



**EDITOR: OTTO A. SUSSMANN P.**



*A todos aquellos infectados por  
Quienes hemos hecho este  
esfuerzo*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CONSENSO VIH-SIDA COLOMBIA</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>DESARROLLO DEL EVENTO</b>	<b>12</b>
Participantes	13
Metodología	15
<b>1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN COLOMBIA</b>	<b>16</b>
<b>2. SITUACION GENERAL DEL VIH EN COLOMBIA</b>	<b>17</b>
2.1. Realidad del VIH /SIDA en Colombia	17
2.2. Prestación de Servicios Asistenciales a los Pacientes Infeccionados por VIH	20
<b>3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: LA EDUCACIÓN CONTRA EL SIDA</b>	<b>23</b>
3.1 Proyectos Generales	23
3.2. Proyectos Ejecutados	25
3.3. Proyectos en Ejecución	26
<b>4. LEGISLACIÓN EN COLOMBIA PARA EL VIH/SIDA</b>	<b>28</b>
4.1. Derechos del Paciente Infeccionado por el VIH	31
4.1.1. Derecho a la Vida	32
4.1.2. Derecho a la Salud	32
4.2 Servicios de Salud	32
4.2.1. El Sistema de Seguridad Social en Salud	33

<b>5. BIOÉTICA Y SIDA</b>	<b>33</b>
5.5. Sobre VIH/SIDA, Investigación en Ciencia y Tecnología	35
5.6. Sobre VIH/SIDA, Salud Pública y su Financiación	35
<b>6. PROBLEMAS Y VACÍOS</b>	<b>36</b>
6.1. Relativos a las Autoridades y al Sistema Nacional de Salud	36
6.2. De la Atención a los Pacientes Infectados	37
6.3. De la Prevención y la Educación	40
6.4. De los Aspectos Éticos y Legales	44
<b>7. PROPUESTAS</b>	<b>44</b>
Medidas Inmediatas	48
Medidas a Mediano Plazo	48
Medidas Largo Plazo	48
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>53</b>

## CONSENSO VIH-SIDA COLOMBIA

La Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su consecuencia, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), constituyen un problema con profundas implicaciones epidemiológicas, médicas, éticas, culturales y socio-económicas que hacen el abordaje integral del problema muy complejo. No son muchos los ejemplos de patologías en las que la investigación de la epidemiología, la prevención y especialmente del tratamiento, haya logrado cambiar radicalmente y en corto tiempo la historia natural de la enfermedad como ha ocurrido con el complejo VIH/SIDA; sin embargo, estos rápidos avances aumentan la complejidad del problema, porque nos imponen el reto de adaptarlos a la realidad social y económica de nuestro país a fin de lograr un uso racional, costo-benéfico y socialmente pertinente del recurso.

Algunas de estas consideraciones motivaron a las personas involucradas en el manejo del VIH-SIDA en Colombia, a manifestar inquietudes y propuestas que fueron canalizadas por la Asociación Colombiana de Infectología – ACIN - y planteadas a la Universidad Javeriana. Esas mismas implicaciones médicas, sociales y éticas hacían que la Universidad encontrara en el Consenso VIH-SIDA, una forma de cumplir con su misión institucional en la que se destacan aspectos como la interdisciplinariedad, la pluralidad y el abordaje de problemáticas como la crisis ética y la instrumentalización del ser humano; fue así como iniciamos el acompañamiento del desarrollo del Consenso VIH-SIDA en Colombia.

Además de facilitar un ambiente académico para reunir a los principales involucrados en el manejo de esta patología, la Universidad estuvo vigilante para que la convocatoria a participar fuera amplia, pluralista y activa, y como resultado de este trabajo conjunto, hoy presentamos este documento que seguramente será sujeto de ampliaciones y modificaciones de acuerdo a los continuos avances de la ciencia y a los cambios en la realidad nacional, pero que constituye una herramienta pionera y básica en el abordaje integral del VIH-SIDA en Colombia.

**Alberto Rodríguez Varón M.D.**  
**Director Educación Médica Continuada y Enlace en Salud**  
**Facultad de Medicina**  
**Universidad Javeriana**

## INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su estado final, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una pandemia que está causando una creciente morbilidad y mortalidad en todo el mundo de lo cual de ninguna forma puede sustraerse nuestro país.

Debido al limitado presupuesto del Ministerio de Salud, la situación en nuestro país se torna aún más crítica y por tanto, para lograr una adecuada asignación de recursos y poder ampliar la inversión en programas de prevención y tratamiento contra el VIH, se requiere de una interpretación apropiada de la epidemiología de esta enfermedad.

A medida que la epidemia de VIH/SIDA aumenta la carga de los servicios clínicos, el elevado costo de la atención tiene el potencial de desviar los limitados recursos económicos del sector salud, al grado de afectar la asignación de los mismos y el financiamiento de otros programas prioritarios en salud. Adicionalmente, el costo socioeconómico producto de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y de las incapacidades laborales tienen un impacto directo sobre la economía del país.

Para hacer frente a esta emergencia se requiere de una planeación estratégica, y esto sólo se logrará, mediante mayor precisión en la estimación del tamaño y la velocidad de crecimiento de la epidemia por VIH y sus consecuencias sociales y económicas.

Para analizar esta epidemia desde el punto de vista de salud pública se hace necesario considerar dos componentes: (a) el impacto social, en términos de capital humano perdido, y (b) el institucional, que se expresa como demanda de servicios y costos futuros para los sistemas de salud. Todos los esfuerzos para caracterizar la epidemiología de la infección por VIH deben estar encaminados a lograr un objetivo primario en el control de esta enfermedad: reducir el costo social y como un beneficio adicional, disminuir el costo económico de ella.

La planeación es un componente necesario en el diseño y ejecución de programas preventivos, empleando la información que permite contrastar los beneficios de un programa en función de sus costos.

Este consenso hace un análisis crítico de la epidemia y pretende concientizar, sobre la situación actual en nuestro país y presenta algunas soluciones y recomendaciones para afrontar de manera decidida y eficaz este problema, antes de que sea demasiado tarde.

## DESARROLLO DEL EVENTO

La Asociación Colombiana de Infectología – ACIN – es una agrupación científica que reúne aproximadamente 300 profesionales que trabajan en el área de las Enfermedades Infecciosas en el país. Fue fundada en el año de 1988 y tiene dentro de sus objetivos el estudio y la investigación en Enfermedades Infecciosas, así como la asesoría de las autoridades Estatales en lo concerniente a la salud pública. Durante el tiempo de su funcionamiento ha realizado múltiples eventos científicos de carácter regional, nacional e Internacional y ha propuesto innumerables Guías de Manejo como: Vacunación del Niño y el Adulto, Uso de Antibióticos, Prevención de la Resistencia Antibiótica y apoyo al Ministerio de Salud en el desarrollo de la Guía de Diagnóstico y Manejo de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Preocupados por el crecimiento de la epidemia de infección por el VIH/SIDA, por las múltiples dificultades presentadas en el manejo de los pacientes y por los problemas sociales asociados, desde hace 2 años veníamos trabajando en el desarrollo de una reunión, que aglutinara a todos los actores relacionados con el problema – profesionales de la salud encargados de la asistencia, pacientes, organizaciones no gubernamentales (ONGs), profesionales del derecho, bioeticistas, economistas y académicos –. Es así como con el apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, hicimos la convocatoria por escrito y con confirmación a aproximadamente 120 instituciones y profesionales, para reunirnos en las instalaciones de la Universidad los días 7 y 8 de Junio de 2002.



## Participantes

68 de los convocados aceptaron participar en representación de sus instituciones o a nombre propio, que se listan a continuación:

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
Alvaro Villanueva	Clínica Internacional /Barranquilla
Robin Hernández	Clínica Soumedic / Barranquilla
Roberto Vázquez	Universidad Metropolitana / Barranquilla
Jairo Roa Buitrago	Asociación Colombiana de Medicina Interna / Bogotá
Rodolfo de la Hoz Celis	Asociación Colombiana de Infectología / Bogotá
Carmenza Muñoz de Bello	Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud / Bogotá
Diego León Severiche Hernández	Universidad de la Sabana / Bogotá
Manuel Velandia	Fundación Apoyo / Bogotá
Jorge Cerón Sanclemente	Fundación Dar Amor – Fundamor / Bogotá
Jaime Saravia Gómez	Fundación Hospital San Carlos
Clemencia Uribe Alarcón	Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente / Bogotá
Sandra Beltrán Higuera	Fundación Santa Fe / Bogotá
Chantal Aristizabal Tobler	Hospital Central de la Policía / Universidad El Bosque, Bogotá
Luis Alberto Bernal Méndez	Hospital El Tunal / Bogotá
Carlos Eduardo Pérez Díaz	Hospital Militar – Clínica Marly / Bogotá
Carlos Álvarez	Hospital San Ignacio- Hospital Santa Clara / Bogotá
Henry Mendoza Ramírez	Hospital San José / Bogotá
Carlos Alberto Saavedra Trujillo	Hospital San Rafael / Bogotá
Ana María Granada Copete	Hospital Santa Clara / Bogotá
Ellen Lowenstein de Mendivelso	Hospital Simón Bolívar / Bogotá
Olga Maldonado	Instituto de Bioética, Universidad Javeriana / Bogotá
Germán Calderón Legarda	Instituto de Bioética, Universidad Javeriana / Bogotá
Ricardo Luque Nuñez	Instituto de Bioética, Universidad Javeriana / Bogotá
Antonio Carlos Jaramillo Tobón	Instituto de Virología, Universidad El Bosque / Bogotá
Felipe Vallejo Angel	Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA / Bogotá
Alvaro Mauricio Zuñiga Morales	Universidad del Bosque / Bogotá
Gustavo García Cardona	Universidad Militar Nueva granada / Bogotá
Carlos A. Sussmann	Abogado, Instituto de Bioética, Universidad Javeriana / Bogotá

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
Otto Sussmann	Universidad Javeriana - Asociación Colombiana de Infectología / Bogotá
Gabriel Martínez	Centro Médico la Sabana / Bogotá
Alberto Rodríguez	Universidad Javeriana / Bogotá
Enrique Meneses	Abogado / Bogotá
Rodolfo Denis Verano	Hospital San Ignacio / Bogotá
Iván Angarita	Confacundi / Bogotá
Angela María Restrepo	José Lloreda Camacho & Compañía / Bogotá
Alvaro Fernández	Independiente, Bogotá
Sergio Montealegre	Recolvich
Héctor Fabio Cardona	Comunicador Social, Bogotá
Jairo Enrique Suárez Delgado	Instituto de Seguros Sociales / Bucaramanga
Henry Balaguera	Universidad Industrial de Santander / Bucaramanga
Arnulfo Rodríguez Cornejo	Universidad Autónoma / Bucaramanga
Luis Angel Villar	Universidad Industrial de Santander / Bucaramanga
Jaime Galindo Quintero	Corporación de Lucha Contra el SIDA / Cali
Diego Peñalosa Camargo	Fundación Vivir Mejor / Cali
Pío López	Universidad del Valle / Cali
María Virginia Villegas Botero	Asociación Colombiana de Infectología - Cali
Raúl Corral	Seguro Social – Universidad del Valle / Cali
Alvaro Moreno Grau	Clínica Enrique de la Vega – ISS / Cartagena
Ramón Duque Arrazola	Hospital Naval / Cartagena
Heraclio Díaz López	Dpto. Administrativo Distrital de Salud / Cartagena
Mario Mendoza Orozco	Universidad de Cartagena
Oscar Chavez	Hospital Erasmo Meoz / Cúcuta
Gloria Velázquez Uribe	Universidad de Antioquia / Medellín
Henry Leal Cortes	Instituto de Seguro Social / Ibagué
Edgar Aristizabal Calderón	Fundación para Pacientes con SIDA / Manizales
Roberto Panesso Linero	Clínica Las Américas / Medellín
Joseph Chejne Janna	Empresa Social del Estado “Hospital La María” / Medellín
Gustavo Adolfo Campillo Orozco	Fundación Positivos por La Vida / Medellín
Ana Lucía Correa Ángel	Hospital Pablo Tobón Uribe / Medellín
Santiago Estrada	Laboratorio Clínico Santa María / Medellín
Jorge Alberto Nagles Pérez	Instituto del Seguro Social / Medellín
Mary Luz Hernández Escobar	Universidad de Antioquia – Hospital San Vicente de Paul / Medellín
Beatriz Orozco	Clínica Universitaria Bolivariana / Medellín
Gerardo Barrera	Universidad Sur Colombiana / Neiva

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
Jaime Alberto Echeverry	Clínica Risaralda / Pereira
Ricardo Martínez	Clínica COMFAMILIAR / Pereira
María Lilia Díaz	Universidad del Cauca / Popayán
Francisco Alberto Fernández Rincón	Secretaría de Salud Local / Villavicencio

## **Metodología**

Una vez aceptada la invitación, se le envió a cada uno de los participantes un documento marco de trabajo para su revisión y la recomendación de preparar material que pudiera aportar al consenso enriqueciendo su contenido y conclusiones finales

Durante el primer día del consenso se establecieron grupos de trabajo así:

1. - Epidemiología, aspectos clínicos y de seguimiento
2. - Acceso medicamentos
3. - Aspectos legales
4. - Aspectos bioéticos
5. - Prevención y Educación

El documento preliminar fue sometido a discusión por todo el grupo de trabajo y posteriormente se encomendó a un redactor para su presentación final; el segundo día los redactores de las distintas comisiones presentaron, en una reunión plenaria, los resultados y conclusiones de cada grupo para ser discutidos. El producto final de esta discusión es el documento que presentamos, el cual fue revisado por cada uno de los participantes, haciendo las anotaciones y comentarios finales y dando su aprobación.

