

---

# ESPACIO ABIERTO

---

## **Transversalización de la prevención del VIH/Sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia**

*Ricardo García-Bernal*

*Mónica Cortés-Yepes*

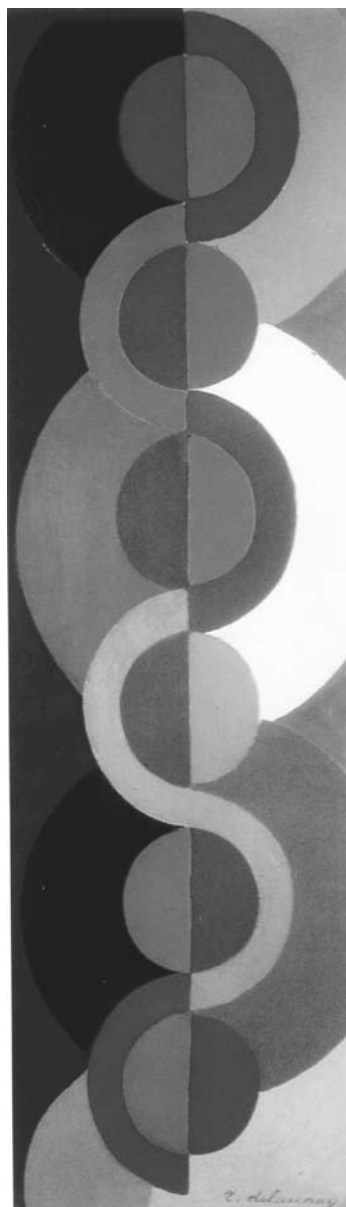
*Adriana María Rodríguez-Rodríguez*

*Ángela María Sánchez-Salazar*

*William Eduardo Rojas-Velásquez*

*Omar Felipe Giraldo-Palacio*

*Serena Buccini*



# Transversalización de la prevención del VIH/ Sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia\*

## Mainstreaming of HIV/Aids prevention in alternative development projects in Colombia

## Transversalização da prevenção do HIV/AIDS em projetos de desenvolvimento alternativo na Colômbia

Fecha de recepción: 28-10-09 Fecha de aceptación: 12-03-10

Ricardo García-Bernal<sup>I\*\*</sup>

Mónica Cortés-Yepes<sup>\*\*\*</sup>

Adriana María Rodríguez-Rodríguez<sup>\*\*\*\*</sup>

Ángela María Sánchez-Salazar<sup>\*\*\*\*\*</sup>

William Eduardo Rojas-Velásquez<sup>\*\*\*\*\*</sup>

Omar Felipe Giraldo-Palacio<sup>\*\*\*\*\*</sup>

Serena Buccini<sup>\*\*\*\*\*</sup>

\* Artículo de investigación derivado de la investigación titulada "Monitoreo, seguimiento y evaluación de los programas nacionales de desarrollo alternativo: Familias Guardabosques (PFGB), Proyectos Productivos (PPP) y Monitoreo al Grupo Móvil de Erradicación (GME)", programas financiados por Acción Social. La ejecución del proyecto de monitoreo y evaluación está a cargo de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc). La intervención preventiva y las encuestas analizadas fueron realizadas entre abril y julio de 2008. En el año 2009 se llevó a cabo una segunda fase de este proyecto de transversalización, lo que benefició a cerca de 3.000 personas en 28 municipios. Los investigadores agradecen por su colaboración en el diseño y aplicación de la encuesta, en el procesamiento de la información y en la ejecución de las intervenciones preventivas a: Fabián Bautista, Fernando Tello, Darío Castro Salgado, Henry Alberto Rodríguez Torres, Diana Ariza Mateus, Ezequiel Aparicio Ayala, Irene Pauline Rojas Sotelo, Alexander Vaca Carvajal, Carolina Tello Gutiérrez, Ebelyn Cuellar, Hugo Javier García Parra, Johanna Fernanda Charry Castro, Karen Shirley Peralta Vargas, Lucila Ramírez Zamora, Martha Carolina Arciniegas Muñoz, Martha Lucía Buitrago Escobar, Néstor Orlando Marín Cáceres, Ricardo Andrés Lozada Rodríguez, Ricardo Fernando Burbano Delgado, Yamelis Yolanda Freile Numa, Carolina Rosas Reyes.

\*\* Médico. Magíster en Epidemiología y Medicina Tropical. Postdoctoral Fellow en Epidemiología e Investigación en Sida. Coordinador de país, Onusida. Correo electrónico: Ricardo.GARCIA@unodc.org

\*\*\* Historiadora. Magíster en Planificación del Desarrollo Regional. Coordinadora del Sistema de Seguimiento y Evaluación, Programas de Desarrollo Alternativo de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc). Correo electrónico: monica.cortes@unodc.org

\*\*\*\* Ingeniera forestal. Especialista en Sistemas de Información Geográfica. Asesora ambiental del Sistema de Seguimiento y Evaluación, Programas de Desarrollo Alternativo, Unodc. Correo electrónico: adriana.rodriguez@unodc.org

\*\*\*\*\* Estadística. Asesora estadística del Sistema de Seguimiento y Evaluación, Programas de Desarrollo Alternativo, Unodc. Correo electrónico: angela.sanchez@unodc.org

\*\*\*\*\* Filósofo. Encuestador de campo del Sistema de Seguimiento y Evaluación, Programas de Desarrollo Alternativo, Unodc. werojas@gmail.com

\*\*\*\*\* Médico veterinario. Magíster en Desarrollo Rural. Supervisor de campo del Sistema de Seguimiento y Evaluación, Programas de Desarrollo Alternativo, Unodc. Correo electrónico: omarfirgald@hotmail.com

