







# 12

## VIH Y SIDA: una perspectiva de Salud Pública

# CUADERNOS DEL DOCTORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ  
INTERFACULTADES

FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS,  
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA  
Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA







# VIH Y SIDA:

## una perspectiva de Salud Pública

- MARTHA LUCÍA ALZATE POSADA
  - JOHN HAROLD ESTRADA MONTOYA  
Y LEONARDO VARGAS RICO
  - RICARDO LUQUE NÚÑEZ
  - MÓNICA LOPERA
- THOMAS R. EINARSON, MÁRCIO MACHADO
- MARCELA ARRIVILLAGA QUINTERO  
Y NATALIA PAREDES

Bogotá, abril de 2010



Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

VIH y SIDA : una perspectiva de Salud Pública / Martha Lucía Alzate Posada ... [et al.] – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2010  
82 p. – (Cuadernos del doctorado ; 12)

Incluye referencias bibliográficas

ISBN : 978-958-719-462-3

1. Infecciones por VIH 2. Sida – Prevención y control 3. Salud Pública  
I. Alzate Posada, Martha Lucía, 1955- II. Serie

CDD-21 362.1969792 / 2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

**Cuadernos del Doctorado No. 12**

VIH Y SIDA: una perspectiva de Salud Pública

Debates en Salud Pública - Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

**Rector**

*Moisés Wasserman Lerner*

**Vicerrector Sede Bogotá**

*Julio Esteban Colmenares*

**Decano de la Facultad de Medicina**

*Carlos Julio Pacheco Consuegra*

**Decana Facultad de Odontología**

*Clemencia Rodríguez Gacharná*

**Decana Facultad de Enfermería**

*Evelyn María Vásquez Mendoza*

**Decano Facultad de Ciencias**

*Ignacio Mantilla Prada*

**Decana Facultad de Ciencias Humanas**

*Luz Teresa Gómez de Mantilla*

**Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública**

*Fernando De la Hoz*

**Comité Editorial**

*Ana Helena Puerto*

*Jorge Oswaldo González Ortiz*

*Fernando De la Hoz*

*Rafael Antonio Malagón Oviedo*

*Marcela Arrivillaga Quintero*

*Pablo Andrés Martínez Silva*

**Compiladores y editores**

Martha Lucía Alzate Posada, Marcela Arrivillaga Quintero

**Diseño y armada electrónica**

*Gustavo Antonio Díaz Toro*

**Corrección de texto**

*César Cortés Rz*

**Agradecimiento**

John Harold Estrada Montoya

Primera edición, abril 2010

ISBN: 978-958-719-462-3

Ciudad Universitaria Unidad Camilo Torres

Cra 50 No. 27- 70, módulo 2, oficina 501 PBX: 316 5000 extensiones 10908 - 10918. Fax 316 5683

**Programa Interfacultades en Salud Pública**


www.doctoradosaludp.unal.edu.co, E-mail : dosisp\_bog@unal.edu.co

**Impresión y encuadernación**

National Graphics Ltda., abril 2010 - Impreso en Colombia- Printed in Colombia



## INTRODUCCIÓN

El 1 de diciembre fue elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conmemorar el día mundial del SIDA, debido a que el primer caso fue diagnosticado ese día en 1981. Desde 1988 y por más de 7 años consecutivos, ONUSIDA lanzó una campaña mundial enmarcada bajo un tema seleccionado por consenso con otras entidades gubernamentales y no gubernamentales, y se estableció como símbolo universal de compromiso un lazo rojo . Ejemplo de estos temas han sido: Uniendo el mundo contra el SIDA y Comunicación (1988); Juventud y SIDA (1989); Las mujeres y el SIDA (1990); Compartiendo la lucha (1991); El SIDA compromiso de la comunidad (1992); El SIDA y la familia (1993); Derechos compartidos, responsabilidades compartidas (1994); Un mundo una esperanza (1995); Niños viviendo en un mundo con SIDA (1996); Fuerza para cambiar: Campaña mundial del SIDA con la gente joven (1997); Escucha, aprende, vive: Campaña mundial del SIDA con niños y gente joven. (1999); SIDA: Los hombres hacen la diferencia (2000); A mí me importa. ¿Y a ti? (2001); Estigma y Discriminación (2002 y 2003); Mujeres, niñas, VIH y SIDA (2004). (1).





A partir del año 2005 la responsabilidad de esta actividad está en manos de la Campaña Mundial contra el SIDA (WAC, World AIDS Campaign), organización independiente que ha escogido como lema “Detener el SIDA. Mantener la promesa” adicionando palabras como: RESPONSABILIDAD, LIDERAZGO, ACCESO UNIVERSAL, ACTÚA, AHORA. Temas que reflejan la forma en que desde distintas visiones, necesidades y prioridades se aborda el VIH y el SIDA.

Al analizar el tema del VIH y el SIDA desde una perspectiva de salud pública deben considerarse los siguientes elementos:

Primero, el reconocimiento de lo mucho que se ha avanzado en el tema desde distintas dimensiones, aunque los resultados no han sido ni suficientes ni eficaces. Hoy en todo el mundo se siguen infectando y muriendo las personas de todas las edades y en todos los grupos poblacionales vulnerables, con predominio de los adolescentes, jóvenes y mujeres gestantes. Existen múltiples barreras de acceso de orden social, económico, político y cultural para lograr una atención integral de salud, y prevalecen todavía respuestas individuales y colectivas centradas en el estigma, la discriminación y la ignorancia. Por lo tanto, vale la pena preguntarnos: ¿qué estamos haciendo errado?, ¿qué debemos hacer de una manera diferente y más contundente?, ¿qué falta por hacer?

En segundo lugar, mostrar un breve panorama de la situación del VIH y el SIDA en el mundo y en nuestro país







a partir de algunos datos que por sí solos, dan cuenta parcial de la problemática. De un lado, los datos muestran que aún existen múltiples aspectos que tocan con la trascendencia, vulnerabilidad e implicaciones de distinta índole para contener y minimizar esta epidemia; y de otro lado, existen enormes limitaciones en el sistema de información (vigilancia epidemiológica) dado que en la actualidad se trabaja con estimativos y proyecciones, pero no con datos reportados y reales que muestren las características de calidad (oportunos, confiables, completos, consistentes, válidos, útiles, etc.) de la información, y evidencien la problemática en forma más precisa para que las orientaciones de las acciones de salud sean adecuadas.

Datos estimados de ONUSIDA para el 2009 permiten conocer la dinámica situacional de la epidemia del VIH, la cual está matizada no solo de causas biológicas y psicoafectivas, sino también, por causas relacionadas con el riesgo, vulnerabilidad, estigma y discriminación. A finales de 2008, con base en el comportamiento de la prevalencia por grupos vulnerables, la epidemia en general, fue clasificada como concentrada. El número de personas con VIH y SIDA se estimó en 33.4 millones, de los cuales 2.5 millones se infectaron durante ese año. Del total, 31.3 millones fueron adultos (personas entre 15 y 49 años), 15.7 millones mujeres y 2.1 niños. Pese a los avances en la atención integral, el acceso a medicamentos y el establecimiento de lineamientos políticos de orden mundial, más de 25 millones de personas han muerto por causa del SIDA desde 1981; en el 2008 murieron dos millones de adultos y 280.000 niños.





Es de resaltar que para el 2008, en todo el mundo, 50 por ciento del total de casos de personas adultas con VIH fueron mujeres. Los niños huérfanos por causas del SIDA (menores de 18 años) han perdido a uno o los dos padres, y sólo 42 por ciento de la población afectada en los países menos desarrollados y que requieren de tratamiento con antirretrovirales (TAR) lo recibieron.

Según la ubicación de casos de VIH y de SIDA por regiones del mundo, se observa que del total de eventos reportados a diciembre de 2008, África Subsahariana ocupó el primer lugar con 22.4 millones de adultos y niños con VIH y SIDA, 1.9 millones de recién infectados y 1.4 millones de muertes por causa del SIDA. El segundo lugar lo ocupó Asia Meridional y Sudoriental, con 3.8 millones de adultos y niños con VIH y SIDA, 280.000 recién infectados y 270.000 fallecidos. En tercer lugar apareció América Latina con dos millones de adultos y niños infectados, 170.000 recién infectados y 77.000 fallecidos. Le siguieron en orden descendente Europa Oriental, Asia Central y América del Norte. Llama la atención como en África el número de huérfanos llegó a los 14 millones (2).

En Colombia, según el resumen de la epidemia 1983 a 2008 del Ministerio de la Protección Social (3) y a partir de datos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), a 31 de diciembre de 2008, el número de casos reportados fue de 64.729. De estos 66 por ciento portan VIH; SIDA 20 por ciento y fallecidos 14 por ciento. El número de nuevos casos sigue ascendiendo en todas las edades, departamentos





y tanto en hombres como mujeres. Pese a los logros, aciertos y desaciertos enmarcados bajo los lineamientos políticos normativos internacionales y nacionales (4) también persisten vacíos técnicos, investigativos, políticos y normativos; brechas entre sectores para la realización de trabajos conjuntos e integrales; desigualdades e inequidades desde el sector salud hacia la población general y afectada por el VIH; carencia de procesos más expeditos y dinámicos para el seguimiento y control de ésta epidemia; y falta un posicionamiento más puntual y continuado dentro de las agendas políticas.

Desde el año 2003 se estimó una prevalencia general de 0.42 por ciento, sin embargo ésta varía según grupos de mayor vulnerabilidad como son los Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con prevalencia entre 10.18 y 19.5 por ciento, de adultos de 15 a 49 años (prevalencia de 0.67%).

Del total de casos, 76.0 por ciento son hombres, 23.3 por ciento mujeres y de casi 1 por ciento no se cuenta con información. Llama la atención que el reporte de casos por sexo para el 2008 se incrementó 6 por ciento en mujeres y disminuyó en hombres, lo cual indica como cada vez más la mujer, y sobre todo la mujer gestante es más vulnerable, se encuentra en mayor riesgo de contraer el VIH, y en la actualidad no se cuenta con guías específicas para su atención integral incluyendo a los infantes.

Analizando el porcentaje de casos que reportaron el mecanismo probable de transmisión según comportamiento





sexual (38.416) el 96.6 por ciento fueron hombres y 94.7 por ciento mujeres. Igualmente se observa que 61.9 por ciento corresponde a un comportamiento heterosexual y 34.7 por ciento a homosexual y bisexual. Más de 40 por ciento de los casos registrados no reportan el mecanismo de transmisión.

Con relación al número de casos por grupo de edad, la más afectada sigue siendo la población de 15 a 34 años (57.0%) y en los últimos años se ha observado un incremento en los mayores de 45 años (14.6%) y adultos mayores. De los 47.571 casos reportados por grupos de edad, 4.5 por ciento son menores de 18 años, 3.2 por ciento menores de 15 años; 88.4 por ciento están entre los 15 y 49 años y 8.4 por ciento tienen más de 50 años.

Del total de casos reportados según mecanismo de transmisión vertical o materno perinatal (1.022 casos), 67 por ciento corresponden a VIH, 21 por ciento a SIDA y 12 por ciento fallecidos por esta causa. Con las distintas estrategias de detección temprana, seguimiento y control de la transmisión perinatal por VIH adoptadas por el Ministerio de la Protección Social en todo el territorio colombiano, desde el 2003 a 2008 se han logrado tamizar 710.948 gestantes y de estas, a 1918 (0.48%) se les ha confirmado su diagnóstico. Sólo en 2008 se tamizaron 131.273 gestantes y de estas 266 fueron diagnosticadas positivas para el VIH, 97.7 por ciento recibieron tratamiento profiláctico con TAR. De 227 nacidos vivos en ese año 4 fueron confirmados de VIH.

La cobertura universal de terapia con TAR para la población afectada se ha incrementado lentamente en





los últimos años. Para 2007, el 76 por ciento de la población asegurada identificada con VIH y SIDA está recibiendo tratamiento, y 24 por ciento no, esto muestra que también se necesitan estrategias más contundentes para garantizar en igualdad de condiciones para todos los afectados por esta causa, el acceso al tratamiento en forma oportuna, continuada e integral, sin necesidad de que la población afectada tenga que recurrir a las tutelas, derechos de petición y tramitología para adquirir un derecho fundamental: el derecho a la salud, y no recibir más los efectos de la guerra del mercado de la salud, las imposiciones de las multinacionales de medicamentos y las debilidades de nuestro actual sistema de salud.

En tercer lugar, desde la mirada de la educación y la formación del recurso humano en salud, esta problemática de salud pública no debe quedar al margen, fuera de los planes de estudio y fuera de los planes de acción del bienestar educativo, dado que la mayoría de nuestra población estudiantil, docente y administrativa está conformada, cada vez más, por adolescentes, jóvenes y adultos, quienes son más vulnerables y están expuestos a riesgos de adquirir el VIH.

