

ANTIRRETROVIRALES Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN VIH/SIDA

LA LÓGICA DE MERCADO EN EL SISTEMA DE SALUD

INFORME FINAL

ANTIRRETROVIRALES Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN VIH/SIDA



LA LÓGICA DE MERCADO EN EL SISTEMA DE SALUD

INFORME FINAL



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

Secretaría Distrital de Salud

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

Aldo Enrique Cadena Rojas

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

Geovanny Rubiano

Directora de Planeación

Marta Liliana Cruz Bermúdez

Director De Salud Pública

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Jefe Área de Vigilancia en Salud Pública

Patricia Arce Guzman

Jefe Área de Acciones en Salud

Zulema Jimenez Soto

Jefe Área de Análisis y Políticas en Salud

Patricia Gonzalez Cuellar

Equipo PDA Salud Sexual y reproductiva

Nancy Deaza

Manuel González Mayorga

Gloria Gracia

Claudia Patricia Pacheco

Adriana Perdomo Herrán

Catherine Rodríguez

Sandra Patricia Rodríguez Latorre

Adriana Sánchez

Investigadores

César Ernesto Abadía Barrero

Manuel Alfredo González Mayorga

Adriana Gisela Martínez Parra

Fabián Gilberto Ardila Pinto

Carlos Fabián Betancourt

María Yaneth Pinilla Alfonso

Héctor Camilo Ruiz Sánchez

Katerine Ariza Ruiz

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Universidad Nacional de Colombia

Liga Colombiana de Lucha contra el Sida

Grupo de Antropología Médica Crítica

Bogotá, julio de 2012

Agradecimientos

A todas las personas e instituciones que participaron durante todo el proceso.



ISBN
978-958-8313-60-3

**BOGOTÁ
HUMANANA**

Tabla de contenido

Índice de tablas	5
Índice de figuras	7
Lista de siglas	8
Presentación	9
Introducción	10
Antecedentes	10
Calidad de la atención	14
VIH/sida	17
Objetivos	21
Metodología	21
Resultados	25
De las guías	28
Descripción poblacional	29
Prevención	31
Proceso diagnóstico	35
Tratamiento	42
Discusión	49
Estigma y discriminación	50
Género y sexualidad	51
Itinerarios burocráticos	52
Trabajo	53
A manera de cierre: ciudadanía, VIH y calidad de la atención	55
Anexo 1. Normatividad VIH en Colombia y Bogotá	58
Anexo 2. Pieza comunicativa	66
Anexo 3. Entrevista a personas viviendo con VIH	67
Anexo 4. Entrevista personal de programas de atención a personas viviendo con VIH	69
Anexo 5. Instrumento de seguimiento*	70
Anexo 6. Categorías iniciales para análisis de las entrevistas	71
Anexo 7. Categorías finales para análisis de entrevistas a personas viviendo con VIH	72
Anexo 8. Categorías finales para análisis de entrevistas	73
Anexo 9. Matriz de análisis de categorías	74
Bibliografía	75



Índice de tablas

Tabla 1. Instituciones invitadas	21
Tabla 2. Población viviendo con VIH entrevistada	22
Tabla 3. Población acompañada	23
Tabla 4. Población viviendo con VIH encuestada	23
Tabla 5. Nivel de escolaridad de las personas viviendo con VIH participantes en el estudio distribuido por grupos quinquenales. Bogotá, 2011	29
Tabla 6. Distribución según sitio actual de residencia de las PVVS en Bogotá, D. C., 2011	30
Tabla 7. Localidad de residencia de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011	30
Tabla 8. Tipo de afiliación al sistema de salud de las personas viviendo con VIH participantes al momento del diagnóstico y en la actualidad. Bogotá, 2011	31
Tabla 9. Personas que recibieron información sobre la prevención del VIH antes del diagnóstico. Bogotá, 2011	32
Tabla 10. Fuente de información sobre la prevención del VIH antes del diagnóstico. Bogotá, 2011	32
Tabla 11. Asociación entre haber recibido información previa para la prevención del VIH y nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona	33
Tabla 12. Razón por la cual la persona se hizo la prueba de VIH. Bogotá, 2011	38
Tabla 13. Asociación entre la razón por la cual la persona se hizo la prueba y la autodefinición de género, orientación sexual, régimen de seguridad social en salud y ocupación actual. Bogotá, 2011	38
Tabla 14. Cumplimiento en la realización de asesoría pre- y posprueba a las personas viviendo con VIH participantes en el estudio. Bogotá, 2011	38
Tabla 15. Cumplimiento de componentes durante el desarrollo de la asesoría posprueba. Bogotá, 2011	39
Tabla 16. Asociación entre haber recibido asesoría pre- y posprueba y género, orientación sexual, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona. Bogotá, 2011	39

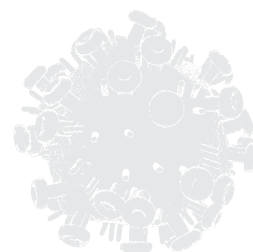
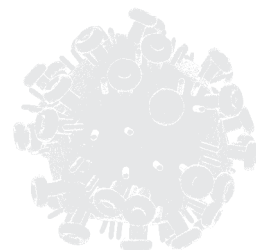


Tabla 17. Asociación entre el lugar de realización de la prueba para VIH y el sitio de residencia, estrato socioeconómico, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona. Bogotá, 2011	39
Tabla 18. Tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica relacionada con el diagnóstico de VIH. Bogotá, 2011	42
Tabla 19. Asociación del tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica, el año de diagnóstico, el régimen de seguridad social en salud y el estrato socioeconómico. Bogotá, 2011	43
Tabla 20. Cobertura global de terapia antirretroviral. Bogotá, 2011	43
Tabla 21. Tiempo transcurrido entre la formulación de ARV y su entrega efectiva. Bogotá, 2011	43
Tabla 22. Asociación del tiempo entre la formulación de TAR y la entrega efectiva de esta, con autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud. Bogotá, 2011	43
Tabla 23. Número de personas que reportaron haber suspendido los antirretrovirales en algún momento. Bogotá, 2011	44
Tabla 24. Número de veces que ha interrumpido la TAR. Bogotá, 2011	44
Tabla 25. Razón por la cual las personas viviendo con VIH participantes decidieron suspender el consumo de TAR. Bogotá, 2011	44
Tabla 26. Análisis de asociación de la razón que causó el mayor tiempo de suspensión de la TAR y autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud. Bogotá, 2011	44
Tabla 27. Personas que requirieron interponer acciones judiciales para tener acceso a servicios en salud relacionados con VIH. Bogotá, 2011	44
Tabla 28. Procesos o actividades para las cuales se requirió interponer acciones jurídicas. Bogotá, 2011	45
Tabla 29. Asociación de la necesidad de interponer acciones jurídicas y régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género y nivel de escolaridad. Bogotá, 2011	45
Tabla 30. Calificación general de la atención de los programas de VIH. Bogotá, 2011	45
Tabla 31. Análisis de asociación de la calificación general de la atención en VIH y cumplimiento porcentual de asesoría pre- y postest, régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género, interrupción de TAR y atención de los profesionales en el mismo sitio. Bogotá, 2011	45



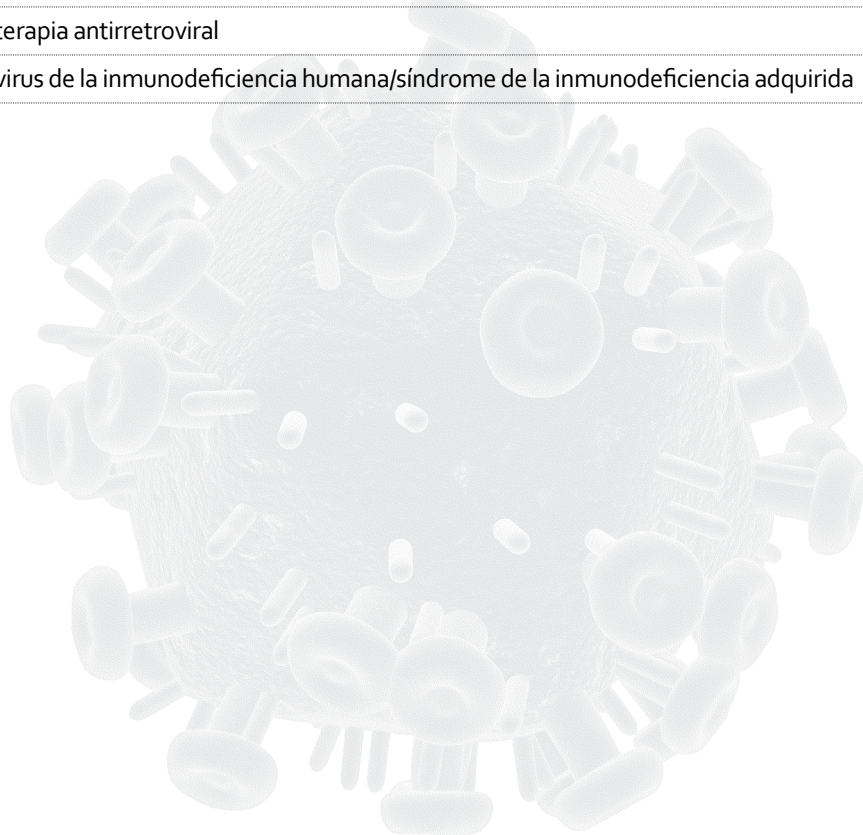
Índice de figuras

Figura 1. Distribución según grupos quinquenales de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011	29
Figura 2. Distribución según identidad de género de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011	29
Figura 3. Distribución de la orientación sexual de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011	29
Figura 4. Distribución según estrato socioeconómico de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011	30
Figura 5. Distribución según estatus laboral de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011	31
Figura 6. Matriz conceptual	49



Lista de siglas

CD4	linfocitos T CD4/recuento de linfocitos T CD4
EPS	empresa promotora de salud
ESE	empresa social del Estado
FFD	Fondo Financiero Distrital
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
GAMC	Grupo de Antropología Médica Crítica
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
IPS	institución prestadora de servicios de salud
LCVIH	Laboratorio Centralizado de VIH
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
PVVS	personas viviendo con VIH/sida
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud
TAR	terapia antirretroviral
VIH/sida	virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de la inmunodeficiencia adquirida





Presentación

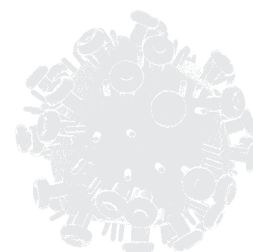
El estudio surgió como un ejercicio de investigación aplicada del Grupo Antropología Médica Crítica (GAMC), en el cual se pusieron a prueba distintos desarrollos teóricos y metodológicos en ciencias sociales aplicadas a los sistemas de salud. Como parte de la respuesta a necesidades del Área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, el GAMC, en el marco de las convocatorias de refinanciación de la División de Investigaciones de la sede Bogotá, propuso un estudio para evaluar el acceso a la terapia antirretroviral y la calidad de la atención de las personas que viven con VIH/sida en Bogotá.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en especial con el objetivo 6, se incluye “Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades”, y su meta B plantea “Lograr para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten”. Para alcanzar dicha meta, la ciudad necesita establecer en principio una línea base de cobertura de terapia antirretroviral; si bien existen algunos estudios al respecto en el país, no hay cifras concordantes (Ministerio de la Protección Social and ONUSIDA 2008; WHO, UNAIDS et al. 2008), y, por tanto, resulta fundamental para el distrito tener información sobre cobertura, entrega y mantenimiento de la terapia antirretroviral de nuevas fuentes. Adicionalmente, se necesita urgentemente hacer un seguimiento a la calidad de la atención del VIH/sida como evento de importancia en

salud pública, aspecto en el cual no se ha logrado un mayor reconocimiento.

La trayectoria del grupo y sus desarrollos anteriores permitieron proponer una nueva mirada al acceso y calidad de la atención, en este caso, para las personas viviendo con VIH/sida (PVVS), en Bogotá. Teniendo en cuenta nuestras propuestas teóricas, interpretativas y metodologías sobre la privatización del sistema de salud, y sus características estructurales —las cuales fomentan la inequidad y obstaculizan el goce efectivo del derecho a la salud, como los distintos regímenes de aseguramiento—, y con el objeto de dar respuesta a las necesidades descritas en los párrafos anteriores, el presente estudio se pregunta por la calidad de la atención y cobertura de terapia antirretroviral (TAR) que reciben personas que viven con VIH/sida en Bogotá, en el marco de las transformaciones socioculturales ocasionadas por la consolidación de una ideología de mercado alrededor del derecho a la salud.

El estudio contó con un diseño metodológico mixto y por fases, que incluyó un abordaje descriptivo transversal, la revisión de guías de manejo de atención en VIH, encuestas a una muestra representativa de PVVS en Bogotá, entrevistas en profundidad dirigidas a PVVS, a funcionarios de los programas, y acompañamientos a personas con diagnóstico reciente para VIH.



Introducción

Antecedentes

Neoliberalismo y salud

Para entender la calidad de la atención que se brinda a las PVVS en el sistema de salud colombiano, es necesario entender los desarrollos históricos del sistema capitalista y su relación con la salud de las poblaciones. Si bien no queremos presentar un recuento exhaustivo, es importante señalar que la salud, especialmente en la región latinoamericana, ha estado ligada con dinámicas imperialistas (inicialmente europeas y recientemente estadounidenses)¹, las cuales se ven reflejadas actualmente en la privatización de los sistemas de salud, la transformación de las subjetividades de pacientes y profesionales, y en las relaciones socioculturales alrededor de la salud, en las cuales la consolidación de una hegemonía de mercado ha trascendido el marco legal para ubicarse en las narrativas y vivencias de colombianos, afectando la calidad de la atención, con graves consecuencias para la vida.

La propuesta wallersteniana de *sistema mundo* nos permite entender el momento histórico actual. Luego de que el binomio modelo fordista de producción/modelo de bienestar-asalaramiento permitiera un círculo trabajo-producción-consumo-reinversión-trabajo altamente productivo y diera origen al crecimiento económico que caracterizó los “treinta gloriosos”, en el periodo 1947-1976 (Boyer, citado en Giraldo 2007), el mundo observó una nueva crisis en el modelo de acumulación capitalista, caracterizado por la crisis del petróleo de 1973. El abandono progresivo del patrón de paridad oro-moneda y el auge del dólar como moneda para el comercio internacional emitida sin sustento material; los aumentos de la deuda externa; el *desalaramiento*; los costos en aumento de la atención en salud; el incremento de la población; un mayor número de personas en edad avanzada y con enfermedades de la vejez, conocidas como enfermedades crónicas, entre otros.

En este contexto de transformaciones, el Estado de bienestar modifica a escala mundial el pacto Estado/ciudadano en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Las reformas de la salud en América Latina y Colombia

América Latina nunca consiguió consolidar Estados de bienestar, y si bien los trabajadores lograron incluir seguros sociales, no se alcanzó un modelo universal y único; por el contrario, la tradición benéfica y misericordiosa para tratar a los pobres se acompañó de la seguridad social

1 Para revisiones sobre el tema, véanse Estrada (2008). La época del imperialismo y sus implicaciones en salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 26 (1) y Rosen, G. (1993 [1958]). *A history of Public Health* Baltimore: The John Hopkins University Press.

para trabajadores y familias, y con las consultas privadas, mediante el pago directo (Hernández 2002; Giraldo 2007).

América Latina y el Caribe serían llevados a una profunda crisis social y económica. Las agencias financieras multinationales señalaron a los Estados como los responsables de la crisis, debido a su ineficiencia para controlar el déficit público —principalmente por el aumento en los gastos sociales en seguridad social—, para manejar empresas productivas (como el petróleo, el acero) y los servicios en comunicaciones y transportes (Escobar 1995; Tavares 1999; Kim, Millen et al. 2000; Almeida, Bravement et al. 2001). Hacia finales de los años setenta e inicios de los ochenta, un cambio de mentalidad en el gobierno de los Estados Unidos y sus principales asesores, la banca internacional, empezó a tomar forma (Ugalde and Homedes 2007/2008). Con la llegada del ala más conservadora a los gobiernos de Estados Unidos e Inglaterra, el Banco Mundial cambiaría su visión sobre el papel del Estado en las propuestas de desarrollo, en especial sobre la relación salud-capitalismo.

Si antes se pensó que mantener trabajadores saludables y ofrecer medidas preventivas era costo-eficiente para la empresa capitalista y, por tanto, se justificaban inversiones de los Estados en salud, la revitalización de los postulados liberales (libre mercado, libertad individual y no injerencia del Estado) llevaría a pensar que brindar salud representaba un gasto que las personas deberían ser capaces de financiar (Ugalde and Homedes 2007/2008).

Esta visión se consolidaría en los informes del Banco Mundial (*Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* de 1987 e *Investing in Health* de 1993), donde recogieron los resultados de algunas experiencias privatizadoras y organizaron la plataforma técnico-política de reformas para promover cambios profundos en los sistemas de salud, lo que, con el tiempo, llevaría al fin a los Estados de bienestar. Así, los proponentes de las reformas a la seguridad social mundial necesitaban justificar la transformación de la estructura de los sistemas de salud, al plantear que los problemas de las empresas e instituciones estatales, principalmente en América Latina, se debían a que los sistemas públicos eran, por naturaleza, corruptos e ineficientes. Además, los promotores internacionales y nacionales de las reformas ocultaron que la crisis de la salud estaba relacionada con el gran aumento en los costos de atención médica ocasionados por la tecnificación de las prácticas en salud que ocurría en los países industrializados en los años setenta y ochenta, y que influían en las prácticas en salud en los países en vía de desarrollo.

En estos países, la crisis en salud también estaba relacionada con: la reducción de los recursos estatales para la salud y otras inversiones sociales; la dependencia económica de

los Estados Unidos; el aumento de la deuda externa y sus elevadas tasas de interés; los regímenes autoritarios y/o corruptos que manejaron inadecuadamente los recursos, y la profundización de la crisis social caracterizada por sociedades segmentadas con niveles crecientes y alarmantes de pobreza e inequidad (Kim, Millen et al. 2000; Klilsberg 2000; Almeida, Bravement et al. 2001).

Adicional al desprestigio de lo público, las agencias financieras multinacionales dirigidas por pensadores de la escuela neoclásica, imponiendo violentamente doctrinas de choque económico en varios países del mundo (Klein 2007), argumentarían que las sociedades en las que el mercado opera libremente promueven la escogencia adecuada y, por tanto, premian la responsabilidad personal y las iniciativas financieras, lo cual aumenta la competencia y lleva a tener mejor oferta de servicios a menor costo (McChesney 1998).

Este paradigma, que asume que los consumidores regulan el mercado libre, se conoce en las esferas de salud como atención *gerenciada* y tiene una larga tradición en los Estados Unidos (Weiss 1997). Esta privatización de la seguridad social a escala mundial se relaciona con los intereses comerciales de empresas privadas transnacionales de seguros, las cuales necesitaban expandir sus mercados, una vez saturados en los países más desarrollados, principalmente en los Estados Unidos.

Así, la mayoría de los países en América Latina y el Caribe han implementado reformas en los sistemas de salud durante las últimas décadas, como resultado de las presiones de agentes financieros multinacionales —principalmente el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI)—, y, más recientemente, debido a las presiones de una coalición de intereses comerciales en salud, representado por la asociación entre dichos agentes financieros y compañías farmacéuticas privadas; asociación que incluso ha penetrado la Organización Mundial de la Salud (OMS), transformando su ideología de una perspectiva de protección de la salud a una visión de salud como mercado (Navarro 2004; Useche 2007/2008).

Para contener los costos, el sistema de atención gerenciada hace que las personas demanden menos servicios, y disminuye las actividades que se ofrecen. En este sistema, también denominado *medicina basada en los mercados*, la exclusión de los pobres y los enfermos, quienes no tienen seguros de salud adecuados o demandan muchos costos, funciona como incentivo económico para las instituciones de salud y sus proveedores, ya que su atención demanda gastos no reembolsables y, por tanto, su exclusión aumenta la rentabilidad. Estas dinámicas de exclusión se conocen como selección adversa, y se deben a que los análisis costo-beneficio se han convertido en la principal herramienta para evaluar los sistemas, ya que, con base en estos cálculos, los viejos, los enfermos, los niños y las mujeres en edad fértil son considerados más costosos para el sistema, por tanto deben pagar más si quieren recibir atención en salud (Huertas 1998).

Si los servicios recibidos tanto en cantidad como en calidad dependen de la capacidad de pago de las personas, el sistema de salud reproduce desigualdades y discriminaciones que afectan a grupos históricamente marginados, como los pobres, los viejos, las mujeres, los inmigrantes y las minorías étnico-raciales (Weiss 1997; Horton, McCloskey et al. 2001; Rylko-Bauer and Farmer 2002).

Algunas experiencias, como el caso de Venezuela y el gobierno local de la ciudad de México, muestran que se puede dar marcha atrás a los procesos de privatización, y, en cambio, pueden surgir nuevos planes y políticas en salud pública que retoman y revigorizan la tradición de la medicina social, incluyendo la atención pública y gratuita, mostrando excelentes resultados (Laurell 2003; Armada and Muntaner 2004; Castro, Gusmão et al. 2006; Armada, Muntaner et al. 2007/2008). Es importante resaltar la relación existente entre la implementación de modelos privados o privatizantes y la represión política, como ocurrió en Chile, Perú y Colombia (Abadía-Barrero 2004; Armada and Muntaner 2004). A los miembros de la tradición de la medicina social que se han opuesto a las reformas neoliberales se les ha restringido su participación en la discusión de las reformas, debido a la violencia política en las formas de censura, exilio o asesinato, y esto puede ser fundamental para la penetración ideológica del modelo neoliberal, tanto en oficiales públicos como en activistas sociales.

La reforma neoliberal en salud al estilo colombiano

La Ley 100 de 1993 estableció un nuevo marco jurídico que reorganizó la seguridad social en Colombia en las áreas de salud, pensiones y riesgos profesionales. A pesar de que sus proponentes postularon que esta ley estaba diseñada específicamente para las necesidades del país, propuestas de reforma legislativa similares estaban ocurriendo en la mayoría de los países de América Latina y en otros países del mundo.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), anterior a la Ley 100, se había gestado en 1975 en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este buscó promover un proceso simultáneo nacional y local en el que la salud fuese un derecho humano fundamental e integral. Las estrategias del sistema para atender las necesidades de salud de la población incluían el saneamiento básico, los programas en salud pública, la atención primaria en salud, incluyendo medidas de prevención y promoción (OPS 2002).

Sin embargo, hacia finales de los años ochenta, esfuerzos por privatizar la salud ya habían iniciado. A pesar de que Colombia mostraba uno de los mejores índices en salud en la región y había logrado sobrellevar los primeros impactos económicos de las políticas de ajuste fiscal sin deteriorar sus avances en esta área (OPS 2002), el modelo distaba mucho de ser ideal y eran varias sus fallas y críticas. Por un lado, el sistema mantuvo la fragmentación en redes públicas, redes de seguridad social y redes privadas con partidas gubernamentales.

mentales, aportes de empleados y trabajadores a la seguridad social, y clínicas y consultas privadas complementarias. El sistema no se consideraba universal ni equitativo, ya que no todos tenían acceso y la calidad de la atención era diferenciada. Por otro lado, acusaba problemas de calidad y corrupción en el manejo de recursos públicos, y ya para 1990, con la Ley 10, se tenía un marco jurídico para transformar el sistema hacia la atención gerenciada.

El nuevo sistema, denominado Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), se puede pensar como un modelo neoinstitucional o neoclásico y no puramente neoliberal, ya que privilegia el libre mercado, pero lo une con el derecho individual a la propiedad (Hernández 2003). Es decir, por un lado propone un libre mercado de seguros, pero, por otro, necesita dividir lo que corresponde al interés público (de consumo general y a cargo del Estado, por ejemplo, las vacunas para evitar epidemias) del interés privado (de consumo individual, por ejemplo, curarse de las enfermedades), siguiendo el modelo conocido como manejo social del riesgo (Procuraduría 2008).

La financiación de los servicios de salud con el nuevo sistema fue cambiado del subsidio a la oferta (pago directo del Estado a los hospitales públicos), al subsidio a la demanda (un sistema de competencia de mercado para los servicios clínicos enmarcados en planes de aseguramiento); y se organizó el sistema así:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): pueden ser públicas, privadas o mixtas, encargadas de atender a la población afiliada y beneficiaria con la cual tengan convenios.
- Organismos de administración y financiación: son las entidades promotoras de salud (EPS) encargadas de administrar los recursos que cubren las pólizas de salud; las direcciones seccionales de salud de los departamentos y los municipios, y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).
- Organismos de vigilancia: el Ministerio de Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) (De Currea-Lugo 2003).

Al ser un sistema de aseguramiento individual, se establecen dos regímenes de afiliación para la población, dependiendo de su capacidad de pago:

1. Régimen contributivo: dirigido a la población con capacidad de pago (asalariados y trabajadores independientes), quienes deben afiliarse a las EPS del régimen contributivo que contratan la atención de los afiliados con las IPS.
2. Régimen subsidiado: asignado a la población sin capacidad de pago (población pobre y vulnerable, identificada por el 'Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales'

(Sisbén)², estratos 1 y 2). El subsidio se genera al momento de afiliación de la persona al sistema de seguridad social, el cual gira los recursos a las EPS del régimen subsidiado que contratan la atención de los afiliados con las IPS.

3. "Vinculados": en este grupo se encuentra aquella población pobre que no ha sido incorporada al sistema y tiene acceso a servicios bajo el subsidio a la oferta. La administración de su atención depende de los entes de salud.
4. "Régimen de excepción": para efectos de este proyecto, los denominaremos de esta manera. El artículo 279 de la Ley 100 establece algunas excepciones al SGSSS, como son las Fuerzas Militares y la Policía nacional; al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente ley, los miembros no remunerados de las corporaciones públicas; afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio; los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente ley estén en concordato preventivo y obligatorio, en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato; servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, y los pensionados de esta.

El sistema contempla tres planes de atención:

1. Plan Obligatorio de Salud (POS): contiene la oferta reglamentaria de servicios de salud que las instituciones deben ofrecer de manera individual a la población; este presenta dos modalidades. Por un lado, el POS del régimen contributivo (POS-C), que es un paquete básico de beneficios con tres niveles de atención (I, básico; II, intermedio, y III, complejo). Por otro, el POS del régimen subsidiado (POS-S), que incluye solamente el primer nivel de atención básico más algunos tratamientos incluidos en los niveles II y III (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 2005).
2. Plan de intervenciones colectivas (PIC): el PIC incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud, calidad de vida, prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad, para alcanzar las metas prioritarias definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. El PIC está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ciñe a los lineamientos técnicos que ha expedido

² Este sistema es un conjunto de reglas, normas y procedimientos que, según el gobierno, permiten tener información socioeconómica confiable y actualizada para focalizar el gasto social. Con esta encuesta se carnetiza y afilia a la población.

la Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, los cuales son ampliamente reglamentados en la Resolución 425.

3. Planes adicionales de salud o planes de atención complementaria: son definidos como el conjunto de beneficios que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad o la recuperación de la salud, según se define en las limitaciones de lo contenido en el POS. Estos planes son financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

Con el nuevo sistema se marcará la transición más fuerte en las concepciones sobre salud en el país. Sus proponentes, basados en parámetros econométricos empresariales aplicados a la salud, lo llamaron pluralismo estructurado; es decir, una estructura con múltiples opciones de servicios (Londoño and Frenk 1997). Para sus opositores, el sistema no deja de ser una regulación de mercados en el que priman los intereses lucrativos de empresas privadas sobre la salud pública y las necesidades en salud de las poblaciones (Ahumada 2002; Hernández 2002; Franco Agudelo 2003; Hernández 2003).

Los proponentes de la reforma en Colombia argumentaron que esta reflejaba un avance frente a las fallas de la privatización agresiva del modelo chileno, ya que se introducían los principios de equidad financiera y protección a los clientes, los cuales generalmente ocupan un lugar marginal en los sistemas altamente privatizados. Además de esto, exponían que los mecanismos de recuperación de costos eran un avance fundamental, ya que se eliminaba la atención gratuita, uno de los objetivos principales de la reforma, al pasar del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda (Londoño and Frenk 1997). La recuperación de costos se basó en la estratificación de los usuarios según su capacidad de pago para subsidiarles la salud o exigirles pagos, y en los mecanismos de medicina prepagada, cuotas moderadoras y copagos necesarios para la atención (Franco Agudelo 2003; Armada and Muntaner 2004; Yepes, Ramírez et al. 2010).

Con estos mecanismos se esperaba que compradores y vendedores regularan el mercado, ya que las funciones de financiación y provisión de los servicios estarían separadas y se lograría una equidad financiera, lo cual significa que los ricos pagan más por el servicio y ayudan a subsidiar el servicio de los pobres. Con base en esta medida específica de equidad, la OMS calificó el nuevo sistema de salud colombiano como el mejor del continente y uno de los mejores del mundo (WHO 2000; Londoño 2001).

Esta clasificación fue fuertemente criticada y muchos artículos denunciaron no solo las profundas fallas metodológicas del reporte de la OMS, sino las connotaciones ideológicas que resultan cuando la OMS apoya un tipo especial de equidad que favorece los intereses económicos de la medicina basada en los mercados (Navarro 2000; Almeida,

Bravement et al. 2001; Hernández Alvarez and Vega 2001; Almeida 2002). Quienes promovieron la reforma de la salud en Colombia sostienen que desde su implementación, más personas tienen acceso a la salud, ya que la cobertura en seguros ha aumentado, y que esto representa una mejoría sustancial frente al sistema antiguo (Londoño 2002).

Sin embargo, varios estudios muestran que la cobertura en seguros es diferente al acceso a los servicios en salud, el cual, en vez de mejorar, se ha hecho más burocratizado y demorado, con consecuencias deletéreas para la vida de las personas y sus redes sociales. Los mecanismos legales para garantizar la prestación de servicios de salud han aumentado constantemente. La Defensoría del Pueblo reporta que de 1.067.070 tutelas interpuestas por colombianos entre 1999 y 2005, 30,76% (328.191) eran específicas para peticiones de protección del derecho a la salud.

Las tutelas relacionadas con salud aumentan constantemente (21.301 en 1999, 42.734 en 2002 y 81.017 en 2005), lo cual puede reflejar la crisis de la salud del país y el hecho de que las personas han aprendido a usar este mecanismo de protección de derechos a lo largo de los años (Vélez-Arango, Realpe-Delgado et al. 2007). El quinto informe de la tutela y el derecho a la salud en 2010, de la Defensoría del Pueblo, reveló que para dicho año los ciudadanos presentaron más de 94.502 tutelas relacionadas con la salud, lo que equivale a 5.988 tutelas menos que en el 2009. La reducción del número de tutelas interpuestas por el derecho a la salud, sin embargo, no implica que hayan disminuido las barreras de acceso impuestas por la estructura burocrática del sistema.

Es presumible que actualmente los comités técnico científicos sirven de “filtro” para evitar un mayor número de tutelas, pero ahora son las peticiones a estos comités las que se convierten en un nuevo paso en los itinerarios que demoran la atención y hacen que las personas desistan de buscar solución a sus problemas dentro del sistema³. De las tutelas interpuestas en el 2010, el 65,4% corresponden a servicios incluidos en el POS. Los contenidos más frecuentes son, en su orden, tratamientos integrales, medicamentos, cirugías, citas médicas e imágenes diagnósticas (Defensoría del Pueblo 2010).

3 Los recobros son una figura financiera que a partir de la expedición del Acuerdo 228 del 2002, el cual actualizó el ‘Manual de medicamentos’ del Plan Obligatorio de Salud y dictó otras disposiciones, permitió formular medicamentos no incluidos en el POS, mediante la aprobación del Comité Técnico Científico, y que la diferencia del precio de estos medicamentos contra su reemplazo o su similar del POS fuera cobrado por las EPS al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Como resultado de las directrices jurisprudenciales en la garantía del derecho a la salud, y entre ellas las contempladas en la Sentencia T-760/08, que ampliaron la posibilidad de que además de recobrar por medicamentos, también se podían recobrar los dispositivos, insumos y procedimientos que requirieran los usuarios, la Comisión de Regulación en Salud actualizó y amplió esta facultad en el Acuerdo 008 de 2009. En el 2011, con la Ley 1438 se especificó que si las personas requerían algún servicio que no esté contenido en el plan de beneficios tendrán que acudir al Comité Técnico Científico (CTC) de la misma EPS, quienes tomarán la decisión de autorizar o no el servicio; luego, si este comité no aprueba, las personas deberán acudir a la junta médica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud (SINS), para que este comité apruebe o no el servicio. Es decir, se alarga el itinerario burocrático para la autorización de servicios no incluidos en el plan de beneficios.

Es evidente que los costos en salud han aumentado y que varios indicadores muestran deterioros preocupantes, como los indicadores de las mortalidades evitables; también se ha dado un aumento en las enfermedades prevenibles, debido a descensos en las tasas de vacunación, la finalización y/o interrupción de programas de salud pública, el colapso de la red pública hospitalaria reflejada por el cierre de muchos de estos hospitales, la flexibilización del trabajo en trabajadores de la salud y la promoción de una mentalidad de mercado que se ha traducido en un abandono de la salud como derecho humano (Ahumada 2002; OPS 2002; Franco Agudelo 2003; Acosta-Ramírez, Durán et al. 2005; Velez 2008).

Debido a las múltiples dificultades presentadas por el sistema, han sido varios los anuncios de reforma. Por ejemplo, en el 2007, con la Ley 1122, se “reformó” el sistema sin alterar significativamente su estructura; así, en el tema de la integración vertical, a pesar de ser una característica que afecta los principios de la competencia, se establece que las EPS pueden contratar hasta un 30% con su propia red de servicios. Posteriormente, con la Ley 1393 de 2010 se aumentaron los impuestos a la venta de cerveza, licores, cigarrillos y juegos de azar, con estos nuevos ingresos, en teoría, se tendrían los recursos necesarios para dar cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional, en la que se ordena equiparar los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado, nivelación que hasta la fecha no ha sido realizada.

En el 2011 se promulga una nueva reforma a través de la Ley 1438, con la cual se pretende dar solución a la crisis del sistema. Con esta ley se busca en teoría la cobertura universal, la portabilidad nacional del sistema —es decir, que una persona pueda ser **atendida en cualquier parte del país**—, **la nivelación de los planes de beneficio del régimen subsidiado y contributivo, entre otras modificaciones. Sin embargo, con la Ley 1438 no se lleva a cabo la reforma estructural que muchos sectores consideran indispensable para que las personas en Colombia puedan tener una vivencia del derecho a la salud.**

En aspectos puntuales de los propuestos por la ley es relevante resaltar que la portabilidad nacional del derecho podrá exigirse después de junio de 2013 y la unificación del *plan de beneficios* ordenada por la Corte Constitucional desde el 2008 tiene plazo para concretarse hasta el 2014. Por otra parte, si las personas requieren algún servicio que no esté contenido en el plan de beneficios, tendrá que acudir al comité técnico científico (CTC) de la misma EPS, quienes tomarán la decisión de autorizar o no el servicio; si este comité no lo aprueba, las personas deberán acudir a la ‘*Junta Médica de Pares*’ de la Superintendencia Nacional de Salud (SINS), para que este comité apruebe o no el servicio. Es decir, se alarga el itinerario burocrático para la autorización de servicios no incluidos en el plan de beneficios. De igual manera, la responsabilidad individual es introducida como un nuevo patrón para evaluar si una persona es merecedora de servicios de salud. Con la Ley 1438 se abre la posibilidad

de que las personas transfieran sus recursos patrimoniales a las empresas aseguradoras si quieren recibir atención.

Adicionalmente, la Ley 1438 no soluciona los problemas de inequidad en salud que ahora son visibles dentro de la estructura del sistema, al comparar los beneficios y la atención que reciben las personas dependiendo del régimen de afiliación. Al respecto, es importante recordar que las personas afiliadas al régimen contributivo tienen pleno derecho al Plan Obligatorio de Salud (POS), mientras que los afiliados al régimen subsidiado gozan de un menor plan de beneficios (POSS)⁴. Ante esta inequidad, la Corte Constitucional se pronuncia en la Sentencia T 760 de 2008, al ordenar la nivelación de ambos planes de beneficios; sin embargo, dicha nivelación tiene un plazo de cumplimiento hasta el 2014.

Las solicitudes de tutelas por beneficios incluidos en el POS en el 2010 fueron mayores en el régimen subsidiado (64,8%) que en el contributivo (35,2%), lo cual demuestra que a las personas más pobres del país se les vulnera en mayor medida el derecho a la salud, no solo porque el plan de beneficios es menor, sino porque, además, deben interponer un mayor número de tutelas por los beneficios incluidos en el POS del régimen subsidiado.

Calidad de la atención

El concepto de *calidad* aparece formalmente en el ámbito de la industria en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. Con la devastación de las economías del mundo, la imposibilidad de obtener materias primas de buena calidad y la necesidad de aumentar la producción en masa, la calidad de los productos disminuyó notablemente. Razón por la cual fue necesario establecer mecanismos que garantizaran que los productos finales cumplieran con los estándares establecidos para su elaboración, de manera que el resultado final tuviera características de calidad y pudiera venderse a mejor precio (Álvarez 2003).

Con la tercerización de la economía, es decir, el auge de la financiación y los servicios como eje central de las economías y la acumulación capitalista, se modifica el concepto de calidad del producto por el de calidad de los servicios, que básicamente relaciona la calidad esperada con la percibida (Duque 2005); es decir, se comparan los procesos establecidos para la atención con la percepción que tienen los usuarios del servicio. Lo anterior parte del principio en el cual los servicios tienen características diferentes a los bienes comunes a una economía, que son: la intangibilidad, no son objetos y, por tanto, no se puede comprobar su calidad antes de la compra; la heterogeneidad, en la cual los resultados varían de productor a productor, y no se puede separar la producción del consumo (Duque 2005).

En el caso del sector salud, con la introducción de la medicina gerencial, la calidad de la atención en los servicios ha cobrado gran importancia en las políticas públicas en

⁴ Acuerdos 306 de 2005 del CNSSS, el Acuerdo 08 de 2009 y en los acuerdos 11 y 15 de 2010 emitidos por la CRES.

salud, pues se supone que existe una relación entre calidad, eficiencia y mejoramiento de indicadores de morbimortalidad. Sin embargo, lo que se ha visto con el tiempo es que se da preponderancia a la eficiencia en la utilización de los recursos, lo cual permite aumentar la acumulación de capital, desdibujándose, entonces, el bienestar de las personas en el proceso de atención.

La calidad de la atención en salud surge, así, como adaptación de los patrones de calidad aplicados en las industrias y posteriormente a los servicios. Con la introducción de la atención gerenciada, la calidad de la atención en los servicios de salud ha cobrado gran importancia en las políticas públicas en salud, ya que la relación entre calidad y mejoramiento de indicadores de morbimortalidad empieza a estar supeditada a la costo-eficiencia de las actividades ofrecidas y al control empresarial de los recursos, lo cual, por medio de límites en la atención o superexplotación laboral y técnica, asegura márgenes importantes de rentabilidad a las empresas aseguradoras en salud.

El problema de aplicar los postulados de calidad de otros sectores de la economía radica en que para la salud existen dificultades relacionadas con las características subjetivas, en cuanto a valoración de la calidad del servicio ofrecido, como por la variabilidad que implica cada organismo y los diferentes resultados clínicos, que dependen de un sinnúmero de factores difícilmente predecibles y medibles.

Ya que la industria fue la institución a la cual se le aplicaron los primeros esquemas de calidad de producto, las instituciones en salud se convertirían en el espacio en el cual se aplicarían los estándares de calidad de atención en salud. De esta forma, la salud pasó de ser entendida como una complejidad histórico-social en la cual biología y ambiente están en constante interacción y cambio, a ser vista como un proceso reducido de atención clínica y, por tanto, evaluada exclusivamente en sus actividades terapéuticas sobre enfermedades.

Aún no es claro un solo concepto, ni criterios unificados a la hora de hacer evaluaciones de calidad de la atención en salud. Para Avedis Donabedian, uno de los autores más reconocidos en esta área, “la calidad de la atención a la salud es el grado en el que los medios deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud” (Donabedian 1990, p. 12). Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos es “el grado en el cual los servicios de salud individuales y poblacionales incrementan la probabilidad de obtener resultados deseables en salud consistentes con el conocimiento profesional actual” (Citado en Jorgensen 2003). En términos generales, se puede decir que la calidad de la atención en salud es la relación entre los resultados esperados en salud y los recursos disponibles para tal fin.

