

**SEGUIMIENTO A LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE  
EL VIH/SIDA –UNGASS-. COLOMBIA**

**INDICADORES BÁSICOS PARA LA APLICACIÓN DE LA  
DECLARACIÓN DE COMPROMISO**

**EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL ANTE EL  
VIH/SIDA AÑOS 2000-2003.**

**INFORME PRELIMINAR**

**Bogotá D.C., Mayo 2003**

## PRESENTACIÓN

El presente informe es el resultado del esfuerzo conjunto de varias instituciones y profesionales involucrados en el diseño e implementación del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/SIDA, 2000 – 2003, para evaluar los procesos y resultados del mismo, con miras a la formulación de un nuevo Plan Intersectorial de respuesta a la epidemia. Se trata de aprender de las fortalezas adquiridas y de las dificultades encontradas en los últimos años, siguiendo para ello las orientaciones del documento “Directrices para la elaboración de Indicadores Básicos”, publicado por ONUSIDA como guía global para el seguimiento de la Declaración de Compromiso suscrita en el período de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – UNGASS-.

Los contenidos de este informe se basan en la información obtenida de las diversas personas e instituciones contactadas (ver anexo 2) a través de entrevistas, correos electrónicos, disposición de documentos, buscando obtener una visión panorámica y lo más objetiva posible, de la situación de la epidemia y de la respuesta nacional durante el período evaluado.

Entre las limitaciones importantes para este proceso de evaluación podemos mencionar la falta de una cultura de la información, que impide contar con datos fehacientes, actualizados y fácilmente disponibles; el corto tiempo para llevarlo a cabo el estudio, la insuficiencia de recursos financieros que impidió realizar desplazamientos hacia algunas regiones del país para entrevistar a otros actores significativos, obligando esta limitación a tener una mirada centralizada de la información, con los consecuentes sesgos que deben corregirse en posteriores valoraciones regionales.

A pesar de las diferentes crisis políticas y administrativas que ha tenido el país en los últimos años, se sigue contando con un grupo humano calificado, que continúa insistiendo en propuestas de respuesta a largo plazo y de amplia cobertura.

Esperamos que este informe se constituya en un aporte e insumo valioso para la elaboración de una nueva propuesta de Plan que supere los logros alcanzados y obtenga la participación activa y decidida de los diversos actores de las institucionales estatales, de los organismos de cooperación internacional y de las organizaciones de base comunitaria, incluyendo las PVVS.

## INTRODUCCION

En el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en junio del 2001, los gobiernos de 189 países se comprometieron con un Programa Integral de Acción Internacional y Nacional para luchar contra la pandemia de VIH/SIDA adoptando la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. La declaración estableció las siguientes metas:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y dar poder de decisión a las mujeres
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación global para el desarrollo

Los objetivos nacionales plateados por la Declaración de compromiso son: liderazgo; prevención; atención apoyo y tratamiento; el VIH/SIDA y los derechos humanos; reducción de la vulnerabilidad; Las niñas y los niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA; mitigación de los efectos sociales y económicos; investigación y desarrollo; el VIH/SIDA en las regiones afectadas por conflictos y desastres naturales; asignación de recursos. También incluyó la promesa, por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de dedicar al menos un día completo por año, a examinar los progresos conseguidos en la realización de los objetivos establecidos.

Con el fin de facilitar este proceso, el programa ONUSIDA y sus asociados desarrollaron un conjunto de indicadores básicos para la vigilancia de acciones nacionales e internacionales, de los resultados de los programas nacionales y de los objetivos de impacto nacional contemplados en la Declaración de Compromiso. Esta información se complementará con los documentos generados como parte de las acciones realizadas.

Los indicadores se dividen en mundiales y nacionales. Los indicadores nacionales, de los que trata el presente informe incluyen:

1. **De compromiso y acción nacionales.** Se centran en los aportes políticos, estratégicos y financieros, para la prevención de la propagación de la prevención.
2. **Del programa y comportamiento nacionales.** Se centran en resultados, cobertura y efectos del programa.
3. **Del impacto del programa a nivel nacional.** Señalan la medida en que las actividades han logrado reducir las tasas de infección por el VIH.

## CONTEXTO

La epidemia en Colombia es concentrada, de acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, donde encontramos una prevalencia menor del 1% en embarazadas y en población general, con prevalencias mayores en alguno de los grupos de “mayor riesgo” según esta clasificación (18% en hombres que tienen sexo con hombres en la ciudad de Bogotá).

<b>Casos de personas viviendo con el VIH. Datos Acumulados 1983-2002</b>		
<b>Grupos de edad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
0 A 4	584	2,8
5 A 9	84	0,4
10 A 19	879	4,3
20 A 29	6618	32,0
30 A 39	6035	29,2
40 A 49	2270	11,0
50 A 59	710	3,4
> 60	230	1,1
Sin datos	3240	15,7
<b>Total</b>	<b>20650</b>	

**Fuente: INS. Actualización a 01/05/03**

<b>Casos de personas viviendo con el VIH. Datos Aacumulados 1983-2002</b>		
<b>SEXO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
FEMENINO	4004	19,4
MASCULINO	16406	79,4
SIN DATO	240	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>20650</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: INS. Actualización a 01/05/03**

<b>Casos de SIDA. Datos Aacumulados 1983-2002</b>		
<b>CONDICION</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
VIVOS	8.292	64
MUERTOS	4.698	36
<b>TOTAL</b>	<b>12.990</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: INS. Actualización a 01/05/03**

De acuerdo con las estimaciones del Ministerio de Protección Social y el INS (Programas EPIMODEL y DEMPROJ) y los datos de la prevalencia estimados a partir de los reportes de bancos de sangre y de resultados de los estudios centinela, el número de personas viviendo con VIH estaría en un rango entre 170.000 a 200.000 casos.

La prevalencia de ITS tales como la sífilis, la infección gonocócica y la trichomoniasis urogenital, se encuentra por encima de los promedios mundiales. La tasa reportada de incidencia de la sífilis congénita es de 0.95 por

1.000 nacidos vivos, pero se estima un grado muy alto de subregistro. La hepatitis B y el herpes genital muestran una clara tendencia al aumento. (Ministerio de Protección Social, 2003).

La incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de mayor riesgo o vulnerabilidad y se ha observado un aumento en el número de casos nuevos reportados, correspondientes a mujeres. Entre 1986 y 2000, la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer (Ministerio de Protección Social, : Política Nal. De SSR, 2003. pp. 14). En algunas regiones como la Costa Atlántica y Norte de Santander, desde comienzos de la década de los 90s, esta relación hombre mujer es menor de 3:1 (AIDS 1997; 11, 10: 1297-98).

## **1. INDICADORES DEL COMPROMISO Y LA ACCION MUNDIALES**

### **INDICADOR No. 1.1 Cuantía de los fondos destinados al VIH/SIDA por donantes internacionales en países en desarrollo y países en transición**

El componente externo del gasto en VIH/SIDA en Colombia, asciende a poco más del 1% del total. Los principales aportes externos provienen de Naciones Unidas -ONUSIDA y UNFPA- y de algunas ONGs internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja y el Club Rotario. (Cuentas Nacionales, 2003). El principal apoyo externo recibido ha sido de tipo técnico. En 1999, ONUSIDA facilitó el proceso de diagnóstico de situación y respuesta a la epidemia y de formulación del Plan estratégico 2000-2003. Asimismo, en el año 2001 facilitó la movilización de los recursos financieros provenientes del BID para la ejecución del estudio de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA.

## **2. INDICADORES DEL COMPROMISO Y LA ACCION NACIONALES**

### **FINANCIACIÓN GUBERNAMENTAL PARA EL VIH/SIDA**

#### **INDICADOR No. 2.1 Cuantía de los fondos nacionales destinados al VIH/SIDA por los gobiernos**

Para la resolución de este indicador se revisó el Estudio de Cuentas Nacionales, a través del cual se consolidó la información correspondiente al gasto en VIH/SIDA realizado por Colombia en 1999, 2000, 2001 Y 2002. Se combinó una metodología de aplicación de encuestas en las instituciones con mayor participación en el manejo de pacientes y en los diferentes rubros del gasto, que debió complementarse con la construcción de “canastas estandarizadas” al encontrar en muchos casos deficiencias derivadas de una poco desarrollada cultura de manejo de información financiera.