En este punto quiero resaltar los planteamientos propuestos y compromisos asumidos en la declaración firmada por los ministros de salud y educación de más de 30 países de América Latina y el Caribe, quienes estuvieron congregados durante varios días, en el marco de la XVII Conferencia Internacional de VIH y SIDA, efectuada en Ciudad de México (5). Son aspectos y com-



promisos que no se pueden dejar a un lado, y que por el contrario, vale la pena tener en cuenta para el debate, la incorporación, seguimiento y evaluación dentro de las tres misiones sustantivas de la academia: docencia, investigación y extensión, tanto en el nivel de formación de pregrado como de postgrados. Ellos son:

- a. “Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo.
- b. La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Ésta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades, conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.
- c. Evaluar los programas de educación existentes en nuestros países durante 2009 y 2010, para identificar el grado en el cual se incorporan e implementan la educación integral en sexualidad en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas que sean competencia de los Ministerios de Educación.
- d. Actualizar antes del fin de 2010, los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, en colaboración con los Ministerios de Salud. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica disponible ava-



- lada por los Organismos Internacionales competentes en la materia y en consulta con expertos reconocidos.
- e. Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacitación de los maestros en activo. Para el año 2015, todos los programas de formación y actualización magisterial bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación, habrán incorporado los contenidos del nuevo currículo de educación integral en sexualidad.
  - f. Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes y jóvenes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, así como de prevención de VIH y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.
  - g. Asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables y se presten con pleno respeto a la dignidad humana y que, en el marco de la legislación de cada país, atiendan necesidades y demandas específicas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes, considerando la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. Asimismo, establecer los mecanismos adecuados de referencia dentro del sector salud.
  - h. Asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH; atención integral de ITS; condones y educación sobre su uso correcto y consistente; orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH, así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, para todas las personas, especialmente las y los adolescentes y jóvenes.
  - i. Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información y de los mensajes que se difunden y para que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual.



- j. Trabajar en conjunto con las instancias relevantes de los poderes ejecutivo y legislativo, en aquellos países donde sea el caso, para garantizar un marco legal apropiado, así como el presupuesto necesario para la implementación de la educación integral en sexualidad y de la promoción de la salud sexual.
- k. Asegurar la existencia de mecanismos formales de referencia para reportar acciones de discriminación por parte de los servicios educativos y de salud gubernamentales y privados, y trabajar de forma proactiva para identificar y corregirlas, en instancias tanto de gobierno como de la comunidad, incluyendo a las Defensorías de Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil y otros órganos afines.
- l. Destinar y/o movilizar recursos en cada uno de nuestros países para la evaluación rigurosa de impacto de cinco o más estrategias de educación integral en sexualidad, promoción de salud sexual, y prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes, para el año 2015.
- m. Recomendar la inclusión de estos acuerdos para su discusión y avances en: la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en San Salvador, El Salvador, en octubre de 2008; la V Cumbre de las Américas en Puerto España, Trinidad y Tobago en abril de 2009; el VI CONCASIDA en San José, Costa Rica, en octubre 2009, y el Foro Latinoamericano y del Caribe, en Lima, Perú en mayo 2009.
- n. Reconocer la necesidad del acompañamiento técnico y financiero de las agencias multilaterales de cooperación y fondos de financiamiento internacional, a fin de lograr los compromisos adquiridos en esta declaración.
- o. Para asegurar el cumplimiento de estos acuerdos, establecemos un Grupo de Trabajo Intersectorial para dar continuidad a los compromisos asumidos en esta Declaración y solicitamos a ONUSIDA y sus agencias copatrocinadoras participar en dicho grupo”.





Si desde el 2001, cuando la Asamblea General de la ONU impulsó las iniciativas de trabajar mancomunadamente para lograr el cumplimiento de las metas relacionadas con el incremento en la adquisición de los conocimientos necesarios para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por el VIH en 2010, los resultados parciales de seguimiento a esa meta no son tan alentadores puesto que menos del 40.76 por ciento de los jóvenes no los poseen; entonces ¿qué se está haciendo o qué se ha dejado de hacer desde el aula, en las instituciones educativas de formación básica y profesional?

Para finalizar, quiero compartir con ustedes apartes del testimonio emotivo que dio con elocuencia, convicción y calidez la adolescente hondureña Karen Dunaway González, durante el acto inaugural de la XVII Conferencia Internacional Sobre el SIDA:

*“Los niños, niñas y adolescentes con VIH, estamos aquí, y estamos creciendo y teniendo muchas metas y muchos sueños por alcanzar. Muchos de nosotros y nosotras queremos ser artistas, médicos, maestros, hasta casarnos y tener hijos. Yo quiero ser cantante, pero alcanzar esos sueños y metas solo será posible, cuando se nos den los cuidados y atención que necesitamos, cuando se nos asegure que tendremos siempre los medicamentos que necesitamos, cuando se nos acepte en los centros educativos y cuando se nos dé la oportunidad de crecer en un ambiente sin violencia, estigma y discriminación. Yo tengo a mi mamá y a mi papá que también viven con VIH. Mi papa está padeciendo enfermedades relacionadas al SIDA. Él está ciego y en silla de ruedas y... es muy difícil para mí verlo así”.*





*“Queremos participar y ser escuchados, que los gobiernos tomen en cuenta nuestra opinión y nuestras necesidades, con oportunidades para los más pobres y vulnerables, un futuro sin estigma ni discriminación. En esta etapa de la vida en que estamos conociendo nuestros cuerpos y experimentando nuevos sentimientos, en que sentimos mariposas revoloteando en el estómago, es necesario que contemos con la información sobre nuestra sexualidad y los cambios que ocurren en nuestro cuerpo y cómo lo estamos viviendo”. (6).*

Por último, breves palabras para señalar que debemos pasar del debate a la acción. El propósito es lograr cuidarnos a nosotros mismos, cuidar del otro y de los otros, para contener la epidemia del VIH y el SIDA como un complejo problema de salud pública.

## Referencias

1. Día mundial del SIDA. Disponible en: <[http://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADa\\_Mundial\\_de\\_la\\_Lucha\\_contra\\_el\\_Sida#Temas\\_del\\_D.C3.ADa\\_Mundial\\_contra\\_el\\_Sida](http://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%ADa_Mundial_de_la_Lucha_contra_el_Sida#Temas_del_D.C3.ADa_Mundial_contra_el_Sida)> Consultado el 10 de enero de 2010.
2. ONUSIDA. Estadísticas mundiales de SIDA y VIH incluyendo las muertes. Disponible en: <<http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>>. Consultada en enero 1 de 2010.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública Grupo de Promoción y Prevención. *Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983*, Bogotá, D. C. 2008.
4. Dentro de los lineamientos internacionales y nacionales se re-





cuerdan: La sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, 2001); la Declaración de OMS/OPS sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2000; el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 de la OPS; Acuerdos internacionales del año 2006 en adelante, orientados a asegurar el acceso universal al diagnóstico oportuno, la prevención, cuidados integrales y tratamiento para el VIH. El Decreto 1543 de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH y SIDA y las otras ITS para Colombia; la Resolución No. 3442 de 2006 por la cual se establece el Modelo de Gestión Programático en VIH y SIDA y la Guía para el manejo Integral del VIH y SIDA basada en la evidencia en Colombia; la Política de salud sexual y reproductiva de 2003, entre otros.

5. Declaración Ministerial: *Prevenir con educación*. (2008). Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. México, agosto 1 de 2008. Disponible en; <[http://www.unaids.org/es/AboutUNAIDS/Leadership/FormerEXD/Photo\\_gallery/2008/2008AIDS\\_Preconference\\_Ministers\\_Meeting\\_Mexico.asp](http://www.unaids.org/es/AboutUNAIDS/Leadership/FormerEXD/Photo_gallery/2008/2008AIDS_Preconference_Ministers_Meeting_Mexico.asp)>. Consultada en diciembre de 2009.
6. González, Karen Dunaway. (2008). Discurso en el Auditorio Nacional de México. – EFE. XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, México, 3 a 8 de agosto de 2008. <<http://www.diarioinformacion.com/sociedad/2008/08/04/nina-hondurena-inaugura-cita-mundial-sida-mexico/784578.html>> Consultada en diciembre de 2008.

Martha Lucía Alzate Posada  
Enfermera, Egresada y profesora Asociada  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.







## CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

*John Harold Estrada Montoya<sup>1</sup>  
Leonardo Vargas Rico<sup>2</sup>*

Desde la aparición del primer caso reconocido de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en 1981 ocurrido en Estados Unidos, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente etiológico de este síndrome, ha sido de gran interés para los investigadores y trabajadores de la salud ya que ha desencadenado una epidemia mundial mucho más extensa que la que se predijo hace apenas dos décadas. Casi treinta años después de que el mundo tuviera conocimiento del SIDA por primera vez, es evidente que la humanidad se enfrenta a una de las epidemias más catastróficas de la historia, una epidemia que amenaza el desarrollo en extensas regiones del planeta (1).

- 
- 1 PhD. Salud Pública. Profesor Asociado, Investigador Grupo de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.
  - 2 Odontólogo, Residente de Primer Año de Periodoncia, Investigador Grupo de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.





En diciembre de 2009, ONUSIDA informó que cerca de 33.4 millones de personas viven con la infección VIH o el SIDA, de los cuales 2.1 millones son niños menores de 15 años. Desde el primer reporte en 1981, este organismo internacional ha dado cuenta de 62 millones de personas con la infección, a lo que corresponde una mortalidad cercana a 50 por ciento de los afectados/as, mortalidad que se ha concentrado particularmente en los últimos años, aportando tan sólo el 2008, cerca de 2 millones de defunciones, situación que complementada con las nuevas infecciones que durante ese mismo año alcanzaron casi 3 millones de personas, pone en evidencia la severidad y extensión de la epidemia (2).

Durante el año 2008, se reportaron 2.7 millones de casos nuevos (440.000 casos nuevos en menores de 15 años), se presentaron 2 millones de muertes por causa del virus (280.000 menores de 15 años), 58 por ciento de la población que requirió tratamiento antirretroviral no lo obtuvo por inconvenientes en el acceso, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos y se estima que por cada 2 personas que iniciaron terapia antirretroviral se presentaron 5 casos nuevos (2).

La distribución por regiones a nivel mundial muestra un mapa en el cual se ubican 22.4 millones de personas viviendo con VIH en el África Subsahariana, 310.000 en Medio Oriente y África del Norte, 3.8 millones en el Sur y el Sureste de Asia, 850.000 en el Oriente de Asia, 1.5 millones de personas viven con VIH en el Este de Europa y en Asia Central, 850.000 en Europa Central y Occidental, 1.4 millones en América del Norte y 59.000 personas en Oceanía (2).





África Subsahariana sigue siendo la región del mundo más afectada por la epidemia. Durante el 2007, Suazilandia contaba con una prevalencia de VIH en población adulta de 26 por ciento, la más alta en el mundo. En la región, 60 por ciento del total de casos reportados corresponde a mujeres (2).

El continente asiático alberga a casi 60 por ciento de la población mundial y es la segunda región del mundo en número de personas viviendo con VIH, después de África Subsahariana. Alrededor de 50 por ciento de las personas afectadas por la epidemia en Asia viven en India. En China la transmisión hasta hace unos años se daba principalmente por el intercambio de agujas entre personas usuarias de drogas intravenosas pero ahora la principal vía de transmisión del virus es a través del contacto heterosexual (2).

Ucrania y la Federación Rusa presentan las situaciones más críticas de la región que comprende Europa del Este y el centro de Asia. Ucrania, en particular, presenta los niveles de prevalencia más altos de toda Europa con 1.6 por ciento en población general durante el 2007, siendo los más afectados los usuarios de drogas intravenosas con rangos de prevalencia entre 38.5 y 50.3 por ciento. En Estados Unidos, aunque la población afro descendiente representa 12 por ciento de los habitantes, completa 46 por ciento de los casos de personas viviendo con VIH. En Europa Occidental, la transmisión vertical ha sido virtualmente eliminada gracias a la disponibilidad de servicios de prevención para mujeres embarazadas (2).





Oceanía es la región del mundo con la prevalencia de VIH más baja, cercana al 0.1 por ciento. Australia es el país de altos ingresos con la prevalencia más baja a escala global (0.2%). Sin tener en cuenta a Australia y Nueva Zelanda, en Papúa Nueva Guinea se concentraba 99 por ciento de la población viviendo con VIH de la región; durante el 2007 y en la actualidad el número de infecciones nuevas se encuentra en aumento. En Australia, 72 por ciento de las personas que necesita tratamiento antirretroviral lo recibe (2).