\*\*\*\*\* Abogada. Magíster en Cooperación y Desarrollo. Oficial de Programa, Onusida. Correo electrónico: serena.buccini@theglobalfund.org



### Resumen

Este artículo describe la primera fase de una intervención preventiva incorporada en las acciones de monitoreo y evaluación de un proyecto de desarrollo alternativo para población rural de regiones afectadas por cultivos ilícitos y/o presencia de grupos armados irregulares. Presenta el análisis de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, cuyos resultados evidencian la persistencia de conceptos erróneos, actitudes negativas hacia personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y baja frecuencia de prácticas sexuales protegidas. El nivel de conocimientos y el uso del condón son mucho menores en este grupo poblacional que en otros grupos de alta vulnerabilidad que viven en contextos urbanos. Esta intervención constituye la primera experiencia exitosa de transversalización de la prevención del VIH en proyectos de desarrollo apoyados por el Sistema de Naciones Unidas (UN) en Colombia.

**Palabras clave autor:** sida, prevención, encuesta, educación, sexualidad, vulnerabilidad.

**Palabras clave descriptor:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida, prevención & control, encuestas de atención de la salud, educación sexual.

### Abstract

This article describes the first phase of a Human Immunodeficiency Virus HIV/AIDS related preventive intervention mainstreamed in the monitoring and evaluation activities conducted within the frame of an alternative development project aimed at rural populations living in regions affected by illegal crops and/or presence of irregular armed forces. It also analyses results of the knowledge, attitudes and sex behaviour survey, which evidences persistence of misconceptions around ways of viral transmission, negative attitudes towards people living with HIV, and low frequency of protected sex practices. Level of knowledge and consistency of condom use are much lower among this population group than in other highly vulnerable population groups living in urban contexts. This intervention constituted the first successful experience in mainstreaming HIV/AIDS prevention in development projects supported by United Nations (UN) in Colombia.

**Key words author:** Aids, Prevention, Survey, Mainstreaming, Sexuality, Vulnerability.

**Key words plus:** Acquired Immune Deficiency Syndrome, Health Care Surveys, Sex Instruction.

### Resumo

Este artigo descreve a primeira fase de uma intervenção preventiva incorporada nas ações de monitorização e avaliação de um projeto de desenvolvimento alternativo para população rural de regiões afetadas por cultivos ilícitos e/ou presença de grupos armados ilegais. Apresenta a análise de uma pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas sexuais, cujos resultados evidenciam a persistência de conceitos errôneos, atitudes negativas para pessoas com Virus da Inmunodeficiência humana (VIH) baixa frequência de práticas sexuais protegidas. O nível de conhecimentos e o uso do preservativo são muito menores neste grupo populacional que em outros grupos de alta vulnerabilidade que vivem em contextos urbanos. Esta intervenção constitui a primeira experiência bem sucedida de transversalização e prevenção do HIV em projetos de desenvolvimento apoiados pelo Sistema das Nações Unidas na Colômbia.

**Palavras chave autor:** AIDS, prevenção, pesquisa, educação, sexualidade, vulnerabilidade.

**Palavras chave descritor:** Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção e controle, pesquisas de atendimento na saúde, educação sexual.

## 1. Antecedentes

### 1.1. Contexto nacional

Los procesos que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia de VIH y sida en Colombia, y la forma como la sociedad colombiana la enfrenta, están directamente relacionados con el contexto socioeconómico nacional y con la situación y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), principal marco de referencia para el desarrollo de la respuesta nacional. La situación de pobreza, el conflicto armado y el desplazamiento forzado son algunos de los procesos más significativos del contexto social y económico nacional (1).

La pobreza está directamente relacionada con la expansión de la epidemia de VIH y sida en el mundo. Las más altas prevalencias se encuentran en países de bajo desarrollo humano, con indicadores bajos de esperanza de vida al nacer, un producto interno bruto (PIB) real per cápita muy bajo y pobres logros educativos. La condición de pobreza se vincula a la falta de acceso a servicios de educación y salud, la cual se refleja, a su vez, en poco acceso a información adecuada relacionada con la promoción de la salud, a métodos de prevención específica de la enfermedad, y a servicios de asesoría, diagnóstico temprano y atención integral. Aunque Colombia es un país de desarrollo medio, con un considerable crecimiento económico reportado en los últimos años (6,7% en el PIB de 2006 y 7,2% en el de 2007), por lo menos la mitad de la población vive en situación de pobreza. Junto con Brasil, Haití y México, Colombia es uno de los países del continente con mayor inequidad en la distribución de la riqueza.

y permanente presencia del narcotráfico, se constituye en un proceso facilitador de la expansión de la epidemia. Los grupos involucrados en el conflicto están conformados mayoritariamente por hombres que conviven en un ambiente de machismo, de excesiva valoración de la fuerza, de relaciones coercitivas con la comunidad y con una amplia movilidad entre departamentos. Estos factores incentivan el abuso, el comercio sexual y el sexo transaccional en los sitios donde se establece el conflicto armado.