Los principales resultados y conclusiones del estudio de Cuentas Nacionales sobre el VIH/SIDA, fueron:

- El nivel del gasto representó un poco menos del medio por ciento (0.44%) del gasto total en salud, en uno de los países con nivel más alto de gasto en salud como porcentaje del PIB (alrededor del 10%). No obstante esta cifra debe compararse con las necesidades estimadas. El hallazgo más notable es la baja participación de la salud pública en el total del gasto, al superar apenas el 22%, así como la débil focalización en “grupos de riesgo”, lo cual es preocupante si se tiene en cuenta que en Colombia se tipifica la epidemia como “concentrada”.
- De un total de US\$ 45,4 millones en uno de los años analizados:
- En vigilancia epidemiológica se invirtieron US\$ 151.000 (0,33%)
- En IEC US\$ 5,8 millones (12.77%)
- En prevención US\$ 4,5 millones (9.91%)
- Pero de este último rubro, US\$ 2,9 (6,38% del total; mientras es del 64.44% del total en prevención) correspondieron al gasto privado en condones. Es decir que el sector público sólo invirtió en prevención US\$1,6 mm (35% del total en prevención)

- En Colombia es muy débil la focalización de los programas; una mínima parte del gasto va específicamente orientada hacia grupos poblacionales de especial vulnerabilidad:

- HSH US\$ 22.000,
- Trabajadores comerciales del sexo US\$ 33.000,
- Prevención de la transmisión vertical US\$ 256.000,

También merece mención especial el gasto del país en bancos de sangre, que asciende a cerca de US\$1 millón, y ha sido especialmente efectivo al representar hoy la vía intravenosa, un muy bajo porcentaje de infecciones.

- El 67% del gasto en VIH/SIDA en Colombia corre por cuenta de las aseguradoras del SGSSS, y de los regímenes especiales que se asimilan a aquéllas.

## **POLITICAS GUBERNAMENTALES SOBRE EL VIH/SIDA**

### **INDICADOR No. 2.2 Índice Compuesto de Política Nacional**

#### **2.2.1 PLAN ESTRATÉGICO**

##### **1. Ha desarrollado su país estrategias multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA ?**

**(Las estrategias multisectoriales deben incluir, sin limitarse a ellos, los sectores de salud, educación, Trabajo y agricultura.)**

Sí, como estrategia multisectorial, existe el Plan Estratégico Nacional ante la epidemia del VIH/SIDA años 2000-2003, en cuya formulación participaron diferentes entidades públicas y privadas, instituciones académicas, así como organizaciones de PVVS. A pesar de la amplia convocatoria y participación efectiva en el diseño y formulación del Plan, no se incluyó activamente la participación de los sectores del trabajo y la agricultura. En el diseño y formulación de los tres últimos planes nacionales de respuesta a la epidemia del VIH/SIDA han contado en Colombia con una amplia participación de sectores comprometidos, que van desde el ámbito gubernamental, las ONG, la academia y las iglesias. Sin embargo, la operacionalización de estos planes no se ha caracterizado por la coordinación y el trabajo intersectorial.

Durante el período evaluado (2000-2003), no se reunió el equipo intersectorial que diseñó el PEN. Dados los sucesivos cambios administrativos y estructurales del Estado Colombiano, particularmente en el Ministerio de Salud, se debilitó progresivamente el equipo que lideraba el PEN y la ausencia de un como Programa Nacional de SIDA en el Minsalud limitó la capacidad de convocatoria intersectorial, dificultando aun más el desarrollo de las actividades previstas.

##### **2. ¿Ha integrado su país el VIH/SIDA en sus planes generales de desarrollo? (como los Planes de Desarrollo Nacional, el Marco de Asistencia al Desarrollo de las Naciones Unidas, los Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Evaluación Común del País).**

Sí, la temática del VIH/SIDA ha sido incluida, o al menos mencionada, en los planes de desarrollo. Sin embargo, esta inclusión no se ha reflejado en una verdadera priorización del tema en términos de acciones concretas. A pesar de haber sido identificado el Sida como un problema de salud pública, no se dió la implementación real de las políticas y estrategias planteadas.

En el Plan de Desarrollo del actual gobierno (2002-2006), se incluye en forma manifiesta el apoyo a la política de SSR formulada recientemente y lanzada formalmente el pasado 10 de abril de 2003. La quinta Línea de Acción de esta política se ocupa de las ITS, VIH/SIDA: “ El trabajo en ITS/VIH/SIDA comprende acciones dirigidas no sólo a las poblaciones vulnerables sino a toda la población en su conjunto, relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y

el tratamiento adecuado de las ITS y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.” (pág. 39). La política considera el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, como una de los problemas prioritarios. Consecuentemente, una de sus metas establece la “Prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA: mantener la prevalencia de infección por VIH menor del 0.5%....” (p. 5).

La política de SSR plantea seis líneas de acciones:

“8.5.1 Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC.

8.5.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional.

8.5.3 Fortalecimiento de la gestión institucional.

8.5.4 Fortalecimiento de la participación.

8.5.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo.

8.5.6 Desarrollo de investigación.” (Ministerio de la Protección Social (MPS) – Dirección General de salud Pública. 2003. Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva” Primera edición. Febrero, FNUAP).

**3. ¿Dispone su país de un órgano nacional de gestión/coordinación multisectorial del VIH/SIDA? (Semejante órgano debe tener mandatos o equivalentes, una composición definida, planes de acción y apoyo a la dotación de personal, y debe haberse reunido al menos una vez, en los últimos 12 meses.)**

Sí, Colombia cuenta con el Consejo Nacional de SIDA –CONASIDA–, cuya composición está claramente definida en la normatización nacional sobre VIH/SIDA (Decreto 1543 de 1997, “Artículos 47 y 48). Sin embargo, este órgano no ha sido operativo en los últimos años. “Aunque el CONASIDA no cumple con funciones de gestión específica en el área, la coordinación intersectorial se lleva a cabo a través de esta instancia. Por otra parte, el Grupo Temático de ONUSIDA, propicia la coordinación multisectorial en el área.” (Informe del MPS. Abril 2003.).

El CONASIDA no fue prioridad del gobierno central en el período 2000-2003, a pesar de los esfuerzos por reactivarlo realizados por los funcionarios del sector salud y de la presión ejercida por la sociedad civil. No se contó con el compromiso de los demás sectores que lo conforman y estuvo supeditado al manejo coyuntural de cada administración en el Ministerio de salud. Dos años después de haber realizado la última reunión, en febrero de 2003 se realizó una nueva reunión, presidida por el Ministro de la Protección social, con lo cual se ha intentado dar un nuevo impulso a las actividades de este ente oficial de carácter multisectorial.

**4. ¿Dispone su país de un órgano nacional sobre el VIH/SIDA que promueve la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil? (Semejante órgano debe tener mandatos o equivalentes, una composición definida, planes de acción y apoyo a la dotación de personal, y debe haberse reunido al menos una vez en los últimos 12 meses.)**

NO. En estricto sentido no existe un órgano nacional con estas características. El CONASIDA podría cumplir tangencialmente con algunas de estas características, pero su función es más de tipo político administrativo. El MPS considera que sí existe este órgano nacional al plantear que “El Consejo Nacional de SIDA es el órgano que se encarga de promover esta interacción, pero tiene un papel de asesor del Ministerio de Protección Social por lo que no tiene mandatos ni apoyo a la dotación de personal.” (informe Minsalud Abril 2003).

**5. ¿Dispone su país de un órgano sobre el VIH/SIDA que ayuda a la coordinación de las organizaciones de la sociedad civil? (Semejante órgano debe tener mandatos o equivalentes, una composición definida, planes de acción y apoyo a la dotación de personal, y debe haberse reunido al menos una vez en los últimos 12 meses.)**

No. Al igual que en el ítem anterior el CONASIDA no alcanza a cumplir estos requerimientos. No existe una organización de carácter nacional que ayude a la coordinación de instituciones de la sociedad civil en el tema del VIH/SIDA, lo cual ha dificultado no solo las labores de veeduría ciudadana, sino los aportes de la sociedad civil a la prevención y atención integral de las PVVS.

