

VIH Y SU INFLUENCIA EN COLOMBIA

Margarita Maria Mejía Ávila

Universidad De La Sabana

Resumen

Este artículo busca enriquecer la información acerca de lo que está pasando en el país con respecto a una problemática mundial: el VIH/SIDA. La revisión teórica aquí presentada, incluye un acercamiento hacia el VIH y el sistema inmunológico, formas de contagio, diagnóstico y desarrollo, factores de riesgo, aspectos psicosociales; así como también los aspectos generales del VIH/SIDA en Colombia. Esta perspectiva nacional incluye: acceso a los medicamentos, aspectos legales, bioética y educación. Toda esta información presenta argumentos estadísticos que permiten elaborar una mejor presentación de la misma.

Palabras clave: VIH, SIDA, inmunodeficiencia, legislación, bioética.

Abstract

This article looks for to enrich the information about which this happening in the problematic country with respect to a world-wide one: the VIH/AIDS. The theoretical revision presented/displayed here, it includes an approach towards VIH and the immunological system, forms of I infect, diagnosis and development, risk factors, psychosocial aspects; as well as the general aspects of the VIH/AIDS in Colombia. This national perspective includes: access to medicines, legal aspects, bioética and education. All this information presents/displays statistical arguments that allow to elaborate one better presentation of the same one.

Key words: VIH, AIDS, immunodeficiency, legislation, bioética.

VIH Y SU INFLUENCIA EN COLOMBIA

La realidad de hoy en día se enfrenta a una de las enfermedades más complicadas y de difícil tratamiento que ha podido existir, algunas personas la llaman la muerte negra del siglo XXI, pero lo más grave es que siendo una calamidad tan fuerte hoy en día y a pesar de las miles de campañas de prevención a nivel mundial, el índice de contagio sigue siendo alto.

Las teorías modernas afirman que el VIH no existe, que el SIDA puede curarse y que la enfermedad no se transmite sexualmente; esto es, de entrada, controversial. (García, R. y Luke, R. 1995).

Según Acosta J., Prieto f. (2001) el Doctor Roberto García, egresado de la Universidad de Antioquia en 1969 y especialista en medicina tropical e inmunología, asegura categóricamente que absolutamente nada de lo que se ha dicho sobre el SIDA es correcto, empezando por algo muy sencillo: el fenómeno conocido como VIH no es siquiera un virus o un retrovirus, pues no existe evidencia científica que lo compruebe.

Llegar a estas conclusiones ha sido el resultado de 40 años de estudio y experimentación con inmunodeficiencias. "Todo comenzó en 1965, 16 años antes de que el SIDA apareciera en el mundo. Yo era estudiante de medicina y estaba aprendiendo microbiología y desde ese momento me interesaron las enfermedades infecciosas, en especial saber por qué solamente algunas personas contraían alguna patología infecciosa, pese a que todas estaban expuestas a los mismos microbios". (Acosta J., Prieto f. 2001., pp 13)

Roberto Giraldo empezó a defender entonces la idea de que el SIDA no era causado por un virus, sino que era una enfermedad tóxica y nutricional. Esto despertó controversias entre sus colegas. Acosta J., Prieto f. (2001)

La inexistencia del VIH, el principal argumento del doctor Giraldo, es que el fenómeno conocido como VIH no es siquiera un virus y que se puede asegurar que no existe evidencia científica de que se trate de un retrovirus. "El SIDA es una realidad y mata mucha gente, pero a las personas le están dando unos medicamentos para atacar un virus que no existe y que además son tremendamente tóxicos". Acosta J., Prieto f. (2001., pp 23).

Heinrich Kremer es uno de los científicos disidentes de la versión oficial sobre el SIDA. Como muchos de sus colegas, está convencido de que el VIH, un virus cuya sustancia genética y proteínas nadie ha sido capaz de aislar, no existe Stebbing, J., Gazzard, B. Y Douek, D. C. (2004). En su opinión, esta enfermedad -que él califica de etiqueta- es una creación de la industria farmacéutica, que ha sabido rentabilizar un miedo social -según este experto- absolutamente injustificado.

Según Kramer, L. (1994) todo empezó en junio de 1983, antes de que nadie hablase del VIH, cuando el Ministerio de Salud Alemán informó de que la vacuna francesa contra la hepatitis B estaba infectada por el virus del SIDA y exigió que, en su lugar, utilizara la norteamericana. En Septiembre de 1984 otra orden ministerial emplazó a enviar a Berlín los sueros sanguíneos de los pacientes que habían recibido esta vacuna en 1982. Los sueros iban numerados. Se mandaron en total 52 muestras y 18 fueron diagnosticadas como contaminadas.

A principios de la década de los setenta, en Estados Unidos -y luego en Europa- se introduce un medicamento compuesto por dos sustancias, la sulfonamida y el trimetoprim, que se vende comercialmente como Bactrim en unos países y como Septrim en otros (World Health Organization. 2002). Este fármaco tuvo éxito en un principio porque no se limitaba a detener las bacterias, sino que las destruía.

Según Clavel, F. Y Hance, A. J. (2004) en Occidente, el grupo de población que más frecuentemente tomaba ese medicamento eran los homosexuales debido a las frecuentes neumonías e infecciones que padecían en las vías urinarias.

Pero el Bactrim-Septrim también ataca a las mitocondrias celulares, que son antiguas bacterias que se fueron integrando simbióticamente en las células. Las mitocondrias son los pulmones de las células y, además, al final de la cadena respiratoria se forma el ATP, que es la molécula energética fundamental. Aproximadamente el 90 por ciento de la energía que necesita nuestro cuerpo la obtiene en forma de dicho ATP. Las mitocondrias afectadas por el Septrim-Bactrim sufren mutaciones en su ADN, que no tiene los mecanismos de autoreparación de los que sí dispone el ADN del núcleo. Estas mutaciones se transmiten directamente de la gestante al feto, pues el ADN mitocondrial no proviene, como el nuclear, de ambos padres por vía sexual, sino exclusivamente de la madre. De ahí estas nuevas enfermedades infantiles llamadas precisamente enfermedades mitocondriales. (Estrada, J. H. y Gómez, L.A. 2000)

Hay muchos productos, sobre todo aquellos que ayudan a recuperar el funcionamiento correcto de las mitocondrias. Por ejemplo, la coenzima Q-10, una ubiquinona natural, la carnitina, una proteína de transporte, o el Padma-28, un

producto de la fitoterapia tibetana muy adecuado para eliminar radicales libres. (World Health Organization. 2002)

También son positivos para esas personas aquellos reguladores naturales de las proteasas, como el condritimsulfato, que se encuentra contenido en el cartílago, y el agar, en algas marinas; ambos carecen de los gravísimos efectos secundarios que tienen los actualmente tan promocionados inhibidores de las proteasas. Y, en general, son recomendables todos los tratamientos que contribuyen a que el cuerpo funcione más armónicamente. En el caso de la melatonina, que al ayudar a dormir mejor y a hacerlo de acuerdo con el ritmo de la luz solar, hace que se restablezca el circuito pineal-hipotálamo-suprarrenales-cortisol, con lo que se regula el nivel de anticuerpos en sangre. Es importante recalcar que todos los productos aquí citados son eficaces y no dañan el organismo humano, como hacen los medicamentos adscritos al tratamiento oficial. (World Health Organization. 2002)

VIH y sistema inmunológico

Pero para entender mucho mejor tanto las nuevas postulaciones realizadas por el doctor García y para asimilar la nueva ola de investigaciones y sus resultados en el campo del VIH/SIDA, es importante tener en cuenta lo que ya se conoce a través de años de estudio. Según la OMS., CDC. Y ONUSIDA. (2000) el SIDA es una enfermedad causada por un virus llamado VIH que ocasiona la destrucción del sistema inmunológico de la persona que la padece.

El sistema inmunológico defiende al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de

células malignas (cánceres). Este sistema actúa en todo el cuerpo por medio de un tipo especial de glóbulos blancos, los linfocitos. De estos existen dos grandes grupos: Los linfocitos T atacan directamente a los invasores y los linfocitos B producen unas sustancias que llamamos anticuerpos que son específicas para cada microbio. (Organización Mundial de Salud, 1996).

Según Glor, J.E., y Smith, C.L. (2005) se han identificado 2 tipos de virus de la inmunodeficiencia humana: el VIH 1 y el VIH 2. El primero, denominado inicialmente LAV (virus asociado a linfadenopatía), fue aislado en 1983 por un equipo del Instituto Pasteur liderado por Luc Montagnier y es la causa más frecuente de infección por VIH en el mundo. Tres años más tarde se aisló el VIH2 que se localiza fundamentalmente en la zona de África occidental. El VIH 2 es menos patogénico que el VIH1.

Una mutación habría ocasionado el aumento del poder patógeno del virus; la mutación simultánea de dos virus (VIH 1 y VIH 2) con códigos genéticos algo lejanos es difícil de aceptar. Los primeros casos de SIDA se han encontrado por los años setenta; en esta época probablemente no se podían realizar manipulaciones genéticas. (Glor, J.E., y Smith, C.L. 2005).