El desplazamiento humano también ha sido asociado con el crecimiento de la epidemia de VIH y sida. La condición de migrante ha sido ampliamente asociada, a nivel global, con una mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH y a padecer complicaciones médicas por sida. Las condiciones de migración se dan generalmente en circunstancias de pobreza e implican el desarraigo y la separación de las normas socioculturales instituidas (2). El desplazamiento forzado por la violencia interna aumenta los factores de vulnerabilidad, limita las posibilidades de desarrollo social y económico, y está asociado con marginalidad, hacinamiento y exclusión social. Los y las jóvenes que viven en contexto de desplazamiento constituyen una población particularmente vulnerable al VIH/Sida. El cambio de su entorno cultural al migrar de zonas rurales a localidades urbanas marginales de pobreza extrema, la deserción escolar, el desarraigo social, las presiones de sus familias para que aporten recursos económicos, la frecuente exposición al abuso sexual, y la escasez de alternativas para sus proyectos de vida propician una baja autoestima, lo que se refleja en el ejercicio de una sexualidad temeraria, no responsable, y en el aumento del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

La violencia interna generada por el conflicto con los grupos armados ilegales y la fuerte

La información epidemiológica nacional sobre VIH y sida proviene de tres fuentes



principales: 1) la notificación regular de casos de infección por VIH, casos de sida y casos de mortalidad, 2) la vigilancia biológica, que incluye los estudios centinela, el tamizaje regular en los bancos de sangre y los estudios de seroprevalencia en grupos específicos, y 3) los estudios de comportamientos en grupos específicos de población. Los informes de vigilancia epidemiológica se basan en la vigilancia pasiva de notificación semanal de eventos de interés en salud pública al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y en la caracterización de casos mediante el análisis de la ficha de notificación. Esta ficha incluye variables de tiempo, lugar y persona y variables específicas como mecanismo de transmisión y forma de presentación del evento. La información se obtiene de la notificación semanal que realizan las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a los municipios, los cuales notifican a los departamentos, y éstos, a su vez, envían la información al Sivigila.

La respuesta nacional frente al VIH y el sida se enmarca dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuya meta principal en lo relacionado con la epidemia es “haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH y Sida”, y en la declaración de compromiso sobre VIH y sida suscrita en el ámbito de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ungass, por sus siglas en inglés) en 2001 y refrendada en la declaración política sobre VIH y sida de 2006. Dentro de este marco, la gestión programática y las acciones nacionales están orientadas al logro de las siguientes metas para 2011: mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1,2%; lograr una cobertura de acceso a medicamentos antirretrovirales mayor del 92%; reducir la mortalidad por causa del sida en un 10%; y disminuir en un 20% el número de casos de transmisión materno-infantil.

## 1.2. La transversalización de la prevención del VIH en los proyectos de desarrollo

Después de 25 años de epidemia, a nivel mundial es ampliamente reconocida la estrecha relación existente entre la propagación de la infección por VIH y los bajos índices de desarrollo. El sida ha afectado el desarrollo humano, social y económico de los países más afectados, e inversamente, en los países menos desarrollados se incrementa la susceptibilidad de la población ante la infección así como su vulnerabilidad al impacto social y económico de la epidemia.

Esta relación directa entre nivel de desarrollo y comportamiento de la epidemia ha sido la base sobre la cual se sustenta la recomendación global de incorporar o transversalizar el tema del VIH y el sida en los planes de desarrollo nacionales y subnacionales. Las respuestas nacionales a la epidemia deben adoptar la transversalización como uno de sus ejes estratégicos esenciales. Obviamente, la importancia de la transversalización de la respuesta al VIH y el sida es fácilmente reconocida en los países con epidemias generalizadas. Suráfrica, Ghana, Uganda y Camboya son algunos de los países que ya han desarrollado iniciativas orientadas a incorporar acciones de prevención y asistencia en VIH y sida en sus planes de desarrollo (3), particularmente en el marco de la ejecución de proyectos productivos y de asistencia humanitaria. En los países con epidemias concentradas es más difícil que los gobiernos, y en general los tomadores de decisiones, entiendan la importancia del tema y lo incorporen en sus planes, programas y proyectos de desarrollo económico y social. Sin embargo, son varios los factores determinantes de vulnerabilidad –todos ellos presentes en Colombia– que justifican la transversalización en contextos de epidemias concentradas: el nivel de pobreza e inequidad social, el conflicto armado, el desplaza-

miento forzado y la debilidad de los sistemas de salud en regiones específicas. Como una innovadora aproximación al entendimiento de los determinantes de vulnerabilidad ante la epidemia, en comunidades rurales que viven en contextos en los que difícilmente se tiene acceso a información relacionada con la epidemia del sida, se propuso realizar una intervención educativa y aplicar una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales. Se considera que de esta manera se optimiza la inversión de recursos humanos y financieros destinados a los proyectos de desarrollo alternativo.

El marco de asistencia al desarrollo del Sistema de Naciones Unidas (UNDAF, por sus siglas en inglés), y la estrategia de sensibilización y aprendizaje sobre VIH y sida en los lugares de trabajo del Sistema de Naciones Unidas (SNU), constituyen un marco conceptual y una oportunidad para la transversalización de acciones preventivas en los diversos programas de desarrollo y ayuda humanitaria implementados o apoyados por las Agencias del SNU. El Undaf acordado por el SNU y el gobierno colombiano para el periodo 2008-2012 incluyó la priorización de la respuesta nacional al VIH como uno de sus resultados directos. Asimismo, uno de los resultados esperados de la estrategia de capacitación y sensibilización al interior del sitio de trabajo es que los funcionarios del SNU, una vez capacitados y sensibilizados, puedan replicar acciones preventivas con las comunidades que se benefician de los proyectos mencionados.