La situación en América Latina y el Caribe es de especial preocupación, pues en el caso del Caribe como subregión, la prevalencia promedio alcanza 1.0 por ciento situándose en segundo lugar de severidad en el planeta, después de África Subsahariana (con 5.2%) mientras que el resto de países de América Latina tienen en promedio un 0.6 por ciento de prevalencia, cifra menor que la del Caribe, pero con tendencia a aumentar con el transcurso de los años, lo que revela una pobre contención de la epidemia de parte de los países y un riesgo de pasar de una epidemia concentrada a una epidemia generalizada (3).

En algunos países de la región (Haití, Guyana, Belice y República Dominicana) la prevalencia estimada de VIH en mujeres embarazadas es igual o superior a 1 por ciento (con rangos reportados para Haití entre 0.8% y 11.8% en zonas urbanas); en estas zonas la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual, mientras que en Colombia, México, Perú y el Cono Sur







se producen más infecciones en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), categoría que sigue siendo arbitraria epidemiológicamente, pero que sirve para agrupar todas las prácticas sexuales entre varones, tengan o no una identidad sexual de tipo homosexual (2).

En el transcurso del año 2008, en el Caribe, 240.000 personas vivían con el virus del VIH, de los cuales 3/4 se encontraban localizados en República Dominicana y Haití; 20.000 casos nuevos se presentaron en esta región del continente y alrededor de 12.000 personas murieron a causa de la infección. En Trinidad y Tobago, 20 por ciento del total de los casos reportados por VIH/SIDA corresponden a Hombres que tienen Sexo con Hombres, 21 por ciento en Guyana y 11 por ciento en la República Dominicana (4). La proporción regional de casos nuevos parece haberse estabilizado, excepto para Cuba, en donde la prevalencia es baja pero, aparentemente, en aumento.

Para América Latina, durante el 2008 se reportaron 170.000 casos nuevos, para completar un total de 2.0 millones de personas viviendo con el VIH en la región. Durante el mismo año se presentaron 77.000 muertes a causa de la pandemia. En la población HSH, los reportes de los diferentes países de Latinoamérica durante el 2007 y el 2008 mostraron una cifra de 22 por ciento del total de casos en Perú; 14 por ciento en Buenos Aires, Argentina; 22 por ciento en Montevideo, Uruguay; 15 por ciento en Bolivia y Quito, Ecuador; el 25 por ciento en Colombia y 7.9 por ciento en El Salvador. En México, 57 por ciento de los casos de VIH se atribuyen





a Hombres que tienen Sexo con Hombres. En Latinoamérica, entre 1/3 y 1/4 de los Hombres que tienen Sexo con Hombres, también tiene sexo con mujeres (4). Se estima que el grupo de HSH en la región tiene una probabilidad muy alta de adquirir la infección equivalente a 1 de 3. En Perú, durante el 2008, 55 por ciento de las infecciones nuevas ocurrió en el grupo de HSH (2). Una de cada cuatro infecciones por VIH (26% en 2005) se registraron en Hombres que tienen Sexo con Hombres y 19 por ciento se registró en consumidores de drogas intravenosas. Aunque la prevalencia del VIH en trabajadoras/es sexuales en esta región es relativamente baja, estos/as y sus clientes representan casi la sexta parte (17%) de las infecciones por VIH (5, 6).

Para algunos de estos países el VIH/SIDA es la primera causa de mortalidad y se ubican sólo por detrás de los países del África Subsahariana, en donde actualmente viven 22.4 millones de personas con el virus, lo que equivale a 67 por ciento del total mundial (2). En la región de América Latina y el Caribe se combinan los factores de desarrollo socioeconómico desigual (en términos de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración de la riqueza y de la tierra en pocas manos), la gran movilidad de la población y la situación de estigma y discriminación que experimentan grupos poblacionales (en particular los Hombres que tienen Sexo con Hombres) como situaciones que favorecen la propagación del VIH.

A nivel mundial, durante el 2008, el acceso a terapia antirretroviral se limitó a 42 por ciento de las personas





que lo requerían (alrededor de 4 millones de personas en países de bajos y medios ingresos). El tratamiento a mujeres embarazadas con el virus en 2005 fue solo de 15 por ciento, mientras que para el 2008 alcanzó 45 por ciento. Durante el mismo año, 55 países reportaron que menos de 25 por ciento de la población de niños y adultos con necesidad de tratamiento lo recibió. Para 2009, solo 1/3 de la población que necesita tratamiento en países de bajos y medios recursos lo recibió (2).

Del total de nuevas infecciones ocurridas en el planeta, se estima que 40 por ciento ocurre en personas entre 15 y 24 años (afectando severamente a las mujeres), lo que evidencia la situación de mayor afectación de los jóvenes frente al resto de la población, que es más vulnerable a la infección por una serie de condiciones de carácter: biológico (en particular las mujeres), sociales, culturales, políticas y económicas, dentro de las que se destacan el pobre o nulo acceso a una educación de calidad y a información actualizada y pertinente sobre la infección VIH y el SIDA, lo cual obliga a preguntarse por la situación de las millones de personas jóvenes que en el planeta no asisten a la escuela o que desertan del sistema escolar tempranamente, siendo excluidos de casi todas las acciones tendientes a controlar o disminuir el avance de la pandemia (7).

Con respecto a la relación entre educación y la pandemia por el VIH/SIDA, debe resaltarse de manera preocupante que sólo 40 por ciento de la población entre 15 y 24 años demuestra claro conocimiento acerca de las causas de infección y los métodos de prevención y





que menos de 40 por ciento de las personas que viven con VIH conocen su seroestado. Casi dos tercios de los países del mundo reportaron tener políticas que dificultan el acceso al tratamiento anti VIH a poblaciones clave incluidos, en particular, los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

El 85 por ciento de los niños huérfanos como consecuencia del VIH/SIDA, en 11 países con alta prevalencia de VIH, viven en hogares sin asistencia. Desde el inicio de la epidemia, 15 millones de niños (80% en la región Subsahariana) han perdido a uno o a sus dos padres. Durante el último año, para la población desplazada en el mundo, la consejería voluntaria y la tasa de pruebas pasó de 60 a 70 por ciento. Durante el 2008 el UNFPA distribuyó 33 millones de condones femeninos como apoyo a los programas de prevención a nivel mundial (2).

Múltiples organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) (8), la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), el ONUSIDA (10), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11) y la UNESCO (12), entre otros, han puesto de relieve que si se quiere detener o menguar el avance de la epidemia, la educación tanto formal como informal debe ser un pilar fundamental en los esfuerzos nacionales e internacionales de lucha contra la infección; con la salvedad de que la educación como único componente de los programas de prevención no garantiza la obtención de estos resultados y que se requiere de acciones combinadas en el plano de la prevención, atención y rehabilitación, si se quieren





obtener logros contundentes en la contención del avance de la epidemia (2, 13).

La importancia de las conductas que aumentan la vulnerabilidad como el consumo de drogas intravenosas, las relaciones sexuales remuneradas sin protección y las relaciones sexuales sin protección entre varones, resulta especialmente evidente en las epidemias de VIH en Asia, Europa Oriental y América Latina. Los trabajadores sexuales y sus clientes representaron alrededor de 12 por ciento de las infecciones por VIH durante el año 2007 (6).

La epidemia del VIH/SIDA sigue en aumento a nivel mundial y está lejos de ser controlada: durante 2008 se presentaron 7400 infecciones por VIH por día en el mundo, de las cuales más de 97 por ciento en países de medianos y bajos recursos y aproximadamente 17 por ciento en niños menores de 15 años (1200 casos nuevos por días). De los 6200 casos nuevos diarios entre adultos, 48 por ciento ocurrió en mujeres y cerca de 40 por ciento en jóvenes entre 15 y 24 años de edad (2).

### **Situación de la epidemia en Colombia**

El primer caso de SIDA en Colombia se notificó en 1983 (14). En 1988 se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia en nuestro país con el fin de responder a la misma. A partir de entonces el Ministerio de la Protección Social ha puesto en marcha, de diferentes formas, programas de vigilancia, principalmente





en grupos identificados de alta vulnerabilidad como los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), los usuarios de drogas intravenosas y los/las trabajadores/as sexuales. Desde que se diagnosticó el primer caso en Colombia, se han reportado 64.729 casos de infección por VIH/SIDA (hasta 31 de diciembre de 2008) (5). La principal forma de transmisión es la sexual, con un aumento entre las mujeres en los últimos años. Existe una relativa falta de información sobre la prevalencia y sobre la identificación y seguimiento a conductas que aumentan la vulnerabilidad de algunos subgrupos poblacionales, sobre todo entre HSH.

Varios estudios muestran los esfuerzos que en Colombia se vienen realizando con el propósito de conocer y mantener vigilada la epidemia. Los primeros sistemas de información se estructuraron a partir de la notificación pasiva de casos de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (15). Estos esfuerzos fueron ampliados a partir de 1988 con sistemas activos, mediante la incorporación de otras variables para complementar la vigilancia epidemiológica, con el fin tener una visión más completa sobre la magnitud y la tendencia de la prevalencia de la pandemia.

Desde entonces, se han realizado seis estudios en varios grupos de la población general, con los siguientes resultados de prevalencia:



ESTUDIO	AÑO	PREVALENCIA
Primer estudio	1988	0.02%
Segundo estudio	1991	0.10%
Tercer estudio	1994	0.30%
Cuarto estudio	1996	0.40%
Quinto estudio	1999	0.49%
Sexto estudio	2003	0.65%

La información resultante sugiere que la prevalencia de VIH, entre la población sexualmente activa, continuará creciendo en los próximos años sin superar el 1.0 por ciento, antes de comenzar a declinar (16, 17). El último reporte entregado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia, reporta una prevalencia, en población general, cercana a 0.7 por ciento, lo cual corresponde a una cifra aproximada de entre 77.567 y 210.972 personas viviendo con VIH, dado el subregistro presente en nuestro país (5).

No obstante, los resultados de estos estudios no han permitido confrontar la situación colombiana con respecto a lo encontrado en otros países, en donde el seguimiento de los patrones de infección del VIH evidencian una mayor vulnerabilidad entre los pobres, las mujeres (especialmente aquellas sin educación o con un bajo nivel educativo), los hombres y las mujeres jóvenes, los Hombres que tienen Sexo con Hombres, las personas transgénero, los/las trabajadores/as sexuales y la población migrante o en condición de desplazamiento. Sin embargo, se estima que la situación de la nación no es diferente de la encontrada en otros países.



John Harold Estrada Montoya, Leonardo Vargas Rico

En Colombia, como en varios otros países de la región, la prevalencia registrada en HSH (de hasta 20% en Bogotá) (18), ha superado la prevalencia encontrada entre los/las profesionales del sexo (0.8% en 2001-2002 en Bogotá, por ejemplo) (19, 20).

Un análisis de la epidemia en América Latina, así como en Colombia, sugiere un cuadro complejo en el cual el estigma y la exclusión social han alimentado una epidemia, que por la proporción de miembros de diferentes grupos poblacionales que se han infectado, enfermado y muerto, puede calificarse de devastadora. Dentro de estos grupos, los hombres gay y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres han sido la población más afectada en la mayoría de las regiones del mundo y continúa siendo uno de los grupos de mayor vulnerabilidad frente a la infección por VIH y a la enfermedad y muerte consecuentes (21 - 24).

Siendo una minoría poblacional, ha aportado un número muy elevado de casos de SIDA y existen sólidos indicios de que muchos casos notificados como de transmisión heterosexual probablemente resultaron de transmisión homosexual masculina. Una proporción importante de HSH mantiene relaciones sexuales con mujeres y como consecuencia de ello, el comportamiento de la epidemia ha ido cambiando y se ha registrado un aumento del número de mujeres infectadas. La mayoría de ellas ha contraído el VIH de su compañero infectado que mantenía relaciones sexuales sin protección con otros/as hombres o mujeres. En el grupo de mujeres que han dado positivo en el marco de proyectos encamina-







dos a prevenir la transmisión materno infantil del VIH, 72 por ciento tenía relaciones estables y 90 por ciento se definió como “ama de casa” (24 - 27).

Infortunadamente, Colombia ha pasado de una prevalencia de 0.4 por ciento en el año 2001 a una prevalencia de 0.6 por ciento en 2003 y a una cercana a 0.7 por ciento en el 2007, esto evidencia un aumento en la velocidad de infección de la población, esta circunstancia marca un reto para las políticas públicas y para las actividades de promoción y prevención.

Según el último reporte entregado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia, se puede hablar de una prevalencia de VIH *baja* en la población general, cercana a 0.7 por ciento, mientras que en Hombres que tienen Sexo con Hombres las tasas de infección por VIH son *altas* ya que fluctúan entre el 10.8 por ciento y el 18 por ciento, lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en grupos de gran vulnerabilidad (5).

