los estudiantes de los diferentes programas académicos de ambas facultades. Además se realizó invitación a través de carteles y actividades informativas con relación al estudio.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo (univariado) utilizando medidas de tendencia central con sus respectivas medidas de dispersión. Inicialmente se consideró un valor $p < 0.05$ como significativo. Aunque con el total de encuestas diligenciadas se obtuvo un Intervalo de Confianza del 99.9%. Para el análisis bivariado en el caso de las variables cualitativas se aplicó la Prueba de Chi cuadrado y la correlación en las variables cuantitativas.

Para el análisis de esta información se construyó una base de datos con la ayuda del Programa Epi Info en su versión 6.04. Este software es de uso público y de libre aplicación y fue diseñado por el Center for Disease Control and Prevention de Atlanta en USA, como contribución en su lucha contra el Sida. Este fue utilizado para el análisis univariado.

5.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

5.4.1. DEFINICIONES

5.4.1.1 Variable Dependiente

Uso de los servicios de Salud sexual y reproductiva en la Universidad del Valle.

Consulta en los últimos 6 meses	Indaga sobre la visita al SSR en los últimos 6 meses	No, No sé, No recuerda y sí.		Nominal.
Consulta en los últimos 6 meses a otra	Indaga sobre la visita al otra institución o	No, No se, No recuerda y	Categorización sobre si ha visitado, no lo ha	Nominal.

institución profesional	o profesional para tratar temas relacionados con la SSR en los últimos 6 meses	si.	hecho o no lo recuerda a otro profesional par indagar sobre la SSR	
--------------------------------	--	-----	--	--

5.4.1.2 Variable Independiente

Son las variables socio demográficas como: el estrato socioeconómico, sexo, edad, religión, lugar de residencia, estado civil, facultad, programa académico, semestre, participación en actividades por fuera de la universidad, ultimo nivel de estudio del padre, ultimo nivel de estudio de la madre, y la percepción de los servicios de Salud sexual y reproductiva en la Universidad del Valle que abarcan la confianza, confidencialidad, el acceso, la conveniencia del horario, la comodidad del consultorio y el conocimiento del servicio.

5.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala
Sexo.	Diferencia biológica entre el hombre y la mujer.	Tipo de género: masculino y femenino.	Población masculina y femenina de personas que estudian en los programas académicos señalados	Nominal
Edad.	Tiempo de años transcurridos desde el momento del nacimiento hasta	Edad cronológica cumplida.	Categorización por años	Ordinal

	el momento de la entrevista.			
Estado Civil.	Estado de la persona respecto a sus deberes y derechos sociales, económicos, religiosos y legales, al señalar si existe o no algún vínculo marital.	Tipo de estado civil al momento de la encuesta solteros, casados, unión libre, separados o divorciados y viudos	Jóvenes categorizados por el estado civil: solteros, casados, unión libre, separados o divorciados y viudos	Nominal.
Religión	Indica el credo religiosos que se profesa o no.	Tipo de religión: católica, protestante, otra, ninguna.	Jóvenes que profesan o no alguna religión.	Nominal.
Semestre.	Indica el último semestre que aprobó	1 , 2 , 3, 4, 5, 6 etc.,	Categorización de estudiantes según el semestre académico alcanzado	Nominal.
Estrato Socioeconómico.	Indica el nivel de vida según el barrio donde reside el joven, clasificados por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal, de las Empresas municipales de Cali y por el DANE.	Estrato 1: bajo-bajo, Estrato 2: bajo, Estrato 3: medio-bajo, Estrato 4: medio, Estrato 5: medio-alto, Estrato 6. alto.	Categorización de los estudiantes según estrato socioeconómico donde residen: Estrato 1, 2, 3, 4 , 5 o 6.	Nominal.
Lugar de residencia	Indica el municipio en que vive la persona mientras asiste a la universidad	Municipio en el que vive mientras asiste a la universidad	Categorización de los estudiantes según el lugar donde viven mientras asisten a la universidad:	Nominal

			Buga, Cali, Fuera del Valle, Jamundi Otra del Valle, Palmira o Tuluá.	
Facultad	Indica la facultad a la que pertenece el sujeto encuestado	Facultad a la que pertenece el programa académico que cursa.	Categorización de los estudiantes según la Facultad a la que pertenecen: Facultad de Salud o Administración.	Nominal
Programa Académico	Indica el programa académico al que pertenece el estudiante.	Tipo de programa académico que cursa actualmente.	Categorización de los estudiantes según el programa académico al que pertenecen: Administración diurna, Administración nocturna, Atención prehospitalaria, Bacteriología, Comercio Exterior, Contaduría Diurna, Contaduría Nocturna, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina y cirugía, odontología y Terapia Ocupacional.	Nominal
Participación en actividades por fuera de la universidad	Indica si la persona participa o no en actividades por fuera de la universidad.	Participa o no en actividades por fuera de la universidad.	Encuestados que participan o no en actividades por fuera de la universidad.	Nominal
Ultimo nivel	Indica el ultimo nivel de estudio	Ultimo nivel de estudio completo	Personas que señalan el ultimo	Nominal

educativo del padre	completo que alcanzo el padre.	paterno.	nivel de estudio completo que alcanzo el padre: ninguna, no sé, primaria, secundaria, técnico o universitario.	
Ultimo nivel educativo de la madre	Indica el ultimo nivel de estudio completo que alcanzo la madre.	Ultimo nivel de estudio completo materno.	Personas que señalan el ultimo nivel de estudio completo que alcanzo a madre: ninguna, no sé, primaria, secundaria, técnico o universitario.	Nominal.
Confianza	Indica la percepción de que el otro actuará de manera idónea, responsable	No, No he visitado. No sabe y si.	Categorización de acuerdo con la esperanza y absoluta seguridad que le brinda el SSR	Nominal.
Confidencialidad	Indica la percepción que tiene el estudiante que la información tratada no será divulgada ni manejada por personas no autorizadas	No, No he visitado. No sabe y si.	Categorización de acuerdo con el manejo de la información que hace el servicio de SSR	Nominal.
accesibilidad	Posibilidad de llegar a hacer uso del servicio	Fácil, No Fácil, No he visitado. No sabe.	Categorización de acuerdo con la posibilidad de llegar hasta el servicio de SSR	Nominal.
Conveniencia de horario	Horarios que faciliten la búsqueda o asistencia al servicio al SSR	No, No he visitado. No sabe y si.	Categorización de acuerdo con la percepción de conveniencia de los horarios establecidos para la atención en el	Nominal.

			SSR	
Comodidad	Si el consultorio le resulta agradable, ameno, acogedor	No, No he visitado. No sabe y si.	Categorización sobre la comodidad que se siente al tratar temas relacionados con la sexualidad	Nominal.
Dificultades para consultar	Razones por las cuales no ha utilizado el servicio de SSR	1. Falta de dinero 2. Personal del servicio poco amistoso 3. Me da vergüenza 4. Es difícil encontrar el Servicio de Salud 5. No confianza en los médicos 6. Temor de ser identificado(a)	Algunas situaciones que dificultan o evitan el uso del servicio de SSR	Nominal.
Conocimiento del SSR	Identifica que existe el lugar donde atienden necesidades relacionados con la SSR	SI, No	Conoce o no el lugar donde pueda consultar temas relacionados con la SSR	Nominal.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto tuvo aval del comité de ética Humana de la Universidad del Valle y fue catalogado como sin riesgo y se utilizó con la autorización de los investigadores principales, la base de datos construida en otro estudio que finalizó en la Universidad del Valle- Campus San Fernando, del cual el investigador principal del presente estudio participó, este fue un estudio descriptivo basado en la metodología de Investigación- Acción- Participación. Este proyecto titulado “Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para estudiantes de la Universidad del Valle- Campus San Fernando” el cual fue financiado con recursos de convocatoria interna de la Universidad del Valle y se encuentra radicado en la Vicerrectoría de Investigaciones con el CI No. 1557.

7. RESULTADOS

7.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

La población objeto de estudio comprende un universo de 5299 personas, de las cuales 2824 corresponden a la Facultad de Administración y 2475 corresponden a La Facultad de Salud. Para realizar el estudio se practicó un muestreo por conveniencia, es así que después obtener la participación total de 1206 estudiantes y de haber realizado la limpieza de la base de datos se obtuvo una muestra de 1120 registros

7.2. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

La muestra final de las dos facultades corresponde a 1120 registros, de los cuales 461 personas (41.2%) pertenecen a la Facultad de Administración, 657 (58.7%) a la Facultad de Salud, y una persona (0.1%) pertenece a ambas facultades. En cuanto al sexo se tienen 415 hombres (37.1%) y 704 mujeres (62.9%) donde sólo una persona expresa no saber el sexo al que pertenece.

Las edades más frecuentes entre los estudiantes encuestados fueron de: 19 (16,8%) y 20 años (15,8%). La mediana fue de 20 años y los adolescentes en fase final correspondieron al mayor porcentaje de todos los grupos etáreos (39,2%).

Del total de los estudiantes encuestados en la universidad que reportaron información de residencia (1115), el 42.9% pertenece al estrato 3, el 23,9% al estrato 2, el 12.6% al estrato 4, el 9.4% al estrato 5, el 9% al estrato 1 y solo el 1.8% pertenecen al estrato 6, así mismo se tiene que con un 89.3%, Cali es el principal lugar de residencia lo cual evidencia que mas de la mitad de la muestra pertenecen a las clases medias-bajas y medias-medias de la ciudad.

Respecto al programa académico, fueron los estudiantes de medicina y cirugía los que constituyeron el mayor porcentaje (18,4%), seguidos de atención prehospitalaria con un 16,1%, comercio exterior con el 12,7%, y Administración (diurno) con el 11,6%.

En cuanto a los semestres se observa que son los estudiantes de quinto semestre los que constituyen el mayor porcentaje (19,6%), seguidos de los de primer semestre (18,8%), tercer semestre (15,6%) y séptimo semestre (10,8%).

Al indagar sobre las actividades por fuera de la institución se encontró que el 60,3% de los estudiantes no participan en grupos por fuera de la universidad. Por

otro lado, de los 443 estudiantes (39,6%) que respondieron afirmativamente: el 33,2% refieren participar en equipos deportivos, el 25,3% en trabajo remunerado, el 22,3% en grupos religiosos, el 19,4 en grupos académicos, el 7,9% en grupos de debate, el 3,8% en grupos teatrales.

Por estado civil se tiene que 1043 estudiantes (93.1%) son solteros. No obstante, es importante considerar que el 3% son casados y el 3% viven en unión libre.

En el tema religioso se encontró que más de la mitad de los encuestados pertenecen a la religión católica con un 68,7%, el 15,2% no tiene religión, y el 15,8% pertenecen a otra religión. Dentro de las minorías con un 6,6% están aquellos que se califican como protestantes, y con un 0.4% aquellos que se consideran judíos.

Con relación al número de personas que viven con el estudiante se halló que la mayoría vive con 2-4 personas (69,7%), el 17,3% viven con más de cinco personas (familias extensas), el 10,3% vive con una persona y el 2,6% viven solos.

En relación al número total de hermanos y hermanas: la mayoría (62,3%) tiene entre 1 a 2 hermanos, el 19,4% entre 3-4 hermanos, el 10% son hijos únicos, y el 7,5% tiene más de cinco hermanos. Aquí es importante señalar que la mayoría de los estudiantes (44,5%) desempeñan el papel de hermano mayor.

Por nivel de estudio que alcanzó el padre, el mayor porcentaje correspondió a la secundaria (28,8%), seguidos del nivel universitario con un 27,7%, el nivel de primaria con un 21,4% y el nivel técnico con un 15,3%. En cuanto a las madres: el mayor porcentaje de ellas tenía estudios de secundaria (37,3%) seguidos por el nivel de primaria (22,1%), el nivel universitario con un 21,2% y finalmente por el nivel técnico con un 17,1%. Aquí resulta interesante señalar que no se observan grandes diferencias en los niveles de estudios universitarios, técnicos y de primaria, por otra parte si se da cierta diferencia en el nivel de secundaria, donde las madres superan a los padres con un 8,5%.

Finalmente la pregunta ¿Quién vive con usted? Tiene el objetivo de clasificar a las familias de los estudiantes encuestados, es así que el 44,1% pertenece a una familia nuclear; el 19,2% vive con otros familiares es decir que pertenece a una familia extensa; el 18,9% vive en una familia monoparental, el 6,4% vive con personas quienes no son familiares; 4,5% vive en una familia reconstituida, el 3,2% vive en una familia en formación, y el 2,8% vive solo.

7.3. PERCEPCIÓN DEL SERVICIO INSTITUCIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

De los 1120 estudiantes encuestados, 1069 contestaron la pregunta que indaga sobre la confianza que le brinda el servicio de salud de la universidad para consultar acerca de su SSR. El 36,2% de los encuestados respondieron

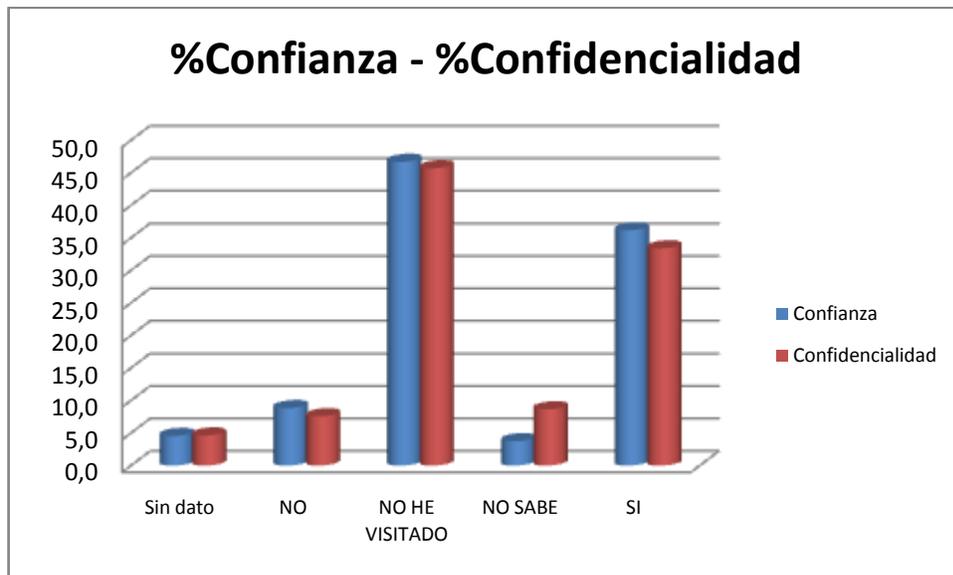
afirmativamente, mientras que el 8,8% responde no sentir confianza para consultar al respecto, personas que no ha visitado el servicio (46.7%) o que simplemente no sabe de él (3,8%).

Tabla1. Confianza para consultar al Servicio de Salud

CONFIANZA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE SALUD						
	ADOLESCENTES		JOVENES		ADULTOS	
	H	M	H	M	H	M
NO	5,7	6,5	12,4	8,7	11,1	16,7
NO HE VISITADO	58,2	54,5	46,4	39,3	28,6	33,3
NO SABE	4,4	5,0	3,1	2,5	4,8	3,3
SI	28,5	30,8	32,5	45,2	47,6	36,7

En cuanto a la confidencialidad que ofrece a los estudiantes el Servicio de salud para solucionar interrogantes acerca de su SSR el 33,4% responde positivamente mientras que el 7.6% responde no sentir que haya confidencialidad para solucionar dichos interrogantes. El 45,7% de los encuestados manifiestan no haber visitado el servicio de salud y el 13,3% no sabe o no responde.

Cabe resaltar al inicio de estos resultados que comparando la confianza en el servicio y la confidencialidad que la gente cree tiene el servicio se encuentran resultados similares en estas dos variables.



Frente al acceso al servicio de salud para solucionar los problemas de salud sexual el 36% expone que es fácil, el 12,8% responden que el acceso no es fácil, el 34,6% no ha visitado el servicio y el 16,6% no sabe o no responde.

Tabla 2. Opinión sobre el acceso a los servicios de salud.

OPINIÓN SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD						
	ADOLESCENTES		JOVENES		ADULTOS	
	H	M	H	M	H	M
FACIL	27,8	34,6	35,6	42,1	38,1	31,7
NO VISITADO HE	41,1	41,4	37,6	26,6	22,2	26,7
NO FACIL	8,2	9,7	9,3	18,3	20,6	15,0
NO SABE	19,6	10,6	11,9	8,4	9,5	15,0

Respecto a la conveniencia del horario de atención del Servicio de Salud el 29,4% de las personas indica que el horario es conveniente, mientras el 23,4% indica que no es conveniente el horario. El porcentaje de no visita al Servicio de Salud es de 32,1% y no saben o no respondieron el 15,1%.

Al preguntar sobre la comodidad del consultorio del Servicio de Salud para tratar temas sobre la sexualidad, el 31,1% responde que es cómodo contrario al 20,4% que responde negativamente. Nuevamente se topa con que un gran porcentaje no ha visitado el servicio (37,3%) y el 11,2% no saben o no responden.

Sobre las dificultades que han presentado los estudiantes para visitar el servicio se obtuvo que en primer lugar se encuentra la no confianza en los médicos (27%) y el sentir vergüenza (27%). En segundo lugar se encuentra el temor a ser identificados (24,1%) seguidos por el comportamiento poco amistoso del personal del servicio (18,4%), la dificultad para encontrar el servicio de salud (15,4%) y la falta de dinero (15,4%).

El conocimiento de un espacio en la universidad en donde se oriente y ayude sobre las dudas en salud sexual y reproductiva es bajo, pues solo el 25% posee dicha información, en contraste con el 68.9% de los estudiantes quienes admiten desconocer este tipo de espacios.

7.4 USO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las visitas al servicio de salud en los últimos 6 meses para obtener información sobre salud sexual y reproductiva han sido del 15,1%, un porcentaje considerablemente bajo al compararlo con aquellos que manifiestan no haberlo hecho (75.4%) o con aquellos que no lo recuerdan, no saben o no responden (9,5%).

En cuanto a las visitas de profesionales de la salud diferentes a los profesionales del servicio de salud de la universidad del valle, en los últimos 6 meses, un 31,1% responde afirmativamente en tanto que el 61,2% no lo ha hecho y un 7,8% no responde, no recuerda o no sabe.

Finalmente resultó llamativo indagar sobre las fuentes de información que usan los estudiantes para aclarar sus dudas sobre sexualidad, dichas fuentes en orden de importancia son; los profesionales de salud con un 66,9%, aunque el 21,4% no los consultan., en segundo lugar se encuentran los amigos quienes son consultados en un 56.3% mientras el 37,4% no consideran a los amigos como fuente de información para este tipo de temas, en tercer lugar están los libros, revistas u otros familiares con un 43,6% aunque para el 37,4% esto no aplica., la cuarta fuente de información es la madre con un 28,6% de aceptación mientras el 53,6% no, en el quinto lugar de aceptación esta la radio y la televisión las cuales

tienen un porcentaje del 26,1% como fuente de información, a pesar de que un 52,7% no lo considera de esa manera., con una aceptación del 20,9% esta el psicólogo aunque el 59% de los encuestados no buscan a este profesional para los temas de SSR., Un hermano es consultado en un 13,4% en contraste con el 66,7% que no lo hace., el padre goza de una aprobación del 10,8% a pesar del 68,8% que no busca ayuda en su figura paterna., con porcentajes mínimos están las figuras religiosas como los sacerdotes o padres que son buscados en un 4,8% en tanto que un 74% de los estudiantes no buscaría información en ellos. Como ultima fuente de información y con el porcentaje más bajo de la encuesta en relación a esta pregunta se tienen a los abuelos con un 2,3% de aceptación frente a un 76% de usuarios que no los consultarían.

Tabla 3. Consulta para aclarar dudas.

CONSULTA PARA ACLARAR DUDAS						
	ADOLESCENTES		JOVENES		ADULTOS	
	H	M	H	M	H	M
AMIGO	57,6	68,2	47,9	55,4	42,9	33,3
HERMANO	15,8	15,3	10,8	11,8	15,9	11,7
PAPA	29,1	9,3	11,9	4	11,1	3,3
MAMA	39,9	38,3	15,5	26	14,3	18,3
PROF SALUD	62	65,1	60,8	74,6	65,1	68,3
ABUELOS	3,2	2,2	0,5	2,8	3,2	3,3
LIBROS	45,6	48,3	41,2	42,4	39,7	31,7
RADIO, TV	34,8	29,6	23,2	20,7	23,8	23,3
SACERDOTE	4,4	5,6	5,7	3,4	9,5	1,7
PSICOLOGO	33,5	24,9	13,4	16,7	17,5	16,7

8. DISCUSIÓN

La percepción es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno¹⁰. De lo anterior se infiere la importancia que dicha percepción juega en la mente de los Universitarios; pues de este proceso dependerá el desempeño y la participación del individuo dando origen a efectos positivos o negativos a nivel individual y/o social.

De la información recibida e interpretada procedente del entorno en cuanto a Salud Sexual Reproductiva se refiere, dependerán en gran medida comportamientos que podrían generar o prevenir situaciones riesgosas como un embarazo no deseado o ETS que podrían terminar por generar deficiencias las cuales limitan o restringen la participación del sujeto en las diversas esferas de vida y que a nivel económico representan un gasto alto para los servicios de Salud.

Para prevenir consecuencias como las nombradas en el párrafo anterior, el contexto puede servir como facilitador para brindar de manera estratégica las herramientas que los estudiantes Universitarios necesitan para poder adoptar

¹⁰ Wikipedia.com [pagina web en internet] España: Enciclopedia libre. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3n>. Actualizada el 5 de julio de 2010.

comportamientos seguros enmarcados en la cultura del autocuidado y generando decisiones seguras para el propio cuerpo y para el cuerpo del otro.

Establecer la relación entre la percepción con el uso que los Universitarios pertenecientes a la Facultad de Administración y Salud le dan al servicio de Salud Sexual Reproductiva se convierte entonces en una herramienta afortunada para diseñar estrategias de alto impacto que permita reforzar y/o modificar percepciones puntuales que contribuyan de manera positiva a la Salud Sexual de cada sujeto promoviendo la participación activa y consiente de la persona.

143. ¿Le brinda confianza el Servicios de Salud para consultar acerca de su Salud Sexual y reproductiva?

En esta pregunta se realiza el cruce con las variables sociodemograficas encontrando los siguientes resultados: Para el estrato relacionado con la confianza que siente la gente para consultar el servicio de salud se encuentra con un pico de confianza de casi 41% en el estrato 3 iniciando con una confianza del 32% en el estrato 1 y terminando con el 15% en el estrato 6.

Por genero se encuentra una confianza del 38% en las mujeres comparada con 33% del hombre, por edad se encuentra que la confianza en el servicio se incrementa de manera constante a medida que aumenta la edad del estudiante, es decir el porcentaje de confianza de los adultos es mayor que el de los adolescentes.

De acuerdo a la religión, los que se auto reconocen judíos tienen un nivel de confianza del 60%, seguido por los católicos con el 39% y los de otras religiones con el 38%,

Según el estado civil, cabe resaltar que las personas separadas, o no han visitado, el 66,6% o no responden la pregunta, 33.3%, es decir el tener una relación estable podría significar que se pierda contacto con este servicio, los casados tienen un nivel de confianza mayor que el resto de personas, 56%, seguidos por los que conviven en unión libre un 41% y los solteros con un 36% de las personas que aceptaron no tener relación de pareja estable.

Por facultad la diferencia es de 8 puntos porcentuales, del 34% en salud, frente al 26% en administración, aunque desagregado por programa académico, el mayor nivel de confianza se observo en el programa académico de administración nocturno con 51%, de 87 personas de este programa académico, 44 reconocen sentir confianza en el servicio, estos están seguidos por programas de la facultad de salud como APH, Bacteriología y Terapia Ocupacional.

Con respecto al semestre académico que cursan estos estudiantes, se observa como la confianza se incrementa desde el séptimo semestre en adelante y es baja en los primeros semestres. La confianza en el servicio para tratar temas relacionados con la SSR cruzada con la pregunta sobre la participación en

actividades por fuera de la Universidad no se encuentran diferencias entre los que si participan en actividades por fuera y los que no lo hacen.

Según el nivel de formación académica del padre, los que responden como nivel alcanzado secundaria, presentan un porcentaje mayor de confianza en el servicio, con casi un 40% de los que responden.

Para el caso de el nivel alcanzado por la madre se encuentra que el nivel primaria es el de mayor porcentaje con un 40% de confianza.

144. ¿Le ofrece confidencialidad el Servicio de Salud para solucionar interrogantes acerca de su salud sexual?

Según el estrato de los encuestados, el nivel más alto de confidencialidad es para el estrato 3 con un 38% seguido del estrato 1 y luego el 2 con porcentajes similares, los estudiantes que expresan no sentir que el servicio sea confidencial, pertenecen al estrato 6.

De la misma manera perciben mayor confidencialidad las mujeres con un 34% de aceptación frente a un 31% de los hombres, la percepción de confidencialidad es directamente proporcional a la edad, mayor en las personas con más años y menor en los adolescentes, 38% y 24% respectivamente.

Los estudiante que se reconocen como practicantes de la religión Judía se encuentra con el mayor porcentaje de confidencialidad el 60% comparado con 37% de otras y el 35% de los católicos.

El 53% de los casados reconocen sentir que el SSR es confidencial seguidos de las personas en unión libre, los solteros y en última instancia los divorciados 16%.

La confidencialidad por facultad no parece representar diferencias significativas puesto que para un 33.9% de salud lo es y para un 32.5% de administración también reconoce como confidencial el SSR, desagregando por programas académicos se encuentra que los estudiantes de Administración de Empresas nocturno presentan la percepción de confidencialidad más alta de un 47% comparada con 26% de los estudiantes de Terapia Ocupacional. Cabe resaltar que ninguno de los programas de la Facultad de administración queda por debajo de ese porcentaje de Terapia Ocupacional.

Por semestre se presenta la misma situación que la confianza en el servicio, se presenta mayores porcentajes en los semestres mayores al 6 y bajos grados de confidencialidad en los primeros semestres, según la participación en actividades por fuera de la U, la percepción de confidencialidad permanece igual para ambos grupos, los que si participan y los que no lo hacen. De acuerdo al grado de formación del padre y la madre, para el grado de formación secundaria en el padre, se presenta un porcentaje mayor de aceptación de confidencialidad aunque para los padres sin ningún grado de formación el porcentaje es casi el

mismo aproximadamente un 35%, para el caso de la madre se encuentra que para ningún nivel educativo en la madre se presenta el mayor grado de confidencialidad casi un 45%.

Por último se muestra la comparación de estas dos preguntas en relación con las frecuencias totales.

145.¿ El acceso al servicio de salud para solucionar sus problemas de Salud sexual es?

Al indagar sobre el acceso al servicio de salud para solucionar los problemas de salud sexual se encuentra de manera particular que no existe una gran diferencia porcentual entre aquellas personas que consideran “fácil” el acceso (36%) en contraste con aquellas que “no lo han visitado” (34.6%) como se puede observar en la siguiente grafica. Así mismo se podría decir que aquellos individuos que afirman sobre lo “fácil” y “no fácil” del acceso al servicio son aquellos que lo conocen, población que suma un 48,8%, es decir casi la mitad de la población, esto resulta significativo cuando se contrasta con un 11.6% de los individuos que “no saben” como es el acceso y con un 34.6% que dice “no haber visitado”, población que probablemente conoce el servicio pero que por diversos factores como el tiempo no han podido hacer uso de él.



Es importante recordar que la población con quien se realizó el estudio corresponden a las facultades de administración y salud de la universidad, facultades que por sus mismos modelos teóricos y principios centran su atención a diferentes situaciones y fenómenos históricamente y socialmente considerados. Desde esta perspectiva se podría considerar que la concepción de acceso a servicios de salud posiblemente mostrará discrepancias respecto a las causas con las que se relaciona la pregunta, sin embargo el análisis porcentual por facultad manifiesta una percepción similar por parte de los estudiantes, dejando claro que la facultad no es un factor socio demográfico que influya en la percepción de acceso al servicio de Salud.

Al cruzar la pregunta con el estrato social se encuentra que el 50% de aquellos que pertenecen al estrato seis (6) no han visitado el servicio de salud, esta

población puede pertenecer aquella que manifiesta el no haberlo visitado por tener otro servicio de salud, negligencia, tiempo, desconfianza, o al no necesitarlo.

Al dar cuenta de lo “fácil” que es acceder al servicio se evidencian porcentajes similares para todos los estratos a excepción del estrato seis donde esta percepción puntúa con un 20%. Si bien el 40% de aquellos que no dieron cuenta de su estrato social opinan que el acceso al servicio es “fácil” este valor no es relevante teniendo en cuenta que el total de dicha población son cinco personas.

La percepción de “no facilidad” para acceder al servicio es baja para todos los estratos y el “no saber” goza de un porcentaje alto en el estrato dos con un 15.3% de su población, es decir cuarenta y un (41) personas en contraste con el 5% (una persona) que pertenecen al estrato seis.

Tabla 4. Acceso al servicio de Salud Vs Estrato

ACCESO AL SERVICIO DE SALUD VS ESTRATO							
	NO RESPONDE	1	2	3	4	5	6
NO RESPONDE	20,0	5,0	6,0	4,2	3,5	7,6	5,0
FÁCIL	40,0	36,6	35,8	37,3	36,9	31,4	20,0
NO HE VISITADO	40,0	35,6	32,5	34,6	34,0	37,1	50,0
NO FÁCIL	0,0	13,9	10,4	12,5	14,9	15,2	20,0
NO SABE	0,0	8,9	15,3	11,5	10,6	8,6	5,0
% TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Al cruzar la pregunta con el sexo, se encuentra que la diferencia porcentual mas grande entre hombres y mujeres es de un 4.8%, por lo cual se dice que esta

variable socio demográfica no es determinante para la percepción del acceso al servicio de Salud, aún así cabe señalar que como era de esperarse son las mujeres quienes en su mayoría creen que el acceso al servicio es fácil, y son ellas que en su minoría “no han visitado” o no saben del servicio a diferencia de los hombres.

Tabla 5. Acceso al servicio de Salud Vs Sexo

ACCESO AL SERVICIO DE SALUD VS SEXO			
	HOMBRE	MUJER	NO SABE
NO RESPONDE	5,3	4,8	0,0
FÁCIL	33,0	37,8	0,0
NO HE VISITADO	36,6	33,4	100,0
NO FÁCIL	10,6	14,1	0,0
NO SABE	14,5	9,9	0,0
%	100%	100%	100%

Al discriminar la pregunta por edad, se aprecia que este no es un factor determinante para percibir como “fácil” el acceso al servicio de salud, pues a pesar que la población joven es la que en su mayoría percibe el servicio de esta manera los porcentajes que lo diferencian de los otros grupos de edades no son representativos. Igualmente ocurre con el hecho de “no saber” donde la población que puntúa es la adolescente.

Tabla 6. Acceso al servicio de Salud Vs Edad

ACCESO AL SERVICIO DE SALUD VS EDAD				
	NO RESPONDE	ADOLESC	ADULTO	JOVEN
NO RESPONDE	0,0	3,5	10,6	5,0
FÁCIL	0,0	32,4	35,0	39,7
NO HE VISITADO	100,0	41,3	24,4	30,8
NO FÁCIL	0,0	9,2	17,9	14,9
NO SABE	0,0	13,6	12,2	9,7
%	100	100	100	100

Se encuentra que el adulto es quien más percibe el acceso al servicio de salud como “no fácil”, esto puede explicarse debido a que por lo general la población adulta desempeña diferentes roles como son los académicos y los laborales, dificultado de alguna manera el acceso a un servicio que se presta en horarios diurnos.

Finalmente se halla que por un alto porcentaje los adolescentes son los que en una gran proporción (41.3%) no han visitado el servicio de salud. Recuérdese que la adolescencia es una etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, etapa en la cual se esta madurando biológica, fisiológica, psicológica y socialmente. En la Universidad pública se cuentan con sujetos pertenecientes a la etapa denominada adolescencia media (14-16 años) remitirse a la pregunta N4 sociodemográficas y aquellos que están en la adolescencia final o tardía (17-21 años), para la primera etapa se debe de tener en cuenta que hay una tendencia a distanciarse afectivamente de los padres prefiriendo actividades predominantemente colectivas, en la adolescencia final se tiene que las relaciones

sociales son mas con individuos que con grupos o colectividades. Al ser una etapa de transición e inmadurez el adolescente tiende a restarle importancia a aspectos como su salud sexual y reproductiva, lo cual se vera reflejado en datos como el anterior donde se evidencia el no haber visitado el servicio de salud. Aquí resulta importante que al diseñar estrategias para promover la visita al servicio de salud y su uso se tengan en cuenta las características de cada etapa y el lugar o el tipo de persona que el adolescente busca para solucionar sus problemas en Salud sexual.

Por religión se halla que los judíos son los que mas perciben el acceso al servicio como “fácil”, sin embargo se debe considerar que la población judía son cinco personas y que esta percepción es casi igual para todos los grupos religiosos.

Al parecer el estar “sin religión” es un factor que influye en la “no visita” al servicio de salud, pues el 44.7% de este grupo no han acudido al espacio. En proporciones menores al anterior pero similares entre ellos se encuentran los de “otra religión”, los “católicos” y los “protestantes”. Con un porcentaje pequeño de “no visita” están los judíos.

Aunque la percepción de “no facilidad” asume porcentajes bajos, son parecidos en los grupos de “otra religión”, “católica”, y “sin religión” a diferencia de los protestantes quienes puntúan con un porcentaje mucho menor como se observa en la grafica

No existen diferencias significativas en el “no sabe” aunque cabe anotar que los judíos no tuvieron puntuación en este ítem, al parecer este grupo religioso conocen el servicio de salud y de su acceso, pues solo dan respuesta lo “fácil” o a la no visita del lugar.

Al controlar el acceso al servicio de salud con el municipio en que viven los encuestados mientras asiste a la universidad se obtiene que el 66.7% de la población encuestada bugueña considera como “fácil” el acceso al servicio sin embargo se debe considerar que esta población es pequeña.

Al cruzar la pregunta con el estado civil de la población encuestada se encontró que esta variable socio demográfica influye en la percepción de acceso que se tenga del servicio. De esta manera se encontró que el 50% de los casados lo perciben como “fácil”, mientras tanto el 35.3% de la población soltera “no ha visitado”, y el 16.7% de los separados “no saben”.

Lo anterior puede tener explicación en que la condición de casado involucra una serie de compromisos con otro, dentro de los cuales esta la Salud Sexual reproductiva, por consiguiente se esperaba que dicha población conociese mas el servicio y supiese como es el acceso a este. Los solteros al no sostener una relación en el tiempo podrían llegar a creer que no tienen necesidades puntuales sobre su sexualidad, es por ello que esta población encabeza de manera significativa el grupo de individuos que no han visitado el servicio.

Finalmente el que los separados sean el grupo que en mayor proporción “no saben” del acceso puede explicarse debido a que estas personas ya han tenido una experiencia de vida como soltero y como casado, de esta manera podrían sentirse confiados bajo su condición y llegar a pensar que no necesitan este tipo de servicios.

Por programa académico se obtiene que porcentualmente todos los programas pertenecientes a la Facultad de salud perciben el servicio como “fácil” encabezando la lista el programa de Bacteriología con 55.2% de su población, en segundo lugar y como excepción a lo anteriormente dicho se tiene el programa de Administración Nocturno con 46%. Administración diurna y contaduría nocturna son los programas que menos perciben el acceso al servicio como “fácil”. Los anteriores resultados eran de esperarse puesto que se cree que un programa académico al pertenecer a la Facultad de salud este más inmerso en la cultura del autocuidado y que por ende busque más del servicio.