Han existido diferentes formas y enfoques de hacer evaluaciones de calidad de la atención en salud, pero en general son dos los más importantes: el *modelo industrial* y el *modelo de atención a la salud*. El primero está centrado en la satisfacción de los deseos del consumidor en cuanto a las

características de los productos y en mantener su confianza y fidelidad; su principal objetivo es la eficiencia, y la calidad es un aspecto importante, que aun cuando genere costos, también genera ganancias. El segundo, igualmente, tiene su centro en la satisfacción del usuario, con la diferencia de que debe responder a mayores responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad para alcanzar la calidad; así mismo, está más centrado en los aspectos de los cuidados clínicos y se olvida de otros aspectos de la atención, como la relación médico paciente; aquí la calidad genera costos que en teoría no se ven reflejados en mayores ganancias (Donabedian 1993).

Dentro de estas dos perspectivas de mercado sobre calidad de la atención en salud, los costos se han planteado como un elemento importante para su evaluación, de manera que se supone que existe un punto en que los costos de la atención no se ven reflejados en mejores resultados en el estado de salud de las personas, y es ahí donde debe estar el límite de la inversión monetaria. Sin embargo, las personas y la sociedad tienen intereses diferentes a los administradores privados de los recursos de salud, en cuanto a lo que es benéfico y lo que no.

El enfoque más utilizado para revisar la calidad de la atención en salud actualmente es el planteado por Donabedian (1990), que propone tres espacios para hacer las evaluaciones: *estructura*, *proceso* y *resultado*⁵. Esta forma de abordar la calidad de la atención en salud reproduce los esquemas utilizados en las industrias productivas y los servicios, y limitan la atención en salud a la atención del enfermo, circunscrita a las actividades intrainstitucionales, pero no logran tener en cuenta las dimensiones de salud-enfermedad que ocurren fuera de las instituciones. Por ejemplo, si para un paciente con diabetes los posibles indicadores para medir la calidad de la atención son las citas médicas recibidas, los exámenes de laboratorio realizados, los medicamentos obtenidos y la valoración de la atención, tal forma de entender la calidad deja por fuera un sinnúmero de factores que inciden en la vida de los pacientes diabéticos y que afectan fundamentalmente el manejo exitoso de su enfermedad, por mencionar algunos asuntos: posibilidades de deporte, alimentación, cuidados higiénicos o vida sin factores estresantes.

En la medida en que las instituciones de salud públicas empezaron a ser vistas como instituciones con gastos muy altos que deberían tener manejos austeros y eficientes de los recursos, se incorporaron aún más parámetros de la economía industrial al sector servicios, volviendo cotidianos asuntos como costo-eficiencia, racionalización del gasto y del trabajo del personal de salud. Posteriormente,

5 En la estructura evalúa todos los insumos, tanto materiales, de recurso humano y organizacionales, relativamente estables para la prestación de la atención, incluyendo gran parte del diseño del sistema; en el proceso incluye todos los procesos que se hacen durante la atención, así como la habilidad para llevarlos a cabo; y en cuanto al resultado, evalúa los cambios en el estado de salud de las personas después de la atención y otras consecuencias, como el conocimiento sobre la enfermedad, cambios en la conducta que conducen a la salud, y la satisfacción del paciente.

con el auge de las instituciones privadas y las necesidades de mantener indicadores de salud pública, algunas de las características de calidad, como cobertura, acceso y satisfacción, se hicieron particularmente importantes; de esta manera, indicadores como número de personas aseguradas, número de consultas en determinado tiempo, número de laboratorios, oportunidad en citas con diferentes profesionales, indicadores de satisfacción global se volvieron fundamentales para las valoraciones de calidad. Sin embargo, esto dejó aún más de lado la posibilidad de evaluar si la atención recibida era óptima y lograba atender todas las necesidades de salud de las personas y mejorarles su situación de salud y su calidad de vida. En resumen, la calidad se mide con base en números de eventos realizados y percepciones, lo cual no necesariamente se relaciona con el manejo efectivo de las enfermedades, mejoras en el curso clínico o mejoras en la vida de las personas.

Los antecedentes en Colombia sobre calidad de la atención en materia de reglamentación vienen desde 1979, cuando la Ley 9 implementa las licencias sanitarias de funcionamiento para el control de la oferta hospitalaria. Posteriormente, en la Ley 10 de 1990 se dio paso a un sistema de normas que regulaban la calidad de los servicios de salud de los subsectores público y privado. Con la Ley 100 de 1993 es creado el Sistema de Garantía de Calidad, confirmado por la Ley 715 de 2001 y reglamentado en sus inicios por el Decreto 2174 de 1996, el cual fue derogado por el Decreto 2309 de 2002. Actualmente es el Decreto 1011 de 2006 el que rige el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS). Estas reformas siguen la tendencia de muchos países que han hecho reformas en materia de monitoreo y mejoramiento de la calidad para hacer la salud predecible, segura y más efectiva (Mattke, Epstein et al. 2006).

No puede negarse que el SOGCS es un avance, ya que exalta la calidad de la atención como un elemento importante para los prestadores de servicios; adicionalmente, por referirse a garantía de la calidad, tiene un enfoque más amplio que la evaluación de calidad. Sin embargo, el sistema asume que una institución que cumple las normas brinda buena calidad de la atención, pero no revisa la articulación entre la institución y el sistema de salud; por ejemplo, las diferencias en la atención que marca la fragmentación en diferentes regímenes de afiliación. Tampoco hay una pregunta por la relación entre la calidad de la atención y la calidad de vida de las personas, o la “vida extrainstitucional” del paciente, es decir, existen elementos relacionados con esferas como el trabajo, la educación, la red social, que afectan la calidad de la atención y los resultados en la salud de las personas.

El SOGCS tiene cuatro componentes: *sistema único de habilitación*, que evalúa el componente de estructura física, financiera y de recursos humanos con las que cuentan las instituciones para la atención; *auditoría para el mejoramiento de la calidad*, que corresponde al componente de proceso y resultado, y revisa el cumplimiento de los estándares de

calidad establecidos en la habilitación de la institución —que en cuanto a los procedimientos está básicamente dado por la adopción de guías y protocolos de manejo— y la satisfacción del cliente; *sistema de información para la calidad*, que corresponde básicamente a una serie de indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos; *sistema único de acreditación*, que es el componente “destinado a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud” (Ministerio de la Protección Social 2006).

Cada componente ha tenido su propia reglamentación y desarrollo, sin embargo, la experiencia ha demostrado que algunos, más allá de ser utilizados para garantizar la calidad en la atención, sirven como mecanismos de contención de costos y, por tanto, de aumento en las ganancias de las IPS y EPS. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado cómo la auditoría se ha utilizado para coartar la autonomía profesional a la hora de la atención, restringiendo la cantidad de remisiones a especialistas, el uso de exámenes diagnósticos y la formulación de medicamentos, especialmente cuando son de alto costo (Defensoría del Pueblo 2007; Martínez 2009; Molina Marín, Muñoz et al. 2009).

Por su parte, el sistema de acreditación profundiza las desigualdades en términos de la atención en salud, al permitir que unas instituciones entreguen una mejor calidad de la atención que otras; adicionalmente, se convierte en un elemento que es utilizado por las instituciones para ganar prestigio y dinero, y no se ve realmente reflejado en la atención a las personas.

Atributos de calidad de la atención en salud

Los atributos de calidad son el conjunto de cualidades de los procesos de atención en salud que sirven como base para el montaje de las evaluaciones de calidad en cualquier institución prestadora de servicios de salud (Ministerio de la Protección Social 2009).

En la literatura se encuentra una gran cantidad de atributos; así mismo, cada sistema de salud o cada país define los propios (Ministerio de la Protección Social 2009); sin embargo, son muy similares en cada lugar. Tampoco existen límites claros entre unos y otros, o se encuentran “contenidos” entre sí.

Estos atributos pueden ser *extrínsecos* o *intrínsecos*. Los primeros se refieren a las cualidades de los sistemas de salud que son aplicables o determinan los postulados de calidad; dentro de ellos se incluyen acceso, equidad, oportunidad y eficiencia, entre otros. Sin embargo, en los últimos años la eficiencia es la característica que ha tomado mayor fuerza, pues relaciona los costos con la atención, esto quiere decir que una atención es eficiente cuando se ha prestado al menor costo, con los mejores resultados, siendo estos últimos lo que menos importan. Los atributos intrínsecos son aquellos propios del proceso de producción de los servicios de

salud e incluyen: efectividad, eficacia, seguridad del paciente, experiencia de atención de los usuarios y calidad percibida (Ministerio de la Protección Social 2009).

El SOGCS tiene cinco características o atributos principales: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad. La *accesibilidad* hace referencia a la posibilidad que tiene la persona de ser atendida por el problema de salud que presenta en el momento en que lo requiere. Como parte del acceso se encuentra la *oportunidad*, que incluye el factor tiempo, y básicamente habla de la posibilidad de obtener la atención en el tiempo apropiado, teniendo en cuenta la pertinencia clínica. Hay otros aspectos que se relacionan con el acceso: la ubicación geográfica, el aseguramiento, la economía de la persona y la capacidad funcional de las instituciones, entre otras (Álvarez 2003; Ministerio de la Protección Social 2009).

La *seguridad* está relacionada con la prevención de eventos adversos relacionados con la atención médica dada por la implementación de guías y protocolos basados en la evidencia científica; finalmente, lo que se pretende es la estandarización de los procedimientos. Por su parte, la *pertinencia* hace referencia a la mejor utilización de los recursos y la evidencia científica para el abordaje de los problemas de salud, es decir, que a un paciente se le hagan los procedimientos necesarios para solucionar su problema de salud de la mejor manera.

El último atributo es la *continuidad*, que habla de seguir una secuencia lógica en las actividades necesarias para prestar la atención a determinado evento, también está relacionada con la posibilidad de mantener en el tiempo la atención, como es el caso de las enfermedades crónicas como el VIH.

Una propuesta crítica de calidad de la atención en salud

Al proponer una mirada crítica a la calidad de la atención en salud, queremos rescatar la tradición de la medicina social, en la cual se entiende que los pacientes no solo son atendidos en cuanto cuerpos enfermos, sino que la interrelación entre sus enfermedades, las instituciones que prestan los servicios de salud y los espacios sociales donde viven son todos componentes fundamentales de la calidad de la atención. Por tanto, el espacio médico e institucional continúa siendo importante en cuanto acceso y manejo terapéutico integral y continuo de la enfermedad, pero en la calidad debemos evaluar también las condiciones del enfermar y aquellas necesarias para mejorar.

Este abordaje implica reconocer, como punto de partida, que el derecho a la salud es interdependiente con otros derechos y condiciones de vida. Por tanto, implica establecer instrumentos que nos permitan ver la *calidad de la atención en salud* como una propuesta no limitada a los espacios de salud y que tiene en cuenta la calidad de la vida misma, entre otros, al valorar la realización en el trabajo, la familia y el goce de las libertades civiles establecidas

por los Estados de derecho y las posibilidades de una vida plena garantizadas por Estados sociales de derecho. En este sentido, proponemos una inversión a la mirada de calidad, es decir, una que no parte de parámetros rígidos aplicables a la población en su conjunto, sino una que partiendo de las experiencias de las personas nos aporte a entender las limitaciones, problemas y fortalezas de las respuestas que han recibido para sus vivencias con enfermedades particulares, en este caso, el VIH.

Cualquier perspectiva crítica debe tener en cuenta las redes de poder que circulan en múltiples dimensiones de la vida. Retomando las categorías de la epidemiología crítica, vemos importantes las desigualdades y el manejo de poder en los ámbitos singular, particular y general. Por tanto, proponemos examinar el ámbito singular (cada persona), el dominio particular (las respuestas institucionales del sector salud y otros) y el dominio general (las estructuras económicas y políticas en que se enmarcan las dinámicas institucionales y de políticas públicas). Consideramos que esta propuesta se constituye en un aporte a las evaluaciones de calidad de la atención, ya que toma en cuenta formas más complejas del proceso salud-enfermedad, la ancla a dimensiones sociohistóricas y examina las formas como el poder determina la mejor o peor atención a las vidas con enfermedades.

VIH/sida

Comportamiento mundial de la epidemia

Para el 2009, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estimó que 33,3 millones de personas en el mundo vivían con la enfermedad (31,4-35,3 millones)⁶; de estas, 30,8 millones (29,2-32,6 millones) corresponden a adultos; 15,9 millones (14,8-17,2 millones), a mujeres, y 2,5 millones (1,6-3,4 millones), a niños menores de 15 años (UNAIDS 2010).

Durante el 2009, 2,6 millones de personas se infectaron con el virus (2,3-2,8 millones); de estas, 2,2 millones corresponden a adultos (2,0-2,4 millones), y 370.000 (150.000-360.000), a niños menores de 15 años. Para esta población, ONUSIDA reconoce que la mayoría de las nuevas infecciones probablemente corresponden a transmisión materno-infantil, durante el parto o el posparto, a través de la lactancia (UNAIDS 2010).

África subsahariana continúa siendo la región en la que más personas contrajeron la infección durante el 2009, con 1,8 millones (1,6 millones-2,0 millones); seguido por el sur y sureste de Asia, con 270.000 nuevas infecciones; Europa Occidental y Asia central, con 130.000 (110.000-160.000); Centroamérica y Suramérica, con 92.000 (70.000-120.000) nuevas infecciones (UNAIDS 2010). Según ONUSIDA, en el día aproximadamente 7.000 personas se infectan con el virus; de estas, 6.000 corresponden a adultos mayores de 15

⁶ Los intervalos de las estimaciones definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

años, de los cuales cerca del 51% son mujeres y 41%, adultos jóvenes (15 a 24 años de edad). El 97% de estas nuevas infecciones tienen lugar en países de bajos y medios ingresos (UNAIDS 2010).

Estos datos muestran cómo la epidemia tiende a concentrarse en las poblaciones más afectadas por las estructuras de desigualdad y en la población en edad productiva y reproductiva del mundo. Este comportamiento de la epidemia afecta demográficamente las estructuras de los países, al presentarse mortalidades significativas en esta franja poblacional y al reducirse la esperanza de vida al nacer; también impacta los sistemas productivos, por cuanto personas en edad productiva fallecen o deben dejar de trabajar como consecuencia de la infección. Así mismo, a raíz de la muerte de mujeres y hombres jóvenes, miles de niños en el mundo viven en situación de orfandad. Para el 2009 se estima que ocurrieron 1,8 millones (1,6 millones-2,1 millones) defunciones por enfermedades relacionadas con el sida, de las cuales 1,6 millones (1,4 millones-1,8 millones) fueron en adultos y 260.000 (150.000-360.000), en niños menores de 15 años (UNAIDS 2010). A escala mundial, las mortalidades asociadas con el sida continúan siendo una de las principales causas de mortalidad.

Los datos para América Latina sugieren que la epidemia se mantiene estable. La prevalencia regional del VIH es del 0,6% (0,5-0,6%), y la epidemia se caracteriza por ser concentrada. Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) representan el porcentaje más alto de infecciones para esta región; no obstante, cabe destacar que grupos como las personas en condición de prostitución, sus clientes y los usuarios de drogas inyectables también se han visto afectados de manera importante por la infección. La carga del VIH parece aumentar entre las mujeres de Centroamérica y entre las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables (Bastos and et al 2008). En la región se observan patrones epidemiológicos divergentes, especialmente en lo que se refiere a la contribución del uso de drogas inyectables a las epidemias nacionales (ONUSIDA 2010).

Situación de la epidemia por VIH/sida en Colombia

En Colombia, la epidemia por VIH continúa siendo concentrada; es decir, la prevalencia entre HSH, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales supera el 5%, y en mujeres gestantes no es superior al 1%. Se estima que la prevalencia para el 2009 en el país fue de 0,52% en población general, con un cálculo de 122.184 personas con VIH o sida en el país (Ministerio de la protección Social 2010). Desde 1983 y hasta el 31 de diciembre de 2009 se han reportado un total de 71.509 casos notificados de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos; de estos, el 67% se clasificaron como VIH (47.898), el 20% como sida (12.328) y el 13% como fallecidos (9.283). El promedio diario de notificación de los tres eventos ha aumentado de 11 en el 2000 a 18 en 2009 (Ministerio de la protección Social 2010).

En el acumulado de la epidemia, el 75,3% de los casos reportados son hombres, el 24% son mujeres y el 0,7% no tienen registro de sexo. Del total de casos registrados, la transmisión sexual de la infección corresponde al 97%. En los estudios de seroprevalencia realizados en el país el grupo más afectado por la infección es el de HSH; así, se encuentran tasas que fluctúan entre el 10,18% y el 19,5% (Ministerio de la protección Social 2010).

En los 54.499 (76.2%) casos en que se reportó la edad, el grupo poblacional más afectado corresponde a personas entre los 25 a 29 años, con 10.571 casos, equivalentes al 19,4%, seguido del grupo de 30 a 34 años de edad, con 10.002 registros (18,4%). El 56,5% de los casos notificados por VIH/sida y muerte se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad (30.796) (Ministerio de la protección Social 2010). Estos datos muestran el mayor peso proporcional de la infección en 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 décadas de vida, con el deterioro progresivo de los indicadores de años de vida potencialmente perdidos, años de vida saludables y esperanza de vida al nacer.

Para el 2009 se reportaron 6.780 personas con VIH/sida o muerte por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA); de estos, 4.960 casos corresponden a VIH (73,2%); 1.281, a casos de sida (18,9%), y 539, a fallecidos (7,9%). De las 6.780 notificaciones, 4.664 fueron hombres (68,8%) y 2.116, mujeres (31,2%). Hasta el 2006 la tasa de mortalidad asociada con el VIH/sida (por 100.000 habitantes) ha aumentado del 0,75, en 1991, al 5,40, en 2006. Para este año se estima que diariamente en promedio seis personas murieron por causas asociadas con el VIH/sida, de las cuales cinco fueron hombres y una mujer, para un total aproximado de 2.343 fallecidas por causa del sida en el 2006 (Ministerio de la protección Social 2010). Tanto en el mundo como en Colombia ha habido un fuerte desarrollo normativo como respuesta a la epidemia por VIH/sida. Estos adelantos aparecen en el anexo 1.

Situación de la epidemia por VIH/sida en Bogotá⁷

Bogotá cuenta con diferentes fuentes de información para el monitoreo del VIH/sida, como el SIVIGILA, al cual son notificados los casos identificados como positivos y que son atendidos en las diferentes IPS del Distrito Capital; los sistemas de estadísticas vitales, que reportan las muertes por sida; el Laboratorio Centralizado de VIH, que tamiza y confirma a toda la población pobre no asegurada, y los datos de los donantes identificados como confirmados dentro del proceso de tamización de sangre.

Según datos acumulados del SIVIGILA, entre 1985 y el 31 de diciembre de 2010 se han notificado 19.052 casos, que

⁷ Datos tomados del informe del cuarto trimestre del 2010. Secretaría Distrital de Salud. Vigilancia en Salud Pública.

corresponden a casos nuevos y actualizaciones en el estadio clínico, incluidas muertes. Desde 1985 se observa en la ciudad un aumento en la incidencia, con algunos picos en 1992, 1994 y 1995, relacionados con campañas nacionales para realización masiva de la prueba de tamizaje para VIH.

En el 2009, por primera vez en los últimos cinco años, se observa una disminución en la notificación, comportamiento que se mantiene en el 2010, cuando se notificaron 1.430 casos, lo cual representa una disminución del 3% en relación con el 2009. Este comportamiento en los dos últimos años debe ser analizado en relación con el funcionamiento del SIVIGILA, para evaluar si se debe a las acciones que el distrito ha desarrollado para contener la evolución del VIH en la ciudad o está relacionada con barreras de acceso a la prueba diagnóstica u otras dificultades en el proceso de notificación.

El análisis sobre el estadio clínico de la persona al momento de hacer la notificación muestra que en promedio el 72,4% de las personas se encontraba en el estadio de VIH. Este dato muestra un aumento en el número de casos reportados en este estadio respecto al 2009, lo cual indica un diagnóstico más oportuno y, por consiguiente, un inicio en el tratamiento temprano y mejoras en las expectativas de vida. En promedio para el periodo, el 17,3% de los casos fueron notificados como sida; así, se observó una disminución del 18,7% en 2007 al 14,8% en 2010. Estas cifras representan un logro, ya que la notificación en este estadio clínico corresponde a personas que en promedio llevan más de siete años viviendo con el virus, que tienen un deterioro avanzado del sistema inmunológico, todo lo cual repercute en esquemas terapéuticos con resultados poco efectivos y expectativas de vida menores.

Tomando la proporción de incidencia de casos de VIH por 100.000 habitantes según las localidades de residencia, se observa que las localidades con mayor proporción de incidencia son Candelaria, con 128,5; Chapinero, con 61,2; seguidos por Mártires, Santa Fe y Teusaquillo, con 34 casos por cada 100.000 habitantes.

Frente al aseguramiento, de los 1.432 casos notificados para el 2010, 957 personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo; 227, al subsidiado; 13, al régimen de excepción; 42, al especial, y 191 al momento del diagnóstico no tenían afiliación al SGSSS⁸. Por sexo, del total de casos notificados durante el 2010, 1.165 corresponde a hombres (83%) y 265, a mujeres (17%). Para la ciudad, la razón hombre mujer ha venido disminuyendo. En 1990 estuvo en 23,9 a 1; en el 2000 se encontraba en 4,1 a 1, y para el cierre de 2010 se encontró en 4,7 a 1. Este indicador muestra cómo la epidemia ha venido afectando a la población de mujeres, lo cual evidencia la necesidad de adelantar acciones dirigidas

⁸ Es importante tener en cuenta que los porcentajes no reflejan de forma real la distribución de los casos según el aseguramiento, pues se debe hacer el ajuste por el número de personas afiliadas a cada régimen, lo cual cambiará la distribución. Especialmente en el contributivo, al tener la mayoría de la población en el Distrito Capital.

a esta población para evitar que la epidemia se generalice en la ciudad.

Por etapa de ciclo vital, durante el 2010 se presentaron 13 casos en el ciclo de infancia; 393 casos en el ciclo de juventud; 978 en ciclo de adultez, y 46 casos en el ciclo de vejez. Para 2010, los grupos más afectados en la ciudad fueron personas de edades comprendidas entre los 25 a 29 años, con el 20% de la notificación, y entre los 30 a 34 años, con el 18,5%. Entre los 20 y los 49 años se agrupa el 85,9% de los casos. Estos datos muestran un comportamiento similar al país, el cual indica que en Bogotá también se afecta en mayor medida la población más productiva social y económicamente.

La principal vía de transmisión en la ciudad es la sexual, con el 94,3% de las infecciones; se reportó que la mayoría se han dado a través de prácticas heterosexuales. Es pertinente resaltar que dado el estigma que recae sobre otras orientaciones sexuales, se puede estar sobrestimando la transmisión heterosexual. Durante el 2010 se observa un aumento en los casos de transmisión perinatal, los cuales se relacionan con acciones de asistencia técnica a programas especializados en VIH que han permitido la notificación de menores que nunca habían sido notificados. Para 2010 se presentaron dos casos nuevos de transmisión perinatal pertenecientes al régimen subsidiado.

En el 2010 aumentó en 12% el número de personas fallecidas por sida —con 379 defunciones— respecto al 2009, en el que fallecieron 337 personas. Al hacer el análisis por grupos etarios, el grupo más afectado son los adultos jóvenes de 30 a 34 años, con el 17,8%, y se encuentra casi el 50% de casos entre los 25 y 39 años de edad. Este comportamiento indica diagnósticos e inicio tardío del tratamiento, además de baja calidad en la atención de las PVVS. Al hacer el análisis histórico de la tendencia de la mortalidad por sida según el sexo, en los hombres ha disminuido permanentemente el número de casos, a diferencia de las mujeres, en quienes el comportamiento no muestra modificaciones. Esto puede estar indicando que, por diferentes razones sociales y de sistema de salud, las mujeres pueden estar teniendo menor acceso a la atención oportuna. Dicha situación también puede estar relacionada con las estructuras de género por las cuales las mujeres, aparte de su diagnóstico, deben sumar el cuidado y sostenimiento financiero del compañero y núcleo familiar.

El Laboratorio Centralizado de VIH (LCVIH) procesa las muestras de la población no asegurada de Bogotá atendida por el Fondo Financiero Distrital (FFD), que corresponde a la población más pobre y vulnerable de la ciudad. Como se ha mostrado en este documento, el VIH tiende a concentrarse en las poblaciones más vulnerables y afectadas por las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales en las que se sustenta la desigualdad. Los datos del LCVIH evidencian esta problemática, mostrando prevalencias superiores a las del país. Así, del total de muestras procesadas, 24.988, el 1,4% (345) tuvieron un resultado positivo, lo cual indicaría una prevalencia mayor a la estimada por el Observatorio

Nacional de VIH para el país, que es del 0,6%. La positividad en mujeres gestantes es del 0,2%, la cual también es mayor al estimado obtenido en el estudio centinela de 2009, que fue del 0,034%.

Cobertura de terapia antirretroviral

En el caso de Colombia, en la actualidad existe información discordante sobre la cobertura de terapia antirretroviral, las cifras actuales van desde el 38% (26-53%) (WHO, UNAIDS et al. 2008) hasta el 75% (Ministerio de la Protección Social and ONUSIDA 2008)⁹; en el caso del Distrito Capital, según la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, en 2008 la cobertura entre las PVVS atendidas por la red hospitalaria pública era del 46,7%; en 2009, del 66,2%; en 2010, del 90,4%, y en el primer semestre de 2011, del 91,7%; para las demás personas se cuenta con información parcial.

La cobertura de terapia antirretroviral en el país entre 2007 y 2010 ha oscilado entre el 72% (Ministerio de la Protección Social and ONUSIDA 2008) y el 80% (Ministerio de la protección Social 2012). La meta para el país es alcanzar una cobertura de terapia antirretroviral del 100%. Sin embargo, algunas investigaciones han reportado que la entrega del tratamiento a PVVS no se da de manera oportuna ni completa (Viveros and Abadía 2008; Abadía-Barrero and Oviedo 2009; Pinilla, Ariza et al. 2010), y si bien puede haber una cobertura entre el 70% y el 80% de TAR, este indicador no permite conocer cómo es el acceso real de las personas a los ARV.

Las respuestas ante la epidemia

La epidemia del VIH se ha caracterizado por un rápido progreso, tanto en el número de casos, como en avance científico y tecnológico para detenerla. Sin embargo, desde la década de los noventa habría empezado un periodo en el cual no existe un verdadero liderazgo a escala mundial y donde las respuestas nacionales e internacionales se han visto diezmadas y presentan dificultades de articulación. La inversión de recursos económicos para atender la epidemia ha disminuido, al igual que la movilización social, perdiéndose la noción del VIH como una enfermedad que afecta al mundo, para ser posicionada como una enfermedad que afecta solo a algunos, especialmente a los más pobres. Mann señalaba que estos cambios en la significación y en las respuestas mundiales y nacionales frente a la epidemia traían como consecuencia el aumento sostenido de la infección en todo el mundo (Mann 1994).

Frente a los enfoques desde los cuales ha sido abordado el VIH/sida, es importante mencionar que estos han cambiado a lo largo de la historia. Al comienzo de la epidemia, esta se concentró en el grupo de HSH, personas que usaban drogas inyectables y trabajadoras(es) sexuales. Estrada (2006)

⁹ La meta para el país es alcanzar una cobertura de terapia antirretroviral del 100%, la cual aún está lejos de ser alcanzada. Por otra parte, esta y otras investigaciones muestran cómo a pesar de la disponibilidad de ARV en el POS, las PVVS presentan dificultades para su acceso completo y oportuno. Esta situación será discutida en los resultados.

explica que el surgimiento de la epidemia implicó el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales, lo cual llevó a la intolerancia y marginación de las minorías sexuales, así como a la estigmatización de las identidades sexuales y prácticas eróticas diferentes al paradigma heterosexual.

En ese contexto, surge el abordaje desde los “grupos de riesgo”, haciendo un énfasis en la identificación de los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH. Desde esta perspectiva, la posibilidad de infectarse es responsabilidad de cada uno de los sujetos y, por tanto, las acciones para disminuir el impacto de la epidemia buscaron “reeducar” a la población para generar unas “sanas” prácticas sexuales en estos grupos¹⁰.

Posteriormente se empezaría a realizar un abordaje desde los comportamientos de riesgo. Desde esta perspectiva, el riesgo se relaciona con la pertenencia a contextos culturales específicos y se produce por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de las personas (Estrada 2006). Si bien desde este enfoque se considera que el riesgo es un elemento que interactúa con los contextos sociales y culturales, la disminución de la transmisión del VIH sería posible en la medida en que los sujetos cambien sus comportamientos riesgosos, y en este sentido, la responsabilidad de la infección nuevamente recae en las personas.

En la década de los años noventa, producto de la movilización social, especialmente de los grupos de HSH y del abordaje de la epidemia desde las ciencias sociales, se empezó a reconocer la influencia de los contextos en los cursos de la enfermedad. Si bien para esta década ya se sabía que el VIH/sida podía afectar a cualquier ser humano, las investigaciones empezaron a mostrar la relación de la enfermedad con los contextos sociales, económicos y políticos en los que viven y crecen las personas. De estas discusiones surgió la categoría de vulnerabilidad social.

Desde esta perspectiva se evidenció que la posibilidad de contraer la infección es el resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales, implicados con la mayor vulnerabilidad y la mayor o menor disponibilidad de recursos de protección contra la infección (Pinilla, Ariza et al. 2010). Así, se han dado avances en el reconocimiento de aquellos grupos más vulnerables: mujeres, niñas, niños, poblaciones con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual, personas en condición de prostitución y personas que viven en pobreza, hacia quienes se deberían orientar las estrategias preventivas.

En el abordaje de la epidemia también se ha buscado reconocer aquellas estructuras que producen la vulnerabilidad a la infección. Desde la antropología crítica, autores como Castro y Farmer han mostrado que la distribución

¹⁰ Desde esta perspectiva, se cree que las personas tienen dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad y sus emociones, se omite por tanto cómo las personas y sus vivencias se entrelazan e interactúan con las relaciones de poder, las cuales construyen y generan unas vivencias en torno al cuerpo, la sexualidad y las emociones. (Sevilla, 1999; Estrada, 2006).

del VIH/sida en el mundo no corresponde al azar, sino que se destaca en los grupos de población más afectados por las estructuras sociales de desigualdad (Castro and Farmer 2003); así, es necesaria entonces la revisión de los contextos políticos, económicos, sociales, culturales y emocionales vinculados con la infección para poder cambiar el curso de esta (Hourcade 1996; Abadía-Barrero 2004).

El surgimiento de los ARV ha cambiado el comportamiento de la epidemia en el mundo y especialmente para las PVVS, quienes han mejorado y aumentado sus expectativas de vida; sin embargo, al estar la salud inmersa en las políticas del mercado, las acciones estatales se enmarcan en las disposiciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y de los tratados de libre comercio, en los cuales se favorece a las farmacéuticas, al proteger las patentes y la propiedad intelectual, situación que aumenta los costos de los medicamentos y por tanto impacta de manera negativa a las comunidades que los requieren. Para los países pobres, los elevados costos de la terapia antirretroviral imposibilitan su acceso y/o favorece otro tipo de prácticas, como el tráfico y la venta de los medicamentos¹¹. Los ARV se han convertido en uno de los sectores que ofrecen más ganancias para las empresas farmacéuticas, y en el mercado cada vez se encuentran medicamentos más avanzados para el tratamiento, pero a un precio más alto. Por tanto, la forma como cada Estado negocia el derecho a la salud de sus ciudadanos en el mercado se convierte en un factor determinante en el acceso a los medicamentos antirretrovirales.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas que viven con VIH/sida que necesitan terapia antirretroviral (TAR) en Bogotá, teniendo en cuenta las transformaciones socioculturales ocasionadas por la privatización de los servicios de salud y la consolidación de una ideología de mercado alrededor del derecho a la salud.

Objetivos específicos

1. Establecer una línea de base de uso de la terapia antirretroviral en Bogotá.
2. Describir las características diferenciales en cobertura de TAR y la calidad de la atención según el nivel de aseguramiento del sistema.

11 En la investigación "Fase II de investigación sobre huérfanos y niños, niñas y adolescentes viviendo o conviviendo con VIH/sida NNA afectados por el VIH/sida en Colombia", durante el trabajo de campo adelantado en tres ciudades del país, algunos miembros de la sociedad civil y del personal de salud mencionaron cómo las personas, generalmente mujeres, venden sus medicamentos, debido a las difíciles condiciones económicas en las que viven, esta situación agrava sus condiciones de salud; sin embargo, muchas de ellas son cabeza de familia y prefieren dejar su salud en un segundo plano con tal de poder satisfacer medianamente las necesidades de su familia. Otra situación referenciada es la entrega de medicamentos vencidos o que no corresponden a los medicamentos indicados, esta situación evidencia irregularidades y un mercado oculto de los medicamentos en este país.

3. Analizar la calidad en la atención que reciben las personas viviendo con VIH a partir del contraste entre lo reportado por las personas y la revisión de las guías de manejo clínico institucionales, nacionales y mundiales.
4. Establecer los itinerarios burocráticos de la atención en VIH/sida en Bogotá.

Metodología

Esta investigación tuvo un diseño mixto (Tashakkori & Teddlie, 2003; Toro & Parra 2010), y en cuatro fases que se retroalimentaron entre sí y con la estrategia de triangulación, tanto de la fase cualitativa, como entre los componentes cuantitativos y cualitativos para garantizar la validez de la información (Maxwell, 1996; Tashakkori & Teddlie, 2003).

El presente estudio se desarrolló entre diciembre de 2009 y mayo de 2011. Inicialmente, la investigación se contemplaba para realizarse en un año; sin embargo, las demoras en la aprobación del protocolo por parte de los comités de ética e investigación de las diferentes instituciones de salud convocadas a participar retrasaron el cronograma de trabajo.

Fase I. Convocatoria a instituciones y PVVS, revisión de guías clínicas y elaboración de instrumentos de recolección de información

Respecto a la convocatoria a instituciones, consideramos necesario mencionar que algunas instituciones no respondieron en ningún momento la invitación a participar en el estudio (tabla 1). Se invitó a participar en el proyecto a hospitales, EPS e IPS que tuvieran programas de atención a PVVS; de igual manera, ONG, grupos de apoyo y asociaciones de usuarios de PVVS.

Tabla 1. Instituciones invitadas

Tipo de instituciones	Instituciones invitadas	No aceptaron	Aceptaron
Empresas sociales del Estado	4	0	4
Programas de atención especializados en VIH	7	3	4
ONG grupos de apoyo o grupos de usuarios	6	2	4
Empresas promotoras de salud	3	3	-

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la convocatoria de PVVS, se emplearon distintas estrategias, incluyendo: afiches y volantes con un número celular y correo electrónico de contacto, que se distribuyeron en bares, universidades e instituciones de salud. Esta información también se distribuyó utilizando el correo electrónico y las redes sociales. Con los medios de comunicación (emisoras radiales y de televisión) se divulgó la investigación y se invitó a la participación (anexo 2).

Para esta fase se revisó la *Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia, Colombia* (Programa de Apoyo a la Reforma en Salud 2006), y en el contexto internacional se revisaron la guía del Panel para Guías de Antirretrovirales

para Adultos y Adolescentes 2009 (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents 2009) y la guía de OPS del 2010, *Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes* (Organización Mundial de la Salud 2010). Utilizando una matriz en Excel, se desarrolló un proceso comparativo entre las tres guías, lo cual permitió identificar puntos de encuentro y desencuentro. Tomando como base la guía nacional, se diseñaron los instrumentos de recolección de información (encuesta, entrevistas a PVVS y personal de salud).

Previo al inicio del trabajo de campo, se llevó a cabo una capacitación que incluyó temas como: Sistema General de Seguridad Social en Salud, calidad de la atención en salud, red de atención, género y salud, conocimientos básicos VIH y uso del preservativo; evolución de la epidemia del VIH, guía de atención de la infección por VIH, diligenciamiento de encuestas. En este proceso se involucró a todo el equipo de investigación (asistentes de campo, encuestadores, asesores e investigadores), y tuvo los siguientes objetivos: 1. conocer ampliamente el proyecto; 2. unificar conocimientos y criterios para el trabajo de campo y la recolección de los datos. 3. reforzar elementos de rigurosidad en la aplicación de herramientas metodológicas.

Adicionalmente, experiencias previas trabajando con PVVS evidenciaron para el equipo investigativo la necesidad de tener elementos claros para brindar apoyo a las personas durante las entrevistas, acompañamientos y encuestas, por lo cual se decidió que todo el equipo fuese certificado en asesoría pre- y postest antes del inicio del trabajo de campo. Así mismo, se llevaron a cabo diferentes ejercicios de pilotaje de instrumentos para garantizar su eficiencia y aplicabilidad en campo.

Fase II. Experiencias de la atención en VIH por régimen de salud en Bogotá (fase cualitativa)

En esta fase se utilizó un muestreo teórico (Miles and Huberman 1994), el cual no pretendió ser representativo respecto al tamaño de la población, sino que incluyó a personas de distintos sexos, programas, regímenes de aseguramiento y experiencias de calidad en la atención, ya que estuvo orientado a identificar experiencias representativas de la diversidad de posibles relaciones entre las PVVS y el sistema de salud, en cuanto a acceso a TAR y calidad de la atención.

Atendiendo lo anterior, se utilizaron tres instrumentos de recolección de información. En un primer momento, para dar respuesta al objetivo 2 (“Describir las características diferenciales en cobertura de TAR y la calidad de atención según nivel de aseguramiento al sistema”) se diseñaron dos entrevistas semiestructuradas, una dirigida a PVVS y otra a profesionales de la salud que trabajaran en programas de atención a PVVS (anexos 3 y 4; tabla 2).

Los criterios de inclusión y exclusión establecidos para las entrevistas fueron los siguientes:

PVVS

Criterios de inclusión:

- Personas con 18 años o más.
- Personas que viven con VIH.
- Personas que mediante firma de consentimiento informado accedan a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Mujeres gestantes.
- Personas que son atendidas para VIH en instituciones fuera de la ciudad.

EN PROFESIONALES DE SALUD

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Profesionales que trabajen en los programas de atención a PVVS.
- Personas que mediante firma de consentimiento informado accedan a participar de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Personas que no accedan a participar en la investigación.

Tabla 2. Población viviendo con VIH entrevistada

Régimen	Hombres	Mujeres	Total
Contributivo	3	3	6
Subsidiado	4	2	6
Excepción	2	3	5
Vinculado	2	1	3
Total	11	9	20

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las entrevistas a profesionales de la salud se hicieron entrevistas a diez médicos generales, dos psicólogas, un infectólogo, dos enfermeras jefes, una nutricionista, un profesional de cumplimiento (TEC) y un químico farmacéutico. Estos profesionales, provenientes de diversas instituciones que atienden diferentes regímenes de afiliación, son en conjunto los que conforman el equipo de atención integral para VIH.

Para el objetivo 4 (“Establecer los itinerarios burocráticos de la atención en VIH/sida”) se construyó una herramienta metodológica de acompañamiento (anexo 5), considerada una innovación por el equipo investigador, ya que permitió establecer las rutas e itinerarios que deben seguir las personas para acceder a los programas de atención en VIH, el tratamiento, y lo que sucede con la vida de las personas durante ese tránsito. Los datos recolectados con esta herramienta fueron analizados con el apoyo de un geógrafo, lo que permitió enriquecer la información, la triangulación respectiva y la investigación en general.

Los acompañamientos se hicieron a ocho personas con diagnóstico reciente, siete de ellas provenían del proyecto de canalización de donantes reactivos de bancos de sangre de

la Secretaría Distrital de Salud, y uno de ellos que conoció el estudio y acudió al proyecto. En principio se había establecido realizar dos acompañamientos por régimen de aseguramiento (contributivo, subsidiado y de excepción) y dos para vinculados; sin embargo, no fue posible acceder a las personas del régimen de excepción. De igual manera, dos de las personas vinculadas empezaron a hacer el tránsito hacia el régimen subsidiado. Como se ve en la tabla 3, el total de personas finalmente acompañadas fue de seis. La totalidad de las personas pertenecían al sexo masculino, pues no fue posible contactar mujeres. Los criterios de inclusión y exclusión de los acompañamientos fueron los mismos utilizados para las entrevistas.

