

de salud con servicios para
recibir asesoría en salud sexual
y podrás tomarte la prueba
y confidencialmente.

Vive en todo tu derecho.
Protégete. ¡Usa el condón!



Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH.
Resultados de la encuesta CAP. Primera fase.

JÓVENES: VULNERABILIDAD Y VIH.
Resultados de la encuesta cap. Primera fase.

Cuaderno No. 3

**Colección: Cuadernos técnicos del
Proyecto Fondo Mundial en Colombia**

Autores
Franklyn Prieto Alvarado
Carlos Alberto González

Proyecto Colombia
Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria



Proyecto Colombia

Este documento fue financiado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, mediante el Proyecto: Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia.

Colección: Cuadernos técnicos del Proyecto Fondo Mundial en Colombia

Cuaderno 3. Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH. Resultados de la encuesta CAP. Primera Fase.

Prieto Alvarado Franklyn – González Carlos Alberto- Bogotá D.C.

Autores del Proyecto

Ricardo Luque, Gloria Puerta, Carlos Hernández y Sofía Gutiérrez del Ministerio de la Protección Social; Ricardo García y Nayibt Salom de ONUSIDA; Linda Eriksson de OIM; Harvey Suarez y Diego Henao de CODHES; Gisella Olivera y Mauricio Polanco del Ministerio de Educación Nacional; Alfredo Mejía del INS; Juan Ignacio Arango de PNUD; Celsa Sampson de OPS; Sergio Montealegre de RECOLVIH; Omar Oróstegui del Programa Presidencial Colombia Joven; Patricia Sarmiento y Adriana Becerra de la Red de Solidaridad Social; Patricia Ospina, Andrew Dier y Liliana Schmitz de PROFAMILIA; Judith Sarmiento, María Elvia Domínguez y Franklin Gil de la Escuela de Género de la Universidad Nacional; Jorge Iván Moya y Janeth Perea de la Cruz Roja Colombiana.

Mecanismo Coordinador de País (MCP)–Colombia Instituciones miembros (2007)

Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Educación Nacional
Instituto Nacional de Salud
Acción Social
Programa Presidencial Colombia Joven
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida – ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
Organización Panamericana de la Salud – OPS
Organización Internacional para las Migraciones – OIM
Alto Comisionado para los Refugiados – ACNUR
Oficina de Naciones Unidas contra Drogas y Crimen – UNODC
Asociación Probienestar de la Familia Colombiana – PROFAMILIA
Cruz Roja Colombiana
Red Colombiana de Personas que viven con VIH y Sida – RECOLVIH
Liga Colombiana de Lucha contra el Sida
Coalición de Líderes que viven con el VIH y Sida
Asociación de usuarios del ISS
Fundación Henry Ardila
Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia
Programa Mundial de Alimentos - PMA

Equipo de Gerencia

Diana Victoria Peñarete

Gerente 2007 -2008

Ángela González Puche

Gerente 2004-2007

Linda Eriksson

Oficial de Programa VIH, OIM Colombia

Franklyn Prieto Alvarado

Asesor en Salud Pública 2006 -2008

Daniel Fernández Gómez

Asesor en Ciencias Sociales 2005 - 2008

Oliverio Huertas Rodríguez

Asesor en Emprendimientos Juveniles 2005-2008

Carlos González Promiceros

Monitor en Salud Pública

Emmanuel Fontalvo Patiño

Monitor en Ciencias Sociales

Leydi Higídio Henao

Monitora en Emprendimientos Juveniles

Luis Caicedo Valbuena

Analista Financiero

2004 - 2008

Oscar Díaz Sotelo

Asistente de Monitoreo y Evaluación

Astrid del Pilar Lara

Asistente de Proyecto

Ángela Andrea Garzón

Pasante 2006 - 2007



Fotografías:
Registro del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia.

Edición del texto y corrección de estilo:
Ps. Luis Felipe González G.

Editor de la Colección:
Ps. Luis Felipe González G.
lfgonzalezg@gmail.com

Impresión:
Códice Ltda

ISBN:
978-958-98371-9-1

Reservados todos los derechos © 2008. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Proyecto Fondo Mundial en Colombia, agosto de 2008. Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se conserve intacto su contenido y se dé crédito al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Disponible en URL: <http://www.entodotuderecho.com>
Bogotá, D.C., Colombia

Revisión técnica de:

Carolina Villalba
Adriana Osorio
Grupo ITS – Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública –
Instituto Nacional de Salud

Linda Eriksson
Diana Peñarete
Ángela González Puche
Daniel Fernández
Oliverio Huertas
Oscar Díaz
Felix Diesner
Equipo de Gerencia del Proyecto del Fondo Mundial

Participaron en el diseño de la encuesta:

María Cristina Quevedo
Diego Fernando Guarín
Oscar Díaz Sotelo
Ángela González Puche
Hilda Vargas
Roberto Sicard
Carolina Villalba

Participaron en el análisis preliminar de la línea de base:

Jacqueline Acosta De la Hoz
Diana Peñarete
Oscar Díaz Sotelo

Participaron en la recolección de la información:

Bogotá

Claudia Dávila, Martha Forero, Rocío González, William López, Janneth Moncayo,
Adriana Pulido y Luis Eduardo Ruiz (Unión Temporal Suba - Negativá).
Nayibe García, Juan Carlos Pardo, Rossmary Rincón, Carolina Rodríguez y Gina Var-
gas (Alianza Centro Sur: Profamilia, Colombia Saludable, Fundación de Mujeres
Positivas Proyecto Girasol).

Diego Barbosa, Wilson Mellizo, Cristian Robelto y Javier Ruiz (Alianza Suroriente
Occidente: Cenfor).

Barrancabermeja

Patricia Ferrín y Margareth Sánchez (Alianza Barrancabermeja: Obusinga).

Barranquilla-Malambo-Soledad

Fredy Escudero, Domingo García y Dalvin Lugo (Alianza Jóvenes Construyendo
Vida: Fundación Francois Xavier Bagnoud, Profamilia, Fundarvih y Cedesocial).

Bucaramanga

Mary Cárdenas, Alfredo Echeverría, María Constanza Hakspiel y Diana Hernández
(Alianza Proinapsa, UIS, Cidemos).

Buenaventura

Claudia Galeano, Cielo Lemus, Claudia Ortiz y (Alianza Pacifico Joven: Profamilia).

Carmen de Bolívar

Dora Hernández (Alianza Carmen de Bolívar: Sisco IPS).

Cúcuta

Sonia Rodríguez y Liliana Rozo (Alianza Jóvenes en Línea: Cruz Roja Colombiana, Profamilia, Opción Vida y Próvida).

Ibagué

Jenny Duarte, Carmen Lucía Vélez, Jesús Fino, Dora Rivera, Diana González, Nathalie Cantor (Alianza Ibagué Juventud Saludable: Profamilia, Concern Universal, Asociación Juvenil Abriendo Caminos).

Montería

Víctor Terán, Mery Cardona y Mirid Sornoza (Alianza Cordobesa por la Vida: Profamilia, Coluzdec, Corporación María Cano, Universidad Cooperativa de Colombia, Corporación Universitaria del Caribe, Fundación Universitaria Luis Amigó).

Neiva

María Orlinda Urrea (Alianza Opita Joven: Cruz Roja Colombiana, Profamilia, Corporación de Contadores Públicos).

Pasto

Nancy Cerón y Ana Milena Ortega (Alianza Puma: Profamilia, Universidad de Nariño, Fundación Aldea Global y Fundación María Fortaleza).

Soacha

Sonia Pinzón (Ecoopsos).

Tulúa

Diana Ortega y Adriana Morales (Alianza Profamilia – Fundhese).

Villavicencio

Gladys Mejía, Patricia Cerón y Francisco Fernández (Alianza NAO: Asociación Sociocultural Nacatsi, Anisa Colombia y Asociación de Líderes Juveniles Oasis).

INDICE

Resumen	11
Introducción	11
Objetivos	11
Materiales y métodos	11
Resultados	11
Discusión y conclusiones	12
Palabras claves (decs)	12
Abstract	12
Background	12
Objectives	12
Material and Methods	12
Results	12
Discussion and conclusions	13
Key words (MeSH)	13
Introducción	13
Materiales y métodos	14
Tipo de diseño	14
Diseño de la muestra	15
Población	15
Técnica de recolección	15
Tamaño de la muestra	16
Instrumento y Prueba Piloto	17
Sistematización de la información	18
Análisis de la información	18
Caracterización de la muestra	19
Resultados	25
Conocimientos sobre ITS	25
Prácticas	35
Uso del preservativo	41
Algunos aspectos de salud sexual y reproductiva	44
Discusión	51
Conocimientos sobre ITS	51
Prácticas	54
Otros antecedentes en salud sexual y reproductiva	57
Acceso en salud sexual y reproductiva	57
Sobre la discusión	59
Referencias	61

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los jóvenes de Colombia tienen mayor vulnerabilidad al VIH por su situación ante el desplazamiento forzoso, la inequidad de género, el bajo nivel educativo y la edad. Frente a esta situación, entre 2005 y 2006 se desarrolló una intervención para disminuir la vulnerabilidad en los jóvenes de 16 municipios.

OBJETIVOS

Establecer los cambios en los conocimientos y las prácticas de los jóvenes más vulnerables al VIH en 16 municipios a partir de la realización de una estrategia de educación para la sexualidad entre pares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta transversal tipo conocimientos y prácticas con una medición inicial a 2.468 jóvenes entre 10 a 24 años, de 16 municipios y una medición final, posterior a una intervención pedagógica entre pares, de 5.198 jóvenes. Se hizo un muestreo por conglomerados bietápico anónimo no ligado. La información se estratificó por edad, sexo, estado educativo actual y situación de desplazamiento.

RESULTADOS

El nivel de conocimientos (conceptos adecuados) de mujeres, población en situación de desplazamiento, adolescentes de 10 a 14 años y personas que no estudian en la actualidad fue menor en la línea de base. Posterior a la intervención pedagógica, el nivel de conocimientos incrementó más en la población vulnerable, alcanzando niveles de igualdad con los otros grupos poblacionales. Aunque se aumentó el



nivel de conocimientos en las poblaciones vulnerables, no aumentó el nivel de prácticas protectoras, situación que si ocurrió en los otros grupos de población.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es evidente el interés en estrategias de educación para la sexualidad de la población con sus derechos más vulnerados, en mejorar sus conocimientos para disminuir dicha vulnerabilidad; sin embargo es necesario potenciar la estrategia educativa que permita aumentar las prácticas protectoras, como podría hacerlo la estrategia de habilidades para la vida.

PALABRAS CLAVES (DECS):

VIH, comportamientos sexuales, adolescente, prevención de enfermedades, conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

ABSTRACT

BACKGROUND

Colombia's youths are highly vulnerable to HIV infections because of their age, their context of forced displacement, the gender inequity and low educational level. Given this situation, an intervention to diminish this vulnerability was established for youths of 16 municipalities.

OBJECTIVES

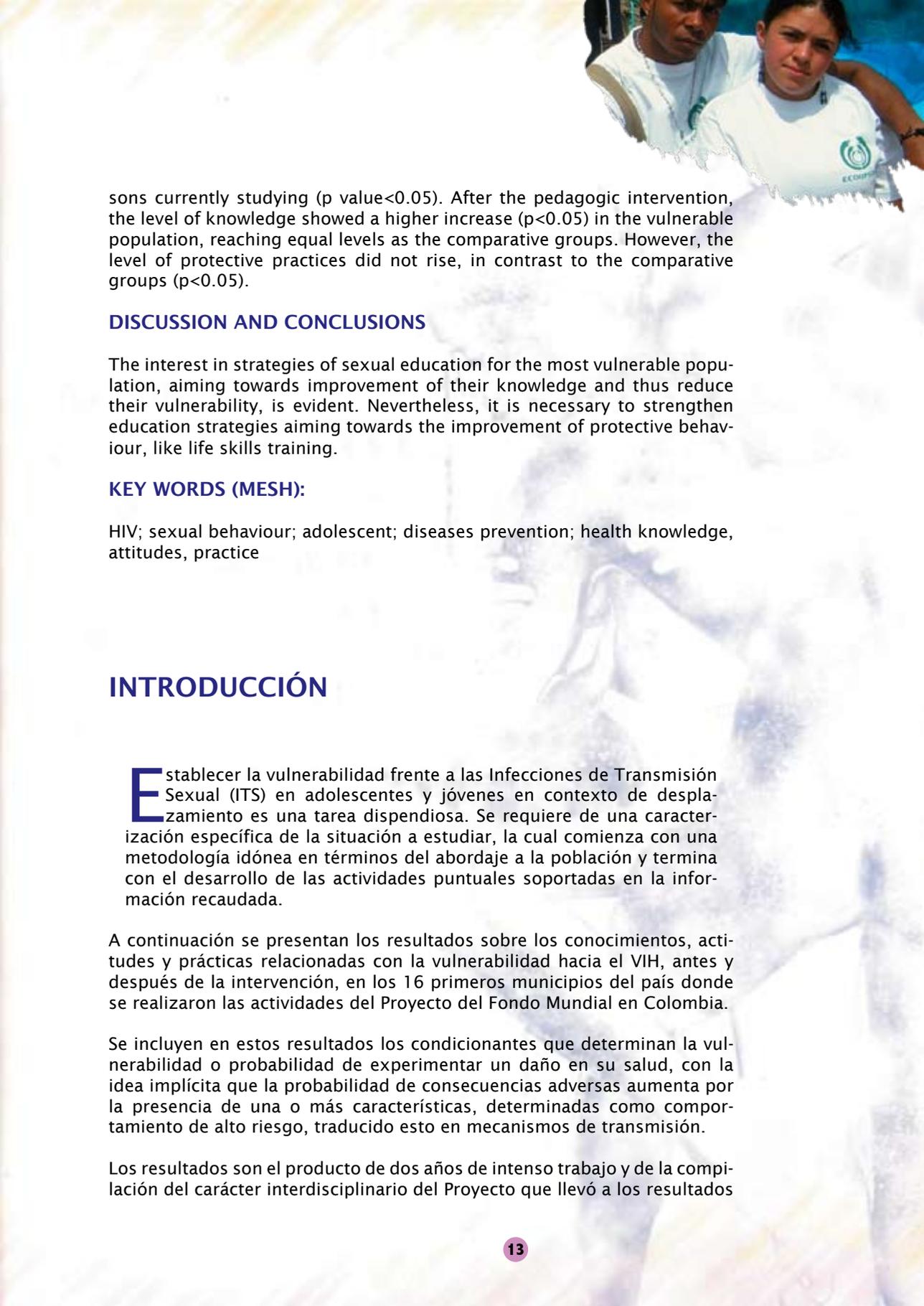
To establish changes in knowledge and behaviour of the youths most vulnerable to HIV in 16 municipalities where a peer education intervention regarding sexual and reproductive health (SRH) was realized.