Los Programas académicos que “no han visitado” en mayor proporción son el programa de Terapia Ocupacional, Administración Diurna y Comercio Exterior, contrario a lo que ocurre con Bacteriología y Fonoaudiología. Por la explicación anteriormente dada se esperaba que los programas pertenecientes a la Facultad de Administración no hayan visitado el servicio de Salud en contraste con los programas pertenecientes a la Facultad de salud, así que es una sorpresa que el programa de Terapia ocupacional este puntuando en este aspecto.

Para el “no fácil” se observan percepciones parecidas en los programas académicos, sin embargo entre de los primeros puestos y en orden descendente se tienen los programas de Bacteriología, fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Enfermería. Dentro de los porcentajes bajos para el “no fácil” están fisioterapia y administración nocturna. Resultan llamativos estos resultados debido a que se pensaría que el “no fácil” prevalecería en programas de programación nocturna donde gran parte de sus estudiantes tienen roles laborales que cumplir durante la jornada diurna y no en programas académicos diurnos donde por lo general sus horarios le permiten al estudiante disponer de un mínimo de tiempo para asistir a un espacio como es el servicio de salud.

El “no sabe” goza de porcentajes parecidos en todos los programas con excepción de fonoaudiología. Aquí se debe tener en cuenta que la población de Fonoaudiólogos encuestados es la más baja del estudio (10 sujetos). Por otro lado Medicina, odontología y enfermería son de los programas académicos con los porcentajes más bajos del “no sabe”, es decir que dichos programas se encuentran altamente enterados de la existencia y acceso al servicio.

En cuanto el acceso al servicio de salud vs. Semestre académico se observa que la percepción de “fácil” tiene porcentajes altos, es decir que una cantidad considerable de personas conocen el servicio y lo califican de esta manera. Se observan pocas diferencias en los resultados propios desde primer hasta noveno semestre, aspecto que cambia para el decimo y decimo primer semestre donde

para cada uno la mitad de su población (50%) opina que el acceso es “fácil”. Esto quiere decir que entre más avanzado se esté en la carrera profesional habrá más percepción de facilidad por parte de la población.

Como se puede contemplar en el gráfico los valores de la anterior percepción son similares para el “no he visitado” hasta el séptimo semestre, pese a esto se debe señalar que es el segundo semestre con el valor más alto (41%) en este aspecto. Por el contrario los semestres superiores (8º, 9º, 10º, 11º y 12º) se encuentran representados por valores considerablemente bajos en comparación con los de semestres inferiores. Esto quiere decir que entre más inferior sea el semestre mayor será la cantidad de sujetos que no han visitado el servicio.

Los individuos que consideran como “no fácil” el acceso al servicio son aquellas que pertenecen a semestres superiores. Se podría llegar a pensar en una especie de contradicción puesto que el 50% opino que era “fácil”, sin embargo los horarios a los cuales se ven sometidos los estudiantes de últimos semestres, la práctica profesional y requerimientos como el trabajo de grado pueden hacer que una gran cantidad de sujetos piensen que es difícil acceder en aras del tiempo.

Finalmente para el “no sabe” se observan semejanzas entre los datos con la peculiaridad de que en décimo y décimo primer semestre no existen valores para este aspecto y en el último semestre tiene un 33.3% de su población que “no sabe” como es el acceso, dato que se vuelve sorprendente, puesto que se espera

que entre más cantidad de tiempo se lleve en la universidad mas se conozca de los espacios y servicios que esta ofrece.

Al controlar la pregunta por participación en actividades por fuera de la universidad resulta que este factor de participación no tiene ninguna influencia en la percepción del servicio de salud en cuanto acceso. Igualmente ocurre con la percepción de facilidad o no facilidad al cruzar la pregunta con el último nivel de estudio paterno. El hecho que el padre tenga preparación universitaria influye para que los valores del “no sabe” sean mínimos. Por nivel de estudio de la madre se encuentra que el no saber el nivel educativo del padre influye representativamente para no visitar el servicio de salud.

Se intento discernir el motivo por el cual las personas no saben cómo es el acceso al servicio de salud, los individuos en su mayoría justifican que no saben cómo es el acceso, porque no han visitado el servicio, dentro de la clasificación de “otros” están aquellos que dicen no saber, los que les da pena, desconfianza o tener otra EPS. En una porción pequeña esta el “desconocimiento” del servicio.

Pensando en que la encuesta arrojaría resultados altos en conocimiento o desconocimiento, se diseño una pregunta abierta para indagar los motivos por los cuales los estudiantes no han visitado el servicio, de los 388 estudiantes encuestados, el 56,2 % no especifican la causa y las otras 170 personas generan opiniones variadas, encontrando una mínima prevalencia de las respuestas.

Dentro de las causas más comunes relacionadas con la no visita al servicio, se encuentra el no necesitar el servicio con un 13%, el no conocerlo con el 7%, otros con el 6% (no, no sé, no dispongo) respuestas difíciles de clasificar al no dar solución a la pregunta. En tercer lugar esta “el tiempo” con un 5% y la “negligencia”, le siguen el hecho de tener otro servicio como PROFAMILIA con el 4%, el no haber visitado con el 3% y finalmente la desconfianza con un 1%.

Teniendo en cuenta la población objeto de estudio y las variables de falta de tiempo y descuido, se puede considerar que las actividades productivas para los estudiantes prevalecen ante las de autocuidado de salud sexual y reproductiva.

Probablemente el porcentaje que cuenta con afiliación a una EPS, reciba y/o solicite atención y orientación sobre los programas de salud sexual y reproductiva, omitiendo el servicio de salud en la Universidad del valle.

El investigar sobre las causas de la no visita sirve para evaluar el propio servicio y a los potenciales usuarios de este, que finalmente son todos los estudiantes de la sede San Fernando. Las respuestas a este cuestionamiento colocan en evidencia los determinantes que influyen de manera intrínseca, aquellos propios del servicio, y los extrínsecos, propios del entorno y del usuario. Teniendo ya estos datos, se podrá pensar en planes para el mejoramiento del servicio y/o estrategias para incrementar el uso de este por los universitarios.

146 ¿Es para usted conveniente el horario de atención del Servicio de Salud?

Esta pregunta se ha cruzado con las variables socio demográficas y se encuentra una relación del genero con la conveniencia de horario con un nivel de *no visita* y *no sabe* del 50% de los hombres encuestados comparado con el casi 40% de las mujeres, de la misma forma los hombres expresan en un 20% de los casos que el horario si es conveniente comparado con el casi 31% de las mujeres encuestadas. Utilizando ahora la edad como referencia para la conveniencia de el horario, se encuentra que por grupos de edades; Adolescentes, jóvenes y adulto, se encuentra que quienes encuentran más conveniente el horario son los jóvenes que son el 46.2% de la población encuestada, seguida de los adultos y los adolescentes. Con relación a la no visita y no sabe, los adolescentes tienen un 54% en estos ítems cruzados con la conveniencia del horario, es decir que ese porcentaje corresponde a los adolescentes que no han visitado el servicio o no saben de la conveniencia del horario de atención de este. Seguido por los jóvenes y con la puntuación más baja se encuentran los adultos, quien en un porcentaje alto, 33% consideran la conveniencia del horario de atención del servicio.

Teniendo como referente la religión que practica el estudiante los que se reconocen judíos puntúan alto para conveniencia del horario con el 60% mayor que las demás religiones o la no practica religiosa, seguido de la religión católica

con el 30,4%, por el contrario quienes responden no saber o no haber visitado son los que se reconocen como sin religión con un 55%, seguidos de los protestantes. Co relación a la procedencia de los estudiantes aunque casi el 90% son de la ciudad de Cali, no existe diferencia con relación a la conveniencia del horario con los de otras procedencia tanto dentro como fuera del departamento del Valle.

Si utilizamos la variable estado civil de los estudiantes, los separados o divorciados son quienes consideran más conveniente el horario con un 33% de aceptación, seguido de los casados con un 32% y con un porcentaje del 29% están los que viven en unión libre y los solteros, contrario a quienes consideran inadecuado el horario que con un 41% superan a los que viven en unión libre y solteros.

La conveniencia del horario utilizando la facultad a la que pertenecen muestran un desconocimiento y una no visita proporcional, aprox. 47% de los estudiantes encuestados, la conveniencia del horario puntúa más alto para la facultad de salud con 33.3% comparado con el 23.6% de la facultad de administración, probablemente la jornada nocturna de esta facultad influya en los resultados.

Si se utiliza el programa académico al que pertenecen los encuestados con relación a la conveniencia del horario los estudiantes de Bacteriología responden en un 38% que no es conveniente el horario, seguido de los estudiantes de Odontología con casi el 32%, los puntajes más bajos en este ítem lo llevan los programas de Fonoaudiología con el 10% y Administración nocturna con 14% ,

para la conveniencia del horario que responden si a la pregunta se encuentra el programa de Fonoaudiología con un 60% de aceptación al horario y Bacteriología con el 41%. Los programas académicos que responden mas bajo a la conveniencia del horario son Contaduría nocturno con 14% y Comercio Exterior con 22% cabe resaltar que en su mayoría los programas nocturnos del Campus San Fernando los estudiantes trabajan en horas del día, lo cual obliga a buscar atención en horas nocturnas, en las cuales no se presta el servicio de SSR en el Servicio de Salud.

Desde cuarto semestre hasta el semestre 12 los estudiantes incrementan la percepción de no conveniencia del horario hasta llegar desde un 20% a un 67%, para la conveniencia del horario los porcentajes no se incrementan más de un 35% en los estudiantes de 5 semestre, los porcentajes se conservan en el 22% para la mayoría de los semestres con excepción de los semestres 11 y 12 donde el porcentaje es mayor pero el número de estudiantes encuestados es muy bajo 6 para semestre 11 y 3 para semestre 12. Participar o no en actividades por fuera de la universidad no hace diferencia estadísticamente significativa en los estudiantes encuestados con relación a la conveniencia del horario. No se consideran las demás variables sociodemográficas puesto que no se ha encontrado evidencia bibliográfica de esta posible relación entre las variables.

147 ¿Le parece cómodo el consultorio del Servicio de Salud para tratar temas sobre su sexualidad?

Cuando se utiliza el estrato socioeconómico para compararlo con la percepción de comodidad para tratar temas sobre la sexualidad, los estratos 1 al 6 se comportan de manera similar es decir una respuesta de no comodidad en el 21% de los casos en todos los estratos, contrario a la aceptación de comodidad con un porcentaje de 33% en el estrato 1 que desciende a medida que se incrementa el estrato hasta llegar en el estrato 6 a un 15% de percepción de comodidad, la no visita y el no sabe alcanzan un 60% de los encuestados en el estrato 6, lo cual se interpreta como que reciben atención en otra institución de salud, el resto de estratos se comporta de manera similar en este ítem, aproximadamente un 40%.

Tabla 7. Frecuencia Conveniencia Horario y Frecuencia Comodidad de temas

	Freq conv horario	%	Freq comod temas SSR	%
Sin dato	61	5.4%	61	5.4%
NO	262	23.4%	228	20.4%
NO HE VISITADO	359	32.1%	418	37.3%
NO SABE	109	9.7%	65	5.8%
SI	329	29.4%	348	31.1%
Total	1120	100	1120	100

Cuando se cruza el género con la comodidad del consultorio para tratar temas de SSR, se encuentra mayor aceptación de comodidad de las mujeres, con un 32,4% comparado con el 29% de los hombres, la no visita y no sabe se comportan igual

en hombres y mujeres con 43% y la no comodidad con un porcentaje similar del 20% que es el menor de los cuatro ítems de opción de respuesta.

Para la pregunta frente a la edad agrupada en adolescentes, jóvenes y adultos se encuentra que la respuesta de si considera cómodo el servicio obtiene mayor puntuación por parte de los jóvenes con un 34% seguido muy de cerca por los adultos con un 33%, similar para la consideración de no comodidad donde los adolescentes obtienen el puntaje más bajo 16.5%, nuevamente los jóvenes y adultos se comportan de manera similar con un aproximado de 21%, cabe anotar que el mayor valor de no ha visitado y no sabe, se encuentra en los adolescentes con un 52%, la proporción similar de delo anterior entre los jóvenes y adultos con un 35%.

Para la variable religión Vs comodidad se encuentra que las personas de religión judía tienen mejor aceptación con relación a la comodidad del servicio con un 60%, aunque la opinión de no comodidad es similar 20% en todas las religiones, las personas que no se declaran pertenecer a una religión se incrementa a una opinión de 23% de no comodidad, la no visita y el no sabe, se comportan como en el resto de variables de un 40% aunque cabe resaltar que los protestantes y la no religión llegan casi a un 50%.

Utilizando el lugar de procedencia no se encuentran valores significativos en vista del porcentaje tan alto de personas oriundas de Cali el 90% de los encuestados 1000 personas.

Se encuentra en el cruce de las variables estado civil vs comodidad que los estudiantes con una relación estable, es decir con pareja en matrimonio o unión libre, opinan sentir comodidad en el consultorio para tratar temas relacionados con SSR en un 40%, los solteros y divorciados puntúan más alto para no comodidad y no visita y no sabe, lo cual nos dice que ellos por no consultar no podrían tener claro sobre la comodidad del lugar.

Se observa mayor desconocimiento por parte de los estudiantes de la facultad de administración, pues reconocen no saber ni haber visitado el servicio de salud para opinar sobre la comodidad del consultorio para tratar estos temas, el valor es del 50%, en la facultad de salud también sus estudiantes reconocen no sentirse cómodos en un porcentaje mayor que en la facultad de administración 23% contra 17% de la facultad de administración. Según el programa académico los estudiantes de jornada nocturna puntúan alto, por encima del 40% para no visita y no sabe, ya habíamos referenciado la razón que podría explicar esta situación, los estudiantes de bacteriología reconocen la no comodidad del consultorio por encima del 50%, atención pre hospitalaria y fonoaudiología puntúan 40% y perciben como cómodo el consultorio.

No se encuentra relación estadísticamente significativa para el cruce de comodidad vs semestre actual que está cursando, para asuntos de considerar la no visita es consistente el porcentaje de desconocimiento del servicio y no uso. La variable participación o no en actividades no presenta diferencias significativas entre participa sí o no, para la comparación frente a esta variable de comodidad. Cuando la formación del padre alcanza el nivel universitario el estudiante expresa en un porcentaje alto el 23% no sentir comodidad en el consultorio para tratar temas relacionados con la SSR, el porcentaje de no visita y no sabe es alto también en los que expresan no saber la escolaridad de sus padres 60%, para sí comodidad, el nivel de escolaridad de los padres fue para ninguna escolaridad con el 39% de comodidad en el consultorio.

En el caso de la escolaridad de la madre, el porcentaje más alto es la si se siente cómodo cuando la escolaridad de la madre es desconocida, alcanzó un 45,5% el porcentaje de no se siente cómodo con el consultorio el porcentaje más destacado fue de escolaridad ninguna seguido de educación primaria con un 25%.

148. Cuando ha presentado algún problema de salud sexual y reproductiva ¿Qué dificultades ha tenido para visitar el servicio de salud?

Se plantea que las dificultades para visitar el servicio de salud influyen en el uso de este, es así que para fines del estudio resulta interesante indagar sobre dichas

dificultades, si están estrechamente relacionadas con algún factor socio demográfico y si dan cuenta de la frecuencia de uso del servicio.

Para comenzar a determinar las dificultades en primera instancia se proporcionaron seis dificultades, donde la población total podría contestar de “sí” o “no” para dar cuenta de la vivencia o no de esa dificultad.

La grafica No 61 que esboza los primeros resultados donde de entrada muestra que la vergüenza, la no confianza en los médicos y el temor a ser identificados que por cierto tiene que ver con el factor confianza, son las dificultades más votadas por los encuestados.

Por estrato social se encuentra que la falta de dinero es un aspecto que aunque con valores no tan altos se presenta desde el estrato uno al cuatro, mínimamente en el estrato cinco y para nada en el estrato seis, lo cual es lógico puesto que los últimos estratos son los de mayor ingreso económico.

A pesar de lo anterior se tienen porcentajes con diferencias mínimas entre sus valores lo cual concluye que el estrato es indiferente para las razones que existen al no consultar. Este mismo suceso ocurre al cruzar la pregunta con facultad y con el sexo.

Aunque el género no es un factor que influya de forma determinante al no consultar, se observa que las creencias culturales se reflejan en los datos puesto

que es el sexo femenino quien menos dificultades tiene para encontrar el servicio y las mas desconfiadas. Por el contrario el hombre es al que menos le dificulta la falta de dinero, y al que más vergüenza le da el consultar este tipo de servicios.

Por edad se tiene que esta es indiferente para las dificultades de “falta de dinero”, “personal poco amistoso”, “dificultad al encontrar el servicio”, “no confianza en los médicos” y “temor a ser identificado”. Se ve que la vergüenza prima en la categoría d Adolescentes lo cual se explica por la etapa de maduración en que se encuentra.

Tabla 8. Dificultades para visitar el Servicio de Salud Vs Edad.

DIFICULTADES PARA VISITAR EL SERVICIO DE SALUD VS. EDAD			
	ADOLESC	ADULTO	JOVEN
Falta de dinero	15,9	25,2	12,6
Personal poco amistoso	17,7	25,2	17,4
Vergüenza	32,4	22,0	23,2
Dificultad al encontrar el servicio	14,4	19,5	15,5
No confianza en médicos	27,8	30,1	25,5
Temor a ser id	26,3	19,5	23,2

La religión tampoco es un factor que influya en la dificultades que tienen los usuarios para visitar el servicio de salud. Igual sucede para el estado civil, los porcentajes son similares en todas las respuestas, aunque la vergüenza al consultar se marca con mayor proporción.

149. ¿Conoce en la universidad un espacio donde lo orienten y ayuden sobre sus preguntas en salud sexual y reproductiva?



El 68,9% de los 1120 estudiantes encuestados desconocen los espacios universitarios donde les orienten y ayuden a resolver sus dudas en Salud Sexual y Reproductiva. Ese 68.9% de desconocimiento está representado por 457 sujetos pertenecientes a la Facultad de Salud y 315 de la Facultad de Administración.

Por otro lado se tiene un 25% de la población objeto de estudio quienes admiten conocer el espacio, este porcentaje comprende 171 personas de la Facultad de Salud y 107 de la Facultad de Administración.

Tabla 9. Conocimiento en la universidad de un espacio donde se orienten sobre las preguntas en SSR Vs Facultad

Conoce en la universidad un espacio donde lo orienten sobre sus preguntas en SSR vs. Facultad					
	NO RESPONDE	ADMINISTRACIÓN	AMBAS	SALUD	TOTAL
NO RESPONDE	0	39	0	29	68
NO	0	315	0	457	772
SI	1	107	1	171	280
TOTAL	1	461	1	657	1120

Debido a la proporción de encuestados miembros de la Facultad de Salud (58.7% de la población final) se espera que la cantidad de sujetos que conocen y desconocen los servicios sea mayor en dicha facultad, como se puede observar en la tabla anterior. Pese a esto se pensaría que por la formación académica que reciben estos individuos, enmarcada en la cultura del auto cuidado y todo lo que consigo lleva inmersa, fuese significativamente menor el porcentaje de desconocimiento por parte de aquellos que se forman en la Facultad de Salud, lo cual no sucede y que se evidencia en la similitud de las proporciones en cada respuesta.

Tabla 10. Conocimiento en la universidad un espacio de orientación sobre preguntas SSR Vs Facultad.

Conoce en la universidad un espacio donde lo orienten sobre sus preguntas en SSR Vs. facultad				
	No responde	Administración	Ambas	Salud
NO RESPONDE	0%	8%	0%	4%
NO	0%	68%	0%	69,5%
SI	100%	23%	100%	26,02%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

De la misma manera se esperaría que por nivel de preparación profesional los estudiantes de semestres avanzados (a partir de sexto semestre ciclo profesional) tuviesen un porcentaje de conocimiento alto comparado con el desconocimiento y con la cifras de semestres inferiores. Sin embargo los datos contradicen esto, pues el nivel de desconocimiento es siempre alto en todos los semestres como se puede observar en la tabla

Tabla 11. Conocimiento en la universidad de un espacio donde se oriente sobre preguntas en SSR Vs Semestre.

Conoce en la universidad un espacio donde lo orienten sobre sus preguntas en SSR Vs. Semestre														
Semestre	s. d	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Sin dato	0	17	5	8	8	7	8	6	5	3	1	0	0	68
NO	1	153	45	116	63	163	54	78	24	56	12	5	2	772
SI	2	40	11	51	28	49	18	37	15	22	5	1	1	280
Total	3	210	61	175	99	219	80	121	44	81	18	6	3	1120

Discriminando la pregunta por programa académico ($p = 0.02712944$) se encuentra que el nivel de desconocimiento es mayor en todas las carreras cuando se especularía que en carreras de salud como Medicina y enfermería el conocimiento prevaleciera alto debido a las campañas de promoción y prevención que estos realizan desde principios de su formación académica.

Al discriminar la pregunta por sexo a simple vista se creería que son más las mujeres que conocen el lugar de la universidad donde encontrar respuestas a sus preguntas sobre SSR, pero se debe tener en cuenta que en la encuesta la población femenina es mayor, por ende para obtener datos confiables es necesario comparar porcentualmente la respuesta, habiendo hecho esto se obtiene que la proporción de conocimiento y desconocimiento es casi la misma en ambos sexos, descartando entonces el sexo como un factor que influya en el conocimiento del espacio.

Ahora bien, por edad ($p = 0.00692904$) se tiene que el 73% de los adolescentes, 64% de los adultos y 66% de los jóvenes desconocen el espacio universitario cuando se esperaba que existiera alguna diferencia debido a la creencia que a mayor edad, mayor autocuidado y por ende mayor búsqueda de espacios como el servicio de salud.

Tabla 12. Conocimiento en la universidad de un espacio donde lo orienten sobre sus preguntas en SSR Vs Edad

Conoce en la universidad un espacio donde lo orienten sobre sus preguntas en SSR vs. Edad				
	NO RESPONDE	ADOLESC	ADULTO	JOVEN
NO RESPONDE	0%	4%	12%	6%
NO	0%	73%	64%	66%
SI	100%	23%	24%	27%

El estado civil ($p = 0.00103012$) no es un determinante para el conocimiento del espacio, pero gracias a la tabla porcentual se puede decir que probablemente el

ser soltero influye en el desconocimiento de un espacio orientador en SSR, esto tendría explicación ya que varias personas en la encuesta respondieron no visitar un servicio de Salud para resolver sus dudas en cuanto a SSR porque en el momento no tenían una pareja.

Tabla 13. Conocimiento sobre espacios de orientación en SSR Vs Estado Civil.

Conoce en la universidad un espacio donde lo orienten sobre sus preguntas en SSR 149 Vs estado civil				
	NO DATO	NO	SI	TOTAL
NO DATO	0%	67%	33%	100%
CASADO	12%	56%	32%	100%
SEPARADO DIVOR	50%	50%	0%	100%
SOLTERO	6%	70%	25%	100%
UNION L	9%	62%	29%	100%

Finalmente el estrato no es representativo para el conocimiento de las personas, pues el porcentaje de desconocimiento es similar y mayor en todos los estratos ubicados del uno al seis. Es de esta manera que se concluye que factores como el sexo, el estrato, la edad, el estado civil, la facultad ni el semestre son factores directamente ligados al conocimiento de un Servicio de Salud en la Universidad pública.

150 ¿Ha visitado el Servicio de Salud en los últimos 6 meses para obtener información sobre salud sexual y reproductiva?

Es importante señalar que aunque solo se encuentran en la encuesta 20 personas que pertenecen al estrato 6 el 25% de ellos es decir 5 si han visitado el servicio de salud, esto se resalta pues el resto de estudiantes por estrato socioeconómico se comportan de manera similar, es decir el porcentaje de no visita es similar en el resto de estratos entre el 70% y el 75% de no visita género

En cuanto al género se observa que las mujeres han visitado más frecuentemente al servicio para obtener información sobre temas relacionados con su salud sexual y reproductiva, se espera por la edad de las mujeres en etapa reproductiva un mayor número de visitas aunque ese porcentaje no es tan alto como se espera.

En la edad de los estudiantes se encuentra que los jóvenes son quienes reportan mayor frecuencia en la visita para los últimos seis meses, caso contrario sucede con la no visita donde los adultos y adolescentes tienen porcentajes similares mientras que se destaca la intención de visita de los jóvenes, también es importante que los adultos sean quienes tengan porcentajes bajos en la visita al servicio de salud, podría deberse a la consulta con servicio de salud diferente al universitario.

La religión se comporta similar a otras variables comparadas con ella, cabe resaltar que los judíos tienen la cultura de la consulta, pues son quienes

porcentualmente tienen una mayor tasa de visita, seguido de otra religión, católicos, los que reportan no tener religión y por último los protestantes.

Cuando se utiliza la variable procedencia de los estudiantes no se encuentran diferencias estadísticas que permitan definir diferencias significativas en la procedencia de los estudiantes vs el uso en los últimos seis meses del servicio de salud para buscar información sobre SSR.

El estado civil de los estudiantes encuestados indica que la unión libre ligeramente se encuentra por encima de los solteros, un poco más que los casados y muy por encima de los divorciados o separados, la no visita muestra mejor que no existe diferencia significativa según el estado civil para no visita, aunque el declarado en unión libre también obtiene en ese caso un porcentaje menor de no visita, lo que podría indicar que este grupo social se comporta de manera diferente al resto de encuestados.

Si utilizamos la facultad a la que pertenece el estudiante nos encontramos con que los estudiantes de la facultad por muy poca diferencia son quienes reportan haber visitado el servicio de salud en los últimos seis meses para buscar información sobre SSR, 17% frente al 12% de los estudiantes de la facultad de Administración, se esperaría por el área de estudio que la conciencia para la búsqueda de información sobre la SSR fuera mayor.

Cuando profundizamos en el origen de los estudiantes por programa académico nos encontramos con sorpresas como por ejemplo el caso de los estudiantes de medicina quienes no consultan el servicio en los últimos seis meses en mayor proporción al resto de programas, seguido por otros dos programas de la facultad de salud, enfermería y Bacteriología, el cuarto programa es Administración Nocturna, situación que se espera de un programa nocturno donde un porcentaje alto de estudiantes trabaja en la jornada diurna, dos programas de la Escuela de Rehabilitación Humana ocupan el primero y segundo lugar en aceptación de la visita al servicio, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología con el 30% y 20% respectivamente.

El semestre también nos indica que los estudiantes durante la duración de su programa académico se comportan de manera diferente, existe un buen reporte de visita en el primer semestre, vuelve y aparece un pico de reporte de consulta en cuarto y octavo semestre, se podría decir que este comportamiento sugiere que aproximadamente cada año o año y medio se realiza la consulta al servicio, cosa que no se espera cuando las tasa de ITS, embarazo y planificación requiere mayor frecuencia en la consulta.

La participación en actividades no ofrece diferencias significativas entre los estudiantes cuando se cruzan con la variable sobre la visita al servicio de salud en los últimos seis meses.

El nivel educativo de los padres por el contrario a lo esperado presenta unos porcentajes similares o resultados que podrían indicar equivocaciones, en este punto para el padre el nivel más alto de no visita se presenta para los estudiantes cuyos padres tienen un nivel universitaria o no se sabe de dicha formación, cosa que no es coherente, y en la madre el porcentaje más alto de no visita es cuando la madre tiene nivel de formación secundaria, seguido de técnico y universitaria, se esperaría que entre más formación en los padres estos estudiantes tengan porcentajes altos de consulta puesto que el apoyo en casa y la educación a preparado a estos jóvenes para la cultura de la consulta.

151 ¿Ha visitado algún profesional de la salud diferente a los profesionales del Servicio de Salud de la Universidad del Valle, en los últimos 6 meses?

La siguiente tabla muestra la comparación de visita al servicio de salud de la Universidad comparada con la visita a otros profesionales, se supone que por el sistema de referencia de pacientes estos han encontrado ayuda a los interrogantes que presentaron inicialmente.

Tabla 14. Frecuencia de Visita al SSR Vs Frecuencia Visita otros profesionales.

Frecuencia de visita al SSR Vs Frecuencia de visita a otros profesionales				
	Visita SSR	%	Visita a otro prof	%
Sin dato	74	6.6%	66	5.9%
NO	845	75.4%	685	61.2%
NO HE RECUERDO	11	1.0%	14	1.3%
NO SE	21	1.9%	7	0.6%
SI	169	15.1%	348	31.1%
Total	1120	100	1120	100

En la pregunta que indaga a cerca de la visita a algún profesional de la salud diferente a los profesionales del Servicio de Salud de la Universidad del Valle, en los últimos 6 meses, se encuentra los siguientes resultados en los cruces con las variables sociodemográficas.

En los estratos socioeconómicos 6 y 3 se encuentran los puntajes más altos de no visita 75% y 65% de las personas que respondieron no haber visitado a un profesional diferente a los de el servicio de salud, por el contrario se encuentran porcentajes altos de visita a otros profesionales en los estratos 4 y 5 con porcentajes del 38% de los estudiantes que aceptan haber visitado otro profesional en los últimos seis meses, cabe resaltar que el valor de visita a otros profesionales es claramente mayor a la visita al servicio de salud, 348 personas vs 169 individuos que acepta haber visitado el SSR, es decir más del doble de estudiantes.

Utilizando el género como criterio se encuentra que las mujeres son quienes muestran un porcentaje mayor de visita a otros profesionales 35% contra un 24% de los hombres encuestados y que responden haber visitado otro profesional, por grupos de edad los adolescentes son quienes responden en mayor proporción que el resto de grupos etarios, un 65%, mientras los jóvenes son quienes aceptan haber visitado a un profesional diferente en un 34% de los casos de los catalogados en este rango de edad.

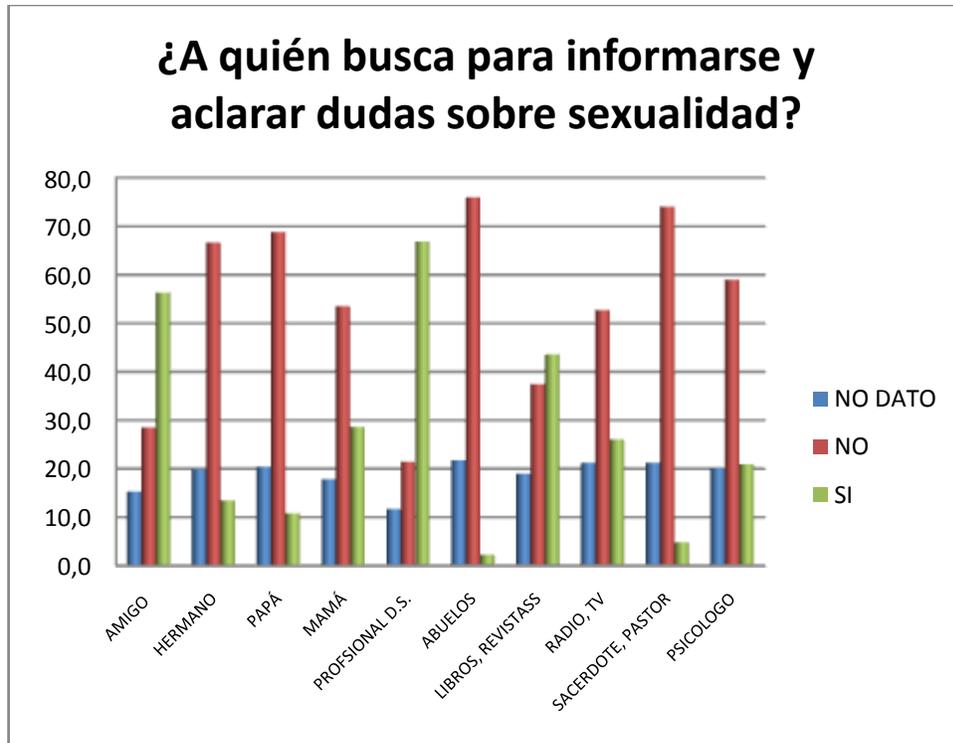
Con la religión se encuentra que las personas que se autoreconocen como pertenecientes a la religión judía el 60% reconocen haber visitado a otro

profesional y de otra religión más del 65% reconocen no haber visitado a otro profesional, las diferencias entre ser católico o de otra religión para haber buscado ayuda en otro profesional diferente a los del SSR no son significativas. Las personas de fuera del Valle del Cauca aparecen con un porcentaje ligeramente mayor a las personas de Cali y el resto del Valle del Cauca, solo un 38% reconoce haber buscado ayuda en otro profesional, aunque este porcentaje es significativo cabe recordar que solo 21 personas reconocieron no ser oriundos del Valle del Cauca. En tanto según el estado civil son los solteros quienes reconocen no haber buscado ayuda de otro profesional mientras que los que reconocen haber buscado esta ayuda son principalmente y en orden de relevancia los separados divorciados, en unión libre y casados. Que aunque son minoría solo el 6.6% de los encuestados se espera que su aceptación de búsqueda de ayuda sea mayor por su relación de pareja de manera permanente o formal. Por facultades se encuentra un valor solo unos puntos mayor en la facultad de salud que en la de administración, 34% frente a un 28% de los que se reconocen de una u otra facultad, la persona que dice pertenecer a ambas facultades expresa no haber visitado a otro profesional. Las personas pertenecientes al programa de Fonoaudiología un total de 10 estudiantes 5 reconocen haber visitado a otro profesional, mientras los estudiantes de Terapia Ocupacional en un 72% es decir 28 personas reconocen no haber buscado esta ayuda. Entre tanto utilizando el semestre que cursa actualmente el estudiante se nota un porcentaje alto de estudiantes de 8vo semestre 40% quienes reconocen haber visitado a otro profesional, contrastados con los estudiantes de semestre 12 quienes no han

buscado esa ayuda en otro profesional un total de 3 personas que son el total de la población de ese semestre académico. Según la participación en otras actividades los porcentajes no presentan diferencias importantes es decir se comportan de manera similar ambos grupos de estudiantes, los que participan en dichas actividades y los que no lo hacen. Cuando se indaga por el nivel educativo del padre, se encuentra que un 80% de los estudiantes que dicen desconocer este nivel educativo de sus padres no han visitado a otro profesional, pero se encuentra un aumento significativo en los estudiantes que reconocen formación técnica o universitaria con un porcentaje de visita de aprox. 50% de los que reconocen esta visita a otro profesional. En el caso de la educación de la madre se reconoce de igual manera un porcentaje de búsqueda de ayuda mayor para las personas que su madre a completado una formación profesional el 38%.

152. ¿A quién busca para informarse y aclarar dudas sobre sexualidad?

Fuentes de información para aclarar dudas sobre sexualidad



El conocimiento también se ve influenciado por las fuentes de información que usan los estudiantes para aclarar sus dudas sobre sexualidad, según los datos obtenidos la principal fuente de información consultada por los estudiantes son los profesionales de salud con un 66,9% sin embargo el instrumento no especifica el tipo de profesional de la salud, seguido de fuentes no tan apropiadas como son los amigos, los libros revistas u otros familiares, la madre, la radio y la televisión, el psicólogo, un hermano, el padre, las figuras religiosas y en último lugar los abuelos.

Se dicen que no son fuentes apropiadas de información debido a diversos aspectos, el primero de ellos es que estas fuentes no poseen la información científica y profesional adecuada para manejar de manera asertiva y efectiva los temas de Salud Sexual y reproductiva. Así mismo los vínculos familiares y por ende sentimentales podrían influenciar en el tipo de información que se le proporcione al joven. Finalmente los intereses propios de los medios comunicativos o las normativas e ideologías de los estamentos religiosos también podrían distorsionar la información que requiere un estudiante universitario con necesidades específicas respecto a su Salud sexual.

Ahora bien, se considera que hubiese sido afortunado haber indagado sobre el tipo de profesional de la salud que los estudiantes Universitarios recurren, pues todos los profesionales de la salud no están lo suficientemente capacitados para proporcionar información oportuna y acertada.

Al discriminar la pregunta “¿A quién busca para informarse y aclarar dudas sobre sexualidad?” por genero, se halla que el tanto el masculino como el femenino comparten fuentes de información con datos porcentuales similares. Son tres las principales fuentes de información; el profesional de la salud, el amigo y finalmente los libros y las revistas.