Sin embargo, se han hecho algunos intentos en el marco del PEN. Por ejemplo se intentaron acuerdos y convenios entre organizaciones e instituciones que trabajan con mujeres en edad fértil y en protección infantil. Aunque se efectuó el trabajo técnico correspondiente y se intentó fortalecer la participación de las ONG y las organizaciones de base comunitaria, mediante la realización de tres talleres con ONGs de Bogotá (Cruzando puentes), los recursos financieros se destinaron a otros fines (año 2000).

**6. ¿Ha evaluado su país el impacto del VIH/SIDA sobre su situación socioeconómica a efectos de planificación?**

No en el período evaluado (2000 - 2003). Sin embargo, el informe de Cuentas Nacionales sobre VIH/SIDA constituye una aproximación al impacto económico de la atención a las PVVS. En este estudio se plantea que alrededor de 9.000 PVVS reciben ARVs, de los cuales 6.700 a través de las entidades aseguradoras, otros 1.300 pertenecientes a los regímenes especiales, y por fuera del SGSSS y como parte del personal vinculado al sistema y por ende no afiliado, se tendrían cerca de 1.000 pacientes adicionales. Los costos estimados en compra de ARV para 2002 fue de \$56.823.643, que representa un incremento con respecto al año anterior de un 19,2%, y equivale a su vez a un 52% del gasto total en SIDA.

En 1997, CINSSA Ltda -Consultores Internacionales de Seguridad Social y Salud-, realizó, contratado por el Ministerio de Salud, un estudio de evaluación del impacto Socioeconómico del VIH/SIDA en Colombia (CINSSA Ltda. 1997).

**7. ¿Tiene su país una estrategia de lucha contra los problemas del VIH/SIDA entre sus cuerpos uniformados nacionales, incluidas las fuerzas armadas y las de protección civil?**

Existen programas centralizados tanto en las fuerzas militares como de policía, donde se realizan actividades de prevención y se presta atención integral a las personas infectadas, incluyendo terapia ARV. La Dirección de Sanidad de la Policía desarrolla la estrategia de Escuelas Saludables, en el marco de su programa de SSR, en el cual se atiende a las PVVS y se hace promoción y prevención.

De acuerdo con información recibida de asesores externos de estos programas, cuando un miembro de estas fuerzas es detectado como infectado, se le pensiona y se le siguen prestando los servicios de salud.

El MPS considera que no existe una estrategia en los cuerpos uniformados: “No se cuenta con una estrategia específica de lucha contra los problemas del VIH/SIDA, pero las políticas de salud del país plantean líneas estratégicas específicas para el abordaje de poblaciones con factores de vulnerabilidad, entre las que se cuentan las fuerzas armadas. A su vez, estas cuentan con un departamento de sanidad con una unidad especial para atender el problema del VIH/SIDA en las filas.” (Informe del MPS. Abril 2003).

### **2.2.2. PREVENCIÓN**

**1. ¿Tiene su país una política o estrategia general para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH/SIDA?**

Sí se cuenta con una política nacional especificada en el PEN 2000 – 2003 y descrita en la Estrategia 2: Fortalecimiento de las acciones en información, educación y comunicación, que incluye diversas actividades. Además “La Dirección General de Salud Pública orienta las acciones de IEC para los diferentes problemas de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la pandemia por VIH/SIDA, ajustadas además por el grupo de comunicaciones del mismo Ministerio en el caso de los medios masivos.” (Informe MPS. Abril 2003).

En el estudio de Cuentas Nacionales se plantea que la Promoción y Prevención (P Y P) “fue uno de los rubros con mayor caída de 1999 a 2000, al pasar de US \$8.2 millones a sólo US \$6.6 millones”, de tal manera que la inversión en este sentido se debilitó importantemente durante la vigencia del PEN.

A pesar de contar con una política, estrategia y actividades definidas en IEC, la evaluación del cómo se han venido cumpliendo evidencia un bajo nivel de ejecución de las actividades incluidas en el PEN. Aunque se evidencia inversión a través de los Planes de Atención Básica, se desconoce el estado actual de los programas de promoción y prevención que se están llevando a cabo a nivel regional, por cuenta de las entidades del Sistema General de Seguridad Social y de los entes departamentales y municipales.

En relación con la estrategia de PEN de fortalecimiento de IEC, se destaca lo siguiente:

- a. En cuanto al apoyo a la capacitación de agentes educativos de los diferentes sectores participantes en el PEN, por entidad y ente territorial, se han realizado acciones aisladas de las secretarías de salud, educación, la sociedad civil, las ONGs internacionales y nacionales. No se han continuado los procesos de capacitación de equipos regionales, lo cual, unido a los cambios y reducciones administrativas de las instituciones estatales, han debilitado y en algunos casos acabado con los equipos regionales de salud pública.
- b. Con respecto a la reactivación y continuación del proyecto educativo basado en técnicas de IEC aplicadas a la prevención de ETS y SIDA en las Facultades de Ciencias de la Salud, se realizó la revisión y actualización de los módulos educativos y en 2001 se hicieron dos talleres de capacitación con profesores de facultades de medicina. Esto denota un muy bajo desempeño en esta actividad.
- c. Durante este período no se reactivaron ni fortalecieron los proyectos regionales de educación sexual del MinEducación. Se debilitó aun más la implementación del Proyecto Nacional de Educación Sexual. Siete proyectos locales de “Escuchamos Propuestas”, 2000-2001, con estudiantes de educación secundaria, recibieron apoyo para su implementación local: San Andrés, Icononzo, Neiva, La Dorada, Barranquilla, Cúcuta, Pereira.
- d. Una actividad que dio muy buenos resultados en los anteriores planes y que fue una prioridad para el PEN, la reactivación de las líneas amigas en el ámbito regional y nacional, no se logró. Se elaboró y distribuyó un manual de implementación de líneas telefónicas, pero no se realizó capacitación, ni la gestión suficiente para hacerlas realidad. Algunas líneas amigas de ONGs siguen funcionando.
- e. Mercadeo social para el uso del condón en el período evaluado: Se llevó a cabo una campaña de prevención en televisión y radio, denominada “NO PASA”, en dos fases, y que contó con el apoyo de Comisión Nacional de Televisión (CNTV). No se ha efectuado la evaluación del nivel de recepción ni de aceptación de esta campaña.
- f. Las entidades aseguradoras no han invertido en condones. Así como tampoco se ha facilitado la distribución de los mismos y no se ha adoptado la estrategia de implantar los dispensadores de condones en el país.

## 2. ¿Tiene su país una política o estrategia para fomentar la educación sobre salud reproductiva y sexual de los jóvenes ?

Actualmente sí existe una política nacional de SSR. Durante el anterior gobierno (1998 – 2002) no se formuló la política. La política nacional actual incluye a toda la población y hace énfasis en algunos grupos específicos como los jóvenes y adolescentes.

El Proyecto Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación, incluyó explícitamente la SSR en su Separata de Actualización (Mayo de 1999) y ha contado con el apoyo del FNUAP para adelantar acciones en ese sentido, a través del Proyecto “Educación en Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes y para jóvenes” – COL/99/P04, realizado en los departamentos de Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño y Sucre, y que logró una cobertura de alrededor de 5.000 mujeres y hombres jóvenes. Se espera que a partir de esa experiencia y con el apoyo del presente gobierno se pueda extender a todo el país.

En algunos otros ámbitos y de manera aislada se logró desarrollar actividades en salud sexual y reproductiva al interior de las comunidades académicas. Tal es el caso del Grupo GAEDS de la U. Nacional y otro en la Universidad INCCA, a través de la estrategia “El Casino de la Salud”.

