

**PLAN DE NEGOCIOS PARA LA CREACION DE UNA FUNDACION QUE
PRESTA SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL VIH EN EL
MUNICIPIO DE POPAYÁN**

**JENNIFER ALEXANDRA CARVAJAL PÉREZ
GLADYS PILAR RUIZ BAUTISTA**

**UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
POPAYÁN
2011**

**PLAN DE NEGOCIOS PARA LA CREACION DE UNA FUNDACION QUE
PRESTA SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DEL VIH EN EL
MUNICIPIO DE POPAYÁN**

**Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar
al Título de Especialista en Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud con
énfasis en Epidemiología.**

Tutor: MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ

**UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
POPAYÁN
2011**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial a las personas que nos colaboraron en el desarrollo de la encuesta, por sus contribuciones, ya que sin su apoyo y colaboración no hubiera sido posible sacar adelante este proyecto.

Queremos agradecer a nuestras familias que nos ofrecieron su apoyo moral y emocional, su paciencia para apoyarnos en la realización de estos estudios, quienes siempre nos siguieron en la reflexión permanente sobre lo que hacemos y nos permiten reconocerlos y amarlos a través de lo que somos para vivir lo que queremos.

Agradecemos a la profesora Maria del Pilar Restrepo de Paz, por su paciencia y dedicación en la dirección y corrección de este trabajo, a los docentes universitarios que con sus aportes y prácticas pedagógicas nos permitieron consolidar la investigación, asimismo alimentaron el emprendimiento en cada una de nosotras.

Finalmente agradecer a Dios por darnos fortaleza, salud y constancia para buscar espacios que nos hagan mejores profesionales y seres humanos.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GENERAL	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1 ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS)	6
3.2 CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	7
3.3 PRINCIPIOS	7
3.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	13
3.4.1 Progreso hasta ahora.	15
3.4.2 Progreso a Nivel Mundial	15
3.5 MORBILIDAD	23
3.6 MORTALIDAD	26
3.7 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA	27
3.8 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	35
3.8.1 VIH	35
3.8.2 Estructura y genoma	35
3.8.3 El ciclo de replicación	36
3.8.4 Cinética de replicación	37
3.8.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	38
3.9 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD	44
3.9.1 Promoción de la Salud	44
3.9.2 Prevención de la Enfermedad	49
3.9.3 Atención a colectivos vulnerables	53
3.9.4 Medidas educativas	54
3.9.5 Actividades Comunitarias	54
3.10 CORPORACIONES LOCALES	55
3.10.1 Atención a menores de edad	55
3.10.2 Personas seropositivas	55
3.11 COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD	56
3.12 CALIDAD DE VIDA	60
3.13 LA FUNDACION	63
3.13.1 Características	63
3.13.2 Inscripción.	63
3.13.3 Control de legalidad	64
3.13.4 Vigilancia e inspección	64
3.13.5 Institución.	64

4. ESTUDIO DE MERCADO	70
4.1. ANALISIS DEL SECTOR	70
4.2. ANÁLISIS DEL MERCADO	71
4.2.1. Investigación del mercado.	73
4.3 ESTRATEGIAS DE DISTRIBUCIÓN Y COMUNICACIÓN	83
4.4. ESTRATEGIAS DE SERVICIO	84
4.4.1. Cadena de Valor	85
4.5.1 Precio de Venta.	85
4.5.2. Proyección de Ventas	86
4.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD DEL MERCADO	86
5. ASPECTOS ORGANIZACIONALES Y ADMINISTRATIVOS	89
5.1 LA EMPRESA	89
5.2 TIPO DE EMPRESA	89
5.3 CONCEPTO DEL NEGOCIO	89
5.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	89
5.4.1 Misión.	89
5.4.2 Visión.	90
5.4.3. D.O.F.A.	90
5.4.3.1 Ventajas Competitivas	91
5.4.3.2 Análisis de la Competencia	91
5.4.4 Objetivos	92
5.4.5 Estrategias	93
5.4.6 Metas.	93
5.7. VALORES	94
5.4.8. Políticas	95
5.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	95
5.5.1 Organigrama	96
5.5.2 Descripción de Cargos	96
4.5.3 Contratación.	98
5.5.4 Gastos de Personal.	99
5.5.5 Gastos Administrativos	100
5.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y ORGANIZACIONAL	100
6. ASPECTOS TÉCNICO-CIENTIFICOS DEL SERVICIO	102
6.1 CONCEPTO DEL SERVICIO	102
6.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	102
6.3 NECESIDADES DEL SERVICIO	104
6.3.1 Costo del Servicio	105
6.4 EQUIPOS MUEBLES Y ENSERES	105
6.5 INSTALACIONES FÍSICAS	107
6.6 ANALISIS DE LA FACTIBILIDAD TECNICO CIENTIFICA	107
7. ANÁLISIS FINANCIERO	109
7.1 BALANCE DE INSTALACION	109
7.2 ESTADO DE RESULTADOS	109

7.3 INDICADORES FINANCIEROS	110
7.3.1 De liquidez	110
7.3.2 De endeudamiento	110
7.3.3 De rendimiento	110
7.3.4 De actividad	111
7.4 VIABILIDAD FINANCIERA	112
7.5 PUNTO DE EQUILIBRIO	113
8. LIMITACIONES	115
9. CONCLUSIONES	116
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS	120

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro N° 1	Determinación de la demanda potencial	71
Cuadro N° 2	Gastos de publicidad y mercadeo (pesos \$)	84
Cuadro N° 3	Sesiones educativas de P y P del HIV	85
Cuadro N° 4	Proyección de ventas (\$)	86
Cuadro N° 5	Precio por persona y programa	86
Cuadro N° 6	Gastos de personal	99
Cuadro N° 7	Personal por prestación de servicios	99
Cuadro N° 8	Personal de planta	99
Cuadro N° 9	Prestaciones sociales asistente	100
Cuadro N° 10	Gastos Administrativos	100
Cuadro N° 11	Contenido de los programas de P y P del VIH	103
Cuadro N° 12	Insumos	104
Cuadro N° 13	Costos Indirectos	105
Cuadro N° 14	Costos del servicio	105
Cuadro N° 15	Capacidad instalada	106
Cuadro N° 16	Depreciaciones	106
Cuadro N° 17	Equipos de computo	106
Cuadro N° 18	Maquinaria y Equipos	106
Cuadro N° 19	Muebles y Enseres	107
Cuadro N° 20	Balance de Instalación	109
Cuadro N° 21	Estado de resultados	109
Cuadro N° 22	Flujo de efectivo proyectado	112

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura N° 1	Salud Comunitaria y Promoción de la Salud	9
Figura N° 2	Pirámide Poblacional del Cauca 2009	28
Figura N° 3	Estructura del VIH	36
Figura N° 4	Cinética de replicación del VIH	38
Figura N° 5	Calidad de vida	62
Figura N° 6	Distribución Porcentual sobre el conocimiento del VIH Población usuarios EPS Popayán.	73
Figura N° 7	Distribución Porcentual sobre el conocimiento del Programa de Prevención del VIH Población usuarios EPS Popayán	74
Figura N° 8	Distribución Porcentual sobre el conocimiento de las Formas de contagio del VIH Población usuarios EPS Popayán	74
Figura N° 9	Distribución Porcentual sobre el conocimiento de las barreras de protección para evitar el contagio con el VIH durante las relaciones sexuales	75
Figura N° 10	Distribución Porcentual de la Asistencia a las Actividades Educativas	76
Figura N° 11	Distribución Porcentual de la Disponibilidad de Tiempo para asistir a las Sesiones Educativas.	77
Figura N° 12	Distribución Porcentual de la Disponibilidad de Tiempo para desarrollar las Sesiones Educativas en un día	77
Figura N° 13	Distribución Porcentual de la Disponibilidad de Tiempo para asistir a las tres Sesiones Educativas en diferentes días	78
Figura N° 14	Distribución Porcentual de la Manera para desarrollar las tres Sesiones Educativas	78
Figura N° 15	Distribución Porcentual del Lugar para realizar las tres Sesiones Educativas	79
Figura N° 16	Distribución Porcentual de la Asistencia a las Actividades Educativas en la Comunidad.	79

Figura N° 17	Distribución porcentual según conocimiento de las personas sanas sobre la infección del VIH, mejorarían el trato hacia las personas que tienen el virus	80
Figura N° 18	Distribución Porcentual de la Asistencia a las Actividades Educativas de la familia y las personas seropositivas	80
Figura N° 19	Distribución Porcentual de la Asistencia a las Sesiones Educativas sobre la manera de vivir con una persona portadora del virus	81
Figura N° 20	Distribución Porcentual de la Asistencia a las Sesiones Educativas de un miembro de su familia	81
Figura N° 21	Distribución Porcentual del Conocimiento de las Actividades de los Programas de P y P de su EPS	82
Figura N° 22	Distribución Porcentual del Interés de Asistir a un sitio donde recibir asesoría sobre el VIH	83
Figura N° 23	Proyectos del Programa de P y P del VIH	102
Figura N° 24	Proceso del Servicio	103
Figura N° 25	Punto de Equilibrio	114

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	ENCUESTA DE ESTUDIO DE MERCADO "USUARIOS"	120
Anexo B	ENCUESTA DE ESTUDIO DE MERCADO "CLIENTES"	123
Anexo C	FICHA BIBLIOGRÁFICA	125
Anexo D	CARTA DE DERECHOS DE AUTOR	126

RESUMEN EJECUTIVO

El presente plan de negocios demuestra que es factible la creación de la Fundación, “Amigos por la Vida” para generar ventajas competitivas que hagan sostenible un modelo de negocio orientado a satisfacer las necesidades de la población del Departamento del Cauca, que busca recibir un servicio de salud con calidad y eficiencia frente a los programas de Promoción y Prevención del VIH; logrando así mejorar o mantener su salud y la de su familia

El estudio de mercado realizado mediante fuentes primarias (encuesta) y fuentes secundarias, ha determinado que el usuario meta de la Fundación “Amigos por la Vida” está conformado por el segmento de hombres y mujeres de 15 a 64 años de edad, que pertenecen a las diferentes EPS subsidiadas y contributivas del Departamento del Cauca.

Las expectativas frente al servicio se visualizan específicamente por conocer los programas relacionados con la forma de cómo se contagia el virus, las barreras de protección y su forma de uso y todo lo relacionado con la convivencia de la enfermedad.

La estrategia organizacional de la Fundación estará orientada a satisfacer las necesidades encontradas en el segmento del mercado ó nicho y, tendrá como objetivo ofrecer servicios de Promoción y Prevención del VIH, mediante programas educativos dirigidos a las personas y comunidades del Departamento del Cauca en el Municipio de Popayán, encaminados a que la población esté en condiciones de mantener o mejorar su estado de salud y concienciar a las personas seropositivas y familiares para que disminuya la sobreinfección.

La venta mensual estimada será de 24 sesiones educativas. Las ventas crecerán cerca de un 10% los dos primeros años, de acuerdo a la demanda potencial calculada y gracias a una inversión en mercadeo y publicidad durante el primer año.

La estrategia del servicio se basará en el desarrollo de tres sesiones por grupo de 25 personas en una misma semana con el fin de lograr que la población adquiera e incremente su formación educativa sobre el tema del VIH y contribuir al cumplimiento de las metas de Desarrollo del Milenio planteadas en el Departamento del cauca. Se mantendrá una política de calidad y eficiencia donde se procurará mantener al usuario y al cliente 100% satisfecho y motivado con el servicio y a los empleados comprometidos con los objetivos de la empresa; se evaluarán periódicamente los procesos de la organización para estar en mejoramiento continuo.

Para sus operaciones la Fundación "Amigos por la vida" requerirá una inversión inicial de \$20.000.000 de los cuales el 100% serán aportados por los socios de la empresa. En caso de que se requiera capital adicional para sostener un mayor crecimiento se recurrirá a un crédito bancario. El punto de equilibrio de la empresa, acorde con todos los ingresos y egresos que se percibirán, es igual a 18 sesiones educativas en el mes, volumen inferior al nivel de ventas proyectado que es de 24 sesiones educativas al mes.

Acorde con las proyecciones financieras, se espera que al finalizar el quinto año de operación, las utilidades después de impuestos asciendan a \$40.747.508, contándose con una TIR de 83,3% y un VPN de \$83.288.426 pesos, recuperándose el capital invertido al tercer año de operaciones.

Dados los procedimientos y trámites que deberán realizarse antes de que inicie la empresa, se tiene contemplado que las operaciones se inicien el 1 de agosto de 2011.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la necesidad que existe en la sociedad del Municipio de Popayán frente al conocimiento, manejo, promoción y prevención del VIH-SIDA, planteamos la puesta en marcha de una Fundación dedicada a promoción y prevención de la enfermedad que reporta altos índices de mortalidad ; con este proyecto buscamos fortalecer los conocimientos básicos sobre la enfermedad y brindar la posibilidad de que las personas que porten el virus adquieran herramientas para disminuir su contagio y las utilicen para mejorar su calidad de vida y desarrollo personal, laboral y social. Además, buscamos el acompañamiento de la familia y su entorno, por medio del empoderamiento de los conocimientos aplicados para contribuir al control de la enfermedad y sus posibles consecuencias, teniendo en cuenta que la educación es la parte fundamental para el desarrollo del ser humano y su mejoramiento en su calidad de vida.

La mayoría de las personas no saben si tienen o no la enfermedad, es determinante el número de jóvenes que no saben cómo protegerse a sí mismos contra la infección; la información, la educación y la promoción pueden contribuir a impartir los conocimientos y las aptitudes necesarios para prevenir la infección y, además superar la discriminación que afectan los esfuerzos de prevención, tratamiento y curación.

Las actividades sugeridas hacia la Población en General tiene como objetivo mantener e incrementar el nivel de formación de la población sobre la infección por VIH, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen su transmisión, además, promover valores culturales positivos hacia la adopción y el mantenimiento de conductas saludables y seguras, en relación a la actividad sexual y por último contrarrestar el estigma asociado a la seropositividad.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Durante los últimos años el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en la estrategia de la Atención Primaria, que cambió los objetivos en los servicios, trasladando la prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad; además con el tiempo se ha logrado que los pacientes sean receptivos y se preocupen por prevenir las enfermedades; pero por la limitación en los tiempos de atención de las diferentes IPS, no son orientados correctamente y mucho menos controlados, por estas razones y teniendo en cuenta las necesidades de la población, nuestro objetivo es crear una Fundación que brinde servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la ciudad de Popayán.

Un proyecto basado en un buen Plan de Negocios nos permite definir y enfocar los objetivos claros para el funcionamiento y la estructuración de una Fundación que preste los servicios de Promoción y Prevención del VIH, haciendo uso de información y análisis adecuados, conociendo los requerimientos legales y realizando el mercadeo, el cual nos permite definir las fortalezas y debilidades que tenemos para desarrollar el Proyecto y nos permitirá determinar la viabilidad económico - financiera del proyecto empresarial.

Al tener definido el Plan de Negocios buscamos atraer inversionistas y entidades que apoyen este tipo de proyectos, estableciendo relaciones de confianza y de reconocimiento que generen la explotación de esta idea.

Conociendo los requerimientos para la estructuración de una Fundación y las razones que nos llevan a formular la propuesta nos surgen los siguientes interrogantes:

¿Es viable crear una Fundación que brinde servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Municipio de Popayán? ¿Qué tan costoso puede ser crear este tipo de empresa teniendo en cuenta los requerimientos legales? ¿Cuál sería la respuesta de la población en general, frente a la apertura de este tipo de empresa?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Plan de negocios que permita la descripción y el análisis de la factibilidad de mercado, organizacional, técnica-científica y financiera para la creación de una Fundación para la prestación de servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la viabilidad de mercado para la creación de una Fundación para la prestación de servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán.
2. Analizar la factibilidad técnico-científica para la creación de una Fundación para la prestación de servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán.
3. Establecer la viabilidad Organizacional para la creación de una Fundación para la prestación de servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán.
4. Analizar la factibilidad financiera para la creación de una Fundación para la prestación de servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS)

La Organización Mundial de la Salud ha sido un promotor de la Atención Primaria de Salud (APS), en 1978 adoptó este enfoque como un elemento central para alcanzar la meta de “Salud para Todos”. En la declaración de Alma Ata definió la atención primaria como, “La atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener, forma parte integral del sistema de salud del país y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja, constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud”¹.

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales y con menores costos. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente y desarrollando la Atención Primaria.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.²

Según Starfield “la Atención Primaria es aquel nivel del sistema sanitario accesible a todo nuevo problema o necesidad a lo largo del tiempo, centrada en la persona más que en la enfermedad, que ofrece atención a todos los trastornos (con excepción de los más raros o inhabituales) y que coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales”.

¹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Asamblea general de las naciones unidas. Declaración del Milenio .Quincuagésimo quinto periodo de sesiones, New York; A/RES/55/2, 13 de Septiembre de 2000. 10 p.

² BAN , KI-moon. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Nueva york; DESA, junio de 2010. 80 p.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

Es importante conocer que la Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Esta ley afirma que la APS estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana y la define como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

3.3 PRINCIPIOS

- El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral

e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.

- Cultura del auto cuidado.

- Orientación individual, familiar y comunitaria.

- Atención integral, integrada y continua.

- Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

- Talento humano organizado en equipos multidisciplinares, motivado, calificado.
- Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez.
- Participación activa de la comunidad.
- Enfoque territorial.

Basados en estos principios y viendo la evolución de la Atención Primaria en Salud hasta este momento, se propone crear una atención familiar que cubra más áreas y cumpla con los objetivos básicos que aún son vigentes de la Declaración Alma-Ata.

La APS se basa esencialmente en atenciones ambulatorias extramurales al definir las como atenciones de primer contacto. Se incluye el concepto de atención ambulatoria como aquella que no requiere servicios de internación y se puede prestar bajo dos modalidades: Intramural, que comúnmente se conoce como consulta externa y extramural, dentro del cual cabe la atención domiciliaria. No es específica para un modelo de atención en salud familiar o individual y ambos pueden desarrollarla.

La Atención Primaria en Salud plantea la salud familiar como uno de sus elementos esenciales, ya que se considera la familia como el primer grupo de personas que sirven de soporte o de red para el mantenimiento y el mejoramiento de la salud de los individuos. ²⁷ Desde otras concepciones, los efectos en el menoscabo de la salud de un miembro de la familia, afecta a todos los demás miembros, por lo tanto los efectos del mejoramiento de la salud de un individuo mejora en gran medida la de los demás. Por otro lado, es la familia el grupo social donde se adquieren los hábitos, los estilos de vida y la cultura y por lo tanto, incidir positivamente en estos aspectos, hace que los resultados impacten a todos sus miembros aunque no necesariamente en la misma medida. “La familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psico-social de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde. El sentido de identidad de los hombres está determinado por el sentido de pertenencia a una familia particular, donde asume pautas transaccionales que perviven a lo largo de la evolución individual”³

Figura 1. Salud Comunitaria y Promoción de la Salud



Fuente: http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/promocion_salud.html

En el contexto de la APS, es necesario que los modelos de Salud Familiar, desarrollen acciones de salud colectiva, especialmente cuando se identifican

³ DECLARACION DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCION de la salud en el siglo XXI. Yakarta: Republica de Indonesia; Julio 21-25, 1997. 11 p.

situaciones de salud que afectan un gran grupo de familias.

Al definir salud colectiva se determinan aquellas acciones desarrolladas por el sector salud sobre un grupo poblacional específico, sin requerirse de este grupo algún tipo de vínculo. Los modelos de salud colectiva se explicitan con mayor facilidad en los casos de las campañas masivas de promoción de hábitos de vida saludable, las campañas de prevención específica como los Tamizajes o las aplicaciones masivas de vacunas⁴.

Por lo que es prioritario conocer y socializar los principios de la declaración de ALMA-ATA entre lo que más se destaca y podemos citar:

I. La conquista del más alto nivel de salud exige de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud.

IV. La población tiene derecho y deber de participar de forma individual y colectiva en la planificación e implementación de las acciones de salud.

VII-1 La Atención primaria de la salud es, al mismo tiempo, el reflejo y la consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades.

VII-3 Comprende, al menos, las siguientes áreas: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes; la promoción de la alimentación y de los nutrientes adecuados, el abastecimiento adecuado de agua potable y el saneamiento básico, la asistencia materno- infantil incluyendo la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y la disponibilidad de medicamentos esenciales.

VII- 4 incluye la participación, además del sector salud, de

⁴ http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/promocion_salud.html

todos los sectores y campos de actividad, conexas del desarrollo nacional y comunitario, en particular el agropecuario, alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros, exigiendo los esfuerzos coordinados de todos estos sectores; VII- 5 Exige y fomenta, en grado máximo, la auto-responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de la salud.

Tiene como principios básicos:

- Accesibilidad y cobertura universales en función de la necesidad de salud
- Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario
- Acción intersectorial por la salud
- Costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles

Estos principios son confirmados luego en la carta de Ottawa, "para que una población determinada consiga alcanzar definitivos resultados de salud es necesario que los servicios de salud derrumben sus paredes".