MATERIAL AND METHODS

A cross sectional KAP-survey was applied to youths between the age of 10-24 years in 16 municipalities, including an initial (n=2.468) and a final measurement after a peer education intervention (n=5.198). Sampling was bi-etapic, anonymous, no-linked cluster survey. The information was stratified for age, sex, present educational status and geographical displacement.

RESULTS

In the baseline, the level of knowledge (adequate conceptions) was minor in men, displaced populations, youths in the age of 10-14 years and per-



sons currently studying (p value <0.05). After the pedagogic intervention, the level of knowledge showed a higher increase ($p<0.05$) in the vulnerable population, reaching equal levels as the comparative groups. However, the level of protective practices did not rise, in contrast to the comparative groups ($p<0.05$).

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The interest in strategies of sexual education for the most vulnerable population, aiming towards improvement of their knowledge and thus reduce their vulnerability, is evident. Nevertheless, it is necessary to strengthen education strategies aiming towards the improvement of protective behaviour, like life skills training.

KEY WORDS (MESH):

HIV; sexual behaviour; adolescent; diseases prevention; health knowledge, attitudes, practice

INTRODUCCIÓN

Establecer la vulnerabilidad frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes y jóvenes en contexto de desplazamiento es una tarea dispendiosa. Se requiere de una caracterización específica de la situación a estudiar, la cual comienza con una metodología idónea en términos del abordaje a la población y termina con el desarrollo de las actividades puntuales soportadas en la información recaudada.

A continuación se presentan los resultados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la vulnerabilidad hacia el VIH, antes y después de la intervención, en los 16 primeros municipios del país donde se realizaron las actividades del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia.

Se incluyen en estos resultados los condicionantes que determinan la vulnerabilidad o probabilidad de experimentar un daño en su salud, con la idea implícita que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características, determinadas como comportamiento de alto riesgo, traducido esto en mecanismos de transmisión.

Los resultados son el producto de dos años de intenso trabajo y de la compilación del carácter interdisciplinario del Proyecto que llevó a los resultados

evidenciados; éstos manifiestan la efectividad de las acciones planeadas tales como la intervención entre pares, la movilización de los servicios de salud y la estrategia de emprendimientos juveniles.

A lo largo del documento Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH. CAP – Primera Fase son evidenciadas las percepciones y prácticas de los y las jóvenes y adolescentes así como los cambios logrados con las intervenciones realizadas, que a los ojos de la salud pública son relevantes en cuanto a logros específicos y plantean diferentes respuestas y concepciones según las experiencias vividas, nivel de formación (educación), acceso a los servicios de salud, grupo de edad, género (sexo) entre otros, que generan saberes específicos para enfrentar los padecimientos. Estas variables van configurando las distintas trayectorias de vida de los sujetos determinando su vulnerabilidad diferencial frente a las ITS y sus efectos.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE DISEÑO

Fue un estudio de corte transversal tipo encuesta en el marco de la vigilancia en salud pública de segunda generación para VIH (ONUSIDA – OMS, 2000). Los estudios de corte transversal pretenden seleccionar la población sin considerar la exposición o el evento como criterio de selección; se distingue porque se indaga sobre la presencia de la exposición y la presentación del evento y porque se hace una medición única en el tiempo de cada sujeto de estudio (Hernández, Garrido y López, 2000).

Este tipo de estudios es muy útil para la toma de decisiones en salud pública, en especial para la evaluación del impacto de una estrategia de intervención en una comunidad. Sin embargo, comparte muchas de las limitaciones propias de los estudios de casos y controles, dado que pueden representar sólo los casos prevalentes que pueden ser afectados por la mortalidad. Estos estudios permiten estimar la prevalencia de algunos eventos así como identificar o explorar sus posibles o conocidos factores de riesgo o protectores. Es importante su uso para factores prevalentes, enfermedades crónicas o cuyas manifestaciones se desarrollan lentamente (Hernández B. y Velasco, 2000).



Fue una encuesta del tipo conocimientos, actitudes y prácticas que en algunos contextos se le añade a su denominación: creencias y saberes. Se considera que estas encuestas deben ser adaptadas a la realidad cultural local. Las encuestas CAP son instrumentos útiles para la planeación y evaluación de programas educativos, así como para las acciones de prevención, que proporcionan importantes fundamentos teóricos para su justificación (Ministerio de la Protección Social, 2004).

La encuesta tuvo dos momentos de aplicación: al inicio de la operación del Proyecto (junio-diciembre de 2005) y al final de la operación (octubre-diciembre de 2006). Por algunos problemas de operación, la metodología utilizada al inicio fue diferente a la final.

DISEÑO DE LA MUESTRA POBLACIÓN

La población correspondió a jóvenes escolarizados y no escolarizados de las instituciones educativas y grupos de jóvenes organizados de 10 a 24 años de edad, que fueron intervenidos con la estrategia de educación entre pares por el Proyecto Colombia. Los jóvenes seleccionados en los dos momentos de aplicación de la encuesta pertenecían a los grupos donde se trabajó la estrategia y fueron seleccionados por su carácter de participar en el grupo.

La unidad de análisis fue un o una joven de 10 a 24 años perteneciente a las localidades donde operó el Proyecto Colombia del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en la primera fase de operación.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

Para el inicio, los jóvenes del proceso de formación de líderes fueron numerados y seleccionados al azar hasta completar el tamaño de muestra determinado. Sin embargo, en algunos sitios, esta selección fue posterior a algunas sesiones de capacitación del Proyecto.

Para la encuesta final, se utilizó como diseño de encuesta por muestreo de conglomerados denominada 30x7 (Lemeshow y Robinson, 1985). El método consiste en la realización de una encuesta por muestreo de conglomerados ya que la opción de una muestra simple al azar de individuos en un área geográfica es difícil, al requerir el listado completo (marco muestral) de todos los individuos que cumplen con los criterios de inclusión.

La denominación de Encuesta 30x7, se debe a que la selección de los individuos se realizó en dos etapas. En una primera etapa, se seleccionó una muestra de 30 conglomerados, en este caso grupos de jóvenes (cursos, salones u organizaciones). Esta selección se realizó con probabilidad proporcional a su tamaño. En la segunda etapa de muestreo, se seleccionaron al azar mediante listado, siete jóvenes de 10 a 24 años pertenecientes a cada grupo o conglomerado (Lemeshow y Stroh, 1989). Por definición se estratificó la selección de conglomerados en un 30% de las organizaciones juveniles no escolarizadas.

Fue una encuesta autoadministrada en sus dos momentos. Los formatos de registro fueron entregados en un sobre cerrado con la información que soportaba el consentimiento informado. Una vez diligenciada, el individuo depositaba la encuesta en el sobre, lo sellaba y lo depositaba en una urna cerrada dispuesta para tal fin.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la muestra inicial se estableció una muestra municipal con la siguiente fórmula para tamaño de muestra:

$$N = \frac{N \times (1,96)^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + (1,96)^2 \times p \times q}$$

DONDE:

N= población total por municipio.

1,96 = valor de z para una confianza al 95%.

p= prevalencia estimada de uso consistente (siempre) del condón (0,13).

q= complemento de p (0,87).

d= error muestral (0,05).

Para la muestra final, los investigadores querían establecer una prevalencia que el 95% de las veces se encontrara dentro de un error del 10%. Luego utilizaron la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para poblaciones no conocidas:

$$N = Z^2 P Q / D^2$$

DONDE:

n = tamaño de la muestra.

z = valor de z para una confianza del 95%.

p = prevalencia esperada.

q = probabilidad complementaria a la prevalencia esperada (1-p).

d = error esperado.

Si se calculaba con una prevalencia esperada de 0,50, un error esperado de 0,10 y una confianza de 95% ($z=1,96$), la muestra sería de 96. Basado en un efecto de diseño (deff), por los conglomerados, de 2, la muestra sería de 192 (Frerichs, 1989).. Ante la posibilidad de una pérdida del 10% y para mantener la configuración de conglomerados que permitiera la probabilidad proporcional al tamaño, el tamaño de muestra final fue de 210.

Esta metodología fue analizada en un metanálisis propuesto por Henderson y Sundaresan (1982) quienes revisaron 60 encuestas realizadas en 25 países. Determinaron que la proporción de las estimaciones logradas tuvieron un error de $\pm 10\%$ con límites de confianza al 95%, tal como se había propuesto en el diseño del método. Se observó globalmente que el 83% de 446 estimaciones resultaron con errores dentro de $\pm 10\%$ y ninguna se excedió en $\pm 13\%$. Estas estimaciones fueron aún más precisas cuando las prevalencias estaban por debajo del 25% o bien superaban el 65%. Este nivel permite la determinación de diferentes factores con el rango de error estimado y diferentes prevalencias.

Con esta muestra final se obtuvo una relación de dos encuestas finales por una encuesta inicial, asumiendo que los indicadores trazadores de riesgo eran mayores al inicio que al final.

INSTRUMENTO Y PRUEBA PILOTO

Se utilizó un cuestionario formulado y ajustado a partir de propuestas realizadas por Family Health International (2000), Onusida (2002), OMS, Profamilia (2005), Ministerio de la Protección Social (2004) y el Proyecto Colombia (2003). El instrumento tuvo un proceso de validación que combinó la realización de grupos focales y pruebas piloto realizadas en los municipios de Soacha (Cundinamarca) y Montería (Córdoba). La encuesta fue revisada y ajustada de acuerdo con los resultados de cada proceso y a una revisión individual por expertos en VIH/Sida realizada en Bogotá D.C.



SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue digitada en el software Enter (Introducir Datos) de EpiInfo 6.04d® de acuerdo a una rutina por páginas del cuestionario. Para facilitar su validación por la cantidad de registros, las bases de datos se exportaron una a una a la base de datos departamental construida en Excel 2000®. El control de calidad reafirmó las rutinas de salto construidas en EpiInfo, buscó duplicidad de identificación o de registro, estableció coherencia en el registro, eliminó registros incompletos o de menores de 15 años. Una vez consolidada y validada la información se exportó a EpiInfo 6.04d® para su procesamiento.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las variables cualitativas fueron analizadas en sus proporciones o distribuciones de frecuencias, teniendo en cuenta como denominador la población que respondió o la población total de la encuesta; para las preguntas que se referían a población que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, se tuvo en cuenta a ésta como denominador. Estas variables fueron estratificadas por grupos de edad quinquenales para su presentación en tablas de resumen, agrupados por los grupos de variables señalados. Las variables cuantitativas fueron analizadas en sus medidas de resumen, sin tener en cuenta el cero (pues la mayoría de las veces no se tuvo como valor de ausencia), y estratificadas por grupo de edad.

En una segunda parte, fueron comparados los valores obtenidos en la línea de base con los resultados del seguimiento mediante t de student y prueba de Mann Whitney, sin estratificar por grupo de edad. Los resultados totales fueron estratificados por edad (alrededor de la media de 15 años), por sexo, por movilidad (alrededor de 5 años) y por estudiar en la actualidad. Estos resultados son comparados entre grupos y entre mediciones (inicial y final).

La comparación de los resultados entre la población que reside en el lu-

gar hace menos de 5 años y aquellos con más de 5 años, se utilizó como una aproximación a las diferencias entre población en situación de desplazamiento y no desplazamiento.

No se realiza comparación por municipio pues se considera que para algunos casos el tamaño de muestra inicial fue muy pequeño para la comparación de indicadores en salud sexual y reproductiva y en quienes han tenido relaciones sexuales penetrativas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es una encuesta enmarcada en el sistema de vigilancia en salud pública y es considerada una investigación de bajo riesgo para la comunidad (Ministerio de Salud, 1993). Se informó a cada potencial encuestado sobre el objeto, la necesidad y los componentes de la encuesta, insistiendo en la confidencialidad de la información y mantenimiento del anonimato. Las personas podían asentir verbalmente si deseaban o no participar en la encuesta e independientemente recibían información sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Las personas podían desistir de participar o continuar respondiendo la encuesta.

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra para la línea de base estuvo constituida por 2.468 encuestas realizadas en los 15 municipios del país y las 9 localidades de Bogotá D.C. Para la encuesta final se asumió una muestra de 5.198 encuestas, como se observa en la Tabla 1.

TABLA 1

Distribución de la muestra por municipio. Proyecto Colombia Fase I.

MUNICIPIO	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Barrancabermeja	85	3,4%	201	3,9%
Barranquilla	158	6,4%	209	4,0%
Bosa	70	2,8%	206	4,0%
Bucaramanga	106	4,3%	229	4,4%
Buenaventura	119	4,8%	220	4,2%
Carmen de Bolívar	87	3,5%	208	4,0%
Ciudad Bolívar	114	4,6%	211	4,1%
Cúcuta	140	5,7%	241	4,6%
Engativá	145	5,9%	222	4,3%
Ibagué	102	4,1%	210	4,0%

MUNICIPIO	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Kennedy	90	3,6%	210	4,0%
Malambo	72	2,9%	210	4,0%
Montería	89	3,6%	224	4,3%
Neiva	121	4,9%	250	4,8%
Pasto	111	4,5%	208	4,0%
Rafael Uribe Uribe	66	2,7%	209	4,0%
San Cristóbal	70	2,8%	210	4,0%
Soacha	111	4,5%	211	4,1%
Soledad	103	4,2%	219	4,2%
Suba	118	4,8%	222	4,3%
Tuluá	93	3,8%	208	4,0%
Tunjuelito	93	3,8%	209	4,0%
Usme	104	4,2%	204	3,9%
Villavicencio	101	4,1%	247	4,8%
Total	2.468	100,0%	5.198	100,00%

La media de edad fue de 14,9 años para la encuesta inicial y de 15,1 para la final. No se encontraron diferencias por sexo en la edad. La edad de quienes no estudian aumentó de 15,8 años a 18,3 años y en quienes cambiaron de residencia en los últimos 5 años de 14,3 a 15,2 años. Los datos se describen en la Tabla 2.

TABLA 2

Distribución de la edad por variables sociodemográficas seleccionadas.

LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA		PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	
MASCULINO					FEMENINO				
15,0	15,0	15,3	15,0	0,01	14,8	15,0	14,9	15,0	0,10
ESTUDIA					NO ESTUDIA				
14,7	15,0	14,8	15,0	0,11	15,8	16,0	18,3	18,0	0,00
MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
14,3	14,0	15,2	15,0	0,00	15,3	15,0	15,1	15,0	0,00



El 48% eran hombres y el 59% tenía menos de 15 años en los dos momentos de la medición. Aumentó la proporción de jóvenes que estudian y disminuyó el número de personas que cambiaron de residencia en los últimos 5 años y que se consideran así como desplazados por la violencia; situación que se mantiene por sexo, edad, y estudio. Los resultados están descritos en las Tablas 3 y 4.

TABLA 3

Comparación de variables sociodemográficas claves.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Sexo masculino	2.464	48,3	5.145	48,2	0,89
Menor de 15 años	2.463	60,7	5.129	58,7	0,09
Menor de 17 años	2.463	82,8	5.129	87,9	0,00
Estudian en la actualidad	2.024	82,3	5.072	93,1	0,00
Movilidad menor de 5 años	2.221	27,0	4.213	16,3	0,00
Desplazado por violencia	2.468	24,8	5.198	8,6	0,00
Vive sin familia	2.415	2,4	5.084	1,9	0,14

TABLA 4

Comparación de variables sociodemográficas claves por sexo, edad, estudio y movilidad.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Menor de 15 años	1.190	58,1	2.463	55,0	0,08	1.273	63,2	2.629	62,0	0,45
Menor de 17 años	1.190	82,3	2.463	86,3	0,00	1.273	83,3	2.629	89,4	0,00
Estudian en la actualidad	1.189	82,3	2.418	92,7	0,00	1.266	82,5	2.618	93,6	0,00
Movilidad menor de 5 años	1.091	28,4	1.988	16,2	0,00	1.130	25,7	2.188	16,3	0,00
Desplazado por violencia	1.191	26,2	2.478	8,5	0,00	1.273	23,6	2.667	8,7	0,00
Vive sin familia	1.162	2,8	2.414	2,2	0,24	1.253	2,1	2.620	1,6	0,30

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Estudian en la actualidad	1.488	85,8	2.956	97,5	0,00	966	77,3	2.064	86,6	0,00
Movilidad menor de 5 años	1.313	31,6	2.416	15,8	0,00	908	20,4	1.753	16,7	0,02
Desplazado por violencia	1.495	26,6	3.009	8,3	0,00	968	22,1	2.120	8,9	0,00
Vive sin familia	1.461	2,1	2.942	1,1	0,00	954	2,9	2.076	3,1	0,82

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Movilidad menor de 5 años	1.818	28,0	3.828	15,8	0.00	395	22,5	287	21,6	0.77
Desplazado por violencia	2.024	24,8	4.720	8,2	0.00	435	25,3	352	11,9	0.00
Vive sin familia	1.984	2,3	4.618	1,5	0.09	422	2,8	345	6,7	0.01

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	MOVILIDAD O A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Desplazado por violencia	600	44,2	686	19,4	0.00	1.621	17,3	3.527	7,0	0.00
Vive sin familia	584	3,8	672	4,9	0.32	1.602	1,8	3.455	1,2	0.08

También aumentó la proporción de jóvenes cuya actividad principal era estudiar y practicar un deporte frente a las otras actividades que disminuyeron. Tabla 5.

TABLA 5

Caracterización de la actividad económica principal:

ACTIVIDAD PRINCIPAL	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Estudiar	1.660	67,5%	4.023	78,3%
Trabajar	360	14,6%	416	8,1%
Realizar oficios del hogar	160	6,5%	185	3,6%
Actividades deportivas	118	4,8%	332	6,5%
Buscar Trabajo	101	4,1%	91	1,8%
Actividades culturales	45	1,8%	86	1,7%
Otras	14	0,6%	6	0,1%
Total	2.458	100,0%	5.139	100,0%

Como se puede ver en la Tabla 6, se incrementó la proporción de trabajos en locales fijos, kioscos y minas; disminuyó el trabajo en otros sitios.



TABLA 6

Caracterización del lugar de trabajo.

LUGAR DE TRABAJO	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Local fijo, fábrica, almacén, oficina	88	28,2%	179	47,1%
Vivienda que habita	54	17,3%	36	9,5%
Vivienda de otra familia	48	15,4%	37	9,7%
Calle, estacionamiento o ambulante	26	8,3%	30	7,9%
Puerta a puerta	9	2,9%	6	1,6%
Kiosco o caseta	5	1,6%	8	2,1%
Comunidad / organizaciones o grupos culturales	21	6,7%	22	5,8%
Vehículo u otro medio de transporte	12	3,8%	15	3,9%
Bus, camión, tractor, lancha, bicicleta, carreta, etc.	3	1,0%	2	0,5%
Mina o cantera	8	2,6%	15	3,9%
Obra en construcción	8	2,6%	3	0,8%
Campo, realización de labores agropecuarias	30	9,6%	27	7,1%
Total	312	100,0%	380	100,0%

Los jóvenes trabajadores, como se describe en la Tabla 7, recibieron más como forma de pago dinero que cosas y gastaron más sus ingresos directamente.

TABLA 7

Caracterización de la forma de pago del trabajo y su gasto.

FORMA DE PAGO DEL TRABAJO	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Dinero	292	89,6%	370	95,1%
Cosas	34	10,4%	19	4,9%
Total	326	100,0%	389	100,0%

PERSONA QUE GASTA O CONSUME LO QUE GANÓ	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
El/ella mismo/a	215	66,4%	276	73,2%
Padre/madre	37	11,4%	15	4,0%
Familia	64	19,8%	81	21,5%
Persona distinta que no es de la familia	8	2,5%	5	1,3%
Total	324	100,0%	377	100,0%

No se encontraron diferencias con relación a la persona con quien viven en el momento. Principalmente viven con sus padres, hermanos o con otros familiares. Tabla 8.

TABLA 8
Relación de persona con quien convive.

PERSONA CON QUIEN VIVE	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Solo(a)	43	1,6%	62	1,1%
Padres o hermanos	2.158	80,8%	4.596	80,7%
Otros familiares	324	12,1%	799	14,0%
Patrón o jefe	8	0,3%	14	0,2%
Educadores o profesores	10	0,4%	21	0,4%
Amigos(as)	37	1,4%	61	1,1%
Esposo(a) o Compañero(a)	62	2,3%	105	1,8%
Internado o Fundación	9	0,3%	14	0,2%
Otros	20	0,7%	22	0,4%
Total	2.671	100,0%	5.694	100,0%



RESULTADOS

CONOCIMIENTOS SOBRE ITS

El reconocimiento de los nombres de las ITS aumentó entre las dos mediciones, que fue mayor para el Herpes y la Sífilis (ulcerativas) y menor para la Chlamydia. Tabla 9.

TABLA 9

Identificación de las ITS.

CONOCIMIENTO SOBRE ITS	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Hepatitis B	2.246	55,9	4.392	72,0	0,00
Herpes	2.138	37,0	4.197	58,1	0,00
VIH / Sida	2.327	78,2	4.814	91,9	0,00
VPH	2.069	10,1	3.809	25,0	0,00
Clamidia	2.035	6,1	3.626	13,1	0,00
Gonorrea	2.250	68,7	4.590	87,3	0,00
Sífilis	2.152	49,3	4.302	71,7	0,00
Candidiasis	2.043	8,8	3.682	18,0	0,00

Los incrementos en hombres y mujeres fueron menores para la clamidiasis y candidiasis, y fueron mayores para herpes y sífilis. Esta situación se encontró por grupos de edad aunque se registró un mayor aumento para gonorrea en menores de 15 años. Los valores de estos incrementos se observan en la Tabla 10.

TABLA 10

Identificación de ITS por sexo y edad.

CONOCIMIENTO SOBRE ITS	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Hepatitis B	1.081	56,8	2.092	69,9	0.00	1.161	55,3	2.254	74,0	0.00
Herpes	1.026	35,0	2.023	58,2	0.00	1.108	39,1	2.136	58,1	0.00
VIH/sida	1.112	76,7	2.292	91,2	0.00	1.211	79,9	2.477	92,5	0.00
VPH	989	8,5	1.838	23,6	0.00	1.076	11,6	1.938	26,4	0.00
Clamidia	964	7,1	1.755	12,5	0.00	1.067	5,2	1.839	13,7	0.00
Gonorrea	1.076	69,2	2.201	86,9	0.00	1.170	68,4	2.347	87,9	0.00
Sífilis	1.022	46,8	2.061	71,3	0.00	1.126	51,9	2.200	72,3	0.00
Candidiasis	970	9,1	1.784	16,9	0.00	1.069	8,6	1.867	19,3	0.00

CONOCIMIENTO SOBRE ITS	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Hepatitis B	1.348	51,9	2.505	68,2	0.00	894	62,3	1.831	77,3	0.00
Herpes	1.263	26,1	2.356	47,0	0.00	871	53,0	1.790	73,1	0.00
VIH/sida	1.393	73,7	2.759	89,9	0.00	930	85,4	1.999	94,6	0.00
VPH	1.238	8,1	2.165	20,1	0.00	827	13,2	1.598	31,7	0.00
Clamidia	1.219	4,9	2.089	10,0	0.00	812	7,9	1.491	17,5	0.00
Gonorrea	1.329	61,4	2.607	83,7	0.00	917	79,5	1.927	92,4	0.00
Sífilis	1.263	36,8	2.404	61,4	0.00	885	67,5	1.846	85,7	0.00
Candidiasis	1.216	7,2	2.111	15,3	0.00	823	11,2	1.526	21,9	0.00

Los aumentos fueron mayores en quienes no estudian (promedio de 23,7%) que en quienes estudian (14%); quienes no estudian aumentaron menos la identificación de hepatitis B y gonorrea, y fue mayor para gonorrea. En aquellos con una movilidad menor de 5 años fue mayor el aumento del conocimiento (19,2%), en comparación con los que tienen más de 4 años de residencia en el lugar de la encuesta (13,3%), el mayor incremento fue en la identificación de gonorrea. Tabla 11.

TABLA 11

Identificación de las ITS por estudio y movilidad.

CONOCIMIENTO SOBRE ITS	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Hepatitis B	1.836	55,6	3.984	71,9	0.00	402	57,5	299	74,9	0.00
Herpes	1.742	36,6	3.801	56,9	0.00	389	39,8	296	71,3	0.00
VIH/sida	1.896	78,3	4.373	91,9	0.00	422	77,7	331	90,9	0.00
VPH	1.679	9,9	3.449	23,7	0.00	384	11,2	266	40,6	0.00
Clamidia	1.654	5,6	3.277	11,4	0.00	374	8,6	255	33,3	0.00
Gonorrea	1.836	68,4	4.166	87,2	0.00	406	70,0	315	89,2	0.00
Sífilis	1.750	48,2	3.894	71,0	0.00	395	54,7	303	80,2	0.00
Candidiasis	1.661	9,0	3.325	16,4	0.00	375	8,0	261	36,4	0.00



CONOCIMIENTO SOBRE ITS	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Hepatitis B	531	50,8	570	69,1	0.00	1.497	59,5	3.036	72,4	0.00
Herpes	491	27,7	550	56,2	0.00	1.436	40,9	2.904	59,1	0.00
VIH/sida	543	72,7	622	90,2	0.00	1.562	82,1	3.312	92,0	0.00
VPH	473	9,9	517	24,6	0.00	1.390	10,1	2.649	26,0	0.00
Clamidia	465	4,3	485	13,0	0.00	1.365	6,3	2.520	13,1	0.00
Gonorrea	521	61,2	601	86,4	0.00	1.518	73,3	3.169	87,9	0.00
Sífilis	486	40,3	569	70,7	0.00	1.458	54,3	2.977	72,8	0.00
Candidiasis	471	8,1	493	18,7	0.00	1.372	8,2	2.552	18,0	0.00

Por otro lado, como se describe en la Tabla 12, los síntomas y signos que incrementaron menos su reconocimiento fueron las úlceras orales y la estomatitis, y los que más, ampollas genitales, úlceras genitales y flujo vaginal. La media de incremento fue de 25,1%.

TABLA 12

Conocimiento sobre signos y síntomas de las ITS.

CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Flujo vaginal	2.446	28,4	4.269	66,3	0,00
Secreción genital pene	2.448	56,8	4.416	81,5	0,00
Úlceras genitales	2.445	48,1	4.227	75,3	0,00
Ampollas genitales	2.442	46,8	4.245	73,8	0,00
Estomatitis	2.442	25,1	4.012	44,1	0,00
Úlceras orales	2.443	18,5	3.870	32,2	0,00
Verrugas genitales	2.442	42,3	4.144	68,6	0,00

En los resultados por sexo se encontró la misma tendencia. Los menores de 15 años incrementaron más su conocimiento que los mayores. En los mayores de 14 años fue menor el incremento en el reconocimiento de la secreción genital del pene como síntoma de ITS, que fue uno de los síntomas más identificados por los menos de 15 años. Tabla 13

TABLA 14

Conocimiento sobre signos y síntomas de ITS por educación y movilidad.

CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Flujo vaginal	2.009	45,7	3.878	65,7	0.00	428	47,2	294	72,4	0.00
Secreción genital pene	2.011	56,3	4.005	80,6	0.00	428	59,3	309	91,3	0.00
Úlceras genitales	2.009	47,0	3.831	74,5	0.00	427	54,1	302	85,1	0.00
Ampollas genitales	2.006	46,0	3.847	73,0	0.00	427	50,6	304	81,9	0.00
Estomatitis	2.006	24,6	3.637	43,3	0.00	427	27,9	280	53,2	0.00
Úlceras orales	2.007	18,5	3.512	30,8	0.00	427	18,7	270	48,5	0.00
Verrugas genitales	2.006	42,2	3.755	67,7	0.00	427	42,6	298	78,5	0.00

CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ITS	MOVILIDAD O A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Flujo vaginal	597	37,2	559	68,9	0.00	1.621	49,4	2.957	66,0	0.00
Secreción genital pene	599	44,9	563	83,3	0.00	1.621	62,6	3.076	81,5	0.00
Úlceras genitales	596	36,4	559	78,0	0.00	1.621	53,4	2.937	75,5	0.00
Ampollas genitales	596	36,7	557	75,9	0.00	1.620	51,9	2.961	74,1	0.00
Estomatitis	596	20,1	529	45,0	0.00	1.621	27,2	2.793	44,0	0.00
Úlceras orales	597	17,9	516	34,7	0.00	1.621	18,8	2.690	32,0	0.00
Verrugas genitales	596	31,9	548	71,0	0.00	1.621	47,3	2.870	68,5	0.00

La identificación de los mecanismos de transmisión aumentó entre 14,2 y 28,2%, mientras que el incremento en la identificación de las formas de prevención estuvo entre 14,7 y 21,8%. Ver Tabla 15.