Se realizó un “Encuentro Intersectorial de Educación y Salud Sexual” (2002) con miras a valorar lo que ha sucedido con el Proyecto Nacional de Educación Sexual del MEN, las siguientes son las conclusiones y recomendaciones:

- Los principales problemas identificados se ubican en tres categorías: la respuesta Estatal, el sistema educativo y las representaciones sociales frente a la sexualidad. Dentro de la primera categoría se mencionó la presión ideológica ejercida por algunos sectores sociales, la sustancial disminución de recursos humanos y financieros asignados al PNES, la debilidad en la asistencia técnica para el desarrollo regional y local de la educación sexual. En la segunda categoría se identificó la tendencia predominante de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo y el énfasis en aumentar la cobertura del servicio educativo descuidando la calidad del mismo. En la tercera se identificó la reproducción cultural de modelos que perpetúan la concepción de la sexualidad como tabú, la falta de diálogo intergeneracional y la inequidad de género.
- Las principales recomendaciones planteadas en este encuentro, para que sean agenciadas desde las ramas ejecutiva y legislativa, son:
- Recuperar y fortalecer el tema de la educación sexual en el país como prioridad del estado.
- Priorizar la asignación suficiente y oportuna de los recursos humanos y financieros para el desarrollo de la educación sexual.
- Revisar y enriquecer las bases conceptuales del PNES.
- Diseñar y llevar a cabo una estrategia masiva de comunicación que promueva la educación sexual, comprometiendo principalmente al Ministerio de Comunicaciones.

- Diseñar e implementar un plan de formación en educación sexual y salud sexual dirigido a los funcionarios de los sectores educación y salud.
  - Facilitar la participación de la Sociedad Civil y la veeduría ciudadana en la consolidación e la educación sexual en los ámbitos nacional, regional y local.
  - Definir estrategias de evaluación con indicadores de progreso, de gestión y e resultados.
  - Promover y fortalecer la articulación de estrategias en SSR (escuelas saludable, educador familiar y observatorios de la infancia y familia) con el sistema educativo, facilitando el acceso de los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva.
  - Afianzar el proceso de concertación y coordinación intersectorial para la promoción y fortalecimiento de la educación sexual en los Planes de Atención Básica (PAB) del sector salud. (ONUSIDA, 2002).
- 3. ¿Tiene su país una política o estrategia que promueve la IEC y otras intervenciones para la salud orientadas a grupos con tasas de infección por el VIH elevadas o en crecimiento? (Semejantes grupos incluyen, pero no se limitan, a los CDI, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo, los jóvenes, las poblaciones móviles y los presos.).**

Sí existe una política nacional. También una estrategia, la número 4 del PEN, que contiene acciones en IEC dirigidas a grupos específicos. La valoración de estas acciones señala que ha sido débil la implementación de acciones concretas a estas poblaciones, dirigiéndose principalmente a Mujeres, Jóvenes, Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, Profesionales del sexo y sus clientes. Algunas de las actividades desarrolladas para grupos vulnerables son:

- Se ejecutó el Proyecto de “Reducción de riesgo para ETS-SIDA y consumo de SPA, con el sector turístico en San Andrés”. Se espera la replicación de la campaña realizada en San Andrés, hacia toda la costa continental (2003). Actualmente el Programa Rumbos de la Presidencia de la República desarrolla una Campaña de prevención del consumo de SPA, publicitada desde Agosto de 2002.
- Capacitación de las ONG trabajando en VIH/SIDA, dentro del contexto de la reforma del SGSSS, a través de cuatro seminarios-taller regionales (Pereira, Villavicencio, Bucaramanga, Barranquilla), entre agosto y noviembre de 2001. también se realizó un taller con la Red de ONGs de Bogotá, facilitado en coordinación con VNU.
- Se llevó a cabo el “Estudio de casos e intervención educativa con comunidades indígenas del departamento del Amazonas” (2001).
- Se avanzó en una primera etapa del proyecto con población joven desplazada por el conflicto armado, haciendo énfasis en la intervención educativa de pares (Barrancabermeja, Montería).

- Caracterización de jóvenes y prostitución, realizada por el Minsalud, LCLS, Salud con Prevención, MTS: ONUSIDA, MPS, Cormujer.
- Intervención comportamental con población carcelaria (Cárceles Picota y Modelo en Bogotá). Ejecutado por el INPEC en 2001, con el apoyo de ONUSIDA.

**4. ¿Tiene su país una política o estrategia que promueve la IEC y otras intervenciones sobre la salud de los migrantes fronterizos?**

Colombia no tiene una política ni estrategia para afrontar el VIH/SIDA en las poblaciones fronterizas.

**5. ¿Tiene su país una política o estrategia para ampliar el acceso, incluido entre los grupos vulnerables, a los productos básicos de prevención? (Esos productos incluyen, pero no se limitan a ellos, los preservativos, las agujas estériles y las pruebas del VIH.)**

Como política sí existe, como estrategia ha tenido dificultades de tipo económico y sobretodo de cumplimiento por parte de las entidades aseguradoras del SGSSS. El MPS plantea que no se tiene una política en este sentido (Informe MPS, abril 2003).

Algunas ONGs como la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida, han desarrollado acciones preventivas con hombres que tienen sexo con otros hombres, incluyendo el suministro de condones.

En cuanto a otros grupos vulnerables y productos de prevención ha sido muy débil la respuesta a pesar de haber quedado planteado explícitamente en el PEN. De hecho el estudio de Cuentas nacionales permite valorar que alrededor del 65% del dinero invertido en compra de condones lo asumen los individuos y hogares.

**6. ¿Tiene su país una política o estrategia para reducir la transmisión materno infantil del VIH?**

Sí se cuenta con una política en este aspecto. Esta ha sido una de las fortalezas del actual PEN, gracias a la coordinación y concertación de esfuerzos nacionales e internacionales.

Desde hace dos años ONUSIDA ha estado apoyando proyectos regionales de Reducción de la transmisión madre-hijo promoción de pruebas voluntarias e informadas para mujeres gestantes, a través del cual aproximadamente 18,000 mujeres se practicaron la prueba entre 1999 y 2002. En el plan del MPS una de las metas es disminuir la transmisión materno fetal en un 20%, y en los proyectos del Ministerio de la Protección Social encontramos acciones dirigidas

a este grupo específico. Me parece que esto debe quedar como un importante antecedente en este indicador.

Además se realizó la divulgación y promoción de la norma con relación al ofrecimiento de la prueba a las gestantes aseguradas (modelo de gestión MPS).

Como fruto de este esfuerzo se logró el apoyo financiero de la Unión Europea para la ejecución del proyecto **“INICIATIVA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISION VERTICAL DEL VIH EN COLOMBIA”**, el cual está siendo ejecutado en 18 departamentos.

### **2.2.3. DERECHOS HUMANOS**

1. **¿Tiene su país leyes y reglamentaciones que protegen contra la discriminación de las personas con el VIH/SIDA? (por ej. ,disposiciones generales contra la discriminación y medidas que se centran en la escolarización, la vivienda, el empleo, etc.).**

Sí. Existe todo un ordenamiento legal para proteger a toda la ciudadanía en Colombia, se destacan los siguientes instrumentos legales:

La **Constitución Política** de 1991, esgrime una serie de derechos humanos que son tutelables y los que se han invocado innumerables veces por las PVVS y que han logrado obtener por ejemplo medicamentos, atención, respeto en el lugar de trabajo

La **Resolución 03353** del 02 de julio de 1993, del Ministerio de Educación Nacional y posteriormente la **Ley General de Educación** (Ley 115 de 1994) hacen obligatoria la educación sexual en los establecimientos educativos de todo el país, garantizando los derechos humanos de los y las integrantes de la comunidad educativa.

La **Ley 100 de 1993** que reglamento el Sistema General de Seguridad social en salud, sus decretos reglamentarios, la **Resolución 412 de 2000**, del Ministerio de salud, que establece las guías técnicas para atender las ITS/VIH/SIDA.

El **Decreto 1543 de 1997**, establece las principales características de la atención al VIH/SIDA en el país. Dicho decreto establece el hecho de la imposibilidad de solicitar pruebas de VIH para el ingreso escolar o laboral, y la imposibilidad de despedir del trabajo a una persona infectada por el VIH, sin embargo aspectos como la vivienda no han sido normados.