Por un lado, que los trabajadores de la salud, los médicos y su equipo salgan del consultorio, salgan del quirófano, salgan de la sala de internación y se integren activamente en la comunidad ejerciendo las funciones de liderazgo, comunicación y control. Por el otro que la gente de la comunidad ingrese a los servicios de salud, que participe activamente en la definición de las prioridades sanitarias y en la formulación e implementación de las acciones. Sin tecnicismos, este es el verdadero significado de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.⁵

De igual forma se marcó el inicio de una nueva estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo y el establecimiento de una renovada plataforma de política sanitaria internacional (OPS CD44/9); se habla entonces del

⁵ ESCALANTE REDONDO, Patricia. Prevención de la enfermedad..4 ed. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2004. 26 p.

concepto de APS renovada, definido por la OPS en 2005 como “La transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios. La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.”⁶

El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan. Este deberá ponerse en vigencia en el año 2012.

Para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social.

La coordinación la realizará una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES.

A nivel de las entidades territoriales esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las

⁶ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración del Milenio .Quincuagésimo quinto periodo de sesiones, New york; A/RES/55/2, 13 de Septiembre de 2000. 10 p.

instituciones y organizaciones comprometidas con la salud. Además, el Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud Que se encargara de:

- Hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento.
- Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública.
- Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.
- Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.

Entre otras que comprenden la comunicación directa con el Ministerio de la Protección Social.

3.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), ocho ambiciosos objetivos que se intenta alcanzar para 2015, se basan directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio.

Los ODM se componen de 8 Objetivos y 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores.

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Los objetivos del desarrollo del Milenio consolidan muchos de los compromisos más importantes asumidos por separado en las cumbres y conferencias de las Naciones Unidas en la década de los 90⁷.

- Reconocen explícitamente la dependencia recíproca entre el crecimiento, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.
- Consideran que el desarrollo se sustenta en la gobernabilidad democrática, el estado de derecho, el respeto de los derechos humanos, la paz y la seguridad.
- Están basados en metas cuantificables con plazos y con indicadores para supervisar los progresos obtenidos.
- Combinan, en el octavo Objetivo, las responsabilidades de los países en desarrollo con las de los países desarrollados, sobre la base de una alianza mundial respaldada en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey, México, en 2002 y reafirmada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible celebrada en Johannesburgo en agosto de 2002.

Nos centramos para esta investigación en el objetivo N° 6 dirigido a Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Metas e indicadores:

Meta 6A: Haber y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

⁷ ESLAVA, Juan Carlos. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. En: Revista Salud Publica. Sitio web.

Indicadores:

6.1 Prevalencia del SIDA entre la población 15 a 24 años

6.2 Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo

6.3 Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/SIDA

Meta 6B: Lograr, para 2015, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten (7)

Indicadores:

6.5 Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales

3.4.1 Progreso hasta ahora. En el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas 2010 queda demostrado que los Objetivos son alcanzables cuando las estrategias, políticas y programas de desarrollo son de interés nacional y tienen el apoyo internacional de agencias para el desarrollo. Al mismo tiempo, resulta claro que las mejoras en las vidas de los más pobres han sido inaceptablemente lentas, y que algunas de las ganancias que tanto ha costado obtener, están siendo erosionadas por las crisis medioambiental, económica y alimenticia.

La propagación del VIH parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, y más personas sobreviven más tiempo. El número de personas que recibían terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH se ha multiplicado por 10 entre 2003 y 2008 (de 400.000 a 4 millones) quedando cubiertas el 42 por ciento de los 8,8 millones que necesitaban tratamiento.

El uso de preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo está siendo cada vez más aceptado en algunos países, siendo uno de los pilares de la prevención eficaz del VIH. Sin embargo, la tasa de nuevas infecciones por VIH sigue superando a la expansión del tratamiento.

3.4.2 Progreso a Nivel Mundial. Meta: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Los últimos datos epidemiológicos indican que, a nivel mundial, la propagación del

VIH parece haber alcanzado su máximo en 1996, cuando se infectaron 3,5 millones de personas. En 2008 la cantidad de nuevos infectados disminuyó a aproximadamente 2,7 millones. La mortalidad debida al SIDA alcanzó su máximo en 2004, con 2,2 millones de muertes. En 2008 esa cifra fue de 2 millones, aunque el VIH sigue siendo la principal infección mortal del mundo.

La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, aunque es cada vez más prevalente en Europa Oriental, Asia Central y otras partes de Asia debido a una alta tasa de nuevas infecciones por VIH. África subsahariana sigue siendo la región más afectada, con un 72% de las nuevas infecciones por VIH en 2008.

La comprensión de cómo evitar la transmisión del VIH es el primer paso para evitar la infección. Esto es especialmente importante para la gente joven (de 15 a 24 años) que, en 2008, representaba los 40% de nuevos infectados por VIH entre los adultos de todo el mundo. Y si bien se han logrado algunos avances en cuanto a un conocimiento correcto e integral del VIH, entre la gente joven todavía es inaceptablemente bajo en la mayoría de los países. Menos de un tercio de los hombres jóvenes y menos de un quinto de las mujeres jóvenes de los países en vías de desarrollo dicen poseer dicho conocimiento acerca del VIH.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, la mayoría de la gente joven no usa preservativo durante las relaciones sexuales, incluso cuando corren el riesgo de infectarse con el VIH. En promedio, menos del 50% de hombres jóvenes y menos de la tercera parte de las mujeres jóvenes usó preservativo durante su última relación sexual de alto riesgo.

Aunque el uso de preservativos durante las relaciones sexuales de alto riesgo sigue siendo generalmente bajo, la actitud de la gente joven de algunos países está demostrando que las políticas e intervenciones correctas pueden dar resultado.

Entre 2000 y 2008, se informó de un incremento de al menos 10 puntos porcentuales en el uso de preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo en mujeres de 11 de los 22 países donde las tendencias pueden documentarse, llegando a niveles del 60% o más en algunos de ellos. Se registró un aumento similar en hombres en 11 de los 17 países con datos de tendencias. En última instancia, tales avances son el resultado de acciones individuales apoyadas por una combinación de intervenciones de comportamiento, biomédicas y estructurales, así como de los esfuerzos colectivos del gobierno, organismos para el desarrollo y la sociedad en su conjunto.

Los vínculos entre violencia de género e infección por VIH son cada vez más evidentes, lo cual aumenta la importancia de informar a los adolescentes mediante programas de prevención integrales que combinen diversas intervenciones. También se resalta la continua necesidad de lograr cambios sociales para que la violencia contra mujeres y niñas, en cualquiera de sus formas, no sea tolerada. La promulgación y cumplimiento de leyes que -hagan que esa violencia sea tratada como un delito es también parte de la solución

Aproximadamente 17,5 millones de menores (menores de 18) perdieron uno o ambos padres por SIDA en 2008. La gran mayoría de estos menores (14,1 millones) vive en África.

Los niños huérfanos por SIDA corren un riesgo mayor de tener menos acceso a salud, educación y protección que los niños que perdieron sus padres por otras razones. También es más probable que sufran de desnutrición y diversas enfermedades, y que sean sometidos a trabajo infantil forzado, abuso, negligencia o explotación sexual, todo lo cual aumenta su vulnerabilidad a la infección por VIH. A menudo esos niños sufren estigma y discriminación, y se les niega el acceso a servicios básicos como educación y techo, o incluso juegos.

Meta: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

En 2003 se lanzó la iniciativa 3 por 5, un esfuerzo global para proveer terapia antirretroviral, para el 2005, a 3 millones de personas de países con ingresos bajos y medianos. En ese momento, unas 400.000 personas estaban recibiendo este tratamiento que prolonga la vida. Cinco años después, para diciembre de 2008, esa cifra se había multiplicado por 10 (aproximadamente 4 millones de personas), un aumento de más de 1 millón de personas respecto al año previo. Sin embargo, de cada 2 individuos que inician el tratamiento cada año, 5 se infectaron recientemente con VIH. La tasa de nuevas infecciones sigue superando la expansión del tratamiento, lo cual destaca la urgente necesidad de intensificar tanto las medidas de prevención como el tratamiento.

En 2008 el 42% de los 8,8 millones de personas que necesitaban tratamiento para VIH en países con ingresos bajos y medianos, lo recibían, cifra que era del 33% en 2007.

Esto significa que 5,5 millones de personas que lo necesitaban no tuvieron acceso a esos medicamentos. Debido a nuevas evidencias científicas, en 2009 la Organización Mundial de la Salud revisó sus pautas de tratamiento, por las cuales

aumentó aún más la cantidad de personas que necesitaban terapia antirretroviral.

Las últimas estadísticas de la epidemia mundial de SIDA y VIH fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en 2010, y se refieren al final de 2009.

Las Personas que viven con HIV/SIDA en el 2009, son: 33,3 millones

- Adultos: 30,8 millones
- Mujeres: 15,9 millones
- Niños: 2,5 millones

Personas recientemente infectadas con HIV/SIDA son 2,6 millones y las muertes en 2009 fueron: 1,8 millones. A fines de 2008, las mujeres representaban el 50% de todos los adultos que viven con VIH en todo el mundo.

En países en vías de desarrollo y en transición, 14,6 millones de personas tienen necesidad inmediata de medicamentos para el SIDA para salvar sus vidas; de éstos, sólo 36% los están recibiendo.

El número de personas que viven con VIH se ha incrementado de aproximadamente 8 millones en 1990 a casi 33 millones en la actualidad y sigue en aumento. Alrededor de un 67% de personas que viven con VIH se encuentran en África subsahariana.

Un informe de las Naciones Unidas señala que los programas de prevención del SIDA son más efectivos si se centran en las personas más expuestas y se adaptan a los cambios que presenta la evolución de la epidemia, diferente en cada país. Hasta la fecha, desde que comenzó el presente año, 4,3 millones de personas contrajeron el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

2,9 millones de personas fallecieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA y 4,3 millones de personas se infectaron con el VIH hasta la fecha desde que comenzó el presente año, según un comunicado de prensa de la OMS de noviembre. Las cifras señalan que actualmente 39,5 millones de personas son portadoras del virus del SIDA.

Las estadísticas indican que la epidemia mundial de SIDA continúa creciendo. Los expertos notaron que en algunos países, donde las tasas de infección por el VIH eran estables o estaban en retroceso, volvieron a aumentar.

Dos millones ochocientas mil personas, que se infectaron con el virus –un 65 por ciento del total- durante el transcurso del presente año, habitan en países de África subsahariana. En Europa oriental y Asia central, las tasas de infección aumentaron en más del 50 por ciento desde 2004.

Sin embargo, también hay casos de países donde las tasas de infección disminuyeron. Los expertos que realizaron el estudio registraron claros retrocesos en la prevalencia del VIH en jóvenes durante el período 2000-2005 en países como Botsuana, Burundi, Costa de Marfil, Kenia, Malawi, Ruanda, Tanzania y Zimbawe. Esos retrocesos se deben a cambios positivos en el comportamiento sexual de los jóvenes: mayor uso del preservativo, aplazamiento del inicio sexual y menos parejas sexuales.

Los expertos plantean que en los países donde los programas de prevención no se han sostenido o no se han adaptado a los cambios de la epidemia, las tasas de infección se mantienen estables o vuelven a subir.

Se estima que en la zona de Latinoamérica había 1.700.000 personas que vivían con VIH y SIDA a fines de 2007. De éstas, 140.000 se habían infectado durante 2007. En el mismo año se estima que 63.000 personas murieron de SIDA.

Ahora se estima que la prevalencia de VIH nacional (la proporción de la población que vive con VIH) es de al menos el 1% en Belice, Guyana, Panamá y Surinam. Sin embargo, en la mayoría de los países el VIH no está generalizado sino que está altamente concentrado en poblaciones de riesgo particular. A pesar de una prevalencia nacional por debajo del 1%, Brasil (por lejos el país más poblado de la región) representa 43% de las personas que viven con VIH en Latinoamérica. En algunas ciudades de Brasil, más del 60% de los usuarios de drogas son VIH positivo.

En Colombia el control de VIH/SIDA, no cuenta ni siquiera con una medición confiable de línea de base, el avance es preocupante y afecta cada vez más a mujeres y grupos jóvenes. Los avances en este objetivo se han dado en el control de la Malaria y el Dengue.

En 1999, se estimó la prevalencia de infección por VIH en poblaciones con comportamientos de bajo y alto riesgo de once entidades territoriales del país en una muestra de 22.069 personas. Se incluyeron como poblaciones de bajo riesgo al grupo de mujeres embarazadas que consultaban por primera vez a control prenatal y a la población adulta que consultó por primera vez en el año a una consulta de medicina general y como población de alto riesgo a personas que

consultaron por primera vez en el año a una clínica de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con queja de dolor, úlcera o secreción genital.

En resultados de seis estudios centinelas, se observa una tendencia creciente de la prevalencia de infección por VIH/SIDA, pasando de 0,02% en 1988 a 0,65% en el 2003. El comportamiento en los diferentes grupos poblacionales, según datos de ONUSIDA para 2006, es también similar al general. Por ejemplo, en mujeres embarazadas aumentó de 0,06% en 1991 a 0,4% en 1999, y a 0,6% en 2003; mientras que en mujeres con infecciones de transmisión sexual, las cifras se incrementaron de 0,2% en 1994 a 1,1% en 1999.

Colombia tiene un registro acumulado de 71.509 casos de VIH/SIDA a 2009, de los cuales 53.840 (75,3%) son hombres y 17.148 (24%) son mujeres, para una relación hombre: mujer a 2009 de 2,2:1; llegándose a un promedio diario de casos notificados a 2009 de 18 casos totales (12 hombres y 6 mujeres). Basándose en estudios realizados y análisis estadístico del comportamiento de la epidemia, la población total aproximada de personas viviendo con VIH a 2009 es de 158.340; por lo tanto cerca de 86.831 personas desconocen que tienen la infección por VIH. Según el quinto estudio de vigilancia centinela, la prevalencia total de VIH/SIDA para el año 1999 fue del 0,49%, en mujeres gestantes del 0,24%, en adultos de la población general del 0,57%, en jóvenes de 12 a 24 años del 0,53% y en consultantes por ITS del 0,87%. Para ese año, los departamentos y municipios que tuvieron una prevalencia mayor del 0,49% (total general) fueron en su orden Atlántico (1,2%), Norte de Santander (0,9%), Antioquia (0,9%), Cali (0,7%), Meta (0,5%) y Risaralda (0,5%).

Según el VI estudio de vigilancia centinela, la prevalencia de VIH/SIDA para el 2003 fue del 0,65% en población de bajo riesgo; en mujeres gestantes fue del 0,65% y en jóvenes de 15 a 24 años fue del 0,59%. Los departamentos que presentaron una prevalencia superior de 0,49% (prevalencia estudio centinela V), fueron en su orden Atlántico (1,67%), Santander (1,33%), Bogotá (0,71%) y Risaralda (0,67%).

Comparando los dos estudios, se observa que la prevalencia en gestantes aumentó de 0,24% en el estudio V de 1999 a 0,65% en el estudio VI del 2003. En los jóvenes no se observan diferencias significativas en las prevalencias. Los departamentos de Atlántico y Risaralda presentaron prevalencias superiores al 0,49% en los dos estudios.

La vía de transmisión más frecuentemente reportada desde 1983 ha sido la sexual con el 96,01% de los casos, aunque hay que aclarar que existe un subregistro importante en esta variable (cerca del 40%). Esta situación contrasta con el hecho que la edad de inicio de las relaciones sexuales en mujeres de 25 a 49 años ha disminuido, pasando de 19,3 en 2000 a 18,4 en 2005. (ENDS 2000 y 2005 de PROFAMILIA).

En el comportamiento de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Se observa un crecimiento anual del indicador, pasando de 3,63 a 5,67 muertes por 100.000 habitantes entre 1998 y 2007. Si esta tendencia se mantiene, aún con los esfuerzos de mayor incremento en el acceso al Tratamiento Antirretroviral – TAR y Asesoría y Prueba Voluntaria – APV, se puede suponer que revertirla hacia la reducción será difícil, a menos que se intensifiquen o adopten nuevas estrategias para disminuir la mortalidad.

Se encuentra una Tasa de mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes en Colombia 1998-2007, se realizó una distribución anual por sexo teniendo en cuenta las estadísticas vitales-DANE. Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres para todos los años estudiados. Sin embargo, se observa un incremento progresivo en la participación de las mujeres en las muertes por sida, el cual sobrepasa el 11 % desde 1999. Este comportamiento concuerda con la tendencia a la feminización de la epidemia que ha disminuido la relación hombre – mujer de 5 en 1998 a 3,8 en 2006.

A partir de los datos se establece para el periodo 2000 a 2004 un valor promedio de 5,21 muertes por 100,000 habitantes, la que se podría asumir en principio como una línea de base. Para los años 2005 – 2007, esta cifra va en 5,48 muertes por 100.000 habitantes, lo que indica un crecimiento del 5% con respecto al valor promedio del quinquenio anterior. Esta situación se constituye en otro argumento para reevaluar la meta propuesta (reducción del 20%).

El análisis a nivel departamental se encuentra restringido, debido a la disponibilidad de información para el cálculo del indicador. Si bien, a través de los registros de defunción de Estadísticas Vitales se obtiene el número de muertes por SIDA, no es posible contar con el número de población total para los departamentos del Grupo Amazonía (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada).

En los departamentos a los cuales es posible calcular la tasa de mortalidad por SIDA, se observan diferencias con respecto a la media nacional, cuya magnitud se ha incrementado en el periodo analizado. Para el año 2007, Arauca con 1,7 y Nariño con 2,6 muertes por 100.000 habitantes presentan las tasas más bajas.

Por el contrario Quindío y Risaralda exhiben los valores más altos con 24,7 y 21,1 muertes por 100 mil habitantes, respectivamente. En los valores extremos del indicador la meta nacional es reducir en 20% la incidencia de transmisión madre – hijo, el indicador expresa el número de casos de infección por VIH/SIDA reportados anualmente en menores de cinco años, con mecanismo probable de transmisión perinatal. Dichos casos se identifican a partir de la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA. La línea de base del quinquenio 2005 a 2010 necesaria para realizar seguimiento a la meta establecida en el Documento Conpes Social 91, se definirá en el año 2011. Sin embargo, se observa que en el periodo 2004 a 2008 se han registrado 122 casos.

En el año 2004 se registraron 30 casos, sin embargo en el 2005 se presentó una reducción importante (63%). A partir de ese año se presenta un crecimiento sostenido, y para el año 2008 se registran 40 casos de transmisión perinatal. Cabe señalar que el comportamiento creciente en las cifras, es consistente con la mayor oferta voluntaria de prueba en gestantes.

La cobertura de tratamiento antirretroviral se mantiene por encima del 70%, logro muy importante para el país. Si se mantiene el ritmo de crecimiento, esta será una de las metas que posiblemente se cumplan de forma anticipada.

El país ha desarrollado un documento de planificación que corresponde a la respuesta programática que se conoce como "Plan Nacional de Respuesta al VIH/sida 2008-2011" (Ministerio de la Protección Social, 2008). Éste documento define el consenso de las acciones a ser realizada por los diferentes actores en el país, para responder a la epidemia de VIH / SIDA. Se tiene previsto hacer una valoración de su cumplimiento en el año 2012.

La epidemia de VIH en Colombia se puede definir como concentrada, dado que la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad [hombres que tienen sexo con hombres] supera el 5% mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es superior a 1%.

El primer caso que se reporto en el país fue en la ciudad de Cartagena, en 1983 y fue un caso de muerte en una mujer joven. A partir de tal año se inicio el proceso de notificación de casos individuales de VIH, sida y muerte. Inicialmente este registro se hizo en el Ministerio de Salud, (hoy Ministerio de la Protección Social) y a partir del año 2000, el seguimiento lo viene realizando Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Publica del Ministerio de la

Protección Social. El panorama general de la epidemia se presenta de acuerdo con los hallazgos de morbilidad, mortalidad, estimaciones y proyecciones.

3.5 MORBILIDAD

Existen dos perspectivas de tiempo a considerar en el aspecto morbilidad que hacen referencia a la incidencia y a la prevalencia de la infección por el VIH y el sida. La morbilidad se presenta a partir de los datos obtenidos de los registros individuales de notificación pasiva de casos que están a cargo del Instituto Nacional de Salud. Dada la dificultad para identificar los casos incidentes se presentan los datos anuales de casos notificados y las proporciones de incidencia de notificación.

Se han reportado un total de 71.509 casos notificados de infección por VIH, casos en estadio de SIDA y fallecidos. Esta cifra corresponde a los casos acumulados desde 1983 con corte al 31 de diciembre de 2009. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento anual del número de casos notificados, situación que se comporta igual para hombres y mujeres. Existe en el acumulado de la epidemia una participación del 75.3% para hombres, 24.0% para mujeres y el 0.7% de registros sin dato de sexo.