Tabla 3. Población acompañada

Régimen	Número de personas por régimen propuesto	Número de personas acompañadas
Contributivo	2	2
Subsidiado	2	1
Excepción	2	0
Vinculado	2	3
Total	8	6

Fuente: elaboración propia.

Fase III. Encuesta línea de base cobertura TAR y calidad de la atención en VIH/sida Bogotá

Esta fase consistió en un diseño analítico de corte transversal para evaluar el acceso a terapia antirretroviral y la calidad de atención a las personas viviendo con VIH atendidas en el Distrito Capital.

Para el diseño de la encuesta se tuvo en cuenta la información obtenida en la revisión de guías. Este instrumento se dividió en cinco apartados (datos sociodemográficos, prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo para el tratamiento). Se hizo un diseño inicial que fue revisado por el equipo investigador y un infectólogo para garantizar la validez de contenido. Adicionalmente, la encuesta fue pilotada con cinco PVVS, lo que permitió hacer ajustes finales. Estas cinco personas no hicieron parte de la muestra final.

La muestra fue representativa del total de las personas que viven con VIH en el Distrito Capital. Se tomó la prevalencia estimada para Bogotá en el estudio nacional realizado en 2004 (0,71% en población general), lo cual arrojó una población viviendo con VIH estimada de 51.543 personas. Para definir la distribución según los diferentes regímenes de afiliación, se tomaron los promedios de notificación al SIVIGILA del Distrito Capital para 2006 al 2008; se obtuvo un tamaño de muestra de 622 individuos, con una confianza del 95% y un margen de error del 5%. La fórmula utilizada para hacer el cálculo del tamaño de muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{z^2 \sigma^2 N}{(N - 1)\epsilon^2 + z^2 \sigma^2}$$

El tamaño de muestra de acuerdo con el régimen de aseguramiento se expone en la tabla 4.

Tabla 4. Población viviendo con VIH encuestada

Tipo de aseguramiento	Tamaño de muestra	Población encuestada (n)
Vinculado/no afiliado	169	169
Subsidiado	119	120
Contributivo	259	259
Excepción	75	74
Total	622	622

Fuente: elaboración propia.

Fase IV. Análisis de datos

El análisis de los datos cualitativos se llevó a cabo usando como insumo las transcripciones de las entrevistas y teniendo presente, en una primera instancia, las categorías establecidas en un ejercicio previo de estructuración de la observación (anexo 6). En un segundo momento, cada entrevista fue analizada por dos investigadores, buscando identificar categorías emergentes. Posteriormente, en un trabajo colectivo se consolidó una matriz categorial (anexo 7), con la cual se hizo una prueba piloto de codificación en el programa NVivo 8. A partir de este proceso, se realizó una nueva depuración de categorías para facilitar la codificación (anexo 8). En un tercer momento, se dividió al equipo de investigación en subgrupos y cada uno de ellos realizó un análisis posterior utilizando los atributos de calidad como categorías transversales; para la sistematización de dicho análisis se diseñó una matriz adicional (anexo 9).

La triangulación de la información se llevó a cabo en diferentes momentos, a medida que se avanzaba en la codificación; para tal fin se realizaron diferentes sesiones de trabajo en equipo, en las que los investigadores presentaban sus avances analíticos, apreciaciones, problemáticas identificadas, permitiendo un proceso de retroalimentación en cada una de las categorías. La información recabada en los acompañamientos fue analizada de manera similar a las entrevistas; en este caso, el insumo lo constituyeron los diarios de campo y las narraciones de las vivencias, tanto de las PVVS como de sus acompañantes.

Con apoyo de un profesional en estadística, se hizo el análisis de datos cuantitativos, en el cual se incluyó la totalidad de los 622 registros. Se hizo un primer análisis descriptivo tomando en cuenta los cinco grandes bloques de la encuesta (datos sociodemográficos, prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo para el tratamiento). Se exploró la existencia de asociación entre las variables categóricas de desenlace y las variables explicatorias, por medio de la prueba χ^2 para las variables que cumplieron el supuesto de aplicabilidad, el cual dice que no más del 50% de las celdas pueden contener valores esperados inferiores a 5; en los casos en que este criterio no se cumplió, se utilizó la prueba exacta de Fisher. En ambos casos, la hipótesis nula H_0 corresponde a que no hay asociación entre las variables.

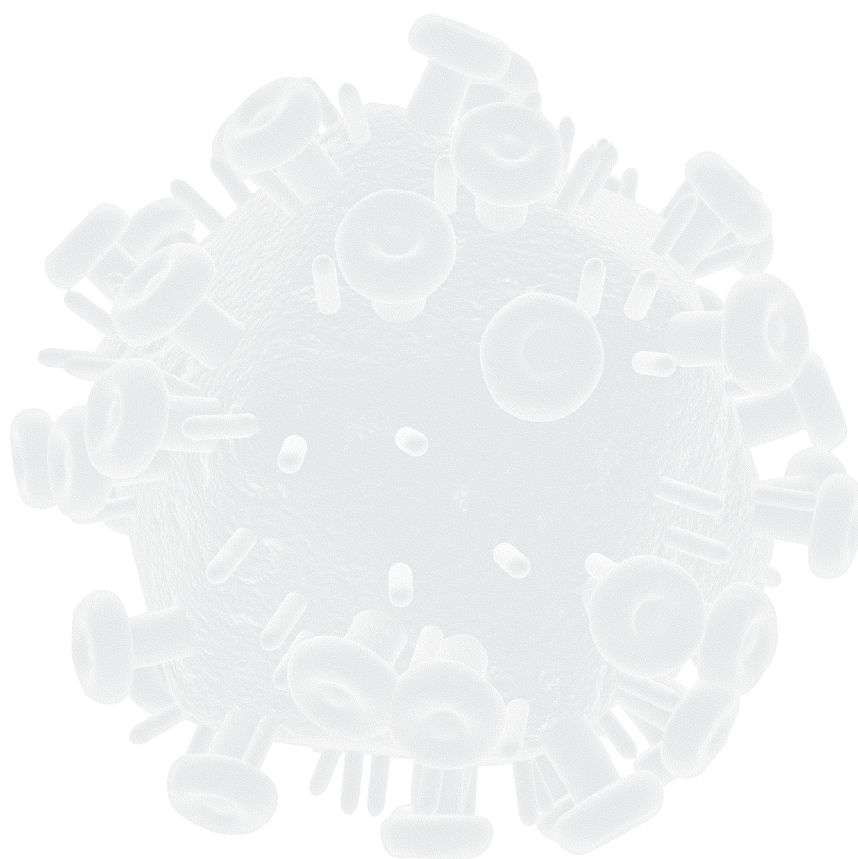
Cuando la variable dependiente era de naturaleza categórica y la independiente de naturaleza numérica, se verificó el supuesto de normalidad, con el fin de establecer si la existencia de asociación debía indagarse mediante pruebas

paramétricas o no paramétricas. El supuesto de normalidad se estableció a partir del valor de significancia de la prueba Kolmogorov-Smirnov; en los casos en que la prueba fue menor de 0,05 se usaron pruebas no paramétricas, como ANOVA de Kruskal Wallis o U. de Mann Whitney. Cuando la significancia del test de Kolmogorov-Smirnov fue mayor de 0,05 se aplicó la prueba t de Student o ANOVA.

Se calcularon los OR crudos a partir de un modelo de regresión logística; adicionalmente, se calcularon los OR ajustados en un modelo de regresión, incluyendo todas las variables. Para las variables categóricas se construyeron variables *dummies*. Estos análisis no reportaron diferencias estadísticamente significativas, por lo cual no fueron incluidos en los resultados.

Con base en los análisis preliminares, se escogieron las siguientes variables de desenlace:

1. Recibió información para la prevención antes del diagnóstico.
2. Recibió asesoría pre- y pos-.
3. Tiempo transcurrido entre la confirmación del diagnóstico y la primera cita.
4. Está tomando terapia antirretroviral.
5. Tiempo entre la formulación del tratamiento antirretroviral y la entrega de los medicamentos.
6. Ha necesitado instaurar alguna acción judicial.
7. Calificación general de la atención del VIH.



Resultados

BREVE HISTORIA DE JUAN (RÉGIMEN SUBSIDIADO)

Juan tiene 45 años, vivió en el Departamento de Caldas hasta los 25 años y luego vino a Bogotá. Nació con una discapacidad visual parcial que empeoró durante sus primeros años de vida. En la adultez, se sometió a un procedimiento quirúrgico que se suponía le iba a ayudar a mejorar, pero este no se realizó adecuadamente; y tampoco pudo guardar el reposo suficiente, pues debía trabajar para subsistir. Como su situación paulatinamente empezó a empeorar, consultó al servicio de salud, pero no le prestaron la debida atención. Con toda esta situación, finalmente su discapacidad se tornó severa.

Decidió, entonces, migrar a Bogotá, debido a que la situación laboral donde vivía era difícil, mucho más para alguien con su discapacidad, y por las pocas oportunidades para acceder a una rehabilitación efectiva. A su llegada a Bogotá, consiguió un trabajo informal e ingresó a un centro de rehabilitación que le permitió adquirir habilidades para adaptarse con su discapacidad; sin embargo, sus posibilidades laborales se restringieron a la informalidad. Desde hace más de 15 años viene trabajando en los buses urbanos entre nueve de la mañana y tres de la tarde, haciendo siempre el mismo recorrido, para ganarse el sustento diario, que tan solo llega a los \$10.000.

Juan tiene una hija de 13 años, asumió su crianza sin ayuda de la mamá. Gracias a unos pocos ahorros y a un subsidio logró comprar un lote en los suburbios de la ciudad, el cual posteriormente consiguió vender, para luego adquirir una vivienda de interés social en un barrio que él mismo cataloga como peligroso. Esta última adquisición consiguió pagarla hace un par de años.

Podría decirse que la subsistencia de Juan depende en gran parte de las medidas asistencialistas del Estado colombiano, ya que él y su hija reciben un subsidio alimenticio mensual, que proviene de la Secretaría de Integración Social de Bogotá, el ICBF y Acción Social, y otro que recibe su hija por ser estudiante. Para acceder a estas ayudas, Juan y su hija deben recorrer cada mes, durante dos horas y media, un camino muy pendiente, hasta llegar al centro operativo local (COL)¹², el cual está ubicado cerca al lote que antes era de su propiedad. Cuando Juan hace este proceso solo, debido a su incapacidad le resulta bastante difícil transportar la bolsa del mercado que recibe (verduras y perecederos, azúcar, sal, granos, panela, chocolate, pasta y huevos).

En enero de 2010, Juan decidió participar en una campaña de donación de sangre, seis meses después recibió una llamada de la Secretaría Distrital de Salud, en la cual

¹² Actualmente, secretarías de integración local (SIL).

le pidieron que se acercara para hablar con él; en esa cita le entregaron un diagnóstico positivo para VIH, y aunque le hicieron una asesoría sobre el tema, él quedó con muchas dudas. Adicionalmente, le entregaron una carta dirigida a la EPS, y el diagnóstico confirmado para que iniciara su proceso de atención. Como Juan pertenece al régimen subsidiado, se acercó inicialmente al centro de atención que le corresponde —un hospital público—, donde le ordenaron exámenes para otras patologías: citomegalovirus y toxoplasmosis. Sin embargo, le dijeron que no se los podían realizar, debido a que el contrato de la EPS con el hospital no incluía dichos servicios.

Por su parte, la EPS lo remitió a una clínica ubicada en el centro de la ciudad para que ingresara al programa de VIH, pero le argumentaron que el convenio con esa entidad había terminado. Por esta razón, fue remitido a una IPS en el norte de la ciudad. Sin embargo, cuando llegó a la nueva institución, no pudo realizarse los exámenes que le habían ordenado, porque la EPS no tenía contrato con su laboratorio de referencia, así que tuvo que regresar nuevamente a la EPS para que lo remitieran a otra institución. El nuevo laboratorio asignado está ubicado al occidente de la ciudad.

Al día siguiente, Juan llegó al laboratorio en ayunas para hacerse los exámenes, pero le dijeron que solo podían practicarle uno de ellos, porque el otro no estaba autorizado, así que tuvo que regresar ese mismo día a su EPS, donde “pidió el favor” de que le autorizaran los dos exámenes en un solo lugar, para no aumentar los recorridos posteriores para recoger los resultados. Sin embargo, la EPS se demoró mucho en autorizarlos y finalmente lo remitió a un solo lugar, ubicado a las afueras de la ciudad.

Al siguiente día, después de un recorrido que le tomó más de dos horas, Juan llegó al sitio indicado, donde finalmente le hicieron los exámenes; le pidieron regresar ocho días después por los resultados. A la siguiente semana se acercó al laboratorio, pero le dijeron que solo podían entregarle uno, pues debían repetir el otro, así que le tomaron nuevamente la muestra y le indicaron que regresara cinco días después. Juan insistió en que le era muy complicado desplazarse debido a su discapacidad, y finalmente aceptaron enviarle los resultados vía fax. Sus diagnósticos fueron negativos.

Durante estos recorridos de negaciones y retrasos reiterados, Juan continuó ansioso por su diagnóstico y sobre todo agobiado por la gran incertidumbre frente a su nueva condición de salud, a tal punto que pensó en enviar a su hija con la mamá y suicidarse.

Más adelante, decidió llamar a Felipe, uno de sus amigos que vive fuera de la ciudad, y le contó su diagnóstico. Su sorpresa fue grande cuando Felipe le confesó que él también vive con VIH y le explicó de una manera más clara todo lo

relacionado con la enfermedad, esto le dio mayor tranquilidad: “Si no es por mi amigo que me explicó y me dijo que yo podía seguir viviendo si tenía tratamiento, yo en serio me quito la vida”.

Finalmente, Juan empezó a asistir al programa de VIH en la IPS del norte. Llegar allí desde su casa le toma cerca de dos horas en la ruta más fácil de Transmilenio, debido a que debe tomar un bus alimentador y hacer transbordos en el recorrido. Como allí no puede trabajar, en algunos casos prefiere irse en buseta, y aunque le toma más tiempo, le permite trabajar en ese transporte y ganar algo de dinero para sufragar los gastos del día.

Juan asiste a sus citas mensualmente; sin embargo, para sus exámenes de rutina debe ir a otro lugar, aún más al norte, al que le es imposible asistir el mismo día de las citas del programa. Todavía no tiene indicación de terapia antirretroviral, pero como también tiene hipertensión arterial y gastritis, el médico le ordenó los medicamentos para estas situaciones. Para reclamar dichos medicamentos debe ir, desde el programa, después de la consulta, a una farmacia ubicada cerca de la calle 72, lo cual le implica tomar nuevamente el Transmilenio, caminar algunas cuadras y hacer una fila que le toma entre diez y quince minutos. Ante esta inversión de tiempo, Juan prefiere comprar el medicamento, por el que paga mil pesos cada cápsula, en una farmacia del barrio, pues expresa que ir por estos insumos le resulta más caro, más demorado y más dispendioso.

En repetidas ocasiones Juan le ha pedido a su EPS que le cambie el lugar de atención por uno más cercano a su casa, pero nunca ha recibido una respuesta.

CRISTÓBAL (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)

Cristóbal cumplió 27 años durante el proceso de acompañamiento del proyecto. Este barranquillero vivió unos años en La Guajira antes de venir a Bogotá. Como muchos recién llegados con pocos recursos, arribó a un barrio estrato 2, casi en la periferia. Logró entrar a una institución de educación técnica y ser apoyado con la mitad de un salario mínimo y afiliación a salud, con el requisito de dedicarse exclusivamente a estudiar. Pero Cristóbal tenía que pagar arriendo, servicios, alimentación, transportes, libros y aquello que se necesita para vivir; entonces, no tuvo opción, tenía que trabajar en lo que pudiera, su trabajo más usual fue el de bailarín, no solo por la conveniencia de horarios, sino porque lo disfruta.

En noviembre de 2009 donó sangre, y a comienzos de 2010 recibió una llamada en la que le dijeron que se acercara a la Secretaría de Salud para hablar sobre uno de los exámenes que le hicieron a la sangre. Una vez en la Secretaría, le prestaron una asesoría, donde le revelaron que tenía un diagnóstico positivo para VIH y que debía ir a su EPS para ingresar al programa respectivo. Sin embargo, él llevaba solo quince días de afiliación, y recordaba que le dijeron que durante los primeros tres meses solo lo atenderían por urgencias; en este momento no estaba muy seguro sobre si

el diagnóstico realizado por el banco de sangre podía ser considerado como una urgencia. Fue por esta época que el proyecto inició los acompañamientos y Cristóbal accedió a participar, y nos pidió que le ayudáramos, porque no sabía qué hacer. Para aclarar si un diagnóstico de VIH podía ser considerado una urgencia, pero principalmente para entender qué se debía hacer para empezar rápidamente con sus citas, exámenes y tratamiento, pedimos apoyo a Salud al Derecho (una ONG que, entre otros temas, se encarga de dar asesoría gratuita a personas que encuentran en dificultades para acceder al sistema de salud), donde nos informaron que las EPS, independientemente del tiempo de cotización, deben iniciar la atención integral a las personas con diagnóstico positivo para VIH, de lo contrario estarían vulnerando su derecho a la salud.

Ya en mayo de 2010 y con la asesoría de Salud al Derecho, acompañamos a Cristóbal a la EPS, donde inmediatamente le realizaron una prueba de VIH. En las dos horas de espera del resultado, Cristóbal, de manera tranquila y abierta, nos contó sobre su vida. Elucubrando sobre el porqué de un resultado positivo para VIH, hacía énfasis en la experiencia con cada una de sus parejas; en la medida en que las relaciones se hacían más duraderas, el uso del condón se dejaba de lado y preferían usar solamente métodos anticonceptivos, tipo pastillas o inyecciones. Él prefería y pagaba las inyecciones, por ser de una dosis única. Del condón nos dice profundamente convencido: “El condón resta intimidad, incluso a ellas no les gusta”. En este momento pensaba constantemente en su exnovia y no sabía qué hacer... “Bueno y si resultado positivo, ¿qué le voy a decir?, además es muy raro, porque ella se hizo la prueba en noviembre y salió negativa”. En sus reflexiones se preguntaba si podría tener hijos y también nos preguntó si tendríamos una pareja que viviera con VIH.

Fuimos a recoger el resultado y con asombro leímos “no reactivo”. A pesar de las “miles” de preguntas que surgieron —¿ya no habría que decir nada? ¿Qué pasó con la otra prueba? ¿Alguien está equivocado? ¿En cuál prueba creer, la del laboratorio o la de la EPS?—, no hubo mayores explicaciones, solo la orden para una nueva prueba ocho días después. A pesar del miedo y la incertidumbre, Cristóbal decidió volver a practicarse la prueba veinte días después, y en la EPS posteriormente le entregaron un resultado confirmatorio para el VIH. Sin embargo, Cristóbal se pregunta ¿no será que se equivocaron otra vez?

Después de varias semanas, Cristóbal buscó la forma de entrar al programa para VIH de la EPS, de ahora en adelante deberá asistir mínimo una vez al mes a sus controles. Las citas se pueden pedir vía telefónica, aunque casi nunca contestan, por lo que se ve forzado a asistir personalmente para solicitarlas. Una vez accede a la cita, le recomiendan que llegue 30 minutos antes, aunque a veces debe esperar más tiempo. Dependiendo de las órdenes médicas, Cristóbal encuentra muy dispendioso hacer que le autoricen los medicamentos o los exámenes, para así poder reclamarlos o iniciar un nuevo recorrido para ir a la cita en el laboratorio

y regresar días después a reclamar los resultados. Además de esto, los exámenes de laboratorio no se los practican en el mismo sitio, sino que debe realizar unos cerca al centro y otros al norte de la ciudad.

Cristóbal también nos compartió que se ha empezado a sentir molesto con ciertos prejuicios o apreciaciones morales que tiene el personal de la salud que le atiende. En dos citas, el psicólogo trató de convencerlo de que el VIH es una epidemia del mundo homosexual y que él tenía que empezar por aceptar eso, aun cuando Cristóbal le insistía en que él era heterosexual. Durante los acompañamientos, Cristóbal también empezó a sentir que la atención que le presta tanto la institución, como su personal de salud es mediocre y que no había claridad ni precisión en la información básica de VIH, sobre el porqué y para qué de los medicamentos, los exámenes y el momento para realizarlos. A lo anterior se suma la imposibilidad de poder crear una relación entre paciente y médico, debido a que varios de los profesionales que lo atendieron fueron rotados, por lo cual en cada cita debe relatar una y otra vez su historia a cada persona nueva que lo atiende y volver a enfrentar prejuicios o apreciaciones.

JAVIER: ESTAR “VINCULADO”

Javier nació en el Chocó, estudió su bachillerato y algunos semestres de Administración de Empresas en Pereira. Ya en Bogotá, ha hecho algunos cursos de actuación, y en sus ratos libres actúa con amigos en obras de teatro, pues le gusta mucho el arte dramático. Alterna su trabajo como asistente de supermercado con el de modelo “afro” de ropa interior y de catálogos de ropa para empresas. Vive en casa de una familia que conoció en Pereira, a quienes les paga \$210.000 de arriendo por la habitación y el lavado de ropa. Él mismo se prepara su comida para que le salga más económico. Javier nos contó que sus gastos mensuales llegan a \$550.000 y se gana en promedio \$700.000 pesos. Por ahora no tiene pareja ni quiere tenerla.

En abril de 2010 lo llamaron de la SDS, le dijeron que debía acercarse, pues uno de los exámenes que le hicieron a la sangre que había donado un par de meses atrás había salido mal. Cuando llegó a la cita le hicieron una asesoría y le dijeron que tenía un diagnóstico positivo para VIH. Como Javier no tiene aseguramiento, en la SDS le entregaron el diagnóstico confirmado y una carta que lo remitía al hospital público más cercano a su casa, donde le indicarían el procedimiento por seguir. Muy angustiado, Javier acudió rápidamente al hospital, allí le hicieron nuevamente una asesoría, le entregaron una remisión a otro hospital público, donde sí había programa para VIH, también le dieron el nombre de la persona a la que debía buscar y los horarios de atención. Javier comenta que la asesoría que recibió en el hospital lo tranquilizó y que ya tenía conocimientos sobre el virus.

En mayo de 2010 lo acompañamos a su primera cita en el hospital de tercer nivel. Tuvimos que caminar diez minutos desde la casa hasta la estación de Transmilenio, esperamos

quince minutos para abordar la ruta que nos servía, cuyo recorrido nos tomó otros treinta minutos, después tomamos un alimentador y tardamos más o menos quince minutos en llegar al hospital; esta es la misma ruta que debe hacer Javier cada mes para asistir a sus citas.

Cuando llegamos al consultorio de la enfermera jefe, de manera agradable le dio toda la información relacionada con el funcionamiento del programa y los trámites que debía hacer para tener acceso a la atención, le explicó los procedimientos para solicitar y acudir a las citas, al igual que para reclamar medicamentos, en caso de que los necesitara. Para finalizar, le entregó la orden para que se hiciera los exámenes de laboratorio de rutina (carga viral, CD4, toxoplasmosis, hepatitis, sífilis, tuberculosis, cuadro hemático), y le dio también una orden para pedir cita con el infectólogo. Al salir de allí, Javier comentó que la cita fue buena y que tiene que esperar a que salgan los resultados de los exámenes, le pareció importante que le hubiesen explicado en detalle los procedimientos relacionados con trámites y papeleo, pues así podrá coordinar sus tiempos de trabajo y las citas sin que se crucen (usualmente Javier trabaja entre tres de la tarde y las diez de la noche).

Al siguiente día lo acompañamos al laboratorio para los exámenes, en esta ocasión tuvimos que llegar a las 6:00 a. m. para poder alcanzar un turno para que le tomaran los exámenes esa misma mañana. Esperamos diez minutos para que lo atendieran; la auxiliar que le tomó las muestras, le puso un sello a la orden médica y le indicó que debía recoger los resultados personalmente ocho días hábiles después, presentando la orden con el sello y el papel que le dieron en facturación cuando pidió el turno. Al salir, hicimos la fila y los trámites para pedir la cita de infectología; esto nos tomó cuarenta minutos, y aun cuando Javier sabía que no tendría los resultados de los exámenes, pidió la cita para dentro de tres días, pues siguiendo las instrucciones de la jefe, quería que lo asesoraran mejor y abrir su historia clínica en infectología.

En la cita con la infectóloga, ella le abrió la historia clínica, le hizo un chequeo general y rápidamente le explicó cómo funciona el virus; también, que dependiendo de los resultados de los exámenes y su estado general de salud se decidiría el manejo clínico que le daría a su caso. Ella le dijo que los resultados de los exámenes pueden tardar más del tiempo que el que le dijeron en el laboratorio, pero que debe reclamarlos y traerlos a la próxima cita. En opinión de Javier, hasta que no tenga los resultados de los exámenes no puede saber cómo está y esto le genera algo de intranquilidad.

Fuimos a pedir la nueva cita con infectología. Tuvimos que hacer una fila durante diez minutos para pedir un turno, luego esperamos una hora a que lo llamaran para programarle la cita; mientras tanto, él sacó las fotocopias de su cédula y carta de vinculado (requisitos de la ESE para solicitar la cita). Finalmente, la cita fue programada para 21 días después.

El mismo día de la nueva cita, llegamos una hora antes para reclamar los resultados de los laboratorios. La consulta con la infectóloga inició puntualmente, ella revisó los resultados y le explicó que los CD4 estaban bajitos, por lo que debía iniciar terapia antirretroviral. Posteriormente, la doctora le dio una corta asesoría sobre la interpretación de los resultados de laboratorio, la cual Javier no entendió del todo bien. Adicionalmente la doctora le confirmó que no había ninguna infección oportunista ni concomitantes. Le indicó los procesos administrativos para reclamar los medicamentos. Después de una hora de espera, Javier reclamó los medicamentos en la farmacia, donde le exigieron una nueva fotocopia de la cédula y firmar en facturación la orden para que le entregaran los medicamentos. Seguido a esto, hicimos una nueva fila de diez minutos para pedir un turno, con el cual pidió una futura cita médica y odontológica.

Seis días después fuimos a la cita de odontología, llegamos a la hora indicada, pero tuvimos que esperar una hora y media a que nos atendieran, la razón que le dieron por la espera fue que había un solo odontólogo. Una vez en la consulta, llenaron la historia clínica y el odontólogo determinó que tenía muy buena salud oral, por lo que no necesitaba tratamiento en su boca.

Durante algún tiempo perdimos contacto con Javier, pero cuando nos volvimos a encontrar, dos meses después, los resultados de los nuevos exámenes habían mejorado respecto a los anteriores; según la infectóloga, los CD4 habían subido, no obstante ella le advirtió que debía subirlos más. Siete meses después, sus CD4 ya se encontraban en 500.

Como ya conoce todos los procedimientos, Javier planea sus tiempos en función de las citas del programa. Adicionalmente, nos contó que aparte de las filas y la espera no ha tenido ningún problema para reclamar sus medicamentos.

Con las historias de Juan, Cristóbal y Javier, quisimos iniciar la sección de resultados aproximando a los lectores a las cotidianidades de la vida de PVVS en su tránsito por el sistema de salud, desde los momentos del diagnóstico hasta su entrada en los programas de atención. Estas historias fueron recopiladas en el proceso de acompañamiento. A continuación, presentaremos el conjunto de datos cuantitativos y cualitativos, pero queremos que los lectores tengan siempre en mente las historias de estas personas para conectar los distintos datos y análisis con estas vivencias del VIH en la capital del país.

En lo que sigue de la sección de resultados, presentamos un breve resumen sobre lo que plantean las guías internacionales y nacionales sobre “el deber ser” de la atención integral en VIH desde el punto de vista clínico, luego hacemos la descripción sociodemográfica de la población encuestada y posteriormente mostramos de forma integrada el resultado de la comparación entre las guías de manejo nacional e internacionales, los datos cuantitativos (encuesta) y cualitativos (entrevistas a PVVS y profesionales de la salud y acompañamientos) en tres grandes apartados: prevención, diagnóstico y tratamiento. Al final de cada apartado se

presenta un análisis general de la sección, tomando como base los atributos de calidad planteados por el SOGCS (acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad).

De las guías

La guía de la OMS plantea que el tratamiento para VIH debe ser integral; en ese sentido, se debe establecer un paquete completo de atención y adicionalmente debe haber un equipo multidisciplinario que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas infectadas, prevenir enfermedades relacionadas y reducir la transmisión del VIH (Organización Mundial de la Salud 2010). En ese orden de ideas y de acuerdo con la *Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia, Colombia*, el programa en nuestro país debe incluir prevención primaria y secundaria, diagnóstico temprano, definición y aplicación de protocolos de tratamiento, que permitan frenar la transición del VIH al sida y disminuir los costos de hospitalización, complicaciones, incapacidad y mortalidad.

De las tres guías revisadas, tan solo la de Colombia hace un recorrido especificando las recomendaciones para cada una de las etapas de la atención en VIH, las otras (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents 2009 ; Organización Mundial de la Salud 2010)¹³, por ser específicas para tratamiento antirretroviral, hacen mayor énfasis en todo lo relacionado con los medicamentos; sin embargo, aparecen pequeños apartados en los que se abordan los otros elementos (prevención, diagnóstico y tratamiento integral). Las tres guías provienen de instituciones distintas y por tanto el enfoque que se plantea en las recomendaciones es diferente. La del Panel para el 2009 es norteamericana, y por tanto su presentación está más centrada en el uso de todos los adelantos científicos, tecnológicos y farmacéuticos para el tratamiento. Por su parte, la versión 2010 de la OMS tiene un enfoque desde la salud pública, por lo que se presentan recomendaciones que permiten tener mayor cobertura entre los países.

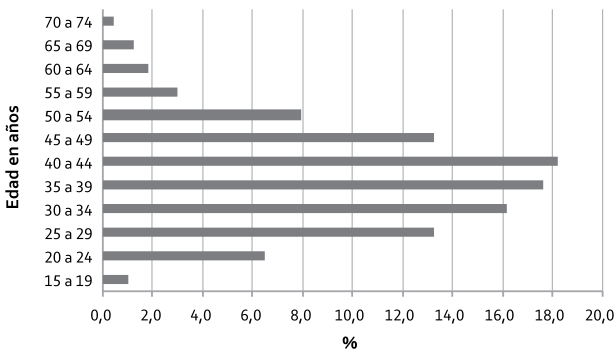
La guía nacional fue elaborada en el 2006 y adoptada en todo el país mediante la Resolución 3442 del mismo año (Ministerio de Salud 2000), y aun cuando la normatividad dice que debe actualizarse cada dos años, sigue vigente sin modificaciones. Por esta razón, se encuentran algunas diferencias importantes respecto a las recomendaciones de las guías internacionales más actualizadas, especialmente en lo que tiene que ver con la terapia antirretroviral. Esta fue diseñada y ajustada al actual sistema de salud, por lo que su enfoque está muy mediado por la costo-efectividad de los procedimientos.

¹³ Con el objeto de evitar el uso repetido de la referencia bibliográfica, de aquí en adelante cada vez que se haga mención a la guía nacional, se está haciendo referencia a la referencia a la “Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia, Colombia” (Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 2006). Las guías internacionales corresponden a la de la OPS, “Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública” (Organización Panamericana de la Salud, 2010) y a la guía norteamericana del Panel en Guías para Adultos y Adolescentes (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2009).

Descripción poblacional

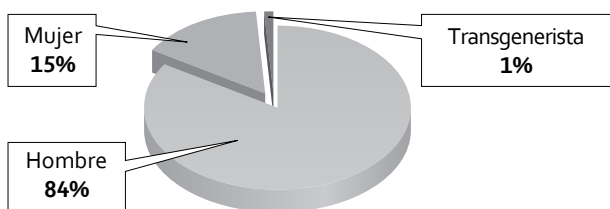
En concordancia con el panorama de la epidemia por VIH en la ciudad, al hacer el análisis según la distribución por edad se encontró que el 85,9% de los casos corresponden a personas entre los 15 a 49 años, dentro de este rango el grupo que presenta más participantes es el de 40 a 44 años, con el 18,3% (figuras 1 y 2).

Figura 1. Distribución según grupos quinquenales de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Distribución según identidad de género de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011

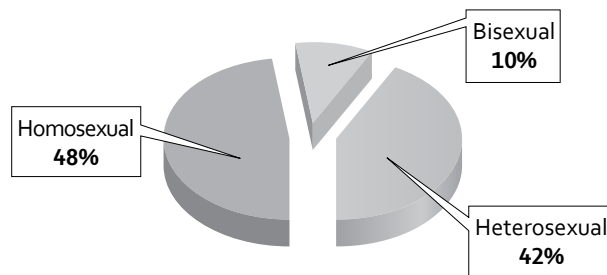


Fuente: elaboración propia.

Se encontró una razón de infección hombre mujer por VIH de 5,6 hombres por cada mujer, el 84% se identificaron como hombres, constituyendo así el grupo mayoritario.

Estos resultados son similares a los encontrados en los monitoreos por VIH en la ciudad, que para 2011 mostró una razón de infección de 4,6:1 (figura 3).

Figura 3. Distribución de la orientación sexual de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011



Fuente: elaboración propia.

Se encontró que al hacer la distribución según la orientación sexual, el mayor grupo fue el de aquellas personas que se identificaron como homosexuales, con el 48%, seguido de heterosexuales y bisexuales. Este es un indicador muy importante, ya que permite identificar la distribución de la epidemia en los diferentes grupos de la población. Históricamente, los más afectados han sido los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, la figura 3 nos muestra que aunque hay más casos en personas autodefinidas como homosexuales y bisexuales, una parte importante (42%) son casos en personas que se definen como heterosexuales, lo cual muestra un impacto de la epidemia en la población general. Teniendo en cuenta este hallazgo, las estrategias de prevención y programas de atención deben estar dirigidos a la totalidad de la población (tabla 5).

Se observó que, de los participantes, el 100% tenían algún tipo de formación académica, el grupo más grande corresponde a quienes tienen secundaria completa (43%), seguido de aquellos que tienen algún tipo de formación superior (técnica o universitaria), que representan el 43%, y el 14% solo tienen niveles de formación en educación primaria.

Tabla 5. Nivel de escolaridad de las personas viviendo con VIH participantes en el estudio distribuido por grupos quinquenales. Bogotá, 2011

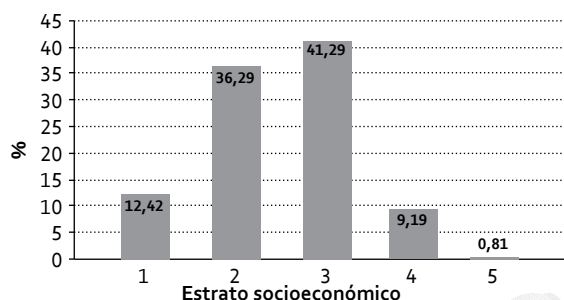
Escolaridad	Primaria		Secundaria		Tecnico		Universitario		Sin dato		Total	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
15 a 19	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	6	1,0
20 a 24	4	10,0	24	60,0	6	15,0	6	15,0	0	0,0	40	6,4
25 a 29	5	6,2	47	58,0	7	8,6	22	27,2	0	0,0	81	13,0
30 a 34	17	17,0	38	38,0	19	19,0	26	26,0	0	0,0	100	16,1
35 a 39	12	11,0	45	41,3	20	18,3	32	29,4	0	0,0	109	17,6
40 a 44	15	13,3	49	43,4	20	17,7	29	25,7	0	0,0	113	18,2
45 a 49	9	11,0	31	37,8	17	20,7	24	29,3	1	1,2	82	13,2
50 a 54	11	22,4	15	30,6	10	20,4	12	24,5	1	2,0	49	7,9
55 a 59	2	11,1	7	38,9	3	16,7	5	27,8	1	5,6	18	2,9
60 a 64	5	45,5	1	9,1	1	9,1	4	36,4	0	0,0	11	1,8
65 a 69	4	57,1	2	28,6	0	0,0	1	14,3	0	0,0	7	1,1
70 a 74	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Sin dato	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	0,5
Total general	87	14,0	265	42,7	104	16,7	162	26,1	3	0,5	621	100,0

Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que la información que nos arroja sobre el nivel de escolaridad de los participantes —la cual nos indica que el 100% tenía algún tipo de formación académica— representa una importante diferencia en comparación con el resultado de la *Encuesta de calidad de vida 2010* del DANE, la cual indicó un analfabetismo para personas mayores de 15 años para la ciudad del 2,1% (DANE 2010). En el presente estudio la mayor proporción se encontró en las personas que reportaron un nivel de escolaridad secundaria, seguido de aquellos que tienen algún tipo de formación superior, sea técnica o universitaria, los cuales, sumados, representan el 43%.

De igual forma, haciendo el análisis por grupos quinquenales, se identificó que los grupos con más bajos niveles académicos son los de 60 y más años, de los cuales el 70% tienen niveles por debajo del nivel técnico o universitario, el 55% cuenta como máximo niveles de primaria y el 15%, con secundaria. En general, se observaron niveles de educación similares a los de la población general, es decir, el mayor nivel educativo alcanzado para PVVS es el nivel medio, con importantes avances en los últimos años (figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual según estrato socioeconómico de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011



Fuente: elaboración propia.

El mayor número de personas viviendo con VIH participantes se ubicó en el estrato socioeconómico 3 (41,3%), seguido del estrato 2 (36,3%); se identifica un claro impacto en estratos medio bajos (uno, dos y tres), que representan el 90% del total de los casos. Esto es fácilmente explicable si se tienen en cuenta los hallazgos de este mismo estudio, que indican cómo estos grupos poblacionales son los que tienen menor acceso a educación, información de prevención y atención en salud (tabla 6).

Tabla 6. Distribución según sitio actual de residencia de las PVVS en Bogotá, D. C., 2011

Residencia actual	n	Porcentaje
BOGOTAD.C.	560	90,0
Fuera Bogota	62	10,0
Total general	622	100,0

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla 7, la mayor parte de la población (el 90%) atendida en el Distrito Capital reside en este; sin embargo, es importante tener en cuenta que hay un

10% que no lo hace, pero que es atendida en la ciudad, lo cual es de esperar que aumente los procesos burocráticos, gastos de bolsillo y barreras geográficas relacionados con la atención del VIH/sida. De estas personas que no residen en la ciudad, el mayor porcentaje (25,8%) vive en Soacha, Cundinamarca; otro 25,8%, en municipios vecinos, como Chía, Mosquera, Cajicá y La Calera. Se encuentran PVVS que refieren su residencia en otras ciudades capitales, como Montería, Villavicencio, Tunja y Cali, lo cual puede estar relacionado con estigma y discriminación, o ausencia de instituciones de salud en dichas ciudades.

Tabla 7. Localidad de residencia de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011

LOCALIDAD RESIDENCIA	n	Porcentaje	Proporcion X 100.000 hab
CHAPINERO	25	4,0	18,9
SANTA FE	16	2,6	14,5
TEUSAQUILLO	19	3,1	13,1
TUNJUELITO	23	3,7	11,4
MARTIRES	11	1,8	11,3
PUENTE ARANDA	26	4,2	10,0
ANTONIO NARIÑO	9	1,4	8,3
CANDELARIA	2	0,3	8,3
SAN CRISTOBAL	34	5,5	8,3
FONTIBON	24	3,9	7,1
ENGATIVA	57	9,2	6,8
USAQUEN	29	4,7	6,2
KENNEDY	58	9,3	5,7
BOSA	32	5,2	5,6
RAFAEL URIBE	21	3,4	5,6
SUBA	56	9,0	5,4
USME	18	2,9	4,9
CIUDAD BOLIVAR	28	4,5	4,5
BARRIOS UNIDOS	10	1,6	4,3
BOGOTA SIN DATO	60	9,7	NA
FUERA DE BOGOTA	63	10,1	NA
TOTAL	621	100,0	6,8

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla 7, el mayor porcentaje de PVVS residentes en el Distrito Capital y que participaron en el estudio viven en las localidades de Kennedy, Engativá, Suba, San Cristóbal y Bosa; esto es importante, dado que la mayor parte de los programas de atención no se encuentran ubicados en estas zonas de la ciudad, lo que genera recorridos extensos para acceder a los tratamientos. También es importante ver cómo un 12,7% de las personas son atendidas en la ciudad, pero residen fuera de ella, lo que incrementa aún más esta situación.