También por genero se tiene que una de las fuentes de información que no consultaría una gran proporción de encuestados son los abuelos, las figuras religiosas, el padre y los hermanos. Este tipo de información sirve para pensar en

un futuro, el diseño de estrategias que permitan generar un impacto alto en la población como por ejemplo realizar campañas para fortalecer y/o educar las principales fuentes de información que usan los estudiantes Univallunos para aclarar dudas de sexualidad, como lo son los profesionales de la salud, los pares y las fuentes bibliográficas.

Particularmente en la búsqueda de información en un amigo vs. facultad se encuentra que en la Facultad de salud las proporciones son mayores comparadas con la Facultad de administración. Esto podría tener explicación en que el par de un sujeto de la Facultad de Salud es por lo general otra persona perteneciente a dicha Facultad, generando confianza por los conocimientos que supuestamente el otro debe de tener y por la accesibilidad de este medio de información. Es así que una buena estrategia para la Facultad de Salud sería crear programas dirigidos a los pares, es decir programas dirigidos a los que se denominan en la encuesta “amigos”:

En contraste al fenómeno anterior, en las dos facultades se tiene un gran porcentaje de personas que no buscan información en sus hermanos, esto puede deberse a que 498 personas, es decir el 44.5% de la población son hermanos mayores, por lo cual no creerían apropiado consultar a un hermano menor.

Tabla 15. Búsqueda de información Hermano Vs Facultad.

Búsqueda de información- hermano vs. Facultad				
	NO RESPONDE	NO	SI	Total
NO RESPONDE	0	1	0	1
ADMINISTRAC	110	295	56	461
AMBAS	0	1	0	1
SALUD	113	450	94	657
Total	223	747	150	1120

El mismo fenómeno ocurre con la consulta a los padres, pues en las dos facultades el porcentaje de personas de cada facultad que respondió que no consultaría esta fuente de información son considerablemente altas.

Se observa que las fuentes de información “madre, padre y hermano” son de los menos consultados, esto se explica debido a que la mayor parte de las personas no desean ser reconocidas al indagar sobre aspectos íntimos como la Salud sexual, además que la relación de familiaridad podría ocasionar situaciones vergonzosas para el usuario.

Por otro lado se tiene las fuentes de información más consultadas las cuales son; el profesional de la salud, el amigo y los libros. El primero y el último de ellos son fuentes de información con las cuales se tiene contacto las veces que el usuario desee siendo estos medios poco personales, el amigo como se había dicho anteriormente es visto como un par el cual ofrece confidencialidad y accesibilidad para la persona que lo consulta.

Se encontraron también otras fuentes de información utilizadas por los estudiantes estas son; el internet con un 14%, un 7% que no busca ninguna fuente para informarse, fuentes bibliográficas con un 2.6%, la pareja con un 2.1%, la religión y los medios audiovisuales con un 0.2% cada uno, charlas con un 0.5%, especialistas en el área con un 1.4%, y un 0.9% para respuestas que no fueron clasificadas, además del 71.7% de personas que no contestaron la pregunta abierta.

De lo anterior se rescata la proporción de estudiantes que hacen uso del internet para obtener información en Salud Sexual, por ende debe pensarse en una herramienta comunicativa que este a disposición del estudiante universitario que le permita realizar sus consultas por este medio, dicha herramienta podría estar incluida en la pagina de la Universidad del Valle a disposición de todos.

Cruces de variables de percepción y uso de los servicios.

Cuando se realizan cruces entre las diferentes variables sobre percepción y uso de los servicios encontramos los siguientes resultados, las personas que responden sobre la confianza que sienten hacia el servicio, cuando se les indaga sobre si ha consultado el servicio, encontramos que un grupo grande de personas que reconocen sentir confianza un total de 405 personas, solo 125 han visitado el servicio, un uso del 30%, comparado con los que expresaron no sentir confianza 99 personas, de las cuales solo 18 personas, el 18% usaron el servicio, es decir el

uso de alguna forma está relacionado con la percepción que tengan del servicio específicamente con la confianza expresada en el.

Tabla 16. Confianza en el Servicio Vs Visita Servicio en los Últimos seis meses.

Confianza en el servicio Vs Ha visitado el servicio en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	48	2	0	0	1	51
No	1	78	1	1	18	99
No he visitado	12	475	1	13	22	523
No sabe	2	34	2	1	3	42
Si	11	256	7	6	125	405
Total	74	845	11	21	169	1120

La confianza vs el uso de otro servicio para indagar sobre temas relacionados con la SSR, nos muestra que las personas que expresaron sentir confianza en el servicio consultaron otro profesional para solucionar dudas respecto a la salud sexual y reproductiva, de 405 personas 159 personas el 39% consultaron otro profesional, es decir un 9% más que el uso de servicio de salud, de las personas que expresaron no sentir confianza en el SSR, 30 personas visitaron otro profesional, casi un 30%, también superior al 18% de visita al servicio de salud.

Tabla 17. Confianza en el Servicio Vs Visita a algún profesional de salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses..

Confianza en el servicio Vs Ha visitado a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	48	2	0	0	1	51
No	0	67	1	1	30	99
No he visitado	11	353	8	4	147	523
No sabe	0	29	1	1	11	42
Si	7	234	4	1	159	405
Total	66	685	14	7	348	1120

Cabe resaltar que en ambas variables confianza vs visita al SSR de la universidad del Valle y confianza vs visita a otro profesional se encuentra una tasa de no uso superior al 55% en el caso de la visita a otro profesional aunque se haya expresado confianza en el servicio y superior al 63% en el caso de visita a otro profesional.

Tabla 18. Confidencialidad en el servicio Vs Visita al Servicio en los últimos seis meses.

Confidencialidad en el servicio Vs Ha visitado el servicio en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	48	3	0	0	1	52
No	3	64	1	3	14	85
No he visitado	12	459	3	12	26	512
No sabe	0	86	1	2	8	97
Si	11	233	4	4	120	374
Total	74	845	11	21	169	1120

Cuando se indaga sobre la confidencialidad que le representa el servicio se encuentra un comportamiento similar el 32% de las personas que expresaron sentir confidencialidad visitaron en los últimos seis meses el servicio, solo el 16% de las personas que expresaron no sentir confianza un total de 14 personas si visitaron el servicio.

Tabla 19. Confidencialidad en el servicio Vs Visita a algún profesional de la salud diferentes a los del servicio de salud en los últimos seis meses.

Confidencialidad en el servicio Vs Ha visitado a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	47	4	0	0	1	52
No	1	58	0	2	24	85
No he visitado	9	347	10	3	143	512
No sabe	1	63	2	1	30	97
Si	8	213	2	1	150	374
Total	66	685	14	7	348	1120

Para el caso de consulta a otro profesional encontramos frente a la confidencialidad percibida que el 40% de las personas que expresan sentir que si considera confidencial el servicio es decir 150 estudiantes de 374 que respondieron si, han consultado a otro profesional, mientras que el 28% es decir 24 personas de 85 que respondieron no considerar confidencial el servicio para tratar temas relacionados con la Salud Sexual y reproductiva visitaron otro profesional.

Tabla 20. Acceso al servicio Vs Visita al Servicio en los últimos seis meses

El acceso al servicio Vs Ha visitado el servicio en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	47	7	0	0	2	56
Fácil	11	270	6	3	113	403
No he visitado	10	350	2	7	19	388
No Fácil	4	107	1	3	28	143
No sabe	2	111	2	8	7	130
Total	74	845	11	21	169	1120

En la pregunta sobre el acceso al servicio un total de 403 personas respondieron que este era fácil, de estos solo el 28% ha visitado el servicio, contrario opinaron

143 el 12% de la población encuestada de quienes el 20% a pesar de considerar difícil el acceso consultaron el servicio, cabe anotar como en las anteriores ocasiones que a pesar de considerar fácil el acceso en un 36% de los casos más de un 66% de ese porcentaje de encuestados no uso el servicio. También es importante saber que de las personas que opinaron que no era fácil el acceso más del 74% de ellos no uso el servicio.

Tabla 21. Acceso al Servicio Vs Visita a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses.

El acceso al servicio Vs Ha visitado a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	47	6	0	0	3	56
Fácil	8	237	3	1	154	403
No he visitado	9	264	6	2	107	388
No Fácil	1	86	2	1	53	143
No sabe	1	92	3	3	31	130
Total	66	685	14	7	348	1120

Cuando la pregunta está relacionada con la visita a otro profesional diferente a los del servicio de salud, comparado con la percepción de acceso al servicio, se encuentra una opinión del fácil acceso de 36%, de estos, tan solo el 38% asistieron a otro profesional contrario al 59% que aunque consideraron fácil el acceso no han visitado el servicio, las personas que consideraron difícil el acceso, un 37% de ellos visitó a otro profesional de la salud y un 60% no lo hizo, estos resultados muestran que aunque no se considere fácil el acceso del servicio de salud, la tasa de visita y no visita a otro profesional, no se afecta.

Tabla 22. Conveniencia del horario Vs Visita al servicio en los últimos seis meses

Conveniencia del horario Vs Ha visitado el servicio en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	48	10	0	1	2	61
No	6	201	2	2	51	262
No he visitado	9	321	2	11	16	359
No sabe	2	92	3	3	9	109
Si	9	221	4	4	91	329
Total	74	845	11	21	169	1120

Frente a la percepción sobre la conveniencia del horario del servicio y la visita a este, los estudiantes opinan que no es conveniente el 23%, de estos solo el 19% es decir 51 personas han visitado el servicio, contrastado con los que opinan que si es conveniente el horario 29%, de los cuales 27% si lo han visitado en este caso la percepción de conveniencia de horario es un factor que es considerado para visitar el servicio, si consideramos la percepción de no conveniencia del horario con la visita, encontramos que un 77% de los estudiantes que no consideran conveniente el horario no han visitado el SSR caso diferente de los que aun considerándolo conveniente no lo visitan un 67%

Tabla 23. Conveniencia del Horario Vs Visita a algún profesional de salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses.

Conveniencia del horario Vs Ha visitado a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	49	7	0	1	4	61
No	4	162	1	0	95	262
No he visitado	6	247	11	3	92	359
No sabe	2	74	1	2	30	109
Si	5	195	1	1	127	329
Total	66	685	14	7	348	1120

La pregunta sin ha visitado a otro profesional diferente al del servicio médico frente a la conveniencia del horario de este, nos encontramos que las personas que consideraron adecuado el horario el 29% de la población encuestada, un porcentaje alto, el 38% visitan a otro profesional, al igual que el que considera no conveniente el horario 23% de los encuestados, de ellos el 36% aunque considere no adecuado ha visitado otro profesional para consultar sobre su SSR, estos porcentajes de visita entre ambos grupos no presentan diferencias significativas.

Tabla 24. Comodidad del consultorio para tratar temas de SSR Vs Visita Servicio en los últimos seis meses.

Comodidad del consultorio para tratar temas de SSR Vs Ha visitado el servicio en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	48	10	0	1	2	61
No	4	166	2	4	52	228
No he visitado	11	371	3	10	23	418
No sabe	1	59	2	1	2	65
Si	10	239	4	5	90	348
Total	74	845	11	21	169	1120

La comodidad del consultorio para tratar temas relacionados con la SSR frente a la visita al servicio se encuentra que a pesar de considerar cómodo el consultorio, el 69% no lo han visitado en los últimos 6 meses, de la misma forma considerarlo no cómodo, tampoco modifica mucho el porcentaje de no visita, el 73% de los encuestados que reconocen no comodidad en el consultorio no lo han visitado. Allí el porcentaje de aceptación de la comodidad vs visita al servicio es tan solo del 25% de los encuestados.

Tabla 25. Comodidad del consultorio para tratar temas SSR Vs Visita a algún profesional de Salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses

Comodidad del consultorio para tratar temas de SSR Vs Ha visitado a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	49	8	0	1	3	61
No	2	146	5	1	74	228
No he visitado	8	280	8	3	119	418
No sabe	0	46	1	1	17	65
Si	7	205	0	1	135	348
Total	66	685	14	7	348	1120

La comodidad que ofrece el consultorio frente la visita a otro profesional para tratar temas de salud sexual y reproductiva, nos muestra como aunque la percepción de comodidad del servicio sea del 31% solo el 38% de esta población a visitado a otro profesional, a demás el 59% de ellos que aunque consideraron cómodo el consultorio no han visitado a otro profesional, para los estudiantes que no presentaba comodidad el consultorio el 32% si visito a otro profesional y de los que no consideraron cómodo el consultorio pero no visito el porcentaje asciende al 64% de los que negaron la comodidad del consultorio, un total de 228 estudiantes.

Tabla 26. Conocimiento de espacios de orientación y ayuda sobre preguntas de SSR Vs Visita Servicio en los últimos seis meses.

Conoce un espacio donde le orienten y ayuden sobre sus preguntas de SSR Vs Ha visitado el servicio en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	61	6	0	0	1	68
No	6	657	11	16	82	772
Si	7	182	0	5	86	280
Total	74	845	11	21	169	1120

Frente al conocimiento de un espacio donde le oriente y ayuden sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y su relación con el uso en los últimos 6 meses, del servicio médico universitario, encontramos que aunque un 25% de la población encuestada conoce el lugar, solo un 30% de esa población a usado el servicio en los últimos seis meses. Y un 65% se a quedado sin hacer uso de este servicio, para las personas que indican no conocer el espacio 772, es decir un 69% de la población encuestada solo el 11% lo ha utilizado, en este caso es importante indicar que esta variable, que es el desconocimiento del espacio si afecta el uso del servicio puesto que las diferencias con las personas que lo conocen es amplia, los estudiantes que indicaron no conocer el espacio dejaron de usaron por encima del 85% de ellos.

Tabla 27. Conocimiento de espacios de orientación y ayuda sobre preguntas de SSR Vs Visita a algún profesional diferente a los del Servicio de salud en los últimos seis meses.

Conoce un espacio donde le orienten y ayuden sobre sus preguntas de SSR Vs Ha visitado a algún profesional de la salud diferente a los del servicio de salud en los últimos seis meses						
	sin dato	No	No recuerdo	No se	Si	Total
sin dato	60	4	0	0	4	68
No	6	509	9	6	242	772
Si	0	172	5	1	102	280
Total	66	685	14	7	348	1120

Frente a la visita a otro profesional y su relación con el conocimiento del espacio, se encuentra que aunque el 25% conoce el lugar, el 36% de esos estudiantes visitan a otro profesional para consultar temáticas sobre SSR, de los estudiantes que no conocen el lugar, el 69% de los encuestados, el 31% de ellos visita a otro profesional, mientras, lo que indica que el desconocimiento del lugar no afecta en gran medida el buscar ayuda en un lugar diferente al SSR.

CONCLUSIONES

1. Existen percepciones con relación a la accesibilidad del Servicio de Salud que algunas variables influyen para convertirlas en realidades para los jóvenes, estas variables son de tipo personal y social, como estrato, el género, el semestre que cursa y el programa académico.
2. Las percepciones equivocadas como baja confianza y creencia de no confidencialidad del servicio afectan el uso que se hace de éste por parte del estudiantado, cuando el estudiante alcanza mayor edad, pertenece a un estrato alto o avanza a lo largo de su programa académico estas percepciones varían de forma positiva.
3. El desconocimiento del lugar físico del SSR, afecta el uso puesto que el 70% de los encuestados desconocen este lugar, entonces difícilmente podrían tenerlo referenciado como el lugar para acudir en búsqueda de orientación en materia de SSR, y por ende tomar la decisión de hacerlo.
4. Se observa que las mujeres son quienes hacen mayor uso de los programas y servicios del SS en ese grupo poblacional podría apoyarse dicho servicio para mejorar las tasa de uso de los servicios

5. En efecto existe una tasa mayor de visita a otros profesionales diferentes a los del Servicio de Salud de la universidad que están condicionados a la posibilidad de pago a estos profesionales, dado el estrato y el nivel de formación alto de los estudiantes que visitan estos servicios.

6. Cuando se indaga sobre la preferencia al buscar ayuda en temas relacionados con la SSR, los estudiantes encuestados reportan en orden de importancia, profesional de la salud, amigos, revistas libros u otros familiares, a demás de la madre, estos hallazgos nos podrían orientar sobre estrategias que mejoren la consulta al servicio y disminuyan las incidencias de ITS y embarazo y aborto, al igual que mejorar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.

7. No existen diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas, se esperaba mejores percepciones con relación al uso y accesibilidad por parte del estudiantado de la Facultad de Salud.

RECOMENDACIONES

Continuar realizando estudios que posibiliten a los tomadores de decisiones de la universidad conocer y entender la dinámica del pensamiento y comportamiento del estudiantado, sus percepciones sobre la salud sexual y sobre los servicios de SSR.

El desarrollo de un estudio a largo plazo donde se intervenga a los estudiantes durante todo su proceso de formación, para lo cual se podría aplicar la encuesta de salud sexual y reproductiva desarrollada por la investigación de las profesoras Arias, Vásquez y cool. Utilizada en esta investigación estudio *“Servicios en salud sexual y reproductiva para estudiantes y funcionarios de la Universidad del Valle-Campus San Fernando”*. Realizada durante los años 2008-2009, que desarrolló un sistema de información de fácil aplicación que podría utilizarse incluso en la primera semana en la universidad justo en la inducción a estudiantes de primer semestre.

Fortalecimiento de los servicios o programas de Promoción y Prevención que tiene el Servicio de Salud y de ser posible en conjunto con las EPS a las cuales pertenecen por lo general como beneficiarios y en las cuales los estudiantes consultan sobre su SSR, dado que se nota en el estudio que los estudiantes

consultan a ambos servicios de salud para solucionar sus problemas de salud o inquietudes relacionadas con su SSR.

Si las fuentes preferidas de búsqueda para informarse y aclarar dudas sobre sexualidad de los estudiantes son: Profesional de la salud, amigos y libros y revistas, a demás de otras fuentes como el internet se podría pensar que la estrategia de capacitación a pares podría fortalecerse para tener a esas personas que reportan un segundo lugar con un porcentaje importante del 56% capacitados no para remplazar o sustituir la consulta con el profesional idóneo, sino para orientar y derivar a estos estudiantes al lugar indicado con sus preguntas e inquietudes.

Si los profesionales de la salud son la primera fuente de búsqueda de información sería interesante indagar si cualquier profesional de la salud, podría brindar información de primera calidad o si existen programas académicos que por su objeto de estudio poco tocan estas temáticas y esta información que dan no sea la ideal, la propuesta es crear en el contenido de los programas, no sólo de la Facultad de Salud, si no en toda la Universidad, una asignatura que sirva de eje articulador del desarrollo de la propia Salud Sexual y Reproductiva, creando verdaderos agentes dinamizadores en la sociedad.

Capacitación a Docentes o a un grupo de ellos, en el área de Salud Sexual y reproductiva o referencia de los casos a personal idóneo.

Si existe un alto nivel de vergüenza en la consulta de estos temas sería interesante explorar otras estrategias señaladas en la literatura sobre servicios amigables y que han dado resultado en otros lugares, podrían ser páginas Web,

líneas gratuitas o teléfonos destinados a consulta con profesional idóneo para resolver dudas y orientar a las personas que hagan uso de estos canales, el temor a ser identificados mortifica y es causa de no consulta en los servicios, esto garantiza al estudiante de alguna manera mantenerse en el anonimato brindando más confianza y como asunto muy importante, lograría que el estudiante tenga información veraz sobre SSR.

Ubicación de un espacio institucional en el Campus de San Fernando de un consultorio especializado en SSR, esto con el fin de facilitar el acceso a la población de estudiantes y trabajadores de la Universidad, este debe tener características especiales, debe brindar confidencialidad a los estudiantes, las filas, la necesidad de pedir cita de manera presencial y tener que contar toda la situación que ocasiona la consulta a personal no médico, son a veces barreras para la consulta, desde el Decanato actual se impulsa una idea que bien vale la pena señalar como ejemplo de lo que podría ser este espacio, este Consultorio en Consejería en Salud Sexual y Reproductiva se encuentra en funcionamiento y es atendido por tres médicas familiares y una Enfermera, el cual cuenta en sus primeros meses con alta demanda y satisfacción estudiantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. "Atención primaria de la salud". Alma Ata 1978. Organización Mundial de la Salud. Serie salud para todos. No. 1. Ginebra, 1978.
2. La Salud Pública. Malagón – Londoño. Ed. Panamericana. Bogotá-Colombia, 2002
3. Diagnóstico integral de la población de la Universidad del Valle, para el mejoramiento de la calidad de vida. Strauss, C. E. Facultad de Educación Universidad del Valle, 1993
4. Características generales de los usuarios del servicio médico Familiar Universidad del Valle y Trabajo social, Gómez, B.M. Tesis pregrado. Universidad del Valle 1989.
5. Modelos de simulación para la programación de citas, médicos y urgencias, aplicable al servicio médico universitario. Pérez, A. L,J Universidad del Valle, 1985.
6. Forma de remuneración a médicos y su relación con la eficiencia del servicio, Pérez Q. A,M, Tesis Universidad del Valle, 1996.

7. Measuring family planning service quality through client satisfaction exits interviews, William, T. International Family planning perspectives, vol. 26, No. 2 (jun., 2000), pag. 63-71.
8. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice, Ross, C.,E. Journal of health and social behavior, vol, 23, No. 4 (Dec., 1982), 317-329.
9. Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia, Ministerio de Protección Social Dirección General de Salud Pública, Febrero de 2003.
10. Caracterización de la población afiliada al Régimen Subsidiado en Cali, Rendón, Luis F. et al, Revista Colombia Médica vol. 32. No. 1. 2001.
11. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González d, Mejía ME, Villaquirán ME. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Colombia Medica, Vol. 36 N° 3, Sup. 1, jul-sep 2005.
12. The health conditions of the elderly in Colombia: An overview. Reyes-Ortiz CA. Clin Geriatr 2000; 8 (2): 61-66.

13. Arias CL, Rico J, Castillo JC. Comportamiento sexual en estudiantes de la Universidad del Valle. Tesis de maestría presentada por el estudiante Castillo JC, en el marco de investigación (no publicada) realizada por los profesores Liliana Arias Castillo y Jesús Rico, del Centro Colaborador en Salud Sexual y Reproductiva, de la OMS y la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Valle. 1996. Cali - Colombia
14. Plan estratégico de Desarrollo 2005-2015, Universidad del Valle. Imprenta Departamental, 2005..
15. Magallanes J, León A, Arias L, Herrera J. Prácticas de salud y su relación con las características sociodemográficas de estudiantes de medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia, 1994. Colombia Médica, 1995, 26 (4): 132. 140.
16. Arias L, Ceballos J., Canaval, G. E. y cols. No solo el amor te salva. Feriva 2003. Cali - Colombia
17. Berríos C,X Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 53-60
18. Urrea F, Congolino M. L. y cols. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria

de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle, 2005

19. Arias L., Vásquez M. L. y cols. Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para Estudiantes y Funcionarios de la Universidad del Valle- Campus San Fernando, Universidad del Valle, 2009, Investigación no publicada.

20. Moreno E. Gil J. El modelo de creencias en Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *International Journal of Psychology Psychological therapy* 2003, España, Vol. 3, N°. 1, pp. 91-109

BIBLIOGRAFIA

Alcaldía de Santiago de Cali- SSPM, Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Sexualidad en la Población de Cali. Taller Abierto, Cali Agosto 2004.

Antropología y reproducción (2007). *“Aproximación histórica de la reproducción”*, Vol. # 2 [en línea] disponible <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/revistas.php> revista antropológica- Iberoamericana-. recuperado enero 23 del 2008.

ARANGO, L. y otras. Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. – Cuerpo e identidad- TM. Editores, Bogotá 1995.

ARIAS, L., CEBALLOS J. No Solo El Amor Te Salva. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva, Fundación W.K. Kellogg – Universidad del Valle. 1ª. Edición. 2003.

BARNETT, Barbara y SCHUELLER, Jane. Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: Una guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes. Research Triangle Park, NC 27709 EE.UU. Family Health International. 2001.

CABALLERO, R. VILLASEÑOR A. El Estrato Socioeconómico como Factor Predictor del Uso Constante de Condón en Adolescentes Rev. Saúde Pública v.35 n.6 São Paulo dez. 2001. revsp@org.usp.br

CASTELANOS G., ACCORSI S. Género y Sexualidad en Colombia y en Brasil. Centro de Estudios de Género, mujer y sociedad. Universidad del Valle. Editores Manzana de la Discordia 1ª. Edición 2002.

CASTILLO, E., Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. Vol.34 No.3, 2003. Corporación Editora Medicadle Valle. 2003.

Carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. OPS. OMS. Noviembre Ottawa Canadá 1986.

CEDETES – UNIVERSIDAD DEL VALLE/ Secretaria de salud Pública Municipal de Cali, (2007). Situación de Salud en Santiago de Cali – Una mirada desde la salud pública. [en línea], disponible en www.cedetes.org/modelo/files/SITUACION_DE_SALUD_DE_CALI.pdf recuperado: 2 de febrero de 2008.

Center for Young Women's Health, Children's Hospital Boston, Decisiones Sexuales Saludables, Boston, 1999-2006.

Colombia, Ministerio de Educación nacional, (1997 4 de julio), Ley No. 375 por medio del cual se expide la Ley de la Juventud.

Colombia Ministerio de Educación Nacional, UNFPA, (2006). *“Revolución Educativa de Colombia, Proyecto Piloto de Educación y construcción ciudadana, hacia una política pública”*- ARBELAEZ, Diego- documento de trabajo – Acerca de la sexualidad y de la salud sexual- Ser Humano _Imprenta Nacional

Colombia, PROFAMILIA *ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD - ENDES*, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), 2005.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2003 Febrero), “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, Bogotá. [en línea], disponible en http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/prevencion/politica_ssr27.pdf recuperado: 20 de marzo de 2008.

Colombia, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2004), *Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la sexualidad en la población de Cali*, s. e.

Colombia, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Unidad de Epidemiología (2005), *Situación de los adolescentes. Salud Sexual y Reproductiva*, Landazábal N., Cali Febrero 1 de 2005.

Constitución Política de Colombia 1991. Edición actualizada de 1998. Pág.11, 21.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO PLANEACIÓN MUNICIPAL, Municipio De Santiago de Cali, Plan de Desarrollo 2004 – 2008. Subdirección de desarrollo integral. Proyecto asistencia técnica plan prospectivo de desarrollo FUNDAPF. 2003

DE ZUBIRIA, Miguel. *Seis didácticas revolucionarias para enseñar conceptos*, Fundación Alberto Merani para el desarrollo de la inteligencia, FANDI. Bogotá. 1998.

Documento Adolescencia y Juventud en AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA CELADE, COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA CEPAL ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE LA JUVENTUD - OIJ.

Documento La educación sexual en América Latina: revisión de algunos programas educativos en la región. CELAM. Autoras Julia Marfán Reyes y Claudia Córdoba Calquín.

El País (2007, 07 de diciembre). “*Los límites invisibles de Cali*”, Cali. [en línea], disponible en <http://www.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/diciembre072007/cali01htm> recuperado: 12 de diciembre de 2007.

GAMMA-IDEAR, FUNDACIÓN Población y Desarrollo. La construcción de identidades masculinas y femeninas para la convivencia armónica. 1988-2005.

KATZ, K. FINGER, W. (2002) *La educación sobre la sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes, lente joven, salud sexual, VIH-SIDA*, YouthNet, Número 2 de la serie., [en línea], disponible en: <http://www.fhi.org/training/en/modules/ADOL/intro.htm> recuperado lunes 24 marzo del 2008.

KRAUSKOPF, Dina. LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS DE JUVENTUD EN AMÉRICA LATINA. Universidad de Costa Rica. dinagr@racsa.co.cr

Organización Internacional del Trabajo, JUVENTUD Y GENERO CINTERFOR marzo 7 de 2000.

LANDAZÁBAL, Nancy. Situación de los Adolescentes. Salud Sexual y Reproductiva. Epidemiología, Secretaria de Salud Pública Municipal, Cali Febrero 1 de 2005.

LERMA, Héctor Daniel. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: PROPUESTA, ANTEPROYECTO Y PROYECTO. Segunda edición. Bogotá: Ecoe Ediciones: 2004.

Leyes y políticas que afectan su vida reproductiva; Revista Colombia 1995.

Ley No. 375 Ley de la Juventud. Colombia. Julio 4 de 1997.

Ley General de la Educación. Ley 115 de febrero 8 de 1994

Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social en Salud

Ley 715 de 2001 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

LONDOÑO, Claudia L. Representaciones de género y vivencia de la sexualidad en adolescentes de estratos medios de la ciudad de Cali. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Plan de Sociología. Universidad del Valle, 1996.

LONDOÑO, María Ladi. Derechos humanos y derechos reproductivos. Red Colombiana de mujeres por los derechos sexuales y reproductivos. Boletín No.4, Cali Mayo de 1994.

LONDOÑO, María Ladi *Ética de la Ilegalidad, Visión de Género y valores Reproductivos. ISEDER - Fundación para la investigación y educación en salud y derechos reproductivos de la mujer.* Cali, 1994. Feriva.

MAGALHAES, María., MERCADO, Francisco. *Compilación, Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud.* Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina 2007.

MAGAÑA, Adalgisa. *Enfoque de equidad y enfoque de género en educación.* Documento de trabajo. Universidad del Valle, agosto 2003.

MAGUIÑA, Raúl. *Semejanzas, diferencias y complementariedad de las perspectivas metodológicas cuantitativas y cualitativas y su aplicación a la investigación administrativa” ramaf2002@hotmail.com* catedrático Principal UNAS – Tingo María.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), *Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía: hacia la formación de una política Pública,* imprenta nacional de Colombia, julio 2006.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Dirección General de Salud Pública, *Política Nacional de salud sexual y reproductiva.* Bogotá, febrero 2003.

Mujeres del Mundo, Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas – América Latina y del Caribe, Colombia, examinando salud y derechos reproductivos, [en línea], disponible en http://www.reproductive.rights.org/pdf/colombia_sup_sp.pdf, recuperado: 20 de marzo de 2008.

Proyecto Municipal de Educación Sexual.htm. Escuelas Saludables Protocolo de Educación Sexual. OPS Colombia.

RINCÓN, O. (2007), *La importancia de los medios de comunicación* [en línea] disponible en http://www2.unesco.org/wef/countryreports/colombia/rapport_1.htm recuperado: 25 de enero de 2008.

RICO, Jesús y ARIAS Liliana. Planificación Familiar: Uso De Métodos Anticonceptivos a nivel municipal en el departamento del Valle del Cauca. Primera edición. Santiago de Cali: Centro editorial CATORSE: 2005.

RUSSELL, J. SOLORZANO, X. Políticas de adolescentes y jóvenes, experiencias de Colombia, República Dominicana y Nicaragua. Washington D.C., OPS, OMS 2001.

Sistema de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993. Ministerio de Protección Social Bogotá, Colombia.

UNFPA - Políticas Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Protección Social, división General de Salud Pública. 2003.

ZAPATA, Yolanda. Generalidades en Salud Pública - El Proceso Salud Enfermedad. Documento de Trabajo. Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud. Universidad del Valle. 2004.

GLOSARIO

USUARIO: Un usuario es la persona que utiliza o trabaja con algún objeto o que es destinataria de algún servicio público, privado, empresarial o profesional.

PREVALENCIA: En Epidemiología se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo").

INCIDENCIA: La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. Las dos medidas de incidencia más usadas son la *incidencia acumulada* y la *tasa de incidencia*, también denominada densidad de incidencia. La incidencia no debe confundirse con la prevalencia.

PERCEPCIÓN: es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

ANEXOS

ANEXOS 1.

UNIVERSIDAD DEL VALLE FACULTAD DE SALUD- SERVICIO DE SALUD

SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ESTUDIANTES Y FUNCIONARIOS DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE- CAMPUS SAN FERNANDO

Proyecto Vicerrectoría de Investigaciones 1557; del Servicio de Salud y la Facultad de Salud de la Universidad del Valle

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Sexualidad es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como “un aspecto central de la humanidad. Abarca sexo, identidad y rol de género, orientación sexual, erotismo y placer, intimidad y reproducción. Experimentada y expresada en/por pensamientos, deseos, fantasías, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones”. “Para que la Salud Sexual, sea alcanzada y mantenida, los derechos sexuales de todos los individuos necesitan ser respetados, protegidos y satisfechos”

La Salud Sexual y Reproductiva aún es tema mítico y de escaso abordaje; los estudiantes del Campus San Fernando constituyen una comunidad de adolescentes y adultos jóvenes expuestos a riesgos en ésta área. La información que usted puede aportar es muy útil; nos permitirá diseñar y desarrollar programas encaminados al ejercicio de la sexualidad y a la toma de decisiones informadas y concientes.

El objetivo de la siguiente encuesta es obtener información a partir de ustedes, de manera estrictamente **confidencial**, respecto a temas relacionados con la sexualidad. La participación en esta actividad es **voluntaria** y en caso de aceptar participar, le solicitamos comedidamente su firma, número de identificación y código de la universidad para constar ante la ley que ha participado libremente.

El diligenciamiento de la encuesta no le va a generar ninguna retribución directa pero le traerá beneficios en cuanto a mejoramiento de los Servicios de Bienestar de la Universidad del Valle y generará desarrollos que beneficiarán a la comunidad. El diligenciamiento de la encuesta no incidirá en su área académica.

Usted recibirá información oportuna sobre los resultados obtenidos, estos serán difundidos respetando la **confidencialidad** de las personas que diligencien la encuesta.

PARTICIPANTE

NOMBRE: _____

FIRMA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CC__ TI__ CE__ N°: _____ DE

CÓDIGO: _____

TESTIGO

NOMBRE: _____

FIRMA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CC__ TI__ CE__ N°: _____ DE

CÓDIGO: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !

ANEXO 2.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.Fecha	Día	Mes	Año

2. ¿En qué estrato socioeconómico fue clasificado cuando ingresó a la universidad?

3. ¿Cuál es su sexo? Hombre Mujer Transgénero

4. ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

5. ¿A cuál de las siguientes religiones pertenece?

Católica

Protestante

Judía

Otra

Sin religión

6. ¿En qué municipio vive mientras asiste a la Universidad?

Cali

Palmira

Jamundí

Buga

Tuluá

Otro municipio del Valle

Fuera del Valle del Cauca

7. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero Casado Separado
divorciado o

Unión Libre Viudo

8. ¿En qué Facultad estudia actualmente?

Administración

Salud

Ambas

9. En la actualidad ¿Cuál programa académico está cursando?

Medicina y cirugía Fonoaudiología

Terapia ocupacional Odontología

Enfermería Fisioterapia

Bacteriología y Laboratorio Atención prehospitalaria

Admón de empresas (diurno) Admón de empresas (nocturno)

Contaduría pública (diurno) Contaduría pública (nocturno)

Comercio exterior

10. ¿En la actualidad qué semestre está cursando?

Primero Segundo Tercero

Cuarto Quinto Sexto

Séptimo	<input type="text" value="7"/>	Octavo	<input type="text" value="8"/>	Noveno	<input type="text" value="9"/>
Décimo	<input type="text" value="10"/>	Decimoprimer o	<input type="text" value="11"/>	Duodécimo	<input type="text" value="12"/>

11. **¿Participa en actividades por fuera de la Universidad?**

Si No

12. **Si es así, ¿En cuáles?**

Equipo deportivo Si No

Grupo de debate Si No

Grupo religioso Si No

Grupo teatral Si No

Grupo académico Si No

Trabajo remunerado Si No

Otro: **Especifique**
¿Cuál?