Queda la hipótesis de que un virus circunscrito en un lugar aislado se hubiese diseminado como consecuencia de los cambios de vida (viajes internacionales, liberalización sexual, acceso generalizado a las transfusiones sanguíneas, uso compartido de agujas y jeringuillas) y, quizás, se hubiese vuelto más activo. (DeVita, V., Helman, S. & Rosenberg, S. 1986).

El VIH 1 es probable que provenga del chimpancé y podría haber existido hace largo tiempo en poblaciones humanas que lo toleraban relativamente bien. El VIH 2 es un pariente próximo del virus de los monos africanos. El VIH 2 causa también SIDA pero su transmisión es más difícil y causa la enfermedad con menor frecuencia y menor rapidez que el VIH 1 (DeVita, V., Helman, S. & Rosenberg, S. 1986).

Para Farreras, R. (2000) el origen del virus del SIDA, puede haberse identificado la fuente original del VIH-1 en una subespecie de chimpancés que habita el oeste de África ecuatorial. Hasta la publicación de este estudio, el origen del VIH-1 estaba confuso: aunque la fuente en primates del VIH-2 ya se había identificado ("cercobebus atys"), y se sabía que algunos chimpancés son portadores del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV), algunos de éstos aislados de SIV eran tan diferentes del VIH-1 que aunque se sospechaba una relación entre ellos ésta no había podido confirmarse (sólo se habían descrito tres casos de chimpancés infectados con virus similares al VIH-1: de ellos, sólo uno de los virus estaba débilmente correlacionado con el VIH-1).

Se identifican un cuarto chimpancé infectado con una variedad del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIVcpz), y utilizaron esta oportunidad para examinar mediante análisis molecular y sofisticadas técnicas genéticas a los aislados de virus hallados en los 4 chimpancés y a los mismos primates. Los aislados de virus fueron comparados con varios aislados de VIH-1 extraídos de humanos. (Farreras, R. 2000)

Los investigadores determinaron también la subespecie a la que pertenecían los chimpancés infectados con el SIVcpz: tres de ellos eran primates de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes", mientras que el chimpancé infectado con un tipo de virus más lejano al VIH-1 pertenecía a la subespecie "Pan troglodytes schweinfurthii". (Grmek, M. 1992)

Algunos resultados demuestran que los tres aislados de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes" se parecían mucho a los diferentes subgrupos del VIH-1: el subgrupo M (responsable de la epidemia) y los subgrupos N y O (que se localizan preferentemente en África ecuatorial). La investigación también reveló que alguno de los aislados eran resultado de recombinaciones genéticas en los chimpancés antes de infectar a los humanos. Es significativo que el hábitat natural de estos chimpancés coincide con las pautas de la epidemia por VIH-1 en esta parte de África. (Grmek, M. 1992)

Tomando todos estos datos en consideración, los autores concluyen que la subespecie de chimpancés "Pan troglodytes troglodytes" ha sido la fuente de al menos tres casos independientes de transmisión viral entre especies, de chimpancés a humanos. El estudio teoriza que el VIH-1 puede haberse introducido en humanos cuando cazadores de chimpancés se expusieron a sangre de chimpancés infectada: además, señalan que los humanos pueden encontrarse aún en riesgo de transmisión de diferentes virus desde los chimpancés, dado que la caza de estos animales, para destinar su carne al consumo humano, es una práctica habitual en el oeste de África ecuatorial. (Glor, J.E., y Smith, C.L. 2005).

Por otro lado, según Glor, J.E., y Smith, C.L. (2005), la muestra documentada más antigua del virus causante del SIDA procede de un análisis de sangre realizado en 1.959 y podría tratarse de un antepasado común del VIH-1; los autores del estudio señalan que el análisis genético sugiere que dos de los principales subtipos del VIH-1, y posiblemente todos ellos, se desarrollaron a partir de una familia única que afectó a la población africana. Los científicos descubrieron evidencias del VIH en una muestra de sangre que le fue tomada en 1.959 a un bantú habitante de la actual República Democrática del Congo. El virus de esta muestra fue identificado como VIH-1, pero el material genético al estar muy degradado complicaba su comparación con otros tipos conocidos del VIH. Se determinó que era, probablemente, un antepasado común de los dos principales subtipos del VIH-1, el B y el D. Los investigadores piensan que, dado que se cree que el VIH cambia con una progresión constante, el virus contenido en la muestra es probable que pasara de los monos al hombre en los 10-20 años anteriores (en la década de 1940 o a principios de 1950, unos 10 o 20 años antes de lo que se había pensado con anterioridad) y que posiblemente los principales subtipos del VIH-1 se desarrollaron en la especie humana a partir de este virus común y no a partir de contactos con monos que tuviesen diferentes variantes del virus. (Quinn, T. & Fauci, A. 1998).

Para Quinn, T. & Fauci, A. (1998), se calcula que la mejor estimación para localizar el ancestro común del VIH-1 es los principios de la década de los 1930, lo que implicaría que la transmisión a los humanos se hubiera producido con anterioridad, posiblemente en el siglo XIX o principios del XX. También es posible

que el virus infectara a los humanos alrededor de 1930 y a partir de entonces comenzara a expandirse. (Grmek, M. 1992).

En todo caso la expansión del virus habría sido lenta ya que el VIH existía en humanos desde 1930-1950 pero no se generalizó hasta los 1970: la epidemia habría explotado en los años 50 y 60, coincidiendo con el fin del colonialismo en África, varias guerras, el crecimiento de grandes ciudades en África, la introducción de programas de vacunación generalizada en el continente (con la reutilización deliberada o accidental de agujas), y el crecimiento de los viajes desde y hacia África. (Grmek, M. 1992).

La respuesta inmunitaria logra control parcial atribuido principalmente a las células T citotóxicas (CD 8) como se mencionó anteriormente (Busch, Kleinman y Nemo, 2003). Sin embargo, la mejor forma de comprender la evolución de la infección por el VIH es considerando la interrelación entre el VIH y el sistema inmunitario. De acuerdo con Cotran, Kumar y Collins (2000), pueden reconocerse tres fases que reflejan la dinámica de la interacción entre el virus y el huésped: la fase inicial, la fase crónica intermedia y la fase de crisis final.

Las investigaciones han proporcionado mucha información invaluable en el área médica, científica y de salud pública acerca del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se han identificado claramente las formas en las que se puede transmitir el VIH: Desgraciadamente, continúa difundiéndose a través de la Internet y de la prensa popular información falsa o aseveraciones que carecen de fundamento científico. Por lo tanto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han

elaborado protocolos informativos para corregir algunas ideas equivocadas acerca del VIH.

Formas de contagio.

El VIH se transmite fundamentalmente a través del contacto sexual con una persona infectada, al compartir agujas o jeringas (fundamentalmente para inyectarse drogas) con una persona infectada o, con menos frecuencia (y ahora muy raramente en aquellos países donde se examina la sangre en busca de anticuerpos del VIH), a través de transfusiones de sangre contaminada o factores de coagulación contaminados. Los niños hijos de madres portadoras del VIH pueden infectarse antes o durante el nacimiento o al ser alimentados con leche materna después del mismo. (Ticona, E. 2005).

En un entorno hospitalario, han ocurrido casos de trabajadores infectados con el VIH luego de haberse pinchado con jeringas que contenían sangre infectada con el VIH o, con menor frecuencia, después de que la sangre infectada entra en contacto con una herida abierta o una membrana mucosa (por ejemplo los ojos o el interior de la nariz).

Algunas personas temen que se pueda transmitir el VIH de otras formas, sin embargo no se ha hallado evidencia científica que apoye estos temores. Si el VIH se transmitiera por otras rutas (como a través del aire, agua o insectos) los patrones de casos de SIDA reportados serían muy diferentes a lo observado. Por ejemplo, si los mosquitos pudieran transmitir la infección por VIH, se habría diagnosticado el SIDA en muchos más niños y preadolescentes. (Ticona, E. 2005).

Todos los casos reportados que sugieren rutas de transmisión nuevas o potencialmente desconocidas son investigados cuidadosamente por los departamentos locales y estatales de salud con la orientación, colaboración y apoyo de laboratorio de los CDC. No se han detectado nuevas rutas de transmisión, a pesar de un sistema nacional de vigilancia diseñado para detectar este tipo de fenómeno. (Centro Nacional de Consultoría/ministerio de salud, 1995)

Diagnóstico y desarrollo.

Es importante mencionar el recuento de CD4+ en cada fase de la evolución de la enfermedad, puesto que este ha sido la herramienta más eficaz en el pronóstico de desarrollo del SIDA y de sobre vida en los pacientes cero-positivos. En la fase inicial, los CD4 descenderían de 1000 a 500 aproximadamente; en la siguiente etapa es decir en la fase crónica intermedia se mantendrían de 500 a 200 y en la fase final el recuento de células CD4 se encontrarían de 200 hasta 0 (Estrada y Gómez, 2000).