Una mejor forma de ver el impacto del VIH en las localidades es haciendo el análisis del número de casos de VIH sobre la población de la localidad, lo cual se denomina proporción de casos por cada 100.000 habitantes. Este indicador muestra que las localidades que parecen estar más afectadas son Chapinero, Santa Fe y Teusaquillo, las cuales coinciden con la proporción de incidencia de casos reportada por la Secretaría Distrital de Salud. Una posible explicación a estos datos consiste en que en estas localidades vive una gran parte de la población de mayor vulnerabilidad ante el

VIH, como HSH, habitantes de la calle, personas en situación de prostitución, consumidores de sustancias psicoactivas y población en situación de desplazamiento (tabla 8).

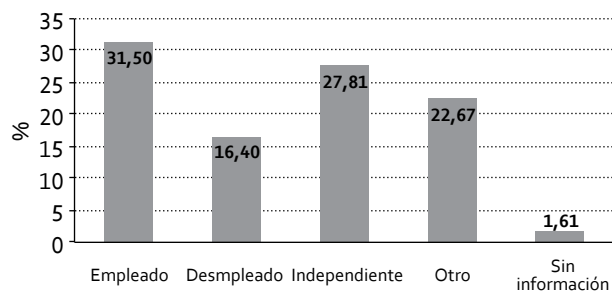
Tabla 8. Tipo de afiliación al sistema de salud de las personas viviendo con VIH participantes al momento del diagnóstico y en la actualidad. Bogotá, 2011

Régimen afiliación	Diagnostico		Actual	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Contributivo	259	41,6	259	41,6
Subsidiado	120	19,3	155	24,9
Especial o excepción	74	11,9	72	11,6
No afiliado	169	27,2	136	21,9
Total General	622	100,0	622	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el análisis del tipo de afiliación se encuentra que la diferencia entre el régimen al cual pertenecían las personas participantes al momento del diagnóstico y en la actualidad, muestra diferencias en todas las formas de “afiliación” o no, a excepción del régimen contributivo. El cambio más significativo se evidenció en el régimen subsidiado, que aumentó su proporción actual, lo cual está directamente relacionado con la reducción en el número de personas que se encuentran desafiadas; esto es dado por los esfuerzos realizados para el traslado de la población no afiliada al régimen subsidiado. Dichos resultados contrastan claramente con el estatus laboral que se presenta en la figura 5.

Figura 5. Distribución porcentual según estatus laboral de las personas viviendo con VIH participantes. Bogotá, 2011



Fuente: elaboración propia.

Al hacer el análisis del estatus laboral de las PVVS, se encontró que únicamente el 31,5% se identifica como empleado; en esta categoría están las personas que tienen contratos laborales formales y relaciones directas con un empleador, que incluyen pagos de salud y pensión. El siguiente grupo son las personas independientes, las cuales no tienen contratos o compromisos patronales establecidos y que hacen el pago de salud y pensión de sus propios ingresos; ellos están seguidos de quienes no se puede definir claramente su estatus laboral por encontrarse en la informalidad, y finalmente, pero no menos importante, las personas en situación de desempleo, que se encuentran en el 16,4%, la cual es notablemente más alta que la tasa de desempleo nacional que para julio de 2011 se ubicó en 11,6% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2011).

Prevención

Infectólogo: La mayoría “de los pacientes” llegan con cero información, no saben cómo se transmite, cómo se desarrolla la infección, cuáles son los riesgos, y cuando ya están positivos, no saben la historia natural de la enfermedad.

Entrevistador: Y los pocos que tienen información, ¿dónde cree usted que la obtienen?

Infectólogo: Los poquitos que uno ve realmente es gente que va y busca en internet, otros a raíz de lo poco que dicen los medios de prensa, o los medios televisivos, noticieros y demás, y de pronto muy poquitos a los que les llega información a través de proyectos.

Entrevistador: ¿Usted cómo cree que ese nivel de información repercute en el tratamiento de los pacientes?

Infectólogo: Bastante, porque la gente no sabe lo que tiene, y por tanto no sabe cómo se puede controlar ni cómo se puede tratar. Cuando tienen más información, se tratan de volver responsables con su autocuidado.

Infectólogo que trabaja en una ESE que atiende a personas del régimen subsidiado y vinculadas

Entrevistador: ¿Ustedes, antes de enterarse del diagnóstico, tenían algún tipo de información sobre prevención del VIH?

Claudia: Sí, panfletos o de pronto vallas, [pero] uno siempre hace caso omiso y piensa “eso no es conmigo, eso no es para mí”. Yo conocí un caso y a mí me aterraba, yo decía qué miedo, qué susto ¡lo que no quiero que hoy hagan conmigo! Yo sentía por esa persona, ese pensamiento retrógrado, susto de que me voy a infectar, de ver una persona extremadamente delgada y hacer como el quite, pero lo que yo le digo es que la gente es muy ignorante, piensa que esto se “contagia” por los besos... la gente piensa que por la silla caliente.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenían ustedes cuando escucharon hablar sobre VIH por primera vez?

Pedro: Por ahí tendría yo diez años.

Claudia: Yo me acuerdo que en el colegio alcancé a ver eso cuando tenía de pronto unos 15 o 14 años, tal vez, alcancé a escuchar sobre esa enfermedad, pero uno no le para muchas bolas, uno no hace énfasis en eso, y uno sigue con los mismos y por las mismas, y sin esperar que le llegue a uno, que no lo toque a uno... y vea.

Entrevistador: ¿Y qué tipo de información escuchaste la primera vez?

Claudia: A mí me tocó hacer un taller sobre enfermedades de transmisión sexual, me acuerdo tanto que yo elegí trabajar sobre sida y herpes, pero en esos tiempos la enciclopedia decía que se podía transmitir por el cepillo de dientes, por la saliva y por las lágrimas; además, decía que las personas con VIH se envejecen...”

Pareja viviendo con VIH. Régimen de excepción

En este contexto, es oportuno mencionar que en la revisión de guías de manejo existen apartados relacionados con prevención, y es clara la distinción entre prevención primaria, aquella que se hace para evitar “adquirir” la enfermedad, y secundaria, la que se hace luego de tener la enfermedad para prevenir nuevas infecciones o su progreso. Respecto a la primera, solo se hace mención específica en la guía nacional; sin embargo, la OMS dice al respecto:

Desde una perspectiva de salud pública, las PVVS conforman el grupo más importante al cual deberían dirigirse las estrategias para prevenir el VIH. Los cambios en las conductas de riesgo de las personas con VIH presentan un impacto mayor en la transmisión del virus que los mismos cambios realizados por personas sin VIH. (Organización Mundial de la Salud 2010)

Las tres guías hacen en general recomendaciones encaminadas principalmente al uso del preservativo, intervenciones psicoeducativas de tipo conductual¹⁴, retraso de la actividad sexual, minimización del número de parejas, detección precoz y manejo sindrómico de ITS, y en el caso de usuarios de drogas intravenosas se recomienda el uso único e intransferible de jeringas desechables. El tratamiento antirretroviral se comporta como una estrategia de prevención, tanto primaria como secundaria, aspecto en el cual todas las guías revisadas son consistentes en recomendar el mantenimiento de una terapia antirretroviral constante y efectiva para mantener cargas virales bajas y, por tanto, disminuir la cantidad de virus en los fluidos genitales, lo que a su vez reduce la posibilidad de transmisión.

Como mecanismos de prevención secundaria, todas las guías proponen el uso de preservativo, prácticas sexuales y de uso de drogas seguras, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Al respecto, la guía norteamericana recomienda que los temas anteriores sean discutidos durante las visitas médicas. Esta guía también propone como aspecto importante para la prevención el desarrollo de una comunicación abierta entre los profesionales y el paciente. La guía nacional habla de la minimización de la exposición sexual

¹⁴ Este tipo de intervenciones tiene como finalidad la modificación de conductas de riesgo. Básicamente se hacen intervenciones de tipo consejería, con múltiples sesiones en un primer momento, y luego se hacen acompañamientos y refuerzos. La evidencia revisada por la guía nacional muestra que estas deben ser constantes para lograr un cambio en los comportamientos.

y no sexual (uso compartido de jeringas en los usuarios de drogas intravenosas) en el caso de PVVS.

Ya que dentro del abordaje integral del VIH un elemento fundamental son las acciones de prevención previas al diagnóstico de la infección, en la encuesta se tuvo como indicador proximal el hecho de haber recibido algún tipo de información relacionada con el VIH y su prevención (tabla 9).

Tabla 9. Personas que recibieron información sobre la prevención del VIH antes del diagnóstico. Bogotá, 2011

Recibió información antes del diagnóstico	n	Porcentaje
No	308	49,5
Si	306	49,2
No recuerda	8	1,3
Total	622	100

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla 9, un poco menos de la mitad (49,2%) de las PVVS reportan haber recibido algún tipo de información sobre la prevención del VIH. Dado que hay múltiples espacios donde se difunde esta información y estrategias nacionales y distritales, se esperaría que un porcentaje mucho mayor fuera el que tuviera algún tipo de conocimiento al respecto, lo cual pone en cuestión la extensión y calidad de las estrategias desempeñadas de divulgación de información hasta el momento (tabla 10).

Tabla 10. Fuente de información sobre la prevención del VIH antes del diagnóstico. Bogotá, 2011

Fuentes de información	n	Porcentaje
Medios masivos de comunicación	178	58,2
Instituciones de salud	43	14,1
Instituciones educativas	42	13,7
Otro	25	8,2
Amigos	13	4,2
Casa o familia	4	1,3
Fuerzas militares	1	0,3
Total	306	100,0

Fuente: elaboración propia.

Los espacios que por definición deben brindar la información a la mayor cantidad de personas dada la normatividad vigente y con los mayores niveles de calidad son las instituciones de salud y las instituciones académicas, sin embargo, se observa que solo el 27,8% de las personas reportan haber recibido información en este tipo de espacios, la mayor parte lo está haciendo a través de los medios masivos de comunicación y los restantes, en conversaciones con amigos o en entornos familiares o militares. Un aspecto interesante es que, apoyando otros estudios de comunicación en salud, los medios de comunicación llegan masivamente a las personas, por tanto, un análisis más detallado de la información en estos medios podría indicar la calidad de la información, su relación con el conocimiento técnico, y dar luces a posibles estrategias de políticas públicas de comunicación basadas en medios masivos (tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre haber recibido información previa para la prevención del VIH y nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona

Variable		Recibió información para la prevención del VIH antes del diagnóstico		Valor p
		No	Si	
Nivel de escolaridad	Primaria	65,1	34,9	0,01
	Secundaria	53,1	46,9	
	Técnico	45,2	54,8	
	Universitario	40,4	59,6	
Estrato socioeconómico	1	70,3	29,7	0,001
	2	53,4	46,6	
	3	45,7	54,3	
	4	33,9	66,1	
	5	20,0	80,0	
Año del diagnóstico	De 1987 a 1999	62,0	38,0	0,013
	De 2000 a 2003	51,9	48,1	
	De 2004 a 2007	48,7	51,3	
	De 2008 a 2011	43,6	56,4	
Régimen de seguridad social al que pertenece al momento del diagnóstico	Contributivo	40,7	59,3	0,001
	Subsidiado	57,1	42,9	
	Especial o excepción	59,7	40,3	
	No afiliado	54,8	45,2	

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla 11, donde todos los análisis fueron estadísticamente significativos, se encuentra una relación directamente proporcional entre el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico y el porcentaje de personas que han recibido información sobre prevención del VIH antes del diagnóstico de la infección, haciendo más vulnerables ante el VIH a las personas de más bajos recursos económicos y menores niveles educativos. Si el análisis se hace por afiliación en salud, se encuentra que la población con mayor información es la de régimen contributivo, seguida de la población no afiliada. Un elemento positivo es que se identifica un aumento en la información disponible con el paso de los últimos 24 años en la ciudad, que se ve reflejado en la cantidad de personas que recibieron información de prevención en relación con el año del diagnóstico.

Profesionales y pacientes entrevistados, y PVVS acompañadas hacen una distinción entre prevención primaria y secundaria. En cuanto a prevención primaria, los dos grupos reportan de forma similar que hay una ausencia o escaso trabajo en estrategias de prevención para VIH, y por tanto, la existencia de grandes falencias en cuanto a información sobre VIH, que se reflejan en la forma como las personas incorporan o no los discursos de prevención en sus vidas.

La mayor parte de las personas narraron haber recibido la información sobre prevención en VIH en los medios de comunicación, especialmente televisión y radio. Solo algunos comentaron que recibieron información sobre VIH en el sistema educativo (colegio) y muy pocos en el sector salud, del cual no hay muchos recuerdos relacionados con la recepción de información sobre prevención, a excepción

de aquellos casos que se relacionan con la gestación para el caso de las mujeres.

En relación con la calidad de la información que reciben las personas, se encontró que aquella proveniente de los medios de comunicación es muy superficial, por lo que quedan vacíos que no son aclarados por otros medios. Adicionalmente, las personas reportan que en los medios aún permanece la idea de grupos de riesgo —homosexuales, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas intravenosas, etc.—, y se conserva la idea del VIH asociada con el agotamiento físico y la muerte. Por su parte, en el espacio educativo usualmente ha sido producto de charlas o trabajos de clase, pero es importante resaltar que las personas manifestaron conocimientos errados, también ligados con la idea de grupos de riesgo o influenciados por la moralidad judeocristiana y sus “normas sociales”, en las cuales se plantean ideas como la monogamia o el retraso de la vida sexual como las principales estrategias de prevención.

En el caso del espacio de salud, los profesionales hacen referencia a que las “campañas” de prevención aún se siguen basando en el uso de conferencias, carteles, plegables y entrega de preservativos, las cuales no se hacen de manera continua ni logran impactos importantes en los comportamientos de las personas; así mismo, se reporta que en los programas de atención a personas viviendo con VIH no se enfatiza el tema de prevención, por cuanto este tema pertenece a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que no están incluidos dentro de los programas para VIH. Por su parte, los pacientes plantean que en la mayoría de los casos la poca información que encuentran allí es superficial y no se identifican con ella.

Existen diferencias en lo reportado según la orientación sexual de las personas. En el caso de los heterosexuales que refieren haber recibido algún tipo de información, dicen que nunca se sintieron “identificados” con ella, pues no hacían parte de los grupos que son denominados de “riesgo”. En el caso de las mujeres, muchas de ellas solo habían tenido una pareja, y aun cuando consideraban que su compañero tuviera otras parejas, nunca se protegieron. En el caso de los hombres, el uso del preservativo está mediando el placer, pues argumentan que este se ve disminuido con su uso. Entre los hombres homosexuales es importante resaltar que tienen mayor información y de mejor calidad, lo cual puede estar relacionado con que históricamente se ha visibilizado más la epidemia dentro de esta población y ha sido objeto constante de campañas informativas y de prevención; así mismo, de acuerdo con algunas experiencias narradas por los participantes en la investigación, pareciera que esta información circula más fácilmente en los círculos de HSH.

En relación con la prevención secundaria, lo que se plantea en mayor medida entre las PVVS es la búsqueda de información relacionada con el virus, los adelantos en tratamiento, los efectos secundarios de los medicamentos y las expectativas de futuro, entre otros. Ellos y ellas plantean cómo una vez recibieron el diagnóstico se dieron a la

tarea de buscar en internet, libros, revistas, hacer contactos con ONG o ir a las reuniones de los grupos de apoyo de los programas a los que pertenecían, u otros externos. Sin embargo, el tema de prevención generalmente no está relacionado con la vida en pareja, sexualidad, relaciones sexuales, uso de preservativos, etc.; ninguno de estos temas fue reportado por las personas como importante durante las búsquedas descritas. Tampoco se hizo evidente en los discursos de los profesionales, para quienes nuevamente el tema de prevención no hace parte de la consulta rutinaria, ellos refieren que esta sigue siendo responsabilidad de los servicios de promoción y prevención.

Entre las respuestas de los profesionales se encontraron posiciones sancionatorias a las PVVS desde la moralidad, es decir, en las que se hace referencia a la “vida sexual desordenada”, especialmente de los homosexuales, a quienes describen como personas con múltiples parejas y que no practican medidas de protección; así mismo, hubo referencias hacia las mujeres gestantes como sujetos diseminadores de epidemias a los futuros hijos.

Análisis

Más allá del término *prevención*, se hará un énfasis especial en la información, teniendo en cuenta que esta es una de las principales herramientas a la hora de llevar a cabo acciones preventivas, y para este caso, de la infección. Cabe aclarar que los procesos tanto educativos como preventivos en salud deben ser producto de un trabajo intersectorial entre estas dos áreas.

En relación con el acceso a programas o estrategias de prevención para VIH, los resultados mostraron que los medios de comunicación representan un papel fundamental en la diseminación de la información que poseen las PVVS. En segundo lugar, se encuentra el sistema educativo, que hace parte de la labor en prevención, especialmente en cuanto a infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, llama la atención que la familia no aparezca en ninguno de los relatos como un entorno donde se hable de temas relacionados con sexualidad ni VIH.

Si bien ha aumentado el porcentaje de personas que reporta haber recibido información sobre VIH antes del diagnóstico en los últimos años, el hecho de que el discurso de la prevención siga enmarcado en ideas del orden moral, como los grupos de riesgo, la monogamia y el retraso del inicio de la vida sexual, deja al descubierto que la calidad de los programas de prevención y el tipo de acciones que se llevan a cabo (difusión a través de conferencias, carteles, plegables y entrega de preservativos) no ha cambiado mucho a lo largo de tres décadas de la epidemia, y evidencia que se siguen manejando y promoviendo las mismas estrategias comunicativas y preventivas, dejando de lado aspectos relevantes como los cambios generacionales, las diferentes perspectivas de abordaje y vivencia de la sexualidad, la tendencia a una alta rotación de parejas sexuales entre adolescentes y adultos, así como el aumento de las poblaciones que se niegan a usar preservativos en sus relaciones

sexuales por diferentes razones, dentro de las cuales se encuentra la resistencia ante miradas negativas sobre la sexualidad.

Por otro lado, los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental en la generación y difusión de informaciones sobre prevención del VIH y el sida, no obstante, en los últimos años, no se evidencian procesos ni estrategias de renovación de la información y nuevos planteamientos que posibiliten diálogos con las nuevas generaciones. En este sentido, vale la pena mencionar que si bien en las primeras décadas de la epidemia tuvieron lugar algunas estrategias orientadas a la capacitación y sensibilización de comunicadores y periodistas sobre el tema, para, además de llevar informaciones actualizadas y de calidad para este tipo de actores sociales, buscar generar lenguajes respetuosos para el abordaje de quienes vivían y convivían con el virus, en la última década estos procesos fueron abandonados. Tal abandono se vivió no solo por quienes han tenido en sus manos los programas de prevención y promoción a escalas nacional y distrital; sino también por ONG y activistas en el tema, lo cual representa un retroceso en la posibilidad de hacer abordajes cada vez más eficientes en términos de difusión de informaciones con impactos más positivos, humanos, respetuosos, para brindar informaciones actualizadas y de calidad, y no otras ancladas en un pasado donde las condiciones de la epidemia estaban enmarcadas por el hecho de la muerte. Todo ello reafirma profundamente el imaginario del estigma hacia las PVVS y el miedo colectivo a abordar la epidemia.

Otro aspecto que dificulta el acceso a los programas de prevención está dado por la fragmentación de las acciones de salud pública —dentro de las cuales se encuentran las de prevención— bajo las que se dejan aquellas de altas externalidades a cargo del Estado y las de tipo particular a cargo de las EPS, que a su vez son contratadas con las IPS, y en el caso del VIH, no son las mismas del programa de atención de personas viviendo con el virus. Esto se relaciona con la organización por niveles de atención para la prestación de los servicios, que si bien es necesaria, se convierte en una barrera de acceso adicional. Esta fragmentación hace que las personas en principio no reconozcan un espacio en el cual puedan obtener información relacionada con estos temas, o terminen transitando por diferentes instituciones en busca de ellas.

Todo lo anterior implica necesariamente que esta información llega a pequeñas porciones de la población: jóvenes, grupos de protección especial, como es el caso de las gestantes, o aquellas personas que son persistentes en su búsqueda; sin embargo, una gran cantidad de población que no se encuentra dentro de alguna de estas “etiquetas” queda por fuera de la posibilidad de tener información que pueda usar para prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH, y tal como lo ha mostrado el comportamiento de los últimos años de la epidemia, es justamente este último grupo de personas el que se infecta, dado que las actividades no

están dirigidas a las inequidades estructurales, que son las que definen la vulnerabilidad ante el VIH.

La oportunidad está relacionada con el acceso, y en este aspecto puede decirse que la información sobre prevención está llegando de manera tardía a las personas; esto quiere decir que para el caso del VIH es posterior a la infección que las personas emprenden una búsqueda de información, y en contadas ocasiones se reconocen los grupos de apoyo de las instituciones de salud como un espacio donde se obtiene información relacionada con prevención.

A todo lo anterior se suma la discontinuidad de los procesos educativos en prevención. Estos usualmente están sujetos a lineamientos dados desde un ámbito central o local, y frecuentemente no están acompañados de una “lectura de necesidades” de las personas, ni se hacen con énfasis o diferencias por grupos poblacionales. De igual manera, muchas veces en su implementación se pierde la rectoría para que las instituciones cumplan con las características definidas en términos de calidad, contenido, oportunidad y demás requisitos, terminando en acciones de poco impacto.

Al revisar la pertinencia de la información, puede decirse que casi en la totalidad de los espacios en los que se puede acceder a ella, está muy marcada por un saber moral, normativo y “apocalíptico”, que habla del deber ser, reproduce viejos discursos sobre VIH ligados con la muerte, la culpa y el pecado, y por tanto no se ajusta a la realidad de las personas; es decir, no tiene enfoque de género, etnia, clase social o ciclo vital (Estrada 2009). Por su parte, en el espacio de salud e incluso en la guía de manejo del país se encuentra un saber más técnico y orientado hacia el riesgo. Adicionalmente, en la mayoría de los casos, estos discursos se convierten en elementos de estigma y discriminación hacia ciertos grupos de personas con orientaciones sexuales no ‘heteronormativas’, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, etc.; lo que, por un lado, mantiene las condiciones de liminalidad de estos grupos, y por otro, excluye a aquellos que no se consideran como parte de alguno de ellos, así no se creen susceptibles de infectarse y, por tanto, no usan la información en la cotidianidad.

La estrategia que más se promociona en todos los espacios y que ha demostrado ser efectiva para la prevención del VIH es el uso del preservativo; sin embargo, la información relacionada con este tema está mediada por el control de la fecundidad y no tanto con la prevención de las infecciones de transmisión sexual. De igual manera, las discusiones sobre el acceso al condón y su costo aún requieren ser profundamente abordadas en la realidad del país, con el objeto de proponer estrategias que busquen derribar estas barreras. Por otro lado, temas como cuerpo, sexualidad y placer, a pesar de ser considerados fundamentales según los desarrollos de la literatura sobre prevención, no se abordan en los programas, pues al parecer no se consideran importantes o no se conocen los avances conceptuales al respecto.

Proceso diagnóstico

Entrevistador: ¿Cómo se enteraron de que viven con VIH?

Luis: A raíz de que yo tenía una relación con una muchacha y se murió. Entonces, como nosotros éramos un grupo y estábamos aquí un mes y nos mandaban luego para otro lado, yo me empecé a enfermar. Yo tuve relaciones con la muchacha y después me enteré de que ella trabajaba como prostituta. Pero ella nunca me lo demostraba, y yo nunca le averigüé qué hacía. Después de eso yo empecé con fiebres y con fiebres, a bajar de peso, y me daba diarrea; lo común. Entonces yo fui al hospital y me dijeron: “tómese una prueba, en la Cruz Roja”, porque en ese tiempo [solo la había en ese lugar]... Yo fui y allá me diagnosticaron. Estuve con el psicólogo, ya después me tomaron el este [el examen], y afirmado. Pero mira que yo aún todavía digo que no tengo la enfermedad”.

Hombre viviendo con VIH régimen especial

Entrevistador: ¿Cómo fue el proceso de tu diagnóstico?

Leonel: Yo estaba con gripa. No tenía ningún seguro médico y una travesti que es de Barranquilla, que vivía en frente de mi casa, me sacó el socioeconómico, y fui a un CAMI de un hospital. Ahí me hicieron exámenes, entre esos me hicieron la serología, salí positivo para sífilis, y la doctora inmediatamente me dijo que si quería hacerme la prueba de VIH, yo acepté hacerme la prueba, salí positivo. La doctora habló conmigo y me dijo que me estuviera tranquilo que el examen había salido positivo y que tenía que iniciar en el programa, y que ese programa no tenía ningún costo. Que tengo que pasar a otra parte, porque el programa no es allí mismo. Me explicaron todo, me dieron la remisión para ocho días después. En el transcurso de esos ocho días me dio la impresión de que de pronto todo se me aceleraba y entré con neumocistis al hospital y duré un mes hospitalizado. En esos ocho días, las famosas gripas esas con que andaba se me fueron agravando, fui que ya no podía casi respirar, todos esos días, y a los ocho días de entregado el resultado, llegué al hospital donde está el programa a la primera consulta... inmediatamente me llevaron para urgencias.

Entrevistador: ¿Esta primera cita la tuviste que pedir por teléfono o te la dieron directamente en el hospital?

Leonel: Directamente fui al hospital, y ahí me atendió la persona que manejaba la oficina, las admisiones y esos programas, y me dio cita para dentro de ocho días.

Hombre viviendo con VIH, régimen subsidiado

Entrevistador: Cuando tu esposo fue diagnosticado, ¿a ti te sugirieron hacerte la prueba?

Clara: Sí, señor.

Entrevistador: ¿Y te la hiciste ahí mismo?

Clara: No, porque en el trabajo a mí no me daban permiso de ir al médico y por el inconveniente de la EPS. Yo le decía a mi patrona y ella me decía: “Ay y usted empieza con su ‘idera’ al médico”, y yo le dije: “Pues, es que yo necesito ir al médico, porque estoy embarazada y tengo que empezar controles médicos”. Y fuera de eso, una vez no me dejaron, o sea, me demoré en la cita y me devolvieron del trabajo. “A usted se le descuenta el día de hoy”. En ese momento empezó lo de la EPS y todo eso que no me atendían y que “espere a que arreglen eso”, y pues yo iba a hacer las vueltas, pero la patrona me decía “espere y yo arreglo eso”, pero era hasta que ella pudiera. Y ya cuando me retiré de allá, que me sacaron del trabajo, ahí fue que me afilié al Sisbén y empecé los controles médicos. Hasta me regañaban en el hospital por haber empezado a los siete meses. Yo le comenté el problema a la enfermera jefe que me atendió y ahí mismo me mandó para el hospital, me tomaron la prueba de ELISA, y ahí fue cuando me salió positiva.

Entrevistador: ¿Tenías siete meses de embarazo cuando te hicieron la primera prueba?

Clara: Sí, señor.

Mujer viviendo con VIH, régimen subsidiado

Entrevistador: ¿Qué opinión le merecen las asesorías posprueba que han tenido las personas que ingresan al programa?

Infectólogo: Pues, definitivamente cuando la persona [profesional de salud] tiene la capacitación para hacer las asesorías de pre- y postest, y tienen los soportes que apoyan este tipo de capacitaciones, son muy buenas. Cuando el personal de la salud no conoce, cuando no tiene la suficiente capacitación, son realmente a veces muy malas y pueden a veces generar más daño que bien.

Infectólogo que trabaja en ESE. Vinculado y régimen subsidiado

Entrevistador: ¿Tuviste asesoría?

Jhon: Ni pre- ni pos-.

Entrevistador: ¿Cómo fue la entrega del resultado?

Jhon: En el sitio que me la hice, llegamos varios, porque en esa época uno se la hacía en grupo, y ellos salieron todos contentos y a mí no me entregaban el resultado, y se me hizo como raro, les decía: “Pero todos son negativos”. Me lo entregó una enfermera y me empezó como a calmar, tranquilo, tranquilo, voy a hablarle, pero tranquilícese. Yo le dije: “Sabe qué, deme esa mierda de resultado y no me diga nada”, porque ella no lo supo hacer, en realidad ella intentó hacerme el postest. Salí y estaban mis amigos, el novio y dos amigos, y me preguntaron: “Bueno, ¿cómo le salió?”, les dije: “Mal”... “Ay, no hable mierda”. Bueno, y fue mi prueba y yo acababa de terminar con mi amigo de tres años. Y yo les dije: “Váyanse a la casa, yo voy a hablar con mi amigo”. Yo llegué “Carlitos quiubo, yo necesito hablar con usted”. “Ahorita ya termino con un paciente y hablamos”. Terminó con su paciente y le dije: “Carlos mire, la prueba”. Y él: “Jueputa vida, te me tiraste la vida, cómo te ibas a hacer esa prueba”. Y él no es positivo, entonces claro que achante, porque ¿te imaginas? Entonces yo salí caminando, llorando, me dio la llorona hermano, que desgracia, yo me fui a mi casa a dormir. Y fui a donde mi amigo, habían comprado aguardiente, nos pusimos a tomar aguardiente, a emborracharnos y a llorar. Esa fue la forma de recibir mi resultado.

Hombre viviendo con VIH, régimen contributivo

Entrevistador: ¿Cómo fue el proceso de la prueba y el diagnóstico en el seguro?

Sara: También existió discriminación por parte de los profesionales de la salud, claro, porque el doctor ni siquiera me hizo asesoría, solo me pregunto qué pasaría donde llegara a salir positivo el diagnóstico, y yo no lo pensé, pues como la información que yo tenía era tan errónea y como el sida se asociaba con la muerte. Yo le dije: “Yo me suicido, porque no vale la pena vivir”, o sea, no me habían mostrado todas las alternativas y todo lo demás, pues, que se conocen hoy día; no, nada. Entonces, no creo que haya sido de la manera más adecuada, no fue una asesoría ni nada por el estilo.

Mujer viviendo con VIH, régimen contributivo

Entrevistador: Cuando te hicieron la prueba, ¿te explicaron antes y después qué es VIH y todo eso?

Nancy: Claro, a mí cuando me la hicieron por primera vez me explicaron, y cuando la recibí también me la dio la psicóloga, me explicó qué era, que atacaba el sistema inmunológico, que eso hacía que las defensas se bajaran los linfocitos y leucocitos que se acabaran, y que se vinieran las infecciones, que era lo que más atacaba, que el VIH va a las defensas, quita la protección inmunológica y ahí es donde viene cualquier tipo de infecciones. Que es lo que más lo ataca a uno.

Entrevistador: ¿La información que te dio fue clara?

Nancy: Sí, clara, pero igual yo ya tenía conocimientos, yo ya sabía de ella, pero uno no quiere tocar el tema, no quiere saber de esto, pero ya sabía.

Entrevistador: Y para usted, Pedro, ¿cómo fue?

Pedro: Me explicó muy bien, me dijo que de eso no me iba a morir, que uno tenía mucha vida, que tenía que cuidarse de las gripas, del trasnocho, para que las defensas estén arriba. Mientras tenga buen ejercicio, tiene mucha vida, y de pronto se puede uno morir de otras cosas.

Hombre y mujer viviendo con VIH, régimen especial

Clara: Cuando lo iban empezar a tratar en la EPS, lo mandaron para el hospital que le correspondía, pero no lo atendieron, porque la EPS no daba la orden y porque nosotros debíamos una multa.

Fabián: Ahí me atendieron, me alcanzaron a atender creo que como dos veces, ya la segunda vez [el hospital], me mandaron a hacer unos exámenes de todo. Eso me dolió mucho, porque allá sí el doctor que me había atendido era muy bueno y estuvo muy pendiente.

Hombre y mujer viviendo con VIH, régimen subsidiado

John: Igual, el doctor le pidió que no me fuera a juzgar, que no, para qué, [pero] el doctor, que nos contó la noticia...

Marcela: ¡Sí, él nos supo hablar!

Entrevistador: ¿Y tuvieron algún apoyo psicológico o de pareja?

Marcela: No, después de que nos dieron los resultados, llegamos a casa y ahí llegó mi mamá, yo le comenté a ella, y para qué, ella nos apoyó mucho.

John: Sobre todo a mí, cosa que yo no me esperaba porque entre ella y yo nunca ha habido una buena relación. Aunque gracias a Dios este mes y medio ha cambiado bastante, pero

para ese entonces, igual cuando yo supe la noticia, la suegra le dijo a ella que no me fuera a juzgar, que cualquiera podía tener eso, que lo menos que podía hacer era darme la espalda y dejarme solo, que nunca se le fuera a ocurrir dejarme.

Mi suegro, que también era una persona un poco estricta, cuando supo pues, sí, le dolió y todo, pero también le dijo a ella que no se le fuera a ocurrir irme a humillar.

Marcela: Irlo a rechazar, de pronto, pero pues, a mí sí me dio duro, porque yo varias veces se lo dije a él: "John, vaya a un médico, porque pues usted nunca se ha preocupado por su salud, nunca lo ha hecho", en ese momento sí me dio rabia, porque yo tanto que le rogué a él: "Vaya a un médico, preocúpese por su salud", pero pues, igual, ya como que tomé las cosas bien y hablamos los dos, cuando el médico nos dejó un rato solos en el consultorio.

John: Eso fue difícil al principio.

Hombre y mujer viviendo con VIH, régimen subsidiado

Teniendo en cuenta el proceso de diagnóstico, resulta importante mencionar que de las tres guías revisadas, tan solo la guía nacional (Programa de Apoyo a la Reforma en Salud 2006), tiene un apartado destinado a las pruebas y el diagnóstico. El proceso de diagnóstico debe iniciar con una asesoría, llamada asesoría preprueba, la cual debe ser hecha por un trabajador de la salud con entrenamiento para ello. Debe durar entre 30 y 45 minutos. Esta tiene como finalidad evaluar y retroalimentar sobre comportamientos de riesgo, el tipo y la calidad de información que tiene la persona sobre VIH, y ver las posibilidades de redes de apoyo, tratamiento y adherencia en caso de un diagnóstico positivo. La asesoría debe ser acorde con el sexo, la edad, la orientación sexual y la cultura del individuo.

De igual forma, debe hacerse una asesoría posprueba, independientemente del resultado. Dicha asesoría debe cumplir los mismos criterios de la preprueba. En los casos no reactivos, se deben reforzar los elementos de prevención; en aquellos reactivos, se debe reforzar la información relacionada con la historia natural del VIH, presentar las posibilidades de tratamiento y especialmente dar una información clara respecto a la ruta de atención que debe seguir la persona para acceder al tratamiento integral. Tanto la asesoría preprueba como la posprueba son de carácter obligatorio, según el Decreto 1543 de 2007.

En lo relacionado con las pruebas diagnósticas, la guía recomienda que en primera instancia se use una prueba de tamizaje, que generalmente es ELISA. Si esta sale reactiva, se hace una segunda ELISA con una muestra de sangre diferente, y si esta última es también reactiva, se hace un Western Blot como prueba confirmatoria del diagnóstico.

Si es una zona de recursos limitados, difícil acceso o situaciones complejas, como mujeres gestantes en trabajo de parto, se permite el uso de pruebas rápidas; sin embargo, la segunda prueba debe ser una ELISA, que debe confirmarse igualmente con un Western Blot. Una vez la persona sale con diagnóstico confirmado, debe ingresar a un programa de atención integral.

En términos generales, la guía contiene los elementos necesarios y suficientes desde el punto de vista técnico para direccionar una práctica adecuada en cuanto a la asesoría y requisitos para el diagnóstico; sin embargo, como se muestra a continuación, la estructura del sistema y otros elementos que no son abordados en la guía aparecen como significativos en las experiencias de las personas en torno al diagnóstico (tabla 12).

Tabla 12. Razón por la cual la persona se hizo la prueba de VIH. Bogotá, 2011

Razón por la que se hizo la prueba de VIH	n	Porcentaje
Decisión personal	242	38,9
Indicación médica	324	52,1
Embarazo o gestación	28	4,5
Requisito de estudio, trabajo o presión por grupo armado	22	3,5
Sin información	6	1,0
Total	622	100,0

Fuente: elaboración propia.

Gran parte de las acciones preventivas en VIH están encaminadas a promocionar la prueba de VIH; se espera que esto permita detecciones tempranas de la infección. Como se observa en la tabla 12, más de la mitad de las personas (52,1%) se realizaron la prueba por indicación médica relacionada con manifestaciones clínicas de la enfermedad, lo cual indica diagnósticos tardíos que tienen importantes

repercusiones en la salud de la persona y en la mitigación de la transmisión del VIH a las parejas sexuales. Se espera que la mayoría de las personas acudan a la prueba por decisión personal, lo cual solo ocurrió en el 38,9%. Se debe resaltar cómo el 3,5% de las personas informaron haber recibido presiones para la realización de la prueba por requisitos laborales, prácticas que están explícitamente prohibidas en el Decreto 1543 de 1997, o por grupos armados (tabla 13).

Como se observa en la tabla 13, todos los análisis fueron estadísticamente significativos. Es evidente que las personas con orientaciones sexuales no ‘heteronormativas’ y las personas trans- son las que más acceden a la prueba de VIH por decisión propia; la mayoría de las personas que se definen como heterosexuales se realizan la prueba por indicaciones médicas o por gestación.

En relación con el régimen de afiliación, se encuentra que quienes más se realizan la prueba para VIH por decisión personal son quienes pertenecen al régimen contributivo, mientras que la mayoría de las personas no afiliadas, desempleadas o en actividades laborales independientes se hacen la prueba por indicación médica. Es importante resaltar que las personas de regímenes especiales o de excepción son a las que más se les exige la prueba de VIH por requisitos de estudio o trabajo (tabla 14).

Tabla 14. Cumplimiento en la realización de asesoría pre- y posprueba a las personas viviendo con VIH participantes en el estudio. Bogotá, 2011

Recibió asesoría pre y pos prueba	n	Porcentaje
Asesoría pre y pos Prueba	225	36,2
Solo asesoría pre prueba	40	6,4
Solo asesoría post prueba	181	29,1
No asesoría ni pre ni post prueba	176	28,3
Total	622	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Asociación entre la razón por la cual la persona se hizo la prueba y la autodefinición de género, orientación sexual, régimen de seguridad social en salud y ocupación actual. Bogotá, 2011

Variable	Razón por la que se hizo la prueba de VIH				Valor p
	Decisión personal	Indicación médica	Embarazo o gestación	Requisito de estudio, trabajo o presión por grupo armado	
Autodefinición de género	Hombre	39,0	56,6	0,0	0,000
	Mujer	38,0	32,6	27,2	
	Transexual	75,0	25,0	0,0	
Autodefinición de orientación sexual	Bisexual	49,2	47,5	0,0	0,000
	Heterosexual	30,9	54,4	10,8	
	Homosexual	44,4	52,2	0,0	
Régimen de seguridad social al que pertenece al momento del diagnóstico	Contributivo	47,3	48,4	2,3	0,000
	Subsidiado	39,4	52,3	5,8	
	Especial o excepción	26,8	54,9	5,6	
Ocupación actual	No afiliado	30,6	59,7	6,7	0,000
	Empleado	49,5	44,4	2,0	
	Desempleado	35,4	55,6	5,1	
	Independiente	26,9	67,8	2,3	
	Otro	40,8	45,0	10,7	

Fuente: elaboración propia.

Como se mencionó anteriormente, las normas nacionales definen como obligatoria la realización de la asesoría pre- y posprueba para todas las personas que deciden voluntariamente hacerse la prueba; sin embargo, entre la población encuestada únicamente se realizó en el 36,2% de los casos. Las fallas en la realización de las asesorías son evidentes en nuestros resultados, ya que el 29,1% de las personas solo reportaron que les realizaron asesoría posprueba, y más grave aún, el 28,3% reportan que nunca recibieron asesoría de ningún tipo.

Un elemento importante que queremos resaltar es que en casos específicos como la donación de sangre no se ha abordado la importancia de la asesoría para VIH y otras patologías que se incluyen dentro de los tamizajes obligatorios. En el caso de las mujeres gestantes, se asume la prueba de VIH como un elemento adicional dentro de un paquete de pruebas diagnósticas, sin incluir protocolos específicos de los significados de las pruebas ni la importancia de asesorías (tabla 15).