### 1.3. Desarrollo alternativo en áreas afectadas por cultivos ilícitos y/o por el conflicto con grupos armados ilegales

Hasta mediados de los años 80, la lucha contra los cultivos ilícitos estuvo enfocada exclusivamente a las acciones de interdic-

ción y fiscalización. Hacia finales de aquella década se comenzó a generar un cambio de dirección en la concepción de la problemática de las personas dedicadas a los cultivos ilícitos y las familias en riesgos de entrar en esta actividad. El año de 1988 marca el reconocimiento del papel relevante que juegan los aspectos sociales, políticos y económicos en la vinculación a los cultivos ilícitos de muchas poblaciones rurales (4). Esta innovación se estableció en la Convención celebrada en 1988 y cuyos avances se vieron reflejados posteriormente en la Asamblea General de las Naciones Unidas en su periodo extraordinario de sesiones dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, que tuvo lugar del 8 al 10 de junio de 1998, donde se consolidó el concepto de desarrollo alternativo.

Con el interés de garantizar el tránsito hacia una cultura de la legalidad, la estrategia de desarrollo alternativo impulsa acciones de desarrollo rural integrado como medio para ofrecer alternativas económicas sostenibles a los campesinos involucrados. Aunque "... el desarrollo alternativo hace parte de las políticas de desarrollo rural, sus propósitos específicos están en el campo de la política criminal y del control penal a la producción de cultivos ilícitos..." (5). De ahí que el desarrollo alternativo se defina como:

... un proceso destinado a impedir y eliminar el cultivo ilícito de plantas que contengan estupefacientes y sustancias psicotrópicas mediante la adopción de medidas de desarrollo rural expresamente concebidas con tal fin, y que se lleva a cabo en el contexto de un crecimiento económico nacional sostenido y de los esfuerzos por alcanzar un desarrollo sostenible de países que están tomando medidas contra las drogas, teniendo presentes las características socioculturales especiales de las comunidades y grupos destinatarios, y en el marco de una solución permanente



y global de la problemática de las drogas ilícitas ... (6).

El desarrollo alternativo se estructura no sólo para lograr una erradicación voluntaria extensa, sino para asegurar su sostenibilidad mediante el reforzamiento de una cultura de la legalidad, sustentada en una mayor conciencia de las poblaciones rurales que se vieron vinculadas o estuvieron en riesgo de vincularse a los cultivos ilícitos. El concepto de desarrollo alternativo incluye también aspectos relativos al fortalecimiento de acciones enfocadas a garantizar la equidad de género, la cultura de la legalidad, y promover los valores democráticos que favorecen la participación de las comunidades (6).

En 1990 Colombia ratificó las medidas adoptadas por la Asamblea (7) e inició las primeras estrategias de desarrollo alternativo complementarias a las políticas de interdicción aplicadas hasta ese momento. Estas estrategias se enfocaron en el suministro de asistencia técnico-agrícola y la dotación de infraestructura física y social, para lograr que los campesinos remplazaran los cultivos ilícitos por cultivos legales. Las instituciones públicas se dieron a la tarea de encontrar interlocutores válidos, con capacidad de movilizar a la comunidad y concertar con las instituciones involucradas en la estrategia de desarrollo alternativo. Los interlocutores escogidos fueron las asociaciones de productores campesinos, y en los lugares donde no existían se crearon nuevas formas organizativas. A partir de ahí, la estrategia de desarrollo alternativo ha estado enfocada a impulsar organizaciones campesinas que se congreguen alrededor de actividades productivas rentables y ambientalmente sostenibles, con el fin de mejorar la calidad de vida de las comunidades y asentar una cultura de la legalidad. En este ámbito, el Gobierno Nacional, a través de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional

(Acción Social), está desarrollando desde 2003 dos grandes programas de desarrollo alternativo: el Programa Familias Guardabosques (PFGB) y el Programa Proyectos Productivos (PPP), dirigidos a familias campesinas en riesgo de involucrarse en cultivos ilícitos, o directamente vinculadas a estas actividades, y vinculándolas en procesos de recuperación y conservación de ecosistemas en zonas social y ambientalmente estratégicas, para reducir el daño ambiental ocasionado por el conflicto armado y la expansión de los cultivos ilícitos.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), por solicitud del gobierno colombiano y cumpliendo con la responsabilidad de apoyar al gobierno y la sociedad civil para enfrentar todos los aspectos del problema de las drogas y el delito, se comprometió desde 2003 a realizar el monitoreo, la verificación y la certificación del PFGB. A partir de 2005, Unodc conformó un equipo encargado de desarrollar un Sistema de Seguimiento y Evaluación (SS/E) a los procesos llevados a cabo en los diferentes componentes del Programa, verificando su cumplimiento y formulando recomendaciones que mejoren su implementación en las diferentes regiones. Teniendo en cuenta que este sistema de seguimiento y evaluación se basa en la información obtenida a través de una serie de encuestas diligenciadas durante visitas de campo efectuadas a las familias guardabosques, la iniciativa de transversalización de la prevención del VIH fue acordada entre Onusida y Unodc como una actividad incorporada al trabajo de los equipos de SS/E durante estas visitas.

## 2. Metodología

El proceso inició con la capacitación del grupo de encuestadores de SS/E, capacitación



llevada a cabo en el marco de la estrategia de aprendizaje y sensibilización en el sitio de trabajo del SNU. En desarrollo de esta estrategia, desde comienzos de 2005 hasta mayo de 2007 se habían capacitado 342 funcionarios y contratistas del SNU en Colombia. Del grupo de SS/E de Unodc se capacitaron cuatro asesores de análisis, veinticuatro encuestadores, cuatro supervisores de campo y cuatro técnicos de bases de datos. La transversalización del tema VIH y sida en el marco del seguimiento y evaluación del Programa Familias Guardabosques comenzó con una reunión de coordinación entre los funcionarios de Onusida y los integrantes del grupo de SS/E (asesores, supervisores, críticos y encuestadores de campo), durante la cual se socializó un modelo de encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPS) basado en estudios efectuados previamente por Onusida con otros grupos poblacionales. Este modelo fue ajustado y adaptado en forma conjunta por los equipos de Onusida y Unodc. El instrumento consta de 17 preguntas. La prueba piloto se efectuó en los municipios de Ataco y Natagaima (Tolima), y Pauna (Boyacá), y evidenció la necesidad de modificar el texto de algunas preguntas, particularmente las relacionadas con prácticas sexuales.