La tendencia general es de incremento en la frecuencia de casos notificados que puede obedecer a varios factores:

- El crecimiento de casos de infecciones recientemente adquiridas.
- Mayor acceso a la asesoría y pruebas voluntarias.
- Oferta masiva al grupo de gestantes.
- Mayor demanda de servicios diagnósticos.
- Disminución de barreras administrativas para autorización de servicios.
- Informe UNGASS 2010. Republica de Colombia.

Considerando que el mecanismo probable de mayor participación es el sexual, el crecimiento natural de la epidemia continúa. En la Encuesta Nacional de Salud de 2007 para las personas entre 18 y 69 años, la utilización del condón en la primera relación sexual fue del 18% y en la última relación sexual fue del 19%. Lo que indica que su utilización en general podría considerarse baja y esto aumentaría la probabilidad de adquirir la infección del VIH entre otras ITS.

Para el año 2009 se reportaron 6.780 personas con VIH/sida o muerte por el SIVIGILA, de los cuales 4.664 fueron hombres [68,8%] y 2.116 mujeres [31,2%]. La distribución por sexo y grupos etarios quinquenales ofrecen la perspectiva poblacional de afectación por los casos notificados de morbilidad. La participación es mayoritaria en todas las edades para los hombres, con excepción en el grupo de 15 a 19 años en el cual hay predominio femenino.

En el acumulado de la epidemia el 67.0% de los casos reportados se clasificaron como VIH [47.898], el 20% como sida [12.328] y el 13% como fallecidos [9.283]. Para el año 2009 se reportaron al SIVIGILA 4.960 casos de VIH [73,2%], 1.281 casos de sida [18.9%] y 539 casos de fallecidos [7.9%]. Estas frecuencias se deben hacer relativas a la población de cada año generando el cálculo de las proporciones de incidencia que se representan a continuación. En la valoración de la morbilidad para VIH/sida no se utilizan tasas por cuanto se desconoce el tiempo de exposición en años al factor o factores desencadenantes.

Se aprecia un predominio de casos notificados de VIH lo cual puede hablar de un mayor número de casos en relación con casos de sida, lo cual se apoya en la historia natural de la enfermedad, mayor acceso a diagnóstico, mayor sensibilidad individual para valorar su condición de infección, entre otros factores.

En relación con la proporción de incidencia diferenciada por sexo, la tendencia general es de crecimiento, hay mayor participación del evento VIH que del evento sida. Se aprecia en 2009 una mayor proporción de incidencia de VIH en hombres [14.76 x 100.000], seguido por la de VIH en mujeres [7,39 x 100.000]. En otros términos la probabilidad de recibir una notificación de un caso de VIH en hombres es dos veces mayor que para una mujer. Esta situación podría explicarse por que las mujeres reciben una mayor oferta diagnóstica, tienen una mayor percepción de la importancia del auto cuidado y acuden a los servicios de salud para APV.

Para el evento sida, la proporción de incidencia en hombres fue de [4.34 x 100.000] y para mujeres fue de [1.40 x 100.000], consecuentemente para cada mujer notificada como caso sida, se notificaron tres hombres. Esto apoya las posibles explicaciones para la situación de VIH.

Adicionalmente se considera factible que los hombres tengan mayores barreras de acceso, negación de las condiciones de riesgo y vulnerabilidad, falta de información, temor por el estigma y la discriminación entre otras opciones explicativas.

Se concluye que hay mayor oferta diagnóstica en mujeres y mayor notificación de casos en hombres por lo que no se puede hablar de feminización de la epidemia, se puede inferir que a mayor búsqueda en el grupo de mujeres, consecuentemente hay mayor probabilidad de su diagnóstico y notificación.

Del total de casos registrados, 27.456 no tienen identificado un mecanismo probable de transmisión [38.4%], de los cuales en su mayoría son hombres 21.266 [77%] lo que podría explicarse por el temor a revelar su comportamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presentan subsecuentemente al diagnóstico.

En los 44.053 [61.6%] casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 63% corresponde al comportamiento heterosexual [27.861] y el 34% homosexual y bisexual [14.802].

Total de mecanismo sexual es de 97%. De los 31.738 hombres con dato de Mecanismo Probable de Transmisión (MPT), 16.962 reportaron prácticas heterosexuales y 14.776 prácticas homo/bisexuales. Se debe reconocer que este valor se puede afectar por procedimientos inapropiados en la forma como se obtienen los datos en el momento de registrar el caso.

En los 54.499 [76.2%] casos en que se reportó la edad, el grupo poblacional más afectado agrupado por grupos quinquenales, es el de 25 a 29 años con 10.571 personas equivalentes al [19.4%], seguido muy de cerca con 10.002 registros de 30 a 34 años de edad [18.4%].

El 56.5% de los casos notificados al Sivegila, se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad [30.796], sin desconocer que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en los grupos mayores de 45 años con el 15.2% de la participación [8.282 casos].

Igualmente, sobre los casos reportados con edad, se puede afirmar que el 4.7% [2.563 casos] son menores de 18 años, 3.3% [1.818 casos] son menores de 15 años, 87.9% [47.898 casos] están entre 15 y 49 años y 8.8% [4.783 casos] son de 50 y más años.

A partir de los resultados del Estudio Centinela la prevalencia para 2009 es de 0,22%. Los valores que presenta la EPTMI y el Observatorio corresponden a un periodo anual y aportan cifras de 0.14% y 0.15% respectivamente. Los valores mantienen estabilidad en los últimos cinco años y permiten asegurar que la

epidemia se encuentra concentrada en el país.

3.6 MORTALIDAD

La mortalidad asociada con la infección por el VIH y el sida, proviene de los registros de certificados de estadísticas de defunción a cargo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Esta fuente de información, si bien es la más confiable por las características del tipo de registro, presenta limitaciones en relación con la oportunidad de la oferta de datos.

Otra fuente de datos es la recibida a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), los datos que se recogen de la notificación pasiva tienen mayor oportunidad que los datos generados por el DANE a partir de las estadísticas vitales, sin embargo, su nivel de subregistro es muy elevado. Para el año 2006 el DANE reportó 2.343 muertes asociadas con VIH/sida y en el mismo periodo el Sivigila recibió 385 casos notificados. En otros términos, se calcula un subregistro en el Sivigila del 84%. Este es el principal argumento para considerar oficiales los datos de fuente DANE.

La diferencia de casos de 2006 con respecto al año 2001 fue de 231 casos en el quinquenio, lo que equivale a una variación del 9,8%. El incremento promedio anual fue de 1,9%.

El promedio de crecimiento en el mismo quinquenio de casos notificados de VIH fue de 1.127 casos, lo que equivale a una variación del 28,7%. El incremento promedio anual fue de 5,3%.

El promedio de crecimiento en el mismo quinquenio de casos notificados de sida fue de 30 casos, lo que equivale a una variación del 4,0%. El incremento promedio anual fue de 0,8%.

Considerando estas cifras, que la epidemia en Colombia está creciendo a expensas de casos de morbilidad clasificados como VIH. Si se considera la variabilidad media anual del quinquenio de los Informe UNGASS 2010. República de Colombia.

Se observa la tendencia creciente de mortalidad asociada al VIH/sida. El valor disponible para 2007 es de 5,6 por cien mil habitantes. En julio de 2010 estará disponible el informe de mortalidad hasta 2008. La mortalidad se distribuye

predominantemente en el grupo de hombres en todas las edades. (Ministerio de la Protección Social., 2008)

La mortalidad se puede asociar a diagnósticos tardíos (en etapa sida avanzado), que puede deberse a dificultades para el acceso al diagnóstico, al TAR y a baja percepción de riesgo o vulnerabilidad, que pueden hacer que las personas consulten en condiciones de gran deterioro.

Para el 2006 se notificaron diariamente en promedio 6 personas muertas asociadas con VIH/sida, de las cuales 5 fueron hombres y 1 mujer. Al valorar la variación en el último quinquenio, desde 2001 se aumento en 0.33 personas-día para hombres y 0.36 personas- día para mujeres. De acuerdo con este cálculo se puede afirmar que la variación anual es muy baja.

La variable de escolaridad se encuentra disponible desde 1998. A partir de ese año se aprecia una distribución predominante de primaria, secundaria y sin información. Para el año 2006 se reportaron 722 casos con educación secundaria, 690 sin dato, 655 primaria, 186 universitaria, 88 sin educación y 2 en preescolar.

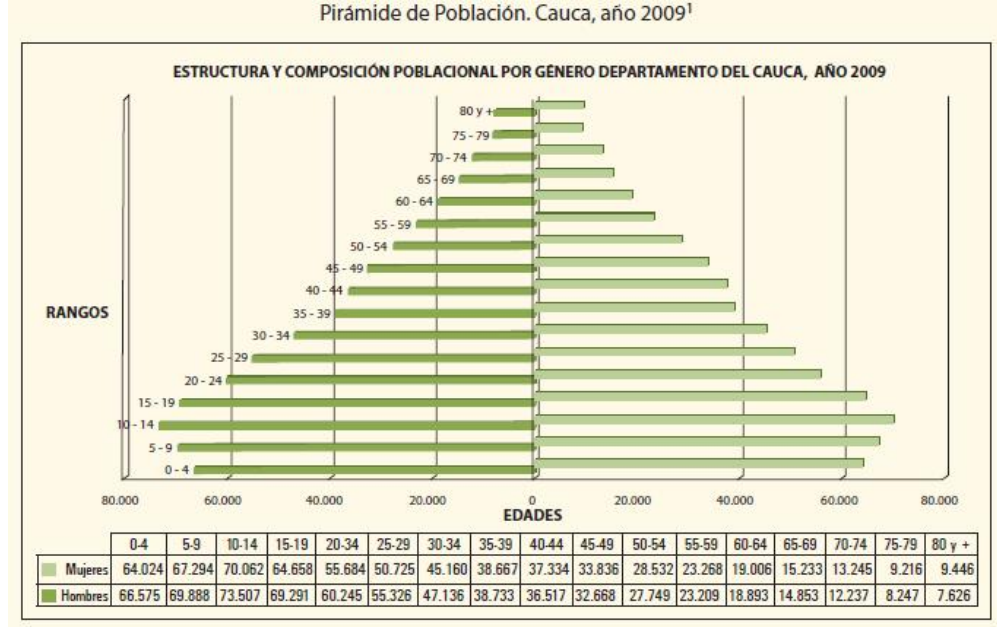
Estos datos indican que el nivel educativo de secundaria y primaria es el que manifiestan los registros de estadísticas vitales. En cuanto a la distribución de la mortalidad, se observa predominio de las personas solteras, seguidos de unión libre y sin información. En general las proporciones son estables a través del tiempo.

3.7 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA

El territorio del Municipio de Popayán, creado en 1537, con una extensión de 483.11 Km² con Altitud sobre el nivel del mar de 1737 metros y Temperatura promedio: 19°C, se halla situado al sur occidente de la República de Colombia. El Municipio de Popayán es eminentemente urbano. Un 87,1 % de la población ocupa la cabecera y el 12,9% restante, ocupa el área rural. El municipio se encuentra dividido en 9 comunas, 23 Corregimientos.

EL Municipio de Popayán cuenta con una población para el año de 2011 de 265.881 habitantes según proyección del DANE; los cuales se encuentran distribuidos en el 48,2% Hombres (128.492) y el 51,7% en Mujeres (137.389).

Figura 2. Pirámide Poblacional del Cauca 2009



Fuente: Proyección DANE 2010

De acuerdo a la pirámide poblacional del año 2009, la población menor de 5 años es de 130.599 (9,98%), de 5 a 14 años corresponde al 21,46% (280.751), la población de 15 a 24 años es de 249.878 (19,10%) 120.343 son mujeres y 129.535 son hombres, de 25 a 34 años es de 198.347 (15,16%) donde 95885 son mujeres y 102.462 son hombres, de 35 a 44 años es de 151.291 (11,56%) donde 76.001 son mujeres y 75.290 son hombres, la población de 45 a 54 es de 122.785 (9,39%) de 55 a 64 es de 84.376 (6,45) y los mayores de 65 años corresponde a 6,89% (90.104).

De acuerdo a los datos encontrados de Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para el año 2008, había un cobertura del 73,1% (856.403 personas) para el régimen subsidiado, en el régimen contributivo de 8,5% (237.292); las personas que no se encuentran afiliadas al SGSSS es de 214.395 (18,3%), del total de la población del departamento del Cauca⁸.

Teniendo en cuenta los indicadores de oferta de servicios de salud y seguridad social, la cobertura para la Atención Ambulatoria, dentro de la cual se encuentran los programas de Promoción y Prevención y el manejo de la atención en salud en el Municipio de Popayán esta brindado por; Un (1) Hospital de nivel III Hospital

⁸ UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Observatorio Político. Boletín N.5 (en línea) Disponible en Obpolitico@unicauca.edu.co. [febrero de 2008]

San José, Un (1) Hospital nivel II Hospital Susana López de Valencia. Un (1) Hospital Nivel I Hospital del Norte Toribio Maya y 94 IPS privadas registradas, 19 EPS como son en el régimen subsidiado EMSSANAR, SALUDVIDA, ASMET SALUD, CAPRECOM, LIDERSALUD, MAYANAS, SALUDCOLOMBIA, HUMANAVIVIR, A.I.C, SALUD CONDOR y EPS contributivo COOMEVA, SALUDCOOP, COLSANITAS, NUEVA EPS, S.O.S, COMFACAUCA, POLICIA, COSMITEL, COMFENALCO⁹.

Teniendo en cuenta el Decreto 3039 de 2007, la Resolución 0425 de 2008, donde se definen las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, se estipulan las actividades de estricto cumplimiento en la nación, departamento y municipios, en coherencia con el perfil epidemiológico del municipio. Además brindan las herramientas a ejecutar para cumplir con los objetivos propuestos por el plan de salud contenido en el plan de desarrollo municipal.

Para ello se trabajará en las siguientes prioridades sin descuidar ningún grupo de la comunidad, estas prioridades son:

- Salud Infantil
- Salud Sexual y reproductiva

- Salud oral.

- Salud mental.

- Enfermedades transmisibles y las zoonosis.

- Enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.

- Nutrición.

- Seguridad sanitaria y ambiental.

- Seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.

- Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

- Vigilancia en Salud Pública

Los anteriores, programas fueron clasificados, teniendo en cuenta los indicadores de mortalidad y morbilidad del departamento y municipio. Los indicadores de

⁹ RENGIFO, Jose Iván. Plan de salud del municipio de Popayán, Perfil epidemiológico..Popayán, abril de 2008.153 p

Mortalidad registrados para el 2008 con relación a las enfermedades transmisibles es: por tuberculosis la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes es de 2,4 (31 casos), por SIDA es de 2,4 (34 casos), de las demás patologías no hay casos registrados; estos datos comparados con la Tasa de Mortalidad en Colombia por enfermedades trasmisibles, encontramos: por tuberculosis hay una tasa por 100.000 habitantes de 2,3 (1.009 casos) menos que en el departamento del Cauca y por SIDA una Tasa de 5,4 (2.343 casos) muy por encima de los registrado en el departamento del Cauca.

Clasificando la Mortalidad por grupo de edad, encontramos al SIDA, como una de las causas de Mortalidad para personas entre 15 y 44 años (2008), con una Tasa por 100.000 habitantes de 3,3 correspondiente a 18 muertes (2,1%) del total de muertes del grupo de edad; teniendo Colombia el mismo comportamiento en el grupo de edad, donde la Tasa de Mortalidad por HIV/Sida es de 12,0 por 100.000 habitantes, 1.198 muertes (4,4%) para Hombres y de 3,4, para mujeres correspondiendo 347 muertes (4,0%), teniendo en cuenta estos datos, se decide trabajar con este grupo poblacional para la implementación de los programas de Promoción y Prevención.

La Morbilidad en el Departamento del Cauca para el 2009, por enfermedades transmisibles con casos confirmados tiene una incidencia por 100.000 habitantes para HIV/Sida de 3,6 (56 casos), muy por debajo de la incidencia para Colombia que es de 9,14 por 100.000 habitantes (4.062 casos)¹⁰.

El HIV-SIDA se encuentra dentro de las causas de mortalidad (2008), con una tasa de 6,45/100.000 habitantes, 14 hombres (1,19%) y 3 mujeres (0,26%); además se encuentra en decimo lugar con 3 casos respectivamente las patologías de interés en salud pública las ocasionadas por muertes por SIDA, sífilis gestacional, parotiditis, representando un porcentaje del 0.03%.

Ante esta situación es importante analizar cómo se han establecido las estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) y la prevención de las infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/SIDA enfocadas hacia los hombres; tomando en cuenta que los programas de SSR y de Promoción y Prevención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) están prácticamente direccionados hacia la mujer y con pocas opciones o acciones con los hombres.

¹⁰ Ibid.

La política pública actual ante el VIH está ocultando la magnitud de la epidemia, argumentando su estatus de enfermedad crónica y su atención oportuna y continua; pero con falencias en la promoción del acceso al diagnóstico y atención para la población en general, porque además de favorecer a la población con un diagnóstico y atención oportunos se convierte en una excelente estrategia para contener la epidemia. Esta estrategia lamentablemente no será implementada mientras el VIH/SIDA sea una sublínea de la Política Sexual y Reproductiva, ahogada por otras líneas de mayor importancia en dicha política (atención del parto y recién nacido, planificación familiar, control prenatal y alteraciones del embarazo, detección temprana de cáncer de seno y cuello uterino), y mientras los actores del SGSSS poco cumplan con el objetivo 2 del Modelo de Atención Programática en VIH: *“Detectar tempranamente la infección por VIH: que busca generar las condiciones para que la población pueda acceder con el menor número de barreras posibles a las asesorías y pruebas para la detección de la infección por VIH”*¹¹.

La Política Sexual y Reproductiva ha facilitado las acciones de prevención en la detección temprana de cáncer de seno y cuello uterino (impulsada por actores privados e instituciones sin ánimo de lucro), a través de campañas masivas hacia una población que puede abordarse más fácilmente por su asistencia al sistema de salud. Y la prevención del VIH y otras ITS han carecido en más de una década de acciones similares.

Teniendo en cuenta los indicadores de los Objetivos del Milenio (ODM) para combatir el HIV/SIDA, encontramos que para el departamento del Cauca la Tasa de Incidencia de SIDA (2008) es de 26,8% sobre 1,000,000 habitantes y comprada con la Tasa de Incidencia en Colombia (5,7%), nos muestra que el departamento está muy por encima de la Tasa de Incidencia del País, lo que es alarmante y lleva a pensar en proponer nuevas técnicas para disminuir la incidencia; estamos muy cerca de la Tasa de Incidencia de América Latina con un 50,2%. Para la razón Hombre: Mujer Casos de SIDA (2008), el Departamento del Cauca no cuenta con datos registrados, en Colombia la razón es de 2,1 y en América Latina es de 2,8; donde se observa que en Colombia se tiene menos registro de mujeres con SIDA¹²⁻¹³.

Las metas para el Objetivo 6 Detener la propagación del VIH/SIDA, el paludismo, el dengue, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades prevenibles, en el

¹¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD .OPS/OMS. Indicadores Básicos Departamento del Cauca. FERIVA S.A. 2010. 46 p.

¹²ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Op.cit.

¹³ RENGIFO, Ibid.

Departamento son¹⁴⁻¹⁵:

META 1: Para 2015 haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1,2%, en población general de 15 a 49 años de edad. Línea de Base 2004: 0.7%

META 2: Establecer una línea de base en el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015.

META 3: Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.

META 4: Para 2010 aumentar en un 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015 aumentar esta cobertura en un 30%. Línea de Base 2003: 52,3%.

Solo se tiene información de la mortalidad por HIV del 2006 y 2007 encontrando que el Cauca aumentó su tasa de mortalidad del 2,03 al 5, 19 por 100.000 habitantes.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) trabaja en la prevención de la propagación del VIH/SIDA y en la reducción de su impacto. Como un asociado para el desarrollo bien acreditado y como copatrocinador de ONUSIDA, el PNUD ayuda a los países situar el VIH/SIDA al centro de sus estrategias nacionales de desarrollo y estrategias nacionales de reducción de pobreza. También colabora con el desarrollo de capacidades locales para movilizar todos los niveles de gobierno y de la sociedad civil para dar una respuesta coordinada a la epidemia y proteger los derechos de las personas viviendo con el VIH, las mujeres y grupos de población más vulnerables.

Teniendo en cuenta los indicadores de los Objetivos del Milenio (ODM) para combatir el HIV/SIDA, encontramos que para el departamento del Cauca la Tasa de Incidencia de SIDA (2008) es de 26,8% sobre 1,000,000 habitantes y comprada con la Tasa de Incidencia en Colombia (5,7%), nos muestra que el departamento está muy por encima de la Tasa de Incidencia del País, lo que es alarmante y lleva a pensar en proponer nuevas técnicas para disminuir la incidencia; estamos muy cerca de la Tasa de Incidencia de América Latina con un 50,2%. Para la razón Hombre: Mujer Casos de SIDA (2008), el Departamento del Cauca no cuenta con datos registrados, en Colombia la razón es de 2,1 y en

¹⁴ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Op.cit.