13. **¿Cuál fue el último nivel de estudio completo que alcanzó su padre?**

Ninguna Secundaria Universitari
o

Primaria Técnico No sé

14 **¿Cuál fue el último nivel de estudio completo que alcanzó su madre?**

1. Ninguna 3. Secundaria 5. Universitario

2. Primaria 4. Técnico 6. No sé

15. **¿Cuántas personas, incluyéndose usted, viven (comen y duermen) en su casa?**

16. ¿Quién vive con usted? (Responda una sola opción)

Mi madre

Mi padre

Mi padre y mi madre

Mi padre y la compañera de mi padre

Mi madre y el compañero de mi madre

Con otros familiares

Con personas no familiares

Vive sólo o sola

Con la pareja

17. ¿Cuál es el número total de hermanos y hermanas que usted tiene? _____

18. ¿Cuál es la posición (orden de nacimiento) que usted tiene entre sus hermanos(as)

Primero Segundo Tercero

Cuarto Quinto Sexto

Séptimo Octavo Noveno

Décimo Decimoprimer Duodécimo

IV. SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

143. ¿Le brinda confianza el Servicios de Salud para consultar acerca de su Salud Sexual y reproductiva?

Si No No sabe No lo he visitado

144. ¿Le ofrece confidencialidad el Servicio de Salud para solucionar interrogantes acerca de su salud sexual

Si No No sabe No lo he visitado

145. El acceso al Servicio de Salud para solucionar sus problemas de salud sexual es

Fácil Dífícil Por _____ que? _____

No sabe No lo he visitado

146. ¿Es para usted conveniente el horario de atención del Servicio de Salud?

Si No No sabe No lo he visitado

147. ¿Le parece cómodo el consultorio del Servicio de Salud para tratar temas sobre su sexualidad?

Si No No sabe No lo he visitado

148. Cuando ha presentado algún problema de salud sexual y reproductiva ¿Qué dificultades ha tenido para visitar el servicio de salud?

1. Falta de dinero Si No

2. Personal del servicio poco amistoso Si No

3. Me da vergüenza Si No

4. Es difícil encontrar el Servicio de Salud Si No

5. No confianza en los médicos Si No

6. Temor de ser identificado(a) Si No

Si ha tenido otras dificultades especifique

¿Cuáles?

¿Conoce en la Universidad un espacio en donde lo orienten y ayuden

**149. sobre sus preguntas en
salud sexual y reproductiva?**

Si 1

No 2

En caso afirmativo indique

cuál?

**150. ¿Ha visitado el Servicio de Salud en los últimos 6 meses para obtener
información sobre salud sexual y reproductiva?**

Si 1

No 2

No sé 3

No 4
recuerdo

151. ¿Ha visitado algún profesional de la salud diferente a los profesionales

del Servicio de Salud

de la Universidad del Valle, en los últimos 6 meses?

Si No No sé No recuerdo

**152. ¿A quien busca para informarse y aclarar dudas sobre sexualidad?
(puede marcar varias opciones)**

1. Amigo Si No

2. Hermano Si No

3. Papá Si No

4. Mamá Si No

5. Profesionales de la salud Si No

6. Abuelos Si No

7. Libros, revistas Otros familiares Si No

8. Radio, Televisión Si No

9. Sacerdote, pastor

Si

No

10. Psicólogo

Si

No

Si busca otro medio para informarse y aclarar dudas sobre sexualidad indique

¿Cuál?

Anexo 3.



Facultad de Salud

Santiago de Cali, 2 de febrero de 2010

DECS-41-2010

Señores
COMITÉ DE ÉTICA
Facultad de Salud
La Universidad

Asunto: *Solicitud de Aval para el Proyecto de Investigación "Percepción del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva y su Relación con el Uso en dos Facultades de una Universidad Pública del Sur Occidente Colombiano",*

Reciban un cordial saludo:

En mi calidad de Directora del Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Salud, informo que el proyecto de investigación titulado "Percepción del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva y su Relación con el Uso en dos Facultades de una Universidad Pública del Sur Occidente Colombiano", será desarrollado por el estudiante de postgrado ALEXANDER AGUDELO OROZCO, en el marco del Proyecto "Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Estudiantes y Funcionarios de la Universidad del Valle – Campus San Fernando", avalado e inscrito en la Vicerrectoría de Investigaciones, con el Código No. 1557.

Por lo anteriormente mencionado, solicito muy comedidamente al Comité, el aval para el desarrollo del proyecto del estudiante en mención.

Cordialmente,

LILIANA ARIAS-CASTILLO, M.D.
Directora

Universidad del Valle
San Fernando
Calle 4B No. 36-00
Conmutador: (57)(2)518 5686
Fax: (57)(2)518 5684
<http://salud.univalle.edu.co>
Cali - Colombia.



ACTA DE APROBACIÓN N° 002-010

Proyecto: **PERCEPCION DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU RELACION CON EL USO EN DOS FACULTADES DE UNA UNIVERSIDAD PUBLICA DEL SUR OCCIDENTE COLOMBIANO**

Sometido por: **LUIS FERNANDO RENDÓN / ALEXANDER AGUDELO**

Código Interno: **05-010** Fecha en que fue sometido: **02** **02** **2010**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica** que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité; sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo descuido de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: Laura Elvira Piedrahita Fecha: 18 02 2010

Nombre: LAURA E. PIEDRAHITA

Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: Adolfo Contreras R. Fecha: 18 02 2010

Nombre: ADOLFO CONTRERAS R.

Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Confianza Vs Estrato

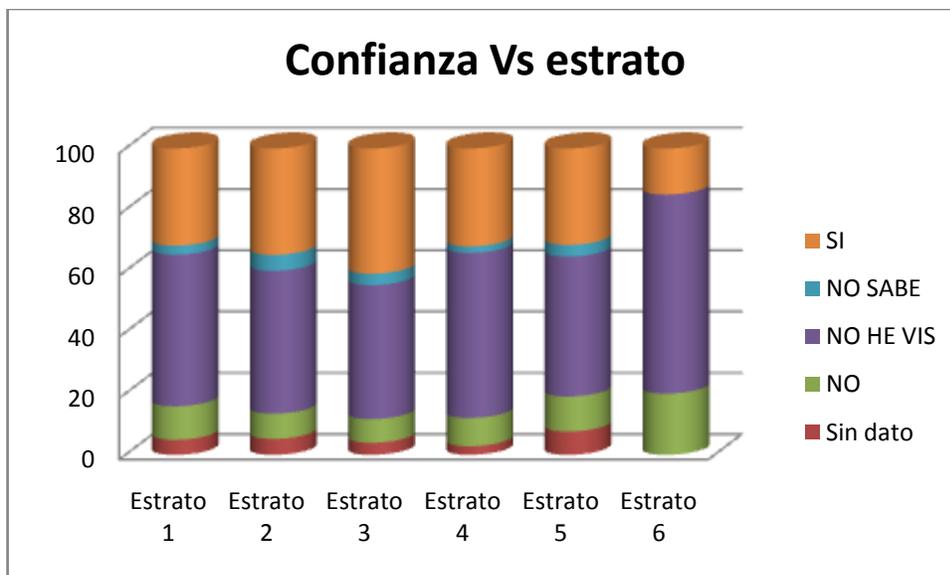


Grafico 2. Confianza Vs Género

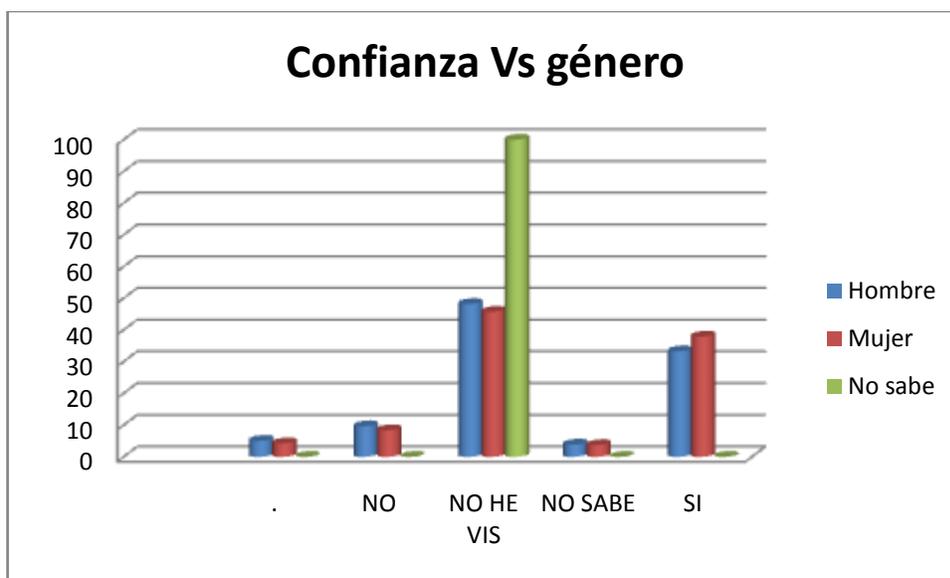


Grafico 3. Confianza Vs Edad

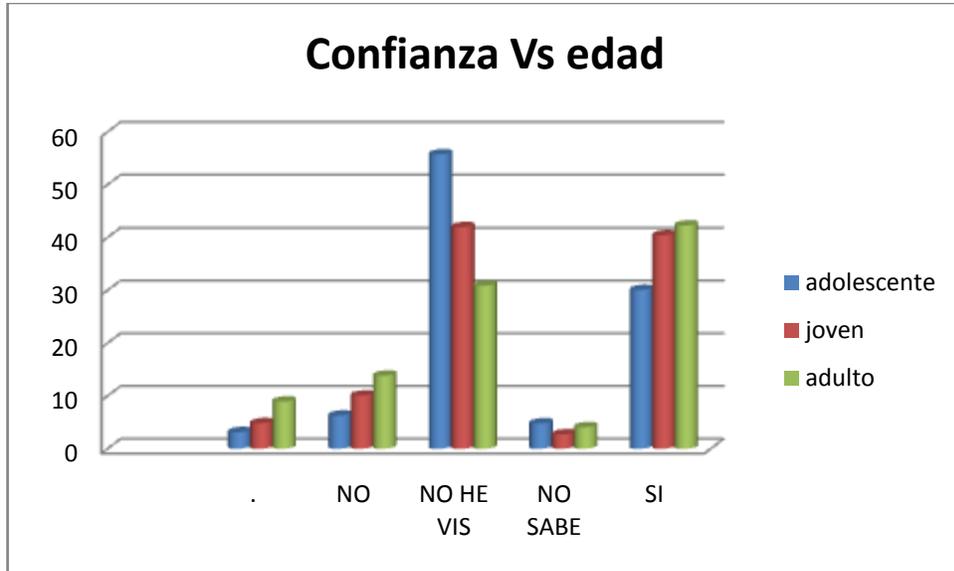


Grafico 4. Confianza Vs Religión

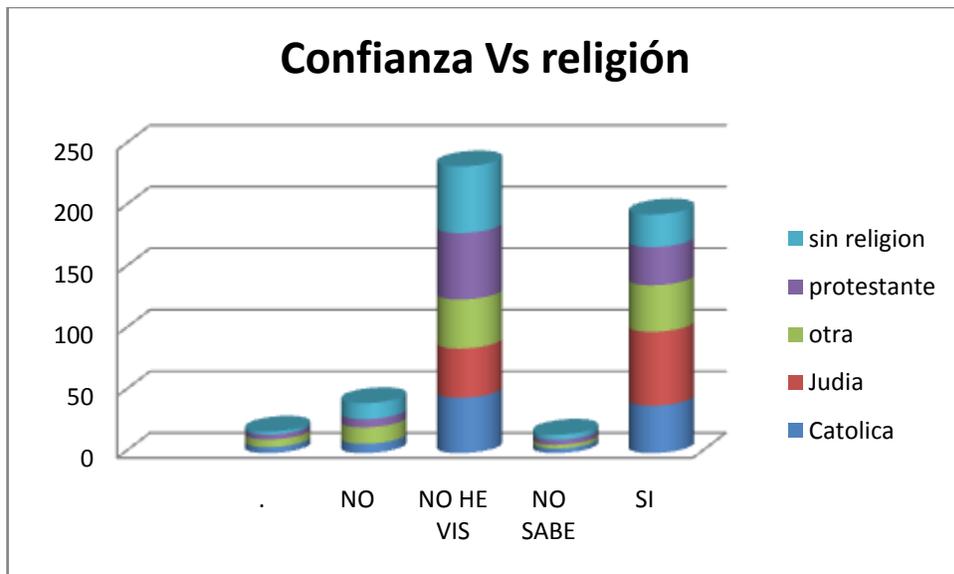


Grafico 5. Confianza Vs Procedencia

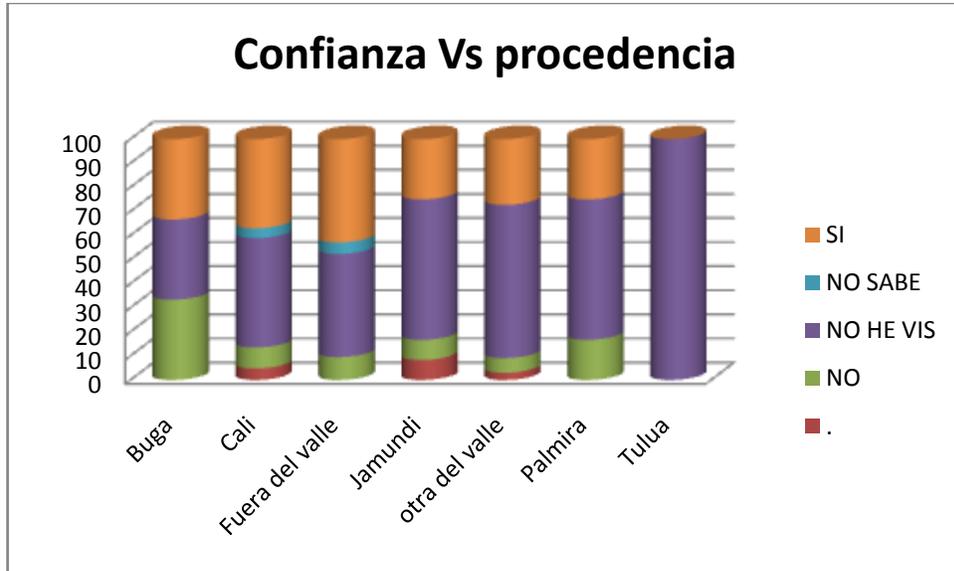


Grafico 6. Confianza Vs Estado Civil

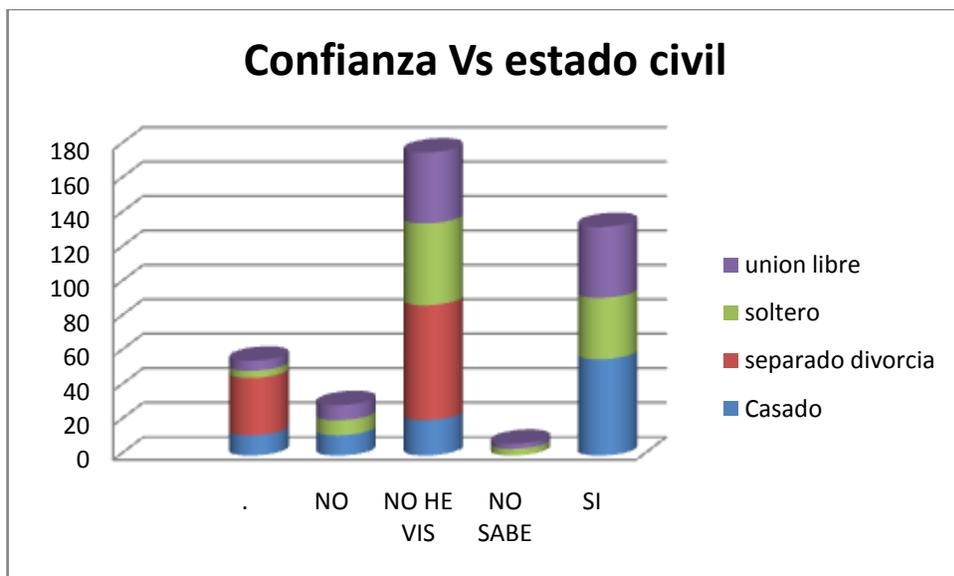


Grafico 7. Confianza Vs Facultad

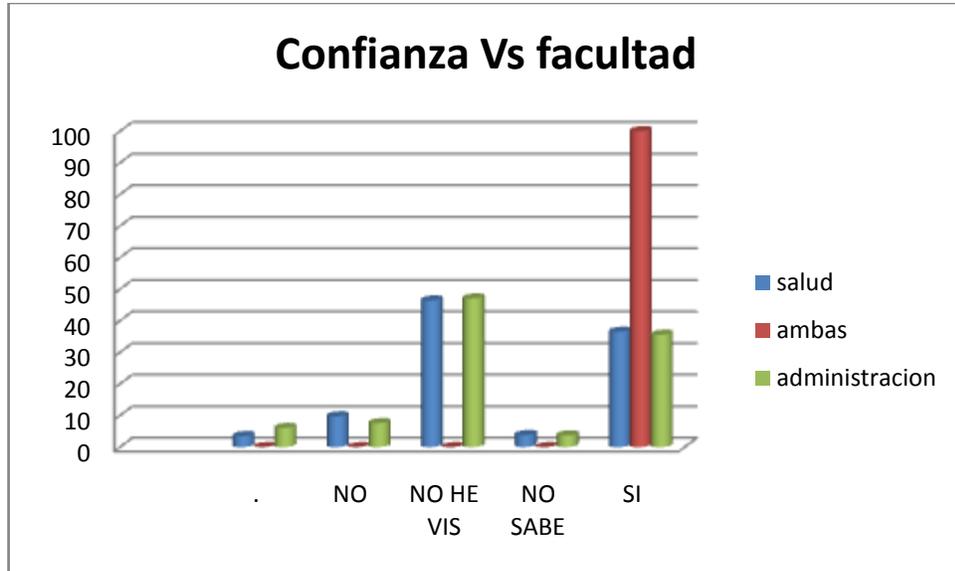


Grafico 8. Confianza Vs Programa Académico

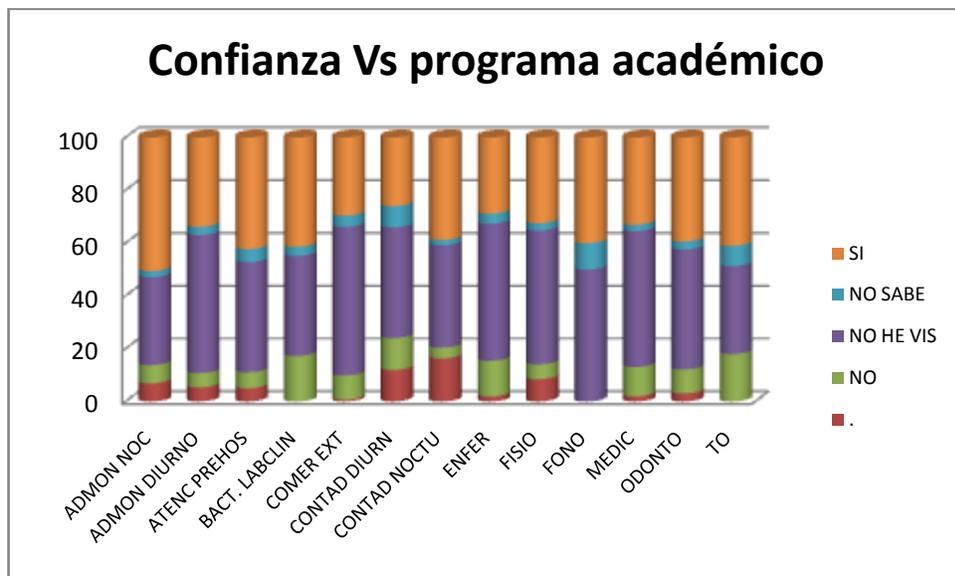


Grafico 9. Confianza Vs Semestre

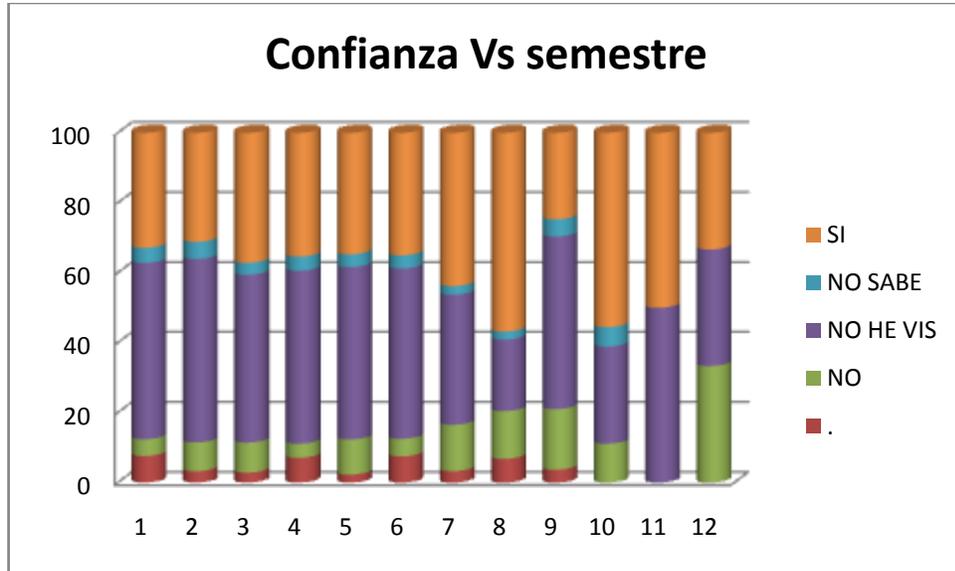


Grafico 10. Confianza Vs Participación en Actividades

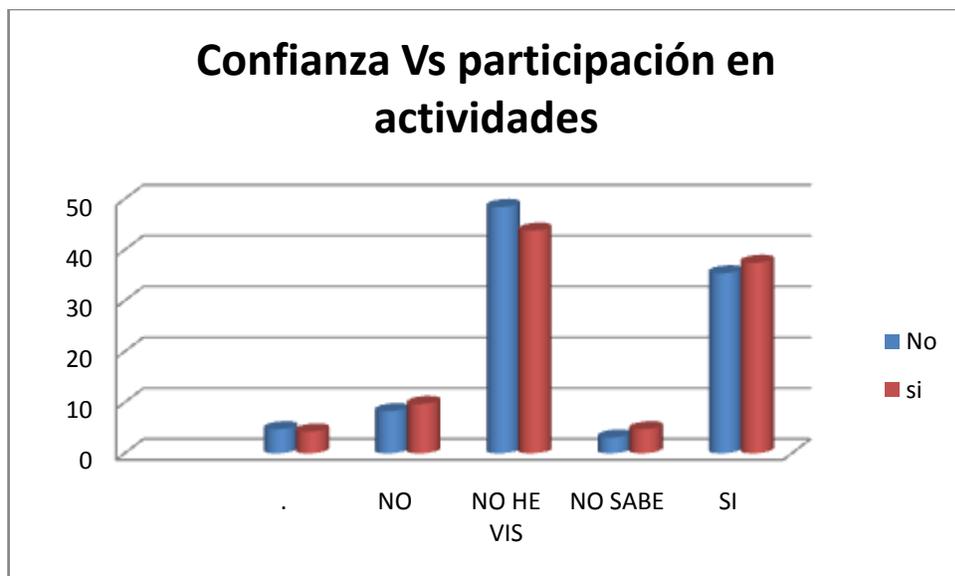


Grafico 11. Confianza Vs Formación Padre

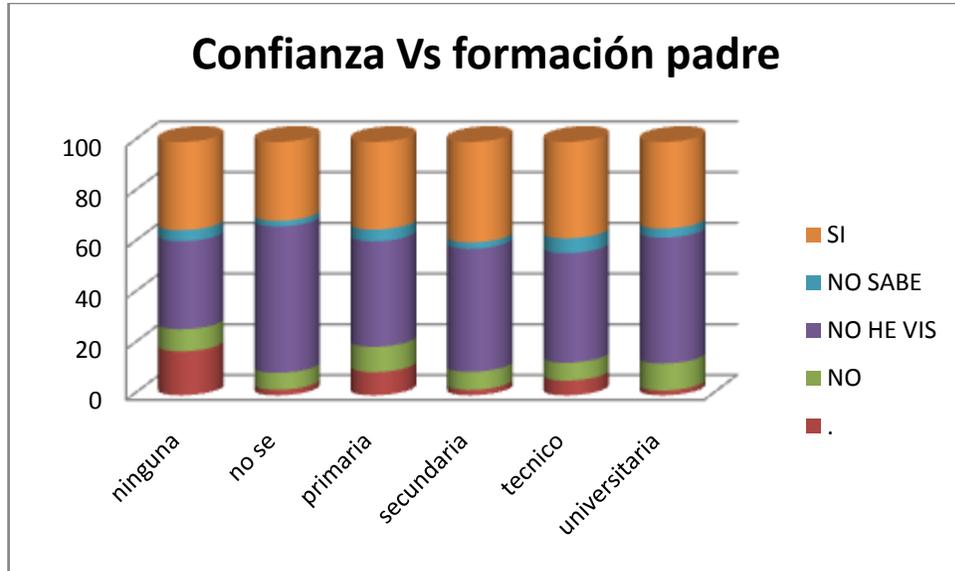


Grafico 12. Confianza Vs Formación Madre

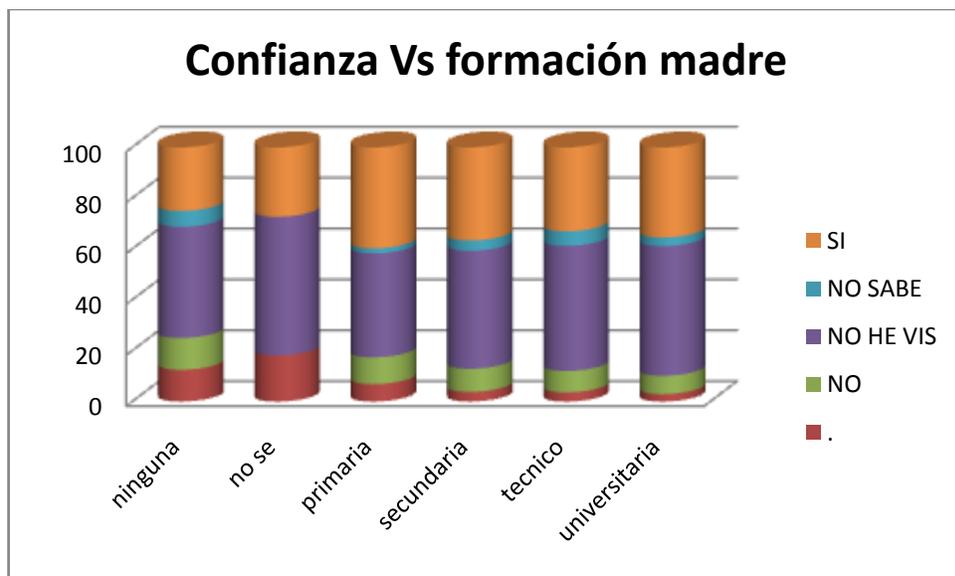


Grafico 13. Confidencialidad Vs Estrato

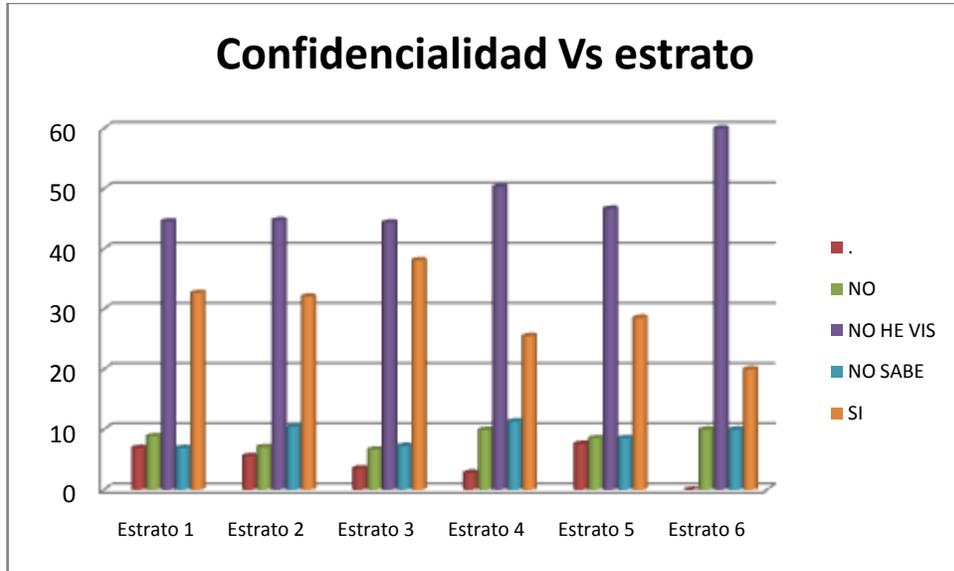


Grafico 14. Confidencia Vs Género

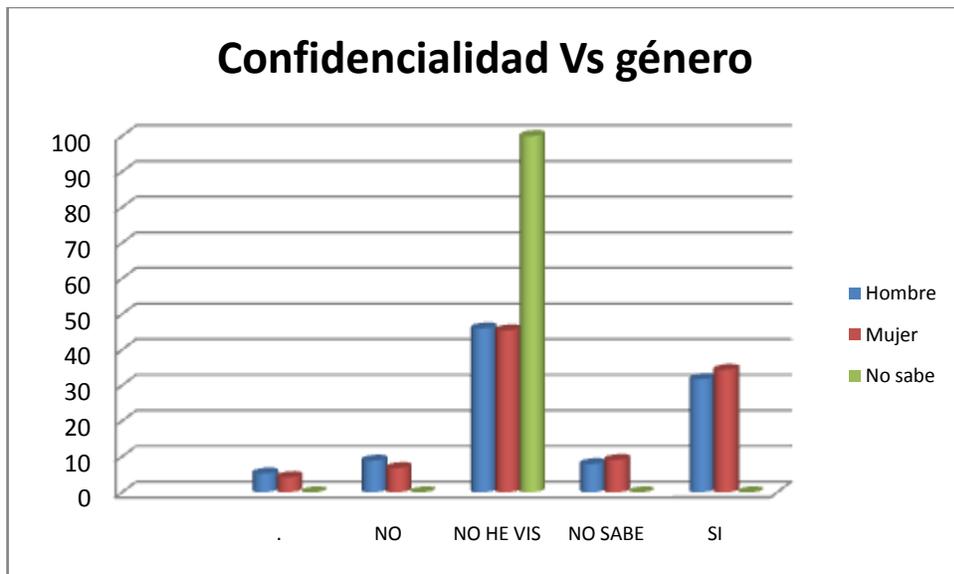


Grafico 15. Confidencialidad Vs Edad

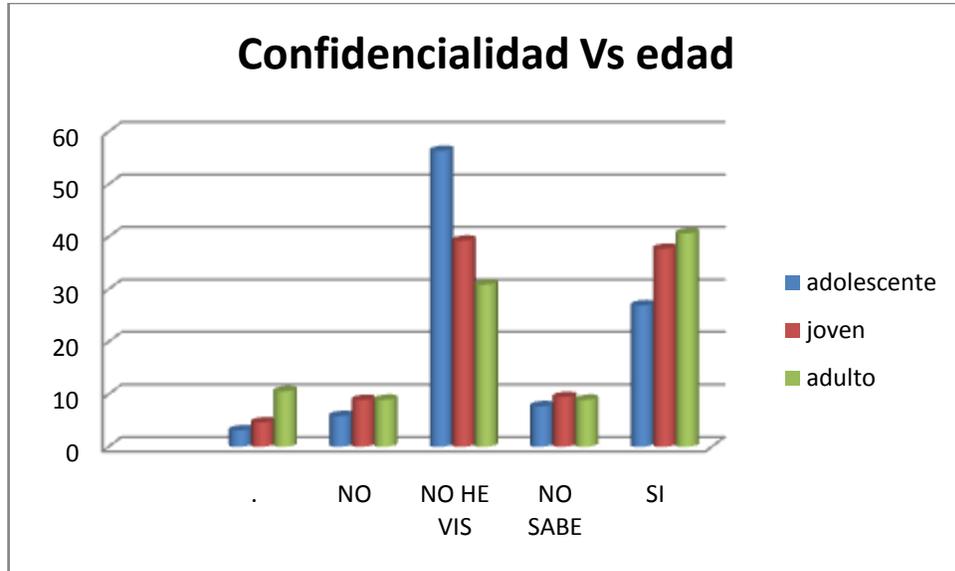


Grafico 16. Confidencialidad Vs Religión

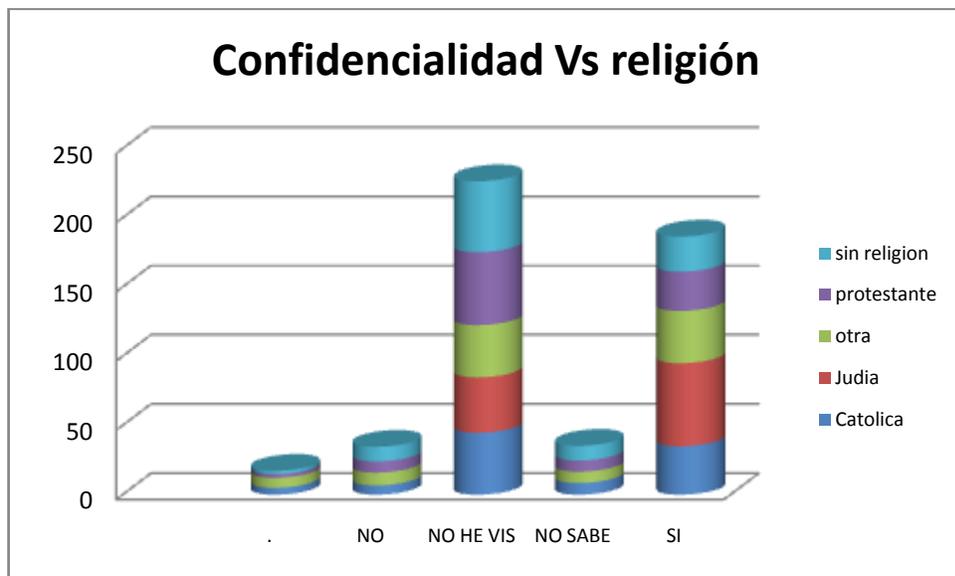


Grafico 17. Confidencialidad Vs Procedencia

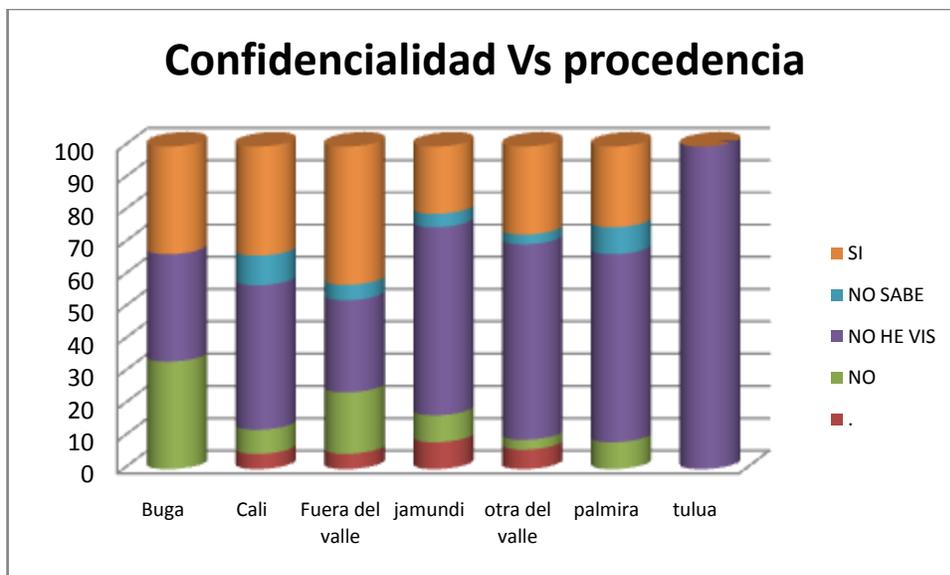


Grafico 18. Confidencialidad Vs Estado Civil

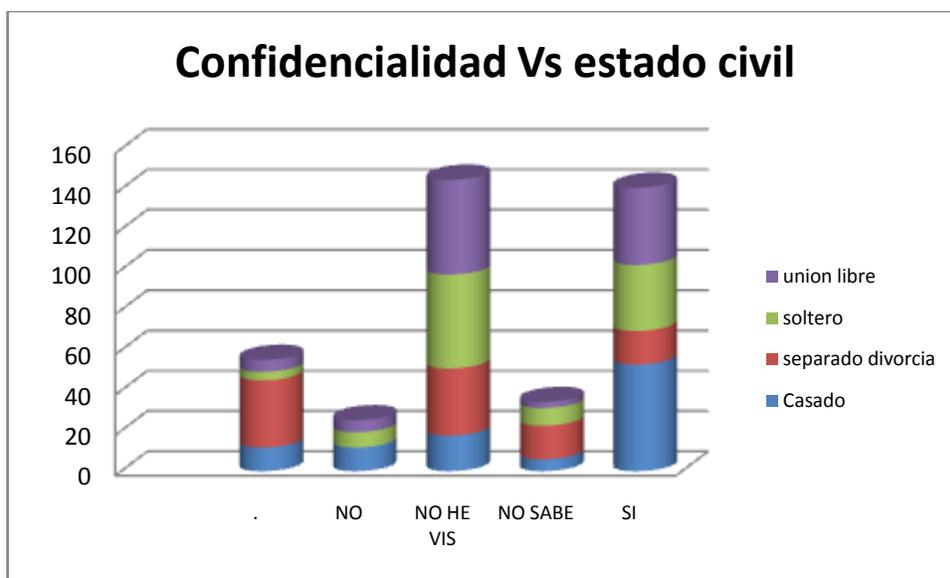


Grafico 19. Confidencialidad Vs Facultad

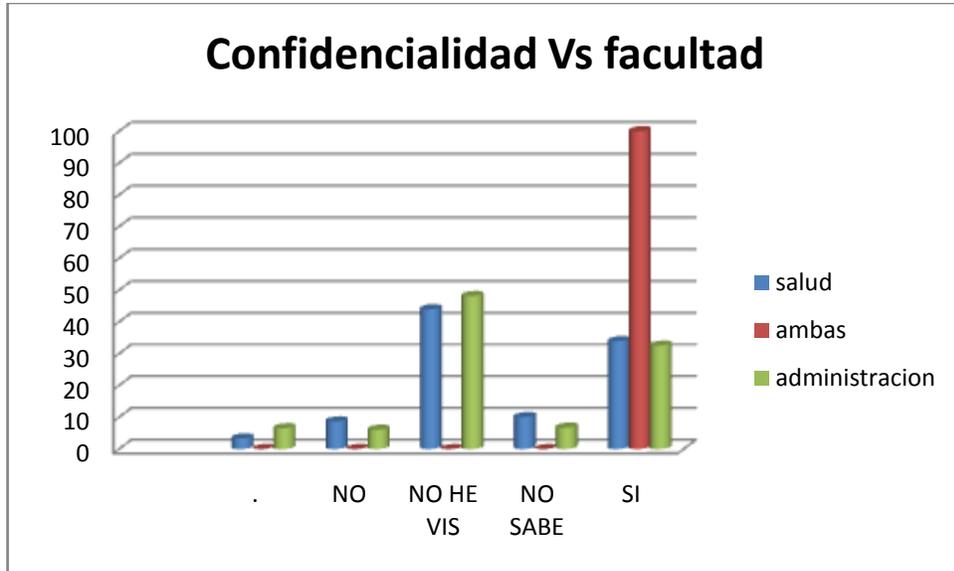


Grafico 20. Confidencialidad VS Programa Académico

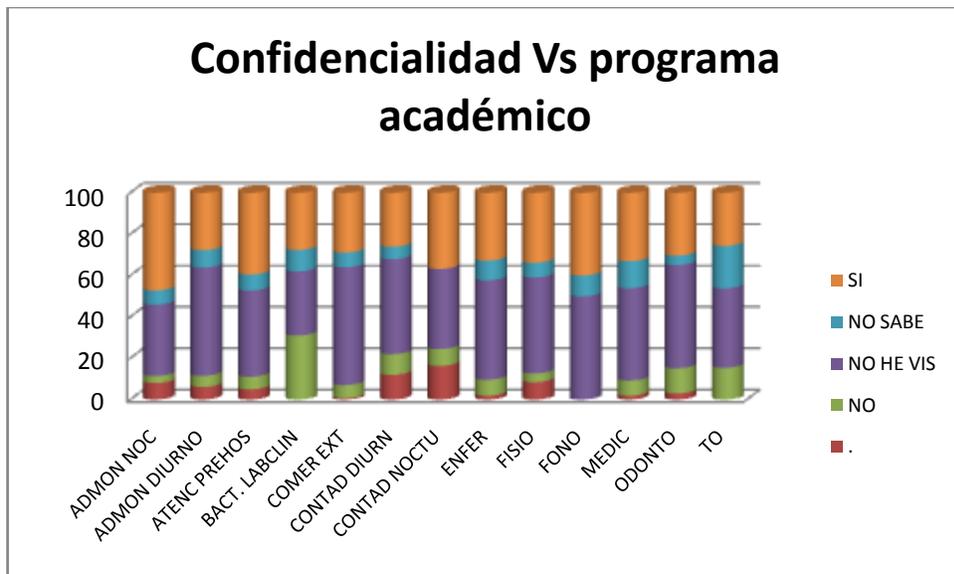


Grafico 21. Confidencialidad Vs Semestre

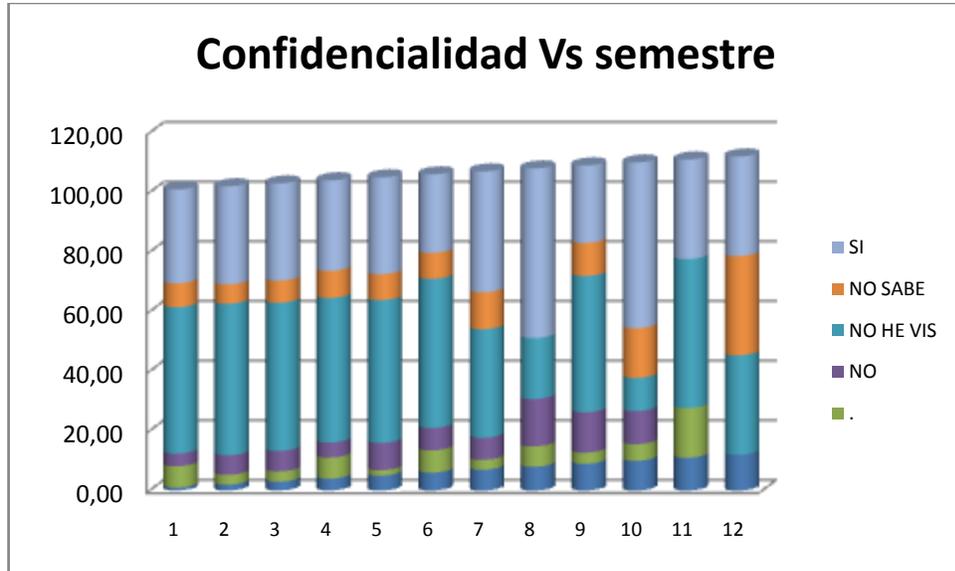


Grafico 22. Confidencialidad Vs Participación en Actividades

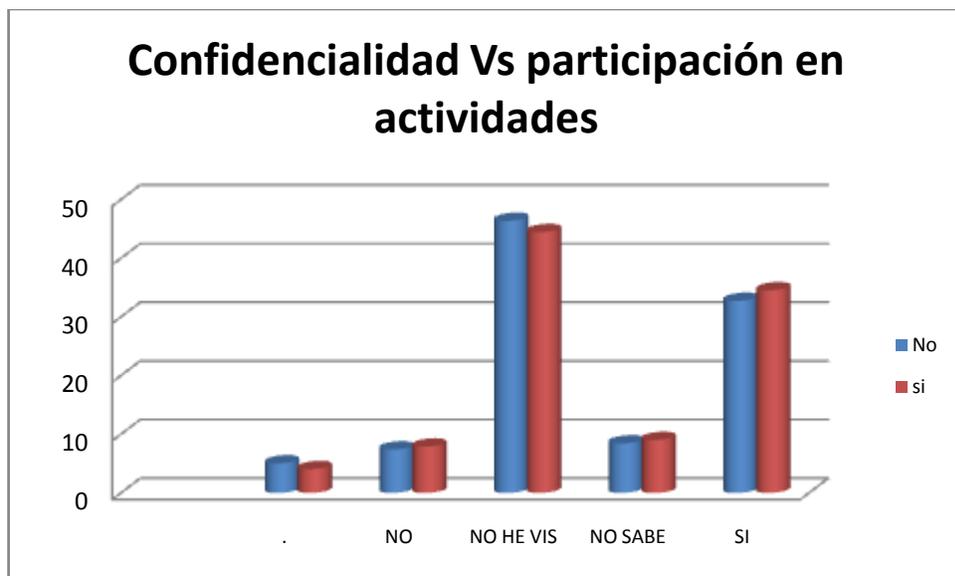


Grafico 23. Confidencialidad Vs Formación Padre

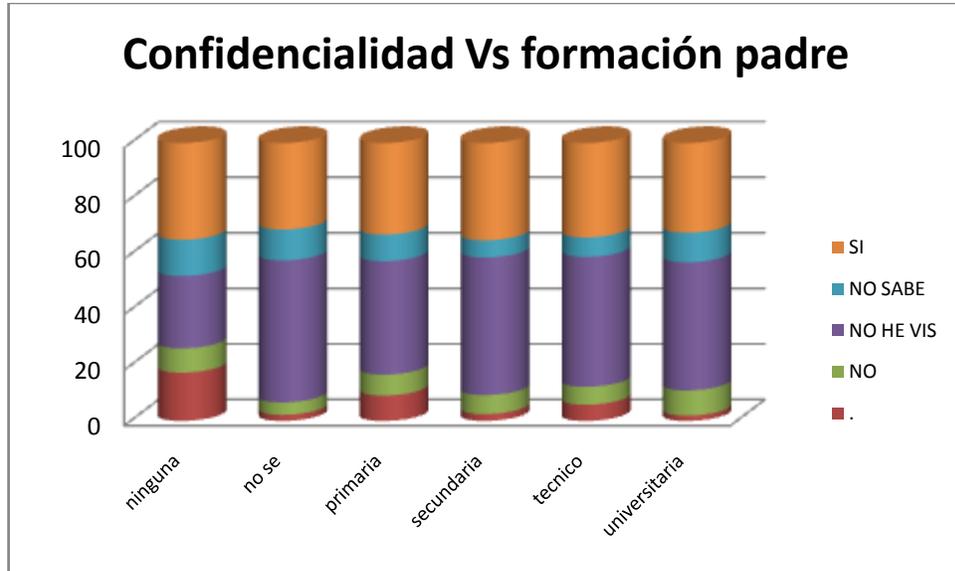