Dentro de la población colombiana, 76 por ciento de los casos reportados con registro individual corresponde a hombres, 23.3 por ciento a mujeres y 0.7 por ciento no tiene registro de sexo. El 66 por ciento de los casos reportados se clasificó como *caso de VIH*, 20 por ciento como *caso de SIDA* y 14 por ciento correspondía a personas fallecidas. En 38.416 casos (59.3%) se reportó el mecanismo probable de transmisión, estableciendo que el 61.9 por ciento corresponde a comportamiento heterosexual y 34.7 por ciento a comportamiento homosexual o bisexual. En total, 96.64 por ciento de los





casos reportados puede atribuirse a transmisión sexual del virus; 57 por ciento de los casos se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad. Sin embargo, en los últimos años se evidencia un incremento de eventos en los grupos mayores de 45 años con 14.3 por ciento del total (5).

Según datos oficiales en Colombia, de los casos reportados y que requieren tratamiento antirretroviral, se calcula que alrededor de 80 por ciento tienen acceso a los medicamentos. Se estima que alrededor de 110.000 personas podrían estar infectadas sin saberlo. Según la última Encuesta Nacional de Salud solo 15 por ciento de los hombres entre 18 y 69 años reportó haberse hecho la prueba para VIH y 23,5 por ciento de las mujeres en el mismo rango de edad. El mismo estudio refiere que, de las personas que han accedido al diagnóstico, 36 por ciento lo ha hecho por hallarse en embarazo, 18 por ciento por iniciativa propia o curiosidad y 15 por ciento como requisito de ingreso al trabajo (28).

Vale la pena destacar el avance del peso porcentual de infecciones asintomáticas y el descenso de diagnósticos de SIDA, situación explicada en parte por el suministro de medicamentos y el soporte de grupos de trabajo alrededor de las personas viviendo con VIH. Del mismo informe se puede colegir el comportamiento de la infección por grupos etáreos, donde se hace evidente el mayor peso proporcional de los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años, lo que permitiría suponer que las personas están adquiriendo la infección en las primeras décadas de su vida y que la expresión sintomática o la





detección de la infección se produce entre la tercera y cuarta década, con el deterioro progresivo de los indicadores de años de vida saludable y esperanza de vida al nacer (28).

A pesar del dramatismo de estas cifras, es obvio que la inmensa mayoría de personas vulnerables de ser infectadas aún no ha adquirido la enfermedad, dado que no se ha alcanzado el pico máximo de expansión de la epidemia. Capacitar a la mayor cantidad de personas para que se proteja contra la infección constituye el mayor desafío que haya enfrentado la salud pública y la humanidad.

La transmisión sexual del VIH ha adquirido una importancia creciente en Colombia y constituye posiblemente la clave del curso actual de la epidemia. Las consultas por infecciones de transmisión sexual podrían conformar importantes centros para la vigilancia del VIH, porque atienden a personas con prácticas sexuales que se han asociado con una mayor vulnerabilidad frente a la infección. El agente causal del VIH/SIDA se propaga principalmente por transmisión sexual, por lo que todo paciente con una ITS ha podido estar expuesto a la infección por el VIH, y en consecuencia debe ser objeto especial de acciones de educación sanitaria y de prevención. La tasa de infección por VIH en estos pacientes, además de ser un indicador de la progresión de la epidemia, constituye una información necesaria para poder llevar a cabo intervenciones de prevención adecuadas y evaluar su efectividad.





Por otra parte, no se espera que la epidemia en Colombia sea tan grave como la que han enfrentado ciertos países de África y Asia. No obstante, estas observaciones deben conducir a explorar las repercusiones que puede tener en el país una seroprevalencia de VIH de 1 por ciento en población general, toda vez que los últimos datos del Observatorio Nacional de Gestión en VIH, basados en un modelado matemático, estiman que el escenario para el año 2015 no superará este porcentaje (17).

Es importante revisar la información que se ha producido en años anteriores en estudios con población de HSH. De estos estudios, resalta el de prevalencia y de comportamientos, realizado en Bogotá durante el año 2000 (29), donde se encontró que 42.6 por ciento de los encuestados en el estudio se definió como “gay”, 37.5 por ciento como homosexual, 11.4 por ciento como bisexual, 2.6 por ciento no se definió y 1.8 por ciento se definió como “de ambiente”. El 98.5 por ciento de los encuestados respondió que había tenido relaciones sexuales en los últimos dos años; 49.7 por ciento tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 19 años, 29 por ciento entre los 10 y 14 años y 5.8 por ciento entre los 5 y 9 años. El 48 por ciento de los participantes había tenido sólo un compañero sexual en el último mes, 23.3 por ciento entre dos y cuatro y 4.6 por ciento entre cinco y veinte compañeros sexuales en el último mes: 51 por ciento tuvo entre 2 y 4 compañeros sexuales en el último año, 19 por ciento tuvo un solo compañero sexual y 27.3 por ciento tuvo más de 4 compañeros sexuales en un año.





El 50.6 por ciento de los encuestados reportó tener una relación de pareja estable con un hombre y 2.3 por ciento (15 individuos) reportaron relación de pareja estable con una mujer; 5.7 por ciento había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, 1.6 por ciento a cambio de comida, 1.1 por ciento a cambio de compañía, 0.8 por ciento a cambio de drogas, y 0.9 por ciento a cambio de otros incentivos. El 4.3 por ciento dijo que había tenido relaciones sexuales a cambio de algo una sola vez, 2.4 por ciento entre 10 y 20 veces y 2.6 por ciento dijo que muchas veces.

El último estudio realizado en Bogotá por la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, la Secretaría de Salud de Bogotá y ONUSIDA tuvo una muestra poblacional constituida por 630 Hombres que tienen Sexo con Hombres, todos residentes en Bogotá identificados o auto identificados como gay 84,6 por ciento (n=533), bisexual 11,7 por ciento (n=74), heterosexual 0,3 por ciento (n=2), no definido 1,6 por ciento (n=10) y no informan 1,7 por ciento (n=11), concentrados en los estratos 1, 2 y 3, con edades entre los 18 y 70 años. La prevalencia total de VIH encontrada en el estudio fue de 10.8 por ciento, correspondiente a 68 hombres. Al revisar la distribución de las personas con diagnóstico de VIH de acuerdo con la edad, se observa que la mayor prevalencia estaba en el grupo de edad de 40 a 44 años con 16,2 por ciento (n=6), seguido de los hombres de 30 a 34 años (13.8%, n=13). Aún así se observa una alta prevalencia en los menores de 20 años (10,4%, n=7) (30).





El estudio más reciente llevado a cabo en Colombia se desarrolló en la ciudad de Bucaramanga en el 2007. Durante ese año se implementó el proyecto para la vigilancia centinela del VIH/SIDA y de comportamiento de riesgo para Hombres que tienen Sexo con Hombres (31). De un total de 340 HSH encuestados mayores de 18 años de diferentes condiciones socioeconómicas, 149 permitieron la recolección de la muestra serológica, de los cuales 28 tuvieron una prueba positiva, lo que equivale a 18.7 por ciento (los resultados citados por los autores del estudio estiman una prevalencia de 8 por ciento ya que consideran como tamaño muestral a los 340 participantes y no a los 149 que permitieron la recolección de la muestra serológica). Los individuos encuestados y a quienes se les realizó la prueba para detección de VIH, fueron abordados en sitios de encuentro tales como bares, saunas, salones de belleza y en un centro de reclusión (31).

Como se deduce de la información presentada hasta el momento, los estudios muestran que la pandemia de VIH en Colombia corresponde a una epidemia concentrada en algunos grupos específicos de población, especialmente en el grupo de HSH; sin embargo, principalmente como consecuencia de comportamientos y situaciones de vulnerabilidad, la epidemia está afectando paulatinamente a la población general (hecho que se expresa con el aumento en el número total de casos, la cantidad de eventos en mujeres embarazadas y la disminución en la razón hombres–mujeres). Más aún, dado que las mujeres y, sobre todo sus hijos recién nacidos constituyen puntos finales de la cadena





epidemiológica, esta tendencia plantea necesidades de información sobre la tendencia misma de la pandemia y las poblaciones puente.

Colombia es uno de los cientos de países que firmó la declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) en junio de 2001 y junio de 2006, donde se proponía disminuir las tasas de infección en 25 por ciento y garantizar educación comprensiva frente al VIH/SIDA para 95 por ciento de los y las jóvenes; sin embargo en el seguimiento y evaluación que la sociedad civil y los mismo países han hecho del cumplimiento de estas declaraciones, se observa una precariedad en el logro de los objetivos, toda vez que las tasas de infección continúan muy altas y en el último informe mundial publicado por ONUSIDA en diciembre de 2009, en el mundo sólo 40 por ciento de los y las jóvenes entre 15 y 24 años han alcanzado un conocimiento mínimo frente al VIH/SIDA (2).

Se requieren profundas transformaciones y voluntad política decidida si de verdad se quiere universalizar el acceso a la educación y a la información frente al VIH/SIDA que permitan brindar herramientas a las nuevas generaciones que se acercan a su vida sexual activa para enfrentar un mundo donde se convive con la epidemia (32, 33).





## Referencias

1. ONUSIDA (2007). *Situación de la epidemia de SIDA*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
2. UNAIDS (2009). *AIDS epidemic update: November 2009*. Genève, Switzerland; 2009. Tomado de: [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009\\_epidemic\\_update\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf) (Visitado en diciembre de 2009).
3. Organización Panamericana de la Salud; Banco Mundial; García, Anabela; Noguera, Isabel y Cowqill, Karen. (2004). *El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros*. Publicación científica y técnica No. 597. Washington, EE.UU.; 316 p.
4. UNAIDS. (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Genève, Switzerland: UNAIDS.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2009). *Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia. 1983 a 2008*. Bogotá, Colombia: Oficina Asesora de Comunicaciones. Documento sin publicar.
6. ONUSIDA. (2006). *Situación de la epidemia de SIDA*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
7. UNICEF; ONUSIDA y OMS. (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial*. Nueva York, EE.UU.
8. The World Bank. (2002). *Education and HIV/AIDS. A window of hope*. Washington, EE.UU. p. 79.
9. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia*. París, Francia.
10. ONUSIDA. (2004). *El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana*. Ginebra, Suiza.
11. Comité Técnico Consultivo (CTC) sobre VIH/SIDA/ITS y OPS. *Educación de VIH Basada en la Ciencia*. En: *OPS. Boletín electrónico Rompiendo Muros*. Tomado de: [www.paho.org](http://www.paho.org). (Consultado en noviembre de 2009).





12. UNESCO. (2004). *Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/SIDA*. París, Francia.
13. Hogan, Daniel y Salomon, Joshua. (2005). Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings. *Bulletin of the World Health Organization*. Genève, Switzerland. 83: pp.135-143.
14. Carrasquilla, Gabriel. (1996). Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Colombia. *Colombia Médica*. Bogotá. 27 (1): pp. 27-32.
15. Prieto, Franklyn. (2003). Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud. 8 (22): 353 – 368.
16. Prieto, Franklyn; Osorio, Adriana; De Neira, Marlene y Grupo Nacional de Vigilancia Centinela de VIH INS. (2004). VI Estudio Nacional Centinela del VIH 2003-2004. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud; 23: pp.353-368, 24 (9): 369 384.
17. Colombia. Observatorio Nacional de Gestión en VIH. (2009). *Proyecciones para el año 2015 de la prevalencia del VIH en Colombia en la población general*. Bogotá, Colombia; (Comunicación personal).
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA. (2005). *Estimaciones sobre la Epidemia de VIH-SIDA en Colombia*. Bogotá, Colombia.
19. Ardila, Henry; De la Hoz, Fernando; Negrete, Mónica; Mejía, Alfredo; Acosta, Jacqueline et al. (2002). *Prevalencia de la infección por VIH-1 y factores de riesgo asociados en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en Bogotá-Colombia*. Bogotá: Editores Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Instituto Nacional de Salud, NAMRI.
20. Bautista, Christian; Sánchez, José; Montaña, Silvia; Laguna Torres, Víctor; Lama, Javier; Campos, Pablo et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex Transm Infect*. London, England. 82: pp.311-316.



21. Cáceres, Carlos; Pecheny, Mario y Terto, Veriano. (2002). *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de investigación en sexualidades y VIH/SIDA en América Latina.
22. Estrada, John. (2004). La infección por VIH/SIDA entre Hombres que tiene Sexo con Hombres (HSH). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Medellín, Colombia. 22 (1): pp.107-120.
23. Beyrer, Chris. Hidden yet happening: the epidemics of sexually transmitted infections and HIV among men who have sex with men in developing countries. *Sex Transm Inf.* London, England; 2008. 84: 410 – 412.
24. Fernández Dávila, Percy. (2009). The non-sexual needs of men that motivate them to engage in high-risk sexual practices with other men. *Forum: Qualitative social research*. Berlin, Germany. 10 (2).
25. García, Ricardo; Prieto, Franklyn; Arenas, Carlos; Rincón, Julio; Caicedo, Sidia y Rey, Gloria. (2005). Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional. *Revista Biomédica*. Bogotá Colombia; 25: pp.547-564.
26. ONUSIDA y Ministerio de Salud de Colombia. (1999). *Infección por VIH-SIDA en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance Histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá, Colombia: ONUSIDA.
27. Estrada, John. (2007). Masculinidades homoeróticas y la infección VIH entre Hombres que tienen Sexo con Hombres. *Culture, Health & Sexuality*. London, England; 9 (S1): S85 – S86.
28. Colombia. Ministerio de la Protección Social y Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). (2007). *Encuesta Nacional de Salud 2007*. Bogotá, Colombia. Tomado de: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp? ID=17317&IDCompany=3>>. (Visitado en octubre de 2009).