2. **¿Tiene su país leyes y reglamentaciones que protegen contra la discriminación de los grupos de personas identificadas como especialmente vulnerables al VIH/SIDA? (es decir, los grupos como los CDI, los varones que tienen relaciones sexuales con**

**varones, los profesionales del sexo, las poblaciones móviles y los presos).**

Sí. La legislación existente en Colombia protege el ejercicio de los derechos de las PVVS. Se cuenta con instrumentos concretos y efectivos para ejercer dichos derechos, tales como el Derecho de Petición, la Acción de Tutela, la Acción Popular, así como con instituciones que apoyan a las personas a quienes se les ha vulnerado algún derecho, como la Defensoría del Pueblo, las Personerías, la Procuraduría, la Veeduría y la Corte Constitucional.

Las actividades desarrolladas por el PEN relacionadas con este indicador fueron: la divulgación de los derechos humanos y sexuales de las PVVS y de la legislación y normatividad sobre ETS/VIH/SIDA, a través de diversos impresos (cartillas, guías) y la producción y pauta de un mensaje de televisión alusivo a la defensa de los derechos humanos y sexuales de las personas viviendo con VIH o SIDA.

**3. ¿Tiene su país una política o estrategia que asegura el acceso de los varones y las mujeres en condiciones de igualdad a la prevención y la atención, con énfasis en las poblaciones vulnerables?**

Sí. Se cuenta con una política a través del PEN y actualmente de la política en SSR, también con estrategias concretas en ambos instrumentos, dirigidas tanto a la población general como a grupos vulnerables. Sin embargo por razones económicas, administrativas y de cumplimiento por parte de algunas de las entidades aseguradoras, no se llegó en forma consistente y permanente a los grupos vulnerables identificados.

En el estudio previo a la formulación del PEN (ONUSIDA & Ministerio de Salud, 1999), se establecieron los siguientes “grupos de mayor vulnerabilidad” para priorizar la formulación e implementación del PEN: Adolescentes; Mujeres; Trabajadores y trabajadoras sexuales; Hombres que tienen sexo con hombres, población homo-bisexual; Fuerzas militares y de policía; Población carcelaria; Personas viviendo con el VIH o el SIDA; Infantes y niños; Usuarios de sustancias psicoactivas; Habitantes de la calle.

Según el informe del Ministerio de Protección Social “el Sistema General de Seguridad Social en Salud establece un acceso equitativo a varones y mujeres a los programas de prevención, así mismo las acciones colectivas aseguradas por los Planes de Atención Básica Municipales tienen la característica de fomentar la equidad de género, no obstante en la práctica se puede observar una mayor cobertura de estas acciones en el grupo de mujeres.” (MPS. Abril 2003)

De acuerdo con el estudio de Cuentas Nacionales, ha sido muy débil la inversión en focalización de las acciones con grupos vulnerables y solo una mínima parte del gasto va específicamente orientada hacia estos grupos. Por ejemplo, HSH US\$ 22.000, Trabajadores comerciales del sexo US\$ 33.000,

Prevención de la transmisión vertical US\$ 256.000; en el 2001 ONUSIDA y el CICR apoyaron la ejecución de proyectos preventivos en varias cárceles del país.

**4. ¿Tiene su país una política que asegura que los protocolos de investigación sobre el VIH/SIDA sean revisados y aprobados por un comité de ética?**

No exactamente. Colombia cuenta con un Código de Ética Médica y un Concejo Nacional de Ética Médica pero no explícitamente con un comité pertinente para evaluar los protocolos de investigación. No obstante, el decreto 1543 de 1997 establece los parámetros a seguir en el caso de investigaciones sobre el VIH/SIDA en el territorio nacional. Asimismo existen comités de ética en varias instituciones académicas y de investigación.

#### **2.2.4. ATENCION Y APOYO**

**1. ¿Tiene su país una política o estrategia para promover una atención y apoyo integrales del VIH/SIDA, con énfasis en los grupos vulnerables? (La atención integral incluye, pero no se limita a ellos, el APV, la atención psicológica, el acceso a los medicamentos, y la atención basada en el hogar y la comunidad.)**

Si se cuenta con una política y estrategias que promueven la atención integral para la población en general, y existe la estrategia ya mencionada del PEN, dirigida particularmente a los grupos de mayor vulnerabilidad. La Resolución 412 también es clara en las guías y normas técnicas para que el SGSSS atienda integralmente a las PVVS. El SGSSS garantiza atención integral a cualquier persona colombiana, pero existen las dificultades ya mencionadas para que sea apropiada y efectiva dicha atención.

Es reiterada la queja de los y las usuarias al SGSSS porque la atención no es la mejor en algunas de las entidades responsables. Se ha documentado la experiencia de algunas instituciones aseguradoras que prestan sus servicios de manera idónea a las PVVS, logrando reducir los costos de las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida de sus pacientes y sus familias.

Las principales conclusiones a que llegó el estudio de Cuentas Nacionales en cuanto a esta parte del indicador son:

- El suministro de ARVs por parte de las aseguradoras es muy irregular y la interrupción del tratamiento es tema de permanente preocupación de los pacientes y las autoridades del sector.
- Por su parte el gasto en diagnóstico y seguimiento fue sumamente bajo (US\$ 706.000 para el primero y US\$ 1,5 millones para el segundo), lo que se explica por la no inclusión de la carga viral en el plan obligatorio de salud.

- La falta de continuidad en el tratamiento ARV explica porqué el manejo hospitalario representa en Colombia niveles superiores al 15% del gasto total.
- En lo relativo a proveedores, observamos cómo el hospital es el principal proveedor en lo que hace relación a la salud personal, con un total de US\$ 26,9 millones;
- Para los dos años de este estudio, los demás prestadores de servicios de atención personal (centros ambulatorios y consultorios), representan un mínimo porcentaje, por el tipo de atención predominantemente hospitalaria que se brinda al paciente.
- Los centros de diagnóstico con un porcentaje cercano al 5% del gasto total, muestran la baja importancia que en estos años tiene en Colombia la actividad de diagnóstico y de monitoreo de la evolución de los pacientes.
- Las farmacias, en cambio, representan un 17% del gasto; esto se explica por los condones y por los ARVs que muchos pacientes adquieren de su propio bolsillo, pero también por las aseguradoras que las utilizan como mecanismo de entrega de los ARVs a sus afiliados.
- La población pobre no asegurada tiene acceso limitado a la terapia ARV.

**2. ¿Tiene su país una política o estrategia que asegura o amplía el acceso a los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA, con énfasis en los grupos vulnerables? (Los medicamentos relacionados con el VIH/SIDA incluyen los antirretrovíricos y los fármacos para la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y los cuidados paliativos.)**

Como se mencionó en el anterior ítem, Sí se tiene una política para aportar tanto los medicamentos, como la atención integral a las PVVS, sin discriminar por grupos de vulnerabilidad. El paquete de medicamentos a que tiene acceso una PVVS dentro del SGSSS son los siguientes:

Grupos:	Productos básicos:
Antirretrovíricos:	Zidovudina, Lamivudina, Didanosina, Estavudina, Indinavir,
Fármacos Profilácticos:	Ritonavir, Nelfinavir, Nevirapina, Ketoconazol, Trimetropín Sulfa, Hidroxicloroquina

“Los productos básicos anotados son los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, no obstante si por algún motivo una persona requiere de un medicamento no contemplado en el POS, la entidad que le asegura la atención: Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado, a través de un comité técnico – científico, puede suministrar dicho medicamento

con cargo a la cuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía.” (Informe MPS. Abril de 2003)

Sin embargo la aplicación de tal política es la que tiene dificultades por diversas razones: no existe suficiente control sobre las instituciones responsables y competentes; es muy lento el proceso de actualización de los medicamentos de última generación dentro del paquete aprobado en el SGSSS; en algunas pocas situaciones los enfermos venden la droga para poder sobrevivir económicamente. El Fondo Nacional de Medicamentos de Alto Impacto Social (MAIS) dejó de funcionar durante un año, agravando la situación.