Grafico 24. Confidencialidad Vs Formación Madre

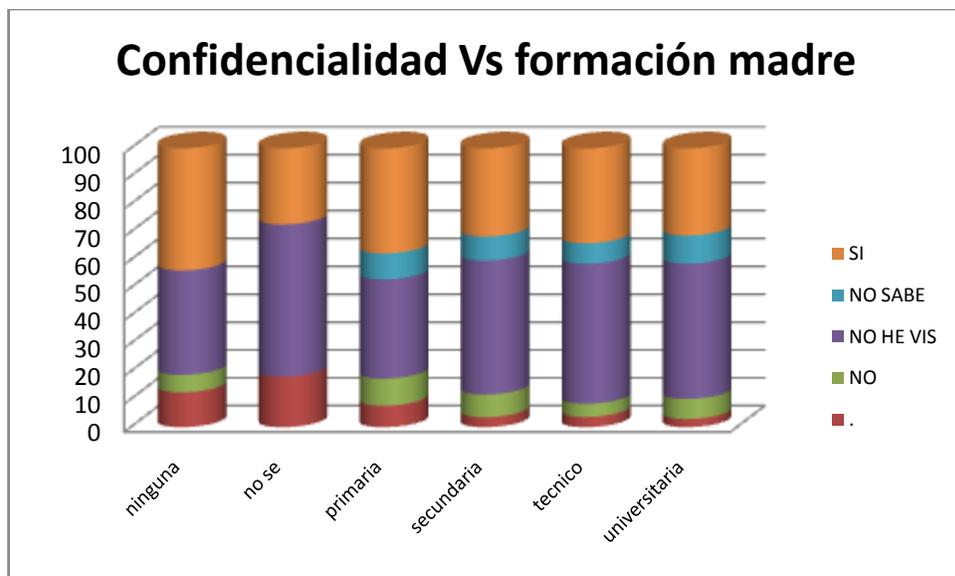


Grafico 25. Acceso Vs Estrato

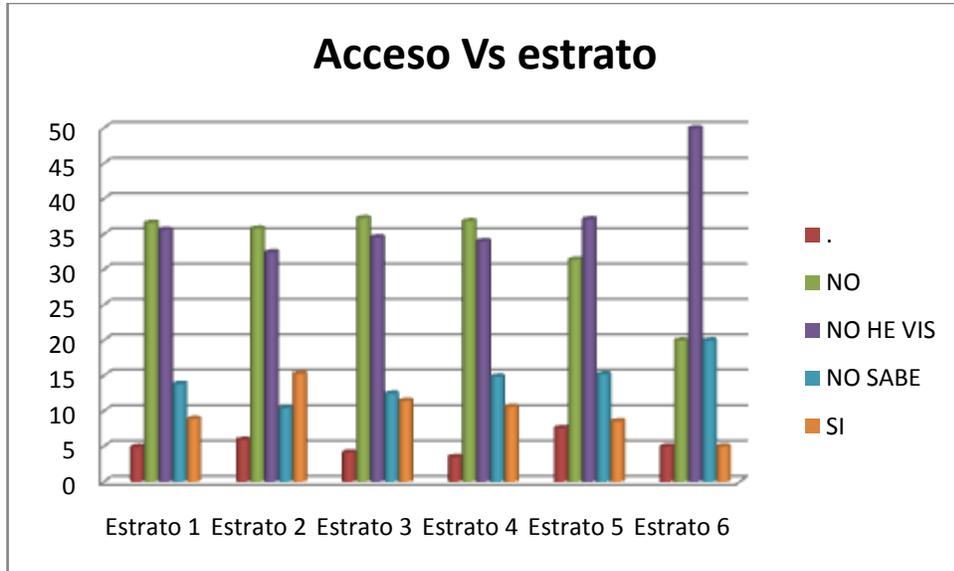


Grafico 26. Acceso Vs Género

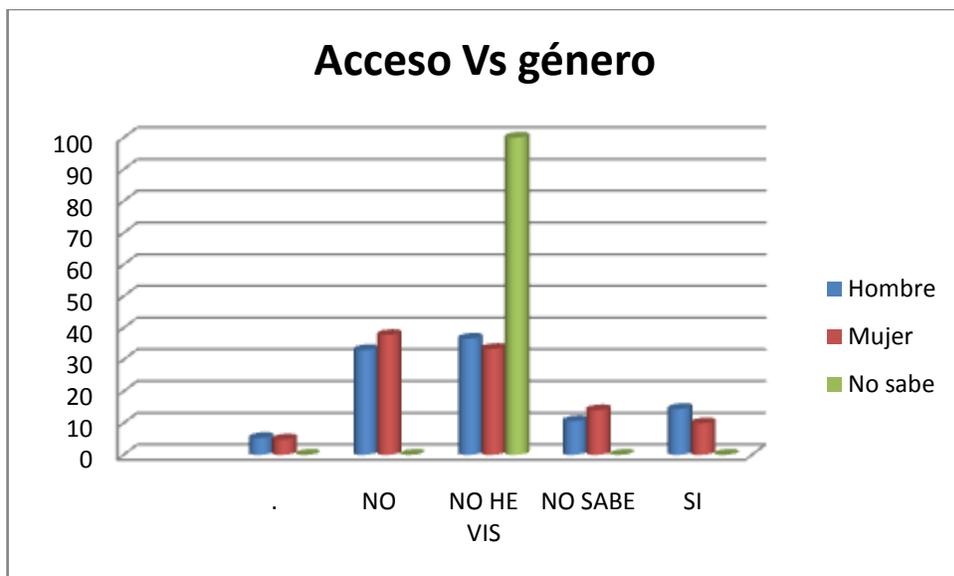


Grafico 27. Acceso Vs Edad

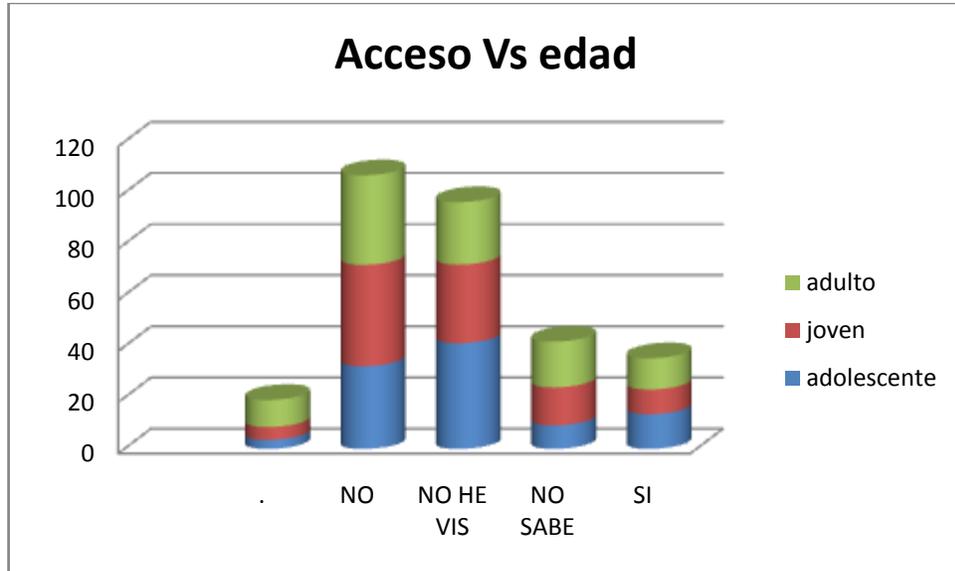


Grafico 28. Acceso Vs Religión

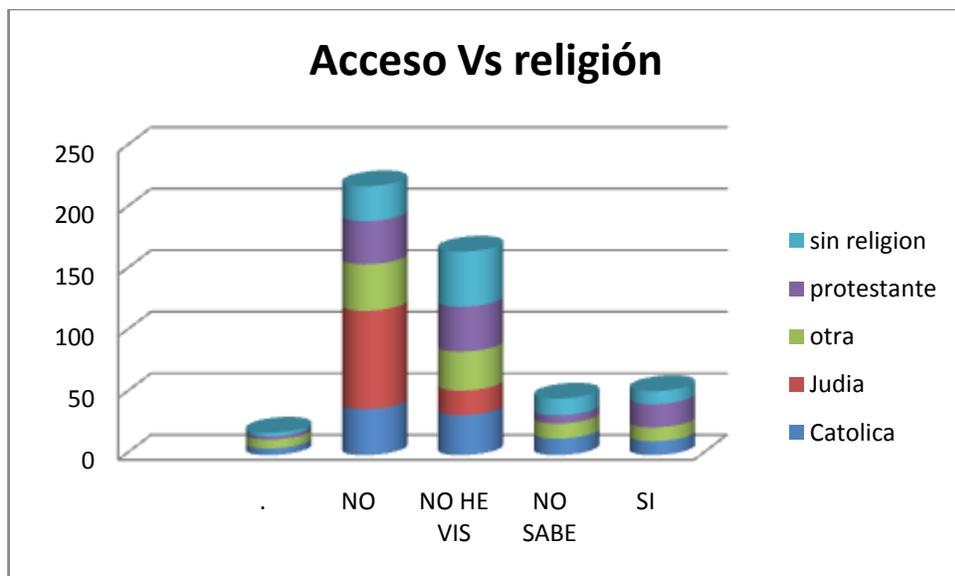


Grafico 29. Acceso Vs Procedencia

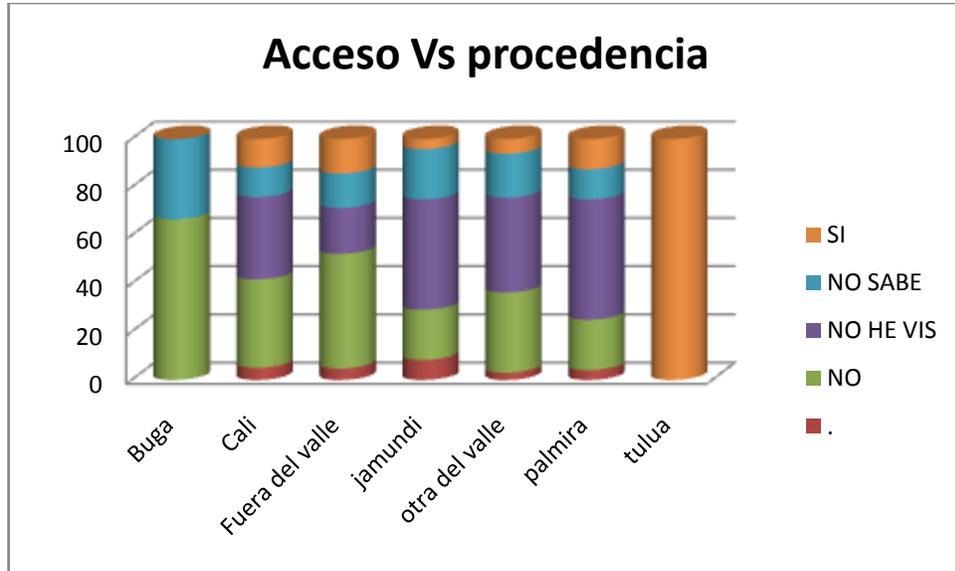


Grafico 30. Acceso Vs Estado Civil

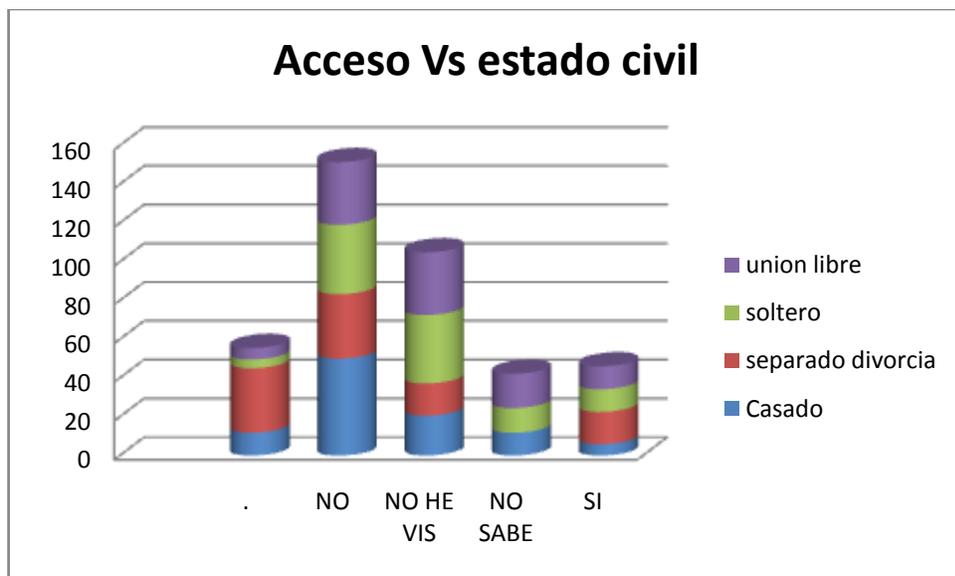


Grafico 31. Acceso Vs Facultad

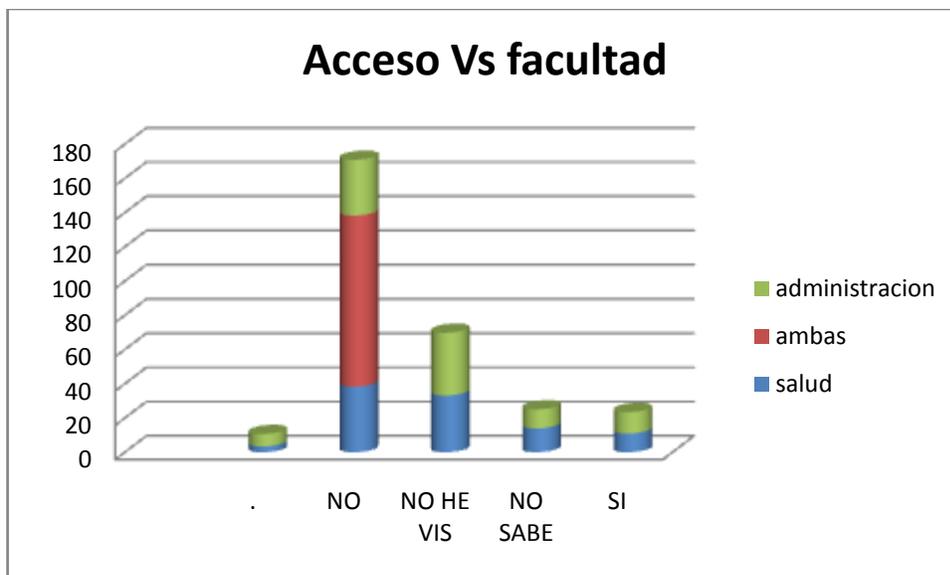


Grafico 32. Acceso Vs Programa Académico

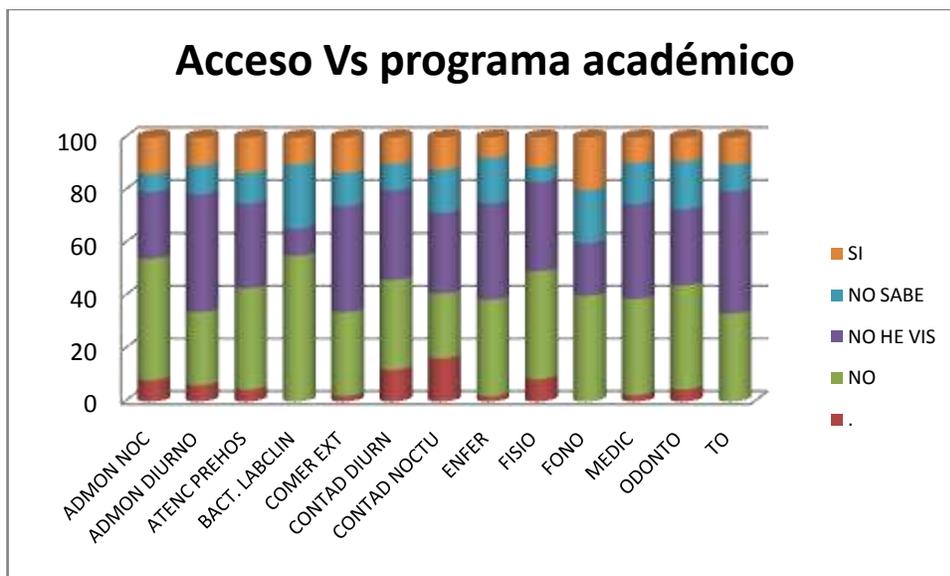


Grafico 33. Acceso Vs Semestre

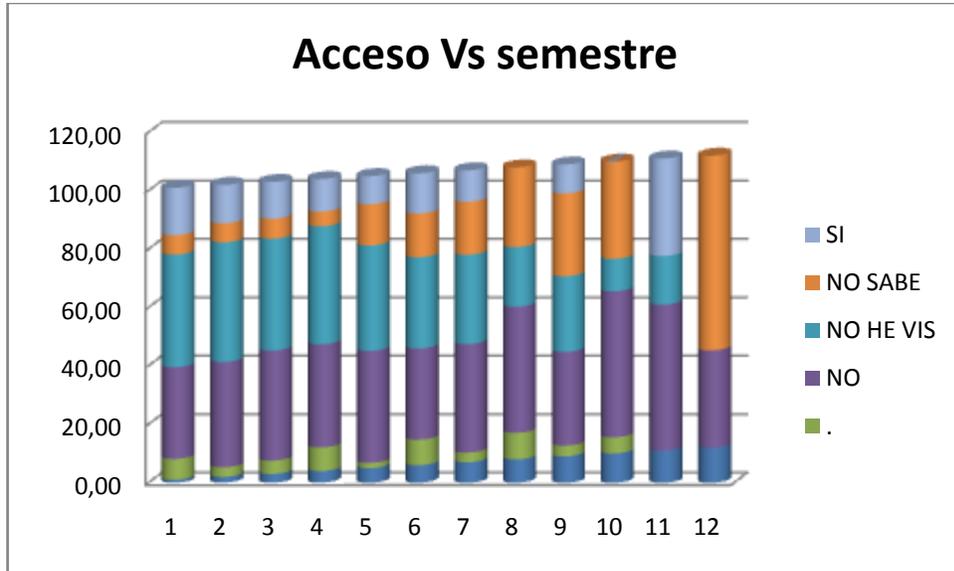


Grafico 34. Acceso Vs Participación en Actividades

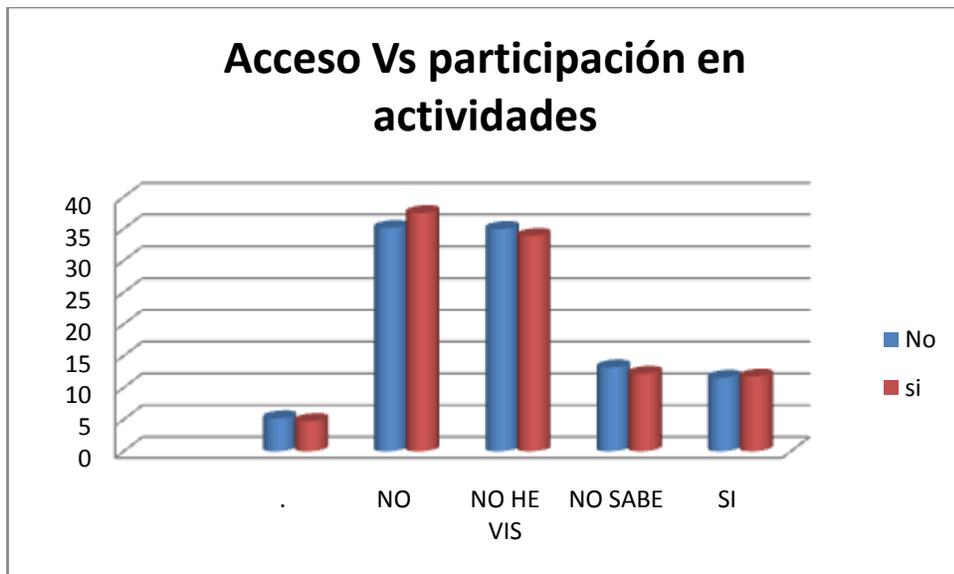


Grafico 35. Acceso Vs Formación Padre

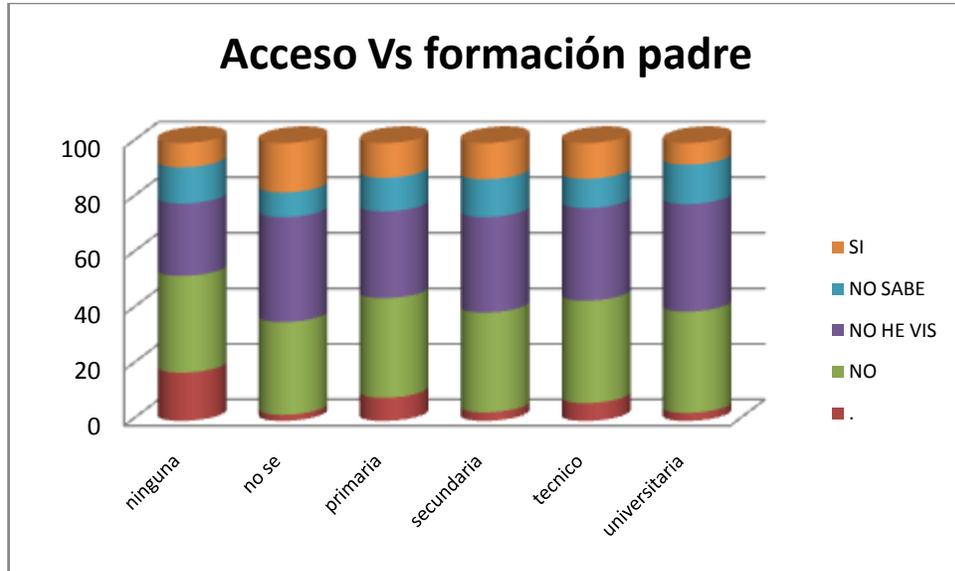


Grafico 36. Acceso Vs Formación Madre

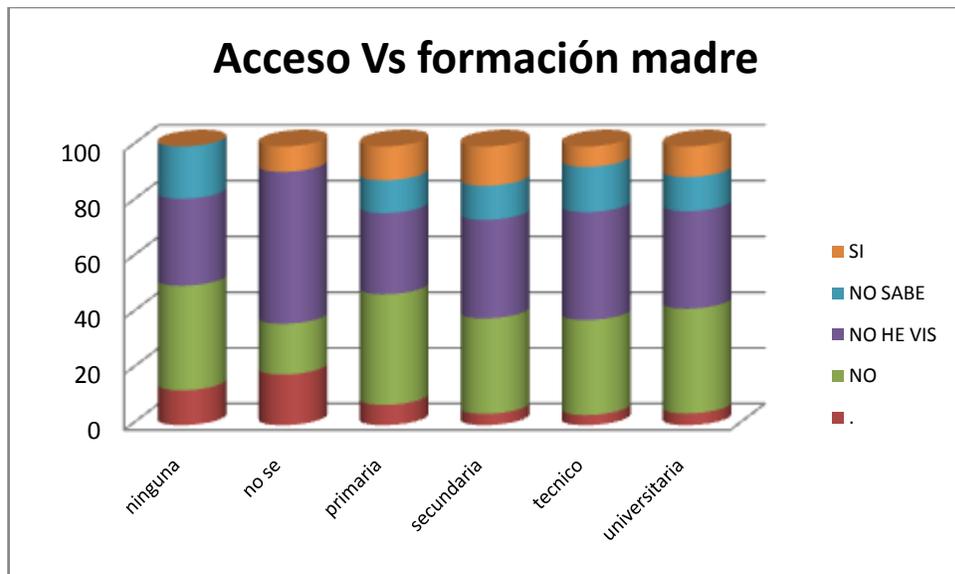


Grafico 37. Horario Vs Estrato

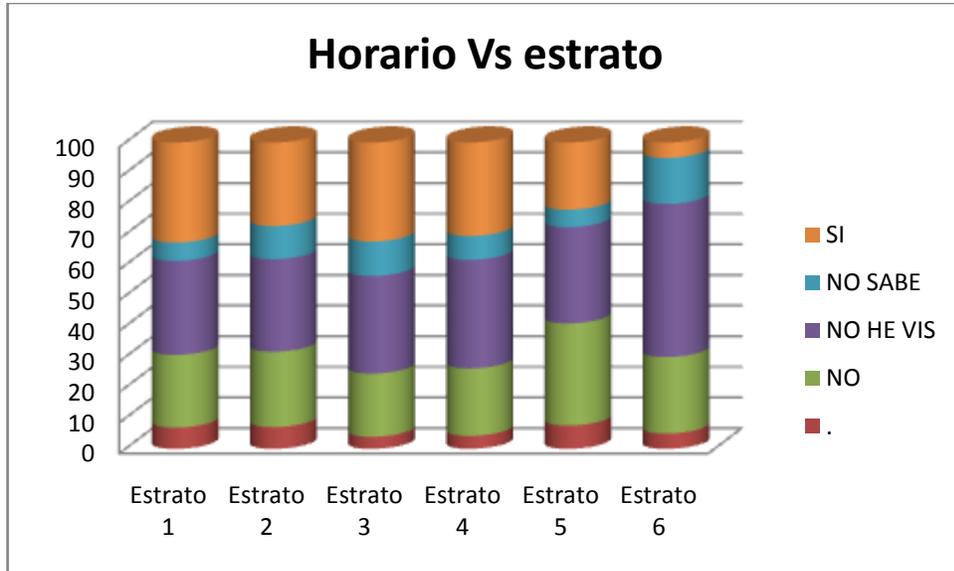


Grafico 38. Horario Vs Género

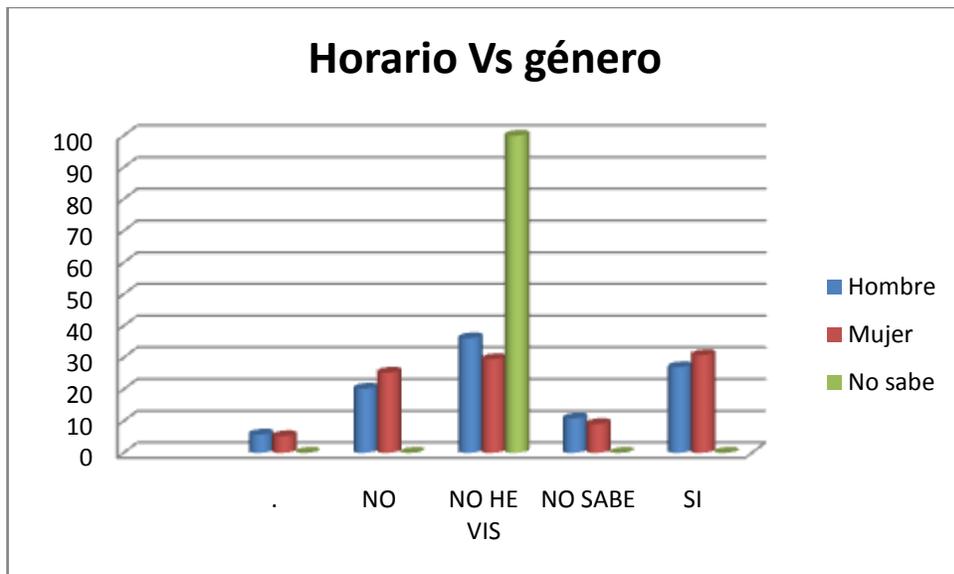


Grafico 39. Horario Vs Edad

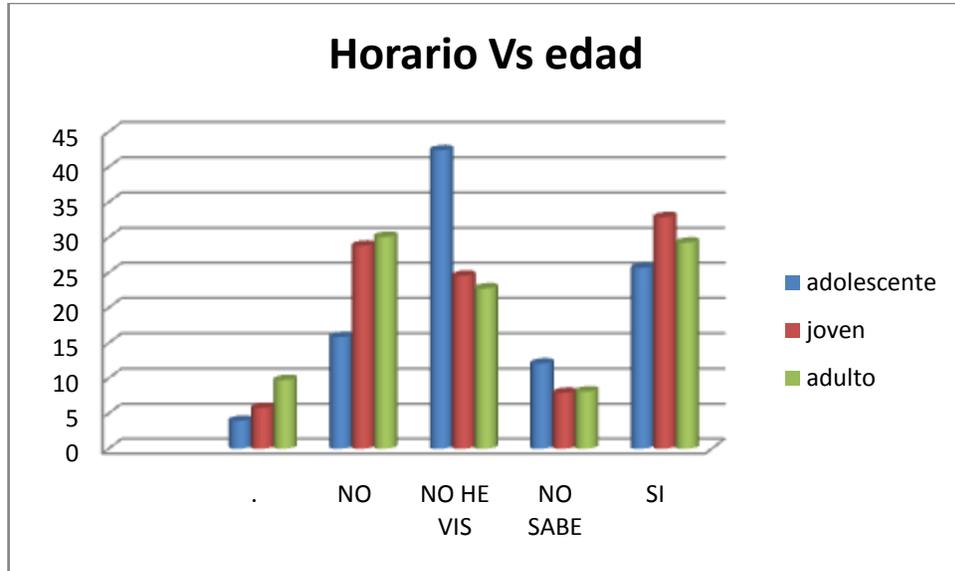


Grafico 40. Horario Vs Religión

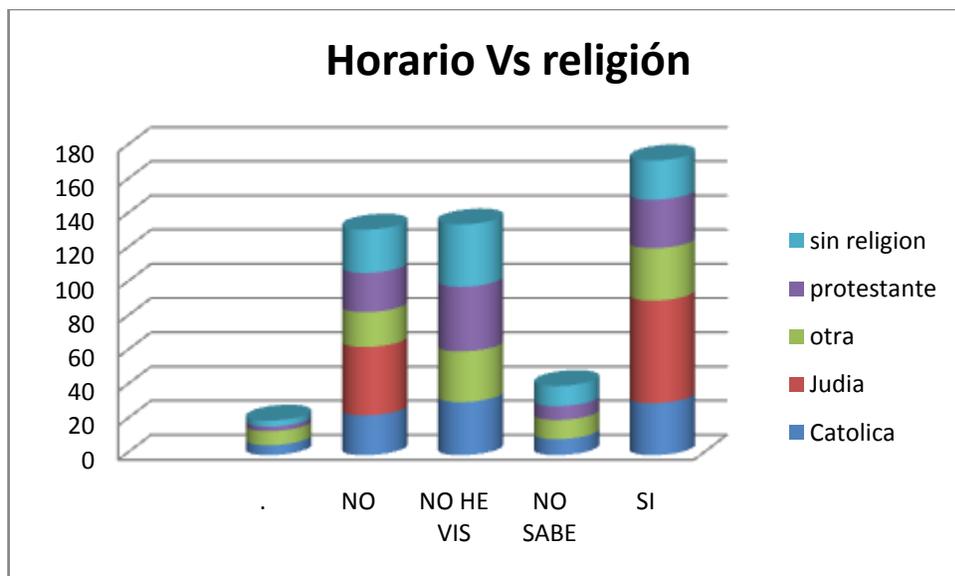


Grafico 41. Horario Vs Procedencia

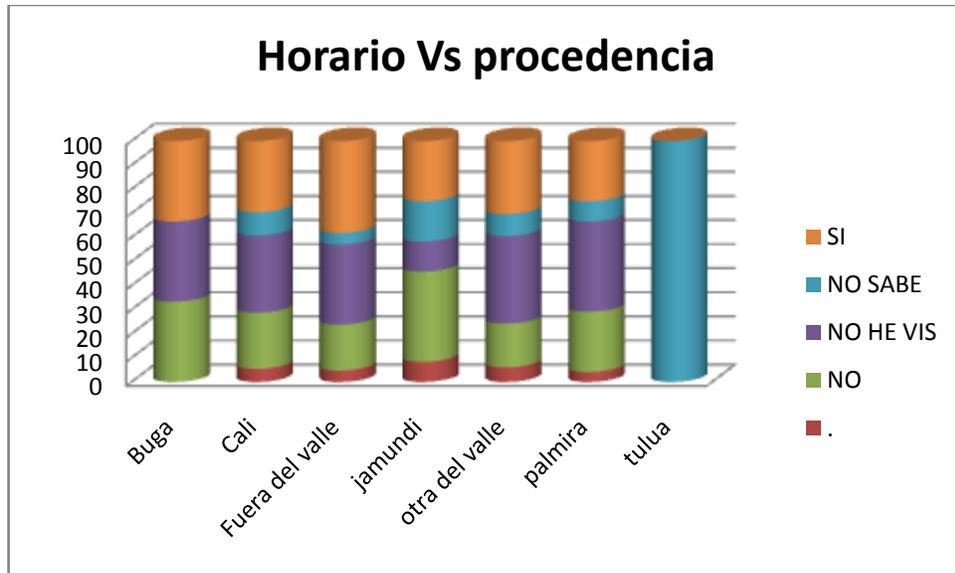


Grafico 42. Horario Vs Estado Civil

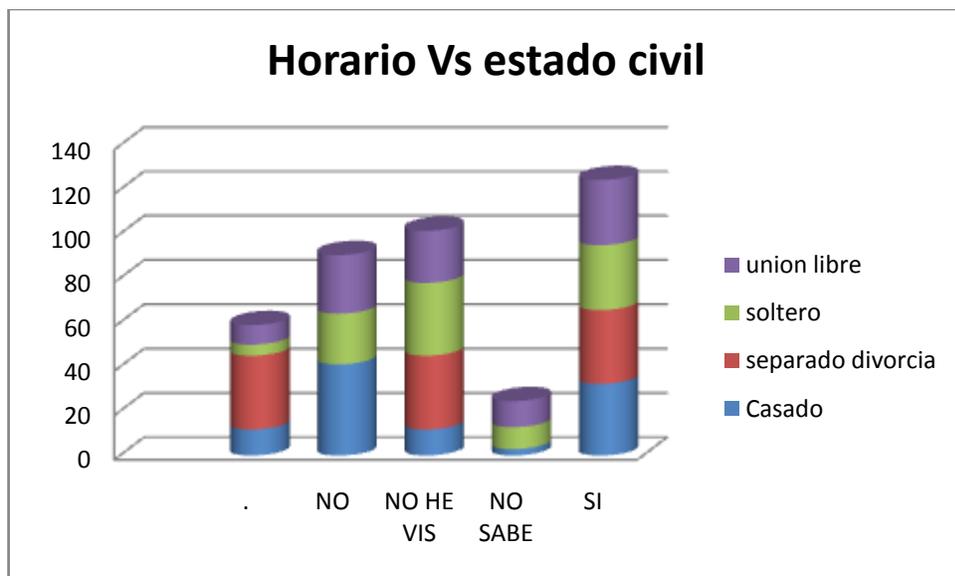


Grafico 43. Horario Vs Facultad

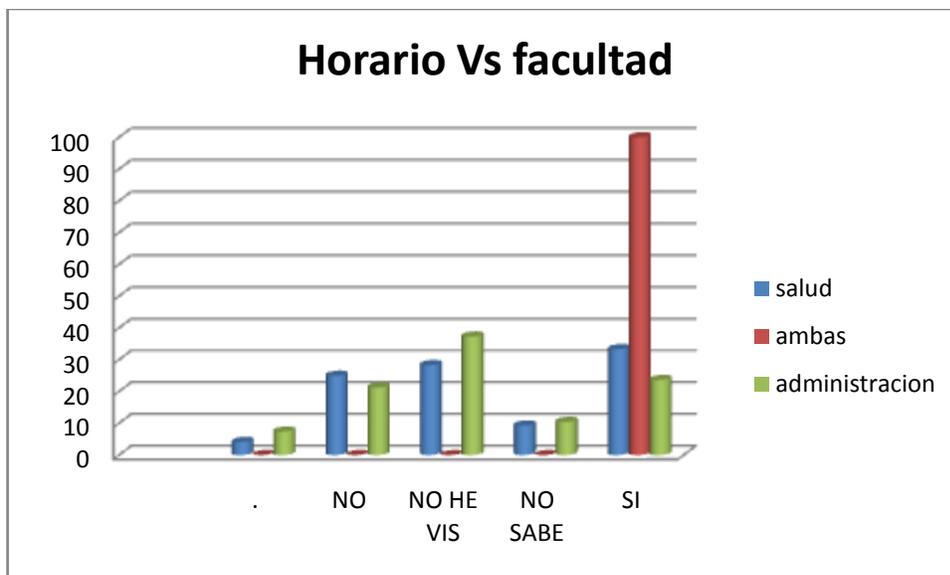


Grafico 44. Horario Vs Programa Académico

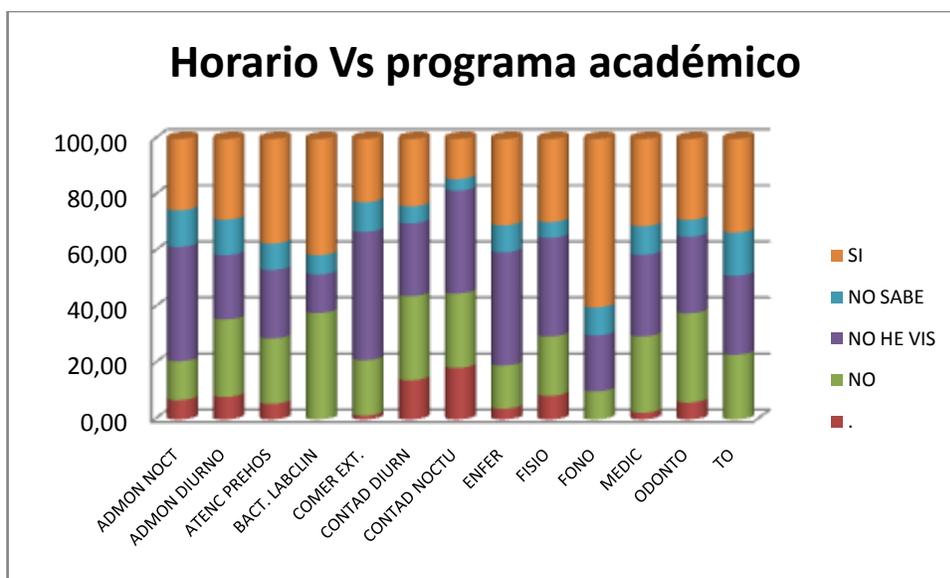


Grafico 45. Horario Vs Semestre

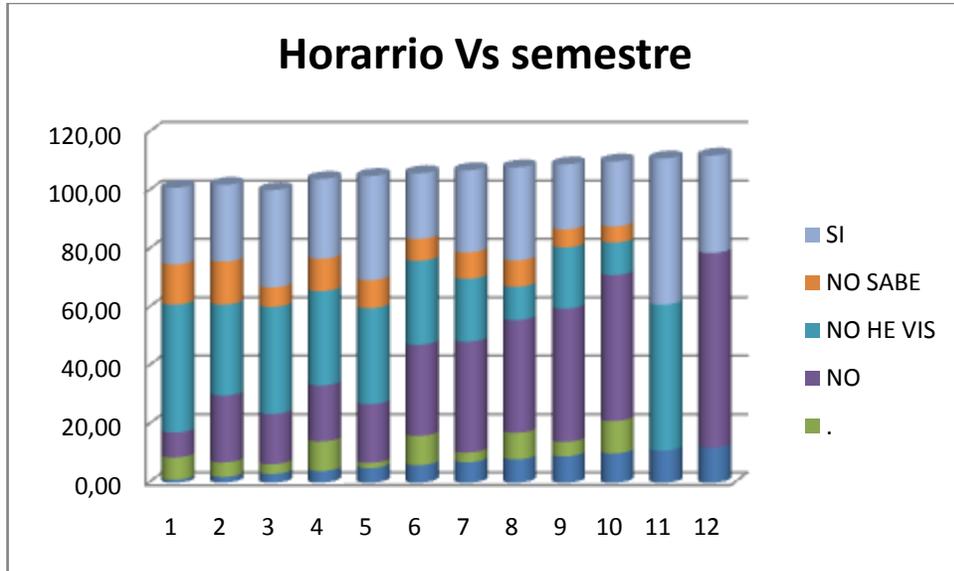


Grafico 46. Horario Vs Participación en Actividades

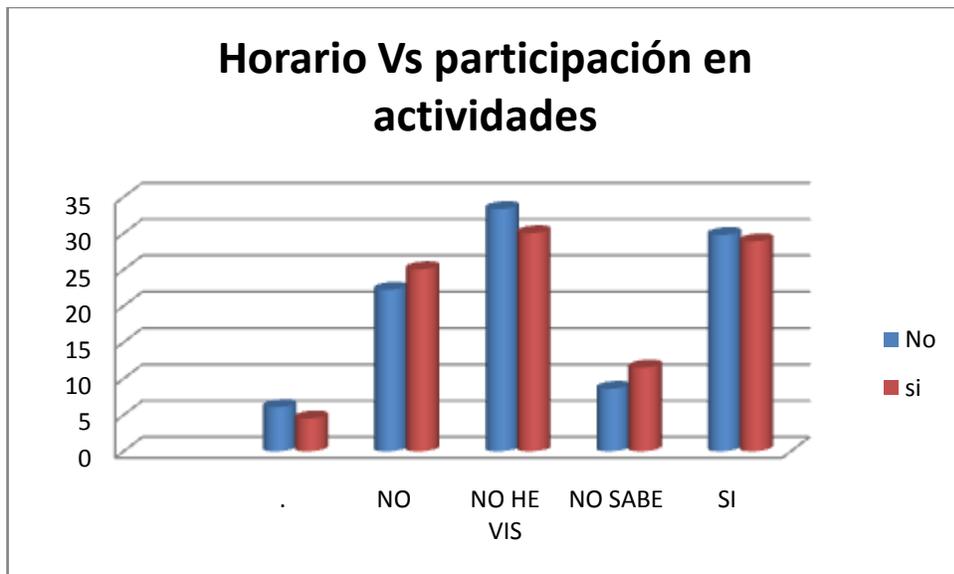


Grafico 47. Horario Vs Formación Padre

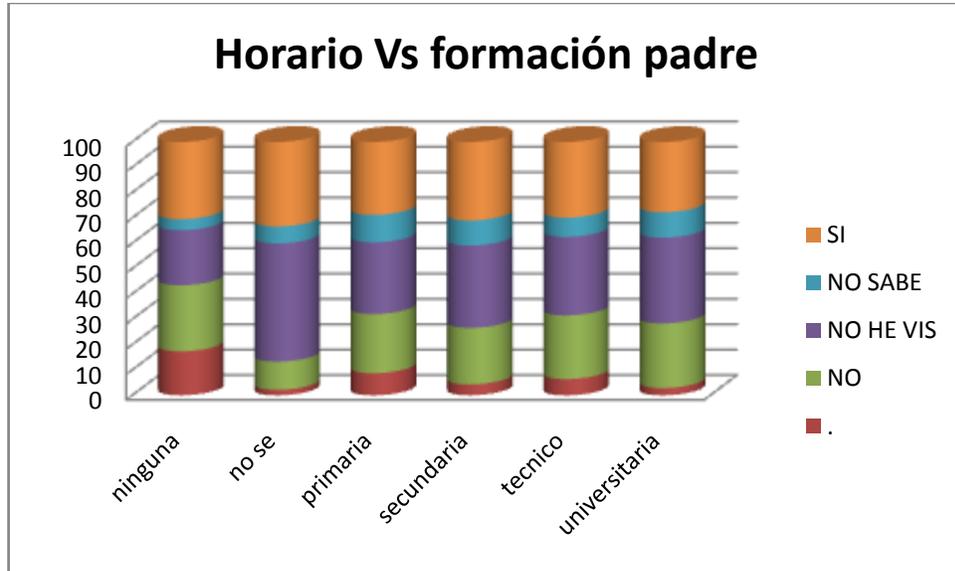


Grafico 48. Horario Vs Formación Madre

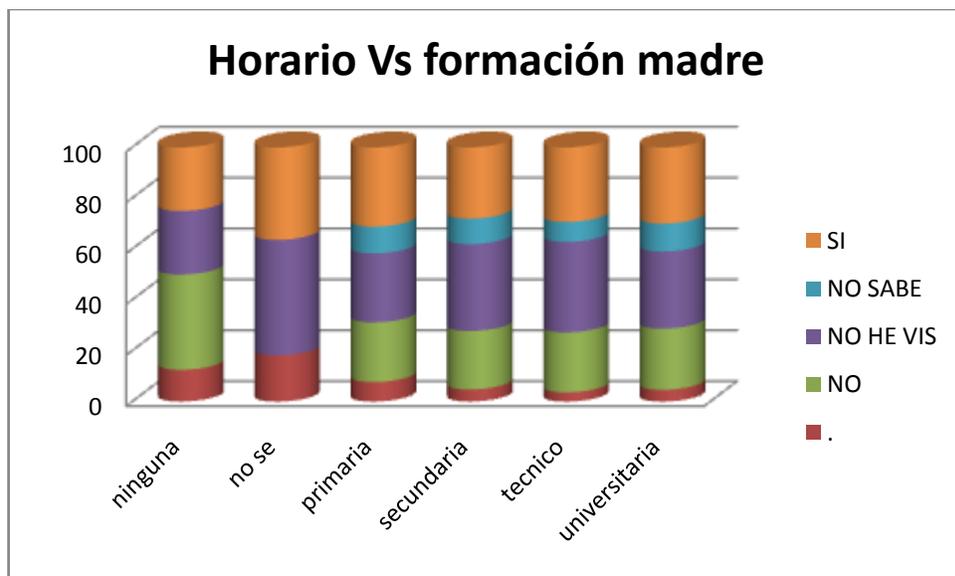