Tabla 15. Cumplimiento de componentes durante el desarrollo de la asesoría posprueba. Bogotá, 2011

Cumplimiento de componentes	n	Porcentaje
Mala (0 - 24% componentes)	117	28,8
Regular (25% - 49% componentes)	67	16,5
Buena (50% - 74% componentes)	58	14,3
Excelente (< 75% componentes)	164	40,4
Total (Recibieron asesoría posprueba)	406	100,0

Fuente: elaboración propia.

Los datos que se encuentran en la tabla 15 muestran la calificación que el grupo investigador le asignó a la asesoría posprueba, teniendo en cuenta el cumplimiento de los 12 componentes básicos que deben ser abordados durante este espacio y definidos por la *Guía nacional para el manejo del VIH*, respaldada por la Resolución 3442 de 2006. Se encontró que solo en el 40,4% de los casos se cumplieron con los componentes requeridos, mientras que cerca de la

mitad, 45,3%, recibieron información de mala o regular calidad (tabla 16).

Tabla 16. Asociación entre haber recibido asesoría pre- y posprueba y género, orientación sexual, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona. Bogotá, 2011

Variable		Recibió asesoría pre y post prueba		Valor p
		Algún tipo de asesoría	Ninguna asesoría	
Autodefinición de género	Hombre	72,0	28,0	0,814
	Mujer	70,7	29,3	
	Transexual	62,5	37,5	
Autodefinición de orientación sexual	Bisexual	78,0	22,0	0,115
	Heterosexual	67,4	32,6	
	Homosexual	74,1	25,9	
Año del diagnóstico	De 1987 a 1999	62,6	37,4	0,001
	De 2000 a 2003	63,0	37,0	
	De 2004 a 2007	71,0	29,0	
	De 2008 a 2011	81,1	18,9	
Régimen de seguridad social al momento del diagnóstico	Contributivo	74,5	25,5	0,341
	Subsidiado	72,9	27,1	
	Especial o excepción	69,4	30,6	
	No afiliado	66,2	33,8	

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla 16, únicamente la asociación entre haber recibido asesoría y el año de diagnóstico mostró significancia estadística, indicando que hay mejoras en el acceso a estos espacios con el transcurso del tiempo y mejoras en la implementación de servicios de asesoría para la prueba de VIH (tabla 17).

Se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el lugar de realización de la prueba y el estrato socioeconómico

Tabla 17. Asociación entre el lugar de realización de la prueba para VIH y el sitio de residencia, estrato socioeconómico, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona. Bogotá, 2011

Variable		En que lugar se hizo la prueba				Valor p
		Carcel	IPS	Otro	Particular	
Ciudad donde reside actualmente	Bogotá	0,9	78,4	2,0	18,7	0,0619
	Fuera de Bogotá	0,0	79,3	0,0	20,7	
Estrato socioeconómico	1	5,3	88,2	1,3	5,3	0,0001
	2	0,4	79,8	1,3	18,4	
	3	0,0	77,9	2,0	20,2	
	4	0,0	69,6	1,8	28,6	
	5	0,0	40,0	0,0	60,0	
Año del diagnóstico	De 1987 a 1999	0,0	72,5	1,7	25,8	0,01
	De 2000 a 2003	0,9	68,5	2,8	27,8	
	De 2004 a 2007	0,0	86,1	0,6	13,3	
	De 2008 a 2011	1,8	80,6	2,3	15,3	
Régimen de seguridad social al que pertenece al momento del diagnóstico	Contributivo	0,0	76,3	1,6	22,2	0,017
	Subsidiado	2,6	82,4	1,3	13,7	
	Especial o excepción	0,0	88,6	1,4	10,0	
	No afiliado	0,7	73,3	3,0	23,0	

Fuente: elaboración propia.

mico, lo cual indica que las pruebas diagnósticas para la población de estratos 1, 2 y 3 se hacen principalmente en la IPS asignadas por su EPS, lo cual puede corresponderse con el régimen subsidiado. A medida que aumenta el estrato, o cuando las personas no están afiliadas, se hace uso de laboratorios privados para realizarse la prueba. Igualmente, se obtuvo una asociación significativa con el año de diagnóstico, lo cual indica que con el transcurrir del tiempo, las personas asisten cada vez más a sus IPS para realizarse la prueba.

En las entrevistas y acompañamientos, las personas reportan que las motivaciones para realizarse la prueba difieren si se es un hombre homosexual¹⁵, un hombre heterosexual o una mujer. Los hombres homosexuales y las mujeres trans- expresaron que una de las razones para realizarse la prueba es haber tenido o tener una pareja diagnosticada, y “sentirse en riesgo”, idea que es reforzada por la información que han recibido, según la cual “los hombres homosexuales” son un grupo de riesgo para adquirir el VIH. En los hombres heterosexuales, la razón de la prueba en la mayoría de los casos estuvo relacionada con el diagnóstico de la compañera, usualmente durante el embarazo, o por encontrarse en una precaria condición de salud o con síntomas no resueltos durante mucho tiempo. Para el caso de las mujeres, la principal razón para hacerse la prueba es estar embarazada y seguir las sugerencias del personal de salud; en segundo lugar, el diagnóstico del compañero o estar enferma durante mucho tiempo sin resolución del problema de salud.

En relación con los lugares para hacerse la prueba, es importante tener presente que las personas que fueron diagnosticadas antes de la Ley 100 preferían realizarse la prueba en laboratorios privados o instituciones como la Cruz Roja, a excepción de los casos en los cuales las personas estaban hospitalizadas o presentaban situaciones de salud crítica, en cuyo caso se realizaban en el lugar en que estuvieran siendo atendidas. Posterior a la Ley 100, el acceso a la prueba está mediado por el régimen de afiliación, es así como a las personas del régimen subsidiado y del vinculado, a pesar de que la norma impide el cobro de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, estos les son exigidos, lo que se convierte en muchos casos en una barrera de acceso para el diagnóstico.

Otras circunstancias que afectan el acceso es no haber sido encuestado por el Sisbén, tener doble afiliación o estar en el tránsito entre los regímenes de afiliación. Una situación similar afecta la continuidad en el proceso de diagnóstico, por ejemplo, problemas con el aseguramiento o la contratación entre IPS y EPS. Es así como se encontraron casos en los que la prueba, la asesoría y la entrega de resultados se hace en distintos lugares, ampliando el tiempo de desplazamiento y entrega, que se traduce en angustia y ansiedad de las personas por conocer el resultado. A esto se suma que

¹⁵ Para esta investigación, los hombres homosexuales entrevistados se declararon a sí mismos homosexuales, razón por la cual les llamaremos de esa misma manera.

en algunos casos se terminan los contratos y el proceso no se lleva a cabo o se realiza de forma incompleta.

Otro aspecto que afecta el proceso de diagnóstico es la relación personal de salud-paciente. Recibir un trato humanizado, cálido, digno, ser escuchado, resolver de manera eficiente y clara las dudas y necesidades del paciente, crea un proceso de empatía y confianza, que se traduce en un paciente menos ansioso, receptivo a las recomendaciones médicas, “paciente” frente a la ruta burocrática, adherente al tratamiento, con mejores procesos de autocuidado, eventos que llevan a tener una mejor calidad de vida. Si a lo anterior se suma la permanencia de los profesionales, es decir, que es una misma persona la que acompaña en el proceso diagnóstico, los pacientes logran hacer todos los recorridos sin problema y “acceden” con mayor facilidad a los programas de atención a PVVS.

Un elemento más que afecta el diagnóstico es la demora en la entrega de los resultados. Las personas que se realizaron la prueba antes de 1993 recuerdan que los retrasos en la entrega de resultados eran significativos y terminaron convirtiéndose en sinónimo de un resultado positivo, así se argumentara que las demoras se debían a problemas técnicos con las muestras.

En relación con la asesoría, para muchas personas la firma del consentimiento informado es equiparada con la realización de la asesoría preprueba. Para garantizar la calidad de la asesoría, las personas entrevistadas señalan como fundamental que existan personas idóneas para realizarlas y/o que las personas que se involucran en todo el proceso de diagnóstico (solicitar, realizar y entregar los resultados) tengan información clara, suficiente, actualizada y entrenamiento para hacerlo, de otra manera la información se piensa como insuficiente o poco pertinente.

En la mayoría de los casos, aquellas personas que salen al menos con una orientación básica, clara y puntual llevan de mejor manera su tratamiento. Por el contrario, en aquellos casos en los que no hay una buena asesoría, las personas no acceden o abandonan el tratamiento tempranamente, situación que es frecuente en aquellos casos en que la persona está hospitalizada.

Podría pensarse que la experiencia en torno a la prueba y el diagnóstico es en principio un elemento que solo corresponde al sujeto, que depende exclusivamente de los propios recursos; sin embargo, es claro que el sistema de salud, las redes familiares y el entorno van a incidir en la vivencia en torno a la realización de la prueba y el proceso de diagnóstico. Es así como la vinculación laboral o el tipo de empleo que se tenga son elementos clave a la hora de hacerse la prueba, recibir el diagnóstico y asumir un tratamiento. En este caso, tener un empleo con horas y espacio establecidos plantea problemas a la hora de las citas, los exámenes y el proceso mismo de adaptación y vivencia con la enfermedad y otras enfermedades asociadas.

Aquí es clave, entonces, la información que pueda tener al respecto el empleador y los compañeros de trabajo, por

cuanto la vida laboral implica compartir también muchos aspectos de la vida personal y socializar desde múltiples perspectivas. En muchas ocasiones, los niveles de respeto, comprensión, colaboración del empleador y compañeros de trabajo cuando la persona debe pedir permisos para citas médicas, practicarse exámenes o realizar procesos administrativos propios del sistema de salud, están relacionados con el grado de información que tengan respecto al VIH y el sida, por tanto, con la capacidad de respeto y solidaridad que se pueda desarrollar usando esta información. Lógicamente, el estigma y la discriminación se convierten en obstáculos para dichas dinámicas de información, comunicación, solidaridad y apoyo.

Otro tema importante que influye en la experiencia en torno al diagnóstico tiene que ver con el núcleo social. En las asesorías, usualmente no se hace un abordaje del tema de pareja, ni la familia respecto a la pertinencia de revelar o no el diagnóstico, o brindar herramientas orientadas a que los núcleos sociales de las PVVS se constituyan en apoyo. Cuando se aborda el tema, la poca información está dada en términos moralistas y se enfatiza en una perspectiva inequitativa en la que a la mujer se le recalca su rol de cuidadora y su responsabilidad de no abandonar a quien vive con VIH, mientras que en los hombres se enfatiza que deben ser sujetos de cuidado.

Existen también diferencias entre las parejas homo- y heterosexuales respecto a la experiencia en torno al diagnóstico; los hombres homosexuales abordados señalaron que de alguna manera habían percibido que podrían llegar a infectarse con VIH en algún momento de su vida, mientras que los hombres, mujeres y parejas heterosexuales siempre plantearon un gran asombro por tener que hacerse la prueba. Las parejas homosexuales lo ven como una posibilidad; sin embargo, este hecho no suprime la sorpresa, la angustia, el miedo u otro sentimiento, pero sí posibilita otros elementos para su manejo, tanto en el ámbito individual, como de pareja, familiar e incluso en esferas sociales más amplias.

A pesar de la relación histórica entre VIH y hombres homosexuales, los profesionales de la salud aún no han construido elementos de apoyo al diagnóstico específicos para una pareja homosexual o un hombre homosexual. En el caso de los hombres heterosexuales, manifiestan un ambiente institucional en el cual se les asume como homosexuales, y tampoco encuentran espacios de comunicación con los cuales se identifiquen y puedan elaborar su nueva condición de salud, aspecto similar al que reportan las mujeres en su relacionamiento con el personal de salud y el sistema en general.

Las condiciones en que se toma la prueba (atención recíproca, calidez en la atención, información clara, lenguaje sin prejuicios o juzgamiento, mínima ruta burocrática, asesoría contextualizada, entre otros) y se conoce el diagnóstico son parte importante en la vivencia del VIH, incluso si el resultado es negativo. La manera como se viven estas dos

situaciones va a incidir en la forma de asumir el diagnóstico y la vivencia del VIH.

Análisis

La razón por la cual las personas se hacen la prueba se ha modificado muy poco a través del tiempo. Sin duda, los cambios más significativos tienen que ver con un número menor de pruebas exigidas para acceder a trabajo o estudio; ello puede explicarse en principio porque la normatividad lo impide (Ministerio de la Protección Social 1997).

En relación con el acceso, es evidente que está mediado por prácticas de riesgo, es decir, que se accede a la prueba en la medida en que las personas se sientan en riesgo, presenten una patología que sea comorbilidad frecuente de VIH, una ITS u otra patología que le permita al médico sospechar de una infección por VIH; también, que hagan parte de poblaciones con protección especial, como es el caso de las gestantes, en cuyo caso existe la estrategia de reducción de la transmisión vertical (García, Prieto et al. 2005). Sin embargo, llama la atención cómo en muy contadas narraciones el acceso está relacionado con la información o las campañas de los servicios de salud (que son muy pocas) y no logran despertar en las personas interés por realizarse la prueba.

Otro aspecto por tener en cuenta en el proceso de diagnóstico es la asesoría, pues en muchos casos nunca existió o solo se dio la asesoría posprueba. Un aspecto que debe resaltarse es la pertinencia de la información que se da a la persona en estas asesorías, pues muchos reportaron que en este espacio no obtuvieron información clara respecto a la enfermedad o el tratamiento, y que en muchos casos aparecieron elementos de estigma y discriminación; tampoco se les explicó la ruta para ingresar a los programas de atención, información que es corroborada por los profesionales. Lo anterior muestra que se requiere tener profesionales capacitados adecuadamente para hacer las asesorías, pues, es evidente que aquellas personas que tuvieron muy buenas asesorías tienen una mejor relación con su diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Respecto a la oportunidad, puede decirse que en general los diagnósticos se están haciendo de manera tardía, es decir, cuando la persona tiene un compromiso importante de su salud. Así mismo, se evidencian retrasos en la entrega de los resultados, lo cual se convierte en un elemento que aporta mayor ansiedad a la entrega del diagnóstico.

La continuidad en el diagnóstico se ve afectada por la necesidad obligatoria de afiliarse al sistema de salud y la organización fragmentada de este, respecto a las contrataciones entre EPS-IPS y los distintos niveles de atención de los diferentes elementos necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, para acceder a la prueba cuando no hay presencia de sintomatología debe hacerse en el primer nivel de atención, la asesoría está en este mismo nivel, pero las pruebas son de tercer nivel, por lo cual los pacientes deben hacer una ruta geográfica y burocrática, que en muchos casos desestimula el uso de los servicios; ello es particularmente visible

entre las gestantes. Por otro lado, cuando la persona no tiene una buena asesoría respecto a la ruta que debe seguir, queda un vacío entre el diagnóstico y el acceso efectivo al programa de atención, ya sea por desconocimiento, por negación del diagnóstico o por la “ruptura” de la vida que implica tener un diagnóstico para VIH.

Tratamiento

Entrevistador: ¿Cómo ha sido la experiencia aquí, cómo es tu trabajo, cómo abordan a las personas?

María: Se supone que la función de psicología en todos los programas de sida es trabajar la parte de adherencia; por lo tanto, la función de psicología es la adherencia, la responsabilidad del paciente frente al tratamiento. Yo he querido cambiar ese esquema y dejar de lado un poco la cantaleta que hace la psicóloga y el replique. Es más de hacerle consciente al paciente de mejorar su calidad de vida a través de una vida sana, con responsabilidad, con principios y valores; darle a psicología el valor fundamental que difícilmente la sociedad nos ha dado a los psicólogos, y mostrarle al médico, al infectólogo, al nutricionista, a la parte administrativa y al mismo paciente; que se muestre la oportunidad, que descubra en sí cuál es su responsabilidad frente al tratamiento. Porque, básicamente a uno le dicen un paciente VIH/sida y uno cree que la responsabilidad es del cuerpo médico, pero el 97% de la responsabilidad está en cada paciente; entonces, esa experiencia se ha basado no solo en la adherencia, sino en trabajar otros factores, como la responsabilidad individual y la responsabilidad social que tiene una persona diagnosticada.

Psicóloga que trabaja en IPS, régimen contributivo y de excepción

Tal como se ha venido mencionando, el tratamiento para VIH se plantea como integral, y por tanto requiere un equipo multidisciplinario para su atención. En el caso colombiano, la guía de manejo plantea que este equipo debe estar conformado por médico general, enfermera jefe, nutricionista, psicólogo, odontólogo, infectólogo, etc. Los profesionales que trabajen en este equipo deben tener ciertas características de entrenamiento y cualidades profesionales para el abordaje de las PVVS, dentro de ellas se encuentran la confidencialidad, educación, experiencia, dedicación, buena comunicación y manejo integral.

Las principales diferencias entre las guías del Panel y la OMS respecto a la de Colombia están dadas por el momento de inicio de la terapia antirretroviral, el uso de los exámenes de diagnóstico y los esquemas de terapia antirretroviral. Las guías internacionales plantean como estrategia fundamental para el éxito de la TAR el inicio temprano de esta,

estableciendo que en personas con recuentos inferiores a 350 CD4 se debe dar inicio al tratamiento. Por su parte, la guía nacional plantea que se debe iniciar TAR en recuentos inferiores a 200 CD4, y entre 250 y 350 CD4 propone “considerar” el inicio de medicamentos dependiendo de la carga viral (mayor o menor a 100.000 copias).

Así mismo, la guía norteamericana plantea como recomendación la realización del test de resistencia viral (genotipificación) al momento de escoger el esquema para iniciar la TAR; este permite conocer el “tipo de virus” presente y los medicamentos a los cuales es sensible, de esta manera se disminuye la posibilidad de fracaso virológico; al respecto, la guía de la OMS recomienda utilizarlo en aquellos casos en los que hay recursos disponibles. Por su parte, la guía nacional no hace una recomendación específica respecto a su utilización para el inicio del tratamiento y se propone solo en los casos en que hay segundo fracaso virológico.

En relación con el seguimiento al tratamiento, la guía norteamericana recomienda hacer recuentos de CD4 cada tres a cuatro meses; por el contrario, la nacional hace recomendaciones específicas para algunos casos, pero en general recomienda hacerlos cada seis meses. Para carga viral, nuevamente la guía norteamericana recomienda hacerlos cada tres a cuatro meses, y la colombiana sugiere no realizar cargas virales en pacientes con recuentos de CD4 superiores a 350 que no estén en tratamiento, y cada seis meses en pacientes entre 250 y 350 CD4; igualmente, recomienda hacerla para iniciar tratamiento, posteriormente a los dos meses y luego a los seis si la respuesta al medicamento fue satisfactoria.

La guía nacional también recomienda hacer otros exámenes de seguimiento y control, como serologías, laboratorios de función hepática y renal, entre otros, dependiendo del esquema terapéutico que tenga la persona.

Una parte importante de las PVVS que no ingresan a los programas especializados de atención en VIH se relaciona con los itinerarios burocráticos, que son todos aquellos procesos administrativos, generación de autorizaciones, desplazamiento entre sedes de las ESE, EPS e IPS, y demás elementos que definen demoras para el acceso a la primera atención médica relacionada con el diagnóstico. Según las respuestas obtenidas, agrupamos el tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita relacionada con este, como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18. Tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica relacionada con el diagnóstico de VIH. Bogotá, 2011

Tiempo entre diagnóstico y primera cita médica relacionada	n	Porcentaje
Menos de 2 semanas	288	46,3
Más de 2 semanas	330	53,1
Sin información	4	0,6
Total	622	100,0

Fuente: elaboración propia.

Aunque no hay una definición clara sobre el tiempo requerido entre la entrega del diagnóstico confirmado para VIH y la primera cita médica, es de esperar que este tiempo sea el menor posible. Como se observa en la tabla 18, únicamente el 46,3% de las personas reportaron haber tenido la primera cita médica en las primeras dos semanas después de la entrega de los resultados, el 53,1% reportó haber tardado más de dos semanas, y es especialmente importante resaltar que 147 personas (23,6% del total de la muestra) informaron haber demorado más de tres meses para su primera atención médica (datos no mostrados en la tabla citada) (tabla 19).

Tabla 19. Asociación del tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica, el año de diagnóstico, el régimen de seguridad social en salud y el estrato socioeconómico. Bogotá, 2011

Variable		Tiempo entre el diagnóstico y la primera cita médica		Valor p
		Entre 0 y 2 semanas	Más de dos semanas	
Año del diagnóstico	De 1987 a 1999	35,8	64,2	0,041
	De 2000 a 2003	49,5	50,5	
	De 2004 a 2007	45,3	54,7	
	De 2008 a 2011	51,4	48,6	
Régimen de seguridad social al momento del diagnóstico	Contributivo	47,7	52,3	0,0001
	Subsidiado	49,3	50,7	
	Especial o excepción	69,4	30,6	
	No afiliado	29,4	70,6	
Estrato socioeconómico	1	57,3	42,7	0,111
	2	42,0	58,0	
	3	48,8	51,2	
	4	43,9	56,1	
	5	20,0	80,0	

Fuente: elaboración propia.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la primera cita médica ha mejorado de forma significativa. Un dato importante es que este tiempo es significativamente menor en el régimen especial que en los no afiliados al sistema o pertenecientes al régimen subsidiado, lo cual indica que el tipo de programa sí genera diferencias importantes clínica y emocionalmente en la vivencia del VIH, bien sea por itinerarios burocráticos más exigentes, como en el caso de régimen subsidiado, o por tener que cargar con el proceso necesario para acceder a salud cuando no se está afiliado (tabla 20).

Tabla 20. Cobertura global de terapia antirretroviral. Bogotá, 2011

Toma Terapia Antirretroviral	Contributivo		Subsidiado		Especial o excepción		No afiliado		Total ciudad	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
SI	236	95,5%	106	94,6%	68	98,6%	153	95,0%	563	95,6%
NO	11	4,5%	6	5,4%	1	1,4%	8	5,0%	26	4,4%
No requiere TAR	11		8		5		8		32	
Total que requiere TAR	247	100,0%	112	100,0%	69	100,0%	161	100,0%	589	100,0%

Fuente: elaboración propia.

La cobertura global de terapia antirretroviral (TAR) es del 95,6% para el Distrito Capital, lo cual concuerda con los reportes de cobertura del 91,7% de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud. Este hallazgo es importante, ya que sabemos que la terapia antirretroviral, al controlar la replicación viral, mejora la calidad de vida de las personas y disminuye la posibilidad de que las parejas sexuales se infecten con el virus. Sin embargo, es importante determinar la oportunidad con la cual fueron suministrados los medicamentos, si las personas han interrumpido este tratamiento y cuáles han sido las razones para ello (tabla 21).

Tabla 21. Tiempo transcurrido entre la formulación de ARV y su entrega efectiva. Bogotá, 2011

Tiempo transcurrido entre la formulación de TAR y la entrega	N	Porcentaje
Menos de 2 semanas	493	87,6
Más de 2 semanas	70	12,4

Fuente: elaboración propia.

Las guías nacionales e internacionales definen que la entrega de los antirretrovirales se debe hacer de forma inmediata a las PVVS una vez formulados. Según los datos, el 87,6% de las personas recibieron los medicamentos durante las primeras dos semanas después de su prescripción; sin embargo, al 12,4% de las personas les tomó más tiempo, lo cual permite identificar una importante falencia de los programas de VIH y sus estrategias de acompañamiento a las PVVS (tabla 22).

Tabla 22. Asociación del tiempo entre la formulación de TAR y la entrega efectiva de esta, con autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud. Bogotá, 2011

Variable		Tiempo entre la formula y la entrega de la TAR		Valor p
		Entre 0 y 2 semanas	Más de dos semanas	
Autodefinición de género	Hombre	87,4	12,6	0,264
	Mujer	90,1	9,9	
	Transexual	71,4	28,6	
Ocupación actual	Empleado	87,5	12,5	0,854
	Desempleado	88,3	11,7	
	Independiente	88,3	11,7	
Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente	Contributivo	93,4	6,6	0,001
	Subsidiado	79,2	20,8	
	Especial o excepción	95,6	4,4	
	No afiliado	92,8	7,2	

Fuente: elaboración propia.

Se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de formulación de TAR y la entrega de estos con el régimen de seguridad social en salud al cual pertenecen las PVVS; existe una diferencia entre las personas afiliadas a EPS subsidiadas, quienes reportaron que el 20,8% demoraron más de dos semanas para la entrega de los ARV, en comparación con los otros regímenes que tuvieron porcentajes mucho menores (tabla 23).

Tabla 23. Número de personas que reportaron haber suspendido los antirretrovirales en algún momento. Bogotá, 2011

Ha interrumpido en algún momento la Terapia Antirretroviral	n	Porcentaje
No	279	49,5
Si	284	50,5

Fuente: elaboración propia.

Se observa que la mitad de las PVVS reportaron haber suspendido en alguna ocasión las TAR. Como se observa en la tabla 24, la mayoría de estos (86,6%) han interrumpido solo una vez la terapia antirretroviral, en contraste con un 13,4% que lo ha hecho más de una vez.

Tabla 24. Número de veces que ha interrumpido la TAR. Bogotá, 2011

Número de veces que ha interrumpido el TAR	n	Porcentaje
Una	246	86,6
Dos	31	10,9
Tres	5	1,8
Cuatro	2	0,7

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25. Razón por la cual las personas viviendo con VIH participantes decidieron suspender el consumo de TAR. Bogotá, 2011

Razon por la cual aunque tiene indicado no toma TAR	Porcentaje
Problemas administrativos con la institución de salud	23,1
Decisión personal	46,2
No lo tolera	7,7
Otra razón	23,1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 26. Análisis de asociación de la razón que causó el mayor tiempo de suspensión de la TAR y autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud. Bogotá, 2011

Variable		Razón que causó la mayor interrupción del TAR				Valor p
		Problemas administrativos	Indicación médica	Decisión personal	Falta de dinero	
Autodefinición de género	Hombre	48,9	7,2	40,4	3,6	0,204
	Mujer	31,7	9,8	51,2	7,3	
	Transexual	100,0	0,0	0,0	0,0	
Ocupación actual	Empleado	39,3	9,8	47,5	3,3	0,678
	Desempleado	42,9	4,1	51,0	2,0	
	Independiente	50,6	7,8	35,1	6,5	
	Otro	50,0	6,9	38,9	4,2	
Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente	Contributivo	39,0	8,6	48,6	3,8	0,011
	Subsidiado	47,2	5,7	37,7	9,4	
	Especial o excepción	53,6	21,4	25,0	0,0	
	No afiliado	53,8	2,5	41,3	2,5	

Fuente: elaboración propia.

La decisión personal basada en múltiples aspectos fue la principal causa para que las PVVS decidieran suspender la toma de medicamentos, lo cual está relacionado con la poca información que reciben las personas al momento del diagnóstico. Es importante tener en cuenta al 23,1% de las personas que deciden suspender los medicamentos por causa de los procesos administrativos (tabla 26).

Como se observa en la tabla 26, se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre la razón que causó el mayor tiempo de suspensión de TAR y el régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la PVVS. Existe una diferencia para las personas afiliadas a regímenes de excepción, quienes suspenden los medicamentos principalmente por indicación médica, mientras que las personas del régimen subsidiado reportan falta de dinero, y en las personas del régimen contributivo y no afiliado la decisión personal es la principal causa (tabla 27).

Tabla 27. Personas que requirieron interponer acciones judiciales para tener acceso a servicios en salud relacionados con VIH. Bogotá, 2011

Ha necesitado interponer alguna acción jurídica en alguna etapa	n	Porcentaje
No	425	68,3
Si	197	31,7
Total	622	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 27 se observa que el 31,7% de las personas participantes en el estudio en algún momento tuvieron que interponer acciones jurídicas para acceder a servicios en salud relacionados con el VIH.

La tabla 28 muestra que el 41% de las personas que interpusieron acciones legales lo hicieron para tener acceso a lo que se denomina tratamiento integral, lo cual les permite, con una sola acción de tutela, garantizar la atención de todos los procedimientos y actividades relacionadas con el VIH.

Otro 40,1% requirió interponer acciones judiciales para tener acceso a la TAR por negación o suspensión de esta, y el 9,1% lo hicieron para exámenes y pruebas de laboratorio de seguimiento o complementarias para el tratamiento del VIH. Es importante destacar que el 4,6% de las personas reportaron haber tenido que utilizar mecanismos jurídicos para realizarse la prueba diagnóstica de VIH. Cabe resaltar que la inclusión de pruebas diagnósticas, exámenes de seguimiento y medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH se ha ido implementando en los planes de beneficios con distintas normatividades; por ejemplo, la inclusión de la carga viral en el régimen contributivo y subsidiado se hizo hasta el 2003 (acuerdos 254 de 2003 y 282 de 2004) (Para ampliar este tema, véase anexo 1).

Tabla 28. Procesos o actividades para las cuales se requirió interponer acciones jurídicas. Bogotá, 2011

Proceso para el cual interpuso la acción jurídica	n	Porcentaje
Tratamiento integral	81	41,1
Medicamentos	79	40,1
Exámenes complementarios o de seguimiento para VIH	18	9,1
Prueba diagnóstica inicial	9	4,6
Cita con especialista	7	3,6
Cirugías relacionadas con VIH	2	1,0
Cita medicina general	1	0,5

Fuente: elaboración propia.

Tabla 29. Asociación de la necesidad de interponer acciones jurídicas y régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género y nivel de escolaridad. Bogotá, 2011

Variable		Ha necesitado interponer alguna acción judicial		Valor p
		No	Si	
Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente	Contributivo	0,6	0,4	0,000
	Subsidiado	0,7	0,3	
	Especial o excepción	0,8	0,2	
	No afiliado	0,8	0,2	
Autodefinición de género	Hombre	0,7	0,3	0,137
	Mujer	0,8	0,2	
	Transexual	0,6	0,4	
Nivel de escolaridad	Primaria	0,7	0,3	0,054
	Secundaria	0,7	0,3	
	Técnico	0,6	0,4	
	Universitario	0,6	0,4	

Fuente: elaboración propia.

Para este análisis hubo significancia estadística entre la necesidad de interponer acciones jurídicas y el régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la persona; se encontró que las personas del régimen contributivo, en primer lugar, y el régimen subsidiado fueron las que necesitaron acceder más frecuentemente a este tipo de recursos. Si bien el nivel de escolaridad no alcanzó a mostrar niveles de significancia estadística, las personas con mayor nivel académico utilizan este tipo de herramientas jurídicas más

frecuentemente, lo cual posiblemente esté relacionado con el conocimiento de los derechos en salud y los mecanismos de exigibilidad de estos (tabla 30).

Tabla 30. Calificación general de la atención de los programas de VIH. Bogotá, 2011

Calificación general de la atención al VIH	n	Porcentaje
Excelente	215	34,6
Buena	322	51,8
Regular	66	10,6
Mala	17	2,7
Sin información	2	0,3
Total General	622	100,0

Fuente: elaboración propia.

A las PVVS se les preguntó cómo percibían, en términos generales, la calidad de la atención en el programa de VIH. El 13,3% calificó la atención como regular o mala, mientras que el 86,3% la definió como excelente o buena (tabla 31).

Tabla 31. Análisis de asociación de la calificación general de la atención en VIH y cumplimiento porcentual de asesoría pre- y posttest, régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género, interrupción de TAR y atención de los profesionales en el mismo sitio. Bogotá, 2011

Variable		Calificación general de la atención del VIH		Valor p
		Buena-excelente	Regular-mala	
Cumplimiento porcentual de la asesoría pre-test	Regular-mala	76,9	23,1	0,000
	Buena-excelente	92,5	7,5	
Cumplimiento porcentual de la asesoría post-test	Regular-mala	86,9	13,1	0,047
	Buena-excelente	92,8	7,2	
Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente	Contributivo	87,6	12,4	0,605
	Subsidiado	83,2	16,8	
	Especial o excepción	89,2	10,8	
Autodefinición de género	Hombre	86,7	13,3	0,008
	Mujer	89,1	10,9	
	Transexual	50,0	50,0	
Ha interrumpido la TAR	No	90,3	9,7	0,013
	Si	83,2	16,8	
Todos los profesionales lo atienden en el mismo sitio	No	80,7	19,3	0,006
	Si	89	11	

Fuente: elaboración propia.

Para este análisis hubo significancia estadística entre varios elementos. Se observa una relación directa entre la calidad de la asesoría pre- y posprueba, y la percepción de la calidad en la atención; se ve claramente que las personas que han interrumpido la TAR y que tienen que desplazarse por varias IPS para recibir la atención califican en mayor proporción la atención como regular o mala.

El análisis según la autodefinición de género indica que las personas transgeneristas muestran una percepción

negativa de la atención mucho mayor (50%) que hombres y mujeres, quienes en un promedio del 12,1% perciben la atención como regular o mala; esto puede estar directamente relacionado con condiciones de estigma y discriminación.

El análisis de las entrevistas y acompañamientos nos empieza a explicar algunos de los datos cuantitativos. Cuando una persona es diagnosticada como “VIH positiva” debe solicitar una cita a medicina general y el profesional de esta área debe remitirle a un programa especializado en VIH, y así comenzar el proceso de atención y tratamiento. No obstante, para las personas abordadas en la investigación esta ruta, que parece sencilla, no es fácil de recorrer, ya que a muchas de ellas no se les explicaron claramente los procesos que debían llevar a cabo o hallaron complejas las instrucciones. Muchas de las PVVS postergaron el ingreso al programa debido a la complejidad de la ruta o hasta tanto no tuvieron acceso a información más clara; otras terminaron ingresando debido a la presión de sus grupos familiares, forzándose a hacer los trámites a que hubo lugar.

Una vez hecho el ingreso al programa, el médico tratante ordena una serie de exámenes con el objeto de caracterizar la situación clínica de la persona y poder identificar también la presencia de infecciones oportunistas u otras situaciones que podrían incidir en el estado de salud (carga viral, CD4, serología, toxoplasmosis, hepatitis B, etc.). Para las PVVS del régimen contributivo, lograr las órdenes respectivas para hacer estos exámenes y llevar a cabo el proceso de manera satisfactoria fue más sencillo que para las personas del subsidiado; a estas últimas personas no necesariamente le ordenaron todos estos exámenes, o tuvieron que hacer un mayor número de trámites, o esperar tiempos muy prolongados, porque no estaban vigentes los contratos con IPS o con laboratorios. Estas situaciones fueron aún más complicadas para algunas personas del régimen especial y para otras que estaban cambiando de régimen, porque aparecían con doble afiliación, y se les solicitó esperar a que hubiese claridad sobre el régimen en el que quedarían afiliados antes de continuar con sus necesidades de ayudas diagnósticas, consultas con especialistas o tratamiento.

En cuanto al acceso a medicamentos ARVS, es importante destacar que en varias de las narraciones de las PVVS abordadas se describieron situaciones de desabastecimiento hasta por tres meses, como causas se mencionaron deudas no pagas entre EPS e IPS, y problemas de contratación entre dichos estamentos. Según las narraciones de las PVVS, esta situación difiere de acuerdo con el régimen de afiliación al que se pertenezca, ya que es más fácil acceder a los ARVS cuando se pertenece al contributivo y más difícil cuando se es atendido en el subsidiado, e incluso tuvimos algunas narraciones de formulación de monoterapias en personas privadas de la libertad.

Por otra parte, algunas PVVS y algunas personas de la salud plantearon su preocupación respecto a que en algunos casos a las personas se les cambiaron los medicamentos de marca comercial por medicamentos genéricos, estos últimos

se describieron como malos y de menor efectividad que los primeros. Ante esta situación, se elevaron quejas y acciones legales, ejerciendo presión para regresar a la terapia con medicamentos de marca comercial.

En algunas narraciones de PVVS se mencionó dejar de tomar los medicamentos cuando se iba a consumir alcohol o se identificaban interacciones de los medicamentos con comidas. Según algunas personas, lograr niveles indetectables del virus se convertía en una situación que justificaba la suspensión de los antirretrovirales (ARV).

Al preguntar concretamente tanto a PVVS como a personas de la salud respecto a cuáles consideraban que podrían ser algunos factores que incidieran en la adherencia a los tratamientos, las primeras argumentaron que para ellas era fundamental que las personas de la salud fueran cálidas en el trato, amables, que les escucharan y que les entendieran sus necesidades y problemáticas particulares; mientras que para las personas de la salud, el éxito en la adherencia depende de si la persona tiene un buen nivel de aceptación de la enfermedad, cree en el tratamiento, tiene estabilidad laboral, un núcleo social de apoyo, pareja y/o un buen nivel educativo.

Por otro lado, respecto a la integralidad de los tratamientos, algunas personas narraron cómo las IPS que las atienden hacen esfuerzos por tener programas “integrales”, ya que por lo menos esas instituciones poseen la planta mínima de profesionales del equipo interdisciplinario que les deben atender. No obstante, esto no ocurre en otros programas, y en algunas situaciones ni siquiera se habló de la existencia de un programa estructurado, sino, más bien, de profesionales que les atienden de manera aislada, discontinua y en distintos lugares.

Varias de las personas abordadas reportaron la necesidad de recurrir a mecanismos de defensa de derechos, como la acción de tutela y el derecho de petición, para solucionar los problemas de acceso y continuidad en los tratamientos. Este es un proceso en el que narran mayores trámites, recursos y cansancio, pues para algunas, aun teniendo un fallo a favor, este no se cumple.

Algunas de las PVVS abordadas también manifestaron que prefieren asistir lo menos posible a los programas y que solamente se acercan cada mes por la medicación, en parte debido a que no se sienten a gusto con los profesionales que les atienden, porque los regañan, los critican, no los comprenden, no les creen cuando hablan de sus problemas de salud o simplemente los han tratado con displicencia o los han discriminado a causa de su orientación o sus prácticas sexuales.

Análisis

El acceso al tratamiento para las PVVS depende de la afiliación al SGSSS; así, para las personas que no tienen ningún tipo de aseguramiento, el Fondo Financiero Distrital asume su atención. Para aquellas que pertenecen al régimen subsidiado o contributivo, este dependerá de la vigencia

de los contratos entre las EPS e IPS. Especialmente en el régimen subsidiado, el cambio en la contratación es constante y afecta tanto el acceso al programa de VIH/sida como la continuidad en el tratamiento.

La adherencia es entendida por muchos profesionales de la salud como un asunto de voluntad individual, fruto exclusivo de algo que llaman “fuerza interior de las personas” o del deseo de mantener su enfermedad bajo control. Así, trasladan la responsabilidad del éxito del tratamiento a los sujetos, desestimando la importancia de los contextos sociales, económicos, culturales y emocionales que influyen en la adherencia al tratamiento. En el caso colombiano, como lo han hecho algunas investigaciones, la estructura del SGSSS se comporta como un elemento fundamental que dificulta el acceso, la entrega oportuna y la continuidad del tratamiento.

La calidad de la atención tiene significados diferentes para las PVVS y para los profesionales de la salud. Así, en la perspectiva de los profesionales de la salud, una buena atención significa que prime el manejo del VIH como patología. En contraste, para las PVVS, además del manejo clínico y la entrega oportuna y continua de los medicamentos, el trato y la relación que los equipos profesionales establecen con el paciente son aspectos fundamentales para una atención con calidad. Ser tratados con respeto y amabilidad, sin estigma ni discriminación, además de tener la posibilidad de entablar diálogos francos y horizontales, son aspectos fundamentales para mantener la adherencia a los programas y los medicamentos.

Algunos programas y profesionales logran combinar aspectos técnicos y humanos de mejor forma, lo cual es claramente sentido por las PVVS, quienes manifiestan mayor preocupación por su salud y compromiso con su tratamiento. Los grupos de autoapoyo, por ser espacios en los cuales las personas pueden compartir tanto sus experiencias de vida como aquellas relacionadas con el manejo de la enfermedad, también son identificados como fundamentales para la adherencia. Los elementos anteriormente

descritos señalan problemas serios en la articulación entre programas y pacientes, al parecer por una participación limitada de las personas en su tratamiento.

Algunas IPS de alto costo se han organizado de tal manera que las citas y la entrega de medicamentos se hace en un mismo lugar; este modelo de organización resulta favorable para las PVVS, ya que disminuye la cantidad de desplazamientos que los usuarios deben hacer para lograr la atención, lo cual se traduce en reducción de algunas barreras de acceso. Sin embargo, no en todas las IPS de alto costo se han generado estos procesos de centralización y tampoco esta centralización implica necesariamente mejoras en la atención que las personas reciben. Por ejemplo, aun cuando la IPS tenga todos los servicios que se necesitan para la atención integral, las EPS no los contratan en su totalidad.