Según Cotran, Kumar y Collins (2000), en ausencia de tratamiento, la mayoría de los pacientes con infección por el VIH progresan hacia el SIDA tras una fase crónica de siete a diez años de duración. Las excepciones a este patrón típico corresponden a pacientes sin progresión a largo plazo y los que progresan rápidamente. Los primeros que se definen como individuos infectados por el VIH-1 permanecen asintomáticos durante al menos diez años con un recuento de CD4+ estables y bajos niveles de viremia plasmática. Por el contrario, en casos de progresión rápida, la fase crónica intermedia se reduce a dos o tres años a partir de la infección primaria.

DeVita, V., Helman, S. & Rosenberg, S. (1986), en la fase terminal, llamada SIDA como se ha mencionado anteriormente, los pacientes también presentan absorciones deficientes, posiblemente causadas por el resultado de lesiones gastrointestinales ocasionadas por infecciones oportunistas.

Factores de riesgo

De acuerdo con el informe sometido a la discusión de la reunión especial de alto nivel sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (Organización Internacional de Trabajo, 2000), en el marco del VIH/SIDA, el riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda infectarse con el VIH. Determinados tipos de comportamiento crean, aumentan y perpetúan este riesgo. Los comportamientos de alto riesgo comprenden, por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección con una persona cuyo estado serológico con respecto al VIH se desconoce, las relaciones sexuales promiscuas sin protección, el incumplimiento de las directrices para combatir la infección facilitadas por el personal de atención de salud, las transfusiones de sangre repetidas (sobre todo con sangre no analizada) y el consumo de drogas por vía intravenosa con agujas compartidas.

Según García y Luke (1995), las características del individuo, o su entorno, que lo hacen más susceptible a la enfermedad son factores y conductas asociadas al riesgo de adquirir la infección por el VIH. Los principales factores de riesgo son los asociados al comportamiento, perinatales y biológicos.

Según ONUSIDA. (2001) en varias poblaciones africanas, las muchachas de 15-19 años de edad están entre cinco y seis veces más expuestas a infectarse con el

VIH que los muchachos de su edad. Una serie de factores de riesgo relacionados con el género aumentan la exposición de las mujeres al VIH y a las infecciones de transmisión sexual y menoscaban su capacidad de protegerse de la infección (ONUSIDA, 1998).

La identificación de factores de riesgo ha sido determinante en la comprensión del comportamiento de la infección por el VIH. Y por supuesto, no lo es menos la identificación y comprensión de las manifestaciones clínicas o expresión de este virus dentro del organismo humano. Debido a las múltiples manifestaciones clínicas de la enfermedad, a nivel biológico se han propuesto distintas aproximaciones en el tratamiento del VIH/SIDA, siendo la más efectiva, basada en la evidencia, la terapia antirretroviral.

Aspectos psicosociales del paciente con VIH/SIDA

Según Fineberg, H. (1987), el VIH/SIDA compromete al paciente en su dimensión psicosocial. Dependiendo de la personalidad premórbida de éste y del apoyo que reciba de sus familiares y su entorno, logra vivir con su enfermedad de la manera más benéfica para él y para quienes lo rodean. Todo paciente con una enfermedad crónica como es la infección por VIH, puede reaccionar de diversas maneras, las cuales están relacionadas como se ha dicho anteriormente, con la personalidad premórbida.

Se puede relacionar con el diagnóstico positivo un estado de impacto emocional, ansiedad, estados transicionales y reacciones de ajuste, entre otros (...).

Según Velandia, M.A. (1999), la actitud y la percepción de las personas que se enfrentan a un diagnóstico reactivo giran en torno a la incertidumbre ante la expectativa de vida o el trabajo, la misma enfermedad, la vinculación afectiva con la familia y la pareja. Otro tipo de reacciones pueden referirse al tratamiento o a las reacciones sociales. A continuación se presentan cuatro estados dentro de la actitud y percepción de éstos pacientes. (Velandia, M.A. 1999).

En primer lugar se encuentran los estados adaptativos. Impacto emocional: generalmente, el impacto se presenta en el momento de recibir el diagnóstico, e incluso previamente. Se caracteriza por un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones emocionales de variada intensidad. Existe gran dificultad para comprender la realidad que se afronta y sus repercusiones, llegando incluso a negarlas. En esta fase se empieza a ver el mundo desde otra perspectiva, las personas experimentan sentimientos de anulación, ira, depresión, sentimientos de culpa, y ansiedad, temor entre otros (Velandia, M.A. 1999).

Según Bayon, C. y Santo Domingo, J. (1991), ante el diagnóstico de seropositividad la primera reacción de la persona afectada es generalmente la de una reacción catastrófica, por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Además, se suelen añadir preocupaciones en torno a la pérdida de soporte social y del afecto por parte de familiares y amigos, pensando que será una carga pesada para el entorno; e incluso al miedo a la alteración de su aspecto externo y a la posible pérdida de sus facultades mentales.

En segundo lugar se encuentra los estados transicionales. Denominados en algunas situaciones como “estado de ajuste”. Se presenta en la medida en que se

termina la crisis inicial. En este se pueden presentar frecuentemente formas atenuadas de negación, igualmente, sentimientos de culpa, ira o tristeza, se empieza a percibir un rechazo del mundo exterior, algunas personas en este estado tienden a generalizar las situaciones y presentar juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente (Velandia, M.A. 1999).

En el tercero se habla de Reacciones de ajuste, también llamadas “Estado de aceptación”. En este momento el individuo establece la negociación como mecanismo que le permite aclarar y apreciar cada uno de los elementos involucrados en el diagnóstico, de tal forma que concilia las pérdidas y las ganancias; la persona admite errores propios o de otros, mejora su evaluación social, permite un equilibrio entre la negación y la aceptación. Acepta las limitaciones que la realidad le impone. Se posibilita la integración a actividades anteriores y proyecta planes realistas hacia el futuro (Velandia, M.A. 1999).

Por su parte, López, P., Alfonso, J. (2003), discute que en esta etapa aunque la persona ya asimiló su diagnóstico también presenta un sobre-énfasis irreal en las consecuencias más negativas y displacenteras de una situación actual o potencial y conlleva el englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas; bueno-malo, aceptación-rechazo, y así por consiguiente, no admiten matices intermedios.

El cuarto es el estado de adaptación, descrito como “estado de preparación”. Durante este momento la persona está en capacidad de lograr el desarrollo de sus potencialidades personales, de conseguir un crecimiento individual y/o familiar, de enfrentar un futuro abiertamente, determinar actividades que anteriormente había dejado inconclusas o de solucionar, circunstancias legales o judiciales.

Según Ayuso (1997), los trastornos adaptativos son aquellos cuadros que se caracterizan por una respuesta mórbida ya sea por su duración o por su intensidad, al diagnóstico de la infección por VIH, su aparición está condicionada por varios factores, entre ellos: respuestas de afrontamiento ante la enfermedad, antecedentes de trastornos psicológicos, actitud hacia el sujeto de su entorno familiar, social y laboral, y la disponibilidad de dispositivos de apoyo y de asesoramiento. El cuadro clínico de los trastornos de adaptación puede estar presidido por la depresión y la ansiedad entre otros.

Luego de este esbozo teórico acerca de las repercusiones psicosociales en las personas que son diagnosticadas con VIH sero positivo, es importante contextualizar dichas situaciones en el ambiente nacional, dilucidando aquellas repercusiones no solo a nivel individual sino también las consecuencias como sociedad. Por ende también es prioritario referenciar los avances y ajustes en lo legal con referencia a este flagelo globalizado.

Situación General del VIH en Colombia

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

su adecuado diligenciamiento y su utilidad como fuente de información de las variables de mayor importancia para el análisis a nivel nacional (Figuroa, J. P. 2004).

En algunos departamentos, como en el caso de Antioquia, la ficha regional incluye un mayor número de variables que la nacional, lo cual facilita un análisis más detallado de las características epidemiológicas regionales (Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. 2005).

Según Figuroa, J. P. (2004) durante la primera década de la epidemia en Colombia, la caracterización de su comportamiento fue dada por el predominio marcado de la transmisión homosexual. A partir de los años noventa, se comenzó a evidenciar un cambio notorio en el comportamiento de la epidemia, observándose una transición gradual hacia el predominio de la transmisión heterosexual.

En el interior del país, particularmente en la región andina, sigue predominando la transmisión homo-bisexual, aunque las grandes diferencias en la relación de infección hombre-mujer observadas a mediados de la década de los ochenta, han disminuido progresivamente. En las regiones centro-occidente y en la ciudad de Bogotá, los hombres que tienen sexo con hombre representaron entre el 40% y el 50% de las infecciones registradas entre 1990 y 1994. En estas regiones, la relación de hombre: mujer registrados en 1994 fue de 28:1 y 9:1, respectivamente. (Figuroa, J. P. 2004).

Por el contrario, en regiones como la Costa Atlántica y Norte de Santander, el contacto heterosexual es la forma de transmisión predominante, situación que se ha evidenciado desde comienzos de esta década. Entre 1991 y 1995, en estas dos

regiones del país, el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes aumentó a mayor velocidad que en hombres de la misma edad. (ONUSIDA. 2001).