29. Colombia. Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Instituto Nacional de Salud y NMRCD. (2000). *Seroprevalencia de infección por VIH y factores asociados en HSH de la ciudad de Bogotá*. Bogotá, Colombia: Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.
30. Colombia. Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Secretaría de Salud de Bogotá y ONUSIDA. (2006). *Informe final centinela de conocimientos comportamientos sexuales y prevalencia de VIH y otras ITS en Hombres que tienen Sexo con Hombres, Bogotá 2006*. Bogotá, Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá.
31. Colombia. Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA Seccional Santander y Secretaría de Salud y del Ambiente. (2007). *Proyecto para la vigilancia centinela del VIH/SIDA y de comportamiento de riesgo para Hombres que tienen Sexo con Hombres en Bucaramanga*. Bucaramanga, Colombia: Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.
32. Estrada, John. Evaluación de programas educativos en VIH SIDA destinados a jóvenes. (2009). *Revista Gerencia y políticas de salud*. Bogotá, Colombia; 2009. 8 (16).
33. Estrada, John. (2009). Una cuestión poco cono-SIDA. Evaluación crítica del proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía – Hacia la formación de una política pública (2006 – 2008). Bogotá, Colombia: Digiprint Editores E.U. 300 p.







## HACIA UNA NUEVA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA HOMOSEXUALIDAD MASCULINA: trascendiendo la vinculación con la epidemia de SIDA

*Ricardo Luque Núñez<sup>3</sup>*

*“Dice que pecado es hablar mal de los vecinos  
y que pecado no es besarse por los caminos”*

Villancico

*Gloria Fuertes*

¿Desde dónde los hombres homosexuales están agenciando estrategias para la prevención del SIDA? ¿Desde el temor? ¿Desde la solidaridad? ¿Desde el conocimiento y subsecuente cuidado de sí mismos? ¿Es posible deconstruir al sujeto homosexual y desde la Bioética asignarle nuevas categorías que contribuyan al rescate de su identidad? ¿Cómo influye esto en la prevención de la epidemia de SIDA? El presente escrito está dirigido principalmente a los salubristas y todos los interesados

---

3 Médico Cirujano, Especialista en Ética y Pedagogía de Valores y Especialista en Bioética del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. Asesor en la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Autor del libro *El sida en primera persona*. Correo electrónico: rluque59@gmail.com





en la bioética, pero también a la comunidad homosexual. Se parte del supuesto de que tanto a unos como a otros los motiva contar con mejores herramientas preventivas para frenar la epidemia de SIDA, la cual viene afectando –aún en mayor proporción– a los hombres que tienen sexo con hombres. Las mejores estrategias preventivas se sabrán hallar tan sólo en la medida en que se entiendan mejor ciertos aspectos de la identidad homosexual, no sólo como fenómeno personal, sino como realidad política y social.

A través del presente ensayo se desea resignificar ciertos conceptos y contribuir con la salud pública a liberarse de viejas ataduras que impiden avanzar en la tarea de prevenir el VIH; se pretende aportar elementos que faciliten el focalizar los esfuerzos preventivos y dar la voz a las comunidades afectadas.

### **Deconstrucción del vínculo homosexualidad y sida**

“Los homosexuales experimentan mucha hostilidad, odio, y egoísmo. Se enojan con todos: con las demás personas por rechazar su estilo de vida, con otros homosexuales que han roto las relaciones con ellos, con la gente religiosa que les recuerda su pecado, y con Dios y la Biblia por condenarles. Siempre son hostiles hacia el sexo opuesto que los lleva a convertirse en homosexuales. Los homosexuales usan el sexo por indulgencia egoísta, no como una expresión de verdadero amor y de interés por la otra persona. No forman comités de relaciones para el cuidado de alguien más, por lo que se convierten básicamente en personas ego-céntricas”. (1).





Esta verdadera manifestación de hostilidad contra los homosexuales, y que un avezado colombiano considerado pertinente traducir al español, seguramente convencido de que tal diatriba coincide con el pensamiento de Dios, es apenas una de las caracterizaciones que, sobre los homosexuales, se hallan contenidas en la página web [www.gospelway.com](http://www.gospelway.com) (La vía del evangelio) (Pratte, 2008). En medio de estas representaciones sociales, cargadas de estereotipos, imposición moralista, condenación y estigma, que propician la exclusión y el silencio, los hombres homosexuales han tenido que habérselas en el intento, muchas veces fallido, de conciliar su orientación sexual no sólo con la propia fe, sino con la sociedad y con su mismo ser.

La validación y encuentro de la propia identidad sexual muchas veces naufraga en medio de una cultura homofóbica y polarizada que no acepta las diferencias y que no termina de desprenderse de sus dogmas y convicciones más atávicas. Sin embargo, otros muchos han logrado sacudirse de tal carga represiva, no sólo sumergiéndose en las interioridades de su psique sino apoyándose en los movimientos sociales que reivindican, entre otros, los derechos fundamentales a la libertad, a la intimidad y que, en últimas, salvaguardan la dignidad humana. Tales movimientos, sustentados en los múltiples estudios que desde las ciencias sociales abordan el tema, han ido tras el rescate de los cuerpos que expresan un mensaje, y que a la vez son el mensaje, y han logrado significativos avances en pos de liberarse del verbo oprobioso y machista que censura cualquier forma de expresión que se aproxime a lo femenino como voz vigente en el mundo. Los estudios de género parti-





cularmente tienen un peso específico en la conceptualización de nuevas categorías que van más allá de lo masculino y de lo femenino y han ayudado a comprender mejor el evento homosexual. Y sin embargo, tras haber superado muchas lides –cuando menos ya no se les cataloga como enfermos mentales– los homosexuales masculinos tienen que vérselas de frente con la epidemia de SIDA que genera un estigma adicional, que hace tambalear el constructo gay de los años setenta y lo vincula con los cuerpos enfermos, infectados y de alguna forma peligrosa. En medio de la crisis humanitaria y global que genera el SIDA, histórica e irónicamente, le correspondió a la misma comunidad gay, en poses de acceder a los servicios de salud, liderar la respuesta temprana contra la epidemia. El SIDA no sólo impuso urgencias de visibilidad y confrontación social sino que dio razones adicionales para cuestionar el *statu quo* dominante.

Las circunstancias en que se expandió y se identificó el virus en Norteamérica, ligaron el SIDA al comportamiento homosexual para siempre. Sin embargo, con los años, y en la medida en que el virus alcanzó a otros grupos poblacionales, se intentó ‘deshomosexualizar’ la pandemia, no sólo para advertir a otros sectores de población sino como una forma de disminuir el estigma. Esto, bajo el supuesto de que la epidemia en contextos africanos tenía un predominio básicamente heterosexual; por otra parte, se supuso que ya existía un suficiente grado de concientización al interior de las comunidades gay y además, se reconocía el hecho de que, en algunos grupos de homosexuales, la epidemia se estaba controlando.







Pero la realidad actual impone otros cursos de acción. Si bien en sus inicios la respuesta preventiva al VIH adquirió un carácter de urgencia y las comunidades homosexuales, en Estados Unidos y en otras partes del mundo, asumieron rápida y masivamente las medidas de protección adecuadas, de alguna forma, la alarma epidemiológica tuvo como efecto subsecuente que, en los países occidentales, la epidemia quedara concentrada en las comunidades de hombres homosexuales. En consecuencia, el control de la epidemia amerita otra mirada que centre su atención sobre este hecho y que supere los múltiples y variados enfoques preventivos que, desde comienzos de los años ochenta, se han tratado efectuar para aproximarse a los homosexuales. En primera instancia se consideró que la información y el carácter de la epidemia por sí solos tenían un efecto sobre la modificación de la conducta; posteriormente se trascendió esta mirada y se consideraron normas y formas de valoración cultural que promovían el diálogo como instancia racional para la toma de decisiones. Más recientemente, se sumó un enfoque que da cuenta de los factores de vulnerabilidad personal y estructural que inciden en los comportamientos de las personas. Por lo tanto, la exigencia de derechos, la diversidad, el pluralismo y la intervención de factores como la exclusión o la falta de representatividad política, inciden en las estrategias y en los propósitos de salud pública, que pretenden frenar la epidemia (2).

Pero en medio de todos los avances y de las lecciones aprendidas para prevenir el SIDA en los hombres que tienen sexo con hombres –denominación que por cier-





to se generó como una forma de abarcar la diversidad y complejidad que representan las relaciones sexuales y afectivas entre varones–, siguen existiendo importantes barreras de acceso a los servicios preventivos por parte de quienes asumen este tipo de comportamiento. Adicionalmente, en la región, las prevalencias de infección, entre HSH, superan con creces a las halladas en la población general y sin embargo, en muchos países ni la prioridad política ni la inversión de recursos, parece ser la suficiente para dirigir acciones preventivas específicas y focalizadas hacia este grupo poblacional (3). Asimismo, el estigma y la discriminación, que recae sobre las personas homosexuales, están a la orden del día y lo que parece aún más grave: en ciertos grupos de homosexuales en Europa y Estados Unidos, hay señales de agotamiento preventivo. Las campañas son interpretadas como una forma de manipulación o un intento de normalizar la sexualidad y las mismas no terminan de liberarse de los discursos homofóbicos o sexofóbicos. Esto, aunado a la criminalización de las personas con VIH, el no reconocimiento de ciertas formas de expresión de la sexualidad masculina, o el estar sujeto a formas de silenciamiento, justamente a raíz del VIH, entre otros factores, ha generado una respuesta que puede ser interpretada como contestataria, donde las personas, independientemente de su estatus serológico para el virus y a sabiendas del riesgo, asumen comportamientos sexuales desprotegidos con parejas ocasionales, en lo que se conoce como *'bareback sex'* –que puede traducirse como sexo a *'lomo pelado'*, sin protección– (4).





Las características de este fenómeno necesariamente llaman la atención sobre el sujeto homosexual y conducen a una reflexión profunda acerca de la forma como se están llevando a cabo las campañas preventivas. Todo aquel que pretenda realizar acciones tendientes al control de la epidemia, incluidos los mismos grupos de activismo *gay*, debería empezar a considerar nuevas categorías de interpretación acerca del hecho de ‘ser’ homosexual y redimensionar a este ser más allá de su circunstancia, no para normalizarlo o ‘heterossexualizarlo’, sino justamente para liberarlo del *gueto* y de las condiciones que le oprimen. Por lo tanto, es necesario transitar de los discursos moralizantes hacia la construcción de un nuevo sujeto moral que emerge justamente como algo novedoso y reconocido como diverso, con un profundo conocimiento de sí y por lo mismo –más allá de los miedos, del hostigamiento sexista o de las epidemias–, capaz de agenciar el cuidado de sí; de su propio cuerpo y de su propia naturaleza, sin obviar los placeres del sexo ni su carácter subversivo en contra del hoy prescindible mandato reproductivo, pero sí muy consciente de su entorno y de la propia naturaleza de la cual hace parte. Un sujeto que más allá del deber hacer, más allá de la prohibición, y de su cuerpo visto como objeto de riesgo biológico –un cuerpo obligado a escoger entre la esterilización del comportamiento o verse convertido en especie de desecho tóxico–, trascienda hacia el deber ser en la medida en que se siente vinculado a la naturaleza humana y como tal, igualmente ligado a un profundo sentimiento de respeto por el otro. Donde la mejor reivindicación política de su propia sexualidad se emita a través de un cuerpo en movimiento que explora





formas de relación con el mundo y que no desconoce los deleites ni la trascendencia del amor profundo, un ser que sabe que lo que va en contra de la naturaleza no es amar a otro hombre sino el desamor del estigma y la exclusión, que sabe que el Dios judeocristiano en Sodoma no castigó la homosexualidad, sino la falta de hospitalidad, de solidaridad (5).

Para la construcción de este nuevo sujeto y el proceso de reencuentro con la identidad sexual, se requiere de estrategias que propicien no tanto lo dialógico (aunque no se desconoce su valor), como nuevas formas de representación social de la homosexualidad, y nuevas calidades del lenguaje, donde más allá de su denominación a partir de lo sexual (aunque no la niega), se le represente como persona digna en sí misma y se le valore como ser diverso que es capaz de asumir un sentido de pertenencia al mundo. Profundizar en las dificultades presentes en la comprensión de la homosexualidad y reconocer los reales problemas de comunicación que existen entre los agentes preventivos y las comunidades afectadas, necesariamente tienen que estar en el centro del debate de bioética y salud pública. Al decir de Diego Gracia “la moral sexual no puede edificarse sobre bases heterónomas, como en la antigüedad, sino autónomas” (6).