TABLA 15

Identificación de mecanismos de transmisión y formas de prevención de VIH.

CONOCIMIENTO MECANISMOS TRANS- MISIÓN VIH	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Relaciones pene-vagina sin condón	2.373	53,0	4.813	67,2	0,00
Relaciones pene-ano sin condón	2.373	27,9	4.655	44,3	0,00
Contacto con sudor de PVVS	2.373	44,5	4.615	72,5	0,00
Compartir jeringas con PWS	2.373	30,0	4.645	49,2	0,00

CONOCIMIENTO FORMAS PREVENCIÓN VIH	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Uso condón pene-vagina	2.373	75,2	4.833	89,9	0,00
Uso condón pene-ano	2.373	48,9	4.572	69,0	0,00
Postergando inicio relaciones	2.373	36,5	4.413	51,5	0,00
No compartir jeringas	2.373	56,6	4.473	76,7	0,00
No compartir objetos cortantes	2.373	54,1	4.319	75,9	0,00
Retirando pene antes de eyacular	2.373	33,0	4.182	48,0	0,00

El incremento en los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión en hombres y en mujeres fue similar. Aumentó más el conocimiento de que el sudor no es un mecanismo de transmisión de VIH. El conocimiento “que no compartir jeringas es un método de prevención” aumentó en mayor proporción que el conocimiento de la abstinencia sexual como estrategia de prevención. Tabla 16.

TABLA 16

Identificación de mecanismos de transmisión y formas de prevención de VIH por sexo.

CONOCIMIENTO MECANISMOS TRANSMISIÓN VIH	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Relaciones pene-vagina sin condón	1.163	52,9	2.291	66,7	0.00	1.210	54,0	2.474	67,9	0.00
Relaciones pene-ano sin condón	1.163	29,2	2.236	45,6	0.00	1.210	26,6	2.375	43,5	0.00
Contacto con sudor de PWS	1.163	46,7	2.217	71,8	0.00	1.210	42,3	2.356	73,2	0.00
Compartir jeringas con PWS	1.163	27,8	2.215	46,7	0.00	1.210	32,2	2.389	51,7	0.00

CONOCIMIENTO FORMAS PREVENCIÓN VIH	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Uso condón pene-vagina	1.163	76,4	2.296	91,2	0.00	1.210	74,0	2.491	88,8	0.00
Uso condón pene-ano	1.163	52,7	2.195	73,7	0.00	1.210	45,2	2.336	64,7	0.00
Postergando inicio relaciones	1.163	38,1	2.126	52,3	0.00	1.210	34,9	2.248	50,9	0.00
No compartir jeringas	1.163	38,1	2.134	74,5	0.00	1.210	34,9	2.300	78,9	0.00
No compartir objetos cortantes	1.163	50,9	2.041	73,2	0.00	1.210	57,2	2.441	78,4	0.00
Retirando pene antes de eyacular	1.163	37,5	2.000	54,3	0.00	1.210	28,8	2.146	42,4	0.00



Así, el incremento de la identificación de los mecanismos de transmisión y formas de prevención fue mayor en los menores de 15 años (20,8%) que en la población restante (14,5%). Los mayores aumentaron más su conocimiento acerca de la no transmisión del VIH mediante el sudor, en tanto que los menores aumentaron más la identificación del no compartir objetos corto-punzantes como mecanismo de prevención. Estas variaciones se observan en la Tabla 17.

TABLA 17

Identificación de mecanismos de transmisión y formas de prevención de VIH por edad.

CONOCIMIENTO MECANISMOS TRANSMISIÓN VIH	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Relaciones pene-vagina sin condón	1.416	40,7	2.749	59,7	0,00	957	71,2	2.000	77,7	0,00
Relaciones pene-ano sin condón	1.416	19,9	2.659	38,2	0,00	957	39,7	1.937	52,9	0,00
Contacto con sudor de PWS	1.416	46,8	2.631	69,5	0,00	957	41,1	1.927	76,6	0,00
Compartir jeringas con PWS	1.416	22,0	2.647	44,0	0,00	957	42,0	1.939	56,4	0,00

CONOCIMIENTO FORMAS PREVENCIÓN VIH	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Uso condón pene-vagina	1.416	65,9	2.759	87,0	0,00	957	89,0	2.012	93,8	0,00
Uso condón pene-ano	1.416	39,5	2.594	62,5	0,00	957	62,8	1.920	78,2	0,00
Postergando inicio relaciones	1.416	32,6	2.509	46,9	0,00	957	43,7	1.850	58,0	0,00
No compartir jeringas	1.416	47,0	2.553	71,5	0,00	957	70,7	1.863	83,7	0,00
No compartir objetos cortantes	1.416	43,4	2.432	70,4	0,00	957	60,9	1.830	83,4	0,00
Retirando pene antes de eyacular	1.416	24,8	2.351	39,5	0,00	957	45,2	1.780	59,7	0,00

Aquellos que no estudian aumentaron su conocimiento sobre los mecanismos de transmisión y las formas de prevención del VIH en (23,4%) y quienes estudian, aumentaron en promedio (18,5%). El aumento del conocimiento fue mayor en quienes no estudiaban, relacionado con las relaciones sexuales pene a ano. Ver Tabla 18.

TABLA 18

Identificación de mecanismos de transmisión y formas de prevención de VIH por estudio.

CONOCIMIENTO MECANISMOS TRANSMISIÓN VIH	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Relaciones pene-vagina sin condón	1.951	51,6	4.361	65,6	0,00	413	59,8	336	85,7	0,00
Relaciones pene-ano sin condón	1.951	25,9	4.218	42,7	0,00	413	37,0	322	64,3	0,00
Contacto con sudor de PWS	1.951	44,3	4.182	72,6	0,00	413	45,3	319	69,6	0,00
Compartir jeringas con PWS	1.951	29,4	4.208	48,4	0,00	413	33,4	323	59,1	0,00

CONOCIMIENTO FORMAS PREVENCIÓN VIH	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Uso condón pene-vagina	1.951	74,6	4.378	89,7	0,00	413	78,7	339	91,7	0,00
Uso condón pene-ano	1.951	48,1	4.139	68,1	0,00	413	52,2	320	79,7	0,00
Postergando inicio relaciones	1.951	36,2	4.006	50,7	0,00	413	37,8	303	58,7	0,00
No compartir jeringas	1.951	55,6	4.062	76,1	0,00	413	61,7	303	84,8	0,00
No compartir objetos cortantes	1.951	53,7	3.911	75,8	0,00	413	56,7	306	77,8	0,00
Retirando pene antes de eyacular	1.951	32,2	3.789	46,6	0,00	413	37,0	295	62,7	0,00

Al igual que con quienes no estudian en la actualidad, aquellos que cambiaron de residencia en los últimos 5 años aumentaron más sus conocimientos (26,5% en promedio, comparado con el 15,9%). Esto se observa en la Tabla 19.

TABLA 19

Identificación de mecanismos de transmisión y formas de prevención de VIH por movilidad.

CONOCIMIENTO MECANISMOS TRANSMISIÓN VIH	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Relaciones pene-vagina sin condón	594	43,9	625	67,0	0,00	1.619	56,8	3.310	68,0	0,00
Relaciones pene-ano sin condón	594	19,9	603	43,3	0,00	1.619	30,2	3.217	45,2	0,00
Contacto con sudor de PWS	594	46,8	606	71,0	0,00	1.619	44,3	3.191	73,1	0,00
Compartir jeringas con PWS	594	21,7	611	50,6	0,00	1.619	32,9	3.217	50,1	0,00

CONOCIMIENTO FORMAS PREVENCIÓN VIH	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Uso condón pene-vagina	594	67,7	631	90,0	0,00	1.619	79,1	3.318	90,2	0,00
Uso condón pene-ano	594	40,4	594	62,2	0,00	1.619	52,6	3.158	69,4	0,00
Postergando inicio relaciones	594	29,5	576	51,7	0,00	1.619	39,4	3.069	52,9	0,00
No compartir jeringas	594	45,5	585	76,9	0,00	1.619	61,6	3.094	77,4	0,00
No compartir objetos cortantes	594	43,9	557	78,5	0,00	1.619	58,6	3.000	76,4	0,00
Retirando pene antes de eyacular	594	23,2	535	50,7	0,00	1.619	36,8	2.908	48,1	0,00

Los jóvenes tenían un reconocimiento previo de los derechos a la atención en salud sexual y reproductiva y al acceso a la educación sexual. El incremento mayor (alrededor de 7% y como se observa en la Tabla 20) se dio para la autonomía de decidir cuando tener o no relaciones sexuales y el derecho a recibir información sobre SSR.

TABLA 20

Identificación de los derechos en salud sexual y reproductiva.

CONOCIMIENTO DERECHOS SSR	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Decisión sobre relaciones	2.221	76,5	4.779	83,7	0,00
Acceso información y educación	2.208	85,6	4.754	92,9	0,00
Atención en salud	2.229	92,7	4.777	96,0	0,00
Acceso a educación	2.211	92,0	4.753	96,2	0,00

Como se describe en la Tabla 21, frente a la identificación de los derechos en salud sexual y reproductiva, los hombres aumentaron en promedio (6,7%) y las mujeres (4,3%). Los menores de 15 años incrementaron (7,6%) y los mayores (2,3%).

TABLA 21

Identificación de los derechos en salud sexual y reproductiva por sexo y edad.

CONOCIMIENTO DERECHOS SSR	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Decisión sobre relaciones	1.088	74,3	2.275	82,8	0.00	1.133	78,6	2.459	84,6	0.00
Acceso información y educación	1.083	83,0	2.255	91,7	0.00	1.125	88,1	2.455	94,1	0.00
Atención en salud	1.092	90,9	2.271	95,3	0.00	1.137	94,5	2.461	96,7	0.00
Acceso a educación	1.086	90,4	2.254	95,4	0.00	1.125	93,5	2.453	95,9	0.00

CONOCIMIENTO DERECHOS SSR	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Decisión sobre relaciones	1.316	67,1	2.731	77,8	0.00	905	90,2	1.986	91,9	0.12
Acceso información y educación	1.301	81,3	2.712	90,6	0.00	907	91,7	1.981	96,0	0.00
Atención en salud	1.323	90,9	2.733	95,1	0.00	906	95,4	1.981	97,3	0.00
Acceso a educación	1.308	89,4	2.724	95,4	0.00	903	95,8	1.966	97,2	0.05

En lo referido a la identificación de los derechos en salud sexual y reproductiva de acuerdo con los niveles de estudio y movilidad, como puede verse en la Tabla 22, aquellos que estudian aumentaron en promedio (5,7%) y quienes no (4,9%). Las personas que se desplazaron en los últimos 5 años, aumentaron (11,0%) y quienes no, 3,5%.

TABLA 22

Identificación de los derechos en salud sexual y reproductiva por estudio y movilidad.

CONOCIMIENTO DERECHOS SSR	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Decisión sobre relaciones	1.824	75,7	4.325	83,0	0.00	389	80,2	339	90,9	0.00
Acceso información y educación	1.811	85,4	4.309	92,9	0.00	389	87,1	334	93,7	0.00
Atención en salud	1.834	92,7	4.328	96,1	0.00	386	92,7	337	95,0	0.00
Acceso a educación	1.814	91,7	4.304	96,4	0.00	389	93,1	337	93,2	0.00

CONOCIMIENTO DERECHOS SSR	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Decisión sobre relaciones	533	69,0	626	87,1	0.00	1.533	80,0	3.284	84,3	0.00
Acceso información y educación	531	81,9	622	94,9	0.00	1.523	88,0	3.283	92,8	0.00
Atención en salud	534	91,0	628	97,0	0.00	1.537	94,1	3.287	96,1	0.00
Acceso a educación	530	90,4	624	97,1	0.00	1.526	93,1	3.272	96,1	0.00



PRÁCTICAS

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales penetrativas fue de 14,4-14,6 años. La diferencia de edad con la primera pareja sexual se encontró entre 2,7 y 3,1 años. El número promedio de parejas anuales disminuyó de 4,9 a 1,9. Tabla 23.

TABLA 23

Indicadores cuantitativos de las relaciones sexuales.

INDICADORES CUANTITATIVOS	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	
Edad inicio de las relaciones sexuales	14,6	15,0	14,4	15,0	0,04
Edad de la primera pareja sexual	17,7	17,0	17,1	16,0	0,00
Número de parejas en el último año	4,9	3,0	1,9	1,0	0,00

Sobre los indicadores cuantitativos acerca de las relaciones sexuales por sexo y edad, como se describe en la tabla 24, los hombres iniciaron sus relaciones sexuales a los 14 años en promedio y las mujeres a los 15 años; los menores de 16 años están iniciando a los 13 años y los mayores a los 15 años. La diferencia de edad con la primera pareja fue en promedio de 2 años para los hombres, de 4 años para las mujeres y de 3 años para los dos grupos de edad. El número de parejas de los hombres es un 50% más que el número de las mujeres. Al inicio, los menores de 16 años tenían un 35% más de parejas.

TABLA 24

Indicadores cuantitativos sobre las relaciones sexuales por sexo y edad.

INDICADORES CUANTITATIVOS	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA		PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	
Edad inicio Relaciones sexuales	14,0	14,0	13,9	14,0	0,53	15,3	15,0	15,0	15,0	0,01
Edad primera pareja sexual	16,0	15,0	15,9	15,0	0,53	19,7	19,0	18,8	18,0	0,00
Número de parejas último año	5,8	9,0	2,3	2,0	0,00	3,7	1,0	1,5	1,0	0,00

INDICADORES CUANTITATIVOS	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA		PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	
Edad inicio Relaciones sexuales	12,7	13,0	13,0	13,0	0,02	15,2	15,0	15,0	15,0	0,02
Edad primera pareja sexual	15,8	15,0	15,6	15,0	0,73	18,4	18,0	17,8	17,0	0,01
Número de parejas último año	6,0	9,0	2,0	1,0	0,00	4,5	2,0	1,9	1,0	0,00

En este sentido, y como se observa en la Tabla 25, no hay diferencias importantes en la edad de inicio de las relaciones sexuales por estudio o por movilidad ni en la edad del primer compañero sexual. En resumen, no se encontraron diferencias en el número de parejas.