Según ONUSIDA. (2001). el número total de eventos registrados (Infección por el VIH, SIDA y muertes por SIDA), correspondientes a casos de transmisión sanguínea del VIH, representan el 0.5% de todos los eventos notificados a nivel nacional. La transmisión transfusional aporta el 84% de los casos acumulados de transmisión por vía sanguínea. Aunque ha sido evidente la mejoría de las acciones de control en bancos de sangre y unidades de transfusión, entre 1995 y 1998 aún fueron registrados 26 casos de transmisión transfusional, gran parte de los cuales pueden corresponder a infecciones ocurridas años atrás.

El pico más alto de casos de transmisión por vía sanguínea se registró en 1994, año en el que se notificaron 17 casos, correspondiendo en gran parte a los casos detectados en 1993 en la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario de Bucaramanga. Al respecto, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud efectuaron dos investigaciones, obteniendo resultados contradictorios en el sentido de si la transmisión accidental ocurrió en la unidad de diálisis o en la unidad odontológica (Ministerio de salud. 1998).

Según Asociación Colombiana de Infectología (2002) en las estadísticas del Ministerio de Salud se referencia que en el país se han detectado desde 1985 hasta Junio del 2002, 26.657 casos de personas viviendo con VIH/SIDA.

En la siguiente tabla se pueden observar las tasas comparativas 2001- 2002

Tabla 1

Datos epidemiológicos: tasas comparativas del 2001 y el 2002.

	Tasa 2001	Tasa 2002
Personas con VIH asintomático	3,7	1,3
Personas con SIDA vivo	1,4	0,8
Personas con SIDA muertos	0,7	0,2
Personas con VIH/SIDA total	5,8	1,4

Sin embargo, la información continua siendo parcial porque aún falta por recuperar la información de 8 departamentos en los años 1999 y 2000 y la información de Cali, Barranquilla y Antioquia para el año 2001. El estudio centinela realizado por el Ministerio de Salud en el año 1999 calcula una seroprevalencia del 1.1%. Un calculo realizado por la Subdirección de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud, en el cual se asume que la prevalencia de la infección por VIH en la población general, es igual a la encontrada en bancos de sangre (0.27%), estima que se han presentado 139.821 casos de Infección por VIH, de los cuales 82.8% (115.772) son asintomáticos y 17.2% (24.049) tienen SIDA, de estos últimos han fallecido 51.7% (12.433). (Asociación Colombiana de Infectología 2002).

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

La tendencia por género desde el inicio de la epidemia, muestra un crecimiento anual en número de casos de 184 para hombres y 38 para mujeres, con una proporción hombre: mujer de 1:7 y en algunas regiones de 1:4. Esto podría ser

explicado por el hecho de que el 75% de los pacientes detectados mantienen sexo con hombres o son bisexuales (Asociación Colombiana de Infectología 2002).

Según el reporte que las Direcciones Seccionales de Salud que se hacen al interior del Ministerio, el mayor número de casos de personas viviendo con VIH/SIDA o fallecidos por la enfermedad, lo presenta la ciudad de Bogotá con 7.765 infectados; Antioquia con 4.609 casos; Valle con 2.789; Atlántico 1.293; Risaralda 953 y Norte de Santander con 943 personas reportadas. Estos son los departamentos que más casos han notificado.

Por edades, el 70.4% de los casos reportados está entre los 20 y 40 años de edad siendo el grupo de 25 a 29 años el más alto, con 4.985 casos; le sigue el de 30 a 34 años con 4.870; de 20 a 24 con 3.434 y la población entre 35 y 39 años con 3.226 casos. (ONUSIDA 2001).

De los 23.447 casos notificados el 84.8% pertenece al sexo masculino y el 14.4% al femenino. Sin embargo, el análisis por años indica que la epidemia afecta cada vez más a las mujeres: mientras en 1986 la relación era de 47 a 1, para el 2001 la relación había disminuido a 3 hombres por cada mujer infectada. (Asociación Colombiana de Infectología 2002).

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

La situación ideal para la atención a este grupo de pacientes debe ser en grupos de atención integral que contemplen las diferentes áreas del conocimiento. (Caracol noticias 2001)

La realidad es que aproximadamente el 70% de los pacientes no son manejados por especialistas y/o grupos integrales de manejo, se destacan algunos casos como son las EPS privadas de Bogotá Compensar, Famisanar, Cafesalud y los grupos de atención integral en Cali y Medellín (Ministerio de salud, 1998).

Acceso a los medicamentos.

Se destaca en este análisis, el hecho de que en las ciudades capitales hay una concentración del recurso médico capacitado. Sin embargo en algunos programas son médicos generales sin una capacitación adecuada, quienes manejan los pacientes y quienes además, no son estables en el programa ya que dependen de las figuras de contratación de la entidad. Aunque en algunas de estas, son especialistas en Enfermedades Infecciosas los que tratan a los pacientes, los exámenes de laboratorio y la adquisición de medicamentos están supeditados al proceso administrativo de costos y no de calidad, por lo cual en muchas ocasiones el concepto técnico del especialista no es tenido en cuenta. (Castro, J. 1.995).

Así mismo, por la estructura de los sistemas de contratación, hay presiones por parte de las entidades contratantes para que haya una disminución en los costos de atención, aún a costa de la calidad de atención científica de ésta. Entre los exámenes necesarios para el estudio de los infectados, no se encuentran ni la carga viral, ni estudios genotípicos de resistencia, por lo cual la gran parte de los pacientes son manejados con base en el recuento y evolución de los linfocitos CD4, lo cual a la luz del conocimiento actual es inadecuado e impreciso y no garantiza que el tratamiento este siendo eficaz. Unas pocas entidades realizan el examen de la carga

viral, aunque no con la periodicidad indicada, y algunas otras que lo realizaban, ya no lo hacen por problemas inherentes al alto costo (Castro, J. 1.995).

Para el Ministerio de salud, (1998), la disponibilidad a los medicamentos antiretrovirales y de algunos necesarios para el control de las enfermedades asociadas, se ha constituido en uno de los principales problemas para garantizar la atención integral a la población viviendo con VIH/SIDA en el mundo, debido a que las diferentes barreras que existen, especialmente administrativas y económicas, alejan la posibilidad real para las personas de tener derecho a la salud y a una vida digna y productiva.

Siguiendo con lo relacionado a la dificultad en la disponibilidad de los medicamentos se identifican varios problemas: Dificultad en el acceso por problemas en el aseguramiento de las personas (participantes vinculados); Barreras de acceso a la población asegurada; El tratamiento se ve afectado por los llamados “períodos de carencia“ en los cuales para el caso de las “enfermedades catastróficas” - incluyen cáncer, SIDA, insuficiencia renal, entre otras - se requieren mínimo 100 semanas, lo cual significa que el acceso al sistema de salud y el derecho a una adecuada atención cuando se padece una de estas enfermedades es dificultoso sino se ha cumplido con el requisito antes indicado. Se calcula que en el país solo unos 7.000 pacientes infectados por el VIH reciben tratamiento con medicamentos contra el virus, porque la gran mayoría de los colombianos afectados no cuenta con la cobertura de Seguridad Social, o porque no cumplen con el tiempo mínimo de afiliación para que se les cubra el tratamiento (Ministerio de salud, 1998).

.Para Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005) hay una limitación de Manual de Medicamentos del POS (Acuerdo 226 de 2002) y no hay una actualización permanente del mismo. De los 17 medicamentos existentes al momento y de los cuales se conoce su efectividad en el control de la Enfermedad, solo hay incluidos 8 en el Formulario de la Seguridad Social, lo cual va en contra de la tendencia mundial de manejo, en la cual se recomienda tener todos los medicamentos disponibles y decidir la terapia combinada adecuada, de acuerdo a la evaluación individual de cada paciente.

Se hace necesaria la disponibilidad de medicamentos a un costo razonable con óptima calidad. Siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, se han introducido en el mercado colombiano medicamentos “genéricos” ó “copias” con el fin de permitir una mayor disponibilidad de la medicación. Desafortunadamente, aunque existen normas legales para garantizar que estos cumplan con las características farmacológicas y de seguridad, el INVIMA no las hace cumplir, argumentando que no existen laboratorios para realizar estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad (a pesar de la existencia de algunos de ellos). Adicionalmente no hay los suficientes estudios clínicos por parte laboratorios productores (Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. 2005).

Sin embargo por las características mismas del Sistema de Salud en Colombia, la “disminución del costo” en los medicamentos no garantizaría el acceso a los mismos, dado que mientras el paciente no tenga vinculación al SGSSS, y no exista una infraestructura adecuada, que permita una atención integral, no se tendría acceso

a la salud, y quienes se beneficiarían con esta reducción de costos serían las EPS y las ARS y no los pacientes (Caracol noticias, 2001).