## Conclusión

El nuevo paradigma preventivo, si realmente desea rescatar la dignidad del homosexual y el valor de la sexualidad gay, como forma de vincularse al mundo, debe estar mediado por un profundo sentido de respeto





por el ser humano. No es sostenible, desde el punto de vista bioético, que se promueva el respeto al medio ambiente o a los animales y que paralelamente se desconozca el respeto por la diverSIDAd sexual. De alguna forma, pudiéramos descomponer el significado de la palabra “*bare-back*” y traducirlo como “vuelta a lo natural”, sólo que este retorno no se da como bofetada contestataria, sino como algo que debe ser logrado, a través de una mirada hacia los orígenes que reconoce el sentido de lo evolutivo y del reencuentro con la propia naturaleza, que se proyecta a la posibilidad de un futuro sin SIDA, no tanto para las generaciones futuras, como para las actuales.

Este nuevo paradigma apunta a una ética del cuidado, que no desconoce las expresiones del instinto pero que tampoco se niega a dar razones del actuar. Sólo así, promoviendo el sentimiento básico de empatía por todo aquello que posea un rostro humano, desde lo primigenio y profundo que encierra el encuentro sexual con otro ser humano, podremos reencontrarnos, de tal forma que no se obligue a las personas homosexuales a tener que justificar su existencia en el mundo sino, por el contrario, evidenciando en ese ‘ser’ –a través de su propio proyecto de vida–, todo su contenido y significado. Sólo entonces, se prevé para los hombres homosexuales una posibilidad de futuro; liberándolos ya, no sólo de las llamas del infierno, sino de la sentencia, que la sociedad les condena a pagar aquí en la tierra.



## Referencias

1. Pratte, D. *gospelway.com*. Disponible en: <[http://gospelway.com/morality/homosexual\\_marriage.php](http://gospelway.com/morality/homosexual_marriage.php)> Consultado el 24 de octubre de 2008.
2. Cáceres, C., Pecheny, M., Junior, V. T., Guajardo, G., Toro, J., Manzelli, H., y otros. (2002). *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción - Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; ONUSIDA; OPS; AECI.
3. Luque, R. (2006). Vulnerabilidad de los homosexuales a la infección por VIH / SIDA. En: Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, *Homosexualidad* (pp.151-158). Bogotá: Giro Editores.
4. Haig, T. (2006). Bareback sex: masculinity, silence and the dilemma of gay health. *Canadian Journal of communication*, pp.859-877.
5. Helminiak, D. A. (2005). *Lo que la Biblia realmente dice sobre la homosexualidad*. Bogotá: Tercer mundo editores.
6. Gracia, D. (1998). Ética de la sexualidad. En: D. Gracia, *Ética de los confines de la vida* (págs. 29-55). Bogotá: El Búho.



## ASPECTOS CLÍNICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS DEL TRATAMIENTO DEL VIH EN COLOMBIA: revisión de literatura

*Mónica Lopera<sup>4</sup>*  
*Thomas R. Einarson<sup>5</sup>*  
*Márcio Machado<sup>6</sup>*

### Introducción

El acceso a los servicios integrales de salud y la calidad de los mismos es uno de los elementos que define el curso de la enfermedad e influye de manera significativa en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias. La atención integral del VIH comprende el diagnóstico precoz, la profilaxis, el tratamiento completo y oportuno, la rehabilitación, la prevención y la mitigación del impacto. No obstante estas consi-

---

4 Bacterióloga, MSc. Salud Pública, PhD (c) Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: monicalopera@hotmail.com

5 Farmaceuta, Máster y PhD de Ciencias de Farmacia. Máster de Educación. Profesor Asociado Universidad de Toronto. Facultad de Farmacia Leslie Dan, University of Toronto, Ontario, Canadá Fellow de la Sociedad Internacional de Farmacoepidemiología.

6 Farmaceuta. PhD. Facultad de Farmacia Leslie Dan, University of Toronto, Ontario, Canadá.





deraciones, la política nacional reflejada en la Ley 972 de 2005 (1) se ha centrado en la atención biomédica, manteniendo un interés central en el acceso a los medicamentos. Debido a la magnitud del problema y la relevancia del VIH para la salud pública, el tratamiento y la atención integral de la enfermedad amerita una serie de consideraciones técnicas, sociales, culturales, económicas, éticas y políticas.

El tratamiento integral del VIH debe tener en cuenta los mecanismos necesarios para conocer y controlar los fenómenos inherentes a los medicamentos y al virus, como la eficacia, la toxicidad, la tolerancia, los efectos colaterales, las reacciones adversas y el perfil de resistencia, además de otros aspectos como la prescripción y el uso de los medicamentos, la organización de los sistemas de salud y el acceso a los mismos, pero también las complejas relaciones familiares y sociales que influyen en la adherencia a los medicamentos.

El manejo adecuado y oportuno para tratar el VIH, los efectos adversos y procesos concomitantes modifican el impacto familiar y social en términos de las condiciones de vida, morbilidad, mortalidad y carga de enfermedad. Para tratar de establecer un punto de partida para la comprensión de estos procesos en Colombia, se realizó una revisión sistemática de la literatura, cuyo objetivo es el reconocimiento de las publicaciones relacionadas con la caracterización de la epidemia, el tratamiento integral y los procesos clínicos significativos. Por otra parte, se intentó reconocer la carga de enfermedad para las familias para lo cual se obtuvieron datos de mortalidad y fenómenos sociales en el nivel familiar.







Para muchos países de ingresos bajos y medios, los altos costos de la atención del VIH y la carencia de personal capacitado imponen retos importantes para la sostenibilidad de los sistemas de salud (2). Sin embargo, los problemas relacionados con la atención integral a las personas y familias con VIH como la falta de acceso a los servicios de salud, la provisión incompleta o interrumpida de medicamentos y en general de atención sanitaria, producen un impacto negativo en las condiciones de salud. Esta situación también afecta los procesos sociales y económicos y por tanto la calidad de vida de las familias. A continuación se realiza un análisis de esta situación.

### **Acceso a servicios de salud y costos relacionados con el tratamiento antirretroviral**

Algunos de los problemas relacionados con el tratamiento del VIH en Colombia incluyen el precario acceso al sistema de salud y las barreras para acceder al suministro de medicamentos apropiados, los altos costos de los antirretrovirales (ARV) y en general de las tecnologías médicas, el deficiente apoyo social, las dinámicas familiares y los procesos políticos, entre otros.

El problema del acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) no es exclusivo de Colombia. En 2003, la OMS estimó que de 6 millones de personas que necesitaban tratamiento ARV en el mundo, menos de 8 por ciento los estaban recibiendo (2). En Colombia el acceso sólo alcanza 36-44 por ciento de quienes lo requieren (3-5). Esta situación es particularmente importante en





mujeres gestantes pobres no aseguradas donde 52 por ciento no reciben tratamiento ARV (6). Los estudios de adherencia son escasos, sin embargo se ha demostrado que mujeres en situación de pobreza y afiliadas al régimen subsidiado tiene cinco veces mayor oportunidad de presentar baja adherencia y cargas virales superiores a las 400 copias (7). Hasta el momento no se conoce ningún estudio en el país sobre el uso adecuado de los medicamentos, así como de los fenómenos socioeconómicos implicados en este proceso.

El tratamiento de personas afiliadas al SGSSS corre por cuenta de las respectivas aseguradoras, mientras la adquisición de medicamentos para la población pobre no asegurada corresponde a las Direcciones territoriales de salud quienes disponen de subsidios a la oferta. No obstante, para algunos que no cuentan con acceso al sistema de salud, la compra de medicamentos debe efectuarse con el gasto privado de las familias en el mercado informal o mediante intercambios con las redes sociales (8).

### **Sistema general de seguridad social (SGSSS) y barreras de acceso**

Algunas de las barreras de acceso que se pueden identificar en Colombia son de tipo legal, técnico-científico, económicas, geográficas, y éticas. Los procesos de tipo legal en Colombia, respaldados por la anterior Ley 100, hoy modificada por la Ley 1122 de 2007 (9), definen un acceso diferencial a los procedimientos, actividades y medicamentos de acuerdo con el régimen de afiliación, procedimiento que a su vez depende de las condiciones socioeconómicas de los afiliados.





A pesar de que el sistema de salud es descentralizado, existen regiones y municipios apartados donde no existe una real oferta de servicios de salud. Estas barreras de acceso geográficas obligan a los habitantes de las zonas rurales a desplazarse a los centros urbanos, con implicaciones importantes en su dinámica familiar así como en la desviación de los ingresos.

Las barreras éticas se asocian a la negación arbitraria de los servicios de salud por parte de las aseguradoras. Al respecto Mejía encontró que del 52 por ciento de las tutelas<sup>7</sup> que se interponen por la negación de servicios de salud, el 70 por ciento corresponden a servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). El 20 por ciento de ellas se interponen por negación de exámenes (25,3% de ellas por negación de la carga viral) y 11 por ciento por la negación de medicamentos ARV (10).

### **Costos de la atención**

Se estima que el manejo del VIH ha comprometido 0.5 por ciento del gasto en salud en el país y el 1 por ciento de los recursos del SGSSS (11). Esta cifra revela un estancamiento de la inversión en el manejo de la epidemia desde el 2002, año en que el estudio de Cuentas Nacionales de Colombia, reportó 0,44 por ciento del gasto total en salud que fue de \$ 110.722'277.000 de pesos corrientes –aproximadamente 45 millones de dólares– (12).

---

7 Mecanismo legalmente constituido para reclamar por los casos de violación a los derechos fundamentales.





Según el mismo estudio, 77 por ciento del gasto correspondiente al manejo del VIH/SIDA está destinado a la *salud personal*, en tanto que a las actividades de promoción y prevención, se destina aproximadamente 23 por ciento. Del gasto en salud personal (\$85.015'638.000), los medicamentos ARV absorben 64 por ciento (24 millones de dólares), el gasto hospitalario 16 por ciento y el manejo ambulatorio de los pacientes consume aproximadamente 10 por ciento. Estas cifras, sin embargo resultan insuficientes si se considera el alto número de afectados que requieren tratamiento y los altos costos que estos representan. Para ilustrar la situación, el Ministerio de la Protección Social calculó para 2005 un costo de US \$3.258 dólares por paciente por año (13), de tal manera que asignado entre aquellos que requieren tratamiento (23.685 personas), se obtendría una cobertura de 7.235 personas (30%).

Con respecto a los rubros de salud pública, del gasto total, 10 por ciento se asigna a la compra de preservativos mediante gasto de bolsillo familiar y menos de 2 por ciento a las pruebas diagnósticas como *Elisa* y *Western Blot*, lo que explica de algún modo el subdiagnóstico de la enfermedad. Estos datos son preocupantes si se asume que el primer paso para el manejo de la problemática y la formulación y consolidación de políticas públicas eficaces es conocer el estatus de portador. Por otra parte, el gasto en materia de vigilancia epidemiológica relacionada con la epidemia (aproximadamente 1%), se corresponde con la deficiente calidad y dispersión de la información. Llama la atención la poca inversión en materia de Información, Investigación, Educa-



ción y Comunicaciones (IIEC) estimada en 5 por ciento del gasto total (12). En la tabla 1 se presenta una síntesis de los hallazgos más importantes acerca de las evidencias de la situación del VIH en Colombia incluyendo los costos reportados.

Tabla 1.  
Evidencias de la situación del VIH en Colombia incluyendo los costos reportados. 2000-2007.

INFORMACIÓN	DATOS
Media estimada del número de personas con VIH	170.000
Número registrado de casos de VIH	52.000
Tasa de subregistro	69%
Número y tasa de personas con VIH o SIDA con aseguramiento en salud	14.237 (8,3% de los casos estimados)
Número de personas que requieren tratamiento ARV	23.685
Número de personas que reciben tratamiento ARV	8.433 (36%)
Tasa de eficacia promedio de las combinaciones de medicamentos frecuentemente prescritos	+/-74 %

INFORMACIÓN	DATOS
Tasa de respuesta optima total (medida como carga viral < 400 copias después de un año de tratamiento (9)	34-46%
Reacciones Adversas a los medicamentos	
Reacciones metabólicas	28.1%
Hematológicas	28%
Gastrointestinales	26.5%
Neurológicas y psicológicas	13.5%
Dermatológicas	3.28%
Hepáticas	2.39%
Renales	0.9%.
Gasto Nacional en VIH y SIDA (2002)	\$ 110.722 millones (pesos colombianos) US\$ 42,507,819
Gasto Nacional en ARV	54.220 millones (pesos colombianos) US\$ 24'000.000 (56%)
Cálculo del costo por tratamiento por paciente por año	1.4 veces el SMLM* por año
Consecuencias sociales	
Número estimado de muertes	5.000-12.000
Número estimado de huérfanos	5.000-14.000

\*SMLM: Salario Mínimo Legal Mensual.