¹⁵ BAN , Ki-moon. Op.cit.

América Latina es de 2,8; donde se observa que en Colombia se tiene menos registro de mujeres con SIDA¹⁶.

LA UNISIDA tiene como estrategia para 2011-2015 seguir progresando a nivel mundial en el camino hacia los objetivos de acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, así como para detener y reducir la propagación del virus y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

La estrategia, adoptada por la Junta Coordinadora del Programa en diciembre de 2010, está diseñada para situar la respuesta al VIH dentro del nuevo contexto global. La respuesta al sida es una inversión a largo plazo y la intención de la estrategia es revolucionar la prevención del VIH, catalizar la próxima fase del tratamiento, la atención y el apoyo, y progresar en la realización de los derechos humanos y la igualdad de género¹⁷.

Objetivos de la estrategia de ONUSIDA para 2015:

- Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y dentro del contexto del trabajo sexual.
- Eliminar la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el sida.
- Prevenir todas las nuevas infecciones por el VIH entre usuarios de drogas.
- Acceso universal a la terapia antirretroviral para las personas que viven con el VIH que son elegibles para recibirla.
- Reducir a la mitad las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH.
- Incluir en las estrategias de protección social nacionales a las personas que

¹⁶ BAN , Ki-moon. Op.cit.

¹⁷ DE SALAZAR, L, DÍAZ C y MAGAÑA, A. Municipios y Comunidades Saludables. El reto de la Evaluación. CEDETES, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia 2002.

viven con el VIH y a los hogares afectados por el virus, quienes además tienen acceso a servicios de atención y apoyo esenciales.

- Reducir a la mitad el número de países con leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el trabajo sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad que bloquean las respuestas efectivas.
- Eliminar en la mitad de los países que las imponen las restricciones en la entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.
- Abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en, al menos, la mitad de las respuestas nacionales al VIH.
- Tolerancia cero con la violencia de género.

La estrategia de ONUSIDA es una hoja de ruta para el Programa Conjunto con objetivos concretos que señalan los hitos en el camino hacia la visión de ONUSIDA de “Cero nuevas infecciones por el VIH. Cero discriminaciones. Cero muertes relacionadas con el sida”¹⁸.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) ha sido responsable de más de 25 millones de fallecimientos desde que fue identificado por primera vez en 1981. Según el informe ONUSIDA de diciembre de 2007, aproximadamente 39,5 millones de personas viven con el VIH/SIDA en el mundo. A su vez, durante 2007 hubo 4,3 millones de nuevas personas infectadas con el VIH, (8 personas infectadas cada minuto durante un año); y el 40% de éstas, eran jóvenes entre 15 y 24 años. Es una de las epidemias más graves de la historia. El agente causante del SIDA es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus. Estos virus conducen a la enfermedad del SIDA provocando una deficiencia cualitativa y cuantitativa del sistema inmunitario de la persona infectada. En Europa, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de infectados por contacto heterosexual, lo que explica que las ITS estén también en aumento^{19,20}.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Informe UNGASS , Seguimiento sobre la declaración de compromiso sobre el VIH-SIDA.2010. 201 p.

²⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención en Planificación familiar y manejo de ETS. Direccion general de Promocion y Prevencion.2001.14 p.

3.8 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

3.8.1 VIH. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia lentivirus.

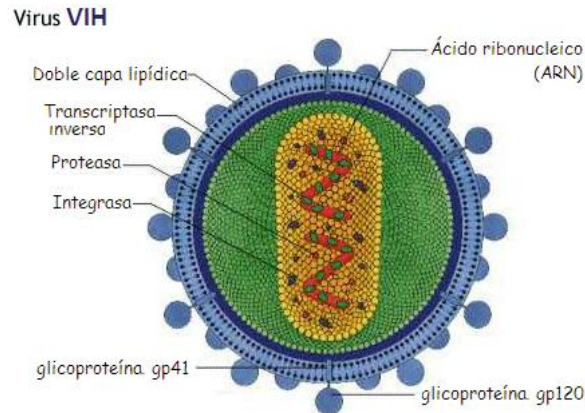
Características específicas:

- Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo (lentivirus).
- En su ciclo vital hay 2 fases: virión infectante (ARN) y provirus (ADN). Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite prolongados periodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente.
- Se replica mediante un mecanismo inverso al habitual en los virus ARN. El papel fundamental lo juega una enzima llamada transcriptasa inversa (TI).
- Sus células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglía y células dendríticas residentes en mucosas (células de Langerhans).

3.8.2 Estructura y genoma

- Envoltura externa: capa lipídica que contiene 72 prolongaciones glucoproteicas (gp120 y gp41) que juegan un papel fundamental en la unión con la célula huésped.
- Nucleocápside: proteínas (p) y ácido nucleico estructurados de fuera a dentro como una matriz (p17), y un "core". Este último forma una cápside cónica (p24) en cuyo interior se encuentra el genoma viral 2 cadenas idénticas de ARN unidas por la p7) y proteínas con función enzimática (transcriptasa inversa, integrasa, proteasa) o reguladora.

Figura 3. Estructura del VIH



<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/animas/animas/virus.swf>
Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/sida.htm>

Esta estructura está codificada por un genoma muy complejo del que se conocen 3 genes estructurales: gag (matriz y cápside), pol (enzimas), env (envoltura) y 6 reguladores (vif, vpr, vpu, tat, rev, nef) de otras funciones entre las que destacan la infectividad y liberación de viriones.

3.8.3 El ciclo de replicación. Unión de la gp120 del virión con el receptor CD4, presente en los linfocitos Th (CD4+), macrófagos y alguna otra célula. Se requiere la unión simultánea a un correceptor de quimiocinas que en los linfocitos es CXCR4 y en los macrófagos CCR5.

A continuación se produce la fusión (gp41), penetración y denudación de la cápside: el ARN queda libre. La transcriptasa inversa utiliza este molde y fabrica una doble cadena de ADN que Emigra (translocación) hacia el núcleo de la célula donde queda integrado en su genoma.

Lo característico del VIH es que una vez integrado en el genoma de la célula huésped puede replicarse masivamente (viremias altas) tal como ocurre en la primo infección y en los estadios

Finales, hacerlo de forma controlada (viremias bajas persistentes) o permanecer latente (presencia del virus sin replicación:provirus). En la infección por el VIH ocurren estos tres hechos.

Cuando existe replicación, el provirus ADN transcribe su molde a ARN. Este emigra hacia el citoplasma, "construye" nuevos viriones que se ensamblan y liberan.

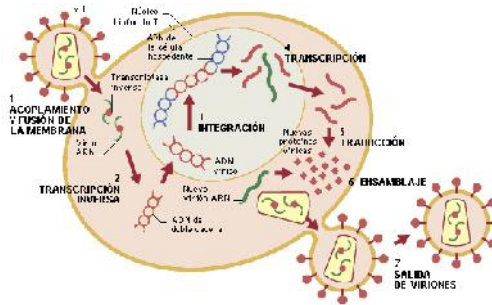
3.8.4 Cinética de replicación. La sangre periférica contiene alrededor del 1% de los linfocitos totales del organismo. Entre el 1-10 % están infectados. A pesar de que puedan existir cargas virales bajas (fase de latencia clínica) o indetectables (efecto de los antirretrovirales), en los órganos linfoides está ocurriendo algo cuantitativamente más importante.

Se estima que hasta un 40% de los linfocitos CD4+ del ganglio linfático están infectados: el 99 % de forma latente y el 1% en replicación activa (linfocitos activados). A pesar de esta baja proporción, su cinética de replicación es extraordinaria: se producen diariamente 10⁹-10¹⁰ viriones que llevan a la destrucción de 10⁷-8 linfocitos CD4+/día por efecto citopático directo; es decir el 1% de los linfocitos totales del organismo.

Esto llevaría a una rapidísima destrucción del sistema inmune. Sin embargo no es así, lo que significa que éste es capaz de reponer durante largo tiempo los linfocitos destruidos hasta llegar al agotamiento y a la fase de inmunodeficiencia avanzada. Las células de estirpe macrofágica juegan un papel importante en el sistema inmunológico (presentación de antígenos, liberación de quimiocinas, etc). En relación con la cinética del VIH, si bien su importancia cuantitativa es limitada, el hecho de que en ellas el virión se replique muy lentamente, hace que constituyan a largo plazo importantes reservorios que perpetúan la infección y donde ocurren hechos de gran trascendencia biológica (diversidad viral, resistencias)²¹.

²¹ HERNÁNDEZ, Álvaro Pascual. El virus de la inmunodeficiencia humana. inmunopatogenia. p. 36

Figura 4. Cinética de replicación del VIH



Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/sida.htm>

3.8.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA es la expresión patológica última de la infección por el VIH. El virus destruye el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de infecciones oportunistas que causan la muerte del enfermo.

El SIDA se convirtió en la gran epidemia del siglo XX, y la proyección a futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en una considerable carga para los sobrecargados sistemas asistenciales de la mayoría de los países afectados²².

Muchos factores se encuentran afectados por el impacto del SIDA. Este impacto no se limita con exclusividad a las estadísticas sanitarias. Plantea además, un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de los pacientes. A su vez, el SIDA tiene una repercusión social, y ha modificado conductas y hábitos.

Las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas de salud y las carencias educativas de gran parte de la población, favorecen el crecimiento incesante de la epidemia²³.

Desde un punto de vista científico debe reconocerse que se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatogenia de la infección, los mecanismos de daño inmunológico, sus formas clínicas, su evolución a través del tiempo y la prevención y el tratamiento de muchas infecciones oportunistas que son la habitual causa de

²² Ibid. p. 36

²³ PÉREZ, Lautaro. Biología molecular del virus de la inmunodeficiencia humana y los recientes progresos en el tratamiento del SIDA. ISSN 0370-4106 Santiago de Chile; marzo de 2000. 71 p.

muerte de los pacientes. El empleo de drogas antirretrovirales mejoró y prolongó la sobrevivencia de muchos enfermos.

En la cinética del sistema inmune encontramos:

2. Individuos infectados. Tras la primera infección existe un periodo ventana con viremia elevada y ausencia de anticuerpos. Al final del mismo aparece la respuesta clonal de linfocitos CD8+ que precede a la aparición de anticuerpos neutralizantes. Ambos fenómenos inducen una disminución importante de la viremia. La carga viral tras la primera infección es de un gran valor pronóstico, pues indica el grado de equilibrio alcanzado entre el virus y el sistema inmune. En la fase crónica de la enfermedad las respuestas humorales y celulares de la inmunidad son intensas como consecuencia de la replicación crónica del virus que continúa estimulando la respuesta inmune. En los estadios finales, caracterizados por la aparición de infecciones oportunistas, se produce un descenso en el número de linfocitos CD4+, una disminución de la respuesta humoral y celular frente al VIH y una elevación de la carga viral. La disminución de los linfocitos CD4+ origina un deterioro de las actividades de las demás células involucradas en la respuesta inmune.

3. Pacientes progresores lentos. Son pacientes con carga viral inferior a 104 copias de ARN/ml, una cifra mantenida de linfocitos CD4+ y que progresan lentamente o no progresan a SIDA. En estos pacientes, los mecanismos efectoros (CTL) frente al virus son superiores respecto a los pacientes normales, lo que implica una replicación menos agresiva del virus. Otra posibilidad es que algunos de estos pacientes se infecten por virus menos agresivos o deficientes en alguna de sus proteínas reguladoras (nef). Finalmente, algunos factores genéticos pueden estar involucrados en una progresión lenta de la enfermedad. Así una detección en el gen que codifica la producción del coreceptor CCR5 retrasa la evolución de la enfermedad en pacientes seropositivos y, de hecho, un 20-30% de estos pacientes son heterocigotos para la variante $\Delta 32$ de CCR5. También se ha descrito que el polimorfismo en la región reguladora de CCR5 puede variar la expresión de este receptor y que este fenómeno a su vez se relaciona con la infección por el VIH.

4. Individuos expuestos no infectados. Son individuos que se exponen frecuentemente al VIH y que no se infectan. Parece ser que la existencia de determinados fenotipos HLA pudiera estar relacionada con la protección. También se ha descrito que la detección en la posición 32 en el gen de CCR5 en los sujetos homocigóticos confiere resistencia a la infección por cepas R5. Esta mutación se observa más en países del Norte de Europa. Existen factores inmunológicos involucrados, tales como la hiperproducción de IL-2 por los

linfocitos CD4+ y una actividad proliferativa de los linfocitos CD8+ en respuesta a péptidos del VIH. En parejas de sujetos heterosexuales infectados, se ha descrito la producción de anticuerpos neutralizantes sobre el VIH que están dirigidos contra antígenos HLA del miembro de la pareja que no está infectado y que podrían ser protectores. La ausencia de infección en sujetos expuestos se ha relacionado también con la presencia de niveles elevados de RANTES y con la infección por cepas poco virulentas que actuarían como vacunas estimulando la respuesta inmunológica sin desarrollar infección. Lo que permanece sin respuesta es porqué en estos casos no es posible la detección de anticuerpos.

Dentro de la Patología las siglas CRS significan Complejo Relacionado con el SIDA. Las personas que presentan CRS tienen algunos síntomas relacionados con la infección por el VIH, ya que el virus se ha activado, ha comenzado a destruir linfocitos y, por tanto, ha debilitado el sistema inmune. Estos síntomas (fiebre, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos...) no cumplen, sin embargo, los requisitos necesarios para poder afirmar que la persona está enferma de SIDA. Algunas personas con CRS desarrollarán en el futuro SIDA. Otras, en cambio, no lo harán²⁴.

Es el estado final de la infección crónica producida por el retrovirus VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). El SIDA es una enfermedad que anula la capacidad del sistema inmunológico para defender al organismo de múltiples microorganismos, produciéndose graves infecciones. Se caracteriza por astenia y pérdida de peso importantes, y con frecuencia por complicaciones neurológicas debidas a la lesión de las células cerebrales. También una elevada incidencia de ciertos cánceres, especialmente el sarcoma de Kaposi; uno de sus primeros síntomas consiste en la aparición de lesiones violáceas en la piel. Otros tumores frecuentes son los linfomas de células B.

El SIDA se transmite por la sangre, por contacto homo u heterosexual, a través de la placenta desde la madre infectada al feto y posiblemente a través de la leche de la madre infectada. Las transfusiones sanguíneas fueron una vía de transmisión importante antes de que se desarrollara una prueba fiable para la detección del virus en sangre. Uno de los mecanismos principales de transmisión y difusión de la enfermedad es el uso por drogadictos de agujas contaminadas con sangre infectada. La simple convivencia sin relaciones sexuales y sin compartir objetos personales como maquinillas de afeitar o cepillos de dientes y la donación de sangre, no son factores de riesgo para la infección. En los países occidentales, el mayor número de casos se ha producido por transmisión homosexual, a diferencia

²⁴ Hernández, Op.cit.

de lo que sucede en España, donde el mayor número de casos se debe a la transmisión heterosexual. El virus VIH permanece silente durante un tiempo variable en el interior de las células T infectadas, y puede tardar hasta diez años en iniciarse la enfermedad²⁵.

La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la sexual, tanto homosexual como heterosexual. En general, el riesgo de transmisión sexual depende de la prevalencia de la infección en la población sexualmente activa.

Las prácticas homosexuales son las que se asocian con mayor riesgo de padecer la infección sobre todo las relaciones ano-genitales siendo el compañero receptivo el más expuesto. En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional pero la probabilidad de transmisión hombre-mujer podría ser hasta 20 veces mayor que la de transmisión mujer-hombre. En todos los casos el riesgo se incrementa cuando se padece alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) y cuando existen múltiples parejas.

En la prostitución se suman estos factores y en muchos casos su relación con la drogodependencia. También son comportamientos de riesgo el turismo sexual y los 'ligues' de bares, discotecas, etc.

El riesgo de transmisión sexual decrece cuando:

- Existen prácticas sexuales seguras o teóricamente seguras.
- Se evita la promiscuidad y las relaciones sexuales con desconocidos.
- Se utilizan preservativos de látex.

La transmisión por la sangre es en la actualidad la vía de transmisión más importante del virus del SIDA a expensas de los sujetos que se drogan por vía intravenosa. Pero no sólo el compartir las agujas o jeringuillas es un comportamiento de riesgo; el virus se puede transmitir por cualquier objeto que se utilice para preparar la droga. A su vez los usuarios de drogas intravenosas son un factor muy importante en la transmisión heterosexual del SIDA.

El compañero sexual del que se ignora su comportamiento sexual pasado o sus hábitos de drogodependencia puede suponer un riesgo de transmisión del VIH. Cuando el compañero sexual tiene o ha tenido comportamientos de riesgo se debería actuar como si fuese capaz de transmitir el virus del SIDA. Haber nacido

²⁵ PÉREZ, Lautaro Op.cit.

de una madre seropositiva,

Un porcentaje variable de niños nacidos de madres seropositivas están infectados por el virus del SIDA (20-50 %), el riesgo es mayor cuanto más deteriorada está la salud de la madre.

Recibir sangre o sus derivados; en esta situación el riesgo es despreciable ya que todas las donaciones son sometidas por ley a pruebas de detección muy fiables. Este riesgo que se sitúa en el orden de 1 por cada 200.000 o 300.000 donaciones. En caso de exposiciones accidentales el riesgo se puede situar entre el 0 y el 0,75 %. Este riesgo es más bajo cuando se adoptan precauciones universales (todos los días, con todos los pacientes). Las medidas de higiene existentes en los centros sanitarios reducen el riesgo a cifras despreciables.

En este momento, no existe cura para el SIDA. Sin embargo, se encuentran disponibles varios tratamientos que pueden ayudar a mantener los síntomas a raya y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que han desarrollado síntomas.

La terapia antirretroviral inhibe la replicación del virus VIH en el organismo. Una combinación de varias drogas antirretrovirales, conocida como terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por sus siglas en inglés), ha sido muy efectiva en la reducción del número de partículas de VIH en el torrente sanguíneo. Esto se mide por medio de la carga viral (qué tanta cantidad del virus se encuentra en la sangre). Impedir que el virus se replique puede mejorar los conteos de células T y ayudar al sistema inmunitario a recuperarse de la infección por VIH.

La HAART no es una cura para el VIH, pero ha sido muy efectiva durante los últimos 12 años. Las personas tratadas con terapia antirretroviral altamente activa y con niveles reducidos de VIH aún pueden transmitir el virus a los demás a través de las relaciones sexuales o el uso compartido de agujas. Hay buena evidencia de que si los niveles de VIH permanecen inhibidos y el conteo de CD4 permanece alto (por encima de 200 células/mm³), la vida se puede prolongar y mejorar significativamente²⁶.

Sin embargo, el VIH puede volverse resistente a la terapia antirretroviral altamente activa, especialmente en pacientes que no toman sus medicamentos en el horario

²⁶ www.Dane.gov.co. Encuesta Calidad de vida. 39 pags

debido cada día.

Cuando el VIH se vuelve resistente a la terapia antirretroviral altamente activa, se tienen que emplear otras combinaciones de drogas para tratar de inhibir la cepa del VIH resistente. Existe una variedad de nuevas drogas en el mercado para el tratamiento del VIH fármaco-resistente. Cuando se utilizan por mucho tiempo, estos medicamentos aumentan el riesgo de ataque cardíaco, quizá incrementando los niveles de grasa y glucosa (azúcar) en la sangre. Cualquier médico que prescriba la terapia antirretroviral altamente activa debe hacerle un seguimiento cuidadoso al paciente por los posibles efectos secundarios. Además, cada 3 meses, deben hacerse exámenes de sangre de rutina para medir los conteos de CD4 y la carga viral del VIH. El objetivo es alcanzar un conteo de CD4 tan cercano a lo normal como sea posible y reducir la cantidad del virus del VIH en la sangre hasta un nivel que no se pueda detectar²⁷.

El nuevo avance en la vacuna contra el SIDA, el descubrimiento de dos anticuerpos capaces de bloquear la infección ha reavivado las esperanzas de encontrar una solución.

El desarrollo de un método diferente para detectar anticuerpos propios del ser humano posibilitó hallar dos, el VRC01 y el VRC02 que bloquean la infección del 90% de las cepas del virus del sida conocidas, en un plazo mediano de 5 a 10 años se podrá contar con una vacuna eficaz.

Lo que los investigadores liderados por Kwong y sus colegas John Mascola y Gary Nabel lograron en primer lugar fue desarrollar un nuevo método de biología molecular que permite aislar los anticuerpos de los que se vale el sistema inmunológico para combatir los agentes infecciosos o impedir que estos infecten las células del organismo. El nuevo método se basa en una proteína del VIH modificada que solo reacciona ante los anticuerpos que impiden que el virus del sida se aferre a las células humanas antes de invadirlas. Al aplicar este método a muestras de sangre de un paciente infectado los investigadores dieron con los anticuerpos VCR01 y VCR02, que han demostrado tener un poder para neutralizar el virus mucho más grande que todos los anticuerpos conocidos contra el VIH. Los investigadores determinaron la estructura atómica de uno de esos anticuerpos en el momento exacto en que se pega al VIH impidiendo la infección de la célula humana. Se han comenzado a diseñar los componentes de un candidato de vacuna que podría enseñar al sistema inmune humano a producir anticuerpos similares al VRC01 que podrían prevenir la infección causada por la vasta mayoría

²⁷ PÉREZ, Lautaro Op.cit.

de las cepas de VIH de todo el mundo²⁸.