### **3. ¿Tiene su país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales de los huérfanos y otros niños vulnerables?**

Aunque no se conoce oficialmente, se plantea que existe una política para atender a esta población, liderada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que a través de la contratación de entidades especializadas (Fundamor, por ejemplo) presta los servicios de protección a la niñez desamparada, incluyendo lo niños viviendo con VIH/SIDA, huérfanos o no, o en otras condiciones que aumentan la vulnerabilidad social, biológica o política de estos niños.

Algunos de los entrevistados plantean que la alta capacidad de solidaridad de la familia colombiana enmascara el fenómeno de los y las huérfanas por VIH/SIDA. Dado que esas familias asumirían el cuidado de sus parientes menores de edad, aunque muchas veces en condiciones desfavorables.

### **3. INDICADORES DEL PROGRAMA Y EL COMPROMISO NACIONALES**

#### **EDUCACIÓN ESCOLAR SOBRE EL VIH/SIDA BASADAS EN LAS APTITUDES PARA LA VIDA**

**INDICADOR 3.1 Porcentaje de las escuelas con maestros que han recibido capacitación en educación sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico**

No se cuenta con esta información.

A partir de la información compartida por el Ministerio de Educación, en el período evaluado 2000-2003, el Proyecto Nacional de Educación Sexual, tuvo diversas dificultades para seguir desarrollándose y consolidando en todo el país. Derivado de ello las acciones de capacitación del proyecto no se realizaron y menos en la temática específica del VIH/SIDA.

El FNUAP, a través de un convenio con el MEN, fue la única institución que desarrolló acciones en el marco del Proyecto de Educación Sexual, en la formación de líderes (jóvenes escolarizados y no escolarizados y agentes educativos) en Salud Sexual y Reproductiva en los Departamentos de Bolívar, Córdoba, Sucre, Cauca y Nariño. Se desarrollaron cuatro fases:

- Caracterización sociocultural a través de grupos focales de la realidad juvenil, la vivencia de la sexualidad, las relaciones de género, y la SSR.
- Diseño y validación de contenidos y metodologías de educación sexual con enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos.
- Elaboración de materiales pedagógicos de apoyo a procesos de formación en educación sexual, con enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos.
- Proyectos comunitarios de prevención y promoción.

Derivado de ello se destacan algunos esfuerzos aislados regionales en Bolívar, Córdoba, Sucre, Cauca y Nariño, que han mantenido acciones en el campo de la educación sexual en general y en algunos casos en las ITS/VIH/SIDA.

Dentro de los criterios de este indicador (Formación de los docentes en la facilitación de experiencias de aprendizaje participativas que apunten a desarrollar los conocimientos, aptitudes positivas y las aptitudes que ayudan a los jóvenes a mantener modos de vida sanos, y que hayan dictado al menos 30 horas de clase por año), es difícil que se encuentren ejemplos en el ámbito regional, motivados por algunas de las Secretarías de Educación que aún realizan acciones dentro del Proyecto Nacional.

**INDICADOR ADICIONAL 3.1 Porcentaje de las escuelas primarias y secundarias en las que se imparte educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida.**

No existe información en el MEN sobre este indicador.

## **CONTROL DEL VIH/SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO**

### **INDICADOR 3.2 Porcentaje de las grandes empresas que tienen programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.**

Es difícil en el marco de este estudio realizar la encuesta a las 30 mayores empresas del país (25 privadas y 5 públicas); por ello no se cuenta con la información requerida en el indicador.

En las encuestas realizadas, se mencionan experiencias aisladas en algunas empresas del país. Aunque se ha perdido dinamismo en el proceso, se llevaron a cabo algunas acciones en el PEN en este indicador:

- Conformación, apoyo y asesoría técnica a los Consejos Empresariales ante el SIDA (Medellín y Bogotá).
- Talleres de sensibilización y capacitación en las empresas de Medellín afiliadas a la EPS SUSALUD (Consejo Empresarial Antioqueño).
- 1.700 talleres con empresas afiliadas a CAFAM y/o FAMISANAR. (Consejo Empresarial de Bogotá) con 34.784 beneficiarios.
- 380.000 ejemplares del libro “Vive y deja vivir”, basado en documentos de ONUSIDA, con la edición del ESPECTADOR del 1º de diciembre de 2002. (COP 46'400.000), con el apoyo de FAMISANAR, empresa integrante del Consejo Empresarial de Bogotá.
- Utilización del libro “Vive y deja vivir” con otros medios de comunicación y en movilización del sector privado.

## **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: MANEJO INTEGRAL DE LOS CASOS**

### **INDICADOR 3.3 Porcentaje de los pacientes con ITS en establecimientos de salud a los que se les ha hecho un diagnóstico apropiado y han recibido tratamiento y asesoramiento oportunos**

No hay información al respecto: se requiere que cada EPS, elabore un informe consolidado de los casos atendidos en sus IPS, que incluya:

- Total de pacientes VIH/SIDA según etapa :
- Asintomáticos,
- Sida
- Fallecidos durante tratamiento
- Esquema de tratamiento llevado
- Medicamentos ARV formulados

### **INDICADOR ADICIONAL 3.3 Porcentaje de los dispensarios públicos de atención de las ITS donde se proporcionan y/o derivan a otros centros los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH.**

N/A. Este indicador dado el ordenamiento del SGSSS en Colombia no aplica. Dado que en cada IPS se encargan del proceso completo a través de sus propias redes de servicios de atención.

## **PREVENCIÓN DE LA TMI: POFILAXIS ANTIRRETROVÍRICA**

### **INDICADOR 3.4 Porcentaje de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH/SIDA que han recibido un tratamiento preventivo completo con antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.**

El 100% de las diagnosticadas. Cerca de 18.500 mujeres embarazadas se han practicado la prueba VIH entre 2000 y 2002. Las 68 mujeres diagnosticadas han recibido tratamiento antiretroviral.

En el protocolo del proyecto “INICIATIVA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN COLOMBIA” se consigna la siguiente información:

- Se han registrado 533 casos hasta octubre 2002
- Numero de embarazos anuales en el país: aprox. 1'200.000
- Asumiendo una prevalencia de infección en población adulta (15-49) de 0,4%, actualmente estarían infectadas con el VIH cerca de 52.000 mujeres en edad fértil.
- Mujeres embarazadas que podrían estar infectadas anualmente: 4.800.
- Asumiendo un riesgo de transmisión madre-hijo del 35%, se estiman 1.680 nuevas infecciones neonatales anuales.
- Total en niños y niñas de 0 a 9 años 1021 casos a Octubre 2002

### **INDICADOR ADICIONAL 3.4 Porcentaje de las usuarias de CAP públicos que utilizan dispensadores donde se proporcionan servicios de APV del VIH y/o son derivados a otros centros.**

N/A. Este indicador no aplica de acuerdo con el ordenamiento del SGSSS en Colombia, dado que en la mayoría de casos cada institución prestadora de servicios debe asumir el proceso y facturarlos a las entidades aseguradoras.

## **TRATAMIENTO DEL VIH: TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA DE COMBINACIÓN**

### **INDICADOR 3.5 Porcentaje de las personas con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación**

Esta información fue extractada del informe de Cuentas Nacionales sobre el VIH/SIDA.

INDICADOR	1999	2000	2001	2002
ARV	\$43.446.394	\$47.974.536	\$47.650.993	\$56.823.643
% INCREMENTO		10,4%	0,67%	19,2%
%ARV / OTROS MEDICAMENTOS	93,8%	95,6%	95,1%	95,4%
%ARV/ TOTAL GASTO SIDA	52,8%	50,6%	51,7%	52%

Como se puede apreciar entre 2001 y 2002 se presentó un incremento en pesos para la compra de ARV, sin embargo dada la devaluación del peso, esta cifra en dólares se disminuye. Del total del rubro para medicamentos, los ARV consumen el 95,4% del presupuesto total y representan el 52% con respecto al total del gasto para SIDA.