TABLA 25

Indicadores cuantitativos sobre las relaciones sexuales por estudio y movilidad.

INDICADORES CUANTITATIVOS	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA		PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	
Edad inicio Relaciones sexuales	14,5	15,0	14,1	14,0	0,00	14,6	15,0	15,5	15,0	0,00
Edad primera pareja sexual	17,6	17,0	16,9	16,0	0,00	18,0	17,0	18,8	18,0	0,11
Número de parejas último año	5,1	3,0	1,9	1,0	0,00	4,4	2,0	2,1	1,0	0,00

INDICADORES CUANTITATIVOS	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA		PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	
Edad inicio Relaciones sexuales	14,5	14,0	14,3	14,0	0,36	14,6	15,0	14,4	15,0	0,06
Edad primera pareja sexual	17,4	17,0	17,6	17,0	0,33	17,7	17,0	17,1	16,0	0,00
Número de parejas último año	5,0	3,0	2,0	1,0	0,00	4,9	3,0	1,9	1,0	0,00

En lo referido a antecedentes de relaciones sexuales (Tabla 26) entre el 37,5 y el 40,6% han tenido relaciones sexuales penetrativas alguna vez en la vida, la mitad de los cuales ha iniciado antes de los 15 años. De quienes tuvieron relaciones sexuales, el 31% no ha tenido relaciones sexuales en el último año. La cohorte de jóvenes de 10 a 24 que tuvieron relaciones con personas de su mismo sexo estuvo entre 6,7 y 9,2%.

Asimismo se observó una disminución en el número de parejas en los últimos doce meses; la proporción al inicio de personas que tuvieron relaciones sexuales durante este periodo, con más de dos parejas, fue de (33,1%) y al final de (22,6%). Un tercio de las personas que iniciaron a tener relaciones sexuales, las ha tenido alguna vez bajo efecto de bebidas alcohólicas.



TABLA 26

Antecedente de relaciones sexuales.

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Pene vagina	2.347	35,8	4.844	39,0	0,01
Pene boca	2.274	12,4	4.509	16,3	0,00
Pene ano	2.269	9,1	4.483	11,2	0,01
Relación sexual penetrativa	2.353	37,5	4.863	40,6	0,01
Edad inicio < 15 años ^a	712	47,6	1.598	49,8	0,33
Edad inicio < 15 años ^b	2.353	30,3	4.863	32,9	
RS personas del mismo sexo	881	9,2	1.323	6,7	0,03
RS últimos 12 meses	859	67,9	1.895	69,2	0,49
>2 parejas últimos 12 meses (con 0)	889	22,8	1.811	15,3	0,00
>2 parejas últimos 12 meses (sin 0)	613	33,1	1.227	22,6	0,00
RS ^c bajo efecto de bebidas alcohólicas	588	29,9	1.777	27,8	0,32

a) Sólo quienes tienen relaciones sexuales.

b) Si se tiene en cuenta a toda la población.

c) Relaciones Sexuales.

Entre el 46,4 y 52,5% de los hombres ha tenido relaciones sexuales y penetrativas, en comparación con el 29,1 a 29,7% de las mujeres. Como se observa en la Tabla 27 el 60% de los hombres que iniciaron relaciones sexuales lo hizo antes de los 15 años y entre el 32 y 36% de las mujeres. Entre el 62 y 65% de los hombres y el 77% de las mujeres que iniciaron, han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Entre 20 y 29% de los hombres han tenido más de 2 parejas en los últimos 12 meses y entre 7,3 y 13,6% de las mujeres.

TABLA 27

Antecedentes de relaciones sexuales por sexo.

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Pene vagina	1.148	43,6	2.298	50,3	0,00	1.198	28,4	2.497	28,6	0,89
Pene boca	1.104	16,3	2.129	23,5	0,00	1.169	8,8	2.339	9,9	0,29
Pene ano	1.103	14,1	2.127	18,3	0,00	1.165	4,5	2.314	4,6	0,88
Relación sexual penetrativa	1.151	46,4	2.314	52,5	0,00	1.201	29,1	2.500	29,7	0,68
Edad inicio < 15 años ^a	402	59,7	931	59,6	1,00	310	31,9	657	36,5	0,16

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Edad inicio < 15 años ^b	1.151	20,9	2.314	24	0.05	1.201	8,2	2.500	9,6	0.15
RSc personas del mismo sexo	533	9,8	774	7,2	0.10	348	8,3	537	6,0	0.17
RS últimos 12 meses ^a	514	61,9	1.180	64,7	0.27	345	76,8	699	76,5	0.92
RS últimos 12 meses ^b	1.151	27,6	2.314	33	0.00	1.201	22,1	2.500	21,4	0.65
>2 parejas últimos 12 meses (con 0)	535	29	1.114	20,2	0.00	354	13,6	684	7,3	0.00
>2 parejas últimos 12 meses (sin 0)	339	45,7	698	32,2	0.00	274	17,5	520	9,6	0.00
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas ^b	323	30,3	1.102	29,5	0.77	265	29,4	658	24,9	0.16

- a) Solo quienes tienen relaciones sexuales.
b) Teniendo en cuenta a toda la población.
c) Relaciones Sexuales.

Frente a los antecedentes de relaciones sexuales por edad, en la tabla 28 se muestra que entre el 19 y 24,7% de los menores de 16 años y entre 63,1 y 65,1% de los mayores de 15 años han tenido relaciones sexuales penetrativas alguna vez en la vida. De quienes tienen este antecedente, entre 56 y 58% de los menores y entre 73 y 75% de los mayores tuvieron relaciones durante el último año. Entre 23 y 40% de los menores y entre 22 y 31% de los mayores ha tenido más de dos parejas sexuales en el último año.

TABLA 28

Antecedentes de relaciones sexuales por edad.

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Pene vagina	1.404	17	2.779	23,2	0.00	942	63,8	2.003	61,2	0.18
Pene boca	1.378	5,2	2.627	7,2	0.02	895	23,6	1.824	29,8	0.00
Pene ano	1.375	4,8	2.632	6,8	0.01	893	15,8	1.792	17,7	0.22
Relación sexual penetrativa	1.406	19	2.790	24,7	0.00	946	65,1	2.011	63,1	0.29
Edad inicio < 15 años ^a	188	91,5	504	83,3	0.01	524	31,9	1.094	34,4	0.32
Edad inicio < 15 años ^b	1.406	12,2	2.790	15	0.02	946	17,7	2.011	18,7	0.49
RSc personas del mismo sexo	263	9,9	370	6,5	0.12	618	8,9	940	6,8	0.13
RS últimos 12 meses ^a	249	56,2	637	57,5	0.74	610	72,6	1.243	75	0.28
RS últimos 12 meses ^b	1.406	10	2.790	13,1	0.00	946	46,8	2.011	46,4	0.83
>2 parejas últimos 12 meses (con 0)	265	23,8	614	12,9	0.00	624	22,4	1.185	16,4	0.00
>2 parejas últimos 12 meses (sin 0)	156	40,4	343	23	0.00	457	30,6	874	22,2	0.00
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas ^b	141	19,9	601	13,1	0.04	447	33,1	1.157	35,6	0.35

- a) Solo quienes tienen relaciones sexuales.
- b) Teniendo en cuenta a toda la población.
- c) Relaciones Sexuales.

En lo referido a los antecedentes de relaciones sexuales por historia actual de estudio, según lo expresado en la Tabla 29, el 37-38% de quienes estudian y entre 42,4 y 75% de quienes no estudian han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. El 48-52% de los estudiantes con antecedente de relación sexual, la tuvieron antes de los 15 años y el 36-48% de quienes no estudian. Entre 22 y 33% de los estudiantes y entre 24 y 34% de los no estudiantes han tenido más de 2 parejas sexuales en los últimos doce meses.

TABLA 29

Antecedentes de relaciones sexuales por estudio.

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Pene vagina	1.930	34,7	4.395	36	0.33	408	41,4	336	73,8	0.00
Pene boca	1.870	12,4	4.109	14,4	0.04	396	13,1	297	43,1	0.00
Pene ano	1.862	9	4.086	10,4	0.20	399	9,8	294	21,1	0.00
Relación sexual penetrativa	1.934	36,6	4.411	37,7	0.40	410	42,4	338	74,9	0.00
Edad inicio < 15 años ^a	564	47,7	1.327	52,5	0.05	147	47,6	226	35,8	0.02
Edad inicio < 15 años ^b	1.934	13,9	4.411	15,8	0.05	410	17,1	338	23,9	0.02
RS ^c personas del mismo sexo	704	9,4	1.070	7,2	0.10	175	8,6	212	5,2	0.18
RS últimos 12 meses ^a	683	66,3	1.596	66,4	0.96	174	74,1	245	85,7	0.00
RS últimos 12 meses ^b	1.934	23,4	4.411	24	0.61	410	31,4	338	62,1	0.00
>2 parejas últimos 12 meses (con 0)	706	22,2	1.533	14,4	0.00	181	25,4	228	20,2	0.21
>2 parejas últimos 12 meses (sin 0)	476	33	996	22,1	0.00	136	33,8	193	23,8	0.05
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas ^b	461	29,9	1.484	24,3	0.02	126	30,2	239	48,1	0.00

- a) Solo quienes tienen relaciones sexuales.
- b) Teniendo en cuenta a toda la población.
- c) Relaciones Sexuales.

Como lo expresa la Tabla 30, entre 32 y 43% de quienes se movilizaron los últimos 5 años han tenido relaciones sexuales penetrativas y el 40% de quienes no se movilizaron. De estos, el 51% y el 48%, respectivamente, iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años.



TABLA 30

Antecedentes de relaciones sexuales por movilidad.

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Pene vagina	585	29,6	635	42	0.00	1.601	38,3	3.324	38,6	0.83
Pene boca	561	8,6	593	17	0.00	1.558	13,9	3.102	15,8	0.09
Pene ano	558	7,7	596	11,6	0.03	1.555	10	3.090	11,1	0.27
Relación sexual penetrativa	587	31,5	637	43,3	0.00	1.605	40	3.338	40,3	0.84
Edad inicio < 15 años ^a	146	50,7	218	50,5	0.96	528	47,2	1.097	48,4	0.64
Edad inicio < 15 años ^b	587	12,6	637	17,3	0.02	1.605	15,5	3.338	15,9	0.73
RSc personas del mismo sexo	188	12,2	186	6,5	0.05	637	8,3	899	7,2	0.43
RS últimos 12 meses	175	65,7	262	71,8	0.02	623	68,2	1.289	68,8	0.80
RS últimos 12 meses ^b	587	19,6	637	29,5	0.00	1.605	26,5	3.338	26,6	0.93
>2 parejas últimos 12 meses (con 0)	187	23,5	246	15,4	0.03	638	22,6	1.239	15,5	0.00
>2 parejas últimos 12 meses (sin 0)	127	34,6	172	22,1	0.02	440	32,7	837	22,9	0.00
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas ^b	118	27,1	244	29,1	0.70	431	30,2	1.218	27,6	0.31

- a) Solo quienes tienen relaciones sexuales.
- b) Teniendo en cuenta a toda la población.
- c) Relaciones Sexuales.



USO DEL PRESERVATIVO

Del 34 a 36% de los jóvenes usaron preservativo en su primera relación sexual, sin diferencias estadísticas entre las dos mediciones (ver Tabla 31). Se encontraron diferencias en el uso de preservativo durante la última relación sexual, de 45 a 51% y en el uso siempre, de 22 a 26%.

TABLA 31

Uso del preservativo

USO DEL PRESERVATIVO	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Primera relación sexual	882	33,9	1.935	36,4	0,20
Última relación sexual	869	44,6	1.903	50,8	0,00
Uso siempre	841	22,1	1.896	26,1	0,03

Frente al uso del preservativo por sexo y edad, según lo expresado en la Tabla 32, por sexo, los hombres usaron el preservativo en la última relación sexual entre 49 y 55% y las mujeres entre 38 y 44%, con diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones. Fue mayor el uso siempre de preservativo en las mujeres con una diferencia entre 8 y 11%. El incremento en el uso del preservativo durante la última relación sexual y la frecuencia de uso siempre fue mayor en el grupo de menores de 16 años.

TABLA 32

Uso del preservativo por sexo y edad.

USO DEL PRESERVATIVO	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Primera relación sexual	533	33,4	1.209	35,2	0,45	349	34,7	709	38,6	0,21
Última relación sexual	520	49,4	1.186	54,9	0,04	349	37,5	700	44,1	0,04
Uso siempre	505	26,1	1.185	29,2	0,20	336	16,1	694	21	0,06

USO DEL PRESERVATIVO	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Primera relación sexual	264	37,5	669	37,7	0,96	618	32,4	1.248	35,8	0,14
Última relación sexual	256	46,1	642	55,1	0,01	613	44	1.243A	48,7	0,06
Uso siempre	248	22,6	644	32,5	0,00	593	21,9	1.233	22,9	0,65



Según el nivel de estudio y movilidad, quienes estudian utilizaron más el preservativo durante la primera relación sexual (34-37%) que quienes no estudian (31-34%); situación similar a la encontrada entre los que cambiaron de residencia en los últimos 5 años (40-41%) y los que no (32-36%). Fue menor el incremento en el uso del condón durante la última relación sexual en los movilizados (3,4%, valor de $p=0,47$) que en los no movilizados (7,7%, valor de $p=0,00$) No se encontraron diferencias para la última relación ni para la frecuencia de uso por nivel de estudio. Esto puede observarse en la Tabla 33.

TABLA 33

Uso del preservativo por estudio y movilidad.

USO DEL PRESERVATIVO	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Primera relación sexual	705	33,8	1.628	37,2	0.11	175	34,3	252	31,3	0.52
Última relación sexual	689	44,6	1.596	50,8	0.01	178	45,5	251	50,6	0.30
Uso siempre	670	21,5	1.591	27,4	0.00	169	24,9	248	19,4	0.18

USO DEL PRESERVATIVO	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Primera relación sexual	188	39,9	268	40,7	0.88	638	31,8	1.309	35,5	0.11
Última relación sexual	181	48,1	262	51,5	0.47	624	42,6	1.292	50,3	0.00
Uso siempre	180	20,6	257	28,8	0.05	609	23,2	1.289	25,2	0.33

Las principales razones expresadas para no usar el preservativo durante la última relación sexual, en la línea de base, fueron porque no les gusta, no lo conocían, pensaron que era innecesario, no había y sólo tienen relación con la pareja (ver tabla 34). En la encuesta final, la principal sigue siendo no les gusta, seguido de no había, pensaron que era innecesario, por afán o sólo tienen relación con la pareja.