3.9 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

3.9.1 Promoción de la Salud. El discurso de la Promoción de la Salud se remonta a mediados del siglo XX (1945), allí se empiezan a considerar los ritos de la vida, de la muerte y de la salud, a pesar de que desde su origen el hombre ha realizado acciones para mejorar su calidad de vida.

En 1820 en Escocia, William P. Alison, profesor de jurisprudencia médica en la Universidad de Edimburgo describió la estrecha relación entre pobreza y enfermedad. En 1826 en Francia, Louis René Villerme escribió su informe sobre la mortalidad de los diferentes sectores del país, mostrando la relación entre pobreza y enfermedad; en 1840 reveló cómo las malas condiciones de vida eran causa prematura de muerte de los trabajadores en las fábricas de algodón, lana y seda²⁹.

En 1920 R Virchow habló de la necesidad de organizar la comunidad para educar a los individuos hacia su salud personal y asegurar a cada uno un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud. En 1945, el médico e historiador europeo Henry Sigerist propuso cuatro grandes tareas para la Medicina, denominando la primera con el término de “Promoción de la Salud” y afirmó que: “la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación”³⁰.

El Ministerio de Salud de Canadá en 1974, emitió el “Informe Lalonde”, en el cual apareció la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental que incluía políticas públicas para favorecer el mantenimiento de la salud, programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones; fundamentó su estrategia en el énfasis frente a las acciones que apuntaran a cambios en el estilo de vida.

En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud reafirmó que la salud influye poderosamente en el desarrollo socioeconómico y en la paz y que la clave para alcanzar la salud para todos es el sistema que se basa en la atención primaria de

²⁸ PÉREZ, Lautaro Op.cit.

²⁹ GARCÍA, OSPINA. Consuelo. El ayer y el hoy de la promoción de la salud. En: Hacia la Promoción de la Salud. 2008. 15 p.

³⁰ SIGERIST citado por TENIS, Milton. Qué es la Promoción de la Salud. OPS Washington. Julio 1991

salud. En 1981 en el marco de la 33ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la estrategia mundial de "Salud para todos en el año 2000".

La promoción de la salud en 1986 según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más saludablemente, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida³¹.

Se puede caracterizar la Promoción de la Salud desde tres significados diferentes, pero complementarios:

1. Como una orientación de política sanitaria a nivel internacional que busca intervenir sobre el entorno y modificar los estilos de vida posibilitando con ello que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.
2. Como un conjunto de acciones y procesos encaminados a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud manteniendo o mejorando, de ese modo, su «estado de salud».
3. Como una dimensión del trabajo en salud, que toma como eje la salud en sentido positivo –y no la enfermedad- y tiene por objeto mantener las condiciones de salud y garantizar condiciones de bienestar de los individuos y las poblaciones.

Tomando como base estas definiciones, se hace entendible el por qué la Promoción de la Salud se ha planteado, a veces indiscriminadamente, como dimensión, como estrategia, como proceso o como conjunto de acciones.

³¹ RESTREPO HE, MÁLAGA H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001 pág. 52.

Nutbeam señala, “La promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social”

La Carta de Ottawa (1986) definió cinco áreas de actuación que, hasta el momento, han guiado la labor de la Promoción de la Salud, estas son:

- La formulación de políticas públicas saludables: la salud ha de formar parte de la agenda de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles.
- La creación de ambientes que favorezcan la salud: es fundamental la protección mutua entre las comunidades y el medio natural.
- El desarrollo de las habilidades personales: favorece el desarrollo personal y social en la medida en que proporcione educación para la salud e información y perfeccione las aptitudes indispensables para afrontar las diferentes etapas de la vida.
- El refuerzo a la acción comunitaria: la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones identifica, prepara, ejecuta y evalúa proyectos de y para su desarrollo”.
- La reorientación de los servicios de salud: La responsabilidad de la misma la comparten individuos, colectivos, profesionales de la salud, instituciones de salud y gobiernos.

A partir de este planteamiento inaugural, la labor emprendida ha intentado transformar en propuestas más concretas estas orientaciones. En lo que atañe a la formulación de políticas públicas saludables, este tema fue el eje central de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Adelaida, 1988) y desde entonces se ha convertido en uno de las más importantes tópicos de trabajo en Promoción de la Salud.

Sin embargo, el gran despliegue que ha tenido y el arduo trabajo teórico y operativo que se ha desarrollado a su alrededor no ha eximido a la Promoción de

la Salud de cierta ambigüedad en el abordaje y de la presencia de algunos equívocos frente a su misma definición y puesta en marcha.

A la dinámica misma de desarrollo de los diversos trabajos se le ha venido agregando, como criterio orientador, por lo menos para el caso de América Latina, el reconocimiento de la imposibilidad de restringir, en un marco único, la riqueza de la Promoción de la Salud en la Región. De esta manera, se admite la necesidad de desarrollar marcos múltiples para el desarrollo conceptual y metodológico de la Promoción de la Salud³².

En 1992 se firmó la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá, en la cual se hizo referencia a la problemática de los países del área (países en vía de desarrollo), y se enfatizó en las condiciones para lograr la equidad en salud

La 4.a Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta (1997), es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI³³.

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Ciudad de México, 2000) - se adoptó una Declaración Ministerial en la que se afirma la contribución de las estrategias de promoción de la salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud y se asume el compromiso de preparar planes de acción de ámbito nacional para seguir de cerca los progresos conseguidos en la incorporación de estrategias que promuevan la salud en las políticas y la planificación nacional y local.

La Carta de Bangkok (2005) brinda una nueva orientación para la promoción de la salud preconizando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado a fin de asumir cuatro compromisos fundamentales; a saber: que la promoción de

³² GARCÍA, OSPINA. Consuelo. El ayer y el hoy de la promoción de la salud. EN: Hacia la Promoción de la Salud. 2008. 15 p.

³³ DECLARACION DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCION DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI.. Yakarta: Republica de Indonesia; Julio 21-25, 1997. 11 p.

la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial, que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos, que forme parte de las buenas prácticas institucionales y que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.¹

La Resolución 412 de 2000 contempla Guías De Promoción De La Salud Y Prevención De La Enfermedad; que en su última actualización se organizaron en tres grupos, así:

- Guías de detección temprana: incluyen las alteraciones del desarrollo del menor de 10 años, del joven de 10 a 29 años, las alteraciones del embarazo, las alteraciones visuales y patologías oculares y la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, cáncer de seno, cáncer de cuello uterino y lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino.

- Guías de protección específica: guía para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, guía para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival, guía de atención del parto, guía para la atención del recién nacido y guía para la atención en planificación familiar en hombres y mujeres.

- Guías de atención: comprenden enfermedades infecciosas: tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, meningitis meningocócica, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas; enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes Mellitus tipo 1, diabetes Mellitus tipo 2 y complicaciones del embarazo: complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo, y complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo

Hoy impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se propugna por una concepción de salud, fundamentada en parámetros positivos. Los indicadores del nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, entran a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país determinado. Es el cambio de las estructuras hospitalarias como escenarios principales de la atención en salud, hacia otros escenarios, aquellos donde la gente vive e interactúa como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, el comercio³⁴.

³⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución No. 00412 de 2000. "por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y

3.9.2 Prevención de la Enfermedad. Las primeras prácticas del cuidado surgieron por instinto y la observación de la naturaleza, al aprender de los animales e identificar las circunstancias más evidentes que producían enfermedad.

La Prevención fue descrita en 1945 por Henry Sigerist como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación: más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la Salud Pública³⁵.

Sigerist hizo una distinción entre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y reconoció que las medidas de la Promoción de la Salud tienen efectos preventivos y no lo contrario, es decir, un programa para evitar el consumo del cigarrillo se constituye en una actividad de promoción; más uno que apunte a la cesación o reducción de fumar está desarrollando acciones de prevención; para el ejemplo, el hecho de no fumar está suprimiendo riesgos frente a enfermedades inherentes al cigarrillo.

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva bio-psicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad³⁶.

Hay tres cosas clave que se pueden hacer para ayudar a prevenir todas las formas de transmisión de VIH. La primera entre éstas es promocionar una

guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública “. Diario Oficial. 31 de marzo de 2000. 12 p.

³⁵ SIGERIST citado por Tenis Milton. Qué es la Promoción de la Salud. OPS Washington. Julio 1991

³⁶ Hernández, Op.cit.

conciencia amplia del VIH y cómo se puede diseminar. Campañas en los medios y educación en las escuelas son algunas de las mejores maneras de hacerlo.

Otra parte esencial de un programa de prevención es el asesoramiento y análisis de VIH. Las personas que viven con VIH tienen menos probabilidades de transmitir el virus a otros si saben que están infectados y si han recibido consejo sobre un comportamiento más seguro. En particular, una mujer embarazada que tiene VIH no podrá beneficiarse de las intervenciones para proteger al hijo a menos que se diagnostique su infección. Los que descubren que no están infectados también se pueden beneficiar recibiendo consejo sobre cómo seguir de ahora en adelante.

El tercer factor clave es proporcionar tratamiento antirretroviral. Este tratamiento permite que las personas que viven con VIH disfruten de una vida más prolongada y saludable, y como tal actúa como incentivo para los análisis de VIH. Además, pone a las personas VIH positivo en contacto con profesionales médicos que pueden brindar mensajes de prevención e intervenciones. Los estudios sugieren que las personas VIH positivo tienen menos probabilidades de entrar en un comportamiento riesgoso si están inscritos en programas de tratamiento. No obstante, también es posible que una amplia disponibilidad de tratamiento haga a algunos miembros de población más amplia menos temerosos a la infección de VIH, y así con menos voluntad de tomar precauciones.

Los distintos niveles de actuación preventiva están en íntima relación con las fases de la historia natural de la enfermedad. Por lo tanto, existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria.

- **Primario:** Son las medidas orientadas a *evitar* la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo.

- **Secundario:** Son las medidas orientadas a *detener o retardar* el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Es importante recalcar que el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la relevancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes.

- Terciario: Son las medidas orientadas a *evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas* de una enfermedad o problema de salud. Es fundamental resaltar lo importante que es el control y seguimiento del enfermo, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los efectos adversos ocasionados a su organismo a consecuencia de su enfermedad; facilita la adaptación de los enfermos a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

A nivel de la historia el concepto de prevención proviene de la medicina preventiva (clínico – individual), que incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad, define Leavell y Clark (1965), la medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y eficiencia física y mental, ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución en los tres niveles de acción preventiva que describen:

1. En la prevención primaria, tiene lugar durante la fase pre patológico de la historia natural de la enfermedad, mediante la promoción de la salud y la protección específica.
2. En la prevención secundaria, deteniendo la progresión de los procesos patológicos mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
3. En la prevención terciaria, tratando de limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya inválidas³⁷.

La resolución 4288 de noviembre de 1996, describe los componentes del plan de atención básica; donde incluye la promoción y la Prevención en VIH. Las actividades de prevención y promoción de la salud son la pieza fundamental en las estrategias de control de la infección por VIH/sida, dado que aún no se dispone de una vacuna.

Las actividades de promoción y prevención en VIH deben estar orientadas a la población en general y a aquellos grupos más vulnerables de adquirir la infección. La mayoría de las personas no saben si tienen o no reacción serológica positiva al VIH. Es excesivo el número de jóvenes que no saben cómo protegerse a sí

³⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la atención en Planificación familiar y manejo de ETS. Op.cit.

mismos contra la infección; algunos nunca oyeron hablar del VIH/SIDA. La información, la educación y la promoción pueden contribuir a impartir los conocimientos y las aptitudes necesarios para prevenir la infección y, además, contribuir a superar el estigma y la discriminación que menoscaban los esfuerzos de prevención, tratamiento y curación³⁸.

Las actividades sugeridas hacia la Población en General tiene como objetivo mantener e incrementar el nivel de formación de la población sobre la infección por VIH, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen su transmisión, además, promover valores culturales positivos hacia la adopción y el mantenimiento de conductas saludables y seguras, en relación a la actividad sexual y por último contrarrestar el estigma asociado a la seropositividad.

Algunas formas de desarrollar estas actividades:

- Utilización de los medios de difusión social y los canales de distribución más adecuados para mantener e incrementar el nivel de información de la población sobre la infección por VIH, sus mecanismos de transmisión, la prueba del VIH y las conductas que favorecen su prevención. La información será cultural y lingüísticamente accesible a todas las personas.
- Promoción activa de teléfonos de información, páginas Web, servicios de prevención, de atención sanitaria y ONGs donde se ofrezca información personalizada sobre distintos aspectos de la infección por VIH. La información proporcionada será homogénea y basada en la mejor evidencia científica disponible.
- Potenciar mediante la subvención de proyectos de las ONGs, el asesoramiento técnico y formación del personal de las asociaciones, el desarrollo y evaluación de proyectos de prevención culturalmente adaptados y dirigidos a mujeres y hombres sexualmente activos, con especial énfasis en los inmigrantes.
- Disponibilidad y oferta de preservativos masculinos y de preservativos femeninos en todas las ONGs y centros sanitarios que realicen proyectos preventivos, mostrando su uso y favoreciendo su aceptación³⁹.

³⁸ ESCALANTE, Op.cit.

³⁹ DE SALAZAR L, DÍAZ C Y MAGAÑA A (2002) Municipios y Comunidades Saludables. El reto de la Evaluación. Cali: CEDETES, Universidad del Valle. 2002.

Los jóvenes y adolescentes son una población con más riesgo y el objetivo de realizar actividades específicas para esta población es mantener e incrementar, tanto en el ámbito escolar como extra escolar, el nivel de formación de los jóvenes y adolescentes sobre la infección por VIH, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen la transmisión, dentro de un contexto global de formación sobre salud sexual, prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de los embarazos no deseados, contando con la participación de las entidades sin ánimo de lucro⁴⁰.

Las actividades sugeridas incluyen información y asesoramiento a la población joven; por medio de la potenciación y desarrollo de los dispositivos estables de información, orientación y asesoramiento en materia de sexualidad ya existentes para la población adolescente y joven, reforzando especialmente todo lo relativo a la prevención del VIH/SIDA.

- Realización de campañas de información y sensibilización a la sociedad sobre determinados factores relacionados con la promoción de la salud sexual de adolescentes y jóvenes.
- Facilitación del acceso de los adolescentes y jóvenes al preservativo masculino mediante su venta a bajo precio a través de máquinas expendedoras y en grandes superficies.
- Promoción del uso del preservativo femenino a través de campañas de difusión masiva. Potenciación de la línea de subvenciones a ONGs y el apoyo técnico al desarrollo de proyectos educativos de promoción del uso del preservativo y de accesibilidad a los mismos, en colectivos de jóvenes con alta prevalencia de infección por VIH o especialmente vulnerables.

3.9.3 Atención a colectivos vulnerables

- Establecimiento de convenios con los Ayuntamientos para el diseño y desarrollo de programas de promoción de la salud sexual de adolescentes y jóvenes en situación de riesgo social elevado, con especial énfasis en la prevención del VIH/SIDA.

⁴⁰ GUIA DE ATENCION DEL VIH –SIDA. PACIENTES SEROPOSITIVOS. Resolución numero (0412) de 2000. 46 p.

- Potenciación del trabajo de las entidades sin ánimo de lucro que desarrollen proyectos de promoción de la salud sexual de adolescentes y jóvenes en situación de riesgo social, mediante subvenciones o convenios.

3.9.4 Medidas educativas

- Intensificación de medidas y acciones encaminadas al desarrollo curricular de la Educación Sexual, a lo largo de todas las etapas de la escolarización obligatoria, bachillerato y ciclos formativos de grado medio, en el contexto de la Promoción y Educación para la Salud y de la Educación en Valores, en donde esté contemplada la enseñanza de habilidades en el manejo del preservativo.
- Inclusión en el Proyecto Educativo de Centro de los objetivos educativos relacionados con la educación sexual, en general, y con el “sexo seguro”, en particular.
- Facilitar al profesorado de educación primaria, secundaria y ciclos formativos de grado medio, los medios y las condiciones para que pueda llevar a cabo su labor, promoviendo especialmente su formación y los mecanismos de coordinación con los profesionales sanitarios de atención primaria y con las familias (padres y madres).
- Apoyar la colaboración de los equipos de atención primaria con los centros educativos, sobre todo en educación secundaria y bachillerato, para el desarrollo de la Educación Sexual y para facilitar la implicación del profesorado en esta tarea⁴¹.

3.9.5 Actividades Comunitarias

- Potenciación de proyectos y programas de educación sexual entre iguales, en donde se aborde específicamente el sexo seguro.

⁴¹ DE SALAZAR L, DÍAZ C Y MAGAÑA A. Op.cit.

- Elaboración y desarrollo de un plan de formación de mediadores juveniles en educación sexual, donde se contemplen todos los aspectos relevantes relacionados con la prevención del VIH/SIDA y otras ITS/ETS.
- Establecimiento de un convenio de colaboración entre la Comunidad y la Juventud para llevar a cabo actividades de promoción del sexo seguro en el ámbito extraescolar y en el seno de las asociaciones juveniles⁴².

3.10 CORPORACIONES LOCALES

- Establecimiento de criterios comunes de atención a la sexualidad juvenil.
- Establecimiento de acuerdos y/o convenios con la administración local para integrar funcionalmente los recursos municipales de atención a la sexualidad en el Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil⁴³.

3.10.1 Atención a menores de edad

- Elaboración, publicación y distribución entre todo el personal sanitario que atienda a menores, de un documento técnico que recoja la situación legal actual y los principios éticos implicados, en relación con la atención sanitaria en salud sexual a menores de edad.
- Vigilancia, por parte de las estructuras sanitarias competentes, del cumplimiento de lo establecido en las leyes, relativo a los derechos de los menores, respecto a su salud sexual⁴⁴.

3.10.2 Personas seropositivas

- Favorecer que las personas seropositivas adopten y mantengan de forma continuada comportamientos que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH.

⁴² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Modelos y Teorías de Comunicación en Salud". Washington D.C. 1996

⁴³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfoque de hábitos para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington,DC: Fundación W.K. Kellogg. 2001. 65 p.

⁴⁴ Ibid.

- Elaboración y distribución, en colaboración con las ONGs y grupos de autoayuda, de información sobre distintos aspectos de la infección por VIH que sean de utilidad para quienes viven con el VIH y sus allegados.
- Potenciación, mediante subvenciones a proyectos de ONGs, asesoramiento técnico y formación del personal de las asociaciones, el desarrollo y evaluación de proyectos de prevención y de autoayuda emocional, con especial atención a adolescentes y jóvenes, mujeres, hombres con prácticas homosexuales, transexuales, usuarios o ex -usuarios de drogas e inmigrantes.
- Potenciación del intercambio de conocimientos y experiencias entre las ONGs que realizan proyectos de prevención y de autoayuda emocional con personas seropositivas y el personal de los diversos centros sanitarios que los atienden.
- Distribución de preservativos masculinos y femeninos a las personas seropositivas y sus parejas, a través de los centros sanitarios y de las ONGs que los atienden.
- Colaboración con los grupos de apoyo de personas seropositivas para investigar, elaborar e implementar intervenciones para reducir el estigma social asociado a la seropositividad, con especial atención en el ámbito educativo, formativo y en el de servicios sociales⁴⁵.

3.11 COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

El concepto de comunicación esta en relación directa con reciprocidad, comunión, comunidad, posesión de algo en común, participación, transmisión, información, expresión, codificación, accesibilidad, descodificación, similitud, trato, expansión, sociabilidad, afectividad, regulación y simpatía. Desde el punto de vista etimológico, proviene de la palabra latina "communicatio", que a su vez tiene su origen en el término "communis", común⁴⁶.

Los estilos de vida son determinados por factores protectores y de riesgo y deben ser vistos como procesos dinámicos que no solo se componen de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social y se

⁴⁵ GUIA DE ATENCION DEL VIH –SIDA. PACIENTES SEROPOSITIVOS. Resolución numero (0412) de 2000. 46 p.

⁴⁶ LARRAURI CHOQUE, Raul. Comunicación y Educación para la promoción de la salud.1 cap; Lima .Peru;2005 16 p.

definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida⁴⁷.

Se consideran los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados:

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida⁴⁸.

Los estilos de vida saludables son formas de vida que comprenden aspectos materiales, la forma de organización y los comportamientos. Podemos mencionar como estilos de vida saludables el estar en un ambiente saludable, tener relaciones armoniosas, adecuada autoestima, buena comunicación y conductas saludables⁴⁹.