Existen limitaciones en la comercialización de medicamentos antiretrovirales (ARV) en presentaciones pediátricas y de algunos medicamentos para tratamiento de infecciones oportunistas. Se hallan unas pocas presentaciones pediátricas de los medicamentos antiretrovirales necesarios para el control de la infección o la disminución de la transmisión de la infección perinatal (madre – hijo). Hay ausencia de algunos otros medicamentos necesarios para el control o la prevención de algunas de las manifestaciones oportunistas, ya sea por falta de interés, dado que no hay un volumen suficiente de pacientes o porque los medicamentos son de bajo costo y productividad, algunos de ellos no son importados por los laboratorios productores o no son producidos por laboratorios nacionales (Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. 2005).

No hay disponibilidad de medicamentos para las madres gestantes y recién nacidos. Dentro de las políticas de prevención, se encuentra la disponibilidad de medicamentos para todas las gestantes infectadas, con el fin de disminuir la transmisión vertical, excepto por la disponibilidad de Zidovudina IV por el programa de ONUSIDA, no hay voluntad para el suministro de formas orales para la madre y la continuidad del tratamiento del neonato con las formas en suspensión a pesar de estar incluidas en el POS (OMS 2000).

Además según OMS (2000) la atención de las personas no aseguradas atraviesa grandes dificultades debido a las siguientes causas:

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

En segundo lugar la disminución de los recursos financieros, que permitan garantizar dicha atención, debido a la crisis económica del país y a problemas de corrupción.

La tercera causa hace referencia a que no hay unificación del formulario que va a los Comités técnico-científicos de las EPS y ARS con lo cual hay un incremento en el trabajo “administrativo” para el diligenciamiento de ellos. Además, no hay una periodicidad en las reuniones de estos comités en todas las EPS y ARS con lo cual se retarda el proceso de autorización y suministro de estos medicamentos. (Minsalud, 2000).

En cuarto lugar aparece el hecho que en algunas de las EPS no hay un suministro continuo de los medicamentos y hay demoras en la entrega generando con ello rebote de la carga viral circulante y emergencia de cepas resistentes

La quinta causa se deduce del hecho que en los documentos de la OMS los costos de los medicamentos antirretrovirales no son iguales a los de Centroamérica y otros países suramericanos, encontrando para algunos de ellos costos muy elevados en relación con otros países suramericanos (Argentina , Brasil, Salvador).

Finalmente, se dice que no existe, en la mayoría de los centros de atención, una infraestructura adecuada que permita a los pacientes tener un manejo integral desde el mismo momento de solicitar la prueba (asesoría pre-test y post-test), recibir el resultado, realizarse los exámenes de protocolo de ingreso y los marcadores de evolución de la enfermedad y recibir un tratamiento correcto y oportuno.

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

Pero como si estos problemas fueran poco, en un artículo publicado en el Tiempo se habla de que en seis ciudades Colombianas, bandas organizadas están negociando con medicamentos para pacientes con VIH, Los delincuentes esperan a los enfermos, les compran a bajo precio las medicinas que han recibido en las EPS y luego las revenden, o las adulteran. Este mercado 'negro' con las drogas para infectados con el VIH y la forma como opera ha sido conocido por las autoridades por testimonios de enfermos que han sido víctimas de los estafadores. ((El Tiempo, Diciembre., pp. 28).

La Unidad Nacional de Propiedad Intelectual de la Fiscalía le sigue los pasos a estas organizaciones que, según las autoridades, se dedican a traficar ilegalmente con los costosos medicamentos entregados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a los enfermos terminales.

El negocio ilegal es, según las autoridades, en modo alguno despreciable económicamente, si se tiene en cuenta que el precio de cada medicamento oscila entre

800.000 y 1'200.000 pesos, y los compran por cifras que no sobrepasan los 200.000 pesos. (El Tiempo, Septiembre., pp. 1).

Pero la compra a menor precio de los medicamentos a los propios enfermos es solo una de las irregularidades que ha descubierto la Fiscalía. Los investigadores también tienen información sobre un posible tráfico con las listas de los pacientes que reciben los tratamientos.

En las listas, los médicos consignan el estado clínico de los pacientes e incluso los días y horas en que asistirán a consultas de control en los hospitales y la fecha exacta en que recibirán los medicamentos por parte de su EPS.

“Es el momento en que aparecen los ‘chulos’, les enseñan el dinero a los pacientes y les proponen que les vendan la droga. Les dicen que ese dinero les servirá para la manutención de sus familias o para gastos personales”, dice un investigador. (El espectador, Septiembre 2001., pp. 8).

Otra de las anomalías que ha encontrado la Fiscalía, durante los 12 meses que lleva la investigación, es que los delincuentes falsifican y adulteran las medicinas.

Esta situación, que no tenía antecedentes en el país, se conoció porque en clínicas de Bogotá, Cali, Popayán, Barranquilla, Bucaramanga y Cúcuta se halló que la droga que se les suministraba a los pacientes infectados con el VIH no les surtía efecto.

Las autoridades examinaron muestras de las medicinas y establecieron que habían sido adulteradas y, en algunos casos, falsificadas.

Frente a la grave situación, los representantes en Colombia de los principales laboratorios encargados del suministro de estas drogas especializadas denunciaron el ilícito y colaboran con la Fiscalía para llegar a los responsables.

Con las evidencias recolectadas la justicia logró vincular a procesos a 14 personas y dictar las dos primeras condenas (www.elespectador.com).

Actualmente, en el Congreso cursa un proyecto que busca que este tipo de delito no sea excarcelable. “Es que esto es muy grave, eso es jugar con la vida de las personas”, indicó un investigador. En Barranquilla se sigue otro proceso contra reconocidos miembros de EPS, que estarían en el negocio ilícito. (www.eltiempo.com).

Normas legales para el tratamiento del VIH-SIDA

Para los enfermos de VIH / SIDA, existe otra pandemia paralela y concomitante, que devasta a la población mundial, agravando la situación de las víctimas del VIH/SIDA y extendiendo sus consecuencias dañinas al conjunto de la sociedad, con el exagerado temor al contagio y sus secuelas, la estigmatización y la discriminación de las personas afectadas y en muchos casos de su familia, allegados y amigos. (López, P., Alfonso, J. 2003).

La ley nacional regida por las normas constitucionales, debe reflejar estos derechos y adecuarse a la juridicidad propia y a la internacional en cuanto al respeto a la dignidad y a la igualdad, esenciales de todas las personas, incluidos los enfermos de SIDA, sin generar una situación más gravosa a su estado. El derecho internacional realiza un aporte valioso al adecuar al mayor consenso logrado entre los

Estados en materia de deberes y obligaciones, en favor de las personas, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a las demandas que impone el SIDA en cada país que se presenta. La doctrina elaborada sobre estos derechos afecta, de manera indiscutible y significativa, tanto los derechos civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales nacionales y las numerosas normas establecidas en los tratados, que tienen cada vez más un reconocimiento mundial muy amplio (OMS, 2000).

La aparición de la infección por VIH y el SIDA condujo a modificaciones importantes en todos los campos humanos. Uno de los cuestionamientos que la infección trajo consigo, hace referencia a los derechos sexuales de las personas. En parte, ellos surgen a raíz de la intolerancia que se presentó ante minorías sexuales tanto por parte de los equipos de salud, como de la sociedad como un todo. (OMS 2000). Se ha planteado que tales derechos son: Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos. Derecho a la integridad física, psíquica y social. Derecho a la libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva. Derecho al respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual; Respeto a la opción de la reproducción. Derecho a la elección del estado civil. Derecho a la libertad de fundar una familia; Derecho a la libertad de decidir sobre el número de hijos, el esparcimiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos. Derecho al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado. Derecho a la igualdad de sexo y género. Derecho al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad. Derecho a la expresión y libre

ejercicio de la orientación sexual. Derecho a la libertad de elegir compañero(a) sexual. Derecho a elegir si se tienen o no relaciones sexuales; A elegir las actividades sexuales según sus preferencias. Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad. Derecho a espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad. Derecho a la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre. Derecho a disponer de opciones con mínimo riesgo. Derecho a disponer de servicios de salud adecuados. Derecho a recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades. Derecho a recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos. (Declaración de los Derechos humanos. 1943).

El Estado Social de Derecho, los principios de dignidad humana y de solidaridad social, el fin esencial de promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los derechos, deberes y principios constitucionales y el derecho fundamental a la igualdad de oportunidades, guían la interpretación de la Constitución e irradian todos los ámbitos de su regulación propiedad privada, libertad de empresa, explotación de recursos, producción, distribución, utilización y consumo de bienes y servicios, régimen impositivo, presupuestal y de gasto público. (Constitución Nacional. 1991).

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

particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. (Constitución Nacional. 1991).