La encuesta, de carácter anónimo-no ligado, fue diligenciada voluntariamente por integrantes de las familias guardabosques beneficiarias de la fase IV del PFGB que asistieron a las reuniones convocadas por el equipo de SS/E y efectuadas entre abril y julio de 2008. La primera misión se llevó a cabo en el municipio Puerto Nariño, departamento de Amazonas, y durante la misma se realizó un primer ejercicio de educación preventiva en el marco de las reuniones introductorias al diligenciamiento de la encuesta línea de base del PFGB, reuniones efectuadas en las veredas previstas por la muestra previamente diseñada. En todas las misiones del grupo de

SS/E, el trabajo de los encuestadores como agentes preventivos en VIH y sida se realizó durante las reuniones mencionadas.

Con el objeto de regular y homogeneizar la metodología de ejecución de la intervención educativa, algunos integrantes del grupo de SS/E, con reconocidas habilidades comunicativas y de manejo grupal, fueron seleccionados como agentes preventivos en VIH y sida, y asumieron una mayor responsabilidad con el desarrollo de todo el proceso de transversalización. Con este acuerdo se logró que la intervención llegara a todas las localidades visitadas en las misiones de seguimiento al PFGB. Con el fin de facilitar la ejecución de la intervención educativa de los agentes de prevención, se diseñó una “guía del tallerista” en la cual se hace claridad en aspectos básicos como la diferencia entre infección por VIH y sida, formas de transmisión del VIH, prevención de la transmisión materno-infantil, otras infecciones de transmisión sexual, eficacia y uso adecuado del condón y derechos humanos y VIH, con énfasis en estigma y discriminación hacia las personas afectadas y hacia los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad.

La intervención preventiva iniciaba con una breve introducción sobre los objetivos y el tema de la encuesta, en la cual se hacía énfasis en la confidencialidad y el anonimato de la misma. Posteriormente, se procedía al diligenciamiento individual de la encuesta. Después de la recolección de las encuestas, se daban las respuestas correctas, ampliando la información pertinente a cada uno de los temas incluidos en la encuesta, y se respondían las inquietudes generadas entre los participantes durante su diligenciamiento. Al finalizar cada intervención educativa, se distribuía una cartilla informativa sobre diferentes aspectos de la infección por VIH y sida.



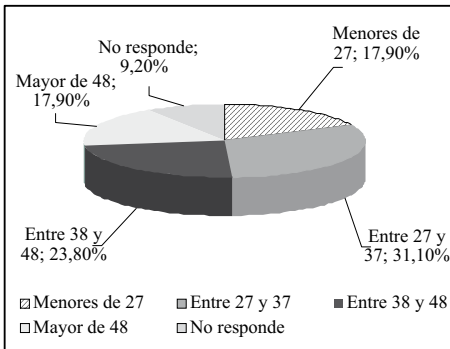


El diligenciamiento de las encuestas y la realización de las charlas preventivas se llevaron a cabo de manera paralela al levantamiento de información correspondiente al seguimiento del PFGB. La operatividad en terreno dependía de las condiciones propias de la misión; en algunas ocasiones se tenía la posibilidad de hacer la actividad a un grupo antes de la realización de la encuesta del PFGB, en otras, fue necesario efectuar la encuesta y el taller de manera individual.

### 3. Resultados de la encuesta

En la tabla 1 se presentan los municipios donde se diligenció la encuesta. Se procesaron 1.461 encuestas, mediante el sistema de captura inteligente Teleform, y posteriormente con el programa SPSS. La pérdida de información para las variables analizadas fue del 5%.

GRÁFICA 1  
DISTRIBUCIÓN POR RANGO DE EDAD

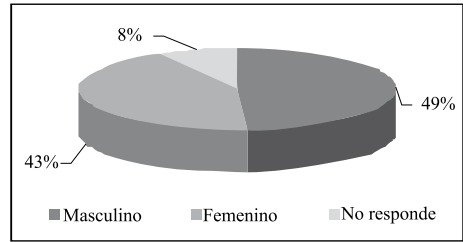


Fuente: (8)

La media de edad de la población encuestada fue de 38 años; el 54,9% con edades entre 27 y 48 años (ver gráfica 1); el 49,9% fueron mujeres (gráfica 2).

Con relación a conocimientos sobre VIH y sida, el 85,1% de las personas encuestadas respondieron correctamente a la pregunta

GRÁFICA 2  
DISTRIBUCIÓN POR SEXO



Fuente: (8)

relacionada con la transmisión por contacto sexual no protegido, el 77,3% a la pregunta sobre transmisión durante el embarazo, y el 76,4% a la pregunta sobre transmisión por transfusiones de sangre; sin embargo, se evidenció que aún persisten ideas erróneas sobre las formas de transmisión: el 33,5% respondió que el VIH se transmite por besos en la boca, el 22,6% que se transmite por contacto con sudor de personas infectadas, y el 13% que se transmite por abrazar a una persona infectada. Con relación a la transmisión materno-infantil, sólo el 52,7% respondió correctamente a la pregunta sobre transmisión durante el parto, y el 49,6% a la pregunta sobre transmisión durante la lactancia materna (ver tabla 2).

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales penetrativas fue de 17 años. El 53,3% de las personas encuestadas inició relaciones sexuales penetrativas antes de los 15 años.