**INDICADOR ADICIONAL 3.5 Porcentaje de los centros de salud con capacidad para suministrar la atención apropiada a las personas con el VIH/SIDA.**

N/A. Este indicador dado el ordenamiento del SGSSS en Colombia no aplica. Depende del tipo de centro de salud que se este hablando y el nivel de complejidad que se solicite.

**CONSUMIDORES DE DROGAS INTRAVENOSAS (CDI): PRÁCTICAS DE INYECCIÓN Y SEXUALES SEGURAS**

**INDICADOR 3.6 Porcentaje de los CDI que han adoptado comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH, es decir, que evitan compartir material de inyección y utilizan preservativos.**

Se relacionan datos del estudio de inyección de drogas de Bogota (Pérez, A. & Mejía, I. 2003).

En Colombia por más de una década se han encendido las alarmas sobre la posibilidad de expansión de la práctica de la inyección, dado el creciente cultivo de amapola. Sin embargo el tema sigue siendo invisible. La OMS al tanto de riesgo de expansión en Colombia como en otros países en vías de desarrollo, incluyó a Bogotá junto con otras 12 ciudades del mundo, para el desarrollo de la II Fase del Estudio Mundial (Multi-Centro) sobre Uso de drogas Inyectadas y Riesgos para la Salud. La I Fase se realizó entre 1989 y 1991, 12 ciudades de países desarrollados y la II fase se llevó a cabo en dos etapas, entre finales del 2000 y principios del 2003. En la primera etapa se aplicó la metodología de *Evaluación y Respuesta Rápida*, y en la segunda, un cuestionario previamente piloteado durante la primera etapa, junto con un componente de seroprevalencia. Los principales hallazgos del estudio realizado en Bogotá son:

- Solo 9,8% (29 ) de sujetos inyectores actuales y exinyectores refieren explícitamente riesgo de infección por tener “sexo desprotegido”.
- 84% (253) en la 1a etapa y 71% (213) en la 2a etapa expresaron haber hecho cambios en su comportamiento desde que escucho hablar del VIH por primera vez.
- 60% (180) reportó haber iniciado o incrementado el uso del condón.
- 33% (99) 1a etapa y 22% (66) 2a etapa, haber reducido el numero de parejas sexuales.
- 5% y 3%, haber dejado de tener relaciones sexuales.
- 26% (62/237) de los inyectores actuales y el 14% (9/64) de los ex – inyectores dijeron haber reducido el intercambio de jeringas. 12% (8) de estos atribuyeron su abandono de la inyección precisamente al temor de infectarse.

## CONOCIMIENTOS DE LOS JÓVENES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH

**INDICADOR 3.7 Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.**

PROFAMILIA desarrolló la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2000)*, dentro del marco de la Cuarta ronda del Programa Mundial de Encuestas DHS (ahora conocido como *Measure/DHS+*). La muestra utilizada fue una submuestra de la muestra maestra de la población colombiana desarrollada por PROFAMILIA, la cual es una muestra probabilística, multi etápica, estratificada y por conglomerados de la población civil, no institucional y con fracciones de muestreo variables.

La *ENDS* está constituida por dos encuestas : una encuesta de hogares y una encuesta individual para recolectar la información de las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años. Se completó un total de 10.907 entrevistas de hogares y 11.585 individuales a mujeres en edad fértil.

El conocimiento de SIDA es prácticamente universal (99%) a pesar de ello, aún existe un gran desconocimiento sobre las formas de contagio de la enfermedad.

Mujeres que han oído hablar de sida (15-24 años) 97%-99% (4.253 encuestadas).

Formas de evitar el sida mujeres 2000.

GRUPOS DE EDAD	15-19	20-24
Abstenerse	13,3	10,6
Usar Condón	65,9	70,1
No ser promiscuo	22,8	32,2
Un solo compañero	9,4	14,8
Evitar sexo con prostitutas	2,7	2,3

Evitar sexo homosexual	1,2	2,2
Evitar transfusión	16,7	23,1
Evitar besos	3,1	2,7
Otras formas	29,3	24,9
No sabe que hacer	10	8,3
No sabe si se puede evitar	2,1	2
Total mujeres	2.200	1.968

El conocimiento de formas específicas de evitar el VIH/SIDA aumenta rápidamente con la educación de la mujer, al igual que disminuye la probabilidad de no saber que hacer.

#### CONOCIMIENTO DE ASUNTOS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA. MUJERES 2000.

GRUPOS DE EDAD	15-19	20-24
Una persona que luce saludable puede tener SIDA		
No	12	9
Si	81,9	86,6
No sabe	6,1	4,4
El VIH/SIDA se puede transmitir de la madre al niño		
No	2,8	2,7
Si	93,8	94,7
No sabe	3,4	2,6
Total mujeres	2.200	1.968

#### USO DEL PRESERVATIVO CON PAREJAS OCASIONALES ENTRE LOS JÓVENES

**INDICADOR 3.8 Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad que declaran usar un preservativo durante las relaciones sexuales con una pareja sexual no habitual.**

El 62% de las mujeres entrevistadas manifestó que se puede prevenir usando condón durante la relación sexual, 12% dijo que otra forma de prevención es no tener relaciones sexuales; 31% no ser promiscuo; 14% tener relaciones con un solo compañero sexual (ENDS, 2000)..

#### USO DE CONDON EN MUJERES POR TIPO DE COMPAÑERO. 2000

GRUPOS DE EDAD	15-19	20-24
Usó con compañero con quien no vive		
%	31,6	27,8

Número de mujeres	479	624
Usó condón con cualquier compañero		
%	20,3	17,3
Número de mujeres	810	1.440
Total mujeres	1.289	2.064

## INDICADORES ADICIONALES

### Edad mediana en la primera relación sexual :

Mujeres de 15-19 años : 16 años (ENDS, 2000)

### Relaciones sexuales de alto riesgo en el último año :

Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad sexualmente activos en los últimos 12 meses y que tuvieron relaciones sexuales a) con una pareja no marital y b) no cohabitacional en el mismo periodo.

### NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES, NO EN UNION. 2000

GRUPOS DE EDAD	15-19	20-24
Número de compañeros sexuales		
Ninguno	74,8	46,3
Uno	22,4	47
Dos o mas	2,8	6,6
No sabe/ sin información	0,1	0,1
Promedio	0,3	0,6
Total mujeres	1.939	1.174

### Uso del preservativo en la última relación sexual comercial

#### Porcentaje de los profesionales del sexo que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente.

En Bogotá se realizó un estudio seroepidemiológico para estimar la prevalencia de infección por VIH, Sífilis y VHB en 519 MTS (Mejía & cols. 2002). Se obtuvieron prevalencias de 0,7% para VIH (cerca de la de la población general) 10,4% para Sífilis y 7,5% para VHB.

Se identificaron los siguientes factores asociados para VIH: no uso de condón con su pareja por vergüenza OR: 2,5, creencia que el VIH se transmite por sexo oral con condón OR: 1,9 y recibir información de VIH-ITS de las amigas OR: 0.9 (factor protector).

Para Sífilis: no uso de condón por considerar que no es seguro OR: 1,29, creencia de transmisión del VIH por saliva OR: 1,38, experiencia en el trabajo sexual mayor de tres años OR: 1,1 (factor que no garantiza la transmisión), antecedentes de sífilis OR: 1,57, no uso de condón por embriaguez OR: 1,19, no uso de condón por costo OR: 2,08, creencia de transmisión de VIH por beso profundo OR: 1,1(inespecífico).

Se identificaron factores asociados para VIH encontrados previamente a través de las estadísticas paramétricas en Sífilis y VHB. Si bien la prevalencia para VIH no es alta, lo es para sífilis y VHB, los cuales se han identificado como cofactores de la infección por VIH. Los factores asociados que permiten establecer asociaciones y que son constantes a través de los estudios realizados en VIH-ITS se pueden categorizar en: no uso del condón, acceso a información, tiempo de exposición y antecedentes de ITS.