Frente a la conformación de los programas, si bien se le da relevancia al hecho de que cuenten con varias disciplinas, ni las PVVS ni los profesionales de la salud evalúan que las prácticas de los equipos sean realmente integrales o que la calidad de varios de los profesionales sea la mejor, lo cual desincentiva el uso de todos los servicios del programa. En los datos de campo se narran experiencias en las que se destaca el trabajo de uno de los profesionales del equipo, quien termina asumiendo la responsabilidad de todo el programa. Esta situación implica que cuando esta persona ya no hace parte del programa, los pacientes no reciban la atención que necesitan, lo cual evidencia que el programa y la calidad de la atención no depende de procesos institucionales, sino de voluntades personales.

Como se veía en el apartado anterior, el tratamiento desde los programas se ha volcado en el manejo del virus y los medicamentos. Se desconocen, entonces, otros aspectos de la vida que están implicados en la experiencia de vivir con la enfermedad y que desbordan el manejo clínico y la toma de ARV, como las relaciones personales y afectivas, las condiciones de vida, trabajo etc.

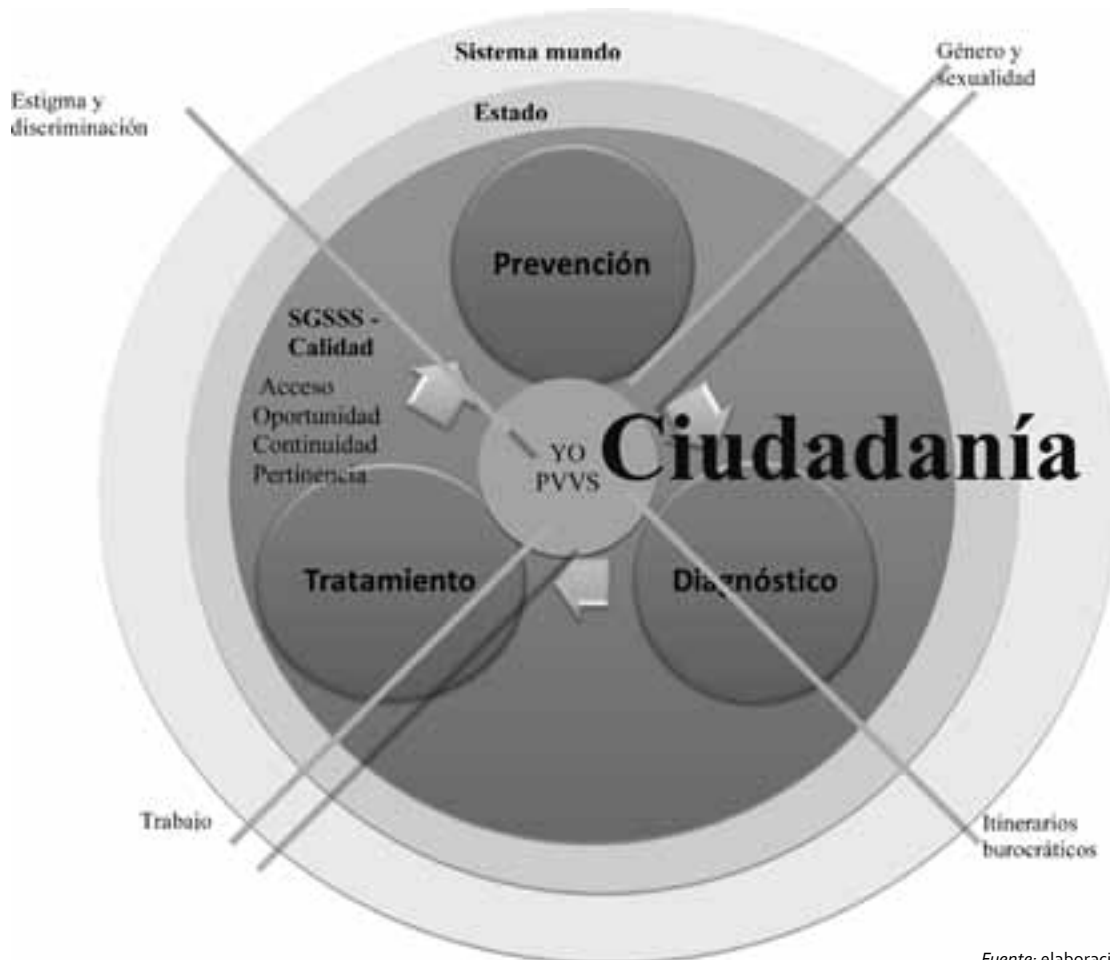
Discusión

A medida que avanzaba el análisis de los datos, se hizo evidente que los resultados de la presente investigación se relacionan de forma contundente con las categorías: 1. *género y sexualidad* y 2. *estigma y discriminación*, ejes teóricos bien desarrollados nacional e internacionalmente para los estudios de VIH/sida. Adicionalmente, formulamos dos categorías: 3. *itinerarios burocráticos* que dentro del diseño de la investigación ya se habían incluido como fuente importante teórica y metodológica para entender las experiencias de las personas con el sistema de salud, y 4. *Trabajo*, la cual empezó a emerger con fuerza como categoría que daba cuenta de gran parte de las dificultades de interacción con el sistema y de significación social más amplia de las vivencias alrededor del VIH. En la presente investigación, tales constructos no se ven como dinámicas independientes, sino que están relacionados y sirven como categorías transversales al análisis del acceso a TAR y la calidad de la atención

que reciben las PVVS, todo esto dentro del marco teórico propuesto.

Encontrar un núcleo teórico interpretativo y explicativo al conjunto de hallazgos y análisis nos llevó a profundizar en la categoría *ciudadanía*, como enfoque que articula el discurso y los avances normativos nacionales e internacionales de derechos humanos, con las vivencias particulares y las dinámicas institucionales propias de los desarrollos de la epidemia y del sistema de salud en Colombia, como parte de las dinámicas del sistema-mundo. Esta discusión, por tanto, presenta una exposición sucinta de las cuatro categorías transversales (*género y sexualidad; estigma y discriminación; itinerarios burocráticos; trabajo*), a la luz de la presente investigación y el contexto mayor de la epidemia en Colombia. Así, a manera de cierre, presentamos una propuesta general de análisis basada en la categoría ciudadanía (figura 6).

Figura 6. Matriz conceptual



Fuente: elaboración propia.

Estigma y discriminación

En 1985 se reconoce en el país la primera muerte por VIH/sida; fue una mujer “trabajadora sexual” en Cartagena. Más que una anécdota en la historia del VIH en Colombia, la “identidad” o “categoría” utilizada para describirla guarda en su interior la carga profunda del estigma y la discriminación relacionada con las prácticas sexuales, que para ese momento era una parte sustancial de la epidemia (Grimber 2003) y que se convertirían, a través del tiempo, en una acción prioritaria en la “lucha contra el sida”.

Las indagaciones por el estigma se harían partiendo del trabajo de Goffman (1963) y de su definición como un atributo de las interacciones humanas que es profundamente despreciativo. El sujeto es visto con una diferencia indeseable, castigada socialmente a través de reglas y sanciones que construirían en el sujeto estigmatizado una identidad deteriorada. Según Grimber (2003), otros trabajos conducirían al concepto de “doble estigma”, que describe los procesos que afectan a un grupo previamente estigmatizado (por ejemplo, los homosexuales), al tener que enfrentar una nueva estigmatización (el sida). Estudios posteriores se centraron en las “actitudes” sociales negativas, o en las representaciones sociales sobre el VIH/sida, relacionado con *sentimientos y temores, desconocimientos y creencias* (Sontag 1996).

Para Grimber (2003), en la mayor parte de los estudios puede reconocerse el predominio de enfoques individualistas que redujeron el estigma al estudio de atributos desacreditadores, considerados como culturalmente contruidos en el marco de las interacciones entre individuos o grupos y, sobre todo, de relaciones diádicas o microgrupales. Al respecto, la autora considera que si bien se reconoce la complejidad y diversidad cultural de la estigmatización y discriminación relacionada con el VIH/sida, las aproximaciones conceptuales tienden a considerar la estigmatización en términos estáticos y a enfatizar su construcción cultural, independizando los estereotipos de las condiciones estructurales y los contextos de desigualdad y poder en los que se anclan. Reproduciendo las definiciones de sentido común, la discriminación queda reducida a una cuestión de “trato injusto”, dependiente de voluntades individuales o grupales.

Al respecto, Parker y Aggleton (2001; 2003) consideran que las verdaderas raíces del estigma asociado con el VIH/sida descansan profundamente en las estructuras genéricas (de género), económicas, raciales y sexuales, que pueden ser encontradas en cada sociedad. No constituye una coincidencia el hecho de que los numerosos estigmas asociados con el VIH/sida se encuentren relacionados con los siguientes aspectos:

- Las divisiones e inequidades de género, como queda expresado en la creencia de que tan solo mujeres y hombres “malas(os)” se infectan.
- Las divisiones raciales y étnicas, como en la creencia de que el sida constituye una enfermedad africana (u occidental).

- Las diferencias en el estatus económico, expresado en la consideración de que son las personas pobres (o ricas) quienes se infectan y enferman de sida.
- Las relaciones y divisiones sexuales, como en la creencia de que tan solo las trabajadoras sexuales, las personas “promiscuas” y los homosexuales son los que pueden infectarse con el virus.

La discriminación se convierte en una acción promovida por el estigma. En palabras de Parker, Aggleton y Maluwa, la discriminación se expresa cuando se realiza una distinción contra una persona, y ello se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia (o la creencia de que pertenece) a un grupo particular.

En el caso del VIH, acciones como despidos laborales, negación de los servicios de salud (atención, cuidado, medicamentos) o educación, pruebas de laboratorio obligatorias, negación de entrada y circulación en algunos países, y desplazamientos e incluso asesinatos por tener un diagnóstico positivo de VIH, son acciones discriminatorias, que se convierten en acciones violatorias de los derechos de las PVVS y, en ocasiones, de sus grupos familiares o de los grupos a los cuales pertenecen o se les identifica socialmente. Esta violación de los derechos multiplica el impacto negativo de la epidemia en todos los ámbitos.

Así mismo, la discriminación, vista como acciones específicas, se expresa en diferentes ámbitos: individual, de comunidad o de la sociedad como un todo.

- En el ámbito individual: aumentan la ansiedad y el estrés, factores que en sí mismos contribuyen a empeorar el estado de salud.
- En el ámbito comunitario: familias y grupos enteros se avergüenzan, encubren su asociación con la epidemia y retiran su participación de respuestas sociales más positivas.
- En el ámbito social: la sociedad como un todo discrimina a las personas que viven con VIH/sida. Hay un incumplimiento de los derechos humanos, se refuerza la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio. Así, concluyen Parker, Aggleton y Maluwa, existe un círculo vicioso entre el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos.

Existen, además, semejanzas importantes entre el estigma y la discriminación por VIH/sida, y algunas de las reacciones sociales negativas detonadas a partir de enfermedades como la lepra, la tuberculosis y el cáncer. En una escala superficial, la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales), la falta de disponibilidad de tratamientos, la imagen de incurabilidad transmitida por los medios de difusión y el temor a la infección y a la muerte,

se encuentran entre los numerosos elementos asociados con el estigma por VIH/sida. Sin embargo, en la base de todos ellos subyacen otros factores que contribuyen a la devaluación de las personas consideradas como infectadas, o en riesgo de infectarse.

Género y sexualidad

En un primer momento, el género se entendió como la problemática de la vida de las mujeres, lo cual aún es sostenido, por cuanto los estudios surgen directamente de la movilización política de las mujeres y de la teoría feminista; en segunda instancia y más recientemente se usó para interpretar también la problemática de los hombres. En un tercer momento, se ha logrado consolidar el enfoque de género por medio de la relación entre mujeres y hombres, sin importar sus orientaciones sexuales; esto quiere decir que lo específico es lo que acontece a las mujeres, a los hombres, y en las relaciones entre unos y otras.

En medio de muchas definiciones sobre el género, consideramos que la más pertinente es la de Joan Scott (1996), quien afirma que el género se utiliza para identificar los símbolos, instituciones, subjetividades y mitos culturalmente disponibles, que evocan representaciones múltiples: conceptos normativos entendidos como doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, de la diferencia entre lo femenino y lo masculino. Scott entiende que el énfasis sobre lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, sino que, por el contrario, el foco del análisis dentro de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores (sexo y género), los cuales conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo, o dentro de cada uno de los sexos; por ejemplo, la subordinación que experimentan los hombres más jóvenes o con menor nivel socioeconómico o educativo frente a otros hombres con mejor posición social, o la subordinación en general de las mujeres frente a los hombres.

Por esto, consideramos de gran utilidad la propuesta de Rubin (citada por Esteban 2006) frente al sistema sexo-género, el cual es concebido como el conjunto de condiciones sociales (convenciones) que transforman la sexualidad en productos culturales de la actividad humana; esto es, el contexto político, económico y social que permite significar culturalmente el sexo y la sexualidad, darle un sentido y adjudicarle un papel histórico. En esta propuesta, la categoría sexo también es una construcción social y como tal es susceptible de ser abordada.

El género como construcción social diferenciada, mediada por relaciones de poder, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres, entre mujeres y mujeres, y entre hombres y hombres; pone de manifiesto el carácter dinámico y jerarquizado de las relaciones construidas entre los sexos en cada cultura, y por tanto facilita la comprensión y la transformación de esa realidad, mediante acciones de política pública y movilización social.

Así, el sistema sexo/género es una construcción histórica que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales —identidad genérica, diferencias corporales, capacidad reproductiva, necesidades, deseos y fantasías— que no siempre están vinculadas. Todos los elementos constitutivos de este sistema tienen su origen en el cuerpo o la mente, y estas adquieren significado solo en las relaciones sociales (Weeks 1998).

Al respecto, Lagarde (2003) afirma cómo lo común, lo esencial a las mujeres, en las más diversas sociedades, es que el eje de la vida social, de la feminidad y de la identidad femenina es la sexualidad para otros. Una sexualidad reproductora de los otros, escindida y antagonizada en sexualidad procreadora y sexualidad erótica. En la cultura patriarcal, la mujer se define por su sexualidad, frente al hombre que se define por el trabajo. Además, se confina la sexualidad en el ámbito de la naturaleza, como una esencia más allá del hacer de la mujer. Como bien lo afirma esta autora, la sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos biosocioculturales que incluye a los individuos, los grupos y las relaciones sociales, las instituciones y las concepciones del mundo —sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes— y, desde luego, al poder (Lagarde 2003).

Al respecto, Barbosa (Barbosa 1996) sostiene que la sexualidad femenina está asociada con la reproducción como elemento principal, desvalorizándola como fuente de placer. En este mismo orden, la sexualidad se construye en el sistema sexo/género como impura y pasiva; solo puede ser ejercida libremente como una expresión de amor y a partir del deseo del otro. En otras palabras, conjugar el verbo *amar* en femenino es tener un fuerte sentido de abnegación, de negación de sí misma en función de otro.

Como afirma Viveros (Viveros 2003), la aparente evidencia de que el cuerpo y el sexo se situaban del lado de lo biológico limitó los asuntos del cuerpo al sexo femenino y creó un desinterés de las ciencias sociales por las prácticas corporales y sexuales, lo cual se convirtió en un campo de la biología y la medicina. Esta última, desde finales del siglo XIX afirmaría que el cuerpo femenino es regido por sus pulsiones y el masculino por la razón, favoreciendo, construyendo, reconstruyendo y actuando sobre los cuerpos y las ideas culturales que se tienen sobre las mujeres y los hombres.

Hasta el 2000, la articulación de las categorías género y salud había sido reducida al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de mujeres, y en el mejor de los casos, a la descripción de diferencias de la salud de la mujer respecto a la del varón. Sin embargo, desde la medicina social y salud colectiva latinoamericanas se ha visibilizado y analizado la asignación diferencial a mujeres y a hombres de roles en la sociedad, los cuales, aunados con las diferencias biológicas, hacen que existan para las mujeres perfiles de salud diferentes a los de los hombres, lo que se ha llamado 'perfiles

epidemiológicos de género'. Cada género, clase social y etnia tiene un perfil de salud característico.

Desde diferentes orillas, el feminismo ha venido cuestionando las ideas y construcciones del discurso biomédico respecto a hombres y mujeres. Ha motivado un análisis de la salud bajo una perspectiva de género, al establecer que las desigualdades en las cuales están inmersas las mujeres frente a los hombres y a otras mujeres incide directamente en su salud y en la construcción que realizan las personas sobre el proceso salud-enfermedad-atención (Viveros 2003; Esteban 2006; Estrada 2006).

A lo largo del proceso vital de las mujeres y los hombres, cambios biológicos, psicológicos y socioculturales interactúan generando situaciones particulares de salud. Para las mujeres, es el caso del periodo denominado edad reproductiva (15-49 años), en el cual se espera que estén en condiciones de engendrar hijos, darlos a luz, criarlos, establecer familia, profesionalizarse, trabajar dentro y fuera del hogar. Por supuesto, se espera que ella cumpla cada uno de estos roles bajo unos criterios de eficiencia social exigentes. Estas situaciones llevan a que las mujeres estén expuestas a una mayor carga de enfermedad. En contraste, los hombres de este mismo rango de edad están en plenitud de su vida laboral, actividad que realizan en muchas ocasiones casi de forma exclusiva. Este hecho marca diferencias en la forma de vivir, enfermar y morir¹⁶ (Estrada 2006). La posibilidad de una mayor carga de enfermedad, si bien se asocia con estas grandes exigencias, en el espacio individual la valoración e imagen que hombres y mujeres tienen de sí es determinante en la manera de afrontar una enfermedad (Artiles Visbal 2000; Costa citado en Estrada 2006).

En el contexto particular del VIH, la situación de la mujer frente a la salud se ve recrudescida por lo que se ha denominado la *vulnerabilidad biológica*. A esta se suma su rol social de cuidadora, que, en los casos de familias viviendo con VIH, es la salud de los otros la que prima, llegando en varios casos a suspender su propio cuidados. También existe una fuerte relación entre las construcciones identitarias sexuales y la salud, en la medida en que, en términos de atención, cada construcción particular requeriría un abordaje diferenciado o una escucha y sensibilidad particular para atender las necesidades de información, tiempo y espacio de distintos grupos, como la población trans, las mujeres, los hombres heterosexuales y los homosexuales.

Itinerarios burocráticos

En una investigación previa (Abadía-Barrero and Oviedo 2009) se propuso la categoría "itinerarios burocráticos" como una nueva forma teórica y metodológica de evaluar los sistemas de salud basados en el aseguramiento individual. Los itinerarios son recorridos administrativos y legales obligatorios que las personas deben transitar para lograr acceso a

16 El énfasis desde la salud se da, en su mayoría, en torno a la reproducción; deja de lado la infancia, la adolescencia, la tercera edad u otros procesos de enfermedad. Esta situación evidencia que el discurso biomédico continúa naturalizando el cuerpo de las mujeres, otorgando un mayor valor a lo reproductivo, y, por tanto, incidiendo en la marginalización social de las mujeres.

los servicios de salud. Argumentamos que la demora en estos recorridos tiene repercusiones significativas para la vida de las personas y se constituyen en una nueva barrera de acceso y continuidad en los servicios de salud, que, muy probablemente, sirven para aumentar los márgenes de ganancia de las aseguradoras en la medida en que negaciones o demoras en los servicios les lleva a la no utilización de los dineros de la póliza o a utilizar las vías legales para obtener recobros totales, si bien ya han recibido los recursos por muchos de los servicios demandados.

Enmarcados en este constructo teórico, quisimos introducir los acompañamientos como innovación metodológica que, de la mano de preguntas específicas tanto en las encuestas como en las entrevistas semiestructuradas, nos permitieran observar las dinámicas de los itinerarios burocráticos en las PVVS en Bogotá. Los datos reflejaron que contar con información suficiente y de calidad se constituye en un factor fundamental que puede determinar, de manera importante, la vivencia de las personas con VIH, así como las interacciones con el sistema, el personal de salud y los servicios. Esto, debido a que el simple hecho de acceder a un programa especializado en VIH no implica necesariamente que la persona solucione de manera satisfactoria y eficiente sus necesidades particulares.

En este contexto, interactuar con el sistema, los programas, el personal de salud, y acceder a exámenes y medicamentos implica conocer, por un lado, la forma en que se organiza el sistema, los pormenores administrativos de este y las rutas que demanda, y por otro, la geografía de la ciudad y sus dinámicas particulares. También debe ganarse experticia en la constante dinámica de los trámites burocráticos y el papeleo, lo cual implica contar con ciertos niveles de alfabetismo y desarrollo de habilidades para desempeñarse en una metrópolis compleja y en las instituciones. Tal como lo vimos en pasadas investigaciones (Abadía-Barrero and Oviedo 2008), los capitales culturales y sociales influyen en el uso de herramientas legales de protección de derechos, y en ser exitosos al conseguir, por vía legal, acceso a los servicios y/o continuidad en los tratamientos.

En términos de acciones tendientes a la disminución de las barreras de acceso a los servicios, vale la pena reconocer que algunas EPS han innovado procesos como la instalación de centros de orientación a los usuarios y la atención preferencial para las PVVS. No obstante, estas medidas no solucionan la tramitología excesiva, los desplazamientos ni los tiempos; al contrario, muchas veces se constituyen en un trámite adicional, en la medida en que la persona debe acercarse al centro de información, llamar a la línea de información o acceder a la persona que le imprima el sello de "paciente especial". Entre las reportadas, la única estrategia que tendría un mayor impacto en este sentido es la centralización en las IPS de procesos como la toma de muestras de laboratorio, vacunación, entrega de medicamentos, atención; lo cual les permite a los usuarios destinar tiempos cortos y pocos recursos en la solución de sus necesidades para la atención.

Adicionalmente, el sistema general de seguridad social se encuentra fragmentado de varias maneras, y cada una de estas fragmentaciones está relacionada con los itinerarios burocráticos e incide en la vivencia de la atención de las PVVS.

La división del aseguramiento entre regímenes (contributivo, subsidiado y de excepción) y la existencia de “población pobre no asegurada” o vinculados, genera planes obligatorios de salud diferentes y, por tanto, coberturas de servicio distintas; así, las personas afiliadas a los regímenes de excepción y contributivo tienen mayores beneficios que las del régimen subsidiado. Las personas del régimen subsidiado, aparte de tener menores beneficios, se enfrentan a mayores itinerarios burocráticos para el acceso a citas, medicamentos, especialistas, exámenes, etc. También, se enfrentan a frecuentes cambios de programas para VIH/sida debido a las variaciones en la contratación entre EPS e IPS, y finalmente interrumpen de manera más frecuente el tratamiento ARV debido a falta de insumos en las farmacias.

Las personas vinculadas acompañadas presentaron menos problemas de acceso y continuidad, y en general encontraban en una sola institución, el hospital, todos los servicios, lo cual es interesante a la luz del debate sobre calidad entre sistemas de salud con subsidio a la oferta o a la demanda. Como hipótesis, los programas de VIH que funcionan con subsidio a la oferta presentan menos itinerarios burocráticos y consecuencias deletéreas para la vida de las personas que los de subsidio a la demanda.

El modelo de “atención integral” debe ser revisado a la luz de la misma fragmentación del sistema, debido a que tener un “programa integral”, que incluso cuente con el personal de la salud especializado que propone la normatividad, no es garantía de que los usuarios accedan a los servicios, abordajes, exámenes y medicamentos respectivos. Los desplazamientos físicos para atender el sinnúmero de acciones burocráticas y las actividades propias del cuidado clínico se constituyen en barreras de acceso que afectan la adherencia al tratamiento y la participación en los programas.

Las dificultades con el sistema de salud también se deben a que la organización de la atención por niveles se ha supeditado a la intermediación del sistema y no a una distribución territorial y de recursos que responda a la relación necesidades de la población/especialización por niveles de complejidad. En el caso de las PVVS, implica que la atención a la persona sea fragmentada respecto a sus diferentes procesos de salud y enfermedad, y por tanto, una atención integral resulta imposible. Por ejemplo, la prueba presuntiva para VIH, los servicios de odontología, citología y vacunación hacen parte del primer nivel de atención y se atiende de manera aislada al programa.

Las pruebas confirmatorias, los programas de VIH, la atención de los partos a mujeres diagnosticadas y algunas hospitalizaciones y tratamientos a algunas comorbilidades, sumado a otras patologías no asociadas, se consideran como parte del tercer nivel de atención, y como tales están incluidas

en el POS contributivo, mas no necesariamente en el POS subsidiado, o requieren el pago de cuotas de recuperación en la población llamada “vinculada”. Esta forma de pensar la organización de la atención en el sistema de salud lleva a que los programas de VIH no estén articulados con los otros servicios, dificultando el manejo integral y la continuidad de los tratamientos, y transfiriendo la responsabilidad de la gestión administrativa a la persona.

Adicionalmente, la figura de intermediación financiera ha hecho que las EPS contraten servicios dependiendo de costos y posibilidades de ganancia, independientemente de las dificultades que generan para la atención integral de las PVVS. Esto explica que los procedimientos y las citas se tengan que hacer en distintos lugares y que, en repetidas ocasiones, los contratos se hayan suspendido cuando la persona ya ha ido a la institución que le han “autorizado”. En algunos casos, así una institución cuente con la infraestructura o recursos humanos para brindar la atención necesaria, la intermediación se comporta nuevamente como obstáculo de la calidad, ya que si dicha institución presta servicios no contratados, la cuenta será glosada.

La intermediación con ánimo de lucro (EPS) ha creado dos mecanismos de contratación/pagos a las IPS que prestan los servicios de la población asegurada: contrato por evento y contrato capitado. En el primero se paga cada acción contra factura, dentro de los servicios convenidos. En estos casos, las IPS se sienten sin restricciones y buscan facturar el mayor número de eventos (en algunos casos innecesarios) y, por tanto, el paciente recibe toda la atención que necesita. En el segundo, se paga una cantidad fija de dinero por la atención “integral” (medicamentos, exámenes y consultas para VIH) a cierto número de pacientes. Lo que se observa es que las IPS restringen al máximo la atención para mejorar su margen de excedentes.

Se han creado algunas IPS especializadas en el tratamiento de pacientes llamados de alto costo, en particular para VIH, en las cuales si bien se concentra en un solo lugar la atención, esta se encuentra enfocada estrictamente en el tratamiento para VIH. Los cambios en la contratación entre las EPS e IPS implican la variabilidad constante de los programas de atención e interrupciones en el tratamiento, lo cual lleva a las PVVS a reiniciar en repetidas ocasiones su proceso de atención en distintos programas, con las consecuencias emocionales y para la continuidad de tratamiento que implica la satisfacción de los itinerarios para la atención en el nuevo programa. Adicionalmente, la calidad también se afecta de manera significativa, al romper la continuidad en el relacionamiento entre las personas y los equipos tratantes.

Trabajo

En un artículo reciente (Abadía-Barrero, Pinilla et al. En Prensa) fueron resumidas las transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo de la siguiente forma:

Históricamente, las distintas actividades consideradas como trabajo han sido pensadas como cosustanciales al

orden social y a la esencia misma del ser humano. A las perspectivas que ven al trabajo como necesario, humano y emancipador se suman aquellas que ven en esta actividad formas de subordinación, degradación, alienación o esclavismo, convirtiendo la cuestión del trabajo en una dimensión dual y dialéctica (Antunes, 2006). Reflexiones académicas sobre la relación entre los desarrollos del capitalismo y las dinámicas sociales alrededor del trabajo son las más pertinentes para entender el mundo del trabajo contemporáneo, en donde pasamos del modelo fordista-taylorista del keynesianismo de los Estados de bienestar de Europa Occidental, al modelo de acumulación flexible del neoliberalismo, caracterizado por desempleo estructural, deslocalización y transnacionalización de formas de superexplotación, precarización de las condiciones laborales, expansión de asalariados en labores de servicios, exclusión de jóvenes y viejos, usufructo de las virtudes de los trabajadores y nuevas formas de división sexual del trabajo. (Antunes, 2003 [1995], 2005; García, 2007b)

En Colombia, la Ley 50 de 1990 reformó el Código Sustantivo del Trabajo vigente desde 1950. Argumentando que los costos y la rigidez del mercado eran la razón fundamental de los desajustes laborales (CID, 2007), se introdujeron entonces los contratos a término fijo, el salario integral y la pérdida de la retroactividad de las cesantías. Con la premisa de crear millones de empleos, el Congreso aprobó la Ley 789 de 2002, que amplía la jornada laboral hasta las diez de la noche y disminuye el pago por horas extras, trabajo nocturno, dominical o festivo. Sin embargo, una investigación concluye que esta reforma aumentó el subempleo, mientras que las tasas de empleo y los ingresos de los trabajadores disminuyeron. (CID, 2007)

La categoría *trabajo* fue mencionada repetidamente en los relatos de profesionales y PVVS, y su relación con la calidad de la atención en VIH surgió de diferentes formas. En primer lugar, la más conocida es que la afiliación al SGSSS depende de la capacidad de pago. Así, aquellos que tienen un empleo o tienen posibilidad de pagar ingresan al régimen contributivo o de excepción, las personas que demuestran ser lo suficientemente pobres acceden al régimen subsidiado, y aquellas que no logran demostrar su pobreza, o que tienen ingresos pero estos no son suficientes para pagar su cotización mensual, terminan siendo los vinculados al sistema. Al ser el VIH una enfermedad crónica que requiere un manejo continuo idealmente por el mismo equipo de salud, los cambios de régimen de afiliación que dependen de la situación laboral se convierten en un elemento que causa rupturas y discontinuidades en la atención.

Bajo las actuales condiciones de trabajo flexible y pauperizado, y altas tasas de desempleo que vive el país, existe una tensión entre acceder a un empleo formal temporal y ser obligado a cotizar al sistema, o vivir en la informalidad y mantenerse en el régimen subsidiado o como vinculado. Por ejemplo, muchas PVVS del régimen subsidiado o vinculados nos contaban que cuando tenían opciones de trabajo

temporal, preferían que los empleadores no les afiliaran a la seguridad social o no aceptaban el trabajo para no tener que cambiar su afiliación a salud, ya que les implicaría iniciar una nueva ruta burocrática para hacer el cambio; quedarse sin servicio por un tiempo, especialmente cuando se quiere retornar al régimen subsidiado una vez se finalice el contrato; y, especialmente, cambiar de programa, lo que a su vez implica cambiar de profesionales, perder su historia clínica y la continuidad en su tratamiento. Por esto muchos PVVS dicen que prefieren continuar en la informalidad.

Irónicamente, tener trabajo formal se convierte en un “problema”, ya que los horarios de atención, los múltiples itinerarios burocráticos y las distancias a los sitios de atención en las IPS obligan a las personas a pedir múltiples permisos en el trabajo, y generalmente por media jornada o por todo el día. Con el tiempo, mantener en secreto su identidad como PVVS se hace imposible, y generalmente la persona decide renunciar cuando siente que no puede ocultar más las razones para sus repetidas ausencias o cuando el ambiente laboral se torna en acoso; bajo distintas estrategias, el estigma y la discriminación al VIH se reflejan en negaciones de permiso, burlas o comentarios denigrantes. En algunos casos, las personas han sido despedidas sin mayor justificación o indemnización.

Las reformas laborales y de salud acaecidas desde la década de los noventa han afectado a todos los sectores de la población, incluyendo a los trabajadores del sector salud, quienes han vivenciado una pérdida de estatus en su ejercicio, relacionado directamente con un cambio en las condiciones laborales, disminución de sus salarios, pérdida de estabilidad y cambios en su ejercicio. Todo ello, debido a que su autonomía depende de los límites establecidos en la contratación de los servicios de los diferentes regímenes y de la contratación establecida entre EPS e IPS (Defensoría del Pueblo 2007; Martínez 2009). En el ejercicio de la atención, aquellos profesionales que dan primacía a las necesidades de las PVVS resultan ser incómodos para las EPS y las IPS, pero fundamentales para las PVVS, porque serán justamente estos profesionales quienes asumirán y harán un ejercicio de lo que las personas identifican como atención con calidad, en el que la persona y sus condiciones de vida y salud toman relevancia.

Al resultar estos profesionales incómodos para las EPS y las IPS, sus contratos no son renovados, a menos que tengan contratos laborales estables, y las personas sienten una pérdida importante para el tratamiento y también para sus vidas. Adicionalmente, las condiciones de contratación en las IPS promueven la alta rotación del personal, de manera que se presenta un constante cambio de los profesionales en los programas, lo cual implica una pérdida de la experticia, imposibilita la vivencia de un relacionamiento entre equipos de salud y pacientes, que permita generar sentidos de pertenencia y que el tratamiento traspase la atención del virus.

A manera de cierre: ciudadanía, VIH y calidad de la atención

La ciudadanía se define como la figura que teóricamente permite la realización pública del ideal político universal, que es la democracia; este concepto y práctica es uno de los pilares que permite el análisis y la reflexión de los más variados universos de la vida social, desde la cultura y la educación, pasando por la salud hasta el conocimiento científico. De igual manera, la ciudadanía se instituye como objeto de conocimiento de nuevos saberes, como en el caso del feminismo y la etnicidad, entre otros (García Duarte and Serna Dimas 2002).

Históricamente, el concepto de ciudadanía ha tenido un largo camino, que se inicia en la Grecia clásica, donde para algunos autores —como es el caso de Castoriadis—, filosofía y democracia están intrínsecamente vinculados. Durante este periodo se propondrán los modelos políticos que plantean la idea de lo que hoy conocemos como “sujeto político”, y surge de la relación entre el pueblo —*demos*— y quien le gobierna —*krátos*— (Horrach 2009). Esta relación es determinante, dinámica, conflictiva y la base de la ciudadanía como vivencia hasta hoy día.

Un segundo momento significativo es la época romana, cuando la ciudadanía logra nuevos desarrollos, algunos de los cuales tuvieron una vigencia de quince siglos. Durante esta época, la ciudadanía tuvo diferentes fases que respondieron a las reformas políticas y las discusiones que sobre ella se daban en ese momento. Para Horrach, la caída del Imperio romano y el advenimiento de la fe cristiana acabaron en la práctica con la ciudadanía. Al respecto menciona:

Al abandono de la ciudadanía corresponde el olvido de la idea de democracia, que, tras el experimento griego, es sustituida por otros modelos políticos menos igualitarios. A pesar de ello, la idea esencial de ciudadanía nunca pudo ser erradicada y permaneció hasta que, ya en épocas más recientes, fue redimensionada y puesta de nuevo en funcionamiento teórico y práctico. (Horrach 2009, p. 9)

Durante el siglo XVIII, el principio de ciudadanía y la política en general van a tener cambios profundos y radicales; se presenta un renacimiento de la democracia y las luchas sociales. Hay una búsqueda del ejercicio efectivo del poder. Es así como el discurso de los derechos se torna y permanecerá hasta hoy día como un referente fundamental de la ciudadanía. Durante esta época surgen dos perspectivas de pensamiento que se convertirían en tradiciones políticas de Occidente: el liberalismo y el republicanism (García Duarte and Serna Dimas 2002; Oraison 2005; Feres 2006; Horrach 2009; Pabón 2010).

Estas dos tradiciones promoverán ideas y acciones en torno a la ciudadanía, que se conocen hasta hoy día como el modelo liberal basado en la pertenencia; este se relaciona con una condición de estatus, donde los partidos y los “expertos políticos” surgen como instrumentos eficaces para armonizar los intereses individuales con los de las mayorías. En este modelo se plantea una democracia participativa y la ciudadanía se configura como un estatuto jurídico que es la base de la reclamación de derechos y no un vínculo que pide responsabilidades (Cortina citado por Oraison 2005). El modelo republicano o comunitarista que es planteado desde la participación se define como una práctica política, que se sustenta en la participación e intervención de los ciudadanos en los asuntos públicos, y es la opinión pública fuerte la que ejerce el control y la regulación de poderes e instituciones políticas (Oraison 2005; Pabón 2010).

A finales del siglo XX, la ciudadanía se presentaba como una figura que había logrado sobrellevar exitosamente los grandes y caóticos cambios mundiales sociales, políticos y económicos; contenía un valor en sí misma, que se respaldaba en los deberes y derechos fundamentales. Sin embargo, este esencialismo “ocultó el hecho de que la ciudadanía siempre había estado en crisis: irrealizada, parcialmente o ilusoriamente realizada, dependiendo de la capacidad de los agentes para participar en los campos sociales posibilitados por la experiencia colectiva y pública, a su vez campos posibilitadores de esa misma experiencia” (Bourdieu citado por García Duarte and Serna Dimas 2002).

El malestar social que se traduce, entre otros, en apatía frente a los procesos de participación política, va a generar una fuerte crítica a la democracia y la justicia, promoviendo un amplio número de propuestas que replantean el concepto de ciudadanía y proponen la necesidad de consolidar una auténtica ciudadanía social, que más que ampliar los circuitos de lo político, logre la realización social de la ciudadanía, esto como posibilidad para superar las herencias de los discursos tradicionalistas y nacionalistas (García Duarte and Serna Dimas 2002).

La realización social de la ciudadanía permite emerger un gran número de ciudadanía que responden a sujetos cuya identidad fue negada o invisibilizada por las consideraciones que se tienen o tenían sobre ese mismo rasgo que les distingue; es el caso de la etnicidad y del género. A estas se van a sumar las ciudadanía diferenciada, posnacional, neorepublicana, cultural, multicultural, transnacional, mestiza y en suspensos, entre otras (Abadía Barrero, López et al. 2009).

Esto deja claro que el concepto de ciudadanía y su vivencia puede ser entendido de diversas maneras y responde no solo a las propuestas sobre democracia y Estado, sino en réplica a estos, quizá como un ejercicio de resistencia. En uno u otro caso, la ciudadanía está ligada con el ejercicio de derechos dentro del marco liberal y la responsabilidad del cumplimiento de deberes, con la participación en el escenario político y/o de solidaridad, o con la reivindicación de las desigualdades (Pabón 2010).

La salud no es la excepción, y la manera como ha sido cooptada y puesta en escena por el neoliberalismo es duramente cuestionada desde diferentes orillas por las diversas ciudadanías, iniciando por una premisa básica: “la salud como derecho”. Exigir el “derecho a la salud” bajo la crisis actual y con los desarrollos epistémicos anotados se relaciona con el entrecruzamiento de varias propuestas de ciudadanía.

Siguiendo a Rose y Nova (2008), se entiende la ciudadanía no como algo que se posee o solamente como un derecho, sino como una forma de relación entre colectivos y entre colectivos e institucionalidades. La ciudadanía puede ser vista como la capacidad de actuar en relación con los demás y según las circunstancias particulares del medio; no solamente un simple ‘derecho’ dado por el Estado, entendiendo este último no solamente como los aparatos burocráticos e infraestructuras, sino como un espacio dinámico de producción simbólica y cultural (Ferguson and Gupta 2005).

De esta forma, la ciudadanía es más que una agregación de leyes o el hecho de tener un documento de identidad; también es la manera en que la gente vive, percibe y construye su gobierno. Para Ferguson y Gupta (2005), el Estado está implicado en la vida cotidiana, y el conocimiento que la gente tiene sobre este se basa en lo que ellos denominan “zonas de contacto”; por ejemplo, la educación pública, las prácticas democráticas como la votación, los sistemas penales y los servicios de salud, entre otros. Las situaciones que se presentan en estas “zonas de contacto” pueden ser prácticas banales o burocráticas; sin embargo, tienen un rol importante en la construcción de las vivencias de las personas y en la forma en la que entienden su ciudadanía.

El neoliberalismo y la privatización de los servicios públicos son vistos, muchas veces, como un retiro del Estado de las vidas de las personas, pero para Ferguson y Gupta (2005) la privatización es otra manera de gobernar, y no significa la ausencia del Estado, sino una presencia diferente. El sistema de salud, entonces, es importante no solamente como un sitio de atención médica, sino como una zona de contacto con el Estado. Siguiendo la línea teórica planteada por estos autores, la participación en estos espacios, más que reflejar la “negación” o “restricción” ciudadana, significa la construcción de tipos particulares de ciudadanía en momentos neoliberales, es decir, ciudadanías neoliberales.