## DOCUMENTO FINAL

Los informes publicados a lo largo del año pasado sobre el Sistema Nacional de Salud en Colombia, ponen sobre la mesa la profunda crisis por la que atraviesa el sector de la salud. Más allá de la discusión sobre la población afiliada, sobre si la Ley 100 es buena o mala o sobre la calidad de los servicios, existen diversas percepciones de la realidad y que la verdadera situación de la salud es prácticamente imposible de determinar con precisión por la falta de un sistema confiable de información. Por eso es importante hacer una pequeña descripción del Sistema Nacional de Salud y sus falencias, ya que esto interfiere directamente con los problemas generales de salud que afronta el país, particularmente con epidemias como la del VIH y el SIDA.

### 1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN COLOMBIA

A partir de 1.993, con la reforma del Sistema Nacional de Salud y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), todos los ciudadanos deberían estar afiliados a alguno de los regímenes del SGSSS y sus empleadores o el Estado tienen la obligación de facilitar esta afiliación.

El nuevo sistema, reorganizó los servicios de salud en grandes paquetes de respuesta:

- El Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Plan de Atención Básica (PAB).
- Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito
- Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Los servicios de salud generados por estas dos condiciones, son prestados por las EPS, con cargo a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

Esta nueva organización de los servicios de salud corresponde a un modelo de aseguramiento, es decir, que está concebido para funcionar como parte de un mercado regulado por el Estado; su organización y funcionamiento, están orientados por los principios de *eficiencia, solidaridad y universalidad* consignados en la Carta Magna, además de las reglas del servicio público de salud, rectoras del

SGSSS, tales como: *obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.*

Dentro del grupo de las Enfermedades Catastróficas o de Alto Costo se encuentra la infección por VIH y el SIDA con las limitaciones anotadas posteriormente para este tipo de patologías.

## **2. SITUACION GENERAL DEL VIH EN COLOMBIA**

### **2.1. Realidad del VIH /SIDA en Colombia**

Colombia se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América Latina, en el número total de casos reportados de infección por el VIH y SIDA. El primer caso de SIDA registrado, fue diagnosticado en la ciudad de Cartagena de Indias en 1983, correspondiendo a una mujer, trabajadora sexual. El sistema de notificación y vigilancia epidemiológica del VIH / SIDA, fue implementado por el Ministerio de Salud en 1986. Desde entonces, la Ficha Única de Notificación ha sido revisada y modificada en varias ocasiones, tratando de facilitar su adecuado diligenciamiento y su utilidad como fuente de información de las variables de mayor importancia para el análisis a nivel nacional.

En algunos departamentos, como en el caso de Antioquia, la ficha regional incluye un mayor número de variables que la nacional, lo cual facilita un análisis más detallado de las características epidemiológicas regionales.

Durante la primera década de la epidemia en Colombia, la caracterización de su comportamiento fue dada por el predominio marcado de la transmisión homosexual. A partir de los años noventa, se comenzó a evidenciar un cambio notorio en el comportamiento de la epidemia, observándose una transición gradual hacia el predominio de la transmisión heterosexual.

En el interior del país, particularmente en la región andina, sigue predominando la transmisión homo-bisexual, aunque las grandes diferencias en la relación de infección hombre-mujer observadas a mediados de la década de los ochenta, han disminuido progresivamente.

En las regiones centro-occidente y en la ciudad de Bogotá, los hombres que tienen sexo con hombre representaron entre el 40% y el 50% de las infecciones registradas entre 1990 y 1994. En estas regiones, la relación de hombre: mujer registrados en 1994 fue de 28:1 y 9:1, respectivamente.

Por el contrario, en regiones como la Costa Atlántica y Norte de Santander, el contacto heterosexual es la forma de transmisión predominante, situación que se ha evidenciado desde comienzos de esta década. Entre 1991 y 1995, en estas dos regiones del país, el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes aumentó a mayor velocidad que en hombres de la misma edad.

El número total de eventos registrados (Infección por el VIH, SIDA y muertes por SIDA), correspondientes a casos de transmisión sanguínea del VIH, representan el 0.5% de todos los eventos notificados a nivel nacional. La transmisión transfusional aporta el 84% de los casos acumulados de transmisión por vía sanguínea. Aunque ha sido evidente la mejoría de las acciones de control en bancos de sangre y unidades de transfusión, entre 1995 y 1998 aún fueron registrados 26 casos de transmisión transfusional, gran parte de los cuales pueden corresponder a infecciones ocurridas años atrás.

El pico más alto de casos de transmisión por vía sanguínea se registró en 1994, año en el que se notificaron 17 casos, correspondiendo en gran parte a los casos detectados en 1993 en la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario de Bucaramanga. Al respecto, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud efectuaron dos investigaciones, obteniendo resultados contradictorios en el sentido de si la transmisión accidental ocurrió en la unidad de diálisis o en la unidad odontológica.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud, en nuestro país se han detectado desde 1985 hasta Junio del 2002, 26.657 casos de personas viviendo con VIH/SIDA. En la siguiente tabla se pueden observar las tasas comparativas 2001-2002

	Tasa 2001	Tasa 2002
• VIH asintomáticos:	3,7	1,3
• SIDA vivo:	1,4	0,8
• SIDA muertos	0,7	0,2
• VIH/SIDA total	5,8	1,4

Sin embargo, la información continua siendo parcial porque aún falta por recuperar la información de 8 departamentos en los años 1999 y 2000 y la información de Cali, Barranquilla y Antioquia para el año 2001.

Se calcula que por cada caso notificado puede haber 10 no captados (sin reporte o diagnóstico), lo que hace pensar que en Colombia se han presentado en los últimos 16 años aproximadamente 267.000 casos de la infección.

El estudio centinela realizado por el Ministerio de Salud en el año 1999 calcula una seroprevalencia del 1.1% lo cual implicaría alrededor de 450.000 personas infectadas.

Un calculo realizado por la Subdirección de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud, en el cual se asume que la prevalencia de la infección por VIH en la población general, es igual a la encontrada en bancos de sangre (0.27%), estima que se han presentado 139.821 casos de Infección por VIH, de los cuales 82.8% (115.772) son asintomáticos y 17.2% (24.049) tienen SIDA, de estos últimos han fallecido 51.7% (12.433).

La infección es logarítmica en ascenso para SIDA y lineal para mortalidad desde el inicio de la epidemia (INS, Noviembre 2001).

Vale la pena aclarar, que de acuerdo a la información suministrada por los programas de vigilancia, desde el año 1997 disminuyó el reporte de casos a las autoridades de salud, lo cual no significa un menor número de casos.

La tendencia por genero desde el inicio de la epidemia, muestra un crecimiento anual en número de casos de 184 para hombres y 38 para mujeres, con una proporción hombre: mujer de 1:7 y en algunas regiones de 1:4. Esto podría ser explicado por el hecho de que el 75% de los pacientes detectados mantienen sexo con hombres o son bisexuales (de acuerdo con los reportes).

Según el reporte que las Direcciones Seccionales de Salud hacen al Ministerio, el mayor número de casos de personas viviendo con VIH/SIDA o fallecidos por la enfermedad, lo presenta la ciudad de Bogotá con 7.765 infectados.

Antioquia con 4.609 casos; Valle con 2.789; Atlántico 1.293; Risaralda 953 y Norte de Santander con 943 personas reportadas. Estos son los departamentos que más casos han notificado.

Por edades, el 70.4% de los casos reportados está entre los 20 y 40 años de edad siendo el grupo de 25 a 29 años el más alto, con 4.985 casos; le sigue el de 30 a 34 años con 4.870; de 20 a 24 con 3.434 y la población entre 35 y 39 años con 3.226 casos.

De los 23.447, casos notificados el 84.8% pertenece al sexo masculino y el 14.4% al femenino. Sin embargo, el análisis por años indica que la epidemia afecta cada vez más a las mujeres: mientras en 1986 la relación era de 47 a 1, para el 2001 la relación había disminuido a 3 hombres por cada mujer infectada.

La tendencia en los niños menores de 1 año tiene un comportamiento paralelo a la del grupo de mujeres en edad fértil, con un crecimiento sostenido en el número de casos de infección por VIH neonatal (transmisión vertical)

## **2.2. Prestación de Servicios Asistenciales a los Pacientes Infectados por VIH**

La situación ideal para la atención a este grupo de pacientes debe ser en grupos de atención integral que contemplen las diferentes áreas del conocimiento.

La realidad es que aproximadamente el 70% de los pacientes no son manejados por especialistas y/o grupos integrales de manejo, se destacan algunos casos como son las EPS privadas de Bogotá Compensar, Famisanar, Cafesalud y los grupos de atención integral en Cali y Medellín.

Se destaca en este análisis, el hecho de que en las ciudades capitales hay una concentración del recurso médico capacitado. Sin embargo en algunos programas son médicos generales sin una capacitación adecuada, quienes manejan los pacientes y quienes además, no son estables en el programa ya que dependen de las figuras de contratación de la entidad. Aunque en algunas de estas, son especialistas en Enfermedades Infecciosas los que tratan a los pacientes, los exámenes de laboratorio y la adquisición de medicamentos están supeditados al proceso administrativo de costos y no de calidad, por lo cual en muchas ocasiones el concepto técnico del especialista no es tenido en cuenta.

Así mismo, por la estructura de los sistemas de contratación, hay presiones por parte de las entidades contratantes para que haya una disminución en los costos de atención, aún a costa de la calidad de atención científica de ésta.

Entre los exámenes necesarios para el estudio de los infectados, no se encuentran ni la carga viral, ni estudios genotípicos de resistencia, por lo cual la gran parte de los pacientes son manejados con base en el recuento y evolución de los linfocitos CD4, lo cual a la luz del conocimiento actual es inadecuado e impreciso y no garantiza que el tratamiento este siendo eficaz. Unas pocas entidades realizan el examen de la carga viral, aunque no con la periodicidad indicada, y algunas otras que lo realizaban, ya no lo hacen por problemas inherentes al alto costo.

La disponibilidad a los medicamentos antiretrovirales y de algunos necesarios para el control de las enfermedades asociadas, se ha constituido en uno de los principales problemas para garantizar la atención integral a la población viviendo con VIH/SIDA en el mundo, debido a que las diferentes barreras que existen,



especialmente administrativas y económicas, alejan la posibilidad real para las personas de tener derecho a la salud y a una vida digna y productiva.

Se identifican varios problemas :

1. Dificultad en el acceso por problemas en el aseguramiento de las personas (participantes vinculados)
2. Barreras de acceso a la población asegurada (SGSSS y regímenes especiales)
3. El tratamiento se ve afectado por los llamados “períodos de carencia“ en los cuales para el caso de las “enfermedades catastróficas” - incluyen cáncer, SIDA, insuficiencia renal, entre otras - se requieren mínimo 100 semanas, lo cual significa que el acceso al sistema de salud y el derecho a una adecuada atención cuando se padece una de estas enfermedades es dificultoso sino se ha cumplido con el requisito antes indicado.

Se calcula que en el país solo unos 7.000 pacientes infectados por el VIH reciben tratamiento con medicamentos contra el virus, porque la gran mayoría de los colombianos afectados no cuenta con la cobertura de Seguridad Social, o porque no cumplen con el tiempo mínimo de afiliación para que se les cubra el tratamiento.