Aunque el 87,5% de las personas encuestadas respondieron afirmativamente a la pregunta sobre la utilidad del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, solamente el 19,9% reportó haberlo usado en la última relación sexual, y el 12,5% afirmó haberlo empleado en la primera relación sexual. El 37% reportó su uso en alguna de sus relaciones sexuales durante el último año (ver gráficas 3, 4 y 5).

**TABLA 1**  
**NÚMERO DE ENCUESTAS POR REGIÓN CORPES, DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO**

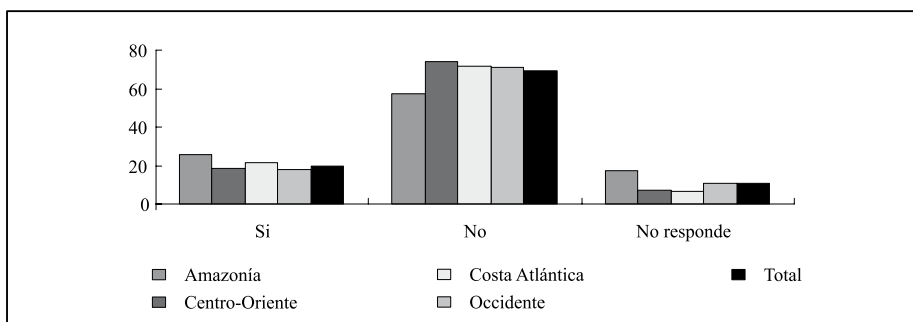
Región Corpes	Departamento	Municipio	Personas encuestadas
Amazonía	Amazonas	Leticia	35
		Puerto Nariño	69
	Caquetá	Montañita	2
		Valparaíso	24
	Putumayo	Puerto Guzmán	12
		Puerto Leguizamó	12
		Valle del Guamuéz	69
Villa Garzón		27	
Centro-Oriente	Boyacá	Pauna	50
		Puerto Boyacá	18
		San Pablo de Borbur	38
	Tolima	Ataco	89
		Natagaima	101
Costa Atlántica	Cesar	Aguachica	14
		San Alberto	19
	Córdoba	Montelibano	61
		San José de Ure	4
	La Guajira	Dibulla	35
		El Molino	48
Occidente	Antioquia	Arboletes	43
		Argelia	59
		Cáceres	16
		Ituango	21
		Nechí	19
		San Juan de Urabá	67
		Vegachi	54
		Yalí	36
	Chocó	Tadó	50
		Unión Panamericana	46
	Nariño	Belén	33
		Colón	36
		Consacá	33
		La Florida	25
		Puerres	23
		San Bernardo	24
		San Pablo	51
		San Pedro de Cartago	25
		Sandoná	33
Taminango	40		
<b>Total</b>			1461

**TABLA 2**  
CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

	Transmisión materno-infantil			
	Sí	No	No sabe	NR
Durante el embarazo	77,3	7,0	9,4	6,3
Durante el parto	52,7	11,7	18,3	17,2
Durante la lactancia	49,6	13,0	20,7	16,6

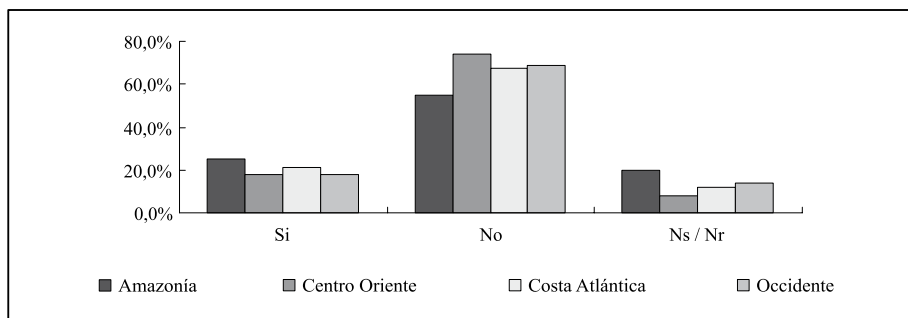
Fuente: (8)

**GRÁFICA 3**  
USO DE CONDÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, POR REGIONES



Fuente: (8)

**GRÁFICA 4**  
USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL, POR REGIONES



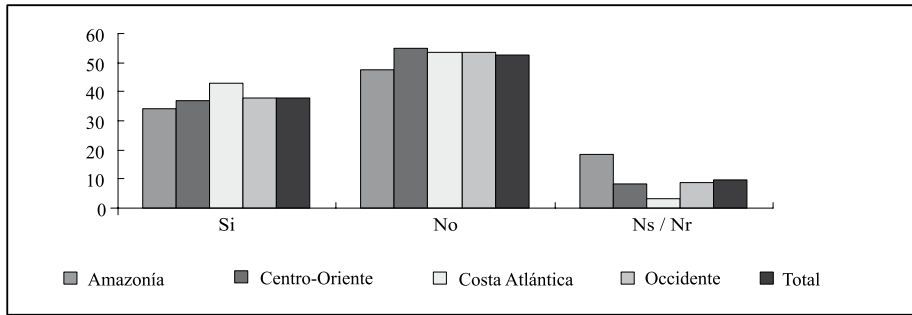
Fuente: (8)

Las infecciones de transmisión sexual reportadas con mayor frecuencia fueron la gonorrea y la escabiosis púbica. El 7% de los hombres y el 2,2% de las mujeres reportaron episodios previos de infección gonocócica;

el 8,7% de los hombres y el 2,7% de las mujeres reportaron antecedente de escabiosis. Episodios previos de sífilis fueron reportados por el 1,9% de las mujeres y el 1,6% de los hombres (ver tabla 3).