Existen estilos de vida en la sociedad que no son saludables como el alcoholismo, conductas inadecuadas en la salud como la mala nutrición y el tabaquismo, los que se deben corregir a través de diferentes estrategias de comunicación y educación en salud.

Las teorías basadas en los cambios de estilos de vida parten del individuo, nunca son directas de grupos poblacionales. Se identifican cinco etapas diferentes: pre contemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y

⁴⁷ MAYA, L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Disponible en Internet: www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm

⁴⁸ RESTREPO HE, MÁLAGA H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001 pág. 52.

⁴⁹ www.mapfre.com/.../habitos-descanso-hombres.shtml

salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo⁵⁰.

Se habla de las teorías del aprendizaje y se definen como:

Teoría de difusión de innovaciones.- Aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. Ayuda a comprender las inquietudes de los usuarios en relación a la aplicación de nuevos productos o tecnologías, y también para la difusión de nuevas estrategias y herramientas de promoción. Se trabaja en individuos o grupos pequeños. En esta teoría hay conceptos claves: ventaja relativa de la innovación, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ponerla a prueba y posibilidad de observar.

La teoría de aprendizaje social o cognoscitiva.- describe que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud y al mismo tiempo ejercen influencias en su medio e interactúan continuamente lo que nos da pautas para diseñar estrategias para promover el cambio de comportamiento⁵¹.

El aprendizaje está enmarcado por la influencia de los padres en el comportamiento de la persona, los amigos, los compañeros de clase, los medios de comunicación y por lo tanto la predisposición a los cambios en su estilo de vida.

Teoría del mercadeo social.- Es un proceso para desarrollar, realizar, evaluar y controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación y el mantenimiento de intercambios. Mediante técnicas para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas destinados a influir en el comportamiento con el fin de mejorar su bienestar físico y mental o el de la sociedad de la cual forman parte.

Dentro de los modelos de comunicación encontramos La actitud democrática corresponde más bien a una concepción dialogal en la cual el emisor tiene la función de comunicador y promueve la recepción grupal del mensaje y La actitud

⁵⁰www.portalesmedicos.com/.../Rol-de-Enfermeria-en-la-promocion-de-habitos-saludables-para-mejorar-la-calidad-de-vida-de-personas-hi..

⁵¹ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1996): "Modelos y Teorías de Comunicación en Salud". Washington D.C.

instrumental de Emisor – Receptor, con la retroalimentación, reduce el fenómeno comunicativo a los medios de comunicación.

La comunicación para la salud se convierte en un elemento indispensable en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades, se define como el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud y promueve estilos de vida saludables, brindando oportunidades y responsabilidades a individuos y comunidades promoviendo ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida⁵².

Para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos “Diagnóstico, Estrategia, Intervención Monitoreo y Evaluación, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación en salud de uno o más temas de salud identificados.

Para definir un plan de educación en salud se debe tener en cuenta el Diagnóstico ¿Dónde estamos? es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información, nos permitirá identificar claramente el problema de salud, realizar el análisis poblacional al cual buscamos impactar. se establecen factores económicos, socio culturales, políticos y evaluar nuestra capacidad de intervención institucional. Asimismo nos permite analizar los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación de nuestro público objetivo.

El siguiente paso se refiere a la Estrategia: ¿Hacia dónde vamos y cómo lo lograremos? Se debe formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo: organigrama, cronograma y presupuesto.

Seguida por la Intervención: ¿Qué hacemos? es la puesta en marcha de la estrategia. Se realizan los ajustes necesarios en cuanto a producción de materiales teniendo en cuenta la comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción⁵³.

Otro factor importante es el Monitoreo y evaluación: ¿Qué y cómo evaluamos? El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público

⁵² Larrauri, CHOQUE, Raul. Op.cit.

⁵³ GARCIA, MARTINEZ, ALFONZO, et.al. Educación para la salud: una apuesta por la calidad de vida . Madrid (Esp.): Aran, 50 p.

objetivo. El monitoreo suministra la información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias.

Los tipos de evaluación son los siguientes: Evaluación participativa de necesidades (en el diagnóstico), evaluación participativa de proceso (monitoreo) y evaluación participativa de resultados (logro de objetivos).

Los medios de comunicación son los instrumentos más valiosos en la educación en salud, siendo la radio el medio masivo de mayor alcance y un aliado estratégico por medio del cual se realizan programas, mensajes, talleres, microprogramas de participación ciudadana generando el protagonismo de la comunidad.

La televisión educativa para adultos está destinada a comunicar mensajes educativos a una población situada fuera del sistema educativo a quien se le atribuye una preocupación general por los temas que afectan a la ciudadanía pero sin ser un medio disponible para toda la comunidad⁵⁴.

El teatro es un medio de comunicación y de forma de participación mas comprensible y real con representaciones de escenas, en general con exageraciones cómicas o dramáticas para hacer todo más comprensible

3.12 CALIDAD DE VIDA

Neugarten (1974) expresaba que la satisfacción de vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total⁵⁵.

Conjugando las dos definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ ECHEVERRI LOPEZ ,Esperanza. La salud en Colombia: Abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades .Bogota: Universidad Nal de Colombia, 9 de marzo de 2002. 19 p.

individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros, en la cual globaliza la participación de factores personales (la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades) y socio ambientales (las condiciones económicas , servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social) para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo⁵⁶.

Se definen las siguientes dimensiones:

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- Dimensión social: Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral⁵⁷.

La calidad de vida está condicionada con diferentes factores:

⁵⁶ COLOMBIA. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud (artículo 12).

⁵⁷ COLOMBIA. Resolución numero (0412) de 2000. Guía de Atención Del VIH –SIDA. pacientes seropositivos. 46 p.

Figura 5. Calidad de vida



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

- Factores Materiales: Son los recursos que uno tiene. (Ingresos disponibles, posición laboral, salud y nivel de educación)
- Factores Ambientales: Son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida. (Presencia y ausencia de servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, servir de nuevas tecnologías)
- Factores de Relacionamiento: Incluye las relaciones con la familia, amigos y redes sociales.
- Políticas gubernamentales: La calidad de vida de las personas dependen de las políticas existentes sobre todo si hablamos de la población adulta mayor.

La salud no debe ser entendida únicamente como ausencia de enfermedad y es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no apenas ausencia de enfermedad"⁵⁸.

⁵⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Washington D.C. 1996.

Estar sano se trata de aprovechar la vida al máximo y de manera activa. De ahí la importancia de no solo hacer ejercicio y alimentarse saludablemente, sino también prestar atención a aspectos como la actitud mental, la relación con las demás personas, controlar el estrés, etc.

“Hay pruebas de que, cuando se controlan otras amenazas para la salud, las personas pueden mantenerse sanas después de los 70,80 y 90 años de edad si adoptan comportamientos que promuevan la salud, como una alimentación sana, una actividad física regular y adecuada, y evitan el consumo de tabaco⁵⁹.”

3.13 LA FUNDACION

Las fundaciones son personas jurídicas creadas por iniciativa particular para atender, sin ánimo de lucro, servicios de interés social, conforme a la voluntad de los fundadores. (Artículo 5° del Decreto 3130 de 1968).

3.13.1 Características

- El sustrato de la Fundación es la afectación de unos fondos preexistentes a la realización de un fin de beneficencia pública, de utilidad común o de interés social (educativos, científicos, tecnológicos, culturales, deportivos o recreativos)
- Las fundaciones forman una persona jurídica distinta de sus miembros individualmente considerados, a partir de su registro ante la Cámara de Comercio con jurisdicción en el domicilio principal de la entidad. (Artículo 40 del Decreto 2150 de 1995)
- Los estatutos en ningún caso podrán ser contrarios al orden público, a las leyes o a las buenas costumbres.(Parágrafo, artículo 3° del Decreto 1529 de 1990)

3.13.2 Inscripción. No están sujetas a inscripción en el registro mercantil las instituciones de educación superior; las instituciones de educación formal y no formal a que se refiere la Ley 115 de 1994; las personas jurídicas que presten

⁵⁹ 4ª CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN de la Salud “nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud al siglo XXI”1997.

servicios de vigilancia privada; las iglesias, confesiones y denominaciones religiosas, sus federaciones y confederaciones y asociación de ministros; las reguladas por la Ley 100 de Seguridad Social; los sindicatos y las asociaciones de trabajadores y empleadores; partidos y movimientos políticos; las cámaras de comercio y las demás personas jurídicas respecto a las cuales la ley expresamente regule en forma específica su creación y funcionamiento, todas las cuales se regirán por sus normas especiales.

3.13.3 Control de legalidad. Las Cámaras de Comercio verificarán el cumplimiento formal de los requisitos previstos en el numeral primero del Decreto 0427 de 1996, salvo en los casos donde por virtud de la Ley tienen un control de fondo.

3.13.4 Vigilancia e inspección. Le corresponde ejercerla a los gobernadores de Departamento. (Decreto 054 de enero 18 de 1974; artículo 5° del Decreto 3130 de 1968; artículo 1° y 23 del Decreto 1529 de 1990 y Decretos 1318 de 1988, 1093 de 1989).

3.13.5 Institución. El artículo 40 del Decreto 2150 de 1995, dispone que las entidades sin ánimo de lucro se constituirán por *acta de constitución, documento privado reconocido o escritura pública*:

Por Acta de constitución, que comprende:

- Acta de asamblea de constitución en la que se consagre la voluntad inequívoca del fundador o de los fundadores de destinar con fines de beneficencia, interés social o utilidad común, unos fondos o bienes específicamente determinados. En esta acta se indicará:
 1. El nombre, identificación y domicilio de las personas que intervienen como fundadores.
 2. La aprobación a los estatutos. (Literal c, artículo 2° del Decreto 1529 de 1990)
 3. Elección o designación del representante legal y demás dignatarios. (Literal c, artículo 2° del Decreto 1529 de 1990)

4. El acta será firmada por quienes obraron como presidente y secretario de la reunión, cuyas firmas serán reconocidas ante juez o notario público. (Literal c, artículo 2° del Decreto 1529 de 1990)

Los estatutos de la entidad firmados por el representante legal de la entidad y el Secretario. (Artículo 2° del Decreto 1529 de 1990 y artículo 40 del Decreto 2150 de 1995)

1. Nombre de la Fundación y sigla (si la hubiere).
 - Debe ir precedido de la denominación jurídica correspondiente: Fundación (Literal a, artículo 3°, Decreto 1529/90) y numeral segundo, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995)
 - Se debe observar en lo relacionado con el nombre y sigla o razón social las reglas previstas para el nombre comercial de las sociedades, en virtud que las cámaras de comercio deben abstenerse de inscribir una entidad sin ánimo de lucro, con el nombre de otra que ya se encuentre inscrita (Parágrafo, artículo 4 del Decreto 0427 de 1996)
2. Domicilio: Debe corresponder a un municipio de la jurisdicción de la Cámara de Comercio de Popayán para Cauca. (Literal b, artículo 3, del Decreto 1529 de 1990)
3. Dirección, teléfono y fax de la persona jurídica. (Artículo 1° del Decreto 0427 de 1996 y artículo 2° del Decreto 1529 de 1990)
4. Clase de Persona Jurídica: Debe indicarse expresamente que es una entidad sin ánimo de lucro y que corresponde a una Fundación. (Literal d, artículo 3°, Decreto 1529 de 1990 y numeral tercero, Artículo 40, Decreto 2150 de 1995)
5. Número de constituyentes: Uno o más, puede ser persona natural o jurídica. (Artículo 633 a 652 del Código Civil)
6. Duración: Indefinida. (Parágrafo 1, artículo 1° del Decreto 0427/96)
7. Objeto y fines específicos de beneficencia, interés social o utilidad común (Numeral 4, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995, literal d, artículo 3° del Decreto 1529 de 1990)

- Relación detallada de las actividades que se proponen realizar la Fundación.
- La naturaleza de las actividades determina la competencia de registro en la cámara de comercio, por lo tanto debe verificarse que las actividades no estén afectadas por las excepciones del registro, contenidas en los artículos 45 del Decreto 2150 de 1995 y 3° del Decreto 0427 de 1996.

8. Patrimonio:

- Es presupuesto esencial para su existencia, ante su destrucción, la Fundación perece. (Artículo 652 del Código Civil)
- Conformación y destino del mismo. Debe indicarse el valor del patrimonio inicial y puede ser en dinero o en bienes muebles o inmuebles. (Artículos 633 a 652 del Código Civil, numeral 5, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995).
- Acta de recibo suscrita por el revisor fiscal y/o representante legal, acreditando efectividad del patrimonio inicial. (Parágrafo, artículo 2°. del Decreto 1529 de 1990)

9. Órganos de administración o dirección. El fundador en el acto de constitución está facultado para reservarse atributos que le permitan interpretar el alcance de su propia voluntad o que lo invistan de categoría orgánica en la administración de la Fundación, pero siempre con subordinación al poder constituyente de la voluntad contenido en el acto fundacional y sin que ello implique la existencia de miembros de la institución a cualquier título. (Literal c, artículo 3° del Decreto 059 de 1991)

Asamblea:

1. Debe determinarse su composición y modo de designación. Los fundadores pueden prever su participación en la dirección y administración, pudiendo integrar los órganos propios de la Fundación.
2. Funciones.
3. Periodicidad de las reuniones ordinarias y eventos en que se convocarán a sesiones extraordinarias. (Numeral 7, artículo 40, Decreto 2150 del 1995)
4. Convocatoria a las reuniones, regulando el medio, antelación o número de días de anticipación para convocar y órgano o personas facultadas para convocar.

5. Mayorías:

- Quórum deliberatorio: Mitad más uno de los asociados.
- Quórum Decisorio: Mayoría absoluta de los asistentes. Admite estipulación con otras mayorías. (Artículo 638 del Código Civil)

Junta directiva o consejo de administración: Funciones, nombramiento, aceptaciones e identificación. (Numeral 6 y 11, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995)

Representante Legal: Funciones, nombramiento, aceptaciones e identificación (Números 6 y 11, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995).

Órganos de Control:

- Revisor Fiscal: Es obligatorio. (Literal g, artículo 3 del Decreto 1529/90)
- Debe ser contador público titulado con su respectivo número de matrícula.
- Facultades y obligaciones.

Disolución: Causales (Numeral 8, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995)

- Por decisión de la Asamblea.
- Por extinción de su patrimonio o destrucción de los bienes destinados a su manutención. (Artículo 652 del Código Civil)
- Cuando se cancele personería jurídica: Los ministros, los jefes de departamentos administrativos y los gobernadores, en quienes se haya delegado o delegue la facultad constitucional del presidente de la República de ejercer inspección y vigilancia sobre fundaciones, asociaciones o instituciones de utilidad común, les cancelarán la respectiva personería jurídica, cuando tales entidades, desviándose de sus fines estatutarios, realicen actos o destinen fondos o servicios con propósitos políticos partidistas de carácter electoral. (Artículos 1°, 7 y 17 del Decreto 1529 de 1990 y artículo 1° del Decreto 301 de 1978.)
- Una vez declarada disuelta la entidad conservará su capacidad jurídica únicamente para realizar los actos necesarios para su liquidación.

La forma de hacer la liquidación una vez disuelta la entidad. (Numeral 9, artículo 40 del Decreto 2150 de 1995)

- Designación de liquidador: Cuando la entidad decreta su disolución, en ese mismo acto nombrará liquidador o, en su defecto, lo será el último representante legal inscrito.
- El liquidador publicará tres avisos en periódico de amplia circulación nacional, dejando entre uno y otro, un plazo de quince días, en los cuales informará sobre el proceso de liquidación. (Artículo 19 del Decreto 1529 de 1990)
- La liquidación se efectúa quince días después de la publicación del último aviso. (Artículo 20, Decreto 1529 de 1990)
- Pago de obligaciones contraídas con terceros, observando las disposiciones sobre prelación de créditos.
- Distribución de remanente: La naturaleza de este tipo de entidades no permite la distribución del remanente de activos entre los asociados, debido a que debe destinarse a una entidad sin ánimo de lucro de beneficio común de naturaleza similar. Si queda remanente de activo patrimonial, éste pasará a la entidad elegida por la asamblea para tal fin o a una similar de acuerdo los estatutos. Cuando los estatutos los estatutos y la asamblea no hayan dispuesto Sobre este aspecto pasará a una entidad de beneficencia (Artículo 20 del Decreto 1529 de 1990)
- Resolución de la gobernación aprobando la liquidación. (Decreto 1529 de 1990).

Debe acreditarse el pago del impuesto de registro. (Ley 223/95 y Decreto 650 de 1996)

Cancelación derechos de registro.

Para obtener el Número de Identificación Tributaria NIT, deberá ingresar a la página www.dian.gov.co o dirigirse a las oficinas de la DIAN, y diligenciar el formulario del RUT "En Trámite en la Cámara de Comercio" firmarlo y llevarlo a la Cámara para completar el proceso

Por escritura pública:

Debe ser otorgada por todos los fundadores en forma personal o mediante apoderado.

Debe contener:

- La manifestación expresa de los asociados de constituir una Fundación.
- Los estatutos de la entidad.
- Nombramientos correspondientes.
- Debe acreditarse el pago del impuesto de registro. (Ley 223/95 y Decreto 650/96)
- Cancelación derechos de registro.

Por documento privado:

Debe estar firmado por todos los fundadores con reconocimiento de contenido ante el juez o notario.

Debe contener:

- La manifestación de voluntad de constituir una entidad sin ánimo de lucro.
- Los estatutos de la Fundación.
- Los nombramientos de la nueva entidad.
- Debe acreditarse el pago del impuesto de registro. (Ley 223/95 y Decreto 650/96)
- Cancelación derechos de registro.
- Para obtener el Número de Identificación Tributaria NIT, deberá ingresar a la página www.dian.gov.co o dirigirse a las oficinas de la DIAN , y diligenciar el formulario del RUT "En Trámite en la Cámara de Comercio" firmarlo y llevarlo a la Cámara para completar el proceso.

4. ESTUDIO DE MERCADO

4.1. ANALISIS DEL SECTOR

En el análisis del sector se tuvo en cuenta la mortalidad y la morbilidad de la enfermedad, entendidas como el riesgo de enfermarse y como deterioro de la calidad y condiciones de vida, con la consecuente pérdida o disminución del bienestar; así como algunos indicadores del sistema de prestación de servicios de salud.(1)

El SIDA (HIV) es la cuarta causa de mortalidad en hombres y mujeres jóvenes de 30 a 44 años, con una tasa de incidencia, 20.5 por 100 mil habitantes para 1998, que ubicaban a Colombia en el cuarto lugar en América Latina.

Los 94 casos de VIH registrados que son el 0.47% a nivel departamental sitúan esta patología en noveno lugar dentro de las enfermedades de interés de salud pública. De estos, 45 casos se conocieron de su contagio ese año, informó la Secretaría de Salud Municipal de Popayán al revelar que 8 personas que tenían el virus del VIH murieron en esta ciudad entre enero y noviembre del 2010.

En su informe la Secretaría indica que de los 45 nuevos casos reportados 62% corresponde a hombres y el 38% a mujeres; las estadísticas presentan que el 47% de ellos están en edades de 15 a 30 años, el 33% de 31 a 46 años, el 13% de 47 a 62 años, y el 7% tienen entre 63 a 78 años de edad.

En el Municipio de Popayán la población adolescente (15-24 años) es un porcentaje importante equivalente al 19,10%(249.878 habitantes); la población de 25 a 34 años equivale al 15,16% (198.347) y de 35 a 44 años son el 11,56% (151.291); para un total de 45,72% del total de la población de Popayán. De otro lado se observa que la gran mayoría de las patologías que consultan tienen que ver con enfermedades de transmisión sexual, todas ellas prevenibles con buena educación y adecuados controles. Por ello se hace imperativo el desarrollar programas en salud sexual que brinden conocimiento de los diferentes métodos de planificación familiar a la vez de ejercer una sexualidad libre y responsable promocionando factores protectores y previniendo los riesgos de enfermedades de transmisión sexual que constituyen hoy un problema de salud pública importante.

El VIH/SIDA es un problema de salud pública mostrando dos fenómenos a considerar como son la feminización de la patología y la concentración de nuevos casos en los grupos de personas jóvenes; situación que debe llevar a repensar las estrategias de prevención las cuales están demostrando su ineficacia frente al tema. Igualmente, hay que concentrar esfuerzos en los sistemas de vigilancia epidemiológica para medir de manera real el problema de salud y estructurar acciones de acompañamiento sobre las personas que viven con la enfermedad y así, asegurar su vinculación a los servicios de salud curativa y el acceso a la terapia antirretroviral

4.2. ANÁLISIS DEL MERCADO

La prevención y promoción de la salud en la actualidad es un tema que el estado pretende fortalecer para disminuir los costos en la atención en salud y así ampliar la cobertura y contribuir a mejorar la salud pública en el país, para lograr estos objetivos la política debe procurar, simultáneamente, reducir la morbi-mortalidad y las incapacidades debidas a enfermedades y lesiones, actuando sobre los diversos factores de riesgo y promover las capacidades y potencialidades vitales, tanto de los individuos como de las comunidades, para buscar su autorrealización y su autonomía.