Grafico 49. Comodidad Vs Estrato

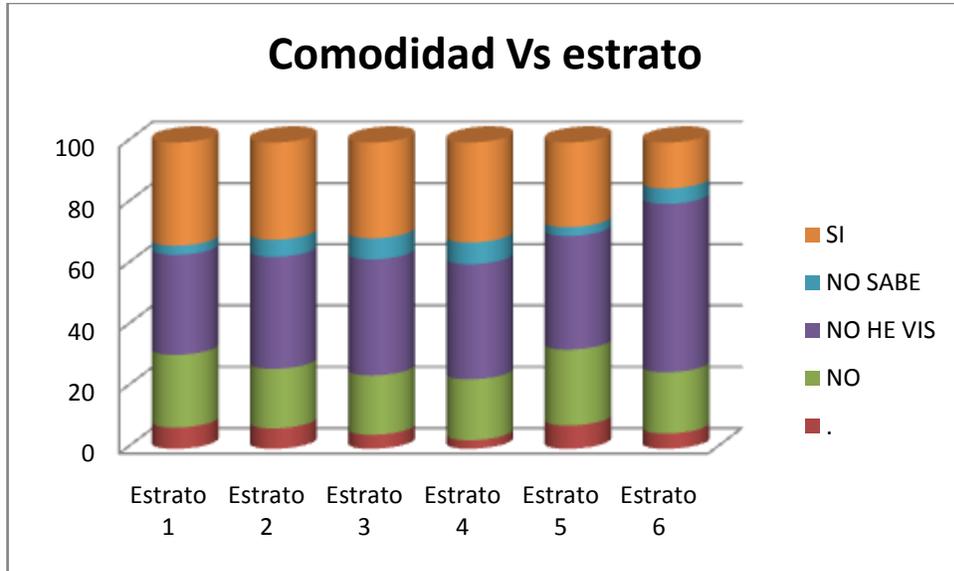


Grafico 50. Comodidad Vs Género

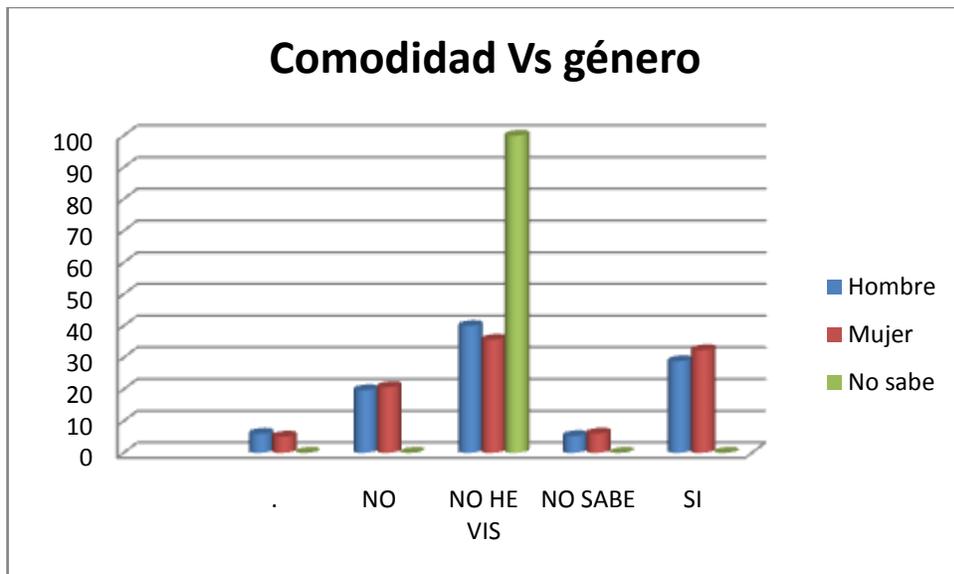


Grafico 51. Comodidad Vs Edad

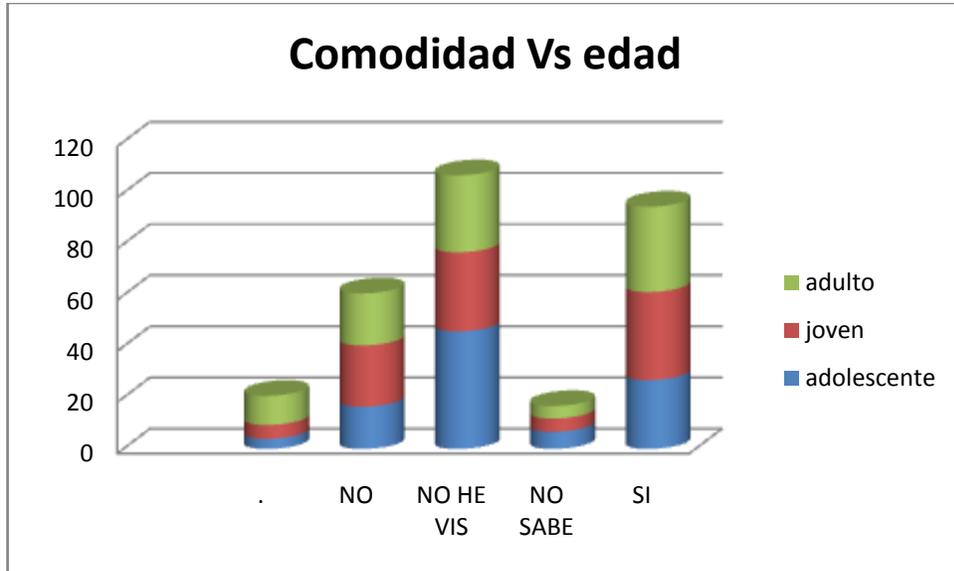


Grafico 52. Comodidad Vs Religión

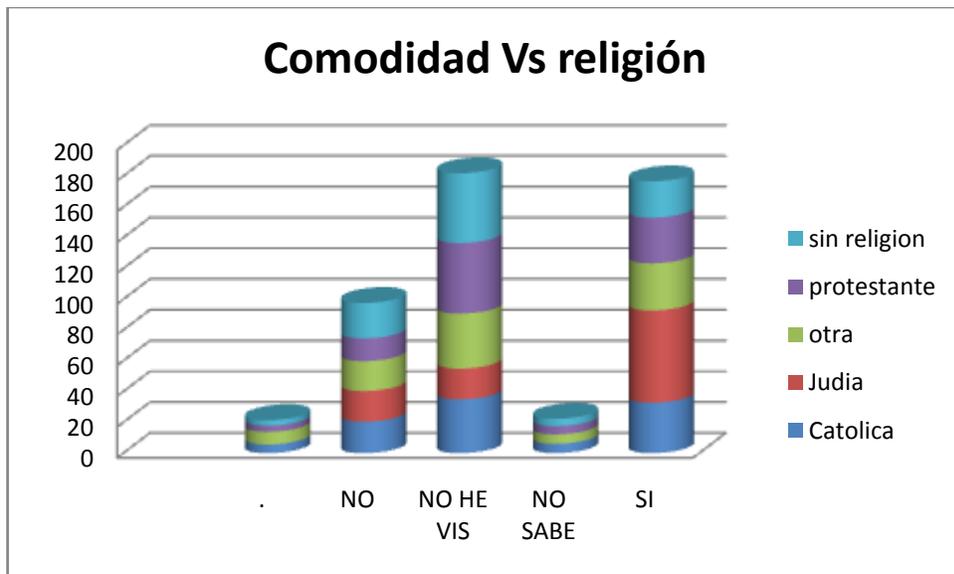


Grafico 53. Comodidad Vs Procedencia

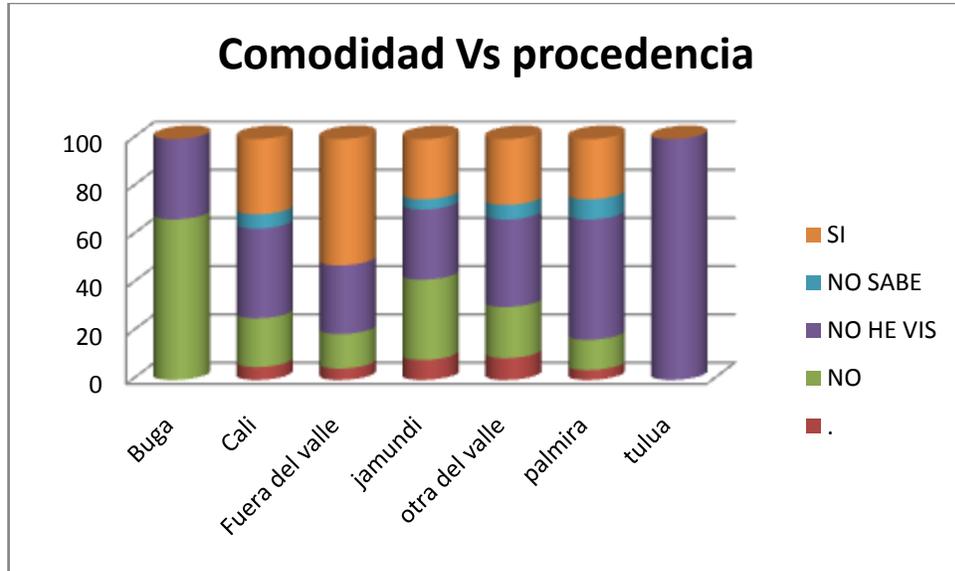


Grafico 54. Comodidad Vs Estado Civil

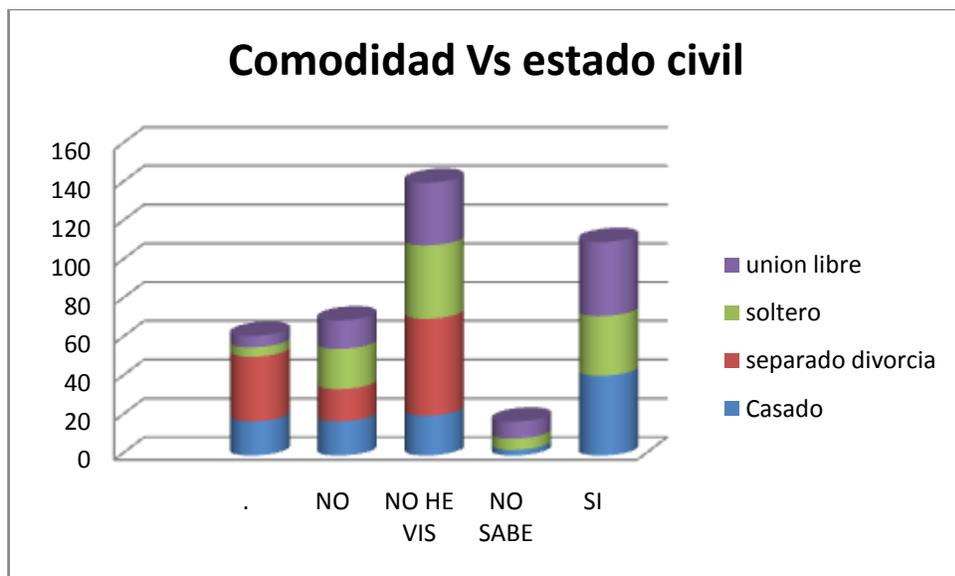


Grafico 55. Comodidad Vs Facultad

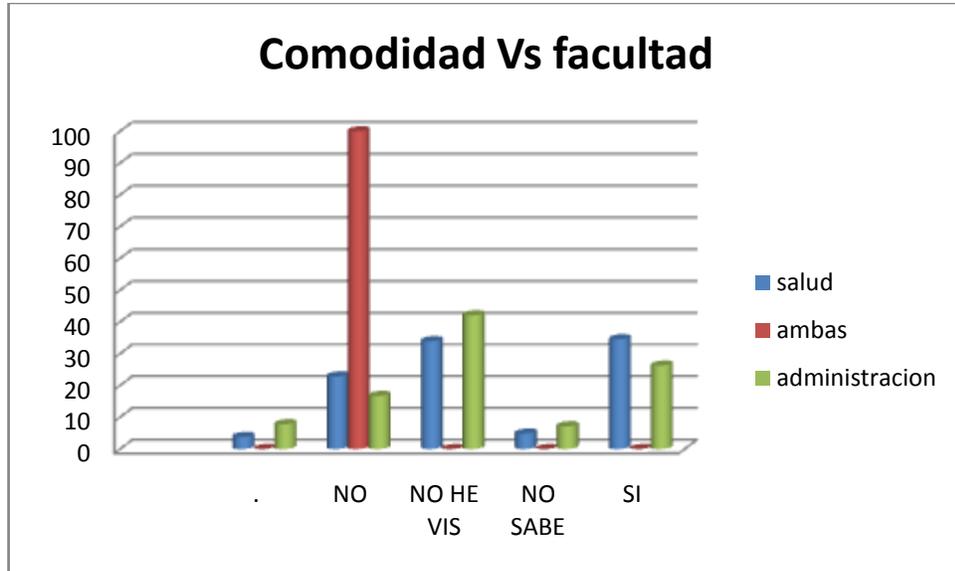


Grafico 56. Comodidad Vs Programa Académico

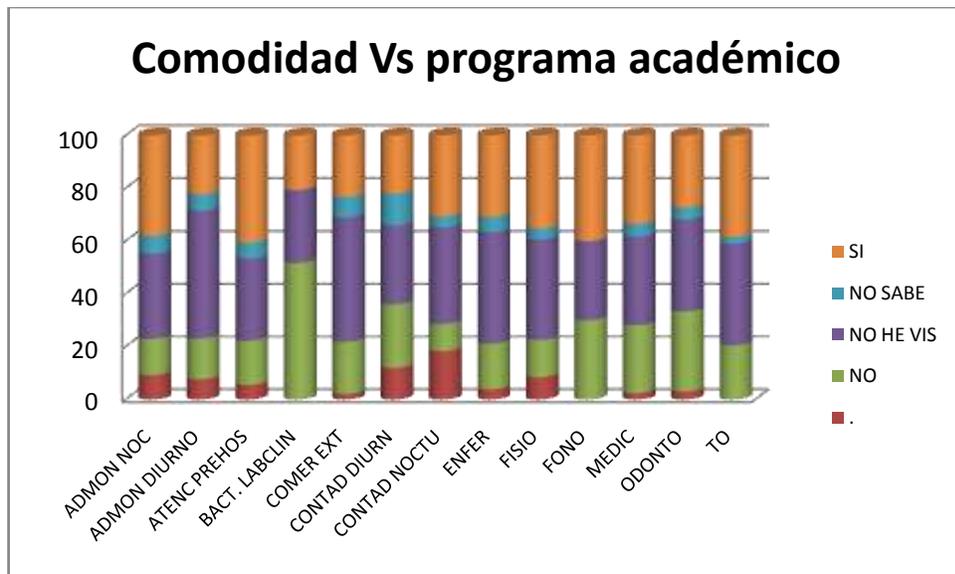


Grafico 57. Comodidad Vs Semestre

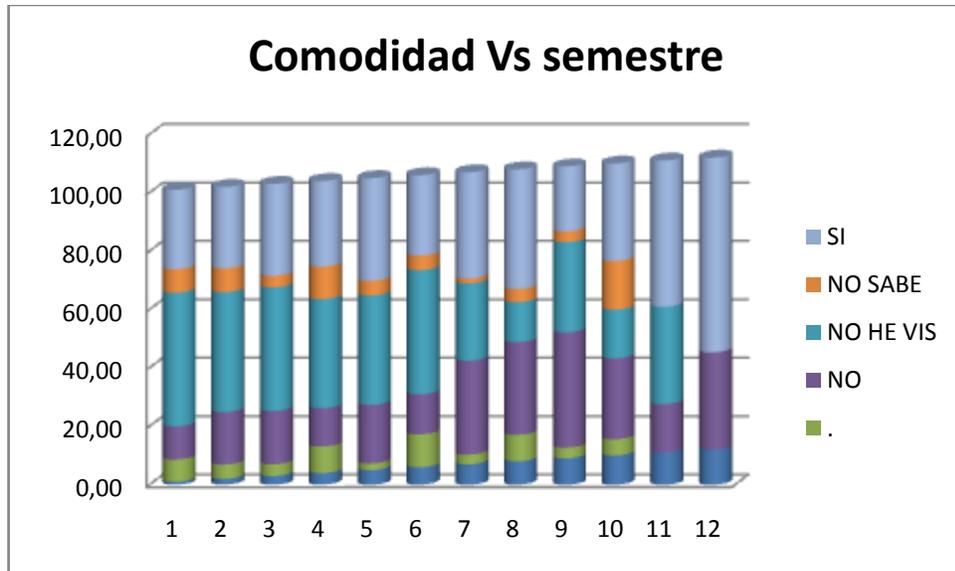


Grafico 58. Comodidad Vs Participación en Actividades

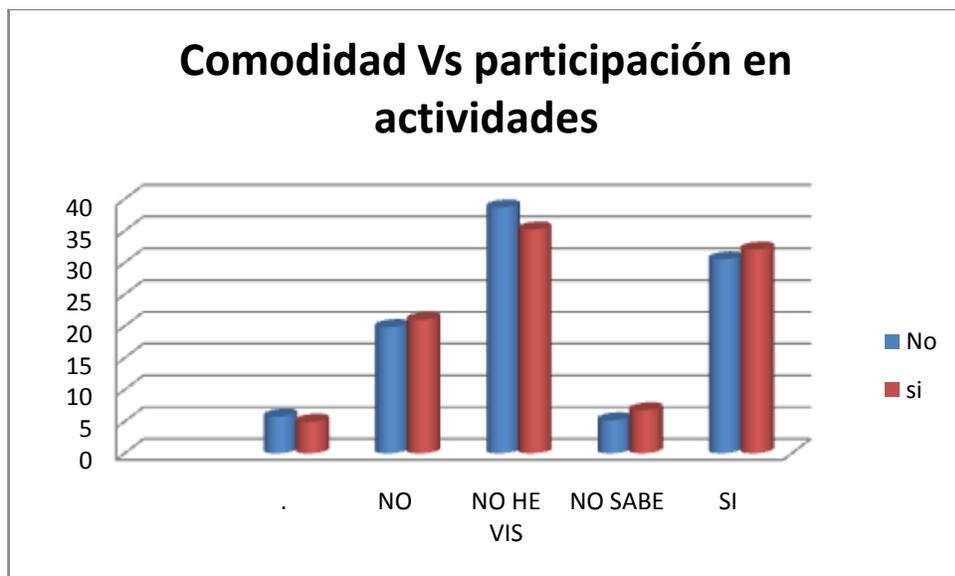


Grafico 59. Comodidad Vs Formación Padre

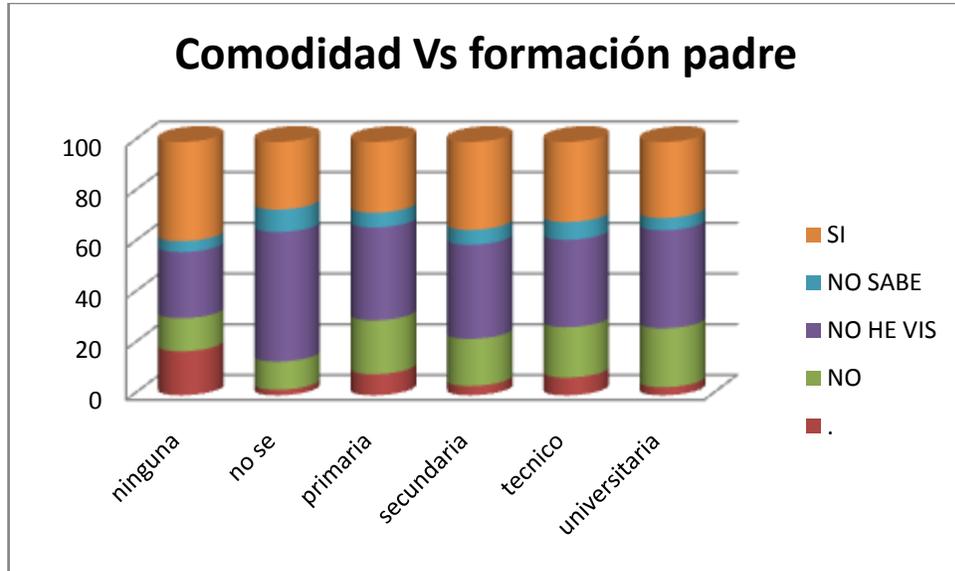


Grafico 60. Comodidad Vs Formación Madre

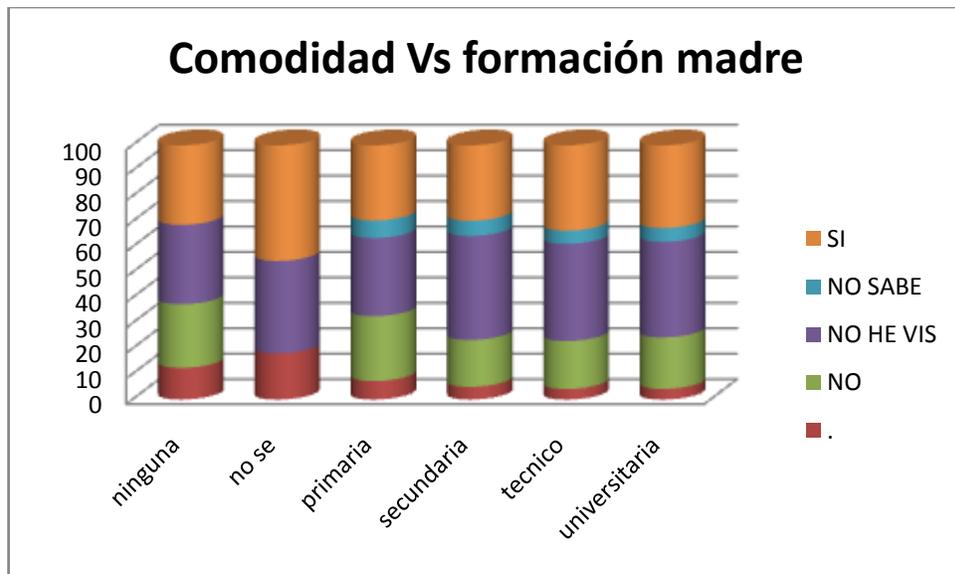


Grafico 61. Dificultades para visitar el SS Vs Estrato



Grafico 62. Dificultades para Visitar el SS Vs Género

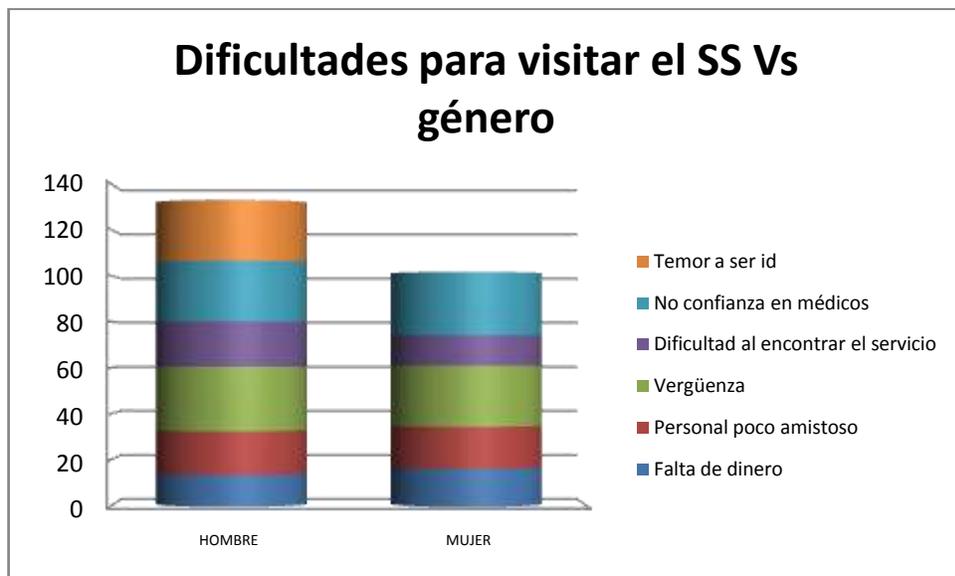


Grafico 63. Dificultad para visitar el SS Vs Edad

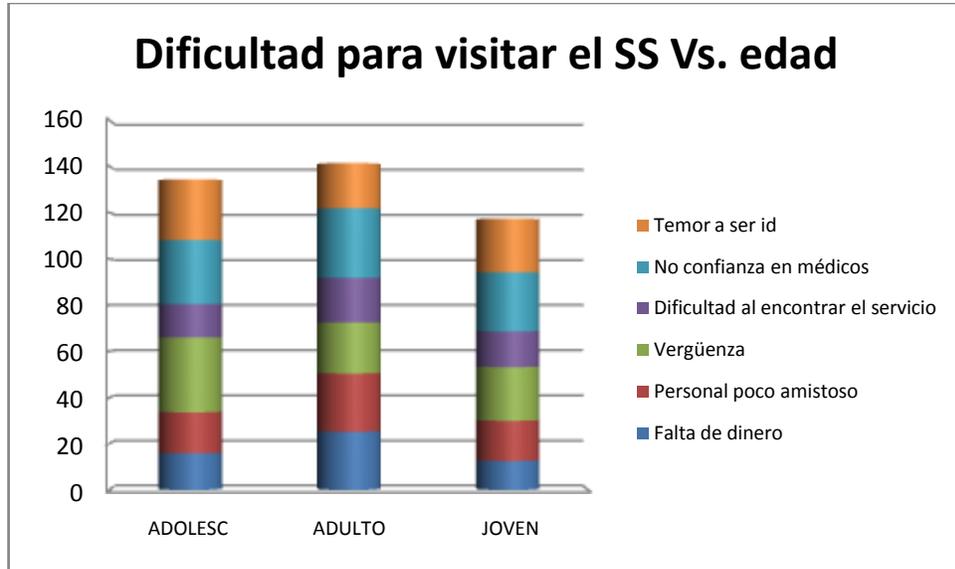


Grafico 64. Dificultades para visitar el SS Vs Religión

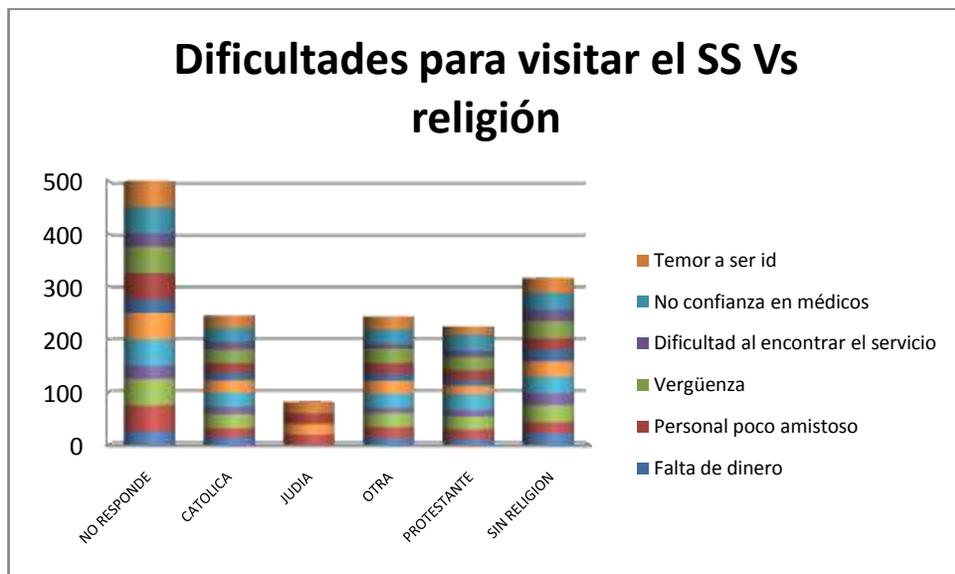


Grafico 65. Dificultades para visitar el SS Vs Procedencia

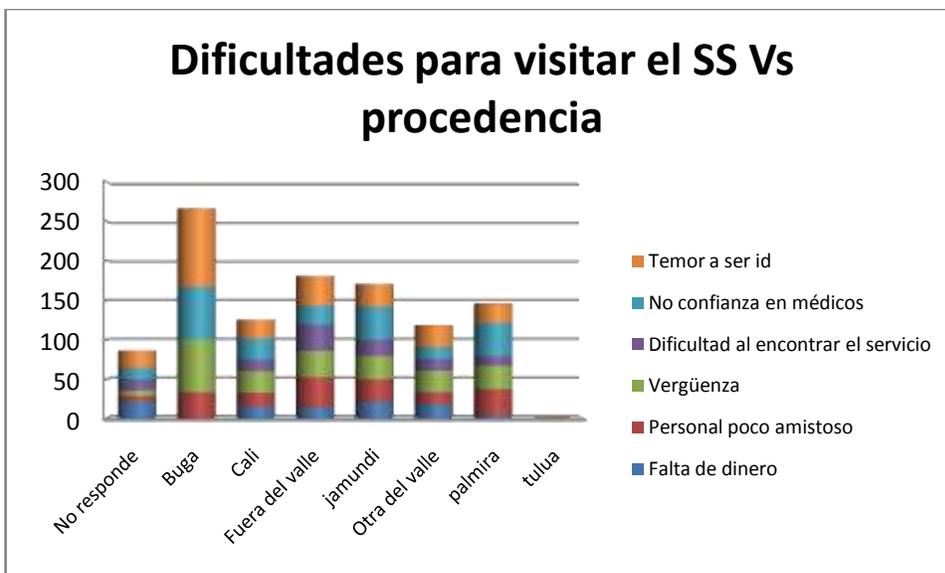


Grafico 66. Dificultades para visitar SS Vs Estado Civil

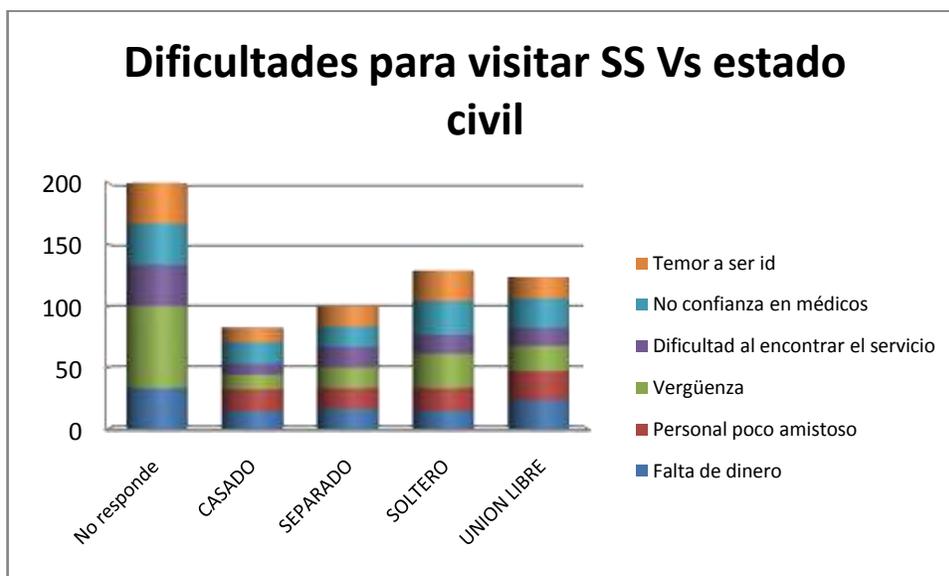


Grafico 67. Dificultades para visitar el SS Vs Facultad



Grafico 68. Dificultades para visitar el SS Vs Programa Académico

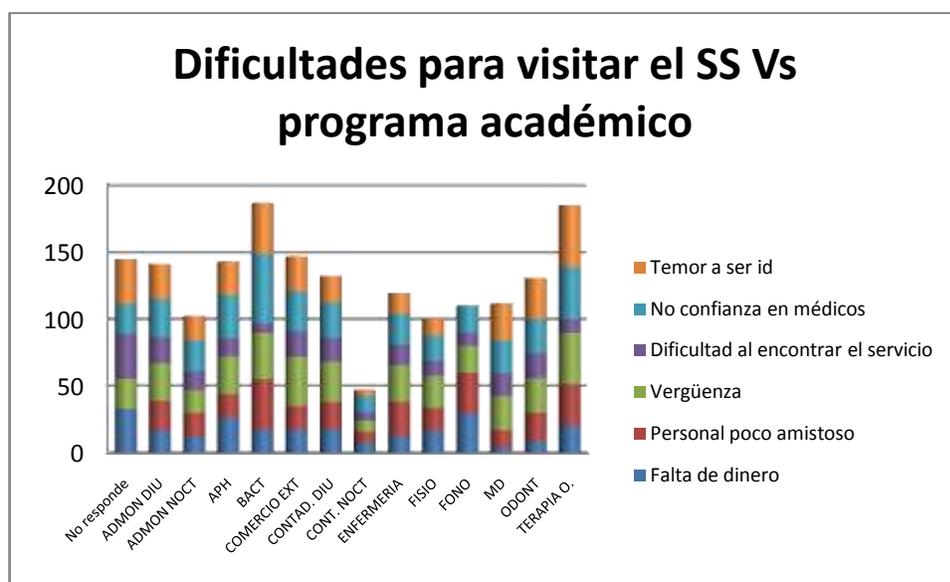


Grafico 69. Dificultad para visitar el SS Vs semestre.

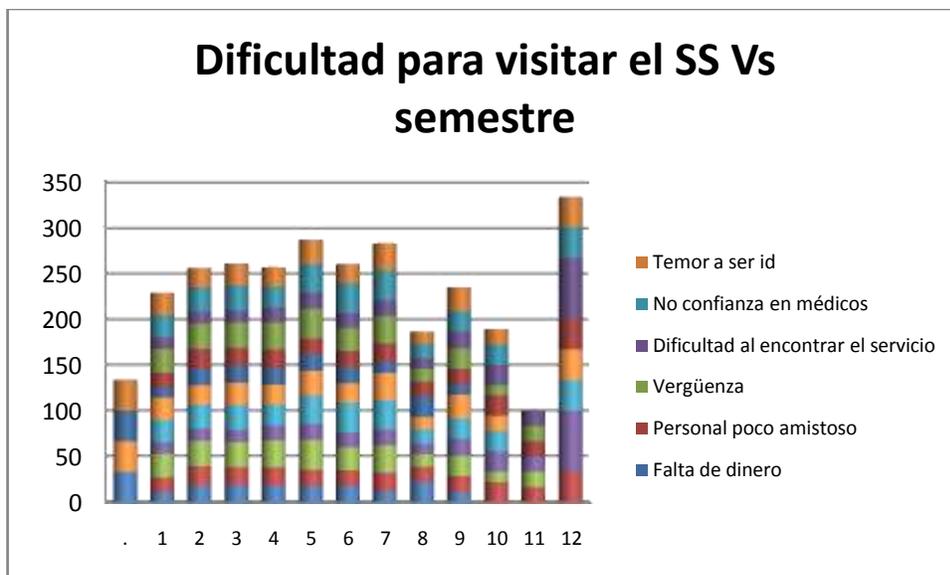


Grafico 70. Dificultades para visitar el SS Vs. Participación en Actividades

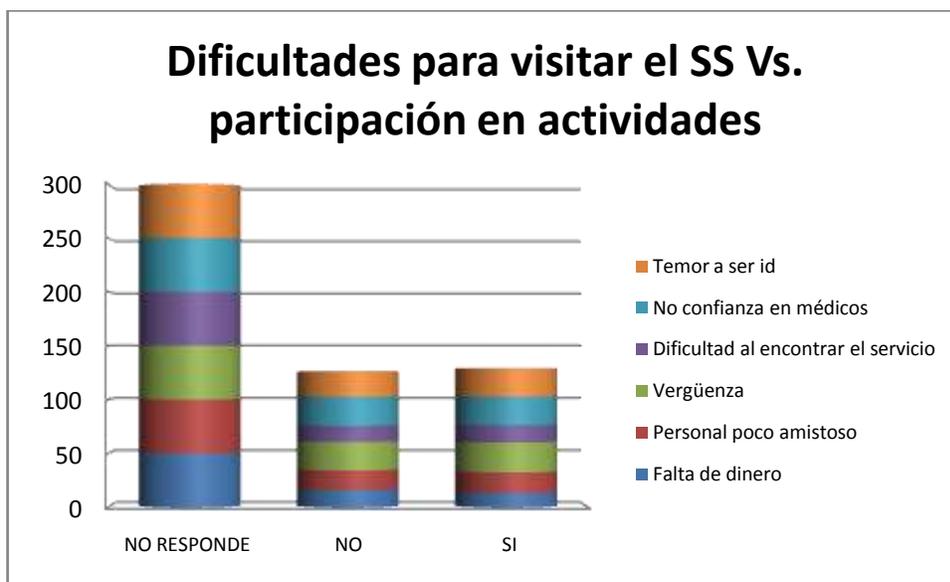


Grafico 71. Dificultad para visitar el SS Vs formación padre.