GRÁFICA 5

USO DE CONDÓN EN ALGUNA RELACIÓN SEXUAL PENETRATIVA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, POR REGIONES



Fuente: (8)

TABLA 3

ANTECEDENTE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ITS	Mujeres (%)			Hombres (%)		
	Sí	No	Ns / Nr	Sí	No	Ns / Nr
Gonorrea	2,2	82,9	15,0	7,1	78,4	14,5
Sífilis	1,9	79,0	19,1	1,6	78,1	20,3
Condilomas	1,2	78,3	20,4	1,4	74,5	24,1
Herpes genitales	1,2	76,5	22,2	2,5	73,7	23,8
Ladillas (piojos pubicos)	2,7	71,5	25,8	8,7	67,7	23,6

Fuente: (8)

Con relación a la autopercepción de riesgo de infección por VIH, el 48% consideró que sí podría infectarse; el 33,7%, que no tienen riesgo; y el 17,7% no respondió. Entre la población joven se observa una menor autopercepción de riesgo entre los menores de 26 años (ver tabla 4), aunque no se encontraron diferencias significativas por rangos de edad.

Las respuestas obtenidas a la pregunta relacionada con estigma y discriminación evidenciaron la persistencia de actitudes negativas hacia las personas infectadas con VIH. El 51,4% de las personas encuestadas no compartiría la vivienda con personas infectadas; el 55,2% no compartiría la comida; el 37,8% no compartiría el trabajo; y el 38%

no compartiría reuniones sociales (ver tabla 5 y gráfica 6). Estas actitudes negativas fueron más frecuentes en las personas mayores de 48 años (ver tabla 6).

TABLA 4

AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH

Rango de edad	Sí (%)	No (%)	NR (%)
Menor de 18	40,7	40,7	18,5
Entre 18 y 26	44,3	43,8	11,9
Entre 27 y 37	48,5	33,5	18,1
Entre 38 y 48	50,9	27,9	21,3
Mayor de 48	56,1	33,2	10,7
Total	48,7	33,7	17,7

Fuente: (8)



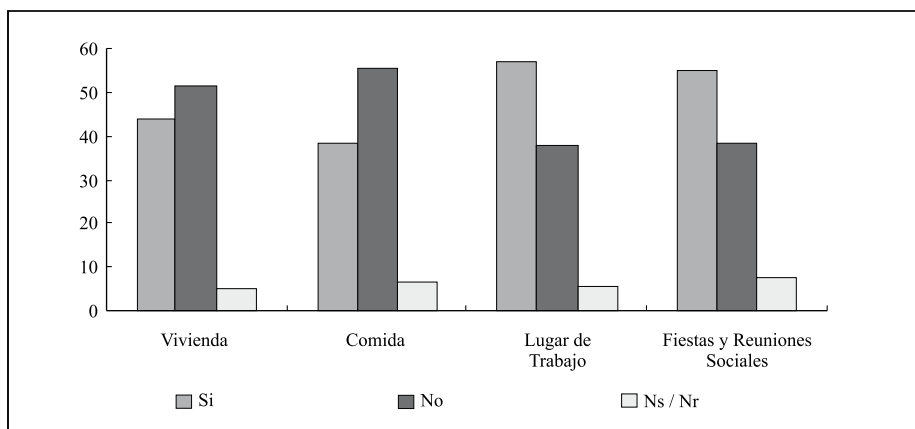
**TABLA 5**  
**ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**

<b>Compartiría con una persona que tiene VIH</b>			
	<b>Sí (%)</b>	<b>No (%)</b>	<b>Ns / Nr (%)</b>
Vivienda	43,8	51,4	4,8
Comida	38,5	55,2	6,3
Lugar de trabajo	56,9	37,8	5,3
Fiestas y reuniones sociales	54,9	38	7,1

Fuente: (8)

Los resultados de la encuesta evidencian la persistencia de conceptos erróneos con relación a las formas de transmisión del VIH, el predominio de actitudes negativas hacia las personas que viven con el virus, y la baja frecuencia de prácticas sexuales protegidas entre la población beneficiaria del PFGB. Tanto el nivel de conocimientos como el uso de condón son muy bajos en este grupo poblacional, al comparar los resultados con los obtenidos en encuestas aplicadas a otros grupos poblacionales caracterizados también

**GRÁFICA 6**  
**COMPARTIR CON UNA PERSONA QUE TIENE VIH...**



Fuente: (8)

**TABLA 6**  
**ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**

<b>Rango de edad</b>	<b>¿Compartiría la vivienda con una persona que tiene VIH?</b>		
	<b>Sí (%)</b>	<b>No (%)</b>	<b>NR (%)</b>
Menor de 18	41,2	52,9	5,9
Entre 18 y 26	53,8	44,4	1,9
Entre 27 y 37	49,7	45,0	5,3
Entre 38 y 48	45,2	49,3	5,6
Mayor de 48	29,0	70,0	1,0
No responde	37,2	48,9	13,8
Total	43,9	51,4	4,8

Fuente: (8)

por un alta vulnerabilidad a la infección por VIH (9), como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y jóvenes que viven en contextos urbanos (10).

#### 4. Lecciones aprendidas

El proceso desarrollado con la población rural beneficiaria del PFGB fue una experiencia fructífera no sólo por la cobertura alcanzada con los ejercicios educativos, por la valiosa información obtenida a través de la encuesta CAPS y las conversaciones con las familias participantes, sino también por el aprendizaje que representó para los encuestadores y facilitadores de las intervenciones preventivas.