4. Hay una limitación de Manual de Medicamentos del POS (Acuerdo 226 de 2002) y no hay una actualización permanente del mismo. De los 17 medicamentos existentes al momento y de los cuales se conoce su efectividad en el control de la Enfermedad, solo hay incluidos 8 en el Formulario de la Seguridad Social, lo cual va en contra de la tendencia mundial de manejo, en la cual se recomienda tener todos los medicamentos disponibles y decidir la terapia combinada adecuada, de acuerdo a la evaluación individual de cada paciente.
5. Se hace necesaria la disponibilidad de medicamentos a un costo razonable con óptima calidad. Siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, se han introducido en el mercado colombiano medicamentos “genéricos” ó “copias” con el fin de permitir una mayor disponibilidad de la medicación.

Desafortunadamente, aunque existen normas legales para garantizar que estos cumplan con las características farmacológicas y de seguridad, el INVIMA no las hace cumplir, argumentando que no existen laboratorios para realizar

estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad (a pesar de la existencia de algunos de ellos). Adicionalmente no hay los suficientes estudios clínicos por parte laboratorios productores .

Sin embargo por las características mismas del Sistema de Salud en Colombia, la “disminución del costo” en los medicamentos no garantizaría el acceso a los mismos, dado que mientras el paciente no tenga vinculación al SGSSS, y no exista una infraestructura adecuada, que permita una atención integral, no se tendría acceso a la salud, y quienes se beneficiarían con esta reducción de costos serían las EPS y las ARS y no los pacientes.

6. Limitaciones en la comercialización de medicamentos antiretrovirales (ARV) en presentaciones pediátricas y de algunos medicamentos para tratamiento de infecciones oportunistas. Existen unas pocas presentaciones pediátricas de los medicamentos antiretrovirales necesarios para el control de la infección o la disminución de la transmisión de la infección perinatal (madre – hijo ). Hay ausencia de algunos otros medicamentos necesarios para el control o la prevención de algunas de las manifestaciones oportunistas , ya sea por falta de interés, dado que no hay un volumen suficiente de pacientes o porque los medicamentos son de bajo costo y productividad, algunos de ellos no son importados por los laboratorios productores o no son producidos por laboratorios nacionales.
7. No hay disponibilidad de medicamentos para las madres gestantes y recién nacidos . Dentro de las políticas de prevención dadas por la Organización Mundial de la Salud, se encuentra la disponibilidad de medicamentos para todas las gestantes infectadas, con el fin de disminuir la transmisión vertical, excepto por la disponibilidad de Zidovudina IV por el programa de ONUSIDA, no hay voluntad para el suministro de formas orales para la madre y la continuidad del tratamiento del neonato con las formas en suspensión a pesar de estar incluidas en el POS.

Además la atención de las personas no aseguradas atraviesa grandes dificultades debido a las siguientes causas:

1. Desconocimiento por parte de profesionales de la salud, entidades gubernamentales y la propia población, sobre los derechos consagrados en las normas vigentes y que obligan al Estado a garantizar el tratamiento de las personas a través de IPS públicas y privadas, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta, así como de la protección especial a niños y mujeres gestantes (Constitución Nacional, ley 100/93, decreto 806/98).

2. Disminución de los recursos financieros, que permitan garantizar dicha atención, debido a la crisis económica del país y a problemas de corrupción.
  1. No hay unificación del formulario que va a los Comités técnico-científicos de las EPS y ARS con lo cual hay un incremento en el trabajo “administrativo” para el diligenciamiento de ellos. Además, no hay una periodicidad en las reuniones de estos comités en todas las EPS y ARS con lo cual se retarda el proceso de autorización y suministro de estos medicamentos.
  2. En algunas de las EPS no hay un suministro continuo de los medicamentos y hay demoras en la entrega generando con ello rebote de la carga viral circulante y emergencia de cepas resistentes.
  3. De acuerdo con documentos de la OMS los costos de los medicamentos antirretrovirales no son iguales a los de Centroamérica y otros países suramericanos, encontrando para algunos de ellos costos muy elevados en relación con otros países suramericanos (Argentina , Brasil, Salvador).
  4. No existe, en la mayoría de los centros de atención, una infraestructura adecuada que permita a los pacientes tener un manejo integral desde el mismo momento de solicitar la prueba (asesoría pre-test y post-test), recibir el resultado, realizarse los exámenes de protocolo de ingreso y los marcadores de evolución de la enfermedad y recibir un tratamiento correcto y oportuno.

Todos estos aspectos tienen un impacto directo en el manejo del paciente y se ve representado en una mayor morbilidad, lo que implica mayores costos al sistema, derivados de hospitalizaciones, manejo de complicaciones e incapacidades laborales.

### **3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: LA EDUCACIÓN CONTRA EL SIDA**

#### **3.1 Proyectos Generales**

Desde 1.993 existe en Colombia el Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES), fundamentado en la Ley General de Educación, el Salto Educativo, el Plan Decenal de Educación y la Ley de la Juventud; este proyecto debe ser implementado en todos los centros educativos de nivel primario y secundario, a través del Proyecto Educativo Institucional (PEI) que es propio para cada institución escolar.

Otro proyecto es el Educativo Intersectorial de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, Mediante la Capacitación de Líderes Escolares, que en marzo de 1.999, dio inicio a la segunda fase de acción, cubriendo a 15 departamentos del país con los más altos índices de incidencia, a través del trabajo con 4 instituciones escolares de cada región. A la fecha, este proyecto ha alcanzado 456 escuelas y 400.000 jóvenes en metodología de pares u homofílica. Este proyecto se ha venido realizando en concertación entre el Ministerio de Educación / Programa de Prevención de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud / Cruz Roja Colombiana.

Así mismo, existen dos proyectos pilotos relacionados con cuerpo, sexualidad y violencia, en comunidades cuyas características implicaban trabajos de investigación-acción en educación sexual; uno, interviniendo la comunidad de Villatina (barrio de la ciudad de Medellín) desarrollando propuestas de formación, comunicación y servicios para jóvenes escolarizados y no-escolarizados, madres jóvenes, docentes y madres comunitarias, para desarrollar la valoración corporal en la niñez y la juventud y fomentar una sexualidad sana, placentera y responsable, con cubrimiento de 4.500 personas entre 5 y 19 años.

El proyecto "Educación en Salud Reproductiva de Jóvenes para Jóvenes", pretende desarrollar procesos de capacitación y formación a jóvenes para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. La población-objeto son los jóvenes escolarizados y no-escolarizados de 4 ciudades del país, que presentan los más altos índices de mortalidad materna y embarazo precoz. Este proyecto está inscrito dentro del programa País 1.998 – 2.001 y se encuentra apoyado por el Fondo de Población de la Naciones Unidas (FNUAP).

Recientemente fue planteado el proyecto Fortalecimiento del Trabajo Con Comunidad Educativa, con el fin de respaldar, potencializar, afianzar y profundizar el trabajo que las instituciones educativas están realizando en educación sexual.

Otro de los proyectos desarrollados es el de Gestores de Salud, ejecutado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, durante 1.998, a través del Plan de Atención Básica (PAB); se cubrió una población de 3.000 jóvenes mediante conformación de grupos de pares y multiplicadores; los temas abordados incluyeron: autoestima, tolerancia, postergación de la actividad sexual, uso adecuado de condón y prevención de ITS, VIH y SIDA. Con relación a jóvenes no escolarizados, se conoce el proyecto realizado por la Agencia de Cooperación Alemana - GTZ - en tres ciudades del país.

La Organización No Gubernamental (ONG) CRESALC (Fundación para el Desarrollo Humano y Social) llevó a cabo el proyecto "Prevención de la Infección por VIH/SIDA en Jóvenes de áreas urbano-marginales de Colombia" en las localidades de Santa Fe, Candelaria y Mártires de la ciudad de Bogotá, durante el

año de 1.997, enfocados a una población-objeto formada por adolescentes tanto escolarizados como no escolarizados de sectores socioeconómicamente deprimidos.

Adicionalmente a este tipo de actividades, CRESALC elabora materiales educativos dentro de los que se destacan: cuadernillos para educadores sexuales, prevención del SIDA en la familia, revistas de sexualidad humana y educación sexual, materiales dirigidos a maestros e instructores de la comunidad, videos y material en audiocasetes con sus respectivas guías didácticas, entre otros. Ofrece, por otra parte, actividades educativas de tipo taller dirigidas a comunidades educativas, instituciones, empresas, profesionales de la salud, educación, ciencias sociales, comunicación, etc.

En el ámbito universitario se ha venido desarrollando educación continuada, en pre y post grado; se ofrece en la actualidad el diplomado en infección por VIH y SIDA (Universidad del Rosario) y Programas de Post-grado en Educación Sexual. Sin embargo a nivel de pregrado la intensidad horaria para el tema de la infección por VIH y Enfermedades de transmisión Sexual es muy pobre, así mismo en el tema de promoción y prevención.

### **3.2. Proyectos Ejecutados**

De acuerdo con el informe del Grupo Temático de ONUSIDA en Colombia en agosto de 2001, los siguientes proyectos fueron ejecutados durante el año 2.000, o están aún en curso, dentro del marco del Plan Estratégico y bajo la responsabilidad directa de ONUSIDA

- Proyecto "Reducción del Riesgo de ITS/VIH/SIDA del Consumo de SPA, con Trabajadores del sector Turístico de la Isla de San Andrés". Proyecto interagencial (UNICEF, UNDCP, OPS).
- Proyecto "Medios de Comunicación y SIDA".
- Proyecto "Evaluación de la calidad de los programas de prevención y atención en el VIH/SIDA, en las instituciones adscritas al SGSSS". (Medellín, Barranquilla, Bucaramanga).
- Apoyo a los Programas Piloto de Reducción de la Transmisión Madre a Hijo. (Cali, Barranquilla, Pereira, Villavicencio, Cúcuta, Leticia, Montería).
- Continuación del proyecto educativo sobre VIH/SIDA, dirigido a las Facultades de Ciencias de la Salud. Reedición de tres módulos educativos (Epidemiología, Educación Sexual y Derechos Humanos).
- Proyecto iniciado por el Ministerio de Salud en 1995 y suspendido en 1997.

### 3.3. Proyectos en Ejecución

Los siguientes proyectos/actividades están siendo ejecutados o serán iniciados en este año, con fondos PAF (Program Acceleration Funds) de la Secretaría General de ONUSIDA y dentro del marco del Plan Estratégico Nacional:

- Apoyo al proyecto "Escuchamos propuestas" con estudiantes de secundaria. Co-financiación de la implementación de los mejores proyectos locales diseñados en 1999.
- Fortalecimiento de grupos de trabajo en educación para la prevención y el empoderamiento, al interior de las ONG regionales (Costa Atlántica, Llanos Orientales, Eje Cafetero).
- Continuación del apoyo a los programas piloto de reducción de la transmisión madre-hijo, en siete ciudades.
- Capacitación en autocuidado y empoderamiento a personas viviendo con el VIH. (Valle, Cauca, Nariño).
- Intervenciones comportamentales con adolescentes y jóvenes en municipios receptores de población desplazada por el conflicto (Barrancabermeja, Montería).
- Intervención educativa con población carcelaria (Bogotá).
- Investigación e intervención con población indígena del departamento del Amazonas.
- Actividades iniciales de la estrategia de movilización de la empresa privada. Talleres de sensibilización y capacitación. Conformación del Consejo Empresarial ante el SIDA (Bogotá, Medellín).
- Investigaciones etnográficas sobre dinámicas familiares y sociales relacionadas con sexualidad y convivencia con VIH/SIDA (Medellín).
- Investigación epidemiológica sobre situación y tendencias de la epidemia con relación a estrato socioeconómico.
- Propuesta de Educación Transcurricular en Infección por VIH/SIDA para Facultades de Ciencias de la Salud.
- Proyecto de Fortalecimiento de las acciones de Prevención, Control y Vigilancia del Programa Nacional de ITS/SIDA Colombia 2002-2005

Vale la pena anotar que a comienzos del año 2.000 se aprobó la versión final del Plan Integrado de las Agencias de Naciones Unidas ante el VIH/SIDA, el cual hace parte del Plan Estratégico Nacional de Respuesta a la Epidemia del VIH/SIDA años 2000-2003, diseñado por un grupo intersectorial e interinstitucional de trabajo en planeación estratégica, con la coordinación general del Grupo Temático.

Las ocho estrategias marco del Plan Estratégico son las siguientes:

- Consolidación de la Coordinación Intersectorial e Interinstitucional.