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

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

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

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

Esta fundamentación básica, derivada de lo contemplado en la Constitución Política de 1991, ha generado que por intermedio de la protección de los derechos fundamentales, consagrados en la misma, se logre que se de un adecuado tratamiento y atención a los efectos derivados de esta enfermedad, cimentado en el Derecho a la Vida como derecho fundamental, sin el cual, no se podría considerar una protección al Derecho a la Salud, ya que este per se, no es un derecho fundamental sino que debe de estar en conexidad con el Derecho a la Vida, así: Derecho a la Vida: La vida humana, está consagrada en la Carta de 1991 como un valor superior, que según las voces del preámbulo, debe ser asegurada por la organización política, cuyas autoridades, de conformidad con el artículo segundo, justamente están instituidas para protegerla. En perfecta concordancia con ese valor, en cuanto constituye proyección del mismo, encabezando el capítulo correspondiente a los derechos fundamentales, aparece el derecho a la vida (art. 11 Constitución Política.), caracterizado por ser el de mayor connotación, toda vez que se erige en el presupuesto ontológico para el goce y el ejercicio de los demás derechos, ya que cualquier prerrogativa, facultad o poder llegar a ser inútil ante la inexistencia de un titular al cual puedan serle reconocidos.

Derecho a la Salud: La salud reviste la naturaleza de derecho fundamental, merced a su relación inescindible con el derecho a la vida y al mínimo vital. La vinculación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, se aprecia con absoluta claridad, ya que la presencia de una patología semejante, además de conducir a la muerte, desmejora la calidad de la vida durante el tiempo al que todavía pueda aspirarse. Igualmente ha sido reiterada la jurisprudencia que ordena que se suministre a los infectados por el VIH y enfermos del SIDA, los medicamentos antiretrovirales que el médico tratante indique. Y, en general, cuando está de por medio la vida sin consideración al tiempo de cotización mínimo.

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

La prestación gratuita del servicio de salud, constituye un privilegio que puede estar justificado constitucionalmente, dependiendo de la finalidad o de los objetivos buscados. Esta circunstancia se presenta, entre otros casos, cuando para evitar un riesgo mayor como sería la presencia de un evento epidemiológico, llámese SIDA u otro, es indispensable destinar recursos sin posibilidad de una contraprestación. La atención integral y gratuita hace parte de la protección especial a cargo del Estado, cuando la ausencia de medios económicos le impide a la persona aminorar el sufrimiento, la discriminación y el riesgo social que le implica sufrir una enfermedad terminal, transmisible, incurable y mortal.

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

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

El cubrimiento tan sólo alcanzaba a un 21% de la población, apenas comparable con Haití, frente al 45% promedio en América Latina; La inadecuada e ineficiente prestación de los servicios por más de 1.000 entidades de previsión en todo el país; y el déficit financiero generalizado del sistema. (La republica 2001).

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

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

Las EPS se han ceñido a la ley en lo que les resulta conveniente, como lo es el condicionamiento de la atención y entrega de medicamentos, en el caso de servicios de alto costo, a periodos mínimos de cotización (100 semanas) aún en circunstancias de gran necesidad para la salud individual; olvidando los textos que les obliga a no exigir algunos requisitos para acceder al sistema, como los copagos y cuotas

moderadoras a quienes no tienen capacidad de pago, desconociendo que en ningún caso esos pagos se deben convertir en barrera de acceso para los más pobres.

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

No todos los medicamentos antirretrovirales están disponibles en el Plan Obligatorio de Salud (POS); sin embargo, debe considerarse que en el momento de adecuación de los Planes Obligatorios de Salud, se tenían solamente esos medicamentos aprobados para su comercialización en el país. El Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA, preparó una solicitud formal ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para la adecuación del POS en estos contenidos, la cual se entregó a la Secretaría Técnica del Comité de Medicamentos, para su evaluación y presentación ante el CNSSS. Esta solicitud formal se presentó siguiendo los procedimientos reglamentarios para tal fin. Se adjuntaron los documentos técnicos de soporte, un informe técnico de justificación de la inclusión y un trabajo de costos, de acuerdo con las alternativas terapéuticas aprobadas internacionalmente, que a su vez, están consignadas en las guías de atención integral discutidas en meses recientes, las cuales harán parte integral del sistema, y sobre las que se implementará objetivamente, el proceso de control de la atención integral a las personas que viven con VIH y SIDA. (Minsalud. 2000).

En la última actualización del formulario terapéutico acuerdo 2226 de 2002 se incluyeron únicamente 3 medicamentos, anteponiendo intereses económicos, con un desconocimiento absoluto de la farmaeconomía, a los avances científicos y recomendaciones actuales, así como a la epidemiología propia de nuestro país, en la

cual la prevalencia de enfermedades como la tuberculosis y las micosis sistémicas hace necesaria la presencia de ciertos medicamentos (Efavirenz, abacavir, itraconazol, entre otros). (Minsalud. 2000).

En el 2006 a mediados de mayo se aprueba la introducción de 8 nuevos medicamentos para el tratamiento de enfermedades de alto costo como el VIH y cáncer dentro del plan pos de las EPS. (Caracol noticias 2006)

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

De acuerdo a los lineamientos de la OMS se han introducido en el mercado farmacéutico colombiano medicamentos "genéricos", sin embargo, no existen los mecanismos que permitan garantizar su equivalencia al medicamento innovador. (La República 2001).

Según El tiempo (2005), adicionalmente no existen mecanismos que puedan garantizar la calidad de los medicamentos que han ingresado al país.

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

Otras importantes barreras que encuentran en la práctica las personas viviendo con el VIH/SIDA, para el acceso a la atención integral son las siguientes. (Onusida. 1999):

Adicionalmente, existe una cierta carencia o suministro insuficiente de información EPS a los afiliados, sobre los derechos y procedimientos existentes para su reconocimiento y para el suministro oportuno de servicios dentro del POS. La deficiente aplicación de la normatividad existente y el desconocimiento de las mismas, generan irregularidades en la prestación del servicio, tales como, el cobro indebido de copagos, la exigencia de períodos mínimos de cotización para mujeres en embarazo. Ausencia de actividades de promoción y prevención, particularmente con relación con el VIH/SIDA, por parte de las EPS. Es particularmente notable la ausencia de las actividades de evaluación de riesgos y detección temprana, debida en gran parte, al temor de inducir una "excesiva" demanda de servicios. (La República. 2001)

La ausencia de integralidad en la atención y falta de acceso a pruebas específicas para diagnóstico y seguimiento adecuado de los pacientes se han convertido en un gran obstáculo. Ejemplos de ello son la carencia del examen de carga viral en el POS, y la poca claridad de las normas sobre derechos de grupos específicos, como el de mujeres embarazadas, o lo relacionado con los períodos de carencia en el régimen contributivo.

Según El tiempo. (2001) al parecer existe una selección inducida por parte de algunas EPS que refieren a los pacientes con infección por VIH y el SIDA hacia el Instituto de Seguro Social (ISS), ó EPS con programas integrales de atención funcionales y efectivos, pero se carece de cifras que permitan corroborar y cuantificar

esta apreciación. Con relación a la atención de los llamados "vinculados", con algunas excepciones como la del Distrito Capital, las Direcciones Territoriales de Salud, no tienen un plan específico para la atención de las personas ubicadas dentro de esta categoría, que presentan alguna de las enfermedades de alto costo como el VIH/SIDA. Se carece de un sistema de información que permita el establecimiento de cruces de bases de datos, que impida que personas afiliadas al régimen subsidiado, o al régimen contributivo, consuman los recursos de subsidio a la oferta como si fueran vinculados.

La mayoría de las Direcciones Territoriales de Salud, especialmente del orden departamental, no tienen planes de atención de los afiliados al régimen contributivo que se encuentran en período de carencia y que no tienen capacidad de pago. El requerimiento de cuotas de recuperación a las personas vinculadas, cuando solicitan atención para enfermedades de alto costo, podría considerarse inequitativo frente a lo establecido en el régimen subsidiado, el cual no exige copagos para la atención de alto costo. (Kornblit, A.L.,1999).

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

Por otra parte, cuando los contratos de medicina prepagada están unidos al POS en la misma empresa, la infección por VIH y el SIDA quedan cubiertos. (Ministerio de salud. 1997).

Prevención y educación

A pesar de los trabajos realizados por las fundaciones y el gobierno en cuanto a la prevención hoy en día vemos dificultad para adopción a partir del conocimiento del diagnóstico, de medidas de cuidado en el ámbito sexual, tanto para la posibilidad personal de reinfección como para otros.

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

Específicamente para la población infantil, existe discriminación escolar, carencia de atención en salud a nivel escolar y falta de especialistas pediátricos en infección por VIH y SIDA. Bernal, G., Fernández, A. (1998).

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

Según Castro, J. (1.995), la mayoría de los procesos preventivos desarrollados en el país, son únicamente de información. No se parte de las necesidades sentidas de la población-blanco a quien se dirige una campaña. En ocasiones, ni siquiera se parte

del concepto de poblaciones-blancas, sino que las actividades están orientadas a la comunidad en general.

La investigación etnográfica para el diseño de materiales educativos o informativos no se realiza en la mayoría de los casos. No se realizan evaluaciones conceptuales, ni validación de materiales, como tampoco se involucra en el diseño de campañas, a los grupos de población a los que se pretende llegar. Castro, J. (1995).

En algunos procesos educativos puntuales, se han dado intentos de focalización de poblaciones vulnerables, con investigación etnográfica y validación de materiales, aunque estos procesos no han tenido continuidad. Falta la asesoría técnica y profesional en la realización de materiales y selección de los mismos. (OMS., CDC. Y ONUSIDA. 2000).