## **Terapéutica, resistencia, efectos adversos**

Los avances en la terapéutica del VIH constituyen un potencial importante en la reducción de la morbilidad y la mortalidad, convirtiendo teóricamente la enfermedad en un proceso crónico posible de manejar. Sin embargo, su eficacia está condicionada por los problemas inherentes al virus, al paciente y su familia y al sistema de salud entre otros, de tal forma que para muchas personas que no reciben los tratamientos o lo hacen de manera incompleta o discontinua, los beneficios pueden ser marginales.

Entre los principales problemas relacionados con los medicamentos que deben afrontar los sistemas de salud y las familias se encuentran la resistencia del virus, los efectos adversos a los medicamentos y la adherencia terapéutica. Estos fenómenos obligan a realizar cambios en la terapia e influyen en la calidad de vida y la carga de la enfermedad que deben afrontar los individuos afectados y sus familias.

En la tabla 2 se muestra el tratamiento de primera línea según las guías técnicas emitidas por el Ministerio de la Protección Social en el 2006 y su caracterización correspondiente a la eficacia e intolerabilidad. En la actualidad, el uso de la terapia triple es el más recomendado en gestantes, sin embargo, la selección de los esquemas depende en gran parte de los recursos financieros disponibles. Aunque no se encontró una guía de tratamiento en gestantes para el país, el estudio de García y colaboradores mostró que con medidas básicas como la incorporación de la prueba voluntaria de



VIH durante el control prenatal, el tratamiento y la profilaxis antirretroviral en la gestante infectada y el niño expuesto, el parto por cesárea y la sustitución de la leche materna se ha reducido la posibilidad de transmisión perinatal de 40 a 3,6 por ciento (6).

Tabla 2  
Medicamentos aprobados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y sus principales características.

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO	EFICACIA %*
AZT-3TC-Efavirenz	64-74
Abac-3TC- Efavirenz	66-90
D4T-3TC- Efavirenz	70-84
DDI-3TC- Efavirenz	74-80
NN-Saquinavir-Ritonavir	62-71
DD4-3TC-Lopinavir-ritonavir	75-81
AZT-3TC-Atazanavir	70
Abac-3TC-Nelfinavir	68
AZT-3TC- Abacavir	74-77

\*Fuente: Guía para el manejo del VIH/sida, basada en la evidencia Colombia.





Estos valores corresponden a revisión sistemática de literatura internacional. Hasta el momento no se conocen estudios representativos de eficacia y tolerancia en el país.

Es importante anotar que algunos de los medicamentos están aprobados por el INVIMA pero no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), algunos de ellos son: la combinación Abacabir/Lamivudina/Zidovudina, Zalcitabina, Delavirdina y Amprenavir (11).

La revisión de literatura no arrojó ningún artículo que analice la resistencia viral en Colombia, sin embargo, según datos hallados en una revisión de literatura internacional por parte del Ministerio de la Protección Social afirman que la frecuencia de fracaso virológico es superior a 9 por ciento (11). Por su parte, Díaz encuentra una tasa de respuesta óptima promedio, medida como carga viral  $< 400$  copias, de 40 por ciento con rangos que oscilan entre 34 y 46 por ciento (14).

Estos datos resultan preocupantes e indican la necesidad de hacer estudios epidemiológicos regionales que guíen la terapéutica de manera apropiada.

Aunque el informe del Ministerio de la Protección Social del 2005 referencia algunas investigaciones relacionadas con los efectos adversos del tratamiento ARV, estas no se encontraron en las bases de datos consultadas (11).





## Tratamiento de rescate

Ante un fracaso terapéutico o de resistencia viral, se hace necesario cambiar el esquema inicial por una línea de rescate cuyos precios son 10 veces más costosos que los regímenes de primera línea. Esto no solo tiene implicaciones económicas sino que también limita ampliamente el éxito de la terapia a largo plazo. Algunos estudios prospectivos que comparan la evolución de pacientes con tratamiento empírico y con pruebas de resistencia al tratamiento antirretroviral, muestran las virtudes de este último procedimiento, por cuanto ayuda a la selección del tratamiento más eficaz en los pacientes previamente tratados en los cuales no se ha obtenido respuesta virológica. Sin embargo, los altos costos que esto representa, impiden que dicho recurso sea utilizado de manera corriente en la práctica clínica (15).

## Enfermedades oportunistas

El empeoramiento de las condiciones de salud que resulta de un tratamiento inoportuno, interrumpido o inadecuado, puede además de aumentar la resistencia viral, predisponer a enfermedades oportunistas y consecuente con ello, mayores costos por hospitalización, y tratamientos (16).

Algunos estudios epidemiológicos acerca de las enfermedades oportunistas se han hecho en el país por grupos independientes, pero no se conocen resultados con datos nacionales, así como tampoco la carga de enfermedad que representa para las familias y los sistemas de salud (17-20).





Aunque los reportes en el mundo afirman que la TB da cuenta de un tercio de las muertes de enfermos de SIDA en el mundo, los estudios locales han mostrado una baja prevalencia. Según la OPS, la posibilidad de que una persona desarrolle en algún momento TB activa es de 5-10 por ciento, pero esta cifra aumenta a 30 ó 50 por ciento en las personas infectadas por el VIH/SIDA (16). Según Murcia, las personas VIH positivas que contraen una primoinfección tuberculosa se encuentran en un riesgo diez veces mayor de padecer tuberculosis primaria diseminada (21). No obstante, los estudios encontrados muestran prevalencias muy disímiles que varían entre 3,2 y 11,0 por ciento (22, 23).

### **Impacto del VIH/SIDA en las familias**

Una de las consecuencias más nefastas del VIH y de la falta de acceso a la atención integral es la alta mortalidad. En Colombia en 2006 se observa que por cada caso de SIDA se notifican 2.8 casos de VIH; y por persona que fallece por VIH/SIDA hay 6.6 personas vivas que padecen la enfermedad (24). Aunque se ha reconocido el efecto potencial de los ARV en la disminución de la mortalidad, en Colombia, el VIH se mantiene entre las 3 primeras causas de muerte en adultos entre 15 y 49 años de edad (14).

Datos de Misión Social muestran un aumento de ocho veces los años de vida potencialmente perdidos entre 1991 y 2002, para éste último año se perdieron 165 años por cada 100.000 habitantes (13). En un estudio realizado en la ciudad de Cartagena se encontró que





el SIDA contribuye con 2.4 por ciento de los Años perdidos de vida, siendo para 2000 de 1812,8 APVP. Esta cifra es similar a los años de vida potencial productiva dado que la epidemia se encuentra concentrada en la población en edad de trabajar (25).

La búsqueda bibliográfica deja en evidencia el escaso número de publicaciones del impacto social y económico del VIH, sin embargo los datos de costos mostrados arriba permiten vislumbrar las consecuencias lógicas de la falta de acceso a los servicios de salud. Las familias sin acceso integral a la atención en salud incurrir en gastos para cubrir los costos directos e indirectos. Por supuesto, estos dependen del conjunto de derechos sociales, del Sistema de Seguridad Social y del sistema laboral, así como de la garantía de los mismos. Dichos costos podrían estar implicando un alto costo de oportunidad para cubrir sus demandas básicas, especialmente en las poblaciones de bajos ingresos. Aunque no se conocen datos que aporten información específica del afrontamiento del VIH en las familias, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE en su Encuesta de Calidad de Vida encontró que 55 por ciento de la población general debe cubrir los costos de atención con recursos propios y/o familiares (26).

## Conclusiones

El tema del tratamiento integral del VIH es un asunto complejo y escasamente analizado en Colombia. Existe una producción científica escasa sobre el tema. Esta situación aunada a la dispersión de la información cons-





tituye un obstáculo para la gestión y evaluación de la calidad en la provisión de los servicios de salud.

La mayoría de investigaciones encontradas se circunscriben a instituciones particulares y el tamaño de la muestra no permite hacer inferencia de la situación a otras poblaciones del país. Es necesario desarrollar estudios longitudinales y prospectivos que reconozcan el carácter dinámico de la epidemia.

El acceso a los cuidados de salud y concretamente a los ARV es restringido tanto por condiciones estructurales de la sociedad y el sistema de salud como por situaciones que violentan los derechos humanos y la ética. Sin embargo el problema no se restringe a esto, condiciones como la eficacia terapéutica, la tolerancia, la adherencia, la resistencia y los costos entre otras deben ser analizados mediante la implementación de un sistema de fármaco-epidemiología confiable y oportuno. No se encontraron estudios que evalúen la calidad, la prescripción y el uso apropiado de los tratamientos. Tampoco se encontraron estudios sistemáticos que den cuenta de la situación de las enfermedades oportunistas y los costos que representan, sin embargo, las investigaciones encontradas constituyen un punto inicial para continuar con otras investigaciones tanto desde la perspectiva de los sistemas de salud como desde la perspectiva familiar y social.

El reto del manejo integral del VIH no es sólo un asunto técnico, la respuesta a la epidemia implica consideraciones de tipo político y económico por su profunda re-





lación con el desarrollo, la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida, pero para formular políticas públicas apropiadas, es necesario conocer la situación, clínica, social y económica de los afectados así como los costos asociados a la atención integral del VIH. En este sentido es prioritario fortalecer la investigación y los sistemas de vigilancia en salud pública.

## Referencias

1. República de Colombia, (2005). *Ley 972, Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH*. Colombia.
2. WHO, PAHO and UNAIDS. (2006). *Epidemiological fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2006*, UNAIDS: Genève.
3. UNAIDS. (2006). *Report on the global AIDS epidemic, in A UNAIDS 10th anniversary special edition*. 2006: Genève.
4. Chequer, P., et al. (2002). *Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean*. AIDS. 16 (suppl 3): p. S50-S57.
5. Guarín, D. (2005). *Situación de acceso a medicamentos anti-rretrovirales en Colombia, Informe final*, En OPS- Colombia, OPS, Editor. Organización Panamericana de la Salud: Bogotá.
6. García, R., et ál., *Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia; dos años de experiencia nacional, 2003-2005*. Biomédica 2005. 25: p. 547-64
7. Arrivillaga, M., et ál., *Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach*. Rev Panam Salud Publica, 2009. 26(6): p. 502-510.
8. Lopera, M., *Impacto socioeconómico del VIH en las familias de Bogotá*, En: *Facultad de Medicina*. 2010, Universidad Nacional de Colombia: Bogotá. p. 100.



9. República de Colombia, *Ley 1122 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. 2007: Colombia.
10. Mejía, D., *La Tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud. Programa de salud y seguridad social de la Defensoría del Pueblo*. 2004, Defensoría del Pueblo: Bogotá.
11. República de Colombia., *Guía para el manejo de VIH/SIDA*. 2006, Ministerio de la Protección Social: Bogotá.
12. Vargas, L., R. Sáenz, y F. Rossi, *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA Colombia, 1999- 2002*. 2002: Bogotá.
13. Fundación Misión Social e Ifarma. (2007). *Impacto del TLC sobre la esperanza de vida de los pacientes con VIH/SIDA*. Bogotá.
14. Díaz Granados, C.A., et al. (2007). *Rate and predictors of optimal virologic response to antiretroviral therapy in Colombia*. Int Journal Infectious diseases. Volume 11, Issue 6. P. 531-535.
15. García, R. (2003). *AIDS: status in the world and in Colombia 20 years later*. Biomédica. 23: p. 247-51.
16. OPS. *Tuberculosis: Boletín de la OPS sobre la tuberculosis en la Región de las Américas*. 2010 (Tomado de: <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es> visitado en marzo 2 de 2010).
17. Botero, J.H., et ál. (2003). *A preliminary study of the prevalence of intestinal parasites in immunocompromised patients with and without gastrointestinal manifestations*. Revista Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo. 45(4): p. 197-200.
18. Botero, J.H., et ál. (2004). *Frecuencia de microsporidiosis intestinal en pacientes positivos para VIH mediante las técnicas de Gram cromotipo rápido y PCR*. Biomédica. 24(1): p. 375-384.
19. Flórez, A.C., et ál. (2003). *Prevalencia de microsporidios y otros parásitos intestinales en pacientes con infección por VIH, Bogotá, 201*. Biomédica, 23 (3): p. 274-282.
20. Martínez, L.N., et ál. (2006). *Cryptosporidiosis in HIV-Positive Patients from Medellin, Colombia*. Journal Eucaryot. Microbiol. 53((Supl. 1)): p. S37-S39.