- Fortalecimiento de Acciones en Información, Educación y Comunicación.
- Promoción de la Participación Social.
- Diseño de Programas y Proyectos de Prevención y/o Asistencia con las Poblaciones de Mayor Vulnerabilidad.
- Movilización del Sector Privado.
- Actualización, Desarrollo y Divulgación del Marco Legal y Normativo del VIH/SIDA.
- Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Investigación, Evaluación y Monitoreo.

A pesar de todos estos esfuerzos se nota una falta de implementación y desarrollo del Plan Nacional de Educación Sexual. No hay un programa intersectorial (Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Sociedades Científicas, Empresa Privada) que contribuya a la disminución de la epidemia.

Se ha notado un aumento en el número de casos de infección por VIH lo cual demuestra una ineficacia de las “campañas de prevención” en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes.

Aunque no es el condón, la única herramienta orientada a la prevención, si se observa una falta de promoción, aún por las casas productoras, que estimule su uso.

Las pocas campañas oficiales que ha hecho el Ministerio de Salud, además de que tienen difusión en horarios inconvenientes (“solo para adultos”), han sido muy pobres en su penetración.

La realidad de la prevención en VIH-SIDA deja mucho que desear para impactar sobre grupos más vulnerables de población, gestantes y niños, transmisión sexual, comercio sexual tanto de adultos como de niños y drogadicción. Esto en un entorno de pobreza, desempleo, falta de oportunidad en educación, marginalidad y desplazamiento forzoso, es un caldo de cultivo para la transmisión del VIH-SIDA si no se toman decisiones estratégicas en prevención de la enfermedad, que requieren de la voluntad política y de financiación, para implementarlas sistemáticamente.



#### 4. LEGISLACIÓN EN COLOMBIA PARA EL VIH/SIDA

Para los enfermos de VIH / SIDA, existe otra pandemia paralela y concomitante, que devasta a la población mundial, agravando la situación de las víctimas del VIH/SIDA y extendiendo sus consecuencias dañinas al conjunto de la sociedad, con el exagerado temor al contagio y sus secuelas, la estigmatización y la discriminación de las personas afectadas y en muchos casos de su familia, allegados y amigos.

La soberanía interna de los Estados, tiene por límite reconocido las normas de derechos humanos, las que no toleran la idea de la discriminación por razones de edad, sexo, raza, creencias, idioma, o condición alguna.

La ley nacional regida por las normas constitucionales, debe reflejar estos derechos y adecuarse a la juridicidad propia y a la internacional en cuanto al respecto a la dignidad y a la igualdad, esenciales de todas las personas, incluidos los enfermos de **SIDA**, sin generar una situación más gravosa a su estado.

El derecho internacional realiza un aporte valioso al adecuar al mayor consenso logrado entre los Estados en materia de deberes y obligaciones, en favor de las personas, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a las demandas que impone el **SIDA** en cada país que se presenta. La doctrina elaborada sobre estos derechos afecta, de manera indiscutible y significativa, tanto los derechos civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales nacionales y las numerosas normas establecidas en los tratados, que tienen cada vez más un reconocimiento mundial muy amplio.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, estos, se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan se tienen los siguientes: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1.976). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y al goce de los beneficios del progreso científico. (1.976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1.981); Convención sobre los Derechos del Niño (1.990), Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1.993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1.994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la



Mujer, Beijing (1.995). Declaración de los Derechos Fundamentales de la Persona que Vive con el VIH / SIDA.

La aparición de la infección por VIH y el SIDA condujo a modificaciones importantes en todos los campos humanos. Uno de los cuestionamientos que la infección trajo consigo, hace referencia a los derechos sexuales de las personas. En parte, ellos surgen a raíz de la intolerancia que se presentó ante minorías sexuales tanto por parte de los equipos de salud, como de la sociedad como un todo. Se ha planteado que tales derechos son:

- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos
- Derecho a la integridad física, psíquica y social
- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva
- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual
- Respeto a la opción de la reproducción
- Elección del estado civil
- Libertad de fundar una familia
- Libertad de decidir sobre el número de hijos, el esparcimiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos
- Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado
- A la igualdad de sexo y género
- Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad
- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual
- Libertad de elegir compañero(a) sexual
- Elegir si se tienen o no relaciones sexuales
- A elegir las actividades sexuales según sus preferencias
- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad
- A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad
- A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre
- A disponer de opciones con mínimo riesgo
- Derecho a disponer de servicios de salud adecuados
- A recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades
- A recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos

El Estado Social de Derecho, los principios de dignidad humana y de solidaridad social, el fin esencial de promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los derechos, deberes y principios constitucionales y el derecho fundamental a la igualdad de oportunidades, guían la interpretación de la Constitución e irradian todos los ámbitos de su regulación propiedad privada, libertad de empresa, explotación de recursos, producción, distribución, utilización y consumo de bienes y servicios, régimen impositivo, presupuestal y de gasto público.

Es obligación del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, lo mismo que establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad y la ley señala los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Atendida la naturaleza de este derecho de orden económico y social, su goce efectivo depende de la acción estatal, en lo que incumbe a las condiciones generales de salud pública y el acceso de los individuos, a las prestaciones médicas requeridas para su atención en un nivel adecuado y satisfactorio, a su dignidad y necesidades personales. Estas funciones debe satisfacerlas mediante la disposición de normas complementarias apropiadas y la creación de los servicios públicos que deben ejecutar las acciones de salud suficientes, la regulación y control de las actividades que los particulares pueden desarrollar en el mismo campo y especialmente, en el de la recuperación y rehabilitación de la salud.

Los defectos y carencias de que puede adolecer la organización de los servicios de salud, su funcionamiento general y el ejercicio de potestades administrativas y de Gobierno, deben comprometer normalmente las responsabilidades políticas y administrativas de los gobernantes, las autoridades y los funcionarios, y ellas deben hacerse efectivas a través de los enjuiciamientos y procesos determinados por la ley.

#### 4.1. Derechos del Paciente Infectado por el VIH

Los pacientes infectados por el VIH deben gozar de los mismos derechos que tienen las demás personas. Sin embargo, debido al carácter de la enfermedad, las autoridades están en la obligación de darle a estas personas protección especial, con miras a garantizar sus derechos humanos y su dignidad.

El Estado debe evitar toda medida discriminatoria o de estigmatización contra estas personas, en la prestación de servicios, en el empleo y en su libertad de locomoción. Los derechos a la igualdad, a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, al trabajo, a la salud, entre otros, pueden ser objeto de vulneración o amenaza por parte de las autoridades o de los particulares, en muchos casos, como consecuencia exclusiva del temor que despierta la infección. Esta reacción negativa debe ser contrarrestada con una eficaz acción estatal tendiente a suscitar la comprensión y la solidaridad, evitando la expansión de la enfermedad.

La Constitución cuenta con mecanismos eficaces para proteger los derechos del paciente infectado por el VIH, entre ellos, la acción de tutela, mediante el Decreto 2591 de 1991, aún contra particulares encargados del servicio público de la salud, artículo 42, cuando de su prestación dependen los derechos a la vida, a la intimidad, a la igualdad y a la autonomía y en conexidad con cualquier derecho fundamental que pueda ser violado. Igualmente, el carácter de orden público de las normas epidemiológicas, obliga a los centros médicos a prestar una atención integral a los infectados por el VIH o enfermos del **SIDA**.

Igualmente en Colombia, con la expedición del Decreto 1543 de 1.997, el cual reglamenta el manejo de la infección por VIH/ SIDA y las otras enfermedades de transmisión sexual, sobre la base de las funciones de control y prevención estatales, el esfuerzo mancomunado intersectorial, la visión multidisciplinaria del trabajo frente a la infección y la determinación de derechos y deberes de las personas infectadas y de la comunidad en general, se logra dar prioridad, protección y reglamentación clara y concisa, con respecto a la atención, manejo y prevención de la enfermedad.

Esta fundamentación básica, derivada de lo contemplado en la Constitución Política de 1991, ha generado que por intermedio de la protección de los derechos fundamentales, consagrados en la misma, se logre que se de un adecuado tratamiento y atención a los efectos derivados de esta enfermedad, cimentado en el Derecho a la Vida como derecho fundamental, sin el cual, no se podría considerar una protección al Derecho a la Salud, ya que este *per se*, no es un derecho fundamental sino que debe de estar en conexidad con el Derecho a la Vida, así:

#### 4.1.1. Derecho a la Vida

La vida humana, está consagrada en la Carta de 1991 como un valor superior, que según las voces del preámbulo, debe ser asegurada por la organización política, cuyas autoridades, de conformidad con el artículo segundo, justamente están instituidas para protegerla. En perfecta concordancia con ese valor, en cuanto constituye proyección del mismo, encabezando el capítulo correspondiente a los derechos fundamentales, aparece el derecho a la vida (art. 11 Constitución Política.), caracterizado por ser el de mayor connotación, toda vez que se erige en el presupuesto ontológico para el goce y el ejercicio de los demás derechos, ya que cualquier prerrogativa, facultad o poder llegar a ser inútil ante la inexistencia de un titular al cual puedan serle reconocidos.

El derecho a la vida es de tal trascendencia que "viene a ser la causa última de todos los derechos" y se complementa con otros, como son, los que se refieren a la integridad corporal y a la salud, sin perjuicio de la autonomía que les corresponde.

#### 4.1.2. Derecho a la Salud

La salud reviste la naturaleza de derecho fundamental, merced a su relación inescindible con el derecho a la vida y al mínimo vital. La vinculación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, se aprecia con absoluta claridad, ya que la presencia de una patología semejante, además de conducir a la muerte, desmejora la calidad de la vida durante el tiempo al que todavía pueda aspirarse.

Igualmente ha sido reiterada la jurisprudencia que ordena que se suministre a los infectados por el VIH y enfermos del SIDA, los medicamentos antiretrovirales que el médico tratante indique. Y, en general, cuando está de por medio la vida sin consideración al tiempo de cotización mínimo.

#### 4.2 Servicios de Salud

En lo concerniente a la salud, se tiene que el Estado debe facilitar las condiciones que garanticen el acceso de todos los habitantes al servicio respectivo, no siendo posible entender que en todos los eventos, tenga la obligación de brindar un tratamiento exclusivo a un sujeto particular.

La prestación gratuita del servicio de salud, constituye un privilegio que puede estar justificado constitucionalmente, dependiendo de la finalidad o de los objetivos buscados. Esta circunstancia se presenta, entre otros casos, cuando para evitar un riesgo mayor como sería la presencia de un evento epidemiológico, llámese **SIDA** u otro, es indispensable destinar recursos sin posibilidad de una contraprestación. La atención integral y gratuita hace parte de la protección

especial a cargo del Estado, cuando la ausencia de medios económicos le impide a la persona aminorar el sufrimiento, la discriminación y el riesgo social que le implica sufrir una enfermedad terminal, transmisible, incurable y mortal.

Ahora bien, el Estado como primer paso, ha querido regularizar en cierta forma este derecho a la salud contenido en nuestra constitución, con la expedición de la Ley 100 de 1993 y la creación del Plan Obligatorio de Salud.

#### **4.2.1. El Sistema de Seguridad Social en Salud**

La Institución de la Seguridad Social, vigente en Colombia, venía presentando signos de deterioro y desigualdad reflejados en tres situaciones:

- a) El cubrimiento tan sólo alcanzaba a un 21% de la población, apenas comparable con Haití, frente al 45% promedio en América Latina;
- b) La inadecuada e ineficiente prestación de los servicios por más de 1.000 entidades de previsión en todo el país; y
- c) El déficit financiero generalizado del sistema.

Con el propósito de establecer un sistema al servicio del trabajador o afiliado como ente vital y asegurar el acceso efectivo de toda la población al desarrollo, cuidado y atención de su salud, el gobierno colombiano sancionó la LEY 100 de Diciembre 23 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

## **5. BIOÉTICA Y SIDA**

La epidemia del SIDA ha tenido la claridad de estremecer a la sociedad y hacer que se mire en su realidad socio económica y cultural, no sólo con relación a las personas que se han infectado con el VIH o que han enfermado por el SIDA, si no que más allá, ha obligado a que en la sociedad se reconozca la existencia de diferencias. Pero esta irrupción ha puesto a prueba además al conjunto de recursos biomédicos, científicos, económicos y sociales que sostienen el edificio social contemporáneo.