TABLA 34

Razones para no uso del condón durante la última relación sexual.

CAUSA PRINCIPAL DE NO USO CONDÓN EN LA ÚLTIMA RS	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
No gusta	96	21,50%	171	23,40%
No conoce	42	9,40%	46	6,30%
No pensó que era necesario	40	8,90%	67	9,20%
No había	35	7,80%	81	11,10%
Sólo tiene relación con la pareja	32	7,20%	50	6,80%
Utilización de otro anticonceptivo	31	6,90%	50	6,80%
No se pensó o habló de eso	29	6,50%	34	4,60%
Afán	28	6,30%	60	8,20%
Confía en la pareja	23	5,10%	41	5,60%
No sabe usarlo	18	4,00%	37	5,10%
Pena pedirlo o usarlo	18	4,00%	30	4,10%
Pareja en desacuerdo	11	2,50%	10	1,40%
Cree que la otra persona es sana	11	2,50%	15	2,00%
Esta seguro que la otra persona no tiene VIH	8	1,80%	10	1,40%
Vergüenza al comprarlo	6	1,30%	4	0,50%
Estado de embriaguez o drogado	5	1,10%	7	1,00%
Costoso	3	0,70%	11	1,50%
Esta seguro que la otra persona no tiene ITS	2	0,40%	2	0,30%
Otra	9	2,00%	6	0,80%
Total	447	100,00%	732	100,00%





ALGUNOS ASPECTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Como puede verse en la tabla 35 entre el 8,7 y el 9,9% tiene antecedente de secreción genital y entre 3,4 y 4,0%, úlcera genital.

TABLA 35

Antecedente de ITS durante los últimos doce meses.

ANTECEDENTE ITS ÚLTIMO AÑO	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Secreción genital	2.178	9,9	4.481	8,7	0,11
Úlcera genital	2.239	4,0	4.691	3,4	0,19

Como se describe en la Tabla 36, las mujeres reportaron mayor proporción de antecedente de secreción genital que los hombres, mientras que el antecedente de síndrome de úlcera genital fue similar. El antecedente fue ligeramente superior para los mayores de 15 años y para quienes estudian. No hay diferencias importantes por movilidad.

TABLA 36

Antecedente de ITS durante los últimos doce meses por sexo, edad, estudio y movilidad.

ANTECEDENTE ITS ÚLTIMO AÑO	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Secreción genital	1.059	3,7	2.146	4,0	0,65	1.119	15,7	2.290	13,1	0,04
Úlcera genital	1.081	3,9	2.213	3,0	0,17	1.158	4,1	2.432	3,7	0,60

ANTECEDENTE ITS ÚLTIMO AÑO	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Secreción genital	1.287	8,7	2.560	9,1	0,68	891	11,6	1.866	8,1	0,00
Úlcera genital	1.327	4,1	2.660	3,1	0,11	912	3,9	1.971	3,8	0,85

ANTECEDENTE ITS ÚLTIMO AÑO	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Secreción genital	1.785	10,1	4.061	8,9	0,14	386	8,5	311	6,4	0,29
Úlcera genital	1.837	4,2	4.257	3,3	0,08	395	3,3	320	5,0	0,25

ANTECEDENTE ITS ÚLTIMO AÑO	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD > 4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Secreción genital	516	9,3	585	8,4	0,58	1.448	9,9	3.076	9,1	0,41
Úlcera genital	529	4,0	611	4,3	0,81	1.496	3,9	3.203	3,2	0,22

Si se observa la Tabla 37, sobre los antecedentes de ITS durante los últimos doce meses y el uso consistente del condón, en la línea de base (quienes no usaron el condón en todas sus relaciones sexuales), tuvieron un antecedente de secreción genital de 13,8% y quienes lo usaron siempre (4,5%). En la encuesta final, el 5,8% de quienes no usaron siempre el condón tuvieron antecedente de úlcera genital, comparado con el 2,8% de quienes los usaron siempre.

TABLA 37

Antecedente de ITS durante los últimos doce meses y Uso consistente del condón.

ANTECEDENTE ITS ÚLTIMO AÑO	NO USO CONSISTENTE DEL CONDÓN					USO CONSISTENTE DEL CONDÓN				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Secreción genital	594	13,8	1.206	10,6	0,05	174	5,7	446	8,3	0,28
Úlcera genital	604	4,6	1.275	5,8	0,29	178	4,5	460	2,8	0,29

Así, entre el 13,8% y el 14,9% refirió que le tocaron los genitales sin su consentimiento y entre 4,3 y 5,8% le hicieron tener relaciones sexuales a la fuerza. Entre el 2,7 y 3,2% de los encuestados ha sido cliente o trabajador sexual. Ver Tabla 38.

TABLA 38

Antecedente de abuso sexual y de trabajo sexual.

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Tocar genitales sin consentimiento	2.339	14,9	4.939	13,8	0,23
Tener relaciones sexuales a la fuerza	2.330	5,8	4.931	4,3	0,01

ANTECEDENTE DE TRABAJO SEXUAL	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Ciente	2.332	3,2	4.936	2,7	0,23
Trabajador	2.323	3,2	4.903	2,7	0,17

No se encontraron diferencias en el antecedente de abuso sexual (tocar los genitales sin consentimiento) por sexo, pero había un 50 a 100% más de antecedente de abuso por tener relaciones sexuales a la fuerza en las mujeres. Han sufrido más abuso sexual, los mayores de 15 años. Los hombres fueron más clientes de trabajo sexual y ejercieron más este trabajo. Ver Tabla 39.

TABLA 39

Antecedente de abuso sexual y de trabajo sexual por sexo y edad.

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Tocar genitales sin consentimiento	1.140	15,1	2.340	14,0	0.39	1.198	14,7	2.551	13,7	0.41
Tener relaciones sexuales a la fuerza	1.131	3,8	2.344	3,2	0.35	1.198	7,6	2.540	5,3	0.01

ANTECEDENTE DE TRABAJO SEXUAL	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ciente	1.136	5,5	2.346	5,4	0.96	1.195	1,0	2.543	0,3	0.01
Trabajador	1.134	4,1	2.328	4,0	0.93	1.188	2,4	2.528	1,5	0.04

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Tocar genitales sin consentimiento	1.394	11,5	2.850	10,7	0.44	944	19,8	2.027	18,4	0.37
Tener relaciones sexuales a la fuerza	1.389	4,3	2.841	3,1	0.04	940	7,9	2.026	6,1	0.08

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ciente	1.389	1,7	2.845	1,4	0.42	942	5,5	2.027	4,7	0.33
Trabajador	1.386	1,9	2.828	1,2	0.08	936	5,2	2.011	4,8	0.63

Si se observan los antecedentes de abuso sexual y de trabajo sexual por estudio y movilidad, quienes no estudian tienen mayor probabilidad de antecedente de abuso sexual y de trabajo sexual. No se encontraron diferencias por movilidad. La información se resume en la Tabla 40.

TABLA 40

Antecedente de abuso sexual y de trabajo sexual por estudio y movilidad.

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Tocar genitales sin consentimiento	1.922	14,5	4.478	13,2	0.16	408	16,7	342	21,6	0.08
Tener relaciones sexuales a la fuerza	1.914	5,6	4.471	4,1	0.01	407	6,4	342	7,0	0.73

ANTECEDENTE DE TRABAJO SEXUAL	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Cliente	1.915	3,0	4.476	2,4	0.17	408	4,2	341	5,6	0.37
Trabajador	1.908	2,9	4.447	2,3	0.17	406	4,9	339	6,8	0.28

ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Tocar genitales sin consentimiento	574	12,0	645	15,7	0.07	1.604	15,6	3.376	13,4	0.04
Tener relaciones sexuales a la fuerza	569	5,1	642	5,3	0.88	1.600	5,7	3.377	4,3	0.03

ANTECEDENTE DE TRABAJO SEXUAL	MOVILIDAD 0 A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Cliente	572	3,0	643	3,7	0.46	1.599	3,3	3.383	2,2	0.02
Trabajador	567	2,1	637	3,0	0.34	1.595	3,4	3.363	2,3	0.02

Si se describen otros antecedentes en salud sexual y reproductiva, tal y como lo muestra la tabla 41, al inicio, el 10,6% accedió a la prueba de VIH, que aumentó a 22% (valor de $p=0,00$). Alrededor del 57% de quienes tienen relaciones sexuales usaron algún método de planificación familiar; entre 13,8 y 20,5% han estado embarazados (el 1,7 a 3% antes de los 15 años) y 27 a 28% manifestaron que había abortado o su pareja lo había hecho.

TABLA 41

Otros antecedentes en salud sexual y reproductiva.

OTROS ANTECEDENTES SSR	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%	
Antecedente de Prueba de VIH	827	10,6	1.776	22,2	0,00
Uso de método de planificación	815	56,9	1.838	56,7	0,93
Embarazo suyo o de la pareja	805	20,5	1.870	13,8	0,00
Embarazo <15 años ^a	138	17,4	219	14,2	0,41
Embarazo <15 años ^b	805	3,0	1.870	1,7	
Embarazo <17 años ^a	138	65,9	219	73,1	0,15
Embarazo <17 años ^b	805	11,3	1.870	8,6	
Antecedente de aborto ^b	173	28,3	266	26,7	0,71

a) Solo quienes han estado embarazados

b) Teniendo en cuenta a quienes tienen relaciones sexuales

Los hombres y los mayores de 15 años accedieron más a la prueba de VIH y usaron más los métodos de planificación familiar. El antecedente de embarazo fue 3 veces mayor en las mujeres y antes de los 15 años, 5 veces mayor. Los hombres manifestaron que sus parejas tienen un mayor antecedente de aborto que las mujeres. A continuación (Tabla 42) se describen los resultados.

TABLA 42

Otros antecedentes en salud sexual y reproductiva por sexo.

OTROS ANTECEDENTES SSR	MASCULINO					FEMENINO				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Antecedente de Prueba de VIH	490	8,0	1.108	20,8	0.00	337	14,5	651	24,7	0.00
Uso de método de planificación	482	52,7	1.145	53,9	0.67	333	63,1	677	61,7	0.68
Embarazo suyo o de la pareja	467	10,7	1.166	8,6	0.18	338	34,0	689	22,5	0.00
Embarazo <15 años ^a	35	11,4	75	9,3		103	19,4	141	17,0	0.63
Embarazo <15 años ^b	467	0,9	1.166	0,6	0.01	338	5,9	689	3,5	0.07
Embarazo <17 años ^a	35	62,9	75	66,7	0.70	103	67,0	141	78,0	0.06
Embarazo <17 años ^b	467	4,7	1.166	4,3	0.71	338	20,4	689	16,0	0.08
Antecedente de aborto ^b	54	37,0	103	29,1	0.31	119	24,4	159	24,5	0.98

a) Solo quienes han estado embarazados

b) Teniendo en cuenta a quienes tienen relaciones sexuales

En general, los mayores de 16 a 24 años tuvieron mayor acceso a la prueba de VIH y a métodos de planificación familiar (ver Tabla 43). Los embarazos fueron 2 veces más frecuentes para los jóvenes de 16 a 24 años. De quienes han tenido relaciones sexuales, se embarazan más antes de los 15 años y tiene mayor antecedente de aborto, los menores de 16 años.

TABLA 43

Otros antecedentes en salud sexual y reproductiva por edad.

OTROS ANTECEDENTES SSR	10 A 15 AÑOS					16 A 24 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Antecedente de Prueba de VIH	241	7,5	601	16,8	0.00	586	11,9	1.157	25,0	0.00
Uso de método de planificación	238	50,4	630	51,7	0.72	577	59,6	1.191	59,4	0.92
Embarazo suyo o de la pareja	239	9,6	638	5,8	0.05	566	25,1	1.215	17,9	0.00
Embarazo <15 años ^a	18	77,8	28	57,1	0.15	120	8,3	188	7,4	0.00
Embarazo <15 años ^b	239	5,9	638	2,5	0.02	566	1,8	1.215	1,1	0.00
Embarazo <17 años ^a	18	94,4	28	100,0		120	61,7	188	69,7	
Embarazo <17 años ^b	239	7,1	638	4,4	0.10	566	13,1	1.215	10,8	0.00
Antecedente de aborto ^b	27	40,7	39	33,3	0.53	146	26,0	223	25,6	0.92

a) Solo quienes han estado embarazados

b) Teniendo en cuenta a quienes tienen relaciones sexuales

Los encuestados que no estudian aumentaron 2 veces su acceso a la prueba de VIH que aquellos que estudian. Los que no estudian, usaron más los métodos de planificación familiar. Las tasas de embarazo fueron mayores entre quienes no estudian. No se encontraron diferencias en las tasas de aborto. Ver Tabla 44.

TABLA 44

Otros antecedentes en salud sexual y reproductiva por estudio.

OTROS ANTECEDENTES SSR	ESTUDIA					NO ESTUDIA				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Antecedente de Prueba de VIH	658	10,3	1.486	19,7	0.00	167	12,0	239	35,1	0.00
Uso de método de planificación	646	55,9	1.545	55,5	0.86	167	61,1	241	63,9	0.56
Embarazo suyo o de la pareja	644	21,1	1.573	10,7	0.00	160	17,5	242	33,5	0.00
Embarazo <15 años ^a	113	20,4	145	17,2	0.52	24	4,2	66	9,1	
Embarazo <15 años ^b	644	3,6	1.573	1,6	0.04	160	0,6	242	2,5	0.32
Embarazo <17 años ^a	113	69,9	145	81,4	0.03	24	50,0	66	57,6	
Embarazo <17 años ^b	644	12,3	1.573	7,5	0.00	160	7,5	242	15,7	0.02
Antecedente de aborto ^b	144	28,5	177	28,2	0.96	28	28,6	80	23,8	0.61

No se encontraron diferencias en el acceso a la prueba de VIH por movilidad, ni en el acceso a métodos de planificación familiar. Quienes se movilaron en los últimos 4 años tuvieron mayor posibilidad de embarazo pero menor tasa de aborto. Los resultados se observan en la Tabla 45.

TABLA 45

Otros antecedentes en salud sexual y reproductiva por movilidad.