En otro proyecto realizado en la ciudad de Bogotá (Manco S. et al. 2003), se contactaron trabajadoras sexuales y clientes en 12 sitios, con edades entre 18 y 45 años, haciendo un análisis de los factores que determinan el uso del condón. Participaron 120 TS y 120 clientes. El 41% de las mujeres encuestadas no utilizan siempre el condón por diversas circunstancias, particularmente por el ofrecimiento de mas dinero. El 60% reportó tener siempre condones a la mano, 43% reportó usar el condón siempre bajo el efecto de las drogas o el alcohol. Con relación a los clientes el 85% consideran imprescindible el servicio que prestan la TS. El 61% reportó no usar nunca el condón, 75% refirió haber pagado alguna vez para que no se utilizara el condón y el 69% reportó no haber usado el condón bajo el efecto de SPA.

#### **ASISTENCIA ESCOLAR DE HUÉRFANOS**

**INDICADOR 3.9 Cociente de la asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.**

El Ministerio de Educación no tiene información al respecto.

**INDICADOR ADICIONAL 3.9 Porcentaje de los niños de 15 años que son huérfanos**

No se cuenta con un porcentaje en este indicador.

#### **4. INDICADORES DE IMPACTO**

##### **REDUCCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL VIH**

###### **A. BÁSICO**

**INDICADOR 4.1 Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH**

El porcentaje de adolescentes y jóvenes infectados por el VIH es de: 0.4% para el grupo de edad 10 a 19 años; mientras que para el de 20 a 29 años es de 2.9% (ONUSIDA (a), 2002).

#### **TASA DE PREVALENCIA ESTIMADA DEL VIH (%) EN JÓVENES 15-24 AÑOS. FINALES 2001.**

Grupos de edad	Estimación Baja	Estimación alta
Hombres	0,55	1,15
Mujeres	0,12	0,25

#### **B. ALTERNATIVO**

##### **INDICADOR 4.1 Prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo y sus clientes, los CDI, y los varones que tienen relaciones sexuales con varones.**

No se dispone de información reciente.

Los estudios de vigilancia centinela se han llevado a cabo en un número variado de ciudades. El estudio más grande se dirigió en 1999, en once ciudades, entre las mujeres embarazadas, obreros del sexo femenino y pacientes de enfermedades de transmisión sexual.

Los resultados de prevalencia han ido de 0,2% a 3,3%, y las más altas se obtuvieron en la ciudad de Barranquilla (3,3% entre trabajadoras sexuales en 1996) .

#### **REDUCCIÓN DE LA TMI**

##### **INDICADOR 4.2 Porcentaje de los lactantes infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH.**

No se cuenta con esta información.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CINSSA Ltda. Evaluación del impacto de la Epidemia de VIH/SIDA sobre el Desarrollo Social y Económico en Colombia. Informe Final. Convenio OEI – Minsalud. Bogotá. 1997.
2. El Espectador, Colsubsidio, Famisanar EPS, CAFAM, CORMUJER. Vive y Deja Vivir. Colección vida práctica de El Espectador. Campaña mundial contra el SIDA. 2002.
3. FNUAP. Proyecto “Educación en Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes y para jóvenes” – COL/99/P04. 2002.
4. García R., Klaskala W., Zhang WY., Castro J., Baum M. HIV/AIDS epidemic in Colombia: Regional Differences in Epidemic Trends. AIDS 1997; 11, 10: 1297-98.
5. Instituto Nacional de Salud. Actualización de la situación epidemiológica del VIH/SIDA. Primer trimestre del 2002. Documento inédito.
6. Instituto Nacional de Salud-Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA. Naval Medical Center Research Detachment, USA. Multicopiado.
7. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Manco S. et al. Intervención educativa orientada a la adopción del uso consistente del condón, con trabajadoras sexuales y sus clientes en Bogotá. Colombia. Abstract, Foro 2003. Cuba Abril de 2003.
9. Mejía A, Vallejo F, Montano S, De La Hoz F, Mendieta L, Sanchez J, Prieto F, Calderón J, Rusell K, Acosta J, Alzate M, Sierra N, Benavides L, De Neira M, Alarcón, C. Prevalencia de la infección por VIH-1, VHB y sífilis y factores asociados en mujeres trabajadoras sexuales de Bogotá, 2002.
10. Ministerio de Educación Nacional. Proyecto Nacional de Educación Sexual Separata de Actualización. Mayo, 1999.
11. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 03353 del 02 de julio de 1993.
12. Ministerio de Educación Nacional. Ley General de Educación (Ley 115 de 1994).
13. Ministerio de Salud de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Epidemiología y Laboratorio. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA – Grupo Temático para Colombia. Grupo de Trabajo Intersectorial de Planeación Estratégica en VIH/SIDA. Plan Estratégico Nacional ante la Epidemia del VIH/SIDA. años 2000-2003. Bogota Octubre del 2000.
14. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Pública. Coordinación Nacional de Prevención y Control de Enfermedades. Grupo ETS-VIH/SIDA. Proyecto una opción de convivencia. fascículo 5. Decreto 1543 de 1997. Entre la prevención y la convivencia página 1-36.
15. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000.
16. Ministerio de la Protección Social, SIDALAC & ONUSIDA. 2003. Cuentas Nacionales del VIH/SIDA Colombia 1999 – 2002. Febrero de 2003
17. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003. pp. 13 y 14.
18. Ministerio de la Protección Social. Informe a la Cancillería. Abril 2003.

19. Opuni M, Bertozzi S, Izazola JA, Gutierrez JP, and McGreevey W. Resources for HIV/AIDS Prevention and Care. AIDS 2002. 16 (Suppl):500-500. Páginas 51-58.
20. OPS/OMS, UNICEF, Banco Mundial, Comisión Europea, USAID, POLICY, The Sinergy Project, MEASURE EVALUATION, IMPACT, MEASURE DHS+, CDC. Programas Nacionales de SIDA. Guía para el monitoreo y la evaluación. Junio 2000. Páginas 1-157.
21. ONUSIDA. Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA. 2002.
22. ONUSIDA-Ministerio de Educación. Encuentro Intersectorial de Educación y Salud Sexual. Conclusiones y Recomendaciones. Bogotá, Colombia. Junio 2002.
23. ONUSIDA - Ministerio de Salud. Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, 1999.
24. ONUSIDA. Ministerio de Salud. Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia. Análisis de una Encuesta Nacional. Bogotá, Junio de 2002.
25. ONUSIDA. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para la Elaboración de Indicadores Básicos. Ginebra (Suiza), Diciembre de 2002.
26. ONUSIDA- Federacion Redsalud -INS. Iniciativa nacional para la reducción de la transmisión vertical del VIH en Colombia. 2003.
27. Presidencia de la República. Programa Rumbos. La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta. Un reporte sobre resultados locales en el marco del Estudio Mundial sobre Uso de Drogas Inyectadas y Riesgos para la Salud-Fase II: coordinado y financiado por la OMS. Investigadores principales para Bogotá Programa Presidencial Rumbos. Pérez, A. & Mejía, I. 2003.
28. Presidencia de la Republica. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la paz. Tomo 1. Capitulo III. Salud. Página 319.
29. Presidencia de la República. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la paz. Tomo 2. Anexo II. Ley 508 1999. Capitulo III. Presupuestos plurianuales. Artículo 5. Valores de programas y subprogramas. Páginas 325-333.
30. PROFAMILIA - UNFPA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. La situación de salud general y reproductiva de la población rural en Colombia. Estudio a profundidad de la ENDS-2000. Noviembre 2002. Páginas 1-191.
31. PROFAMILIA - UNFPA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil. Estudio a profundidad de la ENDS-2000. Noviembre 2002. Páginas 1-101.
32. PROFAMILIA - UNFPA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Estudio a profundidad de la ENDS-2000. Noviembre 2002. Páginas 1-309.

33. PROFAMILIA - UNFPA. Salud sexual y reproductiva. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. Octubre 2000. Páginas 1-269.
34. República de Colombia. Constitución Política. 1991.
35. República de Colombia. Decreto 1543. 1997.
36. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá Febrero de 2003. FNUAP. Páginas 1-62.
37. República de Colombia. Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de Drogas. RUMBOS. Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Marzo de 2002. Páginas 1-297.