Los hechos y las ideas han sido cuestionadas, entre ellas, algunas que fundamentan las relaciones tradicionales de la sociedad, como el aparato jurídico. Normas y valores éticos han entrado en colisión, en la medida que las reacciones de los diferentes grupos sociales y de interés, se han visto afectados por las

consecuencias de la epidemia. Mientras algunos sectores claman por medidas restrictivas, e incluso punitivas, para quienes aparecen como propagadores de esta enfermedad, otros optan por proponer la elaboración de normas de resguardo de los derechos de las personas infectadas, mientras se protegen los derechos de la sociedad, con una mayor información sobre el SIDA y una investigación biomédica adecuada. Ello ha reinstalado el debate acerca de la ética y ha contribuido a la reflexión sobre la bioética.

Los principios bioéticos y jurídicos que promueven acuerdo serían:

### **5.1. Autonomía**

El concepto de autonomía, esencial cuando se trata el tema de los exámenes de detección del VIH, implica que una persona tiene el derecho a determinar sobre su cuerpo o su salud, de acuerdo con sus propios principios valóricos y prioridades personales. Es decir, el someterse a los exámenes de VIH debe resultar de una decisión informada, luego de la promoción pertinente de su importancia diagnóstica, y no de un acto coercitivo, impuesto por la sociedad sobre la persona.

### **5.2. Confidencialidad**

Base de la confianza necesaria entre médico y paciente, se desprende del principio de autonomía, y resulta de alta importancia, cuando se trata del manejo de los exámenes sobre VIH y de la información particular de las personas que viven con VIH/SIDA. Esto alcanza relevancia con relación a las conductas discriminadoras y la necesidad de las personas, que se sienten en riesgo de infección con el VIH, para realizarse los exámenes y tener el apoyo adecuado en un marco de seguridad de la identidad.

### **5.3. No Discriminación**

Se basa en el precepto de igualdad ante la ley y el derecho a no ser discriminado, que expresan como definición, que todas las personas tienen iguales derechos a desarrollarse y llevar una vida de acuerdo a sus posibilidades. Ello se traduce, respecto del tema SIDA, en la protección de los derechos humanos.

### **5.4. El Derecho a la Salud**

Existe más de una posible respuesta social frente a la atención de salud y las condiciones de salud pública de la sociedad, y ámbitos de acción diferentes entre los sistemas de salud que asumen obligaciones con las personas: sistema público y sistema privado. La interrogante se abre cuando se trata de establecer la atención de los enfermos con VIH/SIDA como bien público o bien asegurable.

Pero como se plantea en el ámbito de la bioética, existe una correlación entre derechos y obligaciones, es decir, mientras una persona tiene un derecho, otra

tiene una obligación. Por ello, junto a estos principios generales, se alzan otras categorías asociadas a la ética:

Las obligaciones de los profesionales de la salud para con los enfermos de VIH/SIDA, consideran el principio de la beneficencia, es decir, realizar aquellas acciones que maximizan los beneficios y reducen los daños. En esta categoría se sitúa precisamente el no revelar la información sobre los enfermos de VIH/SIDA. La experiencia indica, que cuando se conoce el diagnóstico de una persona VIH positiva, se producen más daños para ella, que beneficios para la sociedad: pérdida del empleo o problemas en el establecimiento donde estudia, aislamiento, hostigamiento de parte de otras personas u organizaciones, retiro de planes de seguro de salud, e incluso, acciones violentas.

Por otro lado, nos encontramos con las obligaciones sociales de los enfermos de VIH/SIDA. Esta categoría se asocia más bien al principio de la no maleficencia. Cuando se trata del tema SIDA, esto se refiere a la obligación de los infectados por el VIH y/o enfermos de SIDA de practicar el “sexo más seguro”. Según algunos bioeticistas, no existe excusa, ni justificación éticamente aceptable, para no ejercitar dicha conducta de prevención y cuidado, ya que una cosa es que una persona no divulgue o no confiese a su pareja que está infectada, pero otra muy distinta, es no practicar el sexo más seguro. Sin embargo, este principio debe considerarse en un contexto socio-cultural cruzado por dificultades, en particular para conversar temas vinculados con la sexualidad; las relaciones de pareja y con las personas más próximas; la autoestima y las necesidades de afectividad y apoyo psicológico; dificultades que aumentan cuando a estos temas se asocia el SIDA.

### **5.5. Sobre VIH/SIDA, Investigación en Ciencia y Tecnología**

Existe en el país normatividad suficiente, que no se está cumpliendo. Se puede disminuir el impacto de la epidemia con trabajos y decisiones en grupo, que no se están haciendo, y además no se está promoviendo adecuadamente la documentación para intervenir la epidemia y orientar las acciones que puedan llevar a controlarla.

### **5.6. Sobre VIH/SIDA, Salud Pública y su Financiación**

En el actual Sistema de Salud en Colombia, la identificación de la persona desapareció, puesto que se le ve como un cliente y no hay una confianza entre médico y paciente, lo que establece una relación perversa que se estableció cuando las entidades prestadoras del servicio se convirtieron en empresas. Mientras exista la necesidad de prestar servicios de salud con ánimo de lucro, el problema persistirá.



## 6. PROBLEMAS Y VACÍOS

### 6.1. Relativos a las Autoridades y al Sistema Nacional de Salud

De acuerdo con las cifras en el ámbito mundial y los casos registrados en Colombia por el Ministerio de Salud, nos encontramos con un gran problema con relación a la infección por VIH/SIDA: el subregistro de personas conviviendo con la enfermedad, lo que limita el diseño de planes a mediano y corto plazo para el control de la pandemia.

La falta de información sobre la enfermedad por parte del equipo de salud lleva a diagnósticos tardíos, registros deficientes, mal manejo médico de la infección con la consecuente presentación de complicaciones, e incremento en los costos de la atención y de la morbi-mortalidad.

El desconocimiento por parte de la población general y vulnerable, de conceptos claros sobre esta patología, incrementan los porcentajes de casos y retardan su consulta al equipo de salud capacitado para su manejo. La educación como estrategia de promoción y prevención, con la que finalmente se pretende modificar conductas de riesgo, y la adopción de estilos de vida saludable, donde el autocuidado es la piedra angular, no se llevan a cabo o se hacen en forma muy deficiente.

La transformación del SGSSS avanza en forma lenta y traumática, particularmente para las personas infectadas con VIH y enfermas de SIDA. Por ejemplo, el POS estableció la atención integral de las personas infectadas con VIH y SIDA; no obstante, estas personas continúan experimentando grandes dificultades tanto para la inscripción a las EPS como para el acceso a la terapia antiretroviral (TAR). Para acceder a estos medicamentos, las personas con VIH y SIDA se ven obligadas a recurrir a la acción de tutela, invocando el derecho fundamental a la vida.

Por lo menos la mitad de las personas viviendo con VIH y SIDA no están cubiertas por el sistema; en principio, tienen acceso al sistema como *participantes vinculados* (régimen de transición), quienes por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado o del régimen contributivo, tienen derecho a los servicios de atención de salud a través de las Direcciones Territoriales de Seguridad Social en Salud (DTSSS), que a su vez subcontratan las Empresas Sociales del Estado (ESE) o a las IPS privadas. Sin embargo, las DTSSS no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir de forma continua y adecuada el suministro de los medicamentos antiretrovirales.



## 6.2. De la Atención a los Pacientes Infeccionados

Falta capacitación de los profesionales de la salud implicados en el manejo de los pacientes infectados.

Las EPS se han ceñido a la ley en lo que les resulta conveniente, como lo es el condicionamiento de la atención y entrega de medicamentos, en el caso de servicios de alto costo, a periodos mínimos de cotización (100 semanas) aún en circunstancias de gran necesidad para la salud individual; olvidando los textos que les obliga a no exigir algunos requisitos para acceder al sistema, como los copagos y cuotas moderadoras a quienes no tienen capacidad de pago, desconociendo que en ningún caso esos pagos se deben convertir en barrera de acceso para los más pobres.

Con relación a las características de la prestación del cuidado integral, en la actualidad se afrontan algunas dificultades importantes:

No todos los medicamentos antirretrovirales están disponibles en el Plan Obligatorio de Salud (POS); sin embargo, debe considerarse que en el momento de adecuación de los Planes Obligatorios de Salud, se tenían solamente esos medicamentos aprobados para su comercialización en el país. El Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA, preparó una solicitud formal ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para la adecuación del POS en estos contenidos, la cual se entregó a la Secretaría Técnica del Comité de Medicamentos, para su evaluación y presentación ante el CNSSS. Esta solicitud formal se presentó siguiendo los procedimientos reglamentarios para tal fin. Se adjuntaron los documentos técnicos de soporte, un informe técnico de justificación de la inclusión y un trabajo de costos, de acuerdo con las alternativas terapéuticas aprobadas internacionalmente, que a su vez, están consignadas en las guías de atención integral discutidas en meses recientes, las cuales harán parte integral del sistema, y sobre las que se implementará objetivamente, el proceso de control de la atención integral a las personas que viven con VIH y SIDA.

En la última actualización del formulario terapéutico acuerdo 2226 de 2002 se incluyeron únicamente 3 medicamentos, anteponiendo intereses económicos, con un desconocimiento absoluto de la farmaconomía, a los avances científicos y recomendaciones actuales, así como a la epidemiología propia de nuestro país, en la cual la prevalencia de enfermedades como la tuberculosis y las micosis sistémicas hace necesaria la presencia de ciertos medicamentos (Efavirenz, abacavir, itraconazol, entre otros).

En relación con la población femenina, se tiene carencia de ginecólogos en los equipos de atención al infectado, desconocimiento de las particularidades de la infección en mujeres por parte de los encargados de atención, falta de apoyo especializado para mujeres, incluyendo carencia de grupos de autoapoyo.

De acuerdo a los lineamientos de la OMS se han introducido en el mercado farmacéutico colombiano medicamentos “genéricos”, sin embargo, no existen los mecanismos que permitan garantizar su equivalencia al medicamento innovador. Adicionalmente no existen mecanismos que puedan garantizar la calidad de los medicamentos que han ingresado al país.

No se encuentra contemplado el examen de carga viral en los beneficios ofrecidos por el POS y POS-S. La respuesta a este punto fue incluida dentro de la petición mencionada en el punto anterior.

Las personas vinculadas no tienen acceso a la atención integral. En la relación de un Estado y un sistema de gobierno, en el que se plantean deberes y derechos en múltiples aspectos, el factor económico limita la actuación del gobierno para satisfacer todas las necesidades existentes.

Aunque la reforma generó los planes de beneficios sobre bases técnicas ampliamente debatidas, el SGSSS es aún incipiente y en crecimiento, por lo cual no es posible atender las necesidades de personas no aseguradas de la misma forma como está definido en los planes de beneficio. Esta limitación real, lentifica el proceso de respuesta del gobierno ante la situación; sin embargo, contempla el proceso de atención con cargo a los recursos de oferta, los cuales son muy limitados. Sobre esto debe profundizarse, ideando alternativas para el caso particular de las enfermedades de alto costo y sigue abierto el debate de la justicia contributiva, conmutativa y legal.

El Ministerio de Salud ha disminuido el apoyo a las ONG. Siguiendo el proceso de reforma y la descentralización de las entidades territoriales, al igual que las responsabilidades de las Direcciones Territoriales, los recursos económicos del Programa Nacional han disminuido y esto limita el proceso de apoyo del nivel central a las ONG. Entonces la mirada debe orientarse hacia estas entidades descentralizadas a las cuales la reforma entregó dinero para acciones de prevención y promoción, amparadas en el perfil epidemiológico de la situación local.

Otras importantes barreras que encuentran en la práctica las personas viviendo con el VIH/SIDA, para el acceso a la atención integral son las siguientes:

- Selección de riesgo por parte de las entidades de aseguramiento que colocan obstáculos para la afiliación si se identifica al potencial afiliado como afectado por una "enfermedad ruinosa" como el SIDA.
- Carencia o suministro insuficiente de información EPS a los afiliados, sobre los derechos y procedimientos existentes para su reconocimiento y para el suministro oportuno de servicios dentro del POS. La deficiente aplicación de la normatividad existente y el desconocimiento de las mismas, generan irregularidades en la prestación del servicio, tales como, el cobro indebido de copagos, la exigencia de períodos mínimos de cotización para mujeres en embarazo. Ausencia de actividades de promoción y prevención, particularmente con relación con el VIH/SIDA, por parte de las EPS. Es particularmente notable la ausencia de las actividades de evaluación de riesgos y detección temprana, debida en gran parte, al temor de inducir una "excesiva" demanda de servicios.
- Ausencia de integralidad en la atención y falta de acceso a pruebas específicas para diagnóstico y seguimiento adecuado de los pacientes. Ejemplos de ello son la carencia del examen de carga viral en el POS, y la poca claridad de las normas sobre derechos de grupos específicos, como el de mujeres embarazadas, o lo relacionado con los períodos de carencia en el régimen contributivo.