La aceptación de la encuesta por parte de los beneficiarios fue un proceso gradual, facilitado por el ofrecimiento de asistencia por parte de los encuestadores. La capacidad para generar confianza por parte de los agentes preventivos resultó fundamental para crear un ámbito de familiaridad que posibilitara la discusión sobre temas que no se habían socializado suficientemente con estas poblaciones. A pesar de que algunos integrantes de las familias guardabosques tenían dificultades para leer y escribir, esto no constituyó una limitante significativa para el diligenciamiento de la encuesta, gracias al clima de confianza en el que las personas socializaban y discutían las preguntas.

Se hizo evidente que existen grandes vacíos en materia de educación sexual entre la población encuestada. En algunas de las regiones se entiende mejor la terminología o los conceptos usados en la encuesta, como es el caso de Antioquia, Nariño y Tolima, mientras que en regiones como Amazonas, Cauca y Chocó subsisten vacíos preocupantes, debido en gran parte a que nunca se había recibido información sobre estos temas. También se

evidenció que las personas de Antioquia y la Región Caribe son mucho más abiertas para hablar sobre estos temas.

De acuerdo con el testimonio de los encuestadores y facilitadores de las intervenciones preventivas, las personas asistentes mostraron un alto nivel de interés, pidieron más tiempo para profundizar algunos temas en las charlas y manifestaron sus expectativas ante futuras capacitaciones. La participación de las mujeres fue mayor que la de los hombres. Todos los facilitadores del diligenciamiento de las encuestas y/o de las charlas preventivas consideraron que esta experiencia influyó positivamente a nivel personal, pues les permitió tomar mayor conciencia de la vulnerabilidad y el riesgo individuales ante la infección por VIH y confrontar tabúes e inseguridades propias. Una de las encuestadoras señaló: "...yo le tenía un miedo horroroso a hablar de estos temas. No sabía si la gente se iba a molestar, o si me iba a sentir intimidada o agredida, pero cuando uno va a campo y les habla con calidez, se da cuenta que uno se goza el momento y ellos también". Uno de los agentes preventivos dijo: "creo que los tabúes los trae uno, pero uno se encuentra con que la gente es mucho más tranquila para hablar de esos temas de lo que uno cree". Sólo el 42% de los facilitadores consideran que la intervención es útil para que las personas que participaron en las charlas preventivas tomaran actitudes positivas y solidarias hacia las personas infectadas con VIH.

Algunas recomendaciones propuestas por los encuestadores y facilitadores, para las siguientes fases de esta iniciativa, incluyen diligenciar la encuesta segmentando los grupos por género –para generar un clima de mayor confianza–, ofrecer más material didáctico (cartillas, condones, etc.) una vez finalizadas las charlas, mantener la informalidad y el uso de lenguaje coloquial –y evitar en lo posible



los tecnicismos— como mecanismo efectivo para establecer confianza y generar empatía con las familias guardabosques.

El proceso desarrollado por Onusida y Unode con la población beneficiaria del PFGB es la primera experiencia nacional de transversalización de la prevención del VIH en proyectos de desarrollo apoyados o ejecutados por el SNU. La posibilidad de articular esfuerzos entre las diferencias agencias de este sistema es una de las grandes lecciones que ha dejado este proceso en su primera fase. Es recomendable replicar este modelo de cooperación interagencial y transversalización de las acciones preventivas en los diferentes proyectos de las agencias del SNU en el país.

## Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida), Ministerio de la Protección Social. Infección por VIH y Sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005. Bogotá: Onusida; 2006.
2. Onusida. Migración y población desplazada. Actualización técnica. Ginebra: Autor; 2005.
3. Onusida. Support to mainstreaming AIDS in Development. Unaid's Secretariat. Strategy Note and Action Framework. Geneva: Autor; 2005.
4. Cortés M. Género y desarrollo alternativo en el contexto colombiano. En: Ulloa A et al. editor. Muejeres indígenas, territorialidad y biodiversidad en el contexto latinoamericano. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Fundación Natura, Unión Mundial para la Naturaleza (UICN), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); 2007. p. 264.
5. De Rementería I. Los retos internacionales de la política de desarrollo alternativo. En: Restrepo L et al. editor. La política de desarrollo alternativo y su modelo institucional: Retos y desafíos. Bogotá: Acción Social, Universidad de los Andes, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA); 2004. p. 32.
6. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración política: principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General, dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, 8 al 10 de junio de 1998. Austria: ONU; 1999. p. 38-9.
7. Colombia, Ministerio de Relaciones Exteriores. Resolución legislativa 000. Registro oficial 378 del 15 de febrero de 1990. Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Bogotá: s.n.; 1990.
8. Onusida, Undoc. Encuesta sobre conocimientos actitudes y prácticas sexuales (CAPS) Familias Guardabosques. 2008
9. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, Onusida. Seroprevalencia de infección por VIH en HSH y factores de riesgo asociados. Bogotá: LCLS; 2006.
10. García R, Cáceres D, Luque R, Jiménez E. Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia. Análisis de una encuesta nacional. Bogotá: Onusida/Ministerio de Salud; 2002.



# PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



## POSGRADOS

### PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

#### ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

(Registro Icfes No. 170153626581100111200)

**Duración: tres semestres**

Título que otorga

Especialista en Administración de Salud  
con énfasis en Seguridad Social

#### ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

(Registro Icfes No. 170153620111100111100)

**Duración: dos semestres**

Título que otorga

Especialista en Gerencia Hospitalaria

#### INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427

e-mail: [alejandro.perdomo@javeriana.edu.co](mailto:alejandro.perdomo@javeriana.edu.co) - [www.javeriana.edu.co/passos](http://www.javeriana.edu.co/passos)

Bogotá D.C., Colombia