- **Demanda Potencial:** Teniendo en cuenta las estadísticas de morbilidad y mortalidad del Departamento del Cauca y de Colombia; se determinó que la población meta será la comprendida entre 15 y 44 años (45,7%); ya que la mortalidad esta en el 3,3/100.000 habitantes (18 muertes) en este grupo de edad y con una morbilidad del 3,6/100.000 habitantes.

Cuadro 1. Distribución poblacional del Municipio de Popayán, 2009.

Descripción	Total Habitantes	Características
Población Total	1.307.531	Total de habitantes del Departamento del Cauca
0 – 5 años	130.599	No están en capacidad de comprender el tema (descartados)
5 – 14 años	280.751	No están en alto riesgo de adquirir la infección por sus comportamientos (descartado)
15 – 24 años	249.878	Están en alto riesgo de adquirir la infección, en capacidad de comprender el tema y de cambiar su estilo de vida

Continuación Cuadro 1.

Descripción	Total Habitantes	Características
25 – 34 años	198.347	Están en alto riesgo de adquirir la infección y de cambiar su estilo de vida.
35 – 44 años	151.291	Están en alto riesgo de adquirir la infección y de cambiar su estilo de vida.
45 – 54 años	122.185	El riesgo de adquirir la infección es menor, pero podrían cambiar sus hábitos e influenciar a los grupos anteriores a mejorar los estilos de vida
55 – 64 años	84.376	El riesgo de adquirir la infección es muy bajo y es muy difícil que cambien su estilo de vida, sin embargo aportarían a las nuevas generaciones.
Mayores de 65 años	90.104	No cambian sus hábitos de vida, tienen muchos mitos sobre el HIV que hacen que pierdan interés en las charlas. (Descartados)
DEMANDA POTENCIAL	806.007	Usuarios Potenciales

Fuente: Plan de Negocios para la Creación de una Fundación que presta servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán.

Teniendo en cuenta las características de la población y el objetivo de la Fundación se definió que los Usuarios Potenciales están comprendidos por las personas en edades entre 15 y 64 años (806.007) correspondiendo al 61,6% de la población total.

Sobre los Clientes Potenciales, tenemos 19 EPS que cubren la salud del total de la Población del Departamento del Cauca.

- Segmentación del Mercado: Se sabe que es muy difícil llegar al 100% (806.007) de la población meta; por ello se establece que la Fundación alcanzará inicialmente un 5% de la población meta, es decir, 40.303 habitantes en edades entre 15 y 64 años.

4.2.1. Investigación del mercado. Con el fin de conocer las necesidades de los usuarios y establecer el grado de aceptación que puede tener nuestro servicio en el mercado, aplicaremos una encuesta a nuestros usuarios potenciales (40.303).

Calculado el tamaño de la muestra por medio de un muestreo aleatorio simple con un margen de error del 6,9% y una desviación estándar del 0,5 (intervalo de confianza 95%), obteniendo como resultado la aplicación de 200 encuestas.

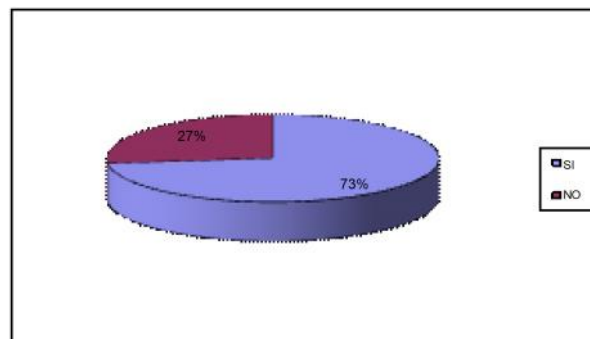
El Municipio de Popayán cuenta con unas IPS que son comunes para todas las EPS que se encuentran en el Departamento, tanto indígenas, como de los regímenes subsidiados y contributivos; por ello las encuestas (Anexo A) serán aplicadas en las siguientes IPSs:

- Hospital Susana López Valencia (HSLV)
- Hospital Universitario San José (HUSJ)
- Clínica La Estancia
- E.S.E. Popayán
- Compulab IPS
- IPS Saludcoop
- IPS Nueva EPS
- Sanidad de la Policía.

Resultados de la aplicación de la Encuesta:

1. Conocimiento sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

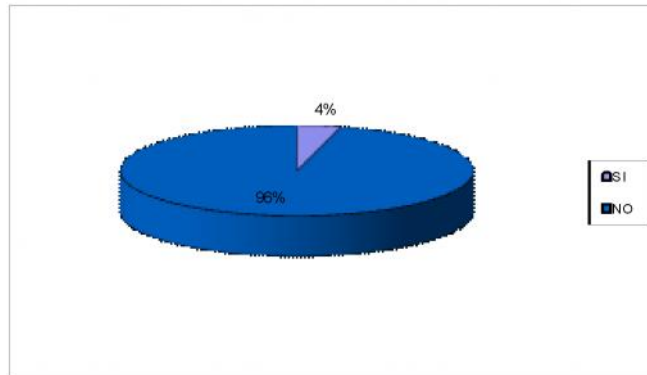
Figura 6. Distribución Porcentual sobre el conocimiento del VIH Población usuarios EPS Popayán.



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

2. Conocimiento del Programa de Prevención del VIH en las EPS.

Figura 7. Distribución Porcentual sobre el conocimiento del Programa de Prevención del VIH Población usuarios EPS Popayán

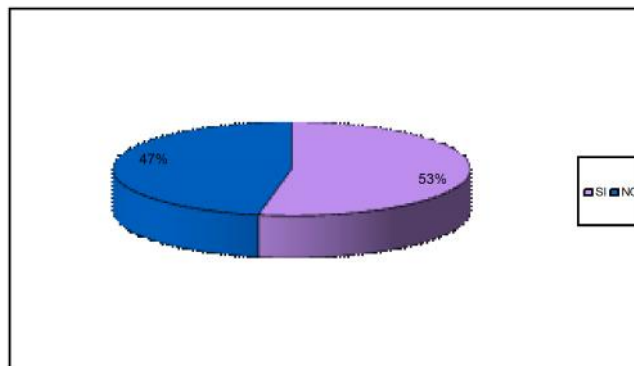


Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

Solo en 4% de la población conoce los Programas de Prevención del VIH que brinda su EPS, de este 4% el 1% considera que el Programa es Regular pues no cuenta con la atención que ellos esperan, el resto el 3% lo consideran bueno pero nunca han asistido a uno.

3. Conocimiento sobre las formas de contagio con VIH.

Figura 8. Distribución Porcentual sobre el conocimiento de las Formas de contagio del VIH Población usuarios EPS Popayán

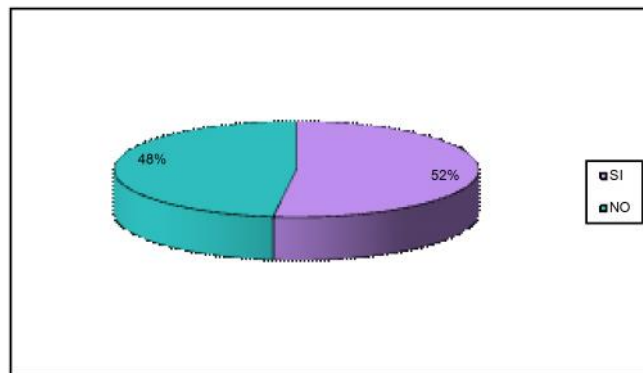


Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

Del total de personas encuestadas el 53% dicen conocer las formas de contagio del VIH y el 47% no; de las personas que dicen conocer las formas de contagio, encontramos que muchas aun piensan que el compartir elementos con una persona infecada los puede contagiar o si conviven en el mismo espacio.

4. Conocimiento sobre las barreras de protección para evitar el contagio con el VIH durante las relaciones sexuales.

Figura 9. Distribución Porcentual sobre el conocimiento de las barreras de protección para evitar el contagio con el VIH durante las relaciones sexuales

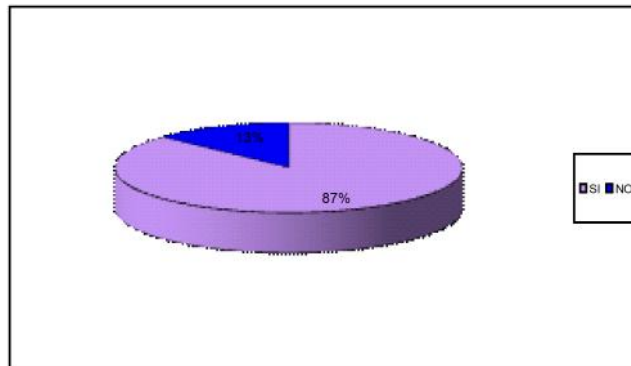


Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

Encontramos que el 48% de la población no tienen claro la manera de protegerse del VIH, solo el 52% están seguros que es el condón, de las personas que tienen claro qué es el condón solo un 5% lo usa correctamente, es decir, durante el acto sexual, el resto lo usan como método de planificación familiar.

5. Asistencia a las actividades educativas sobre el VIH.

Figura 10. Distribución Porcentual de la Asistencia a las Actividades Educativas



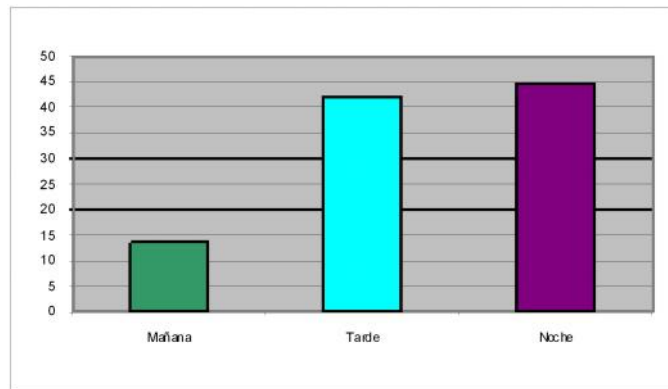
Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

6. Temáticas a tratar sobre el VIH

- La manera de evitar el contagio de la enfermedad en 50%
- El 40% considera importante que se hable de las barreras de protección y la manera adecuada de usarlas
- El 5% quieren saber como es el tratamiento
- El 5% quieren conocer la manera de vivir con la enfermedad.

7. Disponibilidad de horarios.

Figura 11. Distribución Porcentual de la Disponibilidad de Tiempo para asistir a las Sesiones Educativas.

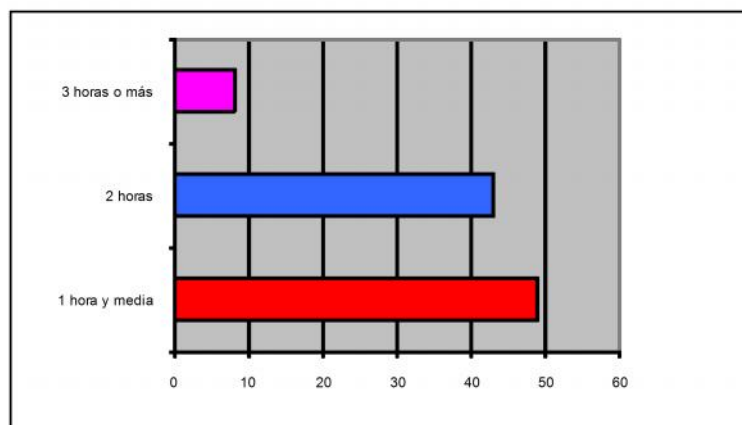


Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

El 44,5% de la población considera que en la noche sería el horario más adecuado para el desarrollo de las charlas y un 42% en horas de la tarde.

8. Disponibilidad de Tiempo para desarrollar las Sesiones Educativas en un día

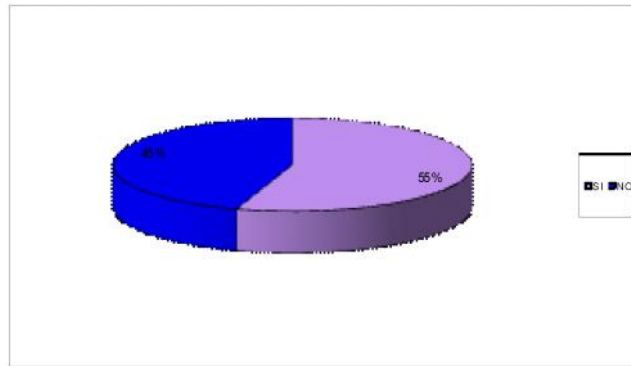
Figura 12. Distribución Porcentual de la Disponibilidad de Tiempo para desarrollar las Sesiones Educativas en un día



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

9. Disponibilidad de Tiempo para asistir a las tres Sesiones Educativas en diferentes días

Figura 13. Distribución Porcentual de la Disponibilidad de Tiempo para asistir a las tres Sesiones Educativas en diferentes días

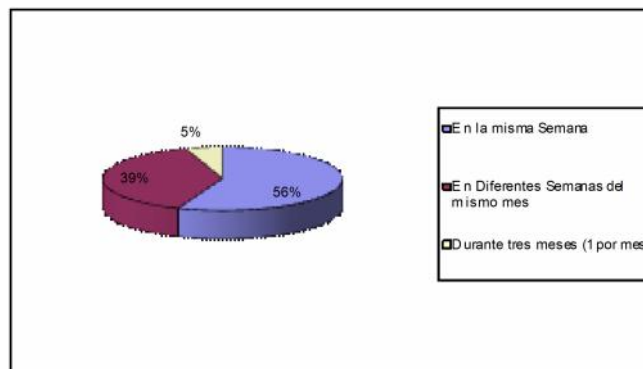


Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

Las personas consideran que es importante asistir a las tres sesiones porque esto le ayudará a comprender mejor el tema; aunque a veces es difícil por la disponibilidad de tiempo que tienen.

10. Manera para desarrollar las tres Sesiones Educativas

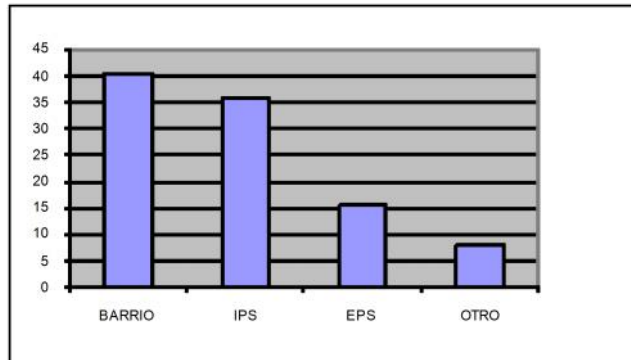
Figura 14. Distribución Porcentual de la Manera para desarrollar las tres Sesiones Educativas



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

11. Lugar para realizar las tres Sesiones Educativas

Figura 15. Distribución Porcentual del Lugar para realizar las tres Sesiones Educativas

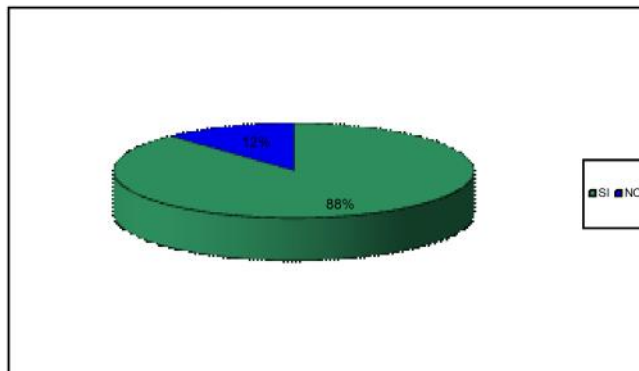


Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

La mayoría de las personas quisieran que las actividades educativas se realizaran en su barrio 40,5% seguido de las personas que quisieran que las actividades se realizaran en su IPS con un 36%.

12. Asistencia a las Actividades Educativas en la Comunidad sobre los factores de riesgo de contagiarse con el VIH y la manera de prevenir este contagio

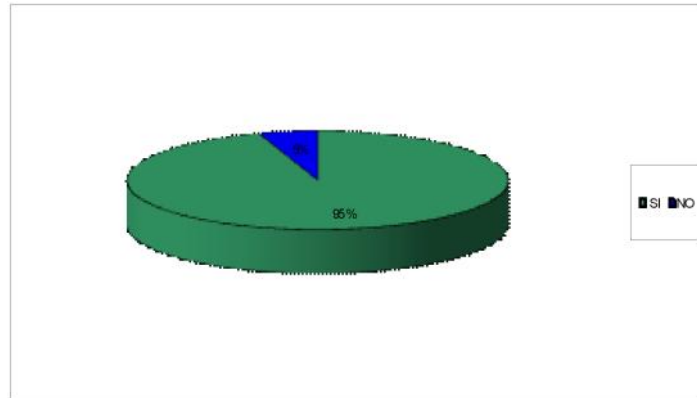
Figura 16. Distribución Porcentual de la Asistencia a las Actividades Educativas en la Comunidad.



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

13. Conocimiento de las personas sanas sobre la infección del VIH, mejorarían el trato hacia las personas que tienen el virus

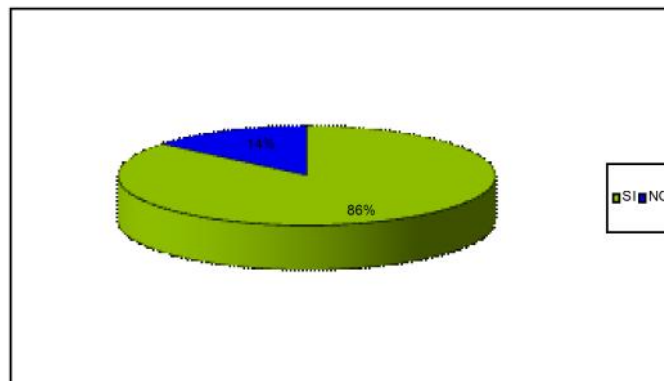
Figura 17. Distribución porcentual según conocimiento de las personas sanas sobre la infección del VIH, mejorarían el trato hacia las personas que tienen el virus



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

14. Asistencia a las Actividades Educativas de la familia y las personas seropositivas

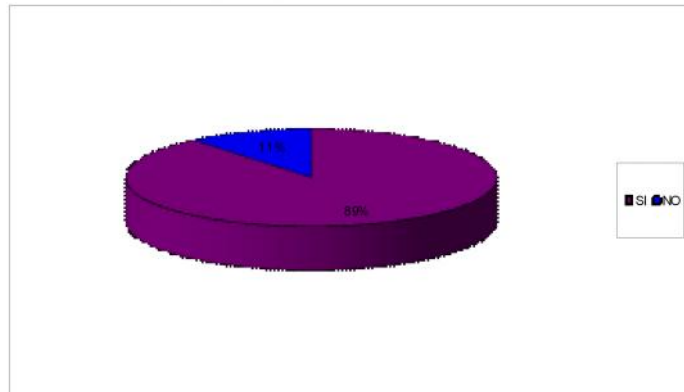
Figura 18. Distribución Porcentual de la Asistencia a las Actividades Educativas de la familia y las personas seropositivas



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

15. Asistencia a las Sesiones Educativas sobre la manera de vivir con una persona portadora del virus

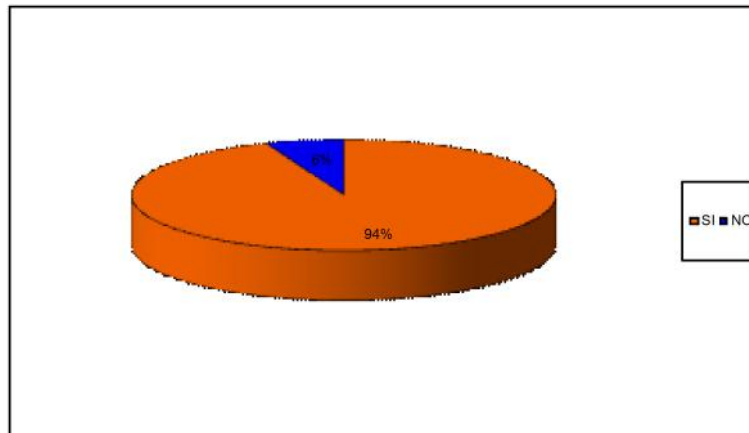
Figura 19. Distribución Porcentual de la Asistencia a las Sesiones Educativas sobre la manera de vivir con una persona portadora del virus



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

16. Asistencia a las Sesiones Educativas de un miembro de su familia

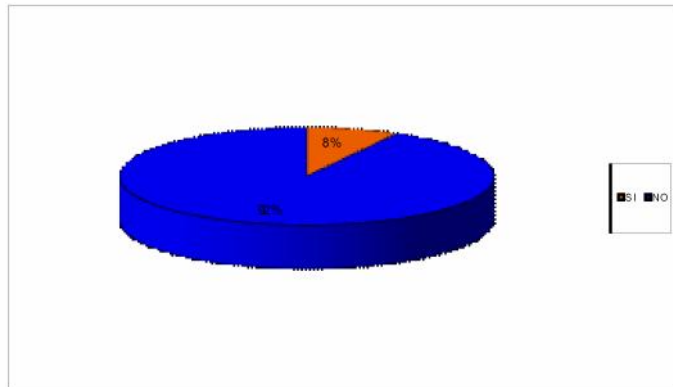
Figura 20. Distribución Porcentual de la Asistencia a las Sesiones Educativas de un miembro de su familia



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

17. Conocimiento de las Actividades de los Programas de P y P de su EPS

Figura 21. Distribución Porcentual del Conocimiento de las Actividades de los Programas de P y P de su EPS



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

El 8% de la población dice conocer los programas de PyP de su EPS; pero ninguno tiene claro que actividades realizan dentro del programa. El 92% no saben, ni han escuchado sobre este programa.