Los problemas señalados en el punto anterior, repercuten también en la falta de conocimiento preciso acerca de la cobertura del aseguramiento y del reaseguro que garantice la atención integral a las personas viviendo con VIH y el SIDA, dentro del contexto particular del SGSSS. Tampoco se conoce la situación real de la cobertura de atención en los regímenes de excepción (FFMM, Magisterio, Ecopetrol. Sin embargo se sabe que en las FFMM no existen períodos de carencia ni copagos.

Al parecer existe una selección inducida por parte de algunas EPS que refieren a los pacientes con infección por VIH y el SIDA hacia el Instituto de Seguro Social (ISS), ó EPS con programas integrales de atención funcionales y efectivos, pero se carece de cifras que permitan corroborar y cuantificar esta apreciación.

Con relación a la atención de los llamados "vinculados", con algunas excepciones como la del Distrito Capital, las Direcciones Territoriales de Salud, no tienen un plan específico para la atención de las personas ubicadas dentro de esta categoría, que presentan alguna de las enfermedades de alto costo como el VIH/SIDA. Se carece de un sistema de información que permita el establecimiento

de cruces de bases de datos, que impida que personas afiliadas al régimen subsidiado, o al régimen contributivo, consuman los recursos de subsidio a la oferta como si fueran vinculados.

La mayoría de las Direcciones Territoriales de Salud, especialmente del orden departamental, no tienen planes de atención de los afiliados al régimen contributivo que se encuentran en período de carencia y que no tienen capacidad de pago. El requerimiento de cuotas de recuperación a las personas vinculadas, cuando solicitan atención para enfermedades de alto costo, podría considerarse inequitativo frente a lo establecido en el régimen subsidiado, el cual no exige copagos para la atención de alto costo.

En el país existen seguros de salud en modalidades de póliza de hospitalización y cirugía y como contratos de medicina pre-pagada. En términos generales, la infección por VIH y el SIDA no están considerados para las coberturas definidas dentro del contrato (exclusiones). Sin embargo, se cuenta con algunas excepciones en las pólizas de hospitalización y cirugía, que hacen el cubrimiento de esta infección y sus enfermedades asociadas.

Por otra parte, cuando los contratos de medicina prepagada están unidos al POS en la misma empresa, la infección por VIH y el SIDA quedan cubiertos.

### **6.3. De la Prevención y la Educación**

Dificultad para adopción a partir del conocimiento del diagnóstico, de medidas de cuidado en el ámbito sexual, tanto para la posibilidad personal de reinfección como para otros.

Discriminación familiar, social y laboral, fundamentalmente. Tendencia o necesidad individual y colectiva de ocultar la condición de salud. Prejuicios y mitos existentes alrededor del SIDA.

Específicamente para la población infantil, existe discriminación escolar, carencia de atención en salud a nivel escolar y falta de especialistas pediátricos en infección por VIH y SIDA.

Hay una falta en el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Educación Sexual, y una falta de penetración de las escasas campañas desarrolladas por el Ministerio de Salud. Se detecta una gran debilidad en la capacidad de gestión, falta de recursos económicos, no hay cumplimiento de la ley. No hay continuidad en los programas de prevención y detección.

La mayoría de los procesos preventivos desarrollados en el país, son únicamente de información. No se parte de las necesidades sentidas de la población-blanco a quien se dirige una campaña. En ocasiones, ni siquiera se parte del concepto de poblaciones-blanco, sino que las actividades están orientadas a la comunidad en general.

La investigación etnográfica para el diseño de materiales educativos o informativos no se realiza en la mayoría de los casos. No se realizan evaluaciones conceptuales, ni validación de materiales, como tampoco se involucra en el diseño de campañas, a los grupos de población a los que se pretende llegar.

En algunos procesos educativos puntuales, se han dado intentos de focalización de poblaciones vulnerables, con investigación etnográfica y validación de materiales, aunque estos procesos no han tenido continuidad. Falta la asesoría técnica y profesional en la realización de materiales y selección de los mismos.

Muchos materiales se traen del extranjero y solamente se traducen para ser reproducidos, lo cual ha significado el desperdicio de recursos, pues nuestra realidad, valores, actitudes, prácticas, conceptos y lenguaje, son diferentes.

Hay una falta de voluntad política real de las directivas de los estamentos oficiales responsables de la promoción de la salud, la prevención de la Infección por VIH y la educación en este campo, para generar campañas e informaciones tendientes a lograr un cambio actitudinal de la población.

No hay inclusión, en el presupuesto de las entidades de salud, propuestas informativas y educativas frente a la infección por VIH orientadas a la población general y sectores específicos de ella.

Los medios masivos de comunicación resultan cruciales al momento de generar información relevante frente a la infección por VIH y el SIDA y de promocionar, desde el posible nivel educativo, un incremento de conocimientos o un cambio de actitudes y comportamientos que resulten protectores para la salud individual y colectiva.

En general los medios masivos de comunicación pertenecen a una elite del poder, de forma que se encuentran al servicio de quienes ejercen el control de la sociedad.

Los mensajes son emitidos de manera vertical, posiblemente autocrática y unidireccional al público receptor, en un afán de que se introyecten ideas, ideologías, resignación, adaptación al orden establecido o creación de necesidades de consumo, olvidándose que los medios masivos de comunicación

son agentes de cambio y su objetivo debería ser, ante todo, el de orientación a la sociedad en la búsqueda de soluciones para sus grandes problemas, como si lo hace la comunicación popular o de la comunidad. *"En un año de cine, radio, prensa y televisión, una persona recibe mayor información, decisiva para la conducta humana, que en todos los años de estudio que un profesional pueda tener, incidiendo en sus nuevos valores y comportamientos".*

Otro de los puntos decisivos se relaciona con el empleo del lenguaje como "gente con SIDA", cuando se informan noticias relacionadas con la epidemia. Términos como "peste", "víctimas", "contaminación", etc., refuerzan las malas interpretaciones, además de ser incorrectas. Por esto, los profesionales de la salud capacitados y con alta competencia cultural podrían y deberían asesorar a la prensa en la utilización de símbolos verbales, visuales, musicales, etc., que no solamente no ayudan a realizar prevención, sino que la dificultan.

No se ha sabido utilizar bien el canal; un ejemplo de ello se da cuando por los medios masivos se pretende, con base en un mensaje, cambiar aspectos actitudinales y conceptuales para hacer prevención, cuando el objeto sería el informar y/o reforzar un proceso que se dé a partir de otras instancias. Los costos de la utilización de estos medios son excesivamente altos para los presupuestos con los que se cuenta.

Los medios masivos no muestran un compromiso real con los proyectos de tipo social estando centrados más bien en la productividad económica o en los intereses particulares de los dueños.

Algunos medios aún siguen manejando lenguajes donde se estigmatiza y no se brinda una información completa, veraz y actualizada de la realidad de la infección por VIH y el SIDA.

No se le da buen uso a la prensa como medio de sensibilización; los comunicadores miran el problema de la infección por VIH y el SIDA sólo cuando se conceptúa que "algo es noticia", se requiere una información puntual o cuando hay fechas o eventos especiales. Realmente, los medios han perdido interés en el tema.

Se requiere el desarrollo de estrategias por parte de las autoridades sanitarias para llegar a los medios, evitar la potencial manipulación por los mismos y lograr su colaboración para la implementación, información y prevención.

Existe descoordinación entre los diversos sectores que trabajan en VIH y SIDA, para la adecuada y efectiva (en el sentido de generadora de efectos) utilización de

los medios. Se ha trabajado más en los medios masivos que en los alternativos, como lo son canales, emisoras, periódicos regionales y otros.

Al interior de la universidad para su comunidad educativa (docentes y estudiantes) se desconocen actividades de prevención y promoción como programas continuados; solo se conocen de acciones puntuales y con falta de continuidad.

A nivel individual, la formación académica básica como la capacitación específica para enfrentar el tema, de los diversos profesionales de la salud en Colombia, sigue siendo deficiente, como también lo son la motivación y sensibilización de los profesionales para tratar en forma adecuada a los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad a las ITS y el SIDA, sin generar resistencias o proyectar los prejuicios personales, mitos y tabúes existentes en torno al VIH y al SIDA. Durante la formación básica de los trabajadores de la salud, se destacan los enfoques curativos y hospitalario o intramurales, con poca disponibilidad para el trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las llamadas Líneas amigas, que las han tenido algunas ONG, algunas Seccionales Territoriales de Salud (Risaralda, Valle, Norte de Santander) y el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud; algunas han desaparecido (entre ellas la del Ministerio), en razón de los costos que significa su mantenimiento. Otro de los inconvenientes mostrados por estas líneas, está en relación con quienes las atienden, en general voluntarios, que no son lo suficientemente preparados para ello. Sin embargo, se considera que a estas líneas amigas, no se les ha dado la importancia que se merecen, ya que no han sido evaluadas en términos de costo-beneficio.

No podemos ignorar que otro de los grandes problemas que han venido afectando a las personas infectadas con el VIH/SIDA, es la aparición de variedades vírales resistentes a los medicamentos, esto obedece, en primera instancia, a su manejo inadecuado por el profesional de la salud o por el paciente. De allí que exista un compromiso moral y social, con la salud de la humanidad, compromiso que debe asumir toda la industria farmacéutica sin excepción, con medicamentos que cumplan los requisitos de calidad, como son las buenas prácticas de manufactura y los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia y de farmacovigilancia, establecidos por la Organización Mundial de la Salud en todos los países del mundo.

La salud de los pacientes, será la primera beneficiada al recibir medicamentos que cumplan con la efectividad terapéutica que requiere el tratamiento de la enfermedad y los sistemas de salud, se verán igualmente favorecidos al reducir los sobrecostos que se generan por recurrencia de los pacientes a nuevas consultas



médicas, exámenes de laboratorios, gastos hospitalarios y ahora recompra de medicamentos de calidad.

#### **6.4. De los Aspectos Éticos y Legales**

Aunque no en todos los casos, ni en todas las instituciones (EPS, ARS, etc. ), se encuentra un desconocimiento de los derechos de los pacientes infectados por VIH y son vulnerados permanentemente; los pacientes deben acudir a las acciones de tutela y a otros mecanismos legales, para acceder al tratamiento integral y todo lo que ello conlleva, como una mayor congestión de los sistemas judiciales y un mayor costo.

### **7. PROPUESTAS**

Se debe estructurar el Programa Nacional de SIDA, dependiente del Ministerio de Salud y con una colaboración intersectorial, que incluya a los Ministerios de Educación, Comunicaciones y Hacienda, al Instituto del Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo, la industria privada y las Sociedades Científicas, lideradas por la Asociación Colombiana de Infectología.

Este Programa debe incluir:

1. Actualización de la información epidemiológica, garantizando el registro de nuevos pacientes, a través de un formulario y una base de datos únicos de fácil acceso.
2. Implementación del Plan Nacional de Educación Sexual.
3. Desarrollo de la Ley Nacional de SIDA.
4. Promover en conjunto, con las Facultades de Ciencias de la Salud y la Asociación Colombiana de Infectología, programas de capacitación para profesionales de la salud que estén trabajando con pacientes infectados por VIH.
5. Normatizar, a través de una guía técnica, el funcionamiento de los programas de atención integral a pacientes infectados.
6. Propender por la inclusión de todos los exámenes necesarios para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.



7. Favorecer la disponibilidad de medicamentos, procurando incluir todos aquellos disponibles y necesarios, para el manejo de la enfermedad y los nuevos a través de un Comité que incluya profesionales tratando pacientes infectados.

Con el fin de que este programa pueda ser ejecutado se propone el desarrollo e implementación de los siguientes puntos:

- 1.- Organizar un formulario único de registro de la infección por VIH que incluya los aspectos fundamentales de orden demográfico y epidemiológico, que permitan conocer el estado de la epidemia e influir en su progresión.

- 2.- Incrementar la atención por niveles de complejidad, que debe ser manejado de acuerdo a la severidad de su condición teniendo en cuenta las normas de la OPS.

- 3.- Desarrollar un censo para evaluar con una herramienta cuantitativa, el nivel de conocimiento de los profesionales que actualmente manejan los pacientes infectados por VIH, con el fin de desarrollar en conjunto con las facultades de medicina, un programa de capacitación para ellos. A partir de este se deben implementar unos criterios de calificación profesional para que se puedan manejar estos pacientes en los diferentes entes de salud.