A nivel individual, la formación académica básica como la capacitación específica para enfrentar el tema, de los diversos profesionales de la salud en Colombia, sigue siendo deficiente, como también lo son la motivación y sensibilización de los profesionales para tratar en forma adecuada a los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad a las ITS y el SIDA, sin generar resistencias o proyectar los prejuicios personales, mitos y tabúes existentes en torno al VIH y al SIDA. Durante la formación básica de los trabajadores de la salud, se destacan los enfoques curativos y hospitalarios o intramurales, con poca disponibilidad para el trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ministerio de sanidad y consumo. 2000).

Según Velandia, M.A. (1999), las llamadas Líneas amigas, que las han tenido algunas ONG, algunas Seccionales Territoriales de Salud (Risaralda, Valle, Norte de

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

Bioética y SIDA

La epidemia del SIDA ha tenido la claridad de estremecer a la sociedad y hacer que se mire en su realidad socio económica y cultural, no sólo con relación a las personas que se han infectado con el VIH o que han enfermado por el SIDA, si no que más allá, ha obligado a que en la sociedad se reconozca la existencia de diferencias. Pero esta irrupción ha puesto a prueba además al conjunto de recursos biomédicos, científicos, económicos y sociales que sostienen el edificio social contemporáneo. Ticona, E. (2005).

Los hechos y las ideas han sido cuestionados, entre ellas, algunas que fundamentan las relaciones tradicionales de la sociedad, como el aparato jurídico. Normas y valores éticos han entrado en colisión, en la medida que las reacciones de los diferentes grupos sociales y de interés, se han visto afectados por las consecuencias de la epidemia. Mientras algunos sectores claman por medidas restrictivas, e incluso punitivas, para quienes aparecen como propagadores de esta enfermedad, otros optan por proponer la elaboración de normas de resguardo de los

derechos de las personas infectadas, mientras se protegen los derechos de la sociedad, con una mayor información sobre el SIDA y una investigación biomédica adecuada. Ello ha reinstalado el debate acerca de la ética y ha contribuido a la reflexión sobre la bioética. Ministerio de salud de Colombia y Onusida Colombia (1999)

Según Ministerio de salud de Colombia y Onusida Colombia (1999) los principios bioéticos y jurídicos que promueven acuerdo serían:

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

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

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

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

Según Kornblit, A.L. (1999). junto a estos principios generales, se alzan otras categorías asociadas a la ética:

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

Proyectos educativos en Colombia

Desde 1.993 existe en Colombia el Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES), fundamentado en la Ley General de Educación, el Salto Educativo, el Plan Decenal de Educación y la Ley de la Juventud; este proyecto debe ser implementado en todos los centros educativos de nivel primario y secundario, a

través del Proyecto Educativo Institucional (PEI) que es propio para cada institución escolar. Centro nacional de consultoría/ministerio de salud, (1995).

Otro proyecto es el Educativo Intersectorial de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, Mediante la Capacitación de Líderes Escolares, que en marzo de 1.999, dio inicio a la segunda fase de acción, cubriendo a 15 departamentos del país con los más altos índices de incidencia, a través del trabajo con 4 instituciones escolares de cada región. A la fecha, este proyecto ha alcanzado 456 escuelas y 400.000 jóvenes en metodología de pares u homofílica. Este proyecto se ha venido realizando en concertación entre el Ministerio de Educación / Programa de Prevención de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud / Cruz Roja Colombiana. Centro nacional de consultoría/ministerio de salud, (1995).

Así mismo, existen dos proyectos pilotos relacionados con cuerpo, sexualidad y violencia, en comunidades cuyas características implicaban trabajos de investigación-acción en educación sexual; uno, interviniendo la comunidad de Villatina (barrio de la ciudad de Medellín) desarrollando propuestas de formación, comunicación y servicios para jóvenes escolarizados y no-escolarizados, madres jóvenes, docentes y madres comunitarias, para desarrollar la valoración corporal en la niñez y la juventud y fomentar una sexualidad sana, placentera y responsable, con cubrimiento de 4.500 personas entre 5 y 19 años. Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005).

El proyecto "Educación en Salud Reproductiva de Jóvenes para Jóvenes", pretende desarrollar procesos de capacitación y formación a jóvenes para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. La población-objeto son los

jóvenes escolarizados y no-escolarizados de 4 ciudades del país, que presentan los más altos índices de mortalidad materna y embarazo precoz. Este proyecto está inscrito dentro del programa País 1.998 – 2.001 y se encuentra apoyado por el Fondo de Población de la Naciones Unidas (FNUAP).

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

CONCLUSIONES

Ciertamente, la problemática del vih/sida en Colombia desencadena un sin fin de dinámicas que van desde lo médico, pasando por lo mercantil hasta llegar a lo propiamente humano a través de la perspectiva ética del profesional y la perspectiva del paciente como sujeto inmerso en una realidad cambiante y, de cierta manera dependiente de decisiones externas y gubernamentales.

En esta revisión teórica se quiso enriquecer de una manera clara y específica, la conciencia acerca de cómo y en donde se manifiesta esta problemática del VIH/SIDA. Para esto fue preciso referenciar aspectos médicos, sociales, legales, gubernamentales, científicos, éticos y educativos; contextos que se retroalimentan como un solo sistema y que a su vez repercuten en la vida del paciente.

En primer lugar hay que tener en cuenta que por ser una problemática mundial, en el país se deben regular ciertas medidas frente al manejo no solo de las prestaciones en los servicios del tratamiento, sino también en la forma en que se trasmite la información en colegios, universidades y en general a la comunidad total.

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

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

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

Frente al manejo en los medios de comunicación en cuanto a la información del VIH/SIDA existen puntos en donde habría que trabajar mucho más.

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

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

Los mensajes son emitidos de manera vertical, posiblemente autocrática y unidireccional al público receptor, en un afán de que se introyecten ideas, ideologías, resignación, adaptación al orden establecido o creación de necesidades de consumo, olvidándose que los medios masivos de comunicación son agentes de cambio y su objetivo debería ser, ante todo, el de orientación a la sociedad en la búsqueda de soluciones para sus grandes problemas, como si lo hace la comunicación popular o de la comunidad. "En un año de cine, radio, prensa y televisión, una persona recibe mayor información, decisiva para la conducta humana, que en todos los años de estudio que un profesional pueda tener, incidiendo en sus nuevos valores y comportamientos".

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

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

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

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

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

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

Existe descoordinación entre los diversos sectores que trabajan en VIH y SIDA, para la adecuada y efectiva (en el sentido de generadora de efectos) utilización de los medios. Se ha trabajado más en los medios masivos que en los alternativos, como lo son canales, emisoras, periódicos regionales y otros

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

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

Finalmente se propone una estructuración del Programa Nacional de SIDA, dependiente del Ministerio de Salud y con una colaboración intersectorial, que incluya a los Ministerios de Educación, Comunicaciones y Hacienda, al Instituto del Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo, la industria privada y las Sociedades Científicas, lideradas por la Asociación Colombiana de Infectología. Este Programa debe incluir Actualización de la información epidemiológica, garantizando el registro

de nuevos pacientes, a través de un formulario y una base de datos únicos de fácil acceso.

Se espera con este documento generar sentido de pertenencia para con el país y para con la profesión ya que como psicólogo el papel en el crecimiento social es muy importante, aportando y generando no solo conocimiento sino también voluntad activa y práctica en el que hacer de cada día.

Referencias

- Acosta J., Prieto f. (2001) *Situación de las enfermedades de transmisión sexual Colombia. 1976-2000. Situación del vih/sida*. Instituto nacional de salud. Documento de trabajo. Colombia., pp. 10-60.
- Agencia española de cooperación internacional-ministerio de asuntos exteriores-ministerio de sanidad y consumo (2000). *Conceptos básicos de epidemiología del vih/sida*. [capacitación en vih/sida. Módulo 1]. España.
- American psychiatric association (2000). *DSM-IV-TR*. Washington, dc: apa
- Allan, W. D., Kashani, J. H., Dahlmeier, J., Taghizadeh, P. Y Reid, J. C. (1997). Psychometric properties and clinical utility of the scale for suicide ideation with inpatient children. *Journal abnorm child psychol*, Vol. 25., pp. 465-473.
- Álvarez, R. (1997). *Para salir del laberinto*. España: sal terrae.
- American Psychiatric Association (2000) *dsm-iv-tr*. Washington, dc: apa.
- Asociación Colombiana de Infectología (2002). *Consenso vih/sida*. Colombia. Bogotá: sussmann.
- Atkinson, J., Hampton, K., Gutierrez, R., Rosben, G. (1990). Suicide ideation and attempts in hiv illness. *Sixth International Conference on Aids*. San Francisco, California, pag 182.
- Ayuso, J. L., Bayón, C. Y Santo Domingo, J. (1989). Psychiatric aspects of patients with hiv infection in the general hospital. *Psychotherapy and psychosomatics*, Vol. 52., PP. 110-113.
- Ayuso, J. L., Bayón, C., Santo Domingo, J. (1991). Aspectos neuropsiquiátricos de la infección por vih. *Archivos de neurobiología*, Vol. 54., pp. 7-10.