18. Opinión de los usuarios sobre las Actividades que debería realizar la EPS

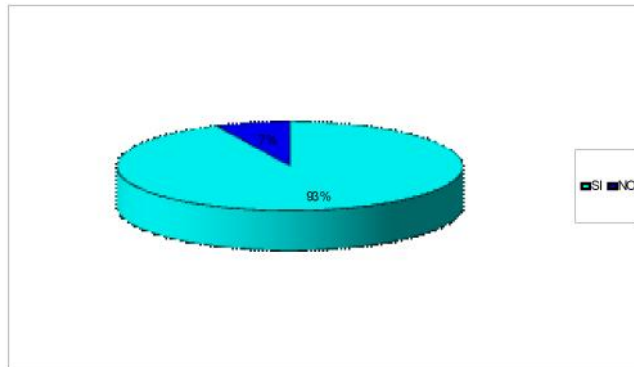
Las personas manifiestan que les gustaría que su EPS les brindara información sobre las barreras de protección para evitar el contagio y les brindara gratuitamente estas barreras.

Les gustaría saber si el exámen del VIH lo hace la EPS o lo tienen que pagar de manera particular, pues quisieran poder hacerselo cada vez que piensen que están en riesgo de tener la infección.

Quieren saber cuales son los signos de alarma que los ayuden a saber que se encuentran frente a esta infección, como pueden ayudar a sus familiares para evitar que se contagien con la enfermedad.

19. Interés de Asistir a un sitio donde recibir asesoría sobre el VIH

Figura 22. Distribución Porcentual del Interés de Asistir a un sitio donde recibir asesoría sobre el VIH



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

4.3 ESTRATEGIAS DE DISTRIBUCIÓN Y COMUNICACIÓN

- **Punto de Venta:** La Fundación tendrá una Sede en el Centro de la Ciudad de Popayán, donde recibirá y atenderá tanto a los usuarios como a los clientes internos y externos.
- **Canales de Distribución:** Se creará una página web de la Fundación, donde los usuarios como los clientes podrán tener información sobre la empresa y los servicios que prestamos, solicitar más información e inscribirse para las sesiones educativas programadas.

Tendremos una línea telefónica donde los usuarios podrán inscribirse en las sesiones educativas programadas, se invitarán nuevos usuarios, se dará información sobre los programas tanto a los usuarios como a los clientes.

Se realizarán emisiones radiales en dos emisoras de Popayán invitando a los usuarios a visitar la Fundación y a los clientes para que nos apoyen en el desarrollo de los programas.

Habrá una persona encargada de realizar VISITAS a los clientes para definir las condiciones del servicio y firmar el contrato de venta, además deberá buscar el apoyo de otras organizaciones para financiar las sesiones educativas de la Fundación.

- Estrategias de Comunicación: El eje de nuestra comunicación es verbal, directo con el usuario y cliente.

Se utilizará el portafolio de servicios para repartir a los clientes con el fin de motivarlo a contratar los servicios y a los usuarios utilizando frases que los motiven a dirigirse y consultar la Fundación.

- Estimación de los Gastos de Publicidad y Mercadeo:

Cuadro 2. Gastos de publicidad y mercadeo (pesos \$)

Producto	Unidades	Precio anual
Pagina Web	1	1.000.000
Emisiones Radiales: 2 emisiones al día/3 veces por semana	40.000	1.920.000
Portafolio de servicios	20.000	4.000.000
Auxilio de Transporte y mensajería en ventas	130	3.800.000
TOTAL		\$10.720.000

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

4.4. ESTRATEGIAS DE SERVICIO

La Fundación prestará servicios de Promoción y Prevención del HIV, a la población del Departamento del Cauca en el Municipio de Popayán; realizando actividades de educación supliendo las necesidades de nuestros usuarios, se hará a través de las entidades prestadoras de salud EPS sin distinción de raza, religión, cultura y etnia.

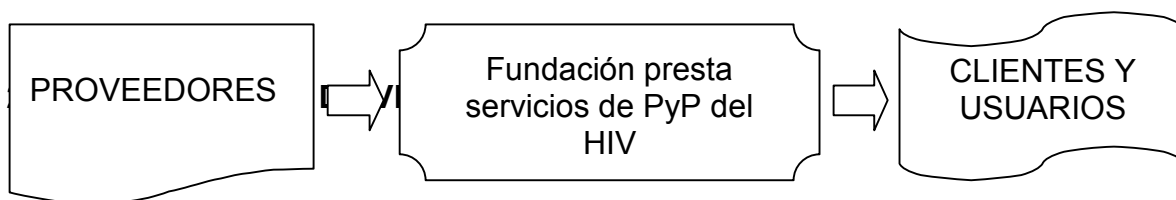
Venderá servicios de Promoción y Prevención del HIV a EPS e IPS, así como a entes gubernamentales y ONG`s.

- Atención al Usuario: Los Usuarios de la Fundación podrán tener contacto con nosotros a través de la línea telefónica o directamente en las instalaciones de la Fundación. Tendrán acceso a un buzón de sugerencias, reclamos, felicitaciones que la Fundación estará retroalimentando semanalmente para ir mejorando sus servicios y su atención de manera continua. Se medirá la satisfacción de los usuarios por medio de encuestas de satisfacción que

evalúen la atención del personal, la calidad de los programas, el apoyo en el seguimiento de los compromisos adquiridos en los programas; las instalaciones y ayudas utilizadas para el desarrollo de las actividades.

Las entidades que estén interesadas en apoyar nuestra Fundación podrán comunicarse con la persona encargada del Área Administrativa quien se acercará a las instalaciones de la entidad para adquirir los compromisos y llevar a ellos los Programas de manera completa, para que con confianza depositen sus ayudas a la Fundación en pro de mejorar la educación en HIV en la sociedad.

4.4.1. Cadena de Valor



Teniendo en cuenta la segmentación, la investigación del mercado y la capacidad instalada se determinó que la Fundación está en capacidad de realizar 6 sesiones educativas a la Semana, con dos grupos de 25 personas, quienes asistirán tres veces por semana y se proyecta al mes y al año, para proyectar las ventas mensuales y anuales.

Cuadro 3. Sesiones educativas de P y P del HIV

Semanales	Mensuales	Anuales
6	24	288

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

4.5.1 Precio de Venta. Se calcula el precio de venta, teniendo en cuenta los costos totales y el porcentaje de Impuestos.:

Costos Totales – (Costos Totales * %Impuestos)

1 - % utilidad deseado - %impuestos

360.117 – (360.117 * 0,106) = 484.857

1 – 0,23 – 0,106

4.5.2. Proyección de Ventas. Se proyectan las ventas teniendo en cuenta el número de sesiones educativas proyectadas para el mes y el año y el precio de venta por sesión educativa. Además, se calcula el precio por Persona y el precio total del Programa con sus tres sesiones a desarrollar.

Cuadro 4. Proyección de ventas (\$)

Descripción	Mensual	Anual
Sesión educativa de PyP de VIH	24	288
Precio unitario	484.857	484.857
Total en pesos	11.636.568	139.638.816

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

Cuadro 5. Precio por persona y programa

Descripción	
Personas por sesión educativa	25
Precio por sesión	484.857
Precio por persona	19.394
Nº sesiones educativas	3
Precio por sesión	484.857
Precio del programa	1.454.571

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

4.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD DEL MERCADO

Después de medir los conocimientos de la población frente al VIH, podemos concluir que en la población del Municipio de Popayán existe la necesidad de educar a las personas frente a la infección por VIH, factores de riesgo y herramientas de prevención, como se observa en la encuesta un 73% de la población dice saber que es el VIH, sin embargo no tienen claro algunos conceptos relacionados con el VIH, como por ejemplo las formas como se contagia el virus, solo el 53% de la población sabe como se contagia y un 47% aún cree que por compartir elementos o espacios con una persona infectada está en riesgo de adquirir la infección, adicionalmente el 48% de la población no conoce las barreras de protección para evitar el contagio con el virus y del 52% que si las conoce, solo el 5% las usa correctamente, el 65% las utiliza como método de planificación familiar y un 30% no lo usa; cifras que dejan ver la

importancia de llegar a la comunidad para fortalecer sus conocimientos.

En cuanto a la aceptabilidad que puede tener el servicio de PyP en VIH encontramos que la población está muy interesada en ampliar los conocimientos frente a la infección con el virus; el 87% de la población asistiría a las actividades educativas, además, al 88% le gustaría que también se educara a su comunidad sobre el VIH. El 94% incluiría a los miembros de su familia en las actividades educativas, lo que nos asegura que vamos a tener una demanda potencial que nos permitirá llegar a la proyección de ventas que hemos planeado.

La sociedad (95%) es conciente que para contribuir a la disminución de la discriminación es importante educar a las personas con el fin de quitar los mitos que aún se tienen frente a la infección. Se encontró que la principal necesidad que tiene la población es aprender sobre la manera de prevenir el contagio 50%, seguido de la manera correcta de usar las barreras de protección 40% y por ello se plantearán los proyectos teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de las personas.

Para hacer a nuestro servicio oportuno, tendremos en cuenta las expectativas de la gente y es por ello que la mayoría de las actividades se plantearán en las horas de la tarde y la noche pues son los horarios en los que la mayoría de la población podría asistir sin afectar sus actividades diarias; se harán actividades de máximo 2 horas, que es el tiempo que están dispuestos a ofrecer a estas actividades; el 55% asistiría a tres sesiones para completar el tema del VIH, lo que nos garantiza cumplir con la meta de charlas programadas para la semana; pues el 56% opina que es mejor desarrollar estas sesiones en la misma semana.

Es muy poco el conocimiento que tiene la población sobre las actividades que realizan las EPS, el 98% aseguran no conocer un Programa de Promoción y Prevención del VIH y del 8% que si conocen los programas, el 100% no tiene claro cuáles son las actividades que en este programa se realizan, pues nunca han hecho uso de este.

El 93% afirman que les gustaría recibir asesoría sobre temas relacionados con el VIH lo que nos lleva a confirmar que tenemos el mercado potencial para que el proyecto sea viable y se pueda desarrollar.

Las estrategias de distribución y comunicación y la atención al usuario, se definieron dejando ver que la Fundación se compromete a prestar un servicio con

calidad y eficiencia, donde se escuche la voz del usuario y el cliente para así mismo mejorar continuamente sus procesos. Por medio de diferentes fuentes buscará la manera de llegar a su mercado meta, permitiendo que se cumpla con la proyección de ventas y así mismo se pueda posicionar en el mercado.

5. ASPECTOS ORGANIZACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

5.1 LA EMPRESA

“FUNDACIÓN AMIGOS POR LA VIDA”

La idea de crear una Fundación dedicada a promover y prevenir el VIH surge a raíz del aumento en el número de casos seropositivos y la necesidad de educar a la población para generar en ellos actitudes que prevengan la infección, contribuir a disminuir la discriminación de la población en el Municipio de Popayán, de la misma forma buscamos educar a las personas seropositivas para que adopten y mantengan conductas saludables y seguras que contribuyan a mantener su estado de salud y disminuyan el riesgo de sobreinfección.

5.2 TIPO DE EMPRESA

Empresa con personería jurídica, sin ánimo de lucro, creada para prestar servicios de interés social en la promoción y prevención de VIH para la población del Departamento del Cauca en el Municipio de Popayán

5.3 CONCEPTO DEL NEGOCIO

Prestar servicios de Promoción y Prevención del VIH a los individuos y las comunidades del Departamento del Cauca en el Municipio de Popayán, realizando actividades encaminadas a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre algunos determinantes de la salud como son los factores personales (estilo de vida) y sociales (conductas), manteniendo o mejorando su estado de salud, aumentando el nivel de educación y formación de la población sobre la infección del HIV, sus mecanismos de transmisión y de prevención, además, contribuir a disminuir la discriminación de las personas seropositivas por parte de la sociedad.

5.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

5.4.1 Misión. Brindar a nuestros usuarios y las organizaciones, un excelente servicio con calidad, mediante la realización de actividades educativas de

Promoción y Prevención del HIV, orientadas al conocimiento de la infección, su transmisión y herramientas de prevención; que mejoren el estilo de vida y la conducta social de la población; además, ofrecer apoyo a las personas seropositivas y sus familias, en procura de mantener su salud, mejorar su conducta social y evitar la sobreinfección.

5.4.2 Visión. Crecer y obtener reconocimiento en el sector salud de los Programas de la Promoción y Prevención del VIH, logrando posicionarnos para el año 2016, como la mejor Fundación del Departamento del Cauca y de Colombia.

5.4.3. D.O.F.A.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p>a. Ser la primera entidad en proyectar y crear el programa de Promoción y Prevención del HIV.</p> <p>b. Programa innovador y de calidad</p> <p>c. Compromiso total por parte de los fundadores</p> <p>d. Profesionales con bases para la creación de empresas, conocimiento de la temática del HIV y manejo de la informática y la tecnología.</p>	<p>a. Poca experiencia de la estrategia del marketing</p> <p>b. Recursos económicos limitados</p> <p>c. Nuevas como empresarias</p>
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA (FO)	ESTRATEGIA (DO)
<p>1. Apoyo de la OMS, ONG's y entes gubernamentales nacionales</p> <p>2. Contribuir al logro de las Metas de los objetivos del milenio</p> <p>3. Las políticas del gobierno departamental para disminuir la infección por VIH</p> <p>4. Necesidad de educar en HIV a las comunidades del Municipio de Popayán.</p> <p>5. Deficiencia de las EPS en los programas de P y P para VIH en el</p>	<p>1) Generar programas basados en las políticas internacionales y de gobierno para hacer viable la obtención de recursos económicos (1,2,4-b,d)</p> <p>2) Manejar una comunicación estrecha con la dirección departamental para tener acceso a los casos positivos confirmados e incluirlos en el programa de PyP. (3-c)</p> <p>3) Hacer alianzas con las</p>	<p>1) Realizar convenios con las ONGs para que nos apoyen económicamente y por la experiencia en los Programas de PyP del HIV.(1,2- b)</p> <p>2) Fortalecer el programa de PyP del HIV para mantenernos en el mercado (5,6-a)</p> <p>3) Capacitar al personal para ofrecer servicios de la calidad que satisfagan las expectativas de los usuarios</p>

Departamento del Cauca 6. La inconformidad de los usuarios frente al desempeño de los servicios de P y P establecidos.	EPS para fortalecer sus programas y asegurar nuestros usuarios. (4,5,6-a)	y el gobierno. (3,4-c)
AMENAZAS 1. La competencia de nuevas empresas 2. Barreras culturales que impidan la aceptación del programa 3. El abandono del programa por parte de los usuarios 4. Falta de apoyo económico por parte de las EPS, entidades gubernamentales y ONG's.	ESTRATEGIAS (FA) 1) Prestar un servicio de calidad que generen resultados y garantice la fidelización de los usuarios en los programas y de los clientes. (1,3,4-a,b) 2) Actualizar los programas de P y P para que sean innovadores y no se pierda el interés (2,3-c)	ESTRATEGIAS (DA) 1) Hacer alianzas con las entidades educativas para la creación de los programas del PyP del HIV de la Fundación.(1,2,3,- b,c) 2) Comprometer a los empleados con la misión y los objetivos de la empresa (4-a)

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

5.4.3.1 Ventajas Competitivas. Somos una organización con propósitos y objetivos claros y definidos a la prestación de servicios de salud para personas con vida sexual activa y en riesgo de adquirir VIH-sida, por lo que somos competitivos frente a nuestra labor, contamos con profesionales eficientes y comprometidos con nuestra misión, nuestro programa es claro y específico por lo tanto centra todos los esfuerzos para desarrollar el programa e impactar en la comunidad por tratarse de un problema de salud pública, lo que nos da oportunidad de sobresalir y mantener nuestro liderazgo en el sector salud.

5.4.3.3 Análisis de la Competencia

Profamilia Popayán: Desarrolla actividades de capacitación en sus Centros para Jóvenes, abordan las temáticas referidas a las Infecciones de Transmisión Sexual.

Puntos Fuertes:

- Especializada en la elaboración y manejo en información y educación en salud sexual y reproductiva.

- Aliados, donantes y aportantes internacionales.
- Subsidia programas para sectores menos favorecidos con el apoyo del sector colombiano.

Puntos Débiles:

- No se preocupa por educar a nivel de instituciones de educación directamente solo en el caso en que los usuarios se acerquen

5.4.4 Objetivos

- **Objetivo General:** Ofrecer servicios de Promoción y Prevención del HIV, mediante programas educativos a las personas y comunidades del Departamento del Cauca en el Municipio de Popayán encaminados a que la población esté en condiciones de mantener o mejorar su estado de salud y educar a las personas seropositivas y sus familias para que disminuya la sobreinfección.
- **Objetivos Institucionales**
 - ✓ Mantener la satisfacción de los usuarios mediante un servicio con calidad.
 - ✓ Trabajar con un selecto grupo de profesionales que estén comprometidos con el desarrollo de la Fundación.
 - ✓ Mantener un nivel de utilidades superior al 15%
 - ✓ Obtener el reconocimiento de nuestros clientes por medio de los servicios ofrecidos.
 - ✓ Mejorar la calidad de vida de nuestros colaboradores.

5.4.5 Estrategias

- Sostenibilidad y Crecimiento, basado en la concentración de un único servicio como es la Promoción y Prevención del HIV.
- Establecer un servicio de calidad en atención al cliente, mediante habilidades de servicio al cliente según los estándares de la gerencia del servicio.
- Continuar con la investigación del impacto HIV, aplicando programas informáticos y de estadística para determinar el comportamiento de la promoción y prevención y cual es el resultado semestral y anual en el Departamento y el municipio.
- Buscar en todo momento la fidelización de los clientes para asegurar la supervivencia futura de la Fundación. (Un cliente satisfecho trae más clientes).
- Implementar planes de mejoramiento con procesos de Capital Humano, mediante programas de capacitación a empleados, además utilizar personal profesional en la administración de negocios; con prioridad en atención eficaz de los clientes, tanto presencial como telefónica.

5.4.6 Metas. Contribuir a que en el Departamento del Cauca:

- Para el 2015 disminuya la incidencia de infección por debajo del 2%, en la población.
- Se reduzca la mortalidad por VIH/SIDA en un 20% para el año 2015 en comparación al año 2011.
- Disminuya en un 20% la incidencia de transmisión madre-hijo para el 2017, en comparación con el año 2011.

5.7. VALORES

- Compromiso: es el fenómeno esencial para coordinar acciones con otros, es la base para producir cualquier tipo de cambio en la sociedad.
- Solidaridad: la disposición a ayudar a los compañeros cuando necesiten de apoyo; actuar siempre regidos por la cooperación para lograr los objetivos propuestos por la Fundación.
- Tolerancia: valoramos a los demás por lo que son y aceptamos con respeto lo distinto, lo diferente y lo que no es igual a nosotros.
- Honestidad: determina elegir actuar siempre con base en la verdad y en la autentica justicia, el actuar se debe realizar con la debida transparencia y debe estar dirigido a alcanzar los propósitos misionales.
- Lealtad: guardar confidencialidad respecto a la información de la entidad y en caso de conflicto de intereses abstenerse de opinar de los asuntos. Velar por el buen nombre de la institución dentro y fuera de ella y hacer observaciones y sugerencias que permitan elevar la calidad de la educación que se imparte.
- Pertenencia: mantenemos el deseo y la motivación de aportar al desarrollo institucional mediante nuestra capacidad intelectual y física, para servir con el mayor agrado, haciendo el proyecto de vida compatible con el proyecto laboral.
- Justicia: damos a cada quien lo que le corresponde, de conformidad con sus meritos y los derechos que les asisten.
- Convivencia: mantenemos la disposición al dialogo como punto de partida a la solución de situaciones, producto de las diferencias que se presenten en la interacción cotidiana entre los distintos miembros de la comunidad.
- Imparcialidad: actuar con legalidad, justicia e imparcialidad tanto en la prestación de servicios como en las relaciones laborales sin tratar con privilegio o discriminación, sin tener en cuenta su condición económica, social, ideológica, política, sexual, racial, religiosa o de cualquier otra naturaleza.

- Respeto: el respeto implica la comprensión y la aceptación de la condición inherente a las personas como seres humanos con derechos y deberes en un constante proceso de mejora espiritual y material.