- 4.- Elaborar por parte de la ACIN y su Comité de SIDA guías de diagnóstico, seguimiento y manejo de la infección por VIH, que sean asumidas por el Ministerio de Salud, EPS y ARS. En este punto en particular se debe insistir en la validez del concepto técnico-científico de los médicos especialistas en Enfermedades Infecciosas y/o con experiencia en el tratamiento de la infección, para la determinación de conductas, así como para la selección de medicamentos en las diferentes instituciones.

5. - Facilitar la disponibilidad de los medicamentos antiretrovirales a un costo razonable y con óptima calidad. A este respecto se destacan los siguientes puntos:

- El Estado debe garantizar el acceso a medicamentos antiretrovirales a todo paciente seropositivo que lo necesite, independiente de su vinculación al sistema y de su tiempo de afiliación a él.
- El Ministerio de Salud debe acoger las políticas de la OMS y profundizar en el estudio de las estrategias que utilizan otros países, para que se obtengan los medicamentos a bajo costo.



- Para Colombia, es beneficioso contar con diversas compañías productoras de medicamentos, pues ello incentiva la competencia y la disminución de costos, pero siempre y cuando, sean producidos con buenas practicas de manufactura y cumplan con los requerimientos mínimos de calidad farmacológica (biodisponibilidad y bioequivalencia).
- Los diferentes actores que adquieren medicamentos (EPS, ARS, IPS, etc.), deben incentivar a la industria farmacéutica, para que se someta voluntariamente a procesos de acreditación por entidades no gubernamentales, de control de calidad.
- El INVIMA debe vigilar los procesos de control de calidad e implementar los procedimientos de laboratorio, que se requieran para garantizar a profesionales de la salud y pacientes la calidad, de todos los medicamentos e insumos necesarios para el control de la salud.
- Conseguir a través de políticas estatales, un menor costo en la adquisición de medicamentos, por medio de estrategias que incluyan la disminución de aranceles, o adquisición directa por parte del gobierno de la materia prima, implementación de plantas de fabricación, tableteo y/o envase de los medicamentos. En este punto cabe considerar que se cree una bolsa o fondo de adquisición de medicamentos.
- Reglamentar y facilitar la adquisición de medicamentos pediátricos difíciles de adquirir en el mercado colombiano.
- Cuando por problemas de comercialización se dificulta la adquisición de un medicamento, el Estado debe facilitar la fabricación o importación del mismo y desarrollar mecanismos de distribución.

6.- Las gestantes y los recién nacidos, deben tener una prioridad dentro de las políticas del Estado, no solo por la vulnerabilidad de su condición, sino por la evidencia científica que existe sobre la prevalencia de la infección, ya que con un tratamiento oportuno y adecuado se consigue la disminución de la transmisión perinatal.

En este sentido se debe considerar:

- El cumplimiento del ofrecimiento de la prueba a toda mujer embarazada.
- El Estado y los diferentes actores, deben garantizar que toda mujer embarazada que padezca de infección por VIH, tenga acceso a los medicamentos antiretrovirales, este o no vinculada al Sistema de Seguridad Social.

7.- El Gobierno Nacional debe garantizar la revisión oportuna del manual de medicamentos del POS (mínimo cada dos años); agremiaciones científicas, académicas y ONGs deben velar por que se cumpla dicha tarea, bajo criterios de racionalidad técnico – científica y costo – beneficio. Seria conveniente establecer una inclusión inmediata de los nuevos medicamentos que aparezcan, de acuerdo

con un Comité en que participen miembros interdisciplinario creado para tal fin, con participación de Especialistas en Enfermedades Infecciosas y/o con experiencia en el tratamiento de la infección.

En dicho proceso se debe tener en cuenta:

- A la población pediátrica, en particular en cuanto a las presentaciones y a la inclusión de vacunas específicas para ellos y también para los adultos.
- Incluir dentro del CUPS los exámenes necesarios para el diagnóstico y seguimiento de la infección por VIH, a costas razonables, acorde con las recomendaciones internacionales y de la guía de manejo aprobada.

8.- Los profesionales e instituciones prestadoras de servicios de la salud y las entidades aseguradoras (EPS-ARS), deben concertar mecanismos que disminuyan los trámites administrativos para las solicitudes ante los CTC, a través de modelos novedosos de prestación de servicios. Los formatos de solicitud ante el CTC deben unificarse, para facilitar la gestión y la labor del médico.

9.- Los profesionales e instituciones prestadoras de servicios de la salud y las entidades aseguradoras (EPS-ARS), deben concertar modelos novedosos de contratación y prestación de servicios, en los cuales se pacten verdaderos programas integrales de atención, que incluyan el suministro de medicamentos por el prestador (ARV y de profilaxis).

10.- Es necesario que los profesionales de la salud, los prestadores de servicios, las ONGs, etc., profundicen en el conocimiento de los mecanismos legales y se conviertan en multiplicadores de la información, de tal manera que los pacientes puedan ejercer sus derechos.

11. Disminuir la incidencia de la infección por VIH y otras ITS a través de acciones de información, educación, comunicación y detección.

12.- Implementar, fortalecer y desarrollar de manera intersectorial e interinstitucional los mecanismos ya existentes para el control de una mayor diseminación de la epidemia.

Para estos dos puntos anteriores tener en cuenta:

- Cumplir con la ley sobre educación sexual.
- Promover la implementación de espacios curriculares para desarrollar el Plan Nacional de Educación Sexual.
- Formar multiplicadores sobre educación sexual para capacitar a los padres, a través de las asociaciones de padres de familia.

- Vigilar el cumplimiento de los programas de las normas de prevención educación y detección.
- Buscar estrategias para la aplicación de programas con los actores del conflicto armado en Colombia, a fin de intervenir desde el punto de vista de salud en sus áreas de influencia.
- Incrementar el cubrimiento de los planes de promoción a través de los medios masivos de comunicación.
- Evaluar y divulgar la información publicitaria a todos los niveles.
- Desarrollar una red de multiplicadores trabajando por grupo de pares.
- Incrementar los sistemas de información y educación a personas no escolarizadas vinculando: comités de participación comunitaria, cámaras de comercio, consejos empresariales, sindicatos, cajas de compensación, etc.

### **Medidas Inmediatas**

- Actividades de mercadeo social para promoción de sexualidad segura y de uso del condón.
- Interactuar con las empresas fabricantes y comercializadoras de preservativos para la implementación de las estrategias nacionales en el uso masivo del preservativo.
- Tamizaje, diagnóstico precoz y búsqueda activa de contactos, priorizando inicialmente los grupos más vulnerables como: adolescentes, adultos jóvenes y la mujer, a través de consulta de citología vaginal, planificación, atención prenatal, parto y posparto.
- Promover la utilización de prueba anticuerpos VIH de manera voluntaria y subsidiada.
- Fortalecer la intervención educativa y de tratamiento en los programas de atención a ITS.
- Promover la autotransfusión y velar por el cumplimiento de los estándares de calidad.
- Implementar las campañas de donaciones altruista de sangre.
- Implementar campañas en los medios de comunicación masivas, para evitar el uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

### **Medidas a Mediano Plazo**

- Implementar y reactivar las líneas amigas en el ámbito nacional y regional.

### **Medidas Largo Plazo**

- Implementar de forma obligatoria en los colegios y universidades programas de educación sexual.
- Implementar la ley sobre educación sexual.
- Fortalecer las ONGs.
- Tener en cuenta la educación escolarizada y no escolarizada.
- Comités de participación comunitaria: Educación no escolarizada.
- Implementar indicadores de gestión y cobertura, para conocer el impacto y evaluar.
- Programas de educación sexual en las carreras a fines con la salud.
- Educación en zonas de violencia (Problemas de guerrilla y para militares).

13.- Como problema multicausal, denunciar que el SIDA es una epidemia grande, es una pandemia que está afectando a muchas personas en todo el país y el mundo y que la forma como está funcionando el actual sistema de salud, no permite el respeto integral al derecho a la vida en el país. Por esto, se debe revisar el Programa Nacional para Prevención y Control de VIH/SIDA para que se respete este derecho, garantice la educación de los equipos de salud y el cumplimiento de las normas sobre el derecho a la vida con calidad y dignidad.

14.- Se debe producir una modificación de las políticas de salud del Estado colombiano sobre VIH/SIDA, de manera que **incluya lo preventivo** como aspecto privilegiado, sin descuidar ni excluir lo curativo y asistencial, e incluir un programa de auditoría externa a los prestadores de salud que sea eficiente.

15.- Se debe trabajar por una percepción correcta de la enfermedad, la infección y sus consecuencias, así como porque se entienda que la dignidad de los pacientes como personas humanas, no se pierde ni se modifica por la infección o la enfermedad. Igualmente que se garantice el derecho a morir dignamente, que tienen todo los pacientes con SIDA irreversible, certificado por personal médico y calificado.

16.- Educar a los organismos de salud que aquellos pacientes infectados, que están privados de la libertad, que ellos perdieron el derecho constitucional a la libertad, más no a la vida y a la salud y por ende, el Estado debe propender en garantizarles un tratamiento adecuado.

17.- El Ministerio de Salud debe retomar el control de todas las acciones de fomento, prevención, control, en suma, de un manejo integral del grave problema de Salud Pública que representan la infección VIH y el SIDA en el país.

18.- Suprimir de los registros de notificación, todo aquello que identifique en forma individual al paciente y mantener todo lo que permita obtener información para

orientar, ejecutar y/o evaluar acciones de salud. Es necesario aclarar que no se está proponiendo suprimir los registros. El concepto de confidencialidad se debe fundamentar en el respeto por el paciente, en su acompañamiento, en la no-información, sino de aquello que deba ser conocido por la autoridad de salud, y en hacer entender al paciente que este concepto es totalmente diferente al de anonimato, que puede generar más problemas que beneficios.

19.- Cualquier proyecto de investigación debe cumplir la legislación vigente y debe pasar por comités de ética, cuyo trabajo no termina cuando se apruebe o impruebe el proyecto, porque debe supervisar la ejecución hasta cuando finalice y se publique.

20.- Revisar la política sobre acceso y priorización de los recursos, para investigación, de manera que se garantice justicia y equidad a los diferentes grupos y actores.

21.- A pesar que existe normatividad nacional e internacional acerca de los deberes de los pacientes, como ser conscientes de su enfermedad y asumirla con responsabilidad, se recomienda que el Estado lidere este proceso de educación que no sólo deber ser interdisciplinario sino interinstitucional. La educación debe ser dirigida al paciente, equipo de salud y a la sociedad, todo el mundo tiene que ver con este problema, pero no todo el mundo lo percibe así.

22.- El campo legislativo debe proveer a Colombia de una ley unificada, orientada a educar las actitudes y normar las conductas de toda la población en la prevención de la epidemia, y el respeto de los derechos humanos de los infectados y portadores, debe ser una responsabilidad prioritaria para este logro.

De la misma manera se debe impulsar y reforzar la garantía legal a través del establecimiento de criterios y lineamientos concretos para hacer efectiva esta protección, los cuales deben estar basados en la convicción de que la protección y la promoción de los derechos humanos, son necesarios para defender la dignidad inherente a las personas infectadas por VIH-SIDA y para alcanzar los objetivos de salud pública; logrando reducir la vulnerabilidad de las personas a la infección por VIH, disminuir el impacto adverso del VIH-SIDA y potenciar a los individuos para responder al VIH-SIDA.

Dentro de este contexto se hace necesario, por tanto crear una Ley Nacional de SIDA, que agrupe y determine los esfuerzos que se han hecho hasta ahora con el Decreto 1543 de 1997 y las diferentes circulares, acuerdos, decretos y resoluciones que apoyan y regulan en alguna forma la prevención de la infección, con el fin de unificar y permitir que esta ley se aplique en todos sus aspectos.

Colombia no puede ser inferior a las acciones legislativas promovidas por otros países que han considerado la importancia de legislar y que como consecuencia de esta pandemia amenazante, han determinado el mayor movimiento legislativo en la historia de la humanidad.

Las razones que hacen necesaria la acción legislativa se fundamentaran en:

1. El VIH /SIDA es una epidemia con niveles alarmantes de propagación, alcanzado a población de todas las edades, culturas, géneros y condiciones socioeconómicas.
2. Los problemas éticos, sociales, jurídicos de salud que ha generado esta epidemia requieren respuestas y controles urgentes.
3. Se hace necesario la prerrogativa de la ley como factor ordenador y en su función formativa, para promover cambios en comportamientos personales, dando pautas para la transformación de los valores socio culturales que reduzcan la vulnerabilidad personal y social de la enfermedad.