Mónica Lopera, Thomas R. Einarson, Márcio Machado

21. Murcia, M., et ál. (2007). *Asociación micobacterias-VIH/SIDA en pacientes atendidos en un hospital universitario en Bogotá, Colombia*. Rev Salud Pública. 18(9): p. 97-105.
22. García, I., et ál. (2004). *Panorama de la coinfección tuberculosis/VIH en Bogotá, 2001*. 4, 24(Supl.): p. 132-137.
23. Machado, J.E. y J.W. Martínez, (2005). *Colombia Médica*. Asociación tuberculosis y VIH en pacientes de Pereira, Colombia. 36(4): p. 239-243.
24. INS. (2007). *Informe del Comportamiento del VIH/SIDA 1983-2006*. SIVIGILA, Décimo Período Epidemiológico. Semana 40, 2007.
25. Alvis, N., J. Correa, y A. Cárcamo. (2002). *La mortalidad por SIDA y su impacto económico en Cartagena de Indias, Colombia, 1995-2000*. Biomédica. 22(1): p. 303-318.
26. DANE. *Encuesta Nacional de Calidad de vida*. 2003.







## CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE UN MANDATO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS INTEGRALES DE MUJERES COLOMBIANAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN SITUACIÓN DE POBREZA

*Marcela Arrivillaga Quintero<sup>8</sup>*

*Natalia Paredes Hernández<sup>9</sup>*

La relación entre VIH/SIDA y pobreza ha sido suficientemente documentada. De hecho, el virus no se ha propagado al azar sino que se encuentra intensificado entre las personas que viven en situación de pobreza, pero también entre grupos vulnerables como las mujeres. De esta forma, tanto la inequidad social como de género arrojan diferencias importantes en el sufrimiento humano de esta población.

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA en situación de pobreza se enfrentan con limitadas oportunidades educativas, laborales, nutricionales y de vivienda. Adicional-

---

8 Doctora en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Profesora Asociada Departamento de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Javeriana Cali. marceq@javerianacali.edu.co

9 Economista, Magíster en Estudios Políticos. Investigadora del Centro de Investigación y Educación Popular – CINEP. nparedes@cinep.org.co





mente, tienen restricciones en el acceso a seguros de salud, por causa del desempleo, por su condición de trabajadoras informales y por las dificultades que tienen para asumir los gastos de bolsillo. En Colombia, la pobreza es un potencializador del VIH/SIDA en las mujeres ya que no solo las expone a condiciones de inequidad social, sino que limita sus opciones de cuidado y su adherencia terapéutica (1).

Dadas las presiones y déficits sociales que vulneran los derechos humanos integrales de las mujeres afectadas (2), han sido varias las iniciativas para avanzar en la defensa sus derechos. Una de estas iniciativas estuvo recientemente liderada por la Asociación Lila Mujer, de Cali. Esta organización realizó el *Primer Foro Nacional Mujer, VIH, Salud y Pobreza*, que contó con el apoyo de instituciones como el Centro de Investigación y Educación Popular CINEP, la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, IFARMA, UNFPA, la Secretaría de Desarrollo Social y Bienestar Territorial de la Alcaldía de Cali, Taller Abierto –Centro de promoción integral para la mujer y la familia– y Casa Occio.

Este Foro tuvo dos propósitos principales. En primer lugar, la visibilización de las condiciones económicas, sociales y culturales que hacen a las mujeres viviendo con VIH/sida en situación de pobreza, más vulnerables, no sólo frente a las consecuencias del virus, sino con respecto a la protección de todos sus derechos humanos; y en segundo lugar, la presentación de un MANDATO ante instancias gubernamentales y políticas, para exigir la garantía integral de sus derechos que les





permita superar su situación de desigualdad manifiesta. Después de un proceso de construcción participativa, las mujeres afirman:

## **Mandato**

*“Soy de las que luchan por vivir”*

*“Nuestra diversidad como seres humanos es múltiple  
y variada, y como mujeres nuestras realidades  
y formas de ver, sentir y reaccionar frente  
a la vida y sus situaciones particulares también”*

El presente Mandato es resultado de un trabajo colectivo que nosotras, mujeres viviendo y conviviendo con VIH/sida y en situación de pobreza, construimos en el *I Foro Nacional Mujer, VIH, Salud y Pobreza* realizado en Cali entre el 2 y el 4 de diciembre de 2009. Reconocer nuestra experiencia organizativa, las luchas que hemos emprendido por la garantía de nuestros derechos humanos integrales, nos lleva a proponer este Mandato en favor de la vida digna. Es un Mandato que surge de nosotras mismas, es nuestra voz la que habla.

Este Mandato está dirigido a las autoridades públicas para que den cumplimiento a la normatividad internacional y nacional referida a nuestros derechos, y a la sociedad en su conjunto para que incorpore en su seno pautas antidiscriminatorias en relación al VIH/SIDA. Además, es una invitación a las organizaciones de mujeres viviendo con VIH, a las organizaciones no gubernamentales, sociales y populares para que lo incorporen en sus agendas de trabajo y nos acompañen en la construcción de este sueño.





*Nosotras, las mujeres, niñas y adolescentes  
viviendo y conviviendo con VIH/SIDA*

**Deseamos:**

1. Una sociedad que nos acompañe en nuestros procesos de exigibilidad de derechos, una sociedad que nos acompañe, y un Estado que nos garantice una vida digna.
2. Que la sociedad y el Estado entiendan que el VIH/SIDA no mata, que lo que “mata” es el rechazo y la discriminación.
3. Un modelo de salud que comprenda nuestra realidad, nuestras diferencias, y garantice de manera integral y con enfoque diferencial, nuestro derecho a la salud y a la vida.
4. Un modelo de educación que transforme la sociedad que nos estigmatiza y nos excluye.

Nosotras, las mujeres, niñas y adolescentes viviendo y conviviendo con VIH/sida

**Exigimos:**

1. El compromiso inmediato de las autoridades públicas con el reconocimiento de los derechos de las mujeres en situación de pobreza, mujeres urbanas y rurales, que vivimos y convivimos con VIH/SIDA, sin importar la condición sexual, étnica, religiosa o si trabaja ejerciendo la prostitución.
2. Formación y capacitación sobre nuestros derechos dirigida a la sociedad en su conjunto, a las instituciones públicas y privadas, al sector judicial y a las organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA.
3. El derecho a participar en los espacios de toma de decisiones que nos afectan, así como que se consulte con nosotras las políticas, programas y asignación de recursos dirigidos a la población afectada.
4. Acceso y atención integral, de calidad, oportuna, continua, gratuita y digna, prestada por profesionales y personal de salud con formación y experiencia en la atención del VIH.
5. Que se diseñe e implemente una guía específica de atención integral para las mujeres que viven con VIH/SIDA.



6. La vinculación de redes sociales de apoyo para mujeres viviendo con VIH/SIDA a los programas de atención integral.
7. Acceso a la información actualizada y precisa sobre los derechos humanos integrales y las problemáticas y situaciones que nos afectan de manera particular.
8. Apoyo de tipo económico y técnico, suficiente y adecuado, para desarrollar las redes, las organizaciones y los grupos de apoyo conformados por mujeres viviendo con VIH/SIDA.
9. Que las instituciones públicas y privadas incorporen mecanismos contra la discriminación. Que las entidades responsables estén en capacidad de dar respuestas efectivas frente a nuestras necesidades. Que las autoridades impongan las sanciones disciplinarias y legales a que haya lugar.
10. Respeto absoluto a la confidencialidad del diagnóstico por parte de las instituciones y prestadores de servicios de salud.
11. Que el Estado genere y promueva el trabajo digno y acorde con nuestras necesidades, vinculándonos a proyectos productivos y a programas de acceso al trabajo orientados por los gobiernos locales, en alianza con las organizaciones de mujeres.
12. Que el Estado genere y promueva políticas destinadas a la garantía del derecho a la educación, a la vivienda, a la alimentación y a la recreación de nosotras y de nuestras familias.
13. Compromiso de la sociedad y de la empresa privada en el desarrollo de las políticas y programas de salud, educación, empleo, vivienda, alimentación y recreación.
14. Que todas las políticas y programas sean continuos y suficientes. Que todos los recursos que se destinen para ellos tengan una adecuada veeduría local, regional y nacional donde participen las organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA.
15. Promover la investigación y la socialización de los resultados de estudios sobre condiciones y particularidades de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, con énfasis en la garantía del derecho a la salud.
16. El rechazo a cualquier intento de expedir una norma que atente contra el derecho al libre desarrollo de la personalidad y contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA.



17. Reconocimiento especial a los derechos humanos integrales y acciones específicas de política pública, dirigidas a las mujeres viviendo con VIH/SIDA que están en prisión, con problemas de abuso de sustancias, trabajadoras sexuales y lesbianas.
18. El derecho a ser respetadas y apoyadas en nuestra decisión sobre la reproducción y sobre el derecho a tener o no tener hijos o hijas.
19. Que no se viole el derecho al cuidado, la crianza, la educación y la atención de nuestros hijos e hijas. Siempre prevalece el derecho de la madre a estar con su hijo. Que se reconozcan nuestras capacidades y la importancia de nuestro papel como madres.
20. Que se revisen la normatividad y los procedimientos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar sobre la custodia de los hijos de madres que viven y conviven con VIH/SIDA. Que se vigilen y sancionen todas las conductas irregulares a este respecto.
21. El desarrollo de programas gubernamentales de apoyo al cuidado de nuestros hijos e hijas, en reconocimiento a nuestro rol de cuidadoras de la familia, y de mujeres trabajadoras dentro y fuera del hogar.
22. Que los medios de comunicación ofrezcan información veraz y concreta sobre la realidad de las mujeres que viven y conviven con VIH/SIDA. Que no fomenten la estigmatización y discriminación.
23. Apoyo psicológico, económico, educativo, socio-afectivo y de búsqueda de familia, priorizando el contexto familiar como primera opción, para las niñas y los niños que han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA.
24. Atención psicosocial integral y de calidad para nosotras, nuestras parejas y familias, orientada por profesionales con formación y experiencia en el manejo del VIH/SIDA.
25. Que se reconozca nuestra capacidad como actores claves en el desarrollo de programas institucionales y gubernamentales de prevención y promoción dirigidos a la población afectada por el VIH y a la población de mujeres en general.





De esta forma se expresó la voz de las mujeres colombianas viviendo con VIH/sida, en situación de pobreza. El proceso de construcción del Mandato siguió una metodología participativa que partió de la identificación de necesidades en salud y atención integral; trabajo, educación, necesidades básicas de alimentación, vivienda, medio ambiente y recreación; estigma, discriminación, rechazo y violencia; participación y organización social; y aspectos psicosociales. Una vez identificadas las necesidades, las mujeres definieron frases orientadas a buscar la atención de sus necesidades y la exigibilidad de sus derechos.

Después de un análisis concienzudo de este Mandato, queda clara la urgencia de intervenir sobre procesos críticos de determinación general que afectan la salud de las mujeres viviendo con VIH. En Colombia, promover la equidad de género para conseguir mejores resultados de salud de esta población, requiere del diseño de mejores y más adecuadas políticas públicas. Se hace necesario aumentar su bienestar e independencia económica, promover mejores ingresos, facilitar su acceso al crédito y promover su derecho al trabajo para una vida digna. En el nivel del sistema de salud, es preciso defender el derecho a la salud con un sistema basado en la equidad y la universalidad de la atención.

## Referencias

1. Arrivillaga, M., Ross, M., Useche, B., Alzate, M.L., Correa D. (2009). Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Rev Panam Salud Publica*, 26(6):502–10.
2. Arrivillaga, M, Alzate M.L., Useche, B. (2009). Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/Sida en Colombia: Un análisis crítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 58-71.









## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

Martha Lucía Alzate Posada

7

### CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

John Harold Estrada Montoya, Leonardo Vargas Rico

21

### HACIA UNA NUEVA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA HOMOSEXUALIDAD MASCULINA:

trascendiendo la vinculación con la epidemia de SIDA

Ricardo Luque Núñez

45

### ASPECTOS CLÍNICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS DEL TRATAMIENTO DEL VIH EN COLOMBIA: *revisión de literatura*

Mónica Lopera, Thomas R. Einarson, Márcio Machado

55

### CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE UN MANDATO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS INTEGRALES DE MUJERES COLOMBIANAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN SITUACIÓN DE POBREZA

Marcela Arrivillaga Quintero, Natalia Paredes Hernández

73

81





# 12

## CUADERNOS DEL DOCTORADO

VIH Y SIDA: una perspectiva de Salud Pública

Se terminó de imprimir en Bogotá D.C.

Colombia en abril de 2010

Esta primera edición consta de 500 ejemplares  
en propalibros beige de 90 gramos, se compuso

en tipo Óptima y fue impresa en NATIONAL GRAPHICS Ltda. ,  
para la Universidad Nacional de Colombia,  
Sede Bogotá