Grafico 72. Dificultades para visitar el SS Vs Formación Madre



Grafico 73. Conoce un espacio Vs Estrato

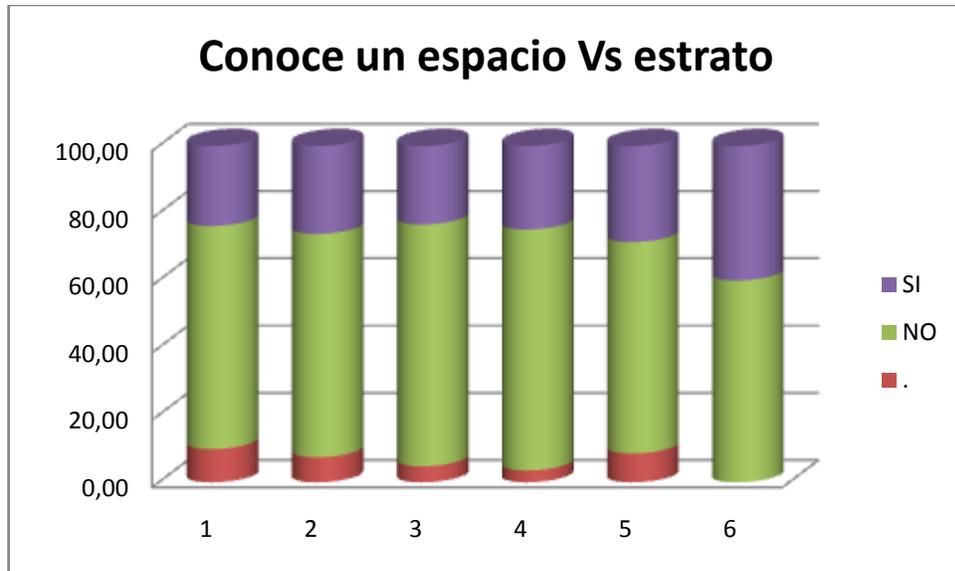


Grafico 74. Conoce un espacio Vs Género

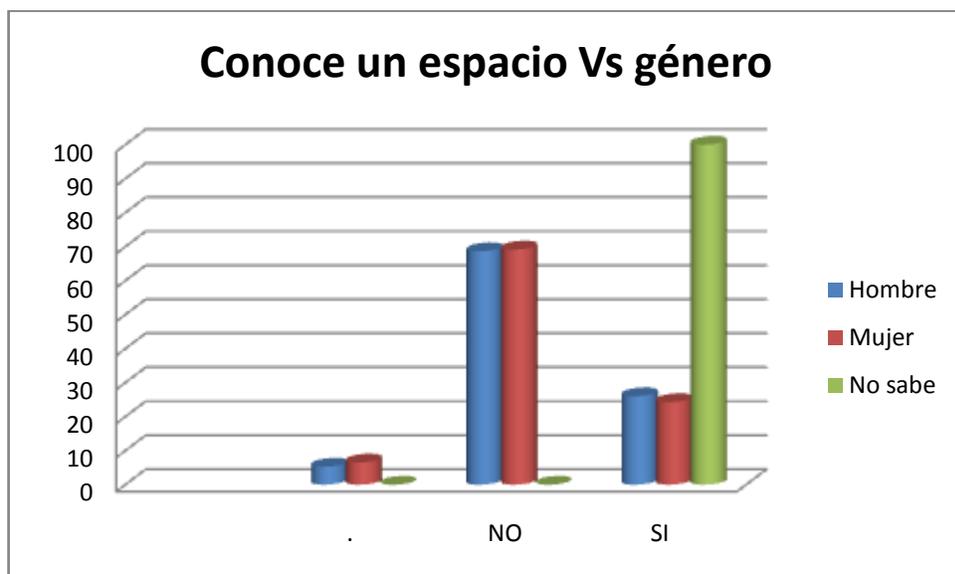


Grafico 75. Conoce un espacio Vs Edad

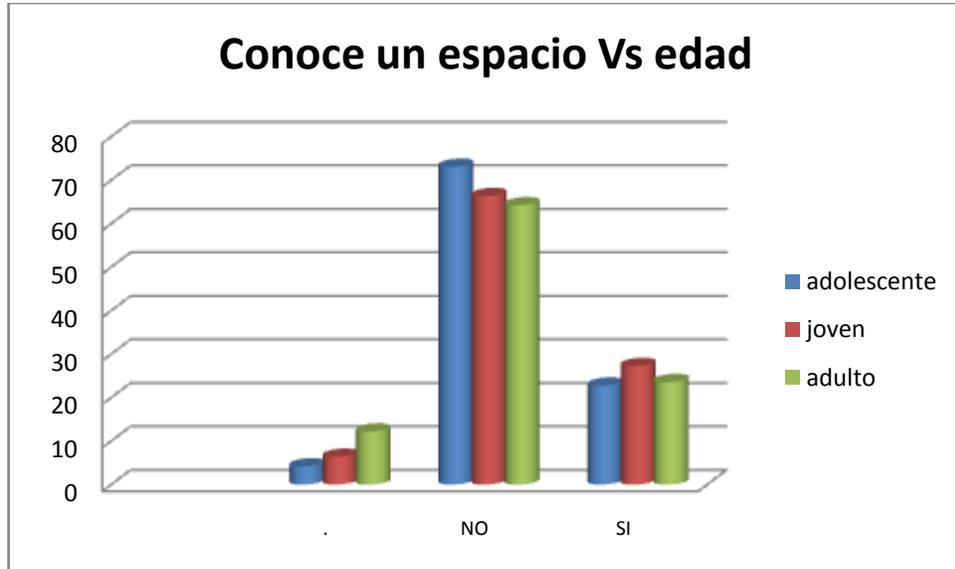


Grafico 76. Conoce un espacio Vs Religión

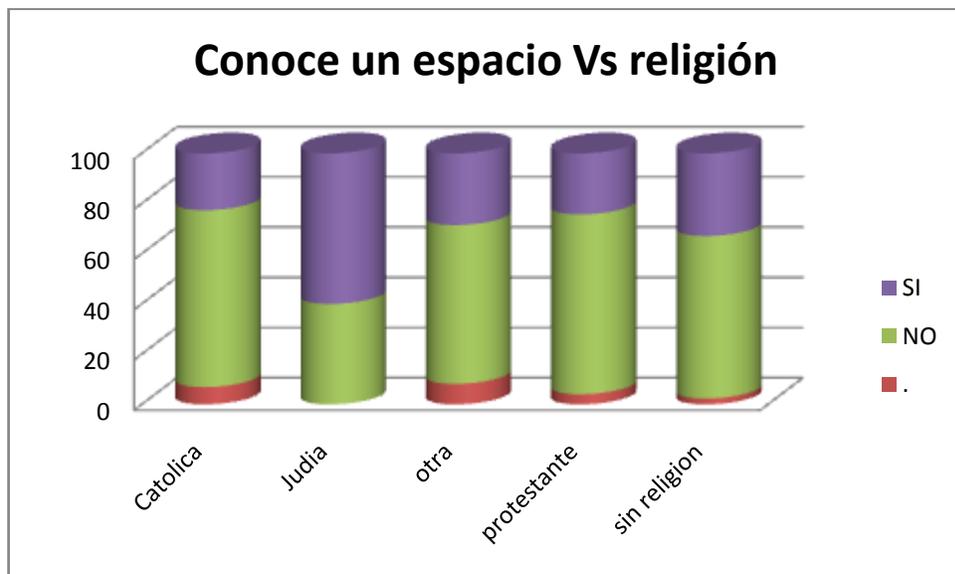


Grafico 77. Conoce un espacio Vs Procedencia

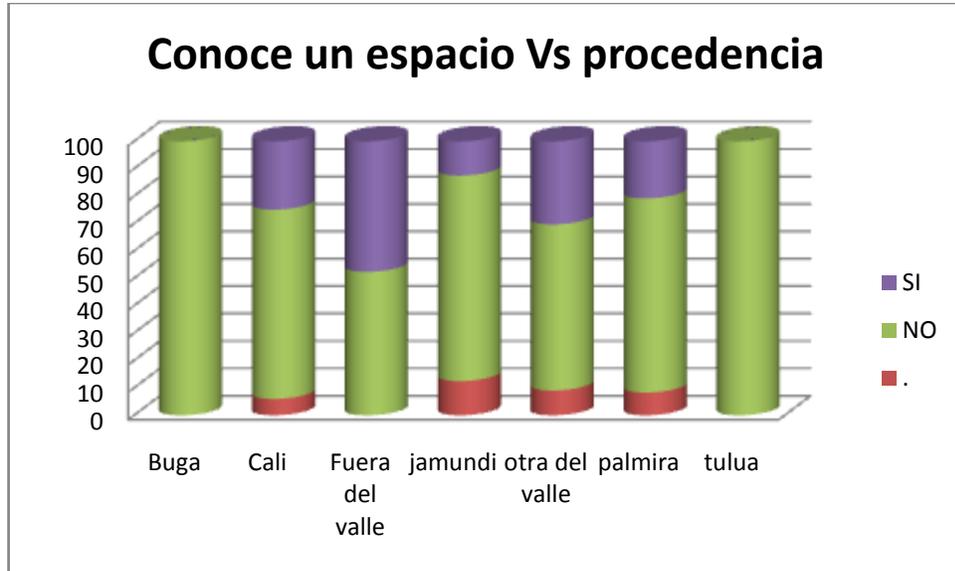


Grafico 78. Conoce un espacio Vs Estado Civil

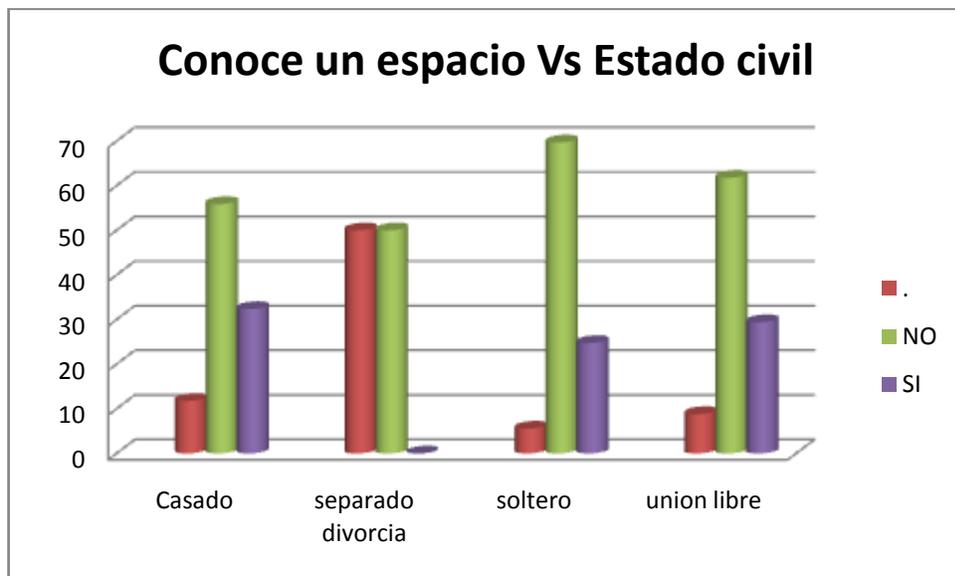


Grafico 79. Conoce un espacio Vs Facultad

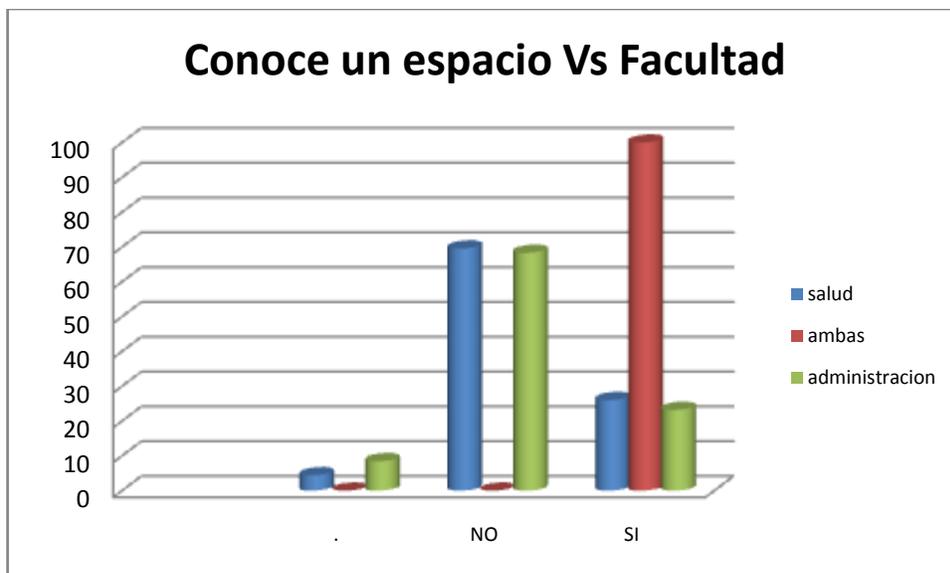


Grafico 80. Conoce un espacio Vs Programa Académico

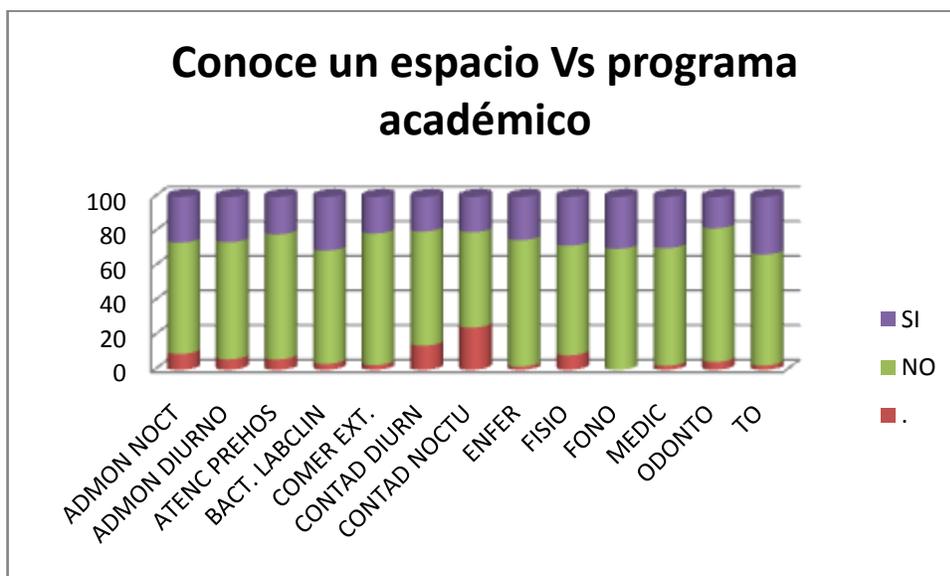


Grafico 81. Conoce un espacio Vs Semestre

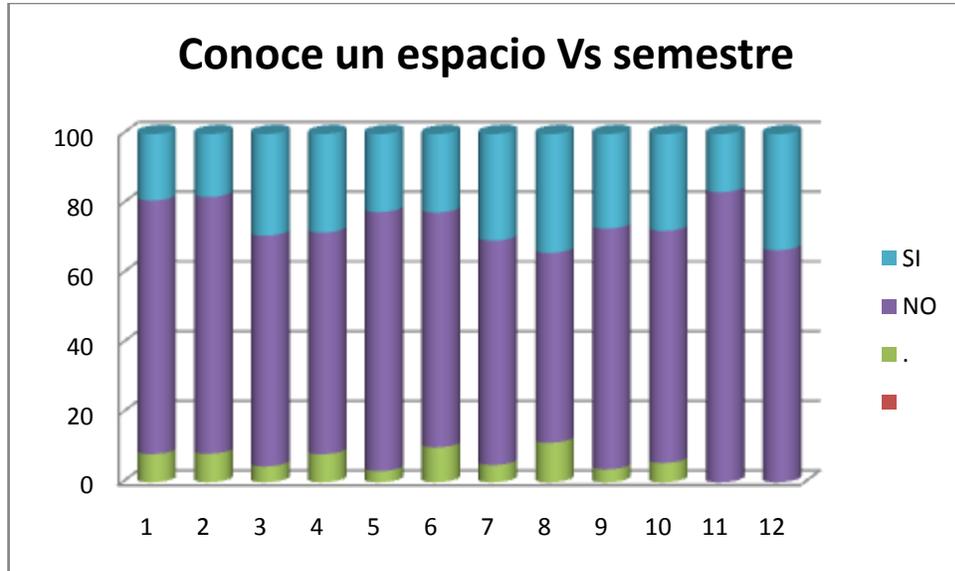


Grafico 82. Conoce un espacio VS Participación en Actividades



Grafico 83. Conoce un espacio Vs Formación Padre

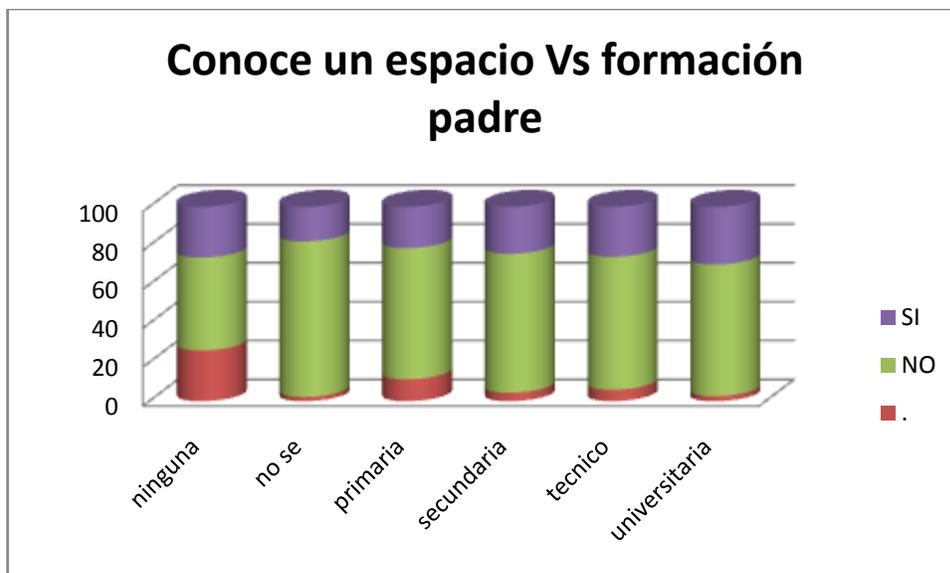


Grafico 84. Conoce un espacio Vs Formación Madre

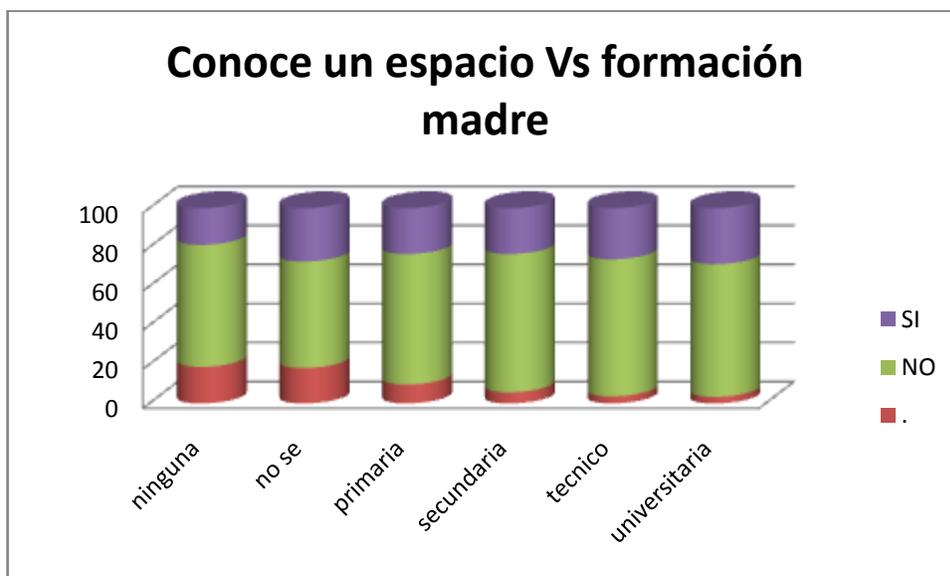


Grafico 85. Conoce un espacio Vs Género

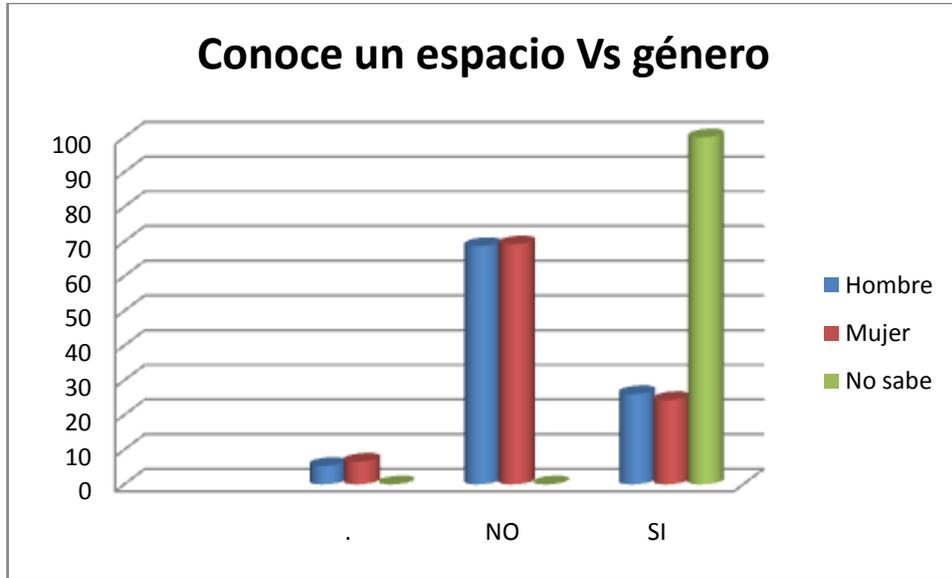


Grafico 86. Ha visitado el SSR Vs Estrato



Grafico 87. Ha visitado el SSR Vs Género



Grafico 88. Ha visitado el SSR Vs Edad



Grafico 89. Ha visitado el SSR Vs Religión



Grafico 90. Ha visitado el SSR Vs Procedencia

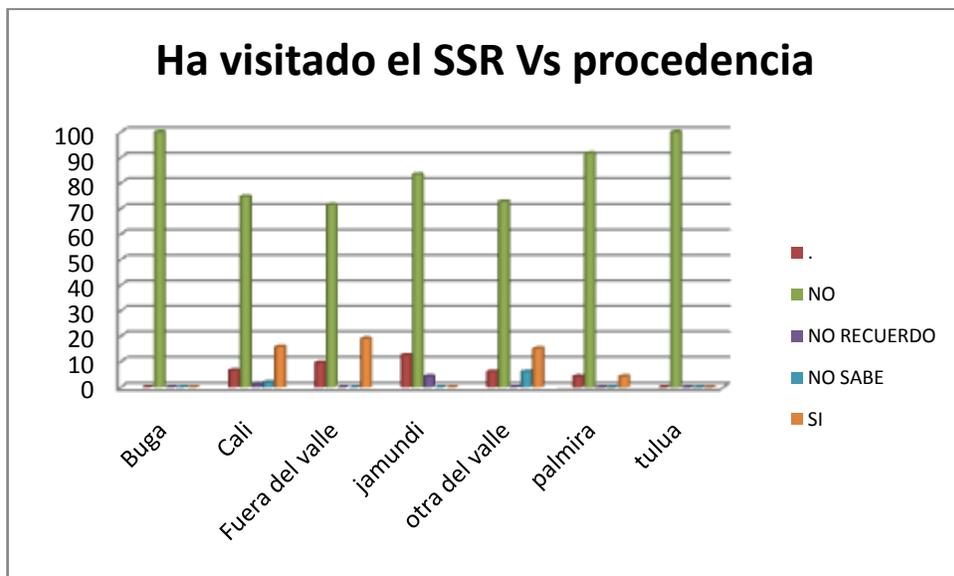


Grafico 91. Ha visitado el SSR Vs Estado Civil



Grafico 92. Ha visitado el SSR Vs Facultad

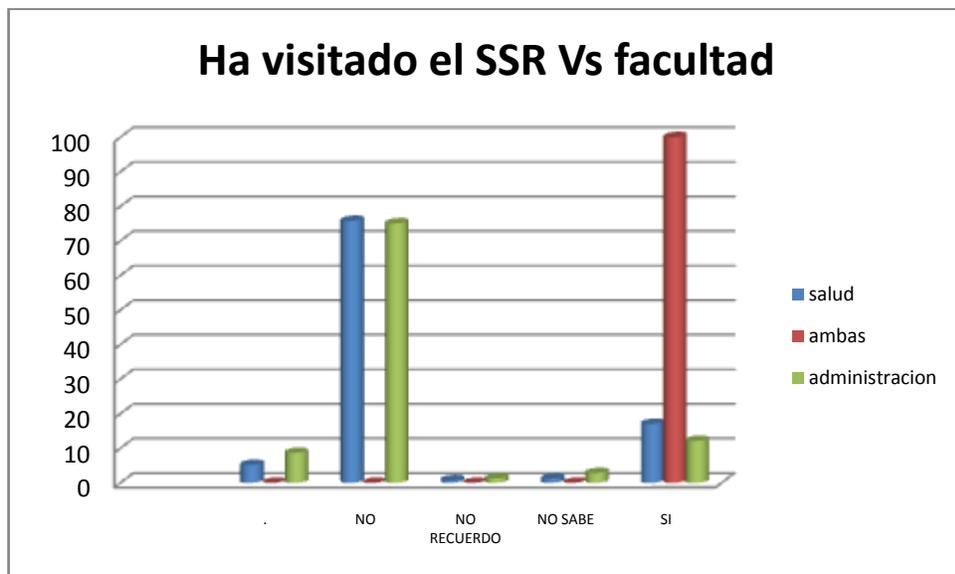


Grafico 93. Ha visitado el SSR VS Programa Académico

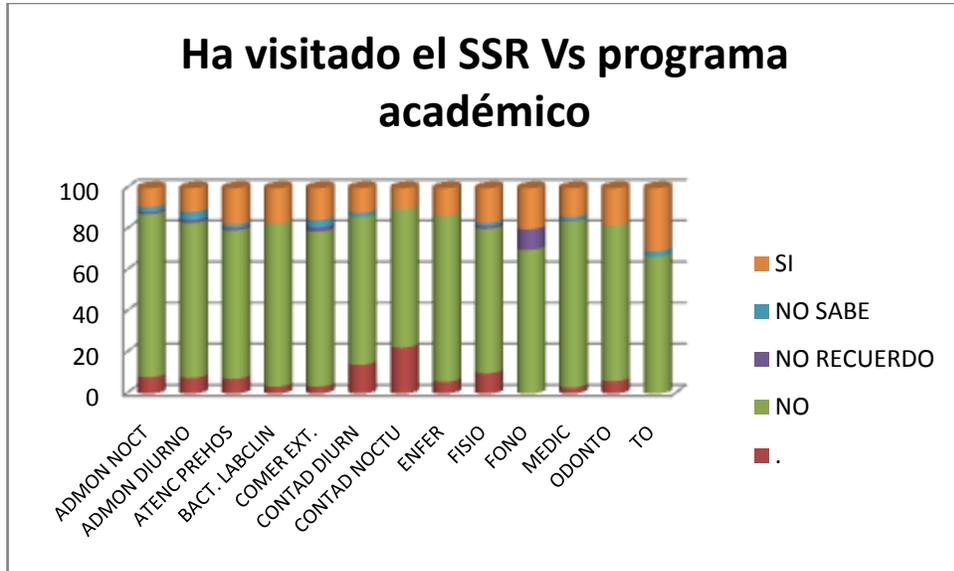


Grafico 94. Ha visitado el SSR Vs Semestre

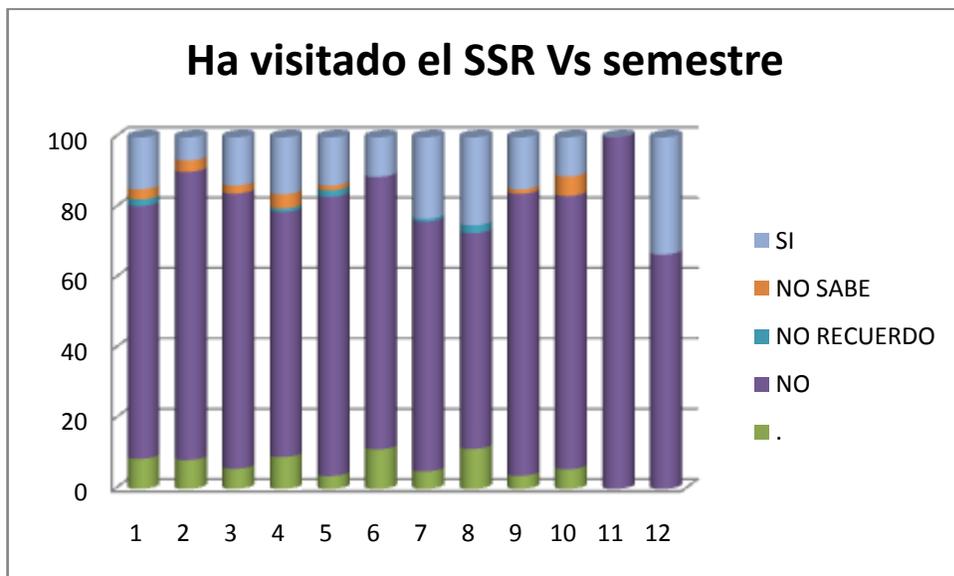


Grafico 95. Ha visitado el SSR Vs Participación en Actividades



Grafico 96. Ha visitado el SSR Vs Formación Padre

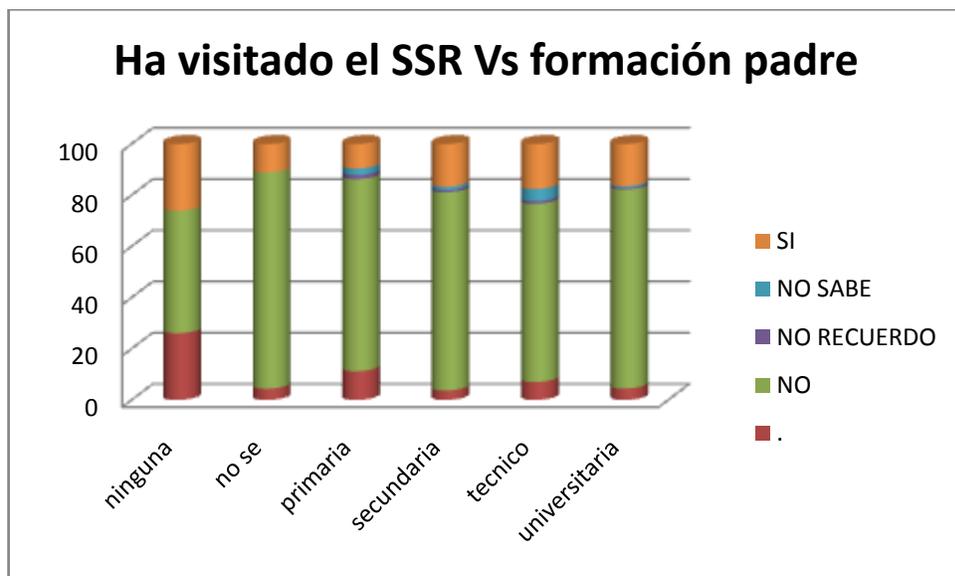


Grafico 97. Ha visitado el SSR Vs Formación Madre

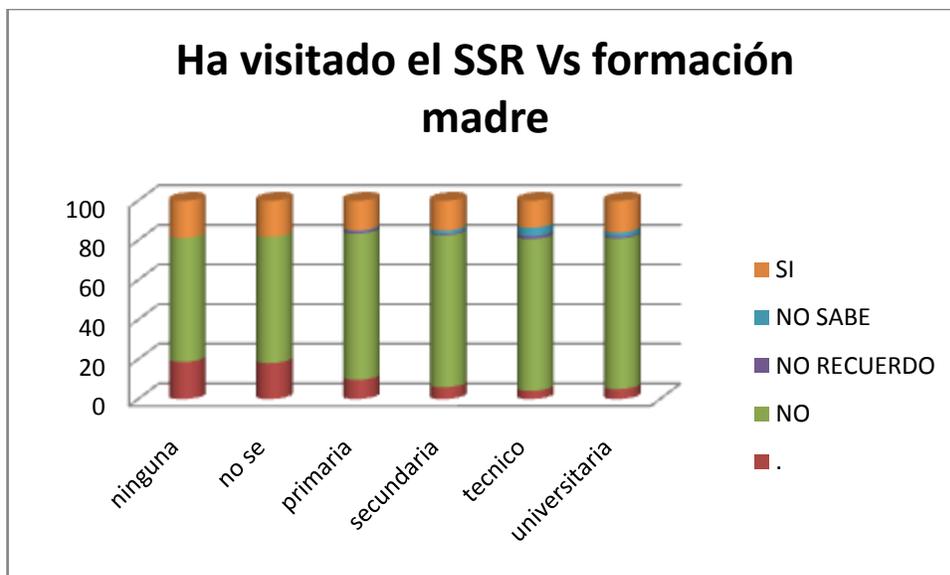


Grafico 98. Ha visitado otro profesional Vs Estrato

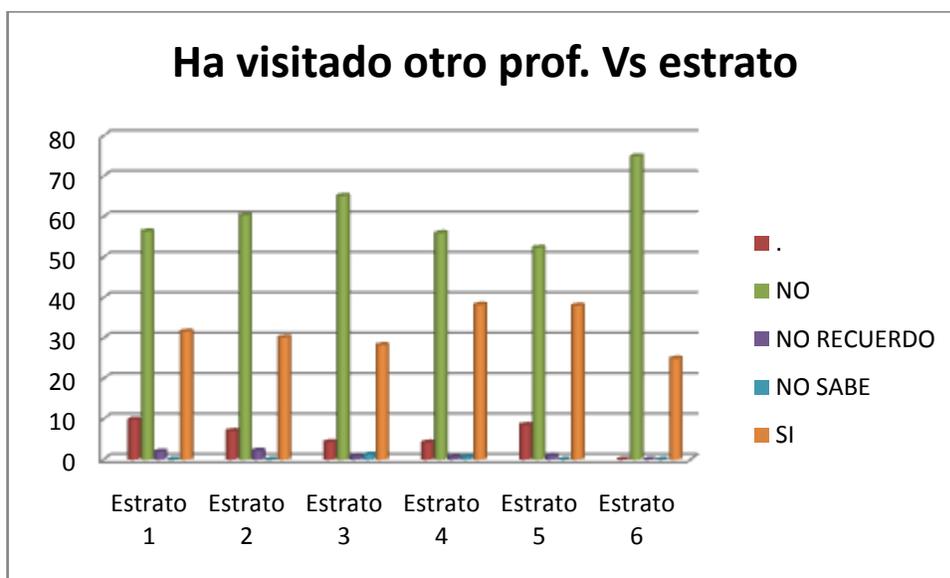


Grafico 99. Ha visitado otro profesional Vs Género

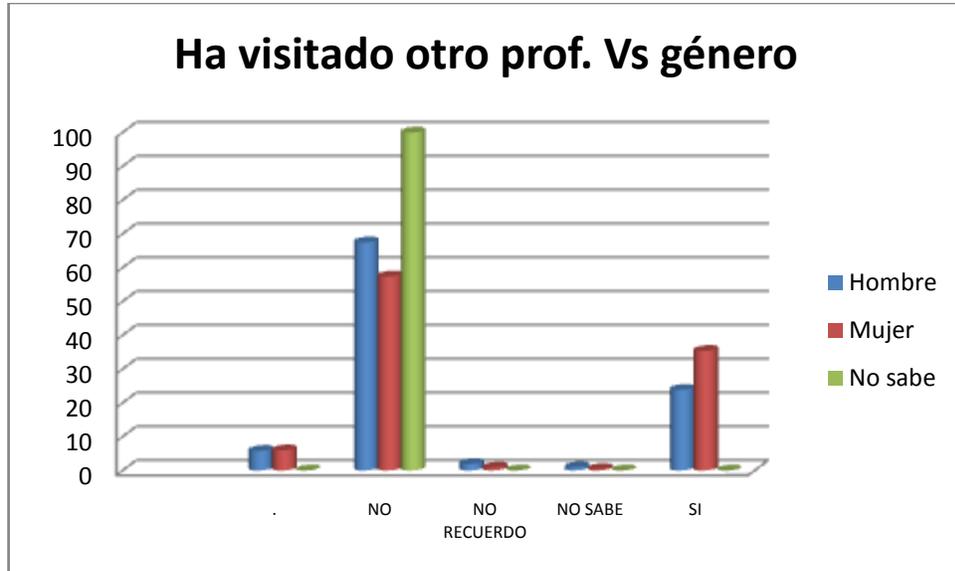


Grafico 100. Ha visitado otro profesional Vs Edad



Grafico 101. Ha visitado otro profesional Vs Religión

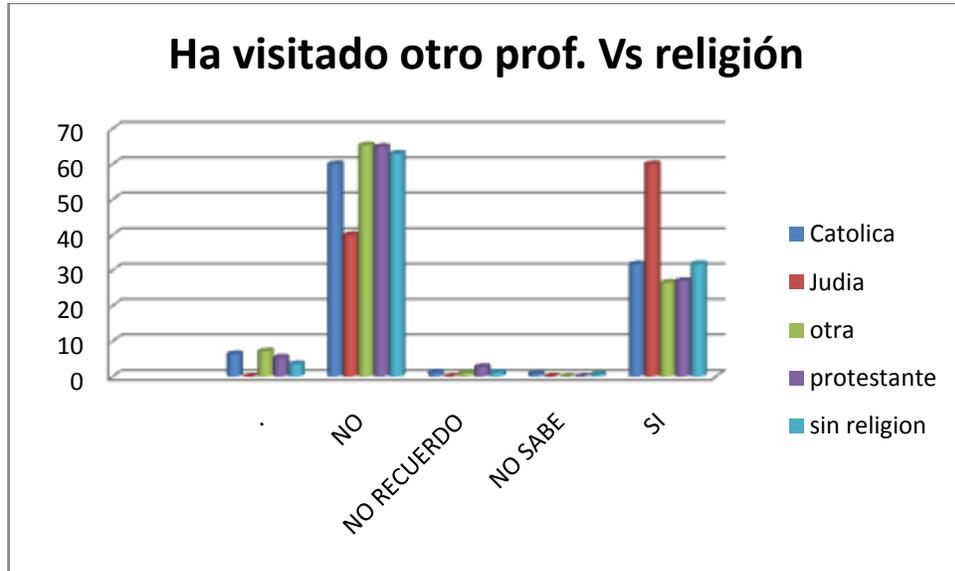


Grafico 102. Ha visitado otro profesional Vs Procedencia

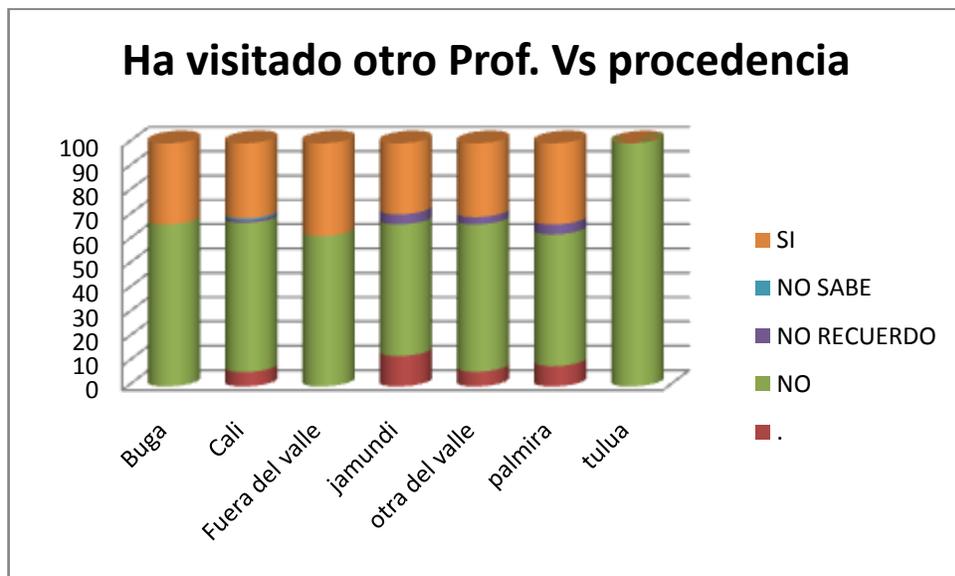


Grafico 103. Ha visitado otro profesional Vs Estado Civil

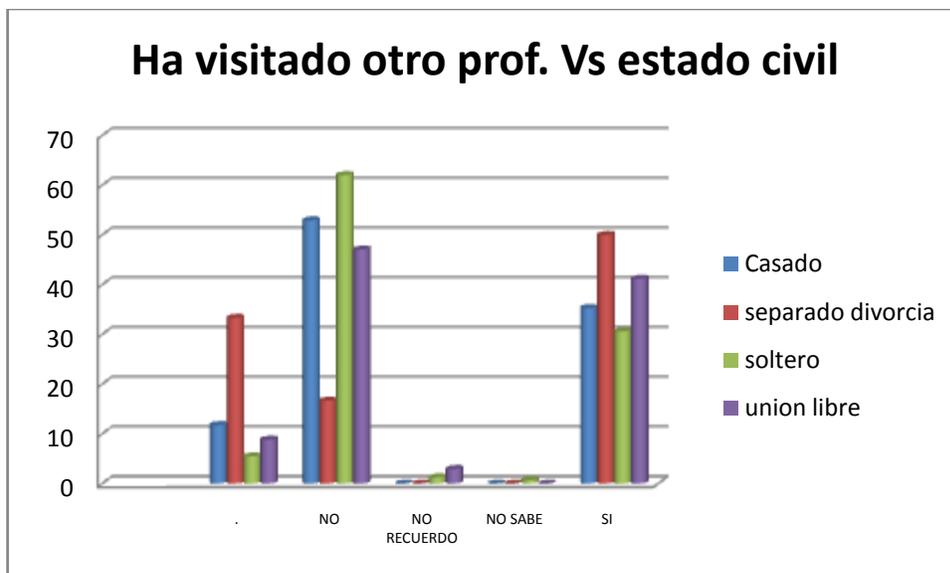


Grafico 104. Ha visitado otro profesional Vs Facultad

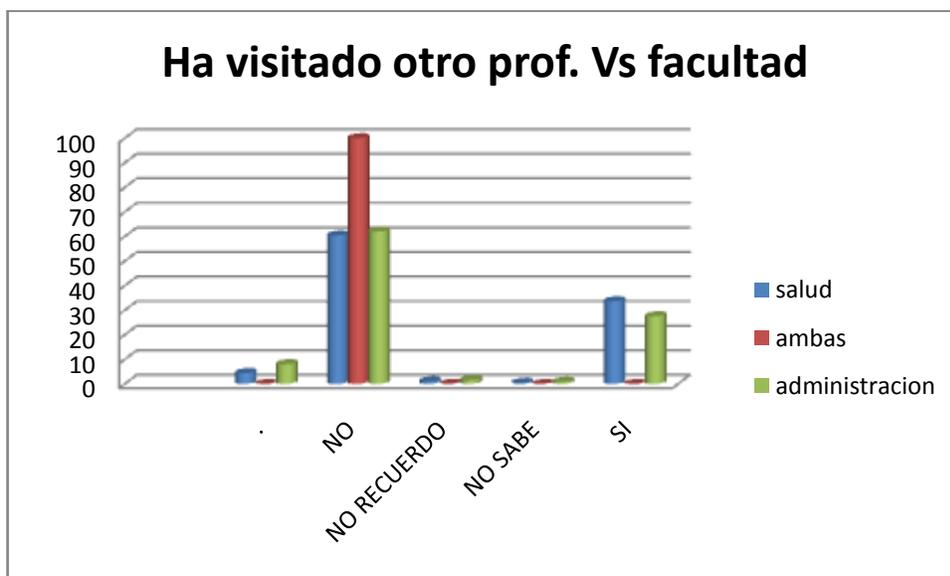


Grafico 105. Ha visitado otro profesional Vs Programa Académico

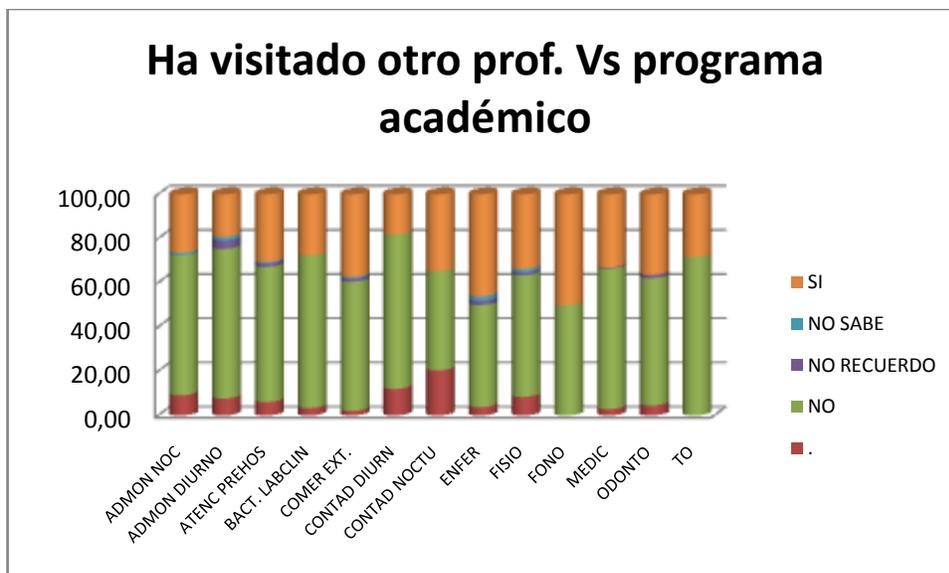


Grafico 106. Ha visitado otro profesional Vs Semestre

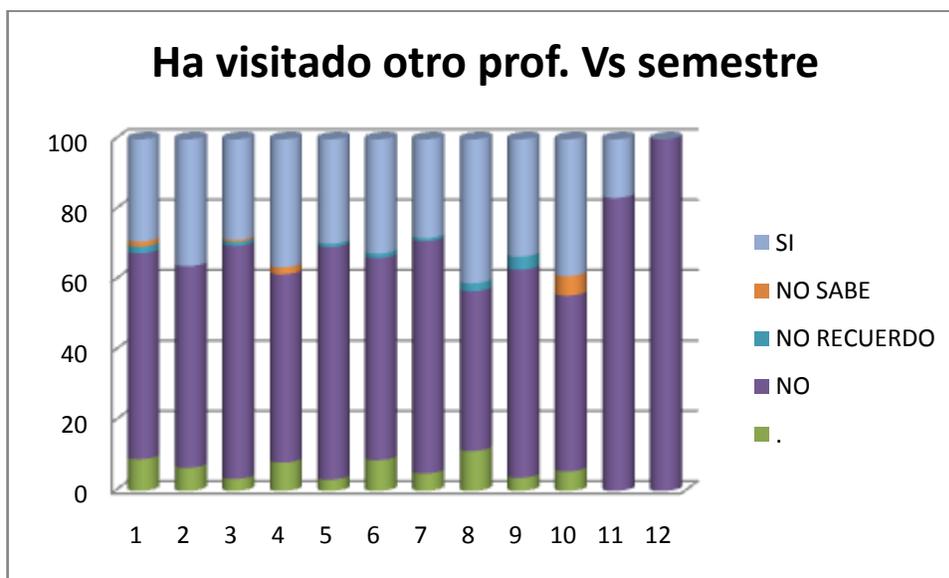


Grafico 107. Ha visitado otro profesional Vs Participación en Actividades



Grafico 108. Ha visitado otro profesional Vs Formación Padre

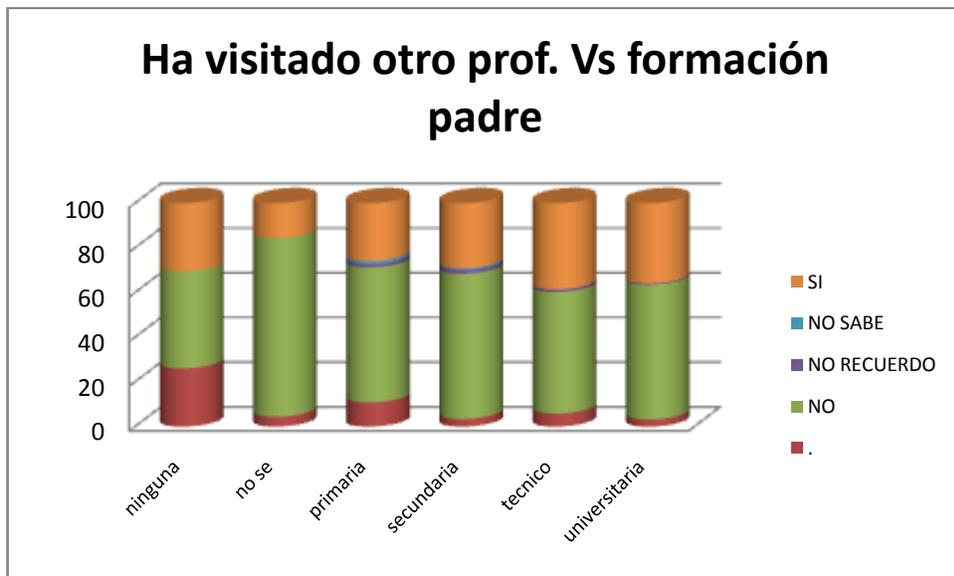


Grafico 109. Ha visitado otro profesional Vs Formación Madre