De la misma manera deberán priorizarse los derechos fundamentales de derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la autonomía, derecho a la información adecuada y oportuna, derecho a la no-discriminación, derecho a la confidencialidad y derecho a la seguridad social sin limitación de tiempo, preexistencias y exclusiones, como está determinado actualmente.

Por tanto esta ley debe ser considerada un elemento fundamental de las políticas y programas destinados a combatir la epidemia, dando como resultado el poder reducir los costos sociales y económicos de la misma, facilitando la divulgación y la prevención.

También debe ser importante garantizar el derecho de los individuos a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, como elemento indispensable para el progreso socio económico.

Igualmente debe garantizarse un acceso completo a la salud, con todo lo que conlleva esta: atención, practica de exámenes y lo que es más importante suministro de medicamentos, lo cual debe ser concomitante con las investigaciones y los avances tecnológicos.

Y por último con esto se debe de propiciar protección jurídica a las personas que viven con VIH/SIDA, descongestionar los despachos judiciales con la

terminación de presentación de acciones de tutela, las cuales deben ser para estos casos de carácter excepcional y promover la educación, el autocuidado, la responsabilidad y la autonomía individual, haciéndose necesario la derogación de normas existentes que atentan contra los derechos fundamentales de las personas.



## BIBLIOGRAFIA

ACOSTA J., PRIETO F. **Situación de las Enfermedades de Transmisión Sexual Colombia. 1976-2000. Situación del VIH/SIDA.**

Instituto Nacional de Salud. Documento de Trabajo.

ALQUICHIRE C. **Informe Sobre el Estudio Centinela en Colombia.** Memorias del Seminario-taller sobre Vigilancia Epidemiológica e Investigación en VIH/SIDA. Bogotá, Mayo de 1999.

APOYEMONOS / Ministerio de Salud / **Programa nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual/VIH/SIDA / Mesa Coordinadora de ONGS Trabajando en VIH SIDA.** Bogotá, 1.997.

BERNAL, G., CHINCHILLA, F., DE LA HOZ, A., FERNANDEZ A., **Taller Técnicas para la Elaboración de Campañas de Prevención en la Infección por VIH/SIDA.** Universidad de los Llanos. Villavicencio, 1.994. Mecanografiado

BERNAL, G., FERNÁNDEZ, A. **El Qué, Quién, Cuando, De Qué y Cómo de la Asesoría en la Infección por VIH/SIDA.** Ponencia presentada ante los Equipos de Atención al Infectado por VIH, de los Hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Día Mundial del SIDA. Diciembre de 1.998. Mecanografiado.

BERNAL, G., FERNANDEZ, A. **Taller Actitudinal y Vivencial en Infección por VIH y SIDA para Equipo de Salud.** Preveducar / Cerromatoso S.A. / Hospital de Cauca. Montelíbano, Córdoba. Junio de 1.996. Mecanografiado.

CARACOL NOTICIAS. **Brasil prepara segunda batalla contra el SIDA.** Noviembre 20 del 2001.

CARACOL NOTICIAS. **Un gran problema en la lucha contra el SIDA entre los adolescentes de América Latina es el desconocimiento que hay de la epidemia, sobre todo en los estratos pobres, señala una investigación privada.** Noviembre 18 del 2001,

Casos Nuevos Registrados VIH + Y SIDA 1990 –2000. Fuente Minsalud

CASTRO J. **Resultados del Estudio Nacional Centinela.** Boletín Epidemiológico Nacional. Vol. 2, # 2. Ministerio de Salud. Bogotá, 1.995.

CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA/MINISTERIO DE SALUD. **Evaluación de las Campañas Propagandistas en Salud**. Bogotá, 1.995. Mecnografiado.

\_\_\_\_\_ **Comparation of best prices for ARVs for developing countries offered by pharmaceutical companies** . Tomado de [www.access-med.msf.org](http://www.access-med.msf.org)

Colombia. Muertes Por SIDA 1985-2000. Fuente Minsalud

CONSEJERIA PRESIDENCIAL PARA LOS DERECHOS HUMANOS. **Los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos**. Módulo Pedagógico # 2 para Formadores. FNUAP. Editorial gente Nueva. Bogotá, 1.999

### **Constitución Nacional**

Ley 10 De 1990

Decreto 1682 De 1990

### **Decreto 412 De 1992**

### **Ley 100 De 1.993**

Decreto 1571 De 1993

### **Decreto 1895 De 1994**

### **Decreto 1938 De 1994**

### **Decreto 2491 De 1994**

Decreto 47 De 2000

### **Decreto 806 De 1998**

Resolución Numero 00412 De 2000

Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1.981)

Convención sobre los Derechos del Niño (1.990)

### **Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, sentencia T-640 / 97, M.P. Antonio Barrera Carbonell.**

Sentencia T-328 de julio 3 de 1998. Magistrado Ponente: Dr. Fabio Morón Díaz.

Sentencia T-207 de 1995. M.P.Dr. Alejandro Martínez Caballero.

Sentencia T-597 de 1992. M.P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Sentencia T-597 de 1993. M.P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Sentencia T-494 de 1993. M.P.Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

" Sentencia T-484 de 1992. M.P.Dr. Fabio Morón Díaz

Sala Séptima de Revisión, sentencia T-645 / 96, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, sentencia T-236 / 98, M.P. Fabio Morón Díaz.

Corte Constitucional, Sala Plena, sentencia SU-111 / 97, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Corte Constitucional, Sala Plena, sentencia SU-480 / 97, M.P. Alejandro Martínez Caballero

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948)

Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1.993)

Declaración De Los Derechos Fundamentales De La Persona Que Vive Con El VIH-SIDA

EL ESPECTADOR. **Enfermedades de Alto Costo Buscan un Fondo Común.** , Septiembre 1 página 8ª, Bogotá, 2001.

"El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968

EL PAIS. **En Pance , Fundamor abriga a quienes son víctimas del VIH.** 19 de noviembre del 2001

EL TIEMPO. **Salud/ Tratamientos de Alto Costo SIDA y Cáncer: Reglas a las EPS.** diciembre 28 página 1-1, Bogotá, 2001

EL TIEMPO. **Reportaje de la Unidad Investigativa y de las Secciones Bogotá y Económicas.** 7 entregas y 2 editoriales. Octubre 7 al 14. Bogotá, 2001.

FUNDACION COLOMBIANA DE APOYO EN SIDA, HEPATITIS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL -APOYEMONOS-. **Taller sobre Actitudes en el Servicio Orientado a Profesionales y Voluntarios Miembros del Equipo de Salud de ONGs en Santafé de Bogotá Trabajando con Personas Viviendo con VIH/SIDA.**

FUNDACIÓN VIVIR MEJOR. **Encuentro Nacional e Internacional Aprendiendo a Vivir Mejor.** Cali, Mayo 18 a 20 de 1996

FUNDACIÓN VIVIR MEJOR. **2º. Encuentro Nacional e Internacional Aprendiendo a Vivir Mejor.** Cali, Mayo 30 a Junio 1 de 1997

FUNDACIÓN VIVIR MEJOR . **Encuentro Nacional e Internacional Aprendiendo a Vivir Mejor.** Cali, Mayo 22 al 25 de 1998

FUNDACIÓN VIVIR MEJOR . **Encuentro Nacional e Internacional Aprendiendo a Vivir Mejor.** Cali, Junio 2 a 5 del 2000

GUERRERO U., N; SEPÚLVEDA R.; GUTIERREZ E. **Calidad de Vida. Perspectivas de Cambio, Fundación Social**

KORNBLIT, A.L. SIDA y ITS: **Qué se ha Hecho y Qué sé Debe Hacer.** En : Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina. Editado por Mario N. Bronfman, Roberto Castro. Edamex. México, 1.999.

LA REPÚBLICA. **Crece Polémica por Fondo para Enfermedades Costosas,** artículo, octubre 10, página web, 2001

MENESES, E.A. **Comentarios y propuesta de Modificación,** para el proyecto de Ley No. 048 de 2001 del Congreso de Colombia. Bogotá. Mecnografiado

MINISTERIO DE SALUD. **Decreto 1543 de julio de 1.997.** Ministerio de Salud. Bogotá, 1.997.

MINISTERIO DE SALUD. Programa de Prevención y Control de las ITS/SIDA. **Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Colombia. 1985-1997.** Bogotá, Febrero de 1998.

Ministerio de Salud. **Resolución de establecimiento de las normas técnico administrativas del componente de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual/SIDA, dentro del programa de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud.** Resolución número 14081, Noviembre 21, 1991.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, SECRETARIA GENERAL TÉCNICA. **Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000,** Madrid 19 de diciembre de 1997

MOLINA SIERRA P.A **Fármacos y patentes: ¿términos excluyentes ¿** Ambito Jurídico 10 de Diciembre del 2001 al 13 de Enero del 2002. pagina 10

MORENO, L. **Informe sobre la Situación Actual de la Epidemia en Colombia.** En : Memorias del Seminario-Taller sobre Vigilancia Epidemiológica e Investigación en SIDA. Ministerio de Salud/ ONUSIDA. Bogotá, 1999.

ONUSIDA. **Resumen Mundial de la Epidemia de VIH SIDA.** Onusida, Organización Mundial de la Salud. Bogotá, Diciembre de 2001

ONUSIDA, MINISTERIO DE SALUD. **Infección POR VIH y SIDA en Colombia: Aspectos Fundamentales, respuesta Nacional y Situación Actual,** Diciembre de 1999

ONUSIDA/UNICEF/OMS. **La iniciativa para fomentar el acceso a medicamentos de calidad contra el VIH da a conocer una primera serie de resultados.** Comunicado de prensa. Ginebra , 20 de marzo del 2002

ONUSIDA. **Access to HIV/AIDS Drugs and Diagnostics of Acceptable Quality.** Ginebra, 20 April 2002

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Informe Técnicos No. 863, 1996. Productos farmacéuticos de fuentes múltiples (genéricos): directrices sobre los requisitos de registro para establecer el carácter intercambiable**

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1.976)

PORTAFOLIO. **Segue Polémica por Enfermedades Catastróficas.** Septiembre 28, página 8, Bogotá, 2001

Prevención de la transmisión del VIH Reunión sobre planificación para la ejecución de programas Ginebra, 23–24 de Marzo de 1998

Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1.994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1.995.

REVISTA TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. **Sistema de Salud en Sala de Recuperación,** artículo, Octubre – Noviembre. Páginas 6 –9. Bogotá, 2001.

Resolución No. 01400 del 2001 ( **Guía de Biodisponibilidad y de Bioequivalencia de Medicamentos que trata el Decreto 677 de 1995**), Diario oficial, Año CXXXVII No 44554

REVISTA TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. **Sistema General de Salud**, artículo, Octubre – Noviembre. Páginas 12 – 14. Bogotá, 2001.

RODRÍGUEZ J. **Estimación del Subregistro para VIH/SIDA**. En: Memorias del Seminario-Taller sobre vigilancia epidemiológica e investigación en SIDA. Bogotá, 1.999.

SALUD COLOMBIA. **Reportaje : Francisco Rossi Buenaventura Experto en política de medicamentos.**

Seguridad Social 2000 **Costo Anual Paciente VIH + Y SIDA Atención Pacientes VIH + Y SIDA. Fuente Minsalud Gastos Reportados Año 2000 ISS, EPS Privadas Y ARS.- Fuente Minsalud**

Seguridad Social Pacientes En Tratamiento VIH + Y SIDA. Fuente Minsalud

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. **Oficio 8003-1-86975 de mayo 7 del 2002 (Respuesta al Señor Gustavo Campillo, Presidente, Fundación Positivos por la Vida)**

UNIDAD DE POLÍTICAS PUBLICAS DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR-FUNINDES. **CONSENSOS FUNDAMENTALES PARA FORTALECER LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH-SIDA EN VENEZUELA.** Caracas, Noviembre del 2000

VELANDIA, M.A. **Una Etica Universal para el Manejo Profesional de la Sexualidad, Derechos de Humanos y Humanas: Derechos Sexuales.** Bogotá, Mecanografiado.

VELANDIA, M.A. **Las ONG y sus Acciones en Colombia.** Documento de Trabajo. Santafé de Bogotá, 1.999. Mecanografiado.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings. Guidelines for a Public Health Approach. Executive Summary .** April 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Workshop on evaluation of multisource Pharmaceutical products .** Washington, April 2002.

**Editor: OTTO A. SUSSMANN P.**