Rose y Nova (2008), y Petryna (2002) han hecho avances para entender las relaciones entre la ciudadanía y el cuerpo, planteando temas como los tipos de vida y la supervivencia de poblaciones, la cual ha sido denominada “ciudadanía

biológica”, y que es entendida como demandas a la seguridad social basadas en parámetros establecidos por la traducción legal de conocimientos médicos o científicos del daño corporal que justifica las negociaciones económicas con fines de compensación. Esta se construye cuando el único contacto que tiene una persona con el Estado es a través de su cuerpo, un cuerpo “enfermo”; en esta relación emerge una ciudadanía que tiene que ver con el simple hecho de recibir una *atención básica biomédica* basada en identidades específicas y donde se pierde el sentido colectivo o las reivindicaciones ancladas a la pertenencia de clase.

En este sentido, la ciudadanía es el concepto y vivencia que permite articular tanto los atributos con que formalmente se describe la calidad (acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad), como aquellas que hemos señalado en cuanto categorías transversales según los datos del estudio.

Con el diagnóstico, las PVVS experimentan la transición a este tipo de ciudadanía biológica en tiempos neoliberales, cuyos significados variarán con el tiempo, según los diferentes contextos, situaciones y etapas de la vida de las personas. Los resultados de la investigación muestran que a partir del diagnóstico, la ciudadanía de las PVVS se transforma en una ciudadanía biológica mediada por la presencia y el manejo del VIH en su cuerpo, y las dinámicas para enfrentarla con el sistema de salud, asumirla personalmente y en sus redes más íntimas, y esconderlas o negociarlas en las esferas laborales y otros espacios de interacción social. Es decir, no solo el sistema de salud, sino esferas como el trabajo, la familia, entre otros, empiezan a “verlos” desde su condición biológica, reforzando el estigma y la discriminación, y transformando los sentidos de tal construcción de ciudadanía.

A pesar de que en sus relatos, la sexualidad, el trabajo y el apoyo de redes más íntimas surgen como elementos fundamentales para sus vidas, los programas existentes se limitan al monitoreo del virus y sus implicaciones en el cuerpo. Como resultado, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la adherencia, los cuidados y las posibilidades de cumplir con los parámetros de calidad resultan inadecuados e insuficientes. El hecho de que la información que se valora se dé exclusivamente en términos biomédicos hace que se demarque una relación de poder muy fuerte entre los profesionales de la salud y las PVVS, quienes deben aceptar los dictámenes de los profesionales de la salud y hasta aceptar que se dude de su experiencia de vida.

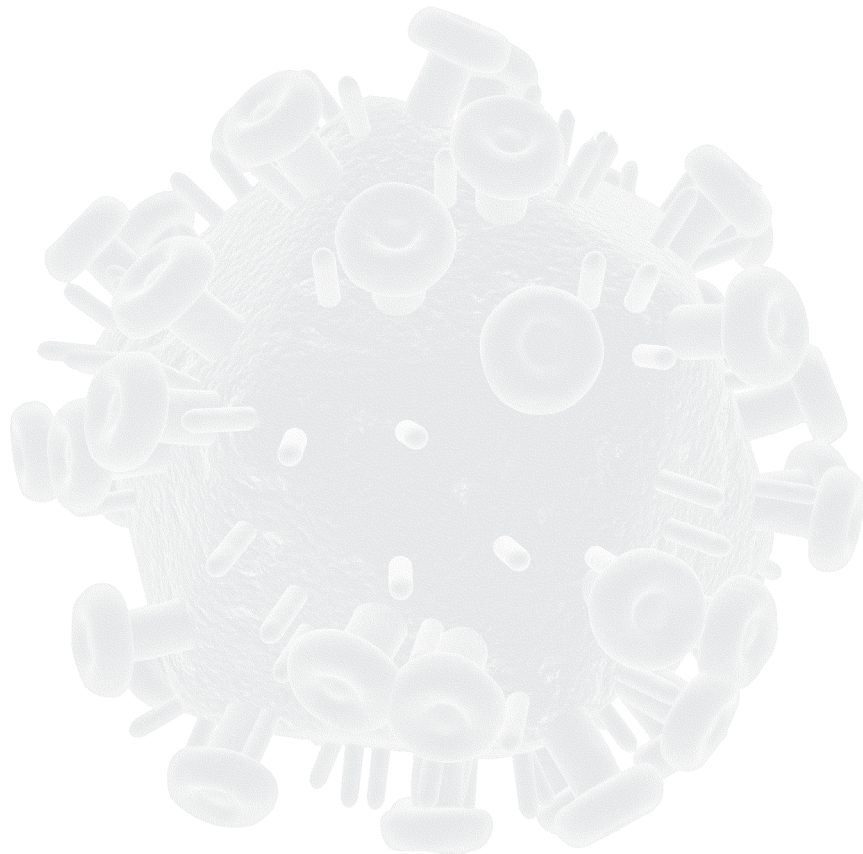
En el contexto colombiano y bajo el SGSSS, la ciudadanía en relación con el VIH se convierte en un reflejo de la contradicción actual del sistema capitalista. La interdependencia entre la transformación normativa de todo el sistema y la enmarañada red de trámites burocráticos terminan redefiniendo en la práctica la calidad de la atención y las vivencias de las PVVS. En este caso, la ciudadanía neoliberal se caracteriza por los límites y restricciones a la atención en salud, con las amenazas que esto implica para la vida, a la vez que

las ganancias de los sectores financieros de la salud aumentan sostenidamente.

La cotidianidad de los sujetos enfermos, sus redes sociales y los trabajadores de la salud se enmarcan dentro del nuevo régimen de acumulación de servicios en salud, y, con distintos grados de éxito, se articulan o se enfrentan a las nuevas lógicas ciudadanas neoliberales. En algunos casos, resisten o encuentran mecanismos de reivindicación de una mejor calidad de la atención, por vías legales o mecanismos que “burlan la ley” (por ejemplo, entregar un *stock* de medicamentos cuando se avizora un cambio de régimen de afiliación).

Una perspectiva crítica de la calidad de la atención en VIH implica una postura dialéctica que, por un lado, exponga las contradicciones que señala la ciudadanía neoliberal en salud en Colombia y, por otro, proponga salidas

emancipatorias para lograr una atención con calidad. Tal propuesta implica seguir construyendo alternativas transitorias para mejorar la situación existente, entendiendo que solo la transformación del modelo de seguridad social, anclado a una transformación mayor del modelo económico y político, podrá redefinir las prácticas cotidianas en salud y trabajo, y en general, las relaciones sociales. Bajo nuevos referentes, la calidad de la atención en VIH no deberá ser entendida bajo parámetros industriales aplicados al sector servicios, y en particular a la salud, sino que entenderá que acceso, oportunidad, pertinencia y continuidad son solo los mínimos lógicos que debe incluir cualquier sistema, pero que su realización plena depende de la articulación con otras esferas sociales de cuño solidario, y donde las diferencias, más que generadoras de desigualdades, serán el germen que enriquezca nuestra diversidad.



anexos



Anexo 1. Normatividad VIH en Colombia y Bogotá

La Constitución de 1991 será un hito para el país y se constituirá en el soporte para el desarrollo de políticas públicas, planes de desarrollo, intervenciones y acciones en el marco de los derechos humanos. Para el caso de los derechos sexuales y reproductivos, en Colombia se han dado unos avances normativos importantes, entre los que se encuentran el reconocimiento de los derechos de las personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual y en la interrupción voluntaria del embarazo IVE en tres casos: 1. cuando la continuidad del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; 2. cuando exista grave malformación del feto que haga inviable la vida, certificada por un médico, y 3. cuando el embarazo sea el resultado de un abuso sexual debidamente denunciado (Sentencia C-355 de 2006). Sin embargo, existen tensiones entre las diferentes normatividades y la vivencia que las personas hacen de estos derechos. Un ejemplo de ello será la IVE, ante la cual instituciones (que por ley no pueden invocar objeción de conciencia) y profesionales aducen la objeción de conciencia para no realizar el procedimiento, poniéndose en riesgo la vida y la integridad de las mujeres en el país, al mismo tiempo que se vulneran sus derechos.

En el caso específico del VIH, se han dado avances paulatinos desde 1990, los cuales han sido un producto de la movilización social y de la necesidad de implementar los correspondientes desarrollos constitucionales y legislativos, especialmente para la atención en salud de las PVVS (Serrano, Pinilla et al. 2010). Frente al tema de la atención en el marco del SGSSS se han dado logros importantes, como la inclusión de la carga viral en el POS; la ampliación moderada de la lista de medicamentos y el desarrollo de la guía de atención a las PVVS (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social 2006)¹⁷.

Sin embargo, la ausencia de un programa nacional para la prevención y la atención del VIH/sida limita los recursos, las acciones y el impacto de estas para evitar nuevas infecciones y para garantizar una atención acorde con las necesidades y realidades de las personas. En el país existe una fuerte desarticulación entre las acciones que las ONG, la sociedad civil y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales desarrollan, de manera que el panorama frente a la prevención y la atención del VIH/sida resulta limitado. Para las PVVS, los derechos a la igualdad, la libertad, la salud, el trabajo, la educación, el libre desarrollo de la personalidad, entre otros, son vulnerados de manera persistente. Las PVVS acuden a la interposición de acciones de tutela ante los cuales la Corte Constitucional se ha pronunciado por medio de innumerables sentencias que se han convertido en mecanismos fundamentales para garantizar la protección

¹⁷ Buena parte de estos logros ha sido un producto de la interposición de acciones legales por parte de las PVVS para la exigibilidad del derecho a la salud, como se verá más adelante en este documento, con las acciones de tutela y los fallos de la Corte Constitucional.

de sus derechos. A continuación se presentarán de manera cronológica los avances que en términos de legislación y de políticas públicas se han dado en el país en torno al VIH-sida.

DECRETO 559 DE 1990

En 1990 tuvo lugar la primera reglamentación del país en el tema del VIH, con el Decreto 559, el cual fue el producto del trabajo intersectorial entre el entonces Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales, en el marco de la *VI Conferencia Mundial de Sida*, en Montreal (1989). Allí fue promulgada y firmada la *Declaración internacional de los derechos fundamentales de las personas portadoras del virus del sida* (Serrano, Pinilla et al. 2010).

Con este decreto, por primera vez se establecería la confidencialidad del diagnóstico por VIH, la necesidad de asesoría para la realización de pruebas diagnósticas y su carácter voluntario. El Decreto 559 reconocería la necesidad de erradicar las acciones discriminatorias por parte de las instituciones de salud y la comunidad en general hacia quienes viven con el virus, así como la importancia de la prevención y la necesidad de que esta sea impulsada desde todas la instancias de la sociedad (Serrano, Pinilla et al. 2010).

DECRETO 1543 DE 1997

En 1997, el Decreto 559 fue actualizado para dar respuesta a las nuevas disposiciones contenidas en la Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993 y la Ley 10 de 1990. El Decreto 1543 retoma los desarrollos constitucionales en cuanto a la no discriminación en el contexto laboral, la no exigibilidad de pruebas para la afiliación a servicios de salud, la diferencia entre persona viviendo con el VIH y persona enferma (artículo 40°), y la importancia de los derechos a la promoción, prevención y educación en salud. Además, amplía la noción de grupo familiar para incluir en él a personas cercanas a los pacientes que no tienen vínculos consanguíneos con ellos (Serrano, Pinilla et al. 2010).

En el decreto se define la atención integral, la confidencialidad del diagnóstico, la necesidad de la firma del consentimiento informado y la asesoría pretest y postest para realizar el examen y el diagnóstico. Define también elementos de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad, aplicables a escala nacional. Establece normatividad frente a la investigación y define los derechos y deberes de todos los actores en el proceso (comunidad general, IPS, equipos de salud y de las PVVS). Fija los mecanismos de organización y coordinación del Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y de Sida, del Consejo Nacional de Sida, del Comité Ejecutivo y de los comités territoriales, además de brindar un marco de referencia frente a sanciones posibles (Ministerio de la Protección Social 1997).

ACUERDO 117 DE 1998

En este acuerdo son definidas las enfermedades de interés para la salud pública, como aquellas que presentan

un alto impacto en la salud colectiva y sobre las cuales se debe realizar una atención y seguimiento especial, como lo son las enfermedades infecciosas, las enfermedades de alta prevalencia y las enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico. En este acuerdo se establece el cumplimiento obligatorio de las actividades, los procedimientos, las intervenciones de demanda inducida y la atención de estas enfermedades, determinando que su atención estará a cargo de las EPS, las entidades adaptadas y transformadas, y las administradoras del régimen subsidiado (Serrano, Pinilla et al. 2010).

RESOLUCIÓN 412 DE 2000

En relación con el acuerdo anterior, por medio de la Resolución 412 de 2000 se establecieron las normas técnicas de obligatorio cumplimiento respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las EPS, entidades adaptadas y administradoras del régimen subsidiado (ARS), hoy EPS del régimen subsidiado. En el artículo 4 de dicha resolución se define que las guías de atención son documentos por medio de los cuales se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones por seguir, y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública.

El Acuerdo 117 de 1998 así como la Resolución 412 del 2000 serán fundamentales en el desarrollo de acciones para la prevención y la detección temprana del VIH, y de la guía técnica de manejo del VIH/sida.

POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE COLOMBIA 2003

En el 2002 se emitió el Plan Nacional de Salud, a partir del cual se desarrolló la Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), la cual parte de los derechos humanos y del enfoque de equidad de género.

Como objetivo general, esta política se propuso el mejoramiento de la SSR y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de toda la población. Sus metas se orientaron a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el sida, y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual. Si se compara el objetivo de la política con las metas de esta se hace evidente el énfasis dado a la salud reproductiva y el poco posicionamiento de otros temas fundamentales, como la vivencia de la sexualidad, las emociones y el placer. Frente al VIH/sida, las acciones se enfocan en las poblaciones vulnerables y se orientan a la promoción de factores protectores y a la prevención de riesgos, al acceso de la población a la detección, al

tratamiento adecuado del VIH/sida y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

ACUERDOS 254 DE 2003 Y 282 DE 2004

Mediante los acuerdos 254 de 2003 y 282 de 2004, el Ministerio de la Protección Social y el CNSSS, y con base en los estudios realizados por el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, se incluyó el examen de carga viral en el POS contributivo y en el POS subsidiado.

LEY 972 DE 2005

Esta ley buscó adoptar normas para mejorar la atención, por parte del Estado colombiano, sobre la población que padece enfermedades “ruinosas” o “catastróficas”, especialmente el VIH/sida. Por medio de esta ley, el Congreso de Colombia decretó:

- Es una prioridad para el país la atención integral estatal y la lucha contra el VIH y el sida.
- El suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y su tratamiento, de acuerdo con las normas, serán garantizados por el Estado.
- El 1 de diciembre se institucionaliza como el ‘Día nacional de respuesta al VIH y el sida’, y será coordinado por ONUSIDA y la OMS.
- Para esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o tema propuesto a escala mundial por ONUSIDA.
- En forma permanente, el Ministerio de la Protección Social promoverá el acceso de las personas (afiliadas y no afiliadas al SGSSS) al diagnóstico de la infección por VIH/sida, en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del sistema.
- En lo referente a sus competencias, ninguna de las entidades que conforman el SGSSS podrá negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el CNSSS, a un paciente infectado con el VIH/sida o que padezca cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.
- El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento.
- El paciente no asegurado, sin capacidad de pago, será igualmente atendido por la respectiva entidad territorial.

- El no cumplimiento de estas normas generará multas en las instituciones.
- Se faculta al Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y de compras que permita aminorar costos y controlar la calidad.
- El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretará y ejecutará teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, que en ningún caso puede afectar la dignidad de la persona, como tampoco producir cualquier efecto de marginación o segregación, o lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, respetándose el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna, considerando en todo caso la relación médico-paciente (Ley 792 de 2005).

RESOLUCIÓN 3442 DE 2006

En esta resolución se define la perspectiva programática para la respuesta nacional del VIH/sida, en concordancia con los compromisos adquiridos por el país a escala internacional, por medio del acuerdo de los ‘Tres unos’ de las Naciones Unidas, suscrito por Colombia en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) (2002) para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio 2015¹⁸.

En el acuerdo de los ‘Tres unos’ se proponen como objetivos para las respuestas nacionales al VIH/sida:

- Un marco de acción sobre el sida acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados.
- Una autoridad nacional de coordinación del sida con un mandato multisectorial amplio.
- Un sistema de vigilancia y evaluación establecido a escala nacional.

Estos objetivos son retomados en la Resolución 3442, y se definen que las acciones en el país se centrarán en: contener la epidemia, detectar tempranamente la infección por VIH, detener la progresión de VIH a sida y la aparición de resistencias al tratamiento antirretroviral, así como monitorear y evaluar el comportamiento de la epidemia en el país. Con esta resolución fue reglamentado el *modelo de gestión* para el manejo del VIH/sida en Colombia 2006, el cual recoge dos elementos centrales para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/sida en el país: la *Guía*

¹⁸ Los ‘Tres unos’, como un marco de acción mundial, nacional y local, establece como objetivos para avanzar en las respuestas para el VIH/sida: 1. un plan de acción nacional concertado, que provea la base para coordinar el trabajo de todos los asociados (‘Plan intersectorial de respuesta nacional ante el VIH/sida’); 2. una autoridad nacional coordinadora con un amplio mandato multisectorial (Conasida); 3. un sistema nacional de monitoreo y evaluación (Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida), suscrito por Colombia en el UNGASS (2002) para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio 2015.

de práctica clínica basada en la evidencia y el Modelo de gestión programática.

MODELO DE GESTIÓN PROGRAMÁTICA, 2006

Este modelo está dirigido a los diferentes actores del sistema del sector salud del país, con el propósito de orientar la planificación de objetivos y acciones en materia de promoción y prevención, atención integral, aproximación al diagnóstico y sistema de vigilancia y control en VIH/sida.

El modelo propone la atención de las PVVS, especificando que esta debe llevarse a cabo por medio de programas orientados hacia la garantía de derechos, el desarrollo de la participación activa de las PVVS y de su equipo tratante, el monitoreo del proceso terapéutico del paciente, su educación y empoderamiento, fomentando la autonomía (MPS, PARS, Fedesalud, 2006). El Modelo plantea la garantía del acceso a la terapia antirretroviral, el seguimiento clínico y de laboratorio, el acceso a la prevención, el manejo oportuno de las complicaciones y la rehabilitación integral de las PVVS. También, la necesidad de que los programas cuenten con sistemas de información y con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogo, nutricionista, trabajador social, médico, enfermero (MPS, PARS, Fedesalud, 2006).

En el modelo, el monitoreo y la evaluación del VIH/sida por medio de la vigilancia serológica del VIH, de los estudios de comportamiento de los registros de mortalidad asociada con el VIH, así como el seguimiento de los indicadores y el fortalecimiento de los sistemas de información se constituyen como mecanismos fundamentales para realizar un seguimiento al comportamiento de la epidemia y generar así estrategias adecuadas para su contención y tratamiento (MPS, PARS, FEDESALUD, 2006).

GUÍA PARA EL MANEJO DE VIH/SIDA BASADA EN LA EVIDENCIA, 2006

Esta guía de práctica clínica es la primera realizada en el país con la metodología de medición basada en la evidencia; reúne un conjunto de recomendaciones para asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones en circunstancias clínicas específicas. La guía se propone como objetivo mejorar la calidad de la atención, utilizar racionalmente los recursos en el cuidado clínico, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la salud de los pacientes, estableciendo los pasos mínimos que se deben seguir y su orden lógico y secuencial, para asegurar la oportunidad de la atención, la eficiencia, la calidad y la costo-efectividad de los servicios.

Como parte de la Guía, se establecen recomendaciones sobre el asesoramiento, la detección y la remisión de pacientes a programas de atención integrales e interdisciplinarios, las pruebas presuntivas y confirmatorias, la detección en las gestantes, la forma y la calidad de la atención de las PVVS.

La Resolución 3442 permitió el desarrollo de un marco programático para la atención del VIH/sida en el país, por medio del modelo de gestión programático, la guía de atención basada en la evidencia y el acuerdo de los ‘Tres unos’. En Colombia se ven dificultades en la implementación de este marco programático.

En el informe UNGAS del 2010, el Ministerio de la Protección Social presenta avances por cada objetivo, así:

1. Desarrollar un plan de acción nacional concertado, que provea la base para coordinar el trabajo de todos los asociados, que correspondería al ‘Plan intersectorial de respuesta nacional ante el VIH/sida’.
2. Una autoridad nacional coordinadora con un amplio mandato multisectorial que corresponde al Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida (Conasida).
3. Un sistema nacional de monitoreo y evaluación, que corresponde al Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/sida.

CIRCULAR 63 DE 2007

Por medio de la Circular 63 de 2007, el Ministerio de la Protección Social estableció la obligatoriedad de realizar pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/sida, las cuales deben ser garantizadas por las entidades del sistema. Se establece que el incumplimiento de las pruebas diagnósticas y confirmatorias será objeto de investigaciones y sanciones por parte de las autoridades competentes.

RESOLUCIÓN 5400 DE 2007

Por medio de la Resolución 5400 de 2007 se conformó el Comité de Prevención y Control del VIH/sida de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, con el propósito de prestar asesoría en los temas relacionados con la prevención y control del VIH/sida y otras ITS, así como promover la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, y la equidad de género en estas entidades.

RESOLUCIÓN 769 DE 2008

Con la Resolución 769 de 2008 se estableció la entrega de diez condones masculinos por persona para la prevención de ITS/VIH/sida como medio para la protección a la pareja cuando esta fuere serodiscordante, para la prevención de la reinfección por otras cepas virales y la exposición a otras ITS cuando ambos miembros de la pareja fuesen seropositivos.

ACUERDO 396 DE 2008

Por medio de este acuerdo se asignaron recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para la sostenibilidad e institucionalización de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH. Este acuerdo aclara que la estrategia

contempla acciones de fortalecimiento del recurso humano, adquisición de insumos de laboratorio, de medicamentos antirretrovirales y de fórmulas lácteas, con destino a la población pobre no asegurada, así como la instauración de estrategias de información, educación y comunicación, y procesos de asistencia técnica a los diferentes actores del sistema que cubrirán tanto a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, como a la población no afiliada.

RESOLUCIÓN 425 DE 2008, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En esta resolución se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a cargo de las entidades territoriales. Como parte de las acciones para la promoción de la salud y la calidad de vida se establece la promoción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud infantil, salud sexual y reproductiva; el desarrollo de programas de formación para la sexualidad; promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las entidades promotoras de salud (EPS) y administradoras de riesgos profesionales (ARP).

Como parte de las acciones para la prevención de los riesgos en salud, se establece la identificación de poblaciones vulnerables y canalización hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos, y daños en salud sexual y reproductiva. En esta resolución se define que se debe impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/sida; la *Guía de atención en VIH/sida*, y el desarrollo e implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/sida vigente en Colombia, en coordinación con EPS, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad.

ACUERDO DISTRITAL 143 DE 2005

El Acuerdo Distrital 143 de 2005 dicta las disposiciones para la ciudad en materia de prevención, control, tratamiento, asistencia, educación, información, financiación e investigación científica del VIH y del sida, al definir que dichas acciones estarán a cargo y bajo la responsabilidad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), del Sistema Distrital de Salud, del Fondo Financiero de Salud y de la Red Pública Distrital Hospitalaria. Sin embargo, se establece que las secretarías de Educación Distrital y de Gobierno, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, las empresas promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las administradoras de riesgos profesionales, las cajas de compensación familiar y demás entidades que por su actividad puedan tener impacto en el curso de la epidemia, ayudarán y tendrán corresponsabilidad en el desarrollo y aplicabilidad de las disposiciones contenidas en el acuerdo.

En cuanto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se establece que las acciones estarán orientadas a identificar y diagnosticar oportunamente la enfermedad, controlar nuevas infecciones, garantizar la oportunidad en el acceso a la atención ambulatoria y hospitalaria, reducir los factores de riesgo biológico, garantizar los derechos y mejorar las condiciones y calidad de vida de todas las personas. En el marco de la prevención, se establece que todos los sectores cuyas acciones puedan tener impacto efectuarán de manera permanente campañas de promoción de la salud y prevención a escala distrital, dirigidas especialmente a los grupos con mayor vulnerabilidad y en particular a personas infectadas y a sus familiares; se resalta la necesidad de que estas campañas incluyan acciones para contener el estigma y la discriminación.

En este acuerdo se establece la realización de actividades para la promoción de la prueba voluntaria, la cual debe contar con asesoría y firma de consentimiento informado. Las instituciones adscritas a la Red Hospitalaria Distrital en el marco de la promoción y la prevención deberán fomentar la creación de redes de apoyo social y psicológico para PVVS en sus instituciones; velar por la garantía de los derechos de las PVVS; promover estrategias de cuidado y autocuidado, además de brindar información clara para el inicio oportuno del tratamiento con ARV.

En el Acuerdo se establece que la Secretaría de Salud diseñará e implementará un programa de distribución gratuita de condones como medida para la prevención del VIH una vez en cada semestre del año, en un porcentaje correspondiente al 20% de la población estimada en la ciudad, priorizando a la población más vulnerable de adquirir el virus. Los establecimientos donde se favorezcan, ofrezcan, permitan o presten servicios de encuentros sexuales suministrarán preservativos en forma previa y gratuita.

La SDS y los hospitales de primer, segundo y tercer niveles diseñarán e implementarán estrategias para promover la demanda de pruebas diagnósticas de tamizaje (prueba de ELISA), por medio de laboratorios públicos o privados, para la detección de la infección por VIH. Las pruebas confirmatorias serán realizadas en el laboratorio de referencia que defina la SDS. La realización de estas pruebas diagnósticas para VIH siempre deberá estar precedida y seguida de consejería. A las personas que resulten positivo se les prestará el apoyo y la atención integral e interdisciplinaria necesaria, hasta el momento en que sean atendidas o asumidas por el régimen subsidiado o contributivo. Para garantizar el derecho a la intimidad, la información epidemiológica obtenida en los procesos de atención del VIH/sida será de carácter confidencial y se utilizará únicamente con fines estadísticos o de investigación científica.

En cuanto a las disposiciones sobre atención, tratamiento y rehabilitación, es importante señalar que con este acuerdo se crea la 'Red distrital VIH/sida', para la atención, tratamiento y rehabilitación o readaptación social de pacientes con VIH/sida en el Distrito Capital. Está conformada por los

hospitales de tercer nivel de atención y se encuentra bajo la coordinación de la SDS. Esta red aplicará las guías de atención y protocolos vigentes para el país en el Distrito Capital, con el fin de unificar los procedimientos y esquemas para la atención integral de pacientes con VIH/sida. También adelantará, en forma articulada e integral, investigaciones científicas y tecnológicas sobre nuevos desarrollos de la enfermedad y formas de tratamiento de esta; además, deberá mantener el sistema de información actualizado y con información veraz.

En este acuerdo se establece que el Fondo Financiero Distrital de Salud garantizará a los hospitales que conforman la 'Red distrital VIH/sida', los recursos necesarios para brindar atención integral de las PVVS que no cuenten con la cobertura del sistema de seguridad social y que corresponda a los criterios de pobreza para efectos de cobertura en salud. También, se señala que las entidades competentes están obligadas a prestar la atención integral de acuerdo con los protocolos de manejo de las personas expuestas violentamente al VIH y a definir los mecanismos para la atención en las primeras 24 horas de exposición.

En el acuerdo se establece que la SDS diseñará e implementará un programa o sistema estadístico único, que contenga información de casos de VIH/sida en los ámbitos local, distrital y de Red Hospitalaria Distrital, más las demás entidades de servicios de salud, con información confiable, real y oportuna.

En cuanto a la planeación y coordinación, es importante señalar que con este acuerdo se crea el Comité Distrital de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Este comité tiene el carácter de órgano de planificación, coordinación y asesoría de la administración distrital para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH y el sida, tiene un carácter intersectorial, permanente y *ad honorem*, y se deberá reunir cada dos meses.

Entre las funciones del comité se encuentran:

- Sugerir políticas, planes y programas a escala distrital, para la promoción de la salud, prevención y control de la infección por VIH y el sida, y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Asesorar a la administración distrital en la toma de decisiones sobre la materia.
- Recomendar los mecanismos para lograr la participación intersectorial en las actividades de la política pública distrital.
- Apoyar la consecución de fuentes de financiación distrital, nacional e internacional.
- Prestar la asesoría que se le solicite para la elaboración de proyectos, acuerdos o convenios internacionales.

- Promover los mecanismos de coordinación necesarios con los programas nacionales de sida y ETS, y de otros países con los que Colombia tenga convenios o se suscriban posteriormente (Acuerdo 143 de 2005).

EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual es reconocida como un elemento fundamental para la prevención de las ITS, los embarazos no planeados y el VIH/sida. Organismos multilaterales como la Unesco, el ONUSIDA, la Unicef y el Banco Mundial han señalado la educación como la principal herramienta para alcanzar en los próximos años (en una primera etapa, el 2015) una disminución cercana al 25% de la prevalencia de la infección por VIH, particularmente entre los jóvenes (Estrada 2007). Entre las características reconocidas para que la educación sexual aporte a la prevención se destaca que esté orientada a cada uno de los ciclos vitales, también debe ser una educación comprensiva, incluyente, y brindar información clara y oportuna, además de promover la reflexión crítica sobre las normas que regulan las relaciones de género, las prácticas sexuales y la sexualidad (Estrada 2007).

En la década de los noventa, en el país, se avanzará en el tema de la educación sexual, retomando los avances presentados en varias conferencias mundiales¹⁹ en las que fueron abordados los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, la educación y la equidad de género. La Constitución de 1991 también permitirá avanzar en el tema gracias al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. A comienzos de la década de los noventa, la Corte Constitucional emitió una sentencia en la que se establecía la necesidad de desarrollar la educación sexual en el país; posterior a ello, el Ministerio de Educación le concedió un carácter obligatorio, por medio de la Resolución 3353 de 1993; esta resolución será el marco para el Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES).

De manera paralela al PNES, la Ley General de Educación, en el artículo 14, ratificó la obligatoriedad de la educación sexual (Estrada 2006; Estrada 2007; Estrada 2009). En el PNES se planteaba que la educación sexual debía estar presente desde preescolar hasta grado once, por medio de los proyectos pedagógicos de educación sexual (PPES). Para la creación e implementación de los PPES se requería la capacitación de los docentes, además del desarrollo de materiales y pedagogías acordes con las necesidades de cada grupo, realidad social y cultural en la que fuese a ser implementado el proyecto.

En la implementación del proyecto, a estos aspectos se les dio una mayor relevancia que a la articulación del PPES con el 'Proyecto educativo institucional' (PEI) y con la comunidad educativa, que incluye a los estudiantes, sus familias,

¹⁹ Entre estas conferencias se encuentran la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos* (Jomtien, Tailandia, 1990), el *Congreso Internacional sobre Educación en Población y Desarrollo* (Estambul, 1992), la *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos* (Viena, 1993), la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (El Cairo, 1994) y la *Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 1995).

docentes y directivas, lo cual restringió de manera significativa su implementación y, en muchos casos, en vez de articularse la educación sexual a todo el proceso educativo, permaneció como una cátedra a cargo de docentes que no contaban con la preparación ni con las herramientas para desarrollar dicho proceso (Estrada 2006; Estrada 2007; Estrada 2009).

En 1999, el Ministerio de Educación Nacional, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), desarrolló el proyecto 'Educación en salud sexual y reproductiva de jóvenes para jóvenes', el cual buscó caracterizar los aspectos relacionados con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y las relaciones de género de los jóvenes de algunos departamentos del país. En el 2003, el gobierno nacional, junto con el UNFPA, dio a conocer el 'Proyecto piloto nacional de salud sexual y reproductiva', orientado al desarrollo de competencias que les permitan a las personas apropiarse conocimientos, capacidades y actitudes como sujetos de derechos. Esta propuesta busca concertar las bases conceptuales y pedagógicas que deben guiar la construcción de cualquier proyecto en educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía del país.

Respecto a los desarrollos en educación sexual (2006; 2007; 2009), llama la atención cómo esta se ha dado a partir de un ejercicio de reconocimiento de las normas y compromisos ratificados a escala nacional y no como consecuencia de las realidades y necesidades de las personas en el país. Frente al 'Proyecto piloto nacional de salud sexual y reproductiva', comenta:

El gobierno colombiano tiene un proyecto de papel que conversa con el mundo de las ideas, de las representaciones, de lo virtual, de su propia coherencia y forma de pensamiento. He ahí el carácter integral del proyecto: único, uniforme, unívoco y coherente con el mundo virtual del gobierno Colombiano.

Estrada (2009) señala cómo en este proyecto, el género, la sexualidad y las prácticas sexuales quedan inmersos en un conjunto de preceptos morales que definirían el desarrollo adecuado de las personas a partir de la normalización de las prácticas sexuales (sus contextos, componentes y funciones), en el marco de la tradición judeocristiana. Este autor también señala cómo las desigualdades y vulnerabilidades de las personas son minimizadas hasta el punto de ser presentadas como potencialidades que tendrían los sujetos en el marco de las competencias ciudadanas. Respecto a la formación para la prevención del VIH/sida, el autor resalta que el tema está mínimamente incluido y, por tanto, las acciones que de allí se desprendan probablemente no alcanzarán para llevar a cabo procesos significativos para la prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en el país.

MARCO CONSTITUCIONAL Y

FALLOS DE LAS CORTES

Desde 1991, las personas viviendo con VIH o con sida han recurrido a las acciones de tutelas como mecanismos

para la exigibilidad de los derechos a la vida, a la dignidad, a la solidaridad, al trabajo, a la educación, a la salud y aquellos consagrados en su momento por los decretos 559 de 1991 y 1543 de 1997, como la no discriminación por su condición de salud, la atención integral, la confidencialidad del diagnóstico y la no exigencia de la prueba (Serrano, Pinilla et al. 2010).

La corte, por medio de las sentencias, se ha pronunciado sobre un número importante de estas acciones de tutela, reconociendo:

- La protección al derecho a la vida como elemento fundamental, asociando este derecho a otros como la igualdad, la salud, la no discriminación, el trabajo y la vivienda.
- La responsabilidad del Estado en impedir y actuar sobre cualquier situación de discriminación contra las PVVS.
- La responsabilidad del sistema general de salud en cuanto a los procedimientos y la atención a PVVS (Serrano, Pinilla et al. 2010)

Un número significativo de las tutelas han sido interpuestas para la exigencia del tratamiento integral, el cual incluye medicamentos, exámenes diagnósticos y remisión a especialistas²⁰. Un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo muestra que la tercera causa por la que son interpuestas tutelas corresponde a tratamiento y medicamentos, en particular por las denominadas enfermedades de alto costo, como el VIH/sida. La cantidad de acciones de tutela interpuestas por ARV evidencia que en el país se presentan dificultades tanto en la medicación como en la entrega oportuna y completa de la terapia antirretroviral.

El estudio de la Defensoría también muestra que durante el periodo de 1999 hasta el primer semestre del 2003 las tutelas por exámenes diagnósticos, particularmente los de carga viral, pasaron del 5,6% al 25,3% en el 2003, lo cual significa un crecimiento cercano al 400%. Según el estudio, no se descarta la posibilidad de que las acciones interpuestas por parte de la ciudadanía ante la jurisdicción hayan incidido en la expedición de los acuerdos 254 de 2003 y 282 de 2004 del CNSSS, por los cuales se incluyó este examen dentro del POS (Defensoría del Pueblo, 2003). La inclusión de la carga viral en el POS evidencia que si bien las acciones de tutela fueron pensadas como mecanismos individuales para la exigibilidad de derechos, en algunas ocasiones se convierten en herramientas útiles para sentar precedentes generales, en este caso sobre la responsabilidad del Estado y del sistema de salud en la atención de las personas viviendo con VIH.

La Corte, en diferentes sentencias, también se ha pronunciado por la vulneración de los derechos al trabajo, educación, igualdad, dignidad, intimidad y libre desarrollo de la personalidad, derechos que son constantemente vulnerados,

²⁰ Al respecto, se pueden ver algunos pronunciamientos de la Corte en las sentencias: T-502 de 1994; T-271 de 1995; SU-256 de 1996; T-059 de 1999; T-177 de 1999; T-1568 de 2000; T-036 de 2001; T-434 de 2006; T-190 de 2007; T-856 de 2007; T-550 de 2008.

producto del estigma, la discriminación y la falta de información sobre las formas de transmisión y tratamiento del virus²¹.

RESPUESTA NACIONAL FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

Planes de prevención/acción sobre VIH/sida e ITS

En las últimas dos décadas, en Colombia se han desarrollado diferentes planes para evitar nuevos casos de infección por VIH/sida e ITS, y para atender las necesidades de las PVVS y de aquellas personas con infecciones de transmisión sexual²². Por medio de estos planes se ha logrado generar estrategias importantes en prevención y atención, por ejemplo, el Plan Nacional 2004-2007 permitió articular los compromisos adquiridos por el país a escala internacional, como el principio de los ‘Tres unos’ de las Naciones Unidas, y se dio ejecución a los proyectos *Fondo Global y Reducción de la transmisión vertical madre-hijo* (Jáuregui et al., 2006).

Sin embargo, al evaluar los diferentes planes se han encontrado dificultades en su implementación y en el alcance de sus objetivos. Así, en la evaluación del ‘Plan estratégico nacional de respuesta a la epidemia del VIH/sida’ (2000-2003) se concluyó que solo se había cumplido con el 35% de sus objetivos (Jáuregui et al., 2006); en la evaluación del Plan Sectorial de Salud del 2002 se reconoció la existencia de dificultades en las estrategias de prevención y atención de las ITS/VIH/sida, al no existir consenso político, por la debilidad operativa en los servicios de atención y en la vigilancia, todo lo cual imposibilitaba la atención integral de las personas, el acceso universal al diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En la evaluación del ‘Plan intersectorial de respuesta nacional ante el VIH/sida en Colombia 2004-2007’ se evidenció la ausencia de un marco jurídico o normativo, con su consecuente carácter de obligatoriedad, situación que permite a las entidades territoriales, EPS e IPS la programación y ejecución de acciones según las disponibilidades de recursos humanos, financieros y de infraestructura.

Respecto a la atención de las PVVS, se menciona que no existe suficiente información para evaluar la atención que reciben las PVVS; sin embargo, se reconoce que hay testimonios y denuncias de PVVS y organizaciones no gubernamentales sobre la interrupción de los tratamientos ARV por largos periodos, debido a la falta de uno o de todos los medicamentos. De igual manera, se mencionó que en las IPS, los esquemas de triple terapia son cambiados a monoterapia por razones económicas, y que médicos generales sin entrenamiento apropiado atienden a pacientes con VIH/sida.

²¹ Al respecto, véanse por ejemplo las sentencias: SU-256 de 1996; T-465 de 2003; T-059 de 1999; T-1165 de 2001; T-905 de 2007; T-502 de 1994; T-577 del 2005; T-082 de 1994; T-948 de 2008.

²² Entre estos planes se encuentra el ‘Plan nacional a mediano plazo’ (PNMP), 1991-1993; ‘Plan intersectorial a mediano plazo para la prevención y control de las ITS/VIH/sida’ (PIMP), 1994-1996-1998; ‘Plan estratégico nacional de respuesta a la epidemia del VIH/sida, PEN 2000-2003’; ‘Plan intersectorial de respuesta nacional ante el VIH/sida en Colombia (PIRN) 2004-2007’; ‘Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida en Colombia, 2008-2011’.

Esta evaluación también mostró la necesidad de mayores esfuerzos de parte del Estado en sus diferentes niveles, tanto en recursos como en acciones, para que se puedan cumplir los objetivos y metas propuestos (Jáuregui *et al.*, 2006).

El 'Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida, Colombia 2008-2011' tuvo como insumos fundamentales las conclusiones y recomendaciones de la evaluación de medio término del Plan 2004-2007, y la consulta nacional sobre acceso universal, efectuadas en el 2006. En este plan, las acciones se orientaron en cuatro ejes:

I: Promoción y prevención.

II: Atención integral.

III: Apoyo y protección social.

IV: Seguimiento y evaluación de la respuesta.

Así, se dio prioridad a las acciones dirigidas a los grupos vulnerables, especialmente a aquellos definidos como de "alta" vulnerabilidad, entre los que se encuentran:

- Personas viviendo con el VIH o con sida (PVVS).
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Trabajadoras sexuales (TS).
- Personas privadas de la libertad (PPL).
- Personas en situación de calle (HC).
- Jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD).
- Personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM).