- Ayuso, J. L. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el sida*. Madrid: mc graw hill
- Bartlett, J. (2004). Vih: opciones actuales de diagnóstico, manejo y tratamiento. *Sida; guía de manejo.*, pp. 8-15.
- Bayés, R. (1990). The contribution of behavioural medicine to the research and prevention of aids. *Behaviors analysis in theory and practice: contributions and controversies*. Hove, east sussex: lawrence erlbaum., pp. 243-258.
- Bernal, G., Chinchilla, F., De la Hoz, A., Fernandez A. (1994). *Taller técnicas para la elaboración de campañas de prevención en la infección por vih/sida*. Universidad de los llanos. Villavicencio. Mecanografiado.
- Bernal, G., Fernández, A. (1996). *Taller actitudinal y vivencial en infección por vih y sida para equipo de salud*. Preveducar / cerromatoso s.a. / hospital de caucasia. Montelíbano, Córdoba. Mecanografiado.
- Bernal, G., Fernández, A. (1998). *El qué, quién, cuando, de qué y cómo de la asesoría en la infección por vih/sida*. Ponencia presentada ante los equipos de atención al infectado por vih, de los hospitales de la secretaría distrital de salud de Bogotá. Día mundial del sida. Mecanografiado.
- Busch, M., Kleinman, S. y Nemo, G. (2003). Current and emerging infectious risks of blood transfusions. *JAMA*. 289 :959.
- Caracol Noticias. (2001). *Un gran problema en la lucha contra el sida entre los adolescentes de América Latina*. Casos nuevos registrados vih + y sida 1990 –2000. Fuente www.canalcaracol.com
- Castro, J. (1.995). *Resultados del estudio nacional centinela*. Boletín epidemiológico nacional. Vol. 2, # 2. Ministerio de salud. Bogotá.

- Centro Nacional de Consultoría/Ministerio de Salud, (1995). *Evaluación de las campañas propagandistas en salud*. Bogotá. Mecnografiado.
- Clavel, F. Y Hance, A. J. (2004). HIV drug resistance. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 350, pp. 1023-1035.
- Consejería presidencial para los derechos humanos. (1999). *Los derechos humanos, sexuales y reproductivos*. Módulo pedagógico # 2 para formadores. Fnuap. Editorial gente nueva. Bogotá.
- Constitución Nacional. (1991). Extraído de www.cna.goc.co
- Cotran, Kumar y Collins. (2000). *Patología estructural y funcional*. México: Mc Graw Hill.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948). Fuente www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm.
- DeVita, V., Helman, S. & Rosenberg, S. (1986). *SIDA: Etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento*. Barcelona: Salvat.
- El Espectador. (2001). *Enfermedades de alto costo buscan un fondo común*, septiembre 1 página 8ª, Bogotá.
- El País. (2001). *En pance, fundamor abriga a quienes son víctimas del vih*. 19 de noviembre.
- El Tiempo. (2001). *Salud/ tratamientos de alto costo sida y cáncer: reglas a las eps*. Bogotá. Diciembre 28 página 1-1.
- El Tiempo. (2005). *Salud/ trafico de drogas para enfermedades de alto costos*. Bogotá. Septiembre 1 página 1-1.
- El Tiempo. (2001). *Reportaje de la unidad investigativa y de las secciones Bogotá y económicas*. 7 entregas y 2 editoriales. Bogota. Octubre 7 al 14.

- Estrada, J. H. y Gómez, L.A. (2000). Fisiopatología de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Factores Inmunológicos. 40-43. Universidad Nacional. Bogotá.
- Farreras, R. (2000). *Síndrome de Inmunodeficiencia humana*. Medicina Interna. Madrid: Ed. Hartcourt.
- Figueroa, J. P. (2004). HIV/AIDS in the Caribbean. The need for a more effective public health response. *West Indian medical journal*. Vol. 52, pp. 156-158.
- Fineberg, H. (1987). *Dimensiones sociales del SIDA*. Scientific American.
- Fundación Vivir Mejor. (1996). *Encuentro nacional e internacional aprendiendo a vivir mejor*. Cali.
- Fundación Vivir Mejor. (1997). *2º. Encuentro nacional e internacional aprendiendo a vivir mejor*. Cali.
- Fundación Vivir Mejor. (2000). *Encuentro nacional e internacional aprendiendo a vivir mejor*. Cali.
- García, R. y Luke, R. (1995). *Manejo de enfermedades de Transmisión sexual*. Ministerio de Salud. Bogotá.
- Glor, J.E., y Smith, C.L. (2005). HIV and adherence pharmaceutical executive. *Eugene*: Vol. 25, pp. 106 -108.
- Grmek, M. (1992). *Historia del Sida*. Siglo XXI editores.
- Kornblit, A.L. (1999). *Sida y its: Qué se ha hecho y qué se debe hacer en salud, Cambio social y política. Perspectivas desde américa latina*. México: Edamex.

Kramer, L. (1994). *Reportes desde el holocausto: La historia de los activistas del SIDA*. Londres: Casell.

La República. (2001). Crece polémica por fondo para enfermedades costosas. Fuente: www.la-republica.com.co.

López, P., Alfonso, J. (2003). Intervención psicológica en el área de la infección por el VIH: obstáculos y retos para los psicólogos de la salud. *Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud*. Vol 21, pp. 23-27.

Meneses, E A. (2001). *Comentarios y propuesta de modificación, para el proyecto de ley no. 048 de 2001 del congreso de Colombia*. Bogotá. Mecnografiado

Ministerio de Salud. (1997). *Programa nacional de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual /vih/sida. Mesa coordinadora de ongs trabajando en vih sida*. Bogotá.

Ministerio de Salud. (1997). *Decreto 1543 de julio de 1.997. Ministerio de salud*. Bogotá. Extraído de: www.minproteccionsocial.gov.co.

Ministerio de Salud. (1998). Programa de prevención y control de las its/sida. *Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual en Colombia. 1985-1997*. Bogotá.

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

Ministerio de Salud de Colombia y Onusida Colombia (1999). *Infección por vih y sida en colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual: un balance histórico hacia el nuevo siglo*. Bogotá.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). *Plan de movilización multisectorial frente al vih/sida 1997-2000*. Madrid.
- Minsalud, (2000). *Seguridad Social costo anual paciente vih + y sida atención pacientes vih + y sida. Gastos reportados año 2000 iss, eps privadas y ars*. Extraído de www.minproteccionsocial.gov.co.
- Molina, P. A. (2001). *Fármacos y patentes: ¿términos excluyentes?*. *Ámbito jurídico* 10 de diciembre del 2001 al 13 de enero del 2002. pp. 10
- Moreno, I. (1999). *Informe sobre la situación actual de la epidemia en Colombia*. Memorias del seminario-taller sobre vigilancia epidemiológica e investigación en sida. Ministerio de salud/ onusida. Bogotá.
- Nott, K.H., Vedhara, K. y Spickett, G.P. (1995). Psychology, immunology and HIV. *Psychoneuroimmunology*, Vol. 20, pp. 451-474.
- OMS., CDC. Y ONUSIDA. (2000). *Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Actualización 2000. Washington: OPS.
- ONUSIDA. (2001). *Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA*. Bogotá: OMS.
- Onusida. (1999). *Infección por vih y sida en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual*.
- Onusida. (2002). *Access to hiv/aids drugs and diagnostics of acceptable quality*. Ginebra.
- OMS. (1996). Informe técnicos no. 863, *productos farmacéuticos de fuentes múltiples (genéricos): directrices sobre los requisitos de registro para establecer el carácter intercambiable*.

- Quinn, T. & Fauci, A. (1998). *La epidemia del SIDA: Aspectos demográficos, populares y biológicos; y la evolución del virus*. EE.UU.: American Press.
- Revista Trabajo y Seguridad Social. (2001). *Sistema general de salud*. Artículo, octubre – noviembre. Páginas 12 – 14. Bogotá..
- Rodríguez, J. (1999). *Estimación del subregistro para vih/sida*. Memorias del seminario-taller sobre vigilancia epidemiológica e investigación en sida. Bogotá.
- Stebbing, J., Gazzard, B. Y Douek, D. C. (2004) Where does HIV live?. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 350, pp. 1872-1880.
- Ticona, E. (2005). Conocimientos actuales y retos en la infección VIH y el SIDA. *Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud*. Vol. 44, pp.159-161.
- Velandia, m.a. Una etica universal para el manejo profesional de la sexualidad, derechos de humanos y humanas: derechos sexuales. Bogotá, mecanografiado.
- Velandia, M.A. (1999). *Las ONG y sus acciones en Colombia*. Documento de trabajo. Santafé de Bogotá. Mecanografiado.
- Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005). *Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.
- World Health Organization. (2002). *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings*. Guidelines for a public health approach. Executive summary.
- World Health Organization. (2002). *Workshop on evaluation of multisource pharmaceutical products*. Washington.