OTROS ANTECEDENTES SSR	MOVILIDAD O A 4 AÑOS					MOVILIDAD >4 AÑOS				
	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P	LÍNEA DE BASE		FINAL		VALOR DE P
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Antecedente de Prueba de VIH	164	12,8	240	23,3	0.01	607	9,7	1.210	21,6	0.00
Uso de método de planificación	163	55,2	249	56,2	0.84	597	57,5	1.252	56,9	0.81
Embarazo suyo o de la pareja	162	24,1	256	10,9	0.00	589	18,8	1.271	14,9	0.03
Embarazo <15 años ^a	33	18,2	21	23,8		94	17,0	165	15,2	
Embarazo <15 años ^b	162	3,7	256	2,0	0.44	589	2,7	1.271	2,0	0.31
Embarazo <17 años ^a	33	66,7	21	66,7		94	63,8	165	75,2	
Embarazo <17 años ^b	162	13,6	256	5,5	0.00	589	10,2	1.271	9,8	0.81
Antecedente de aborto ^b	40	22,5	31	35,5	0.23	115	27,8	196	27,0	0.88

a) Solo quienes han estado embarazados

b) Teniendo en cuenta a quienes tienen relaciones sexuales

Finalmente, el método de planificación familiar más usado fue el preservativo seguido de los anticonceptivos orales y el coito interrumpido. Sus resultados se pueden condensar en la Tabla 46.

TABLA 46

Métodos de planificación familiar.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	LÍNEA DE BASE		ENCUESTA FINAL	
	N	%	N	%
Hormonal oral	117	14,4%	283	15,4%
Condón	309	37,9%	658	35,8%
DIU	40	4,9%	58	3,2%
Hormonal inyectable	70	8,6%	164	8,9%
Parche Hormonal	7	0,9%	15	0,8%
Óvulos	24	2,9%	40	2,2%
Ritmo	61	7,5%	99	5,4%
Coitus Interruptus	89	10,9%	207	11,3%
Otros caseros	4	0,5%	7	0,4%

DISCUSIÓN

El análisis de esta encuesta representa todo un reto, dados algunos problemas logísticos en su aplicación, en especial por las diferencias registradas en la situación actual de estudio (mayor en la segunda evaluación) y la proporción de población en situación de movilidad o en desplazamiento forzado (mayor en la primera evaluación). Por esta razón los resultados analizados deben someterse a una interpretación cuidadosa y rigurosa. La mayoría de inferencias efectuadas se harán con cautela y bajo beneficio de su ampliación con otros análisis que serán publicados posteriormente en revistas científicas.

Los resultados de la encuesta fueron comparados con los obtenidos en encuestas de cobertura nacional como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005, Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas: Situación de las Mujeres Desplazadas (EZM) 2005 y la Encuesta Nacional sobre Comportamientos Sexuales de Jóvenes y Adolescentes Escolarizados (CUE) 2000, así como algunas investigaciones realizadas en jóvenes, en las ciudades de Bogotá, Cali, Barranquilla, Medellín y Bucaramanga.

CONOCIMIENTOS SOBRE ITS

En general, se reconoce una línea de base general menor de identificación de la infecciones de transmisión sexual, de sus mecanismos de transmisión y de los métodos de prevención (incluyendo las recomendaciones sobre el uso del preservativo) en los más jóvenes (menores de 17 años), en las mujeres (sobre todo quienes no estudian en la actualidad) y en quienes se movilizaron en los últimos 5 años. Sin embargo, para todos los grupos el nivel inicial fue muy bajo e incluso con la actividad pedagógica entre pares, no alcanzaron la universalidad.

La evaluación final muestra cómo estos grupos, que podrían considerarse de mayor vulnerabilidad, aumentaron la frecuencia de conocimientos adecuados, igualando a los otros grupos. Este incremento gradual hasta un nivel similar se podría considerar como una evidencia que la estrategia de



educación de pares propició la equidad en la información recibida por los diferentes grupos.

El reconocimiento inicial del VIH como una ITS tuvo un nivel basal alto (78%), con un valor final de 90%, esto por encima del nivel encontrado de identificación de otras ITS, tanto las de interés en salud pública (sífilis y gonorrea) como algunas más prevalentes (candidiasis). Esto indica la necesidad de fortalecer la información acerca de las ITS en general y en especial su carácter asintomático y curable, en su mayoría.

El 90% de los jóvenes reconocieron al final de la intervención, el uso del condón como método de prevención en las relaciones pene-vagina, que en la ENDS se encontró entre 80,2% y 83,1% (Profamilia, 2006) y la CUE en 82,4%, 89% para los hombres y 78% para las mujeres (García, Cáceres, Luque y Jiménez, 2002). También, el 69% reconoció el uso del condón como método preventivo en la relaciones anales, el 52% identificaron el retardo del inicio de las relaciones sexuales y el 77% no compartir agujas (con línea de base, un 20% inferior).

En los diferentes estratos construidos fue igual el crecimiento de los conocimientos sobre mecanismos de transmisión y prevención, con líneas de base similares, aunque es mayor el conocimiento sobre la prevención y no sobre los mecanismos de transmisión. El crecimiento mayor se dio en reconocer cuáles no son mecanismos de transmisión. La mayoría de los grupos identificaron el uso del condón en las relaciones sexuales anales, como un método de prevención, con un bajo nivel de entrada que podría estar relacionado con una baja tasa de esta práctica.

El nivel de base de identificación de los derechos sexuales y reproductivos estuvo cercano a 80% que alcanzó la universalidad al final de la estrategia. Los hombres, los menores de 15 años, quienes no estudian y quienes se movilizaron en los últimos 5 años, aumentaron más su identificación. En otras evaluaciones se encontraron niveles e conocimiento de estos derechos entre 80% y 93,4% (Profamilia, 2005). Se requerirían, por lo anterior, evaluaciones o investigaciones de orden cualitativo para evaluar el grado de aprehensión de esos derechos y en especial, de razonamiento crítico ante las diferentes situaciones en salud sexual y reproductiva.



Los hombres aumentaron “más” la identificación de las ITS ulcerativas: herpes y sífilis, y las mujeres, las secretoras: gonorrea, clamydiasis y candidiasis, como un reflejo de su percepción de riesgo e incluso de morbilidad sentida. Los hombres aumentaron más su conocimiento de los síntomas de las ITS ulcerativas y las mujeres, de las ITS secretoras. Las mujeres alcanzaron un nivel de equidad en la información con respecto a los hombres.

Los más jóvenes no alcanzaron igual nivel de identificación de los nombres y síntomas de las ITS pues su rezago en los conocimientos era mayor; sin embargo el incremento fue superior para el VIH, la sífilis y la gonorrea, comparado con el aumento en los jóvenes de 16 a 24 años. El grupo de menores de 16 años no alcanzó la igualdad en la información con respecto a los demás jóvenes. Esta situación antepone el interrogante sobre la necesidad de implementar estrategias pedagógicas más integrales con enfoque específico por grupo etario.

Al igual, el conocimiento de los mecanismos de transmisión y de prevención fue menor en los más jóvenes, sin alcanzar la igualdad con los jóvenes de 18 a 24 años. Los incrementos en el conocimiento sobre mecanismos de transmisión fueron mayores en los más jóvenes y sobre mecanismos de prevención en los y las jóvenes de mayor edad.

Los que no estudian aumentaron más su información sobre las ITS que quienes estudian en la actualidad, como lo registró un estudio en Barranquilla, incluso con una línea de base mayor (Navarro y Vargas, 2005). Los conocimientos sobre síntomas de ITS fueron similares en la línea de base pero fue mayor el aumento en quienes no estudiaban.

Quienes cambiaron de residencia en los últimos 5 años, iniciaron con un nivel de información menor sobre las ITS, sus síntomas, los mecanismos de transmisión y prevención que quienes tenían más de 5 años de residencia, pero el crecimiento fue mayor, igualando a la población residente. Esta situación permite disminuir la vulnerabilidad de los inmigrantes, dada la consideración que podrían adquirir el VIH dado su desconocimiento o baja percepción de riesgo, las barreras para acceder a la atención integral, la afectación por discriminación, la explotación y la violencia sexual a que son sometidos, e incluso para resolver necesidades básicas, en especial para las mujeres que son poco enroladas en las redes de trabajo (Onusida, 2001).



PRÁCTICAS

La edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 14 años en los hombres y 15 años en las mujeres. Los hombres, las personas actualmente escolarizadas y los desplazados iniciaron sus relaciones sexuales penetrativas un año antes que en sus grupos de comparación. El inicio más temprano en los hombres ha sido relacionado como “rito de paso” hacia la masculinidad tradicional (Urrea-Giraldo, Congolino, Herrera, Reyes y Botero, 2006) y en la población escolarizada, con un conocimiento “particular” sobre su sexualidad (con mitos e información errónea) y su capacidad de toma de decisiones (Flórez, 2005).

En la ENDS se registró que la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres fue de 17,9 años (15 a 19 años) y de 18,1 (20 a 24 años), superior a lo encontrado en esta encuesta (15 años). En la EZM, para estos dos grupos de edad fue de 15 y 16 años, respectivamente.

La primera pareja sexual de las mujeres tiene en promedio 3 años más, a diferencia de la primera pareja en los hombres que suele tener igual edad. Esta situación ha sido reportada en Cali y Bogotá (Flórez, 2005). Estas dos situaciones, la edad de inicio temprano y la edad del compañero, requieren intervenciones a largo plazo que avancen de lo cognitivo a lo praxeológico, que permitan incorporar el conocimiento a la práctica protectora.

El 38% a 41% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales penetrativas, como fue registrado en estudios realizados en Barranquilla (Navarro y Vargas, 2005) y en el Valle del Cauca (Vásquez, Argote, Castillo, Mejía y Villquirán, 2005), por la ENDS para jóvenes de 15 a 24 años (Profamilia, 2006) y por la CUE. De aquellas personas que han tenido relaciones sexuales, el 60% ha tenido relaciones sexuales en la actualidad, menor que el 72% registrado en la CUE (García et al, 2002). Adicionalmente, la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres reportaron el antecedente de relaciones sexuales penetrativas.

El uso del condón durante la primera relación sexual ha sido reportado en los diferentes estudios referenciados, entre 54% y 72%. En los y las jóvenes del Proyecto estuvo entre 33,9% y 36,4%. En Barranquilla (Navarro y Vargas, 2005) se encontró su uso en el 29,2% de las mujeres y el 32,9% de los hombres. En la encuesta CUE fue del 25%.

Entre un 6,7% y un 9,2% mencionaron el antecedente de prácticas sexuales con personas de su mismo sexo. Mucho mayor que la proporción de personas que se consideran como homosexuales o bisexuales encontrado en Medellín, el cual está entre 2,1% y 3,6%, algo similar a lo encontrado en Barranquilla (Navarro y Vargas, 2005) entre 6,9% y 8,5%, y 7,1%, en la CUE (García et al, 2002).

Disminuyó la proporción de personas que tenía más de dos parejas sexuales durante el último año de 33% a 22,6%. La mediana de parejas sexuales en la mayoría de los estratos construidos disminuyó de 3 a 1, en el último año. En el estudio realizado en Barranquilla (Navarro y Vargas, 2005), el 60,1% de los hombres y el 12,3% de las mujeres refirieron más de dos parejas en el último año.

Un tercio de quienes han tenido relaciones sexuales las han tenido alguna vez bajo el efecto de bebidas alcohólicas. Es mayor este factor en los hombres y en quienes no estudian. Esta correlación entre consumo de bebidas alcohólicas y mayor vulnerabilidad no se ha abordado suficientemente en las estrategias de control diseñadas en el país.

El 44,6% refirió que usó el preservativo durante su última relación sexual, que aumentó en la medición final con un 50,8%; el uso reportado en la CUE en el 2000 fue de 43%, 51,2% en los hombres y 34,3% en las mujeres (García et al, 2002). Las mujeres alcanzaron un uso en la última relación sexual de 44,1%, comparado con los hombres de 54,9%. Este nivel de uso del condón y el aumento de su uso en las mujeres se ha relacionado con un mayor control de las mujeres en sus relaciones para prevenir el embarazo y la necesidad de uso ante "parejas menos estables" (Urrea-Giraldo et al, 2006; Vázquez et al, 2005).

El 22,1% usa el condón siempre (en la línea de base), alcanzando el 26,1% (en la evaluación final). En los hombres fue de 29,2% y en las mujeres de 21%, 27,4% en quienes estudian y 19,4% en quienes no, y 28,8% en aquellos que cambiaron de residencia en los últimos 5 años, comparado con el 25,2% de quienes han residido más de 5 años en el lugar. En una investigación realizada en Barrancabermeja García, Negrete y Romero, 2006), se encontró que el 24% de los hombres y el 11,3% de las mujeres usaron siempre el preservativo.

El uso consistente del condón se registró en el 32% para coito vaginal, el 37,8% para coito anal, 28,9% con pareja estable y 58,3% con pareja "casual", en escolarizados de Medellín, al igual que estuvo asociado con mayor

uso en los hombres (Vinaccia et al, 2007). En Barranquilla se ha registrado que los hombres usan menos el condón “siempre” que las mujeres, 26,1% y 32,9%, respectivamente (Navarro y Vargas, 2005). En estudiantes universitarios se ha encontrado que el 26,4% usa siempre el condón en sus relaciones sexuales (Vera et al, 2004) y en la encuesta CUE, para jóvenes adolescentes escolarizados y no escolarizados, fue de 17,4% y mayor entre más escolaridad se tuviera (García et al, 2002).

Las razones más frecuentes para el no uso del preservativo en los y las jóvenes del Proyecto fueron que no les gusta, no había en el momento, pensaron que era innecesario o por afán, similar a lo encontrado en otras investigaciones, con no se siente igual, vergüenza a la hora de comprarlos y el miedo a su ruptura (Vinaccia et al, 2007). Algunos estudios reconocen que se usa más el preservativo por el riesgo de un embarazo que al VIH (30%) (Canaval et al, 2005; Mosquera y Mateus, 2003); además, que la monogamia y la fidelidad son garantías para la “no infección” Vázquez et al, 2005; Collazos, Echeverri, Molina, Canaval y Valencia, 2005). Al inicio del Proyecto, los y las jóvenes manifestaron como causa de no uso el desconocimiento, situación que disminuye en la encuesta final. Llama la atención que la confianza y en la pareja y la creencia que “la pareja está sana” se encontró menos como causa de no uso del preservativo que lo reportado en otros estudios (García et al, 2002).

En diversos estudios, los niveles de no uso han sido explicados por las creencias de los y las jóvenes sobre la imposibilidad del embarazo en la primera relación sexual; también por el ofrecimiento “completo” de la virginidad, la inexistencia de métodos “eficaces”, los efectos secundarios indeseables de los métodos de planificación y la interpretación que el uso de los métodos se da por falta de respeto con quien se ama, lo que incidiría en la satisfacción de necesidades afectivas y la construcción “deseable” de un proyecto de vida (Pacheco-Sánchez et al, 2007).

En otras investigaciones se ha encontrado que la mujer adolescente decide si comienza o no sus relaciones sexuales, si se mantiene sexualmente activa, si tiene un hijo, si usa anticonceptivos orales, si se casa, si embaraza, si aborta o no (Flórez, 2005). Sin embargo la percepción de riesgo es mayor en los hombres que en las mujeres como se demostró en este estudio y en otros (Vinaccia et al, 2007).

De acuerdo con los resultados se podría concluir, después de la intervención, que algunos grupos aumentaron el uso del preservativo, disminuyeron el número de parejas sexuales y retardaron el inicio de su vida sexual. Sin embargo, esto podría no relacionarse como efecto de la intervención, más si se tiene en cuenta que el aumento en los conocimientos y en la información, fue mayor que el de las prácticas.



OTROS ANTECEDENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Entre el 8,7% y el 9,9% refirió antecedente de secreción genital y entre el 3,4% y el 4,0%, de úlcera genital, ambas mayores en las mujeres y en quienes estudian. En la ENDS se registró un antecedente de ITS ulcerativa de 1,1 a 1,4% y de ITS secretora de 7,8 a 9,5% (Profamilia, 2006). Quienes refirieron uso consistente del condón tuvieron la mitad de la probabilidad de sufrir una ITS, como ha sido documentado ampliamente; esto se constituye en factor protector así como la disminución del número de contactos y parejas sexuales (Johnson, Mercer y Casell, 2006). Estos dos factores se encontraron en la población intervenida.

Entre 2,7 y 3,2% se consideraron clientes de un/una trabajador(a) sexual. Este porcentaje fue similar para quienes refirieron ejercer el trabajo sexual. Los hombres reportaron un mayor ejercicio del trabajo sexual (4,0%-4,1%) así como quienes no estudian y quienes cambiaron el lugar de residencia durante los últimos 5 años.

El 13,8%-14,9% refirió que le habían tocado sus genitales sin consentimiento. Entre 4,3% y 5,8% mencionó que le obligaron a tener relaciones sexuales, situación que fue más frecuente en las mujeres, en los mayores de 15 años y en quienes no estudian. En un estudio realizado en Cali se encontraron frecuencias de abuso sexual superiores a 12% y a 4,5% de violación (Canaval et al, 2005) En el caso de Jamundí fue del 5,3% (Vázquez et al, 2005).

ACCESO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El 10,6% de los jóvenes sexualmente activos accedieron a la prueba de VIH antes de la intervención, lo cual fue similar a lo registrado en Medellín en el 2006 (11,8%) (Vinaccia et al, 2007) y en la ENDS, de 9,5% (15-19 años) y 21,9% (20-24 años) (Profamilia, 2006). Posterior a la intervención, el acceso a la prueba alcanzó el 22,2%. Este acceso a la prueba fue optimizado por la implementación, a través del Proyecto, de servicios o puntos amigables de salud para jóvenes (Senderowitz, 1999), que pretenden brindar una atención integral, confidencial y oportuna a los jóvenes, y que demuestran la necesidad de intersectorialidad en la respuesta a la epidemia, incluso con acciones inter-temáticas no despojadas de su especificidad.



El uso reportado de métodos de planificación familiar fue de 56,7%, inferior al 68% que se registró en el estudio realizado en el Valle del Cauca (68,2%) (Mosquera y Mateus, 2003). En la ENDS se encontró un acceso en la población sexualmente activa entre 38,2% (15-19 años) y 82,2% (20-24 años).

Los métodos de planificación familiar identificados en la población fueron en su orden: condón (37%), hormonas orales (15%), coito interrumpido (10%) y hormonas inyectables (8%). En la ENDS, el principal método de planificación familiar usado alguna vez y reportado por las mujeres de 15 a 24 años, fue el condón (28,0-57,6%), que es mayor en las mujeres “actualmente unidas”.

Entre el 13,8% y el 20,5%, ha estado embarazado o su pareja alguna vez en la vida: el 22,5% a 34% de las mujeres y el 8,6-10,7% de los hombres. La ENDS reporta que el 14,5% de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres o lo estaban al momento de la encuesta, y en la EZM se encontró entre 8% (10 a 14 años) y el 33% (15 a 19 años).

Los hombres y las mujeres que tuvieron relaciones sexuales penetrativas alguna vez en la vida, manifestaron antecedente de aborto (suyo o de la pareja) entre 3,6 y 5,5%, aunque es de anotar que entre un 14 y 20% respondieron esta pregunta (la incidencia entre quienes contestaron la pregunta estaría entre 26,7 y 28,3%). Esta incidencia previa a la reglamentación de la Sentencia de la Corte Constitucional (Corte Constitucional de Colombia, 2006), sobre interrupción voluntaria del embarazo, requiere profundización, dado el impacto que tiene la práctica clandestina del aborto sobre la morbi-mortalidad femenina.

SOBRE LA DISCUSIÓN

Aunque se ha encontrado que las actividades mediadas con charlas educativas no tienen un impacto sobre las tasas de embarazo inesperado y las infecciones de transmisión sexual (Flórez, 2005), la estrategia de educación de pares evidenció un aumento significativo de los conocimientos en todos los grupos e incluso, indicios de aumento de las prácticas protectoras.

Se observó cómo la intervención educativa permitió que poblaciones rezagadas en los conocimientos sobre identificación de los eventos, mecanismos de transmisión, estrategias de prevención y derechos sexuales y reproductivos, mejoraban su nivel. Esto se relaciona con el desarrollo de la estrategia con enfoque de derechos, sin barreras para la participación y con un lenguaje universal.

La educación entre pares y el acceso a los servicios amigables de salud permitieron disminuir la inequidad entre los diferentes subgrupos, sin reconocer el efecto del apoyo de los proyectos de vida de los y las jóvenes (emprendimiento juvenil) que recién iniciaban en el momento de administración de la encuesta final.

Sin embargo, al revisar los cambios en las prácticas, aunque se muestran diferencias y el nivel inicial es muy inferior en la población abordada que en otras poblaciones (según los registros de investigaciones nacionales o regionales), no se alcanzó con la estrategia de educación entre pares un nivel mayor de protección, de disminución de la vulnerabilidad.

En Colombia, la información sobre salud sexual y reproductiva suministrada a los adolescentes está basada en un esquema formativo supresivo y preventivo de las instituciones (colegio, familia, centro de salud, que se podría resumir en estas palabras mira todo lo malo que puede ocurrir si tienes sexo coital (Vinaccia et al, 2007). El desarrollo de una estrategia de educación de pares, con enfoque de desarrollo de capacidades, de género y de respeto por la diferencia, permitió avances importantes, pero quizás se requiere su fortalecimiento mediante estrategias que demuestran mayor impacto en las prácticas como la estrategia de habilidades para la vida (OPS, 2001; 2003) que se promovió especialmente para la segunda fase del Proyecto y que no fue evaluada con la presente encuesta.

El aumento de las prácticas protectoras puede obedecer a la intervención



fundamentada en líderes que desarrollaron capacidades de negociación y adaptación necesarias para tomar decisiones asertivas sobre sus prácticas sexuales: un joven que aprende a enfrentar y a adaptarse es apto para estar mejor preparado para negociar relaciones sexuales “seguras” y satisfactorias”, y menos vulnerable a problemas como el consumo de sustancias psicoactivas o el VIH (Hour-Knipe et al, 2006)

La estrategia de educación de pares permite que la población inmigrante disminuya las diferencias con el resto de la comunidad por la cultura o el lenguaje, por el efecto de la desintegración familiar (si esta se da) y por el mayor acceso a información por los medios de comunicación, que por sí no es garantía. De alguna manera existe un equilibrio entre el aumento de los conocimientos y de las prácticas, que contribuye a disminuir la vulnerabilidad de los inmigrantes, que fue potenciado por la estrategia de educación de pares, que reconoce a todos los individuos como iguales con unas necesidades particulares.

La integración de las estrategias de educación, servicios de salud y de desarrollo de capacidades, paralela a la estrategia de educación entre pares puede contribuir a una mejor respuesta a la epidemia, como se ha demostrado, con sus límites, en el aumento del nivel de conocimientos y en el incremento de las prácticas protectoras.

Finalmente, y como lo menciona Jonson, las intervenciones que ayudan a reducir las inequidades económicas, que promueven la estabilidad social y económica, que disminuyen la migración, que promueven la paz, que reducen la iniquidad de género y, en particular, mejoran la salud, la educación... en especial de las mujeres, son elementos claves para optimizar la salud sexual... cuando las intervenciones se hayan realizado, como en nuestro caso, estas necesitan sostenerse y adaptarse para futuras generaciones en respuesta a los patrones cambiantes y a los determinantes sociales de los eventos en salud sexual y reproductiva (Jonson et al, 2006), en especial del VIH.

REFERENCIAS

Canaval, G. E., Valencia, C. P., Forero, L., Guardela, N., Magaña, A. y Vargas, Y. (2005). Factores protectores y de riesgo para VIH/sida en mujeres de Cali, Colombia. *Ciencia y Enfermería*. XI (2): 23-33.

Collazos, M. F., Echeverri, N., Molina, A. P., Canaval, G. E. y Valencia, C.P. (2005) Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socio-económico. *Colomb Med*. 36 (Supl 2): 50-7.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.

Eriksson, L., Guarnizo, C., Mejía, A. y Prieto, F. (2003). Salud sexual reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida en una ciudad receptora de población desplazada. *Montería*. OIM Colombia.

FHI, Impact, USAID, DFID (2000). Encuestas de Vigilancia del Comportamiento, directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. Washington: Family Hearth International

Flórez, C. E (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 18 (6):388-402.

Frerichs, R. R. (1989). Simple analytic procedures for rapid microcomputer-assisted cluster surveys in developing countries. *Public Health Rep*. 104(1): 24-35.

García, R., Cáceres, D., Luque, R. y Jiménez, E. (2002) Encuesta Nacional sobre Comportamientos Sexuales de Jóvenes y Adolescentes Escolarizados 2000. Bogotá D. C.: Onusida-MPS.

García, R., Negrete, V. y Romero, A. (2006) Behavioural Inter-





vention for STD/AIDS risk reduction among youth affected by armed conflict in Colombia. Citado en: García, R., Luque, R., McDouall, J. y Moreno, L. A. Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte. 2000-2005. Bogotá: Onusida. p. 78.

Haour-Knipe M, Eriksson L, Grondin D. (2006) Chapter 10. Young migrants, refugees and displaced people. En: Aggleton P, Ball A, Mane PN. Drugs And Young People: International Perspectives. Routledge, 2006.

Henderson, R. H. y Sundaresan, T. (1982). Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Bull WHO 1982; 60 (2):253-60.

Hernández, B. y Velasco, H. (2000). Encuestas transversales. Salud Pública de México 2000; 42(5): 447-55.

Hernández, M., Garrido, F. y López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México 2000; 42(2): 144-54.

Jonson, A. M., Mercer, C. H. y Casell, J. A. (2006). Chapter 15: Social determinants, sexual behaviour, and sexual health. En: Marmot, M. y Wilkinson, R. Social determinants of health. Second edition. Oxford.

Lemeshow, S. y Robinson, D. (1985). Surveys to measure programme coverage and impact: a review of the methodology used by the Expanded Programme on Immunization. World Health Statistics Quarterly 38, 65-75.

Lemeshow, S. y Stroh, G. (1989). Quality assurance sampling for evaluating health parameters in developing countries. Survey Methodology, 15: 71-81.

Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Fundación Henry Ardila. (2004). Guía para Encuestas de Vigilancia de Comportamiento. Bogotá D. C.: INS.

Ministerio de Salud, ONUSIDA. (2002). Comportamientos sexuales de estudiantes de secundaria en Colombia: Análisis de una encuesta nacional. Bogotá: Onusida.

Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Fundación Henry Ardila. (2004). Vigilancia en salud pública de segunda generación: Guía para encuestas de vigilancia del comportamiento en VIH-Sida: Colombia.

Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Mosquera, J. y Mateus, J. C. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colomb Med*; 34: 206-12.

Navarro, E. y Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Invest Educ Enferm*; 23(1): 44-53.

Onusida. (2001). Movilidad de la población y SIDA. Ginebra: Onusida-Actualización Técnica.

Onusida, OMS. (2000). Guías sobre la vigilancia del VIH de segunda generación, UNAIDS/00.03S, 2000.

OPS. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington: OPS.

OPS. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: OPS.

Pacheco-Sánchez, C. I., Rincón-Suárez, L. J., Guevara, E. E., Latorre-Santos, C., Enríquez-Guerrero, C. y Nieto-Olivar, J. M. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Publica Mex*; 49:45-51.

Profamilia. (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Colombia.

Profamilia (2006). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Profamilia-MPS.

Profamilia (2005). EZM. Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas: Situación de las Mujeres Desplazadas. Bogotá DC: Profamilia.

Senderowitz, J. (1999). Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Washington: Focus on Young Adults.

Urrea-Giraldo, F., Congolino, M. L., Herrera, H. D., Reyes, J. I. y Botero, W. F. (2006).

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. *Cad. Saúde Pública*; 22(1):209-15.

Vásquez, M. L., Argote, L. A., Castillo, E., Mejía, M. E. y Villaquirán, M. E. (2005).

La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. *Colomb Med*; 36 (Supl 1): 33-42.

Vera, L. M., López, N., Ariza, N. D., Díaz, L. M., Flórez, Y., Franco, S. G., Isaza, S.,

Marciales, D. P., Ortiz, N., Rueda, J. y Torres, L. J. (2004). Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colomb Med*; 35:62-8.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil Llario, M. D. y Ballester Arnal, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*; 25(1):39-50.





Ministerio de
Educación Nacional
República de Colombia



Ministerio de
Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



INSTITUTO
NACIONAL DE
SAÚDE



**UNHCR
ACNUR**
La Agencia de la ONU para los Refugiados

unicef

ONUSIDA
Organización de las Naciones Unidas para la Prevención y el Control del SIDA

NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

Organización
Internacional
para las
Migraciones

**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**UN
DP**

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

**Cruz Roja
Colombiana**

**COALICIÓN
DE LÍDERES**
Mujeres y Jóvenes en Acción

Fundación
 **Henry
Ardila**

LigaSida
www.ligasida.org

Profamilia

recomih
Red Colombiana
de Organizaciones
Mujeristas

**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA**
Escuela de Estudios de Género
Facultad de Ciencias Humanas

www.entodotuderecho.com