Tanto en el Plan Nacional de Salud Pública del 2007 como en el 'Plan nacional de respuesta ante el VIH/sida 2008', se reconoce que la mayor parte de las infecciones en el país se presentan en personas jóvenes; sin embargo, este grupo poblacional no es priorizado para las acciones del plan.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Desde el 2007, el Ministerio de Protección Social, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, desarrolló un *modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes*, buscando la reducción de las barreras de acceso a servicios integrales de salud y SSR a este grupo poblacional. El modelo busca que las instituciones de salud se vuelvan "amigables" para los adolescentes y jóvenes, convirtiéndose en espacios de información, orientación y atención de calidad (Ministerio de la protección Social 2010).

ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Las estrategias para la disminución de la transmisión perinatal del VIH en el país empezaron de manera programática con el 'Proyecto nacional de reducción de la transmisión madre-hijo' (conocido en el país como 'Proyecto madre-hijo'). Con esta iniciativa, financiada por la Comisión

Europea, se logró la implementación de la estrategia en 919 municipios (84,3% del total) de 33 departamentos, por medio de 1.225 instituciones de salud (230 de alta complejidad). Con el proyecto se atendieron 368.849 mujeres embarazadas, con un total de 940 gestantes infectadas. En el marco del 'Proyecto madre-hijo' se desarrollaron campañas en medios masivos de comunicación, y se capacitaron a equipos regionales en consejería pre- y posprueba; también, en el manejo clínico de la infección y en técnicas y modelos de intervención para la provisión de apoyo psicosocial a las mujeres infectadas con VIH y a sus familiares.

Este proyecto fue evaluado como el mejor de la cooperación de la Unión Europea en Colombia, y se reconoció como la acción más eficaz en la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/sida, al reducir la posibilidad de transmisión perinatal de un 40% a un 3,6%, con la aplicación completa del protocolo (ONUSIDA, Instituto Nacional de Salud *et al.* 2005). En el 2006 concluyó la financiación del proyecto por parte de la Comisión Europea.

Desde el 2006, el Ministerio de la Protección Social (MPS) asumió la tarea de financiar la estrategia de prevención de la transmisión perinatal del VIH. Actualmente, el MPS implementa la estrategia, cuyo propósito es brindar diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en las mujeres gestantes pertenecientes al régimen vinculado. En el periodo de 2003 a diciembre de 2009 se tamizaron 1.249.187 gestantes, en el acumulado general de los siete años han resultado 2.261 gestantes diagnosticadas con el VIH, lo cual significa que, como resultado global acumulado de la estrategia, el 0,18% del total de gestantes tamizadas han tenido un diagnóstico confirmado. En el 2009 se tamizaron 353.333 gestantes y se diagnosticaron con VIH 515 mujeres (0,14%) (Ministerio de la protección Social 2010).

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA (2009)

La aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias, tanto de orden estructural como técnico, en los servicios de salud. En la actualidad, el país cuenta con directrices para el tamizaje sistemático prenatal de la sífilis, acceso a los servicios de atención prenatal, pruebas para el diagnóstico de bajo costo y técnicamente aplicables, incluso en el primer nivel de atención, así como el tratamiento con penicilina incluido en el POS. A pesar de lo anterior, lejos de acercarnos al cumplimiento de la meta establecida, la incidencia de la sífilis congénita ha pasado de 1 a 2,6 casos por 1.000 nacidos vivos en los últimos diez años (Ministerio de la Protección Social 2009).

El VIH es transmitido de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia, situación que puede ser prevenible si la gestante es diagnosticada a tiempo, si recibe el tratamiento profiláctico antirretroviral indicado junto con el recién nacido, además del suministro de fórmula láctea (Ministerio de la Protección Social 2009).

La 'Iniciativa de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la **sífilis congénita en Latinoamérica y el Caribe**' es la iniciativa regional que busca integrar los servicios de prevención y diagnóstico del VIH y la sífilis dentro del marco de los servicios de atención primaria de salud, prenatales, de salud sexual y reproductiva, y salud familiar. La iniciativa fue lanzada en el 2009 por la OPS y UNICEF, en conjunto con socios de toda la región, y propone eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas para el 2015.

Como parte de la 'Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita' en Colombia se ha desarrollado un manual de procedimientos que debe ser

ejecutado en todas las IPS donde se realizan las actividades de control prenatal y atención del parto. Como parte de ello se establecen las acciones que deben realizarse en torno a la captación de la gestante; los algoritmos diagnósticos para VIH y sífilis durante la gestación; las pruebas de tamizaje, pruebas confirmatorias, uso de pruebas rápidas; especificaciones sobre el manejo del binomio madre e hijo, que incluye el manejo intraparto, posparto y del recién nacido. También se estipulan las acciones respecto al sistema de información, incluyendo los procesos de notificación de los casos y los informes que deben ser presentados por las aseguradoras y los laboratorios donde se procesan las pruebas (Ministerio de la protección Social 2010).

anexo 2. Pieza comunicativa



Personas
Viviendo
con **VIH:**
Construyamos
una atención en **salud**
con **calidad**
para todas y todos

Si eres mayor de 18 años
y vives con VIH, puedes aportar
al estudio "**Cobertura de uso
de Terapia Antirretroviral y calidad
de la atención a personas viviendo
con VIH en el Distrito Capital**"

estudiocalidadvih@gmail.com
Cel: 321 412 6190



Anexo 3. Entrevista a personas viviendo con VIH

Fecha:

Identificación entrevista:

Aspectos sociodemográficos

1. ¿Qué edad tiene usted?

2. Género

Hombre () Mujer () Transexual () Intersexual () Otro () ¿Cuál? _____

3. ¿Cómo define usted su orientación sexual?

Heterosexual () Homosexual () Bisexual () Otra () ¿Cuál? _____

4. ¿Qué nivel de escolaridad tiene usted?

5. ¿Cuál es su ocupación actual?

6. ¿Ciudad/es o municipio donde residió los últimos cinco años?

7. ¿En qué ciudad o municipio vive actualmente?

8. ¿Qué estrato socioeconómico tiene donde vive?

Prevención

¿Alguna vez usted consideró que se podría infectar?

Espacios

Para usted, ¿qué es la prevención?

¿Alguna vez recibió información sobre VIH antes del diagnóstico?

¿De dónde, quiénes o cuáles medios provenía esa información? (Profundizar en redes sociales)

¿Cuántos años tenía cuando empezó a escuchar esta información?

Tipo

¿Qué tipo de información recibió?

La información que recibió, ¿la encontró agradable, entendible?

Aplicabilidad

¿Cómo se protegía antes del diagnóstico? ¿Por qué se protegía o no?

Prueba y diagnóstico

Decisión

¿En qué año fue diagnosticado?

Al momento del diagnóstico, ¿a cuál régimen de seguridad social pertenecía? (Contributivo, subsidiado, especial, excepción, vinculado/Sisbén, ninguno)

Actualmente, ¿a cuál régimen de seguridad social pertenece? (Contributivo, subsidiado, especial, excepción, vinculado/Sisbén, ninguno)

Desde su diagnóstico, ¿a cuántos regímenes de seguridad social/EPS/IPS/programas de VIH ha estado afiliado?

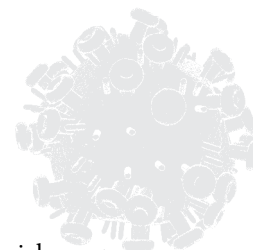
¿En qué momento decidió hacerse la prueba y por qué?

Lugares

¿Dónde se realizó la prueba y por qué en dicho lugar?

Costo

¿Cuánto le costó la prueba?



Atención

¿Cómo fue el proceso en el sistema de salud para acceder a la prueba? (Ruta, autorizaciones, quién se la ordenó, tiempo desde la toma hasta la entrega de resultados)

¿Tuvo asesoría pretest?

¿Podría describirla?

¿La información fue clara?

¿Cómo fue la entrega del resultado? (Asesoría postest)

Antes, durante y después del diagnóstico, ¿ha habido alguna persona que lo acompañe o con la que haya hablado del VIH?

¿Su red social (pareja, familia, amigos) conoce su diagnóstico?

¿Cómo lo trataron durante el proceso?

Tratamiento

Estructura física del lugar de atención

¿Dónde lo atienden? ¿Cómo es el lugar? ¿Cómo es el acceso?

¿Qué profesionales lo atienden? ¿Cada cuánto tiempo? ¿Cada cuánto tiempo le hacen exámenes? ¿Cuáles?

Barreras de acceso

¿Es fácil conseguir las citas? ¿Cómo se piden? ¿Cuánto tardan en dárselas?

¿Cómo es la atención en esas citas? ¿Cómo es la relación médico paciente?

¿Todos los profesionales lo atienden en un mismo lugar? ¿Alguna vez le han atendido de manera simultánea varios profesionales de la salud?

Tratamiento antirretroviral

¿Tomas ARV? ¿Hace cuánto? ¿Por qué? ¿Cómo le va con ellos?

¿Cómo los consigues? (Acceso, tiempo, cantidad, calidad)

¿Dónde se los entregan? (Cercanía al lugar de atención o a la vivienda, problemas de dinero para llegar hasta allá)

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de problema con la entrega del medicamento? (Cambiaron el medicamento, no lo entregan completo, no lo entregan a tiempo)

¿Recibe apoyo de la institución de salud para la adherencia? ¿Cuál?, ¿cómo es?

¿Recibe apoyo de su red social para la adherencia? ¿Cuál?, ¿cómo es?

Otras enfermedades

¿Ha tenido otra enfermedad? ¿Cómo ha sido el tratamiento para esta?

Ideas sobre salud y enfermedad

¿Qué es el VIH? ¿Qué ha significado para usted el VIH?

¿Cómo le afecta el VIH su cuerpo y su ser?

¿Qué le asusta del VIH?

¿Cuál cree que es el tratamiento más apropiado para el VIH y qué le asusta de este?

¿Qué cree que va a pasar de aquí en adelante?

¿Qué significa una atención en salud con calidad?

¿Cree que en este momento hay atención de calidad?

Vivencia

¿Qué pasó con su vida luego del diagnóstico? (Red familiar, proyecto de vida, educación, trabajo, pareja, consolidación de la familia)

En el proceso de diagnóstico, tratamiento y vivencia de la enfermedad, ¿qué papel tuvo su orientación sexual?

Anexo 4. Entrevista personal de programas de atención a personas viviendo con VIH

Fecha:

Identificación de entrevista:

Profesión:

Tiempo de ejercicio como profesional de la salud:

Tiempo trabajando en VIH. ¿Qué cargos ha desempeñado en el tema?

Instituciones en las que ha trabajado y de qué régimen han sido

Tiempo de trabajo en el cargo actual

¿Cuáles son las razones por las cuales trabaja en VIH?

Por favor, describa el programa de atención en el que trabaja actualmente. Describa qué áreas conforman el programa, cómo funciona, cómo se articula

¿Cómo describiría las características sociodemográficas generales de los pacientes que asisten al programa? (Trabajo, afiliación a seguridad social, lugar de vivienda)

Prevención

¿Qué tipo de estrategias de prevención se hacen aquí? ¿A quiénes van dirigidas? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué logros se han obtenido?

¿Con qué nivel de información sobre VIH llegan las personas diagnosticadas? ¿Dónde obtienen esa información?

¿Qué repercusiones tiene esa información para el tratamiento?

¿Percibe usted diferencias en los pacientes dependiendo del lugar de donde vienen remitidos?

Prueba y diagnóstico

¿Se le hace algún tipo de asesoría a la persona cuando entra al programa?

¿Se le vuelven a hacer pruebas diagnósticas?

Los procesos de atención respecto a la prueba diagnóstica, ¿son diferentes para hombres y mujeres?

¿Se encuentran diferencias por régimen de afiliación en el proceso de atención?

De acuerdo con su experiencia, ¿qué opinión le merecen las asesorías pre- y postest que reciben las personas que llegan al programa?

Tratamiento

¿Existen diferencias en la forma como hombres, mujeres y niños viven el programa?

¿Cree que usted incide en la forma como la gente vive el programa?

¿Qué características de los pacientes cree que les modifican la vivencia de la enfermedad?

En su experiencia, ¿considera que el SGSSS responde a las necesidades de las PVVS? ¿Qué le quitaría? ¿Qué le añadiría?

¿Cuáles considera usted que son las necesidades de hombres, mujeres y niños viviendo con VIH?

¿Qué es para usted un grupo de apoyo? ¿Cree que es importante tenerlo en el programa?

¿Qué características considera que debe tener un profesional de la salud para que el programa funcione adecuadamente?

Adherencia

¿Qué elementos brinda el programa a la persona para mantener la adherencia al tratamiento?

¿Encuentra diferencias en la población frente a la adherencia y por qué se presenta esa diferencia?

¿Qué opina usted de los pacientes que abandonan el tratamiento?

¿Qué hace que un paciente tenga o no éxito en la adherencia al medicamento?

¿Qué factores relacionados con el sistema de salud inciden en la adherencia?

¿Qué papel desempeña el profesional de salud en la adherencia de los pacientes al TAR? ¿Considera que existe un profesional que tenga mayor influencia en la adherencia al tratamiento?

Procesos administrativos

- ¿Cuál es el proceso administrativo que se debe seguir para acceder a servicios relacionadas con el programa?
- ¿Cuál es el proceso administrativo que se debe seguir para acceder servicios de atención de patologías no relacionadas con VIH?
- ¿Estos procesos se les explican a los pacientes? (Indagar por quién hace esa labor)
- ¿Conoce problemas de calidad en los medicamentos para VIH? ¿Qué papel desempeña usted en el análisis de la calidad de los medicamentos administrados en el programa a PVVS?

Barreras de acceso

- ¿Considera que existen barreras para hacer su labor en el programa? ¿Cuáles?
- ¿Considera que existen barreras para que la gente acceda al programa? ¿Cuáles?
- ¿Qué elementos no debería tener el programa?
- ¿Qué hace de este un programa con calidad?

Experiencia personal

- ¿Qué ha significado el trabajo con VIH en su vida?
- A partir de su experiencia, ¿cómo definiría el VIH?
- A partir de su experiencia, ¿cómo afecta el VIH a las personas? (Según género, edad, condición socioeconómica, raza, etnia, región, régimen de salud, identidad sexual)
- ¿Qué cree usted es lo que más temen las PVVS respecto a la enfermedad?
- ¿Cuáles cree usted que sean los tratamientos más adecuados para el VIH? (Indagar por acciones complementarias o terapias alternativas)
- ¿Qué significa una atención en salud con calidad?
- ¿Considera que en este momento hay atención con calidad?
- Con normas como la de la emergencia social, ¿qué cree que va a pasar con la atención a las PVVS?

Anexo 5. Instrumento de seguimiento*

I. Datos demográficos

1. Código participante _____
2. Investigador(a) _____
3. Dirección _____
 - 3.1 Barrio _____
 - 3.2 Ciudad _____
 - 3.3 Municipio _____
4. Teléfono _____
5. Sexo _____
 - 5.1 Orientación sexual _____
6. Edad _____
7. Estrato socioeconómico _____
8. Nivel de escolaridad _____
9. Ocupación _____
10. Régimen de afiliación _____
 - 10.1 EPS _____
 - 10.2 IPS _____
11. Dirección del lugar de atención _____
12. Fecha de diagnóstico _____
13. Médico tratante del programa _____

14. Toma tratamiento ARV Sí _____ No _____

14.1 Tiempo de tratamiento ARV _____

14.2 Esquema de tratamiento ARV _____

15. Otras patologías y situaciones de salud relacionadas _____

II. Caracterización de eventos

1. Código del participante _____

2. Nombre del evento _____

3. Seguimiento del evento _____

Hora de inicio	Recorrido	Hora de finalización	Observaciones
----------------	-----------	----------------------	---------------

Fecha	
Especialista	
Dirección	
Motivo del evento	
Documentos y trámites requeridos	
Duración del evento	
Descripción del evento	
Medicación en el evento	
Entrega de medicación	
Remisión a	
Fecha de consulta, remisión	
Lugar y dirección	
Exámenes ordenados	
Fecha	
Lugar y dirección	
Montos que pagó en esta consulta y conceptos	

III. Percepciones

¿Se solucionó el problema consultado?	
¿Cómo se sintió en la consulta?	
¿El profesional le explicó el procedimiento por seguir?	
¿Comprendió la totalidad de las explicaciones del profesional de salud?	
¿Le quedaron dudas al respecto?, ¿cuáles?	

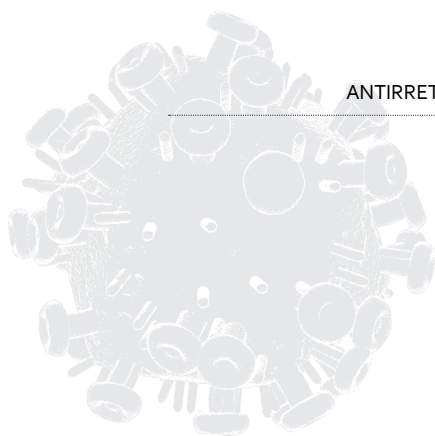
*Cada seguimiento será acompañado de la narración etnográfica del investigador, con el objeto de enriquecer las informaciones cualitativas recopiladas.

Anexo 6. Categorías iniciales para análisis de las entrevistas

Categoría	Subcategoría
Prevención	Espacios
	Tipo
	Aplicabilidad
Prueba y diagnóstico	Decisión
	Vivencia
Tratamiento	Estructura física del lugar de atención
	Barreras de acceso
	Otras enfermedades
Ideas sobre salud y enfermedad	

anexo 7. Categorías finales para análisis de entrevistas a personas viviendo con VIH

Familia y categoría		Subcategoría	Código
Prevención	Discurso de la prevención (sentido del discurso en la experiencia como PVVS)	Lugares y tipo de información	
		Prácticas (cómo se usa la información en prevención que se adquiere)	
Experiencia en torno a la prueba y diagnóstico	Razón de la prueba (por qué la persona se hace la prueba)	Decisión	Embarazo
		Imposición	Pareja infectada
	Atención		Amigos
			Sentirse en riesgo
			Enfermedad
			Trabajo
Soporte para el diagnóstico	Familia		
Vivencia (percepción de sí mismo. Narraciones particulares frente a la forma como se vive el diagnóstico)	Asesoría		
	Tiempos y recorridos (itinerarios)		
Itinerarios burocráticos	Valoración de la atención		
	Institucional		
Profesionales de la salud	Redes sociales (familia, amigos, pareja, Iglesia)		
	Percepción de sí mismo		
Adherencia al tratamiento. (incluye manejo integral del VIH)	Consecuencias (para la vida)		
	Atención de VIH	Consultas	
Otras acciones terapéuticas	Enfermedades relacionadas con el VIH	Exámenes	
	Otras enfermedades o situaciones que requieren atención y no están relacionadas con VIH	Medicamentos	
Apoyo social	Relación profesional de la salud-paciente	Historia clínica	
	Rotación de personal	Percepción del saber del profesional	
Trabajo	Confidencialidad y privacidad	Tiempo de consulta	
	Manejo de la información (es comprensible, útil)		
Familia	Programa	Apoyo/seguimiento	
	Mujeres que cuidan de los otros	Integralidad	
Cuerpo	Grupos de apoyo		
	Salud-trabajo		
Sexualidad	Empleo		
	Discriminación laboral		
Territorio	Ingresos		
	Realización personal		
Educación formal/informal	Pareja		
	Familia de origen		
Emoción/sentimientos	Neofamilia		
	Cambios		
Espiritualidad	Cuidado (prácticas, percepción)		
	"Tiempo Libre"		

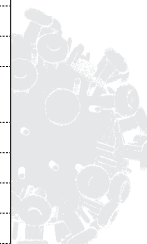


Categorías transversales
Estigma y discriminación
Género y sexualidad
Itinerario burocrático
Trabajo
Violencia
Derechos humanos/ciudadanía/violencia/Estado

Categoría central
Ciudadanía

Anexo 8. Categorías finales para análisis de entrevistas

Familia y categoría	Subcategoría		
Prevención	Discurso de la prevención (sentido del discurso en la experiencia como PVV)	Lugares y tipo de información	
		Prácticas (cómo se usa la información en prevención que se adquiere)	
Experiencia en torno a la prueba y diagnóstico	Razón de la prueba (por qué la persona se hace la prueba)	Decisión	
		Imposición	
		Embarazo	
		Pareja infectada	
		Amigos	
		Sentirse en riesgo	
		Enfermedad	
		Trabajo	
		Familia	
		Asesoría	
Atención	Atención	Tiempos y recorridos (itinerarios)	
		Valoración de la atención	
Soporte para el diagnóstico	Soporte para el diagnóstico	Institucional	
		Redes sociales (familia, amigos, pareja, iglesia)	
Vivencia (percepción de sí mismo. Narraciones particulares frente a la forma como se vive el diagnóstico)	Vivencia (percepción de sí mismo. Narraciones particulares frente a la forma como se vive el diagnóstico)	Percepción de sí mismo	
		Consecuencias (para la vida)	
Tratamiento y atención	Itinerarios burocráticos	Atención de VIH	
		Enfermedades relacionadas con el VIH	
		Otras enfermedades o situaciones que requieren atención y no están relacionadas con VIH	
		Consultas	
		Exámenes	
	Profesionales de la salud	Profesionales de la salud	Medicamentos
			Historia clínica
			Relación profesional de la salud-paciente
			Percepción de la atención
			Percepción del saber del profesional
	Adherencia al tratamiento (incluye manejo integral del VIH)	Adherencia al tratamiento (incluye manejo integral del VIH)	Tiempo de consulta
			Rotación de personal
			Confidencialidad y privacidad
	Otras acciones terapéuticas	Otras acciones terapéuticas	Manejo de la información (es comprensible, útil)
			Apoyo/seguimiento
Apoyo social	Apoyo social	Integralidad/programa	
		Toma de medicamentos	
		Cuidadores	
		Grupos de apoyo	



Familia y categoría	Subcategoría	
VivirelVIH	Trabajo	Salud-trabajo
		Empleo
		Discriminación laboral
		Ingresos
	Entorno social	Realización personal
		Pareja
		Familia de origen
	Cuerpo	Neofamilia
		Cambios
	Sexualidad	Cuidado (prácticas, percepción)
	Territorio	
	Educación formal/informal	
Emoción/sentimientos		
Espiritualidad		
Significados y expectativas de futuro		

Categorías transversales
Estigma y discriminación
Género y sexualidad
Itinerario burocrático
Trabajo
Violencia
Categoría central
Ciudadanía

anexo 9. Matriz de análisis de categorías

Familia o categoría: _____ (prevención, experiencia en torno a la prueba y diagnóstico, tratamiento y atención, vivir el VIH, categorías transversales)

Categoría/subcategoría	Atributo	Análisis	Párrafo
	Acceso		
	Oportunidad		
	Continuidad		
	Pertinencia		
	Acceso		
	Oportunidad		
	Continuidad		
	Pertinencia		



Bibliografía

- Abadía-Barrero, C. and D. Oviedo (2008). "Intersubjetividades Estructuradas: La Salud en Colombia como Dilema Epistemológico y Político para las Ciencias Sociales". *Universitas Humanística* 66 (Julio-Diciembre):57-82.
- Abadía-Barrero, C. E. (2004). "Políticas y Sujetos del sida en Brasil y Colombia". *Revista Colombiana de Antropología* 40:123-154.
- Abadía-Barrero, C. E. and D. Oviedo (2009). "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems". *Social Science and Medicine* 68 (6):1153-1160.
- Abadía-Barrero, C. E., M. Y. Pinilla, et al. (En Prensa). "Neoliberalismo en Salud: La Tortura de Trabajadoras y Trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá". *Revista de Salud Pública*.
- Abadía Barrero, C. E., M. López, et al. (2009). *Constitución de Ciudadanías en Dinámicas de exclusión e inclusión. Ciudadanías en Escena. Performance y derechos culturales en Colombia. P. Vignolo. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia:39-46.*
- Acosta-Ramírez, N., L. Durán, et al. (2005). "Determinants of vaccination after the Colombian health system reform". *Revista de Saúde Pública* 39 (3):421-429.
- Ahumada, C. (2002). *La globalización y su impacto sobre la salud. La Salud Pública Hoy. Enfoques, y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memorias de la Cátedra Manuel Ancizar - I semestre 2002. S. Franco. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia:19 - 34.*
- Almeida, C. (2002). "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". *Cadernos de Saúde Publica* 18 (4):905-925.
- Almeida, C., P. Bravement, et al. (2001). "Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000". *The Lancet* 357 (9269):1692-1697.
- Álvarez, F. (2003). *Calidad y auditoria en salud Bogotá, Ecoe Ediciones.*
- Armada, F. and C. Muntaner (2004). *The Visible Fist of the Market: Health Reforms in Latin America. Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination. A. Castro and M. Singer. Walnut Creek, Altamira Press:29-42.*
- Armada, F., C. Muntaner, et al. (2007/2008). "Misión Barrio Adentro: Democracia Participativa y Salud Publica en la Venezuela Bolivariana". *Palimpsestus* 6.
- Artiles Visbal, L. (2000). *Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. Género: Salud y Cotidianidad. L. Artiles Visbal. La Habana, Editorial Científico-Técnica.*
- Barbosa, R. M. (1996). *Feminismo E Aids. En: Quebrando O Silencio. R. Parker and J. Galvao. Rio de Janeiro.*
- Bastos, F. and et al (2008). "AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response". *International Journal of Epidemiology* 37 (4):729-737.
- Castro, A. and P. Farmer (2003). *El sida y la Violencia estructural: La culpabilización de la víctima. Cuadernos de Antropología Social. Antropología, poder y salud. I. d. A. Social. Buenos Aires, Instituto de Antropología Social.*
- Castro, A., R. Gusmão, et al., Eds. (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la Salud e Inclusión Social en Venezuela. Caracas, OPS.*
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2005). *Acuerdo 000306*
- 

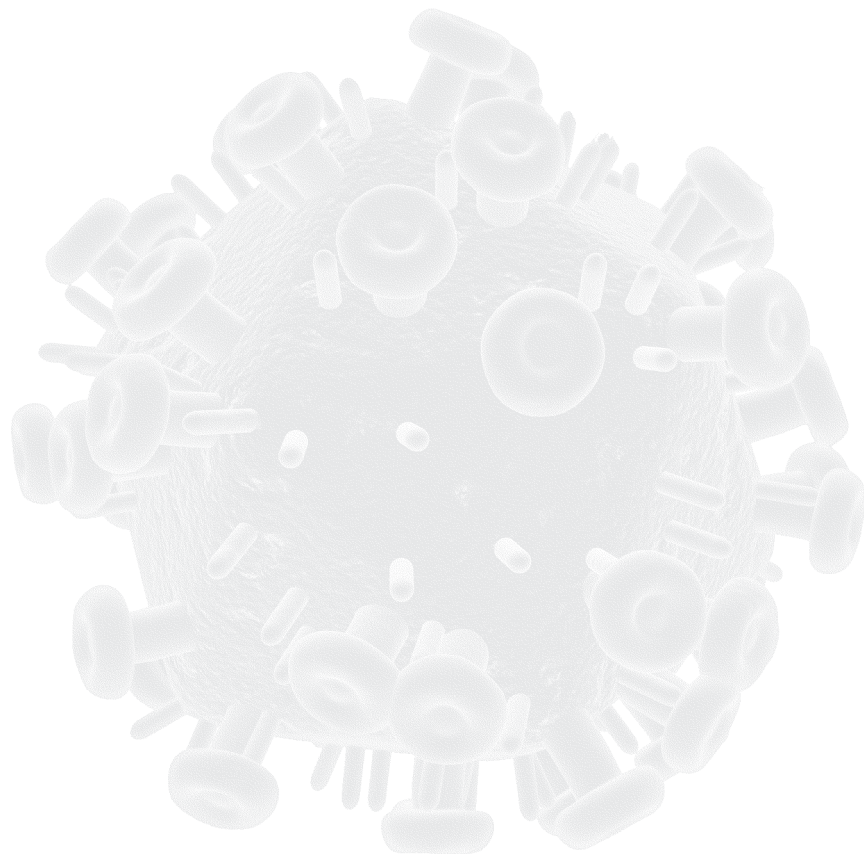
- DANE (2010).** *Encuesta de calidad de vida, DANE.*
- De Currea-Lugo, V. (2003).** *El derecho a la salud en Colombia. Diez años de Frustraciones Bogotá ILSA.*
- Defensoría del Pueblo (2007).** *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. 1. Bogotá, Defensoría del pueblo: 73.*
- Defensoría del Pueblo (2007).** *La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2003-2005. Bogotá, Defensoría del Pueblo:82.*
- Defensoría del Pueblo (2010).** *La tutela y el derecho a la salud - 2010. Bogotá, Defensoría del Pueblo.*
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2011).** *Información de indicadores básicos a julio de 2011.*
- Donabedian, A. (1990).** *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio. México, Instituto Nacional de Salud Pública.*
- Donabedian, A. (1993).** "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad". *Salud Pública de México* 35 (3).
- Duque, E. J. (2005).** "Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición". *INNOVAR, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales: 64-80.*
- Escobar, A. (1995).** *Encountering Development. The Making and Unmaking of the Third World. . Princeton, Princeton University Press.*
- Esteban, M. L. (2006).** "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico feminista". *Revista Salud Colectiva* 2 (001).
- Estrada, J. H. (2006).** *Educación formal y VIH/sida. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.*
- Estrada, J. H. (2007).** "La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida". *Rev Fac Nac Salud Pública* 25 (1 enero-junio).
- Estrada, J. H. (2009).** *Una cuestión poco conocida. Evaluación crítica del proyecto piloto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía - Hacia la formación de una política pública - (2006-2008). Bogotá, Colciencias-Universidad Nacional de Colombia.*
- Feres, M. E. (2006).** *La ciudadanía y los mercados. Desafíos múltiples a identificar y emprender. Ciudadanía, el otro poder. Foro ciudadano III. V. Quevedo. Santiago de Chile, Lom Ediciones: 93-110.*
- Ferguson, J. and A. Gupta (2005).** *Spatializing states: Howard an ethnography of neoliberal governmentality. Anthropologies of modernity: Foucault, governmentality, and life politics. J. X. Inda. United Kingdom, Blackwell Publishing: 105-134.*
- Franco Agudelo, S. (2003).** "Para que la salud sea pública: Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia". *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 4:59-69.
- García Duarte, R. and A. n. Serna Dimas (2002).** *Dimensiones críticas de lo ciudadano: problemas y desafíos para la definición de la ciudadanía en el mundo contemporáneo. Bogotá, Universidad Distrital Francisco José de Caldas: Centro de Investigaciones y Desarrollo Científico.*
- García, R., F. Prieto, et al. (2005).** "Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005". *Biomédica* 25:547-564.
- Giraldo, C. (2007).** *¿Protección o desprotección social? Bogotá, Desde Abajo.*
- Goffman, E. (1963).** *Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires Amorrortu.*

- Grimber, M. (2003).** "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH". *Cuadernos de Antropología Social* (17).
- Hernández Alvarez, M. and R. Vega, Eds. (2001).** *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud.* Bogotá, D.C., Ediciones Antropos Limitada.
- Hernández, M. (2002).** *El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después.* La Salud Pública Hoy. Enfoques, y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memorias de la Cátedra Manuel Ancizar - I semestre 2002. S. Franco. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia:463 - 479.
- Hernández, M. (2002).** "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia". *Cadernos de Saúde Pública* 18 (4):991-1001.
- Hernández, M. (2003).** *Neoliberalismo en Salud:Desarrollos, Supuestos y Alternativas.* La Falacia Neoliberal. Crítica y Alternativas. D. Botero. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 347-361.
- Horrach, J. A. (2009).** "Sobre el concepto de ciudadanía: historia y modelos". *Revista de Filosofía Factótum* (6):1-22.
- Horton, S., J. McCloskey, et al. (2001).** "Transforming the safety net: Responses to Medicaid managed care in rural and urban New Mexico". *American Anthropologist* 103 (3).
- Hourcade, J. (1996).** "Viviendo con VIH" en: *sida: estado actual del conocimientos. Basado en la XI conferencia internacional sobre sida en Vancouver, Canadá J. A. I. Licea. México, Fundación Mexicana para la Salud.*
- Huertas, R. (1998).** *Neoliberalismo y Políticas de Salud.* Barcelona, El viejo Topo.
- Jorgensen, C. (2003).** "Quality Health Care in an Era of Limited Resources. Challenges and Oportunities". *Journal of nursing care quality* 18 (4):395 - 301.
- Kim, J. Y., J. V. Millen, et al., Eds. (2000).** *Dying for Growth. Global Inequality and the Health of the Poor Monroe (Maine), Common Courage Press.*
- Klein, N. (2007).** *The Shock Doctrine. The Rise of Disaster Capitalism.* New York, Metropolitan Books.
- Kliisberg, B. (2000).** *Desigualdade na America Latina. O debate adiado.* Sao Paulo, Cortez Editora. UNESCO.
- Lagarde, M. (2003).** *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas México, Universidad Nacional Autónoma de México.*
- Laurell, A. C. (2003).** "What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government". *American Journal of Public Health* 93 (12):2028-2031.
- Londoño, J. L. (2001).** *Managing Competition in the Tropics:Health Care Reform in Colombia.* *Health Services in Latin America and Asia.* C. G. Molina and J. Núñez del Arco. Washington, D.C., Inter-American Development Bank:134-165.
- Londoño, J. L. (2002).** *¿Qué sigue después de la ley 100? La Salud Pública Hoy. Enfoques, y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública.* Memorias de la Cátedra Manuel Ancizar - I semestre 2002. S. Franco. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 435 - 446.
- Londoño, J. L. and J. Frenk (1997).** *Pluralismo Estructurado:Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina,* Banco Interamericano de Desarrollo: 32.
- Mann, J. (1994).** "El sida en los noventas". *Revista ciencias* (33 Enero-Marzo).

- Martínez, A. G. (2009).** *¿Calidad de la Atención o Atención con Calidad? Profesionales de la salud y condiciones de trabajo en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Magister en Salud Pública: 117.*
- Mattke, S., A. M. Epstein, et al. (2006).** "The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background". *International Journal for Quality in Health Care: 1-4.*
- McChesney, R. W. (1998).** *Introduction. Profit over People. N. Chomsky. Madison: 7-16.*
- Miles, M. and M. Huberman (1994).** *Focusing and Bounding the Collection of Data. The substantive Start. Qualitative Data Analysis: an Expanded sourcebook. R. Holland. United States, SAGE publications: 16-39.*
- Ministerio de la Protección Social (1997).** *Decreto 1543. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). M. d. I. P. Social.*
- Ministerio de la Protección Social (2006).** *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 1011:18.*
- Ministerio de la Protección Social (2009).** *1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009". Bogotá, Ministerio de la Protección Social: 368.*
- Ministerio de la protección Social (2010).** *Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Informe Nacional, República de Colombia.*
- Ministerio de la protección Social (2012).** *Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. Informe Nacional, República de Colombia.*
- Ministerio de la Protección Social and ONUSIDA (2008).** *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida 2008-2011 Colombia. Bogotá.*
- Ministerio de la Protección Social and ONUSIDA (2008).** *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el sida, Colombia 2008 - 2011. Bogota.*
- Ministerio de Salud (2000).** *Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Resolución 412. M. d. Salud.*
- Molina Marín, G., I. F. Muñoz, et al. (2009).** *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá.*
- Navarro, V. (2000).** "Development and Quality of Life: A Critique of Amartya Sen's Development as Freedom". *International Journal of Health Services 30 (4):661–674.*
- Navarro, V. (2004).** "The world situation and the WHO". *The Lancet 363 (April 17):1321-1323.*
- ONUSIDA (2010).** *Situación de la epidemia de sida. Ginebra, ONUSIDA.*
- ONUSIDA, Instituto Nacional de Salud, et al. (2005).** *Proyecto madre-hijo. Informe de actividades.*
- ONUSIDA and Ministerio de la Protección Social (2006).** *Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte. 2000 - 2005. Bogotá, ONUSIDA, Ministerio de la Protección Social: 207.*
- OPS (2002).** *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia, OPS.*

- Oraison, M. O.-O.** (2005). *Representaciones y prácticas de la ciudadanía. Una lectura histórico - pedagógica del caso argentino La construcción de la ciudadanía en el siglo XXI*. M. Oraison, D. J. Corbo, S. Gallo and N. A. Von Zuben. Barcelona, Octaedro-OEI: 13-68.
- Organización Mundial de la Salud** (2010). *Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes . Recomendaciones para un enfoque de salud pública - Edición 2010*.
- Pabón, C.** (2010). "Yo mujer", desplazamiento forzado y ciudadanía, una historia que contar. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Antropología. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Antropología.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents** (2009). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. D. o. H. a. H. Services: 1-16.
- Parker, R. and P. Aggleton** (2001). *Estigma y discriminación y sida*. Rio de Janeiro, Colección Abia.
- Parker, R. and P. Aggleton** (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". *Social Science and Medicine* 57 (1).
- Parker, R., P. Aggleton, et al.** "Estigma y Discriminación por VIH y sida: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción". *Boletín electrónico del proyecto sexualidades, salud y Derechos Humanos en America Latina* (1).
- Petryna, A.** (2002). *Life Exposed: biological citizens after Chernobyl*. Princeton, Princeton University Press.
- Pinilla, M. Y., K. Ariza, et al.** (2010). *Estudio rapido exploratorio sobre el Vih y el desplazamiento en cuatro ciudades de colombia U. ACNUR*. Bogotá, En prensa.
- Procuraduría** (2008). *Cumplimiento de fallo de la Corte Constitucional genera megaproyecto alrededor del Hospital San Juan de Dios*. Bogotá.
- Programa de Apoyo a la Reforma en Salud** (2006). *Guía para el manejo de VIH/sida. Basada en la evidencia*. Colombia. P. d. A. a. l. R. e. Salud. Bogotá: 391.
- Rose, N. and C. Novas** (2008). *Biological Citizenship. Global Assemblages*, Blackwell Publishing Ltd: 439-463.
- Rylko-Bauer, B. and P. Farmer** (2002). "Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine". *Medical Anthropology Quarterly* 16 (4): 476 - 502.
- Scott, J.** (1996). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. M. Lamas. México, Lapueg.
- Serrano, J., M. Y. Pinilla, et al.** (2010). *Panorama sobre derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas en Colombia, Centro latinoamericano de sexualidad y derechos humanos; Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia*
- Sontag, S.** (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. España, Taurus.
- Tavares, L.** (1999). *America Latina: As políticas de ajuste neoliberal na América Latina. Ajuste Neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Toro, I. D. and R. D. Parra** (2010). *Fundamentos epistemológicos de la investigación y la metodología de la investigación cualitativa/ cuantitativa*. Medellin, Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Ugalde, A. and N. Homedes** (2007/2008). "La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud". *Palimpsestus*: 15-24.
- UNAIDS** (2010). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*.

- Useche, B.** (2007/2008). *"De la Salud Pública a la Salud Privada: Una Perspectiva Global a la Reforma en Salud en Colombia"*. *Pa-limpsestus* 6:123-131.
- Vélez-Arango, A. L., C. Realpe-Delgado, et al.** (2007). *"Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia"*. *Revista de Salud Pública* 9 (2):297-307.
- Velez, M.** (2008). *Salud: Negocio e inequidad*. Bogotá Ediciones Aurora.
- Viveros, M.** (2003). *Género y salud en Colombia. La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. S. Franco Agudelo. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Viveros, M. and C. E. Abadía** (2008). *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá, UNFPA, Universidad Nacional de Colombia.
- Weeks, J.** (1998). *Sexualidad*. Madrid, Paidós.
- Weiss, L.** (1997). *Private Medicine and Public Health: Profits, Politics, and Prejudice in the American Health Care Enterprise*. Cumnor Hill, Westview Press.
- WHO** (2000). *World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, WHO.
- WHO, UNAIDS, et al.** (2008). *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Colombia 2008 Update*. Geneva UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance.
- Yepes, J. F., M. Ramírez, et al.** (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá, Assalud; Universidad del Rosario, Facultad de Economía; Mayol Ediciones.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría Distrital de Salud



LigaSida
www.ligasida.org.co

Grupo de Antropología
Médica Crítica

BOGOTÁ
HUMANANA

ISBN 978-958-8313-60-3



9 789588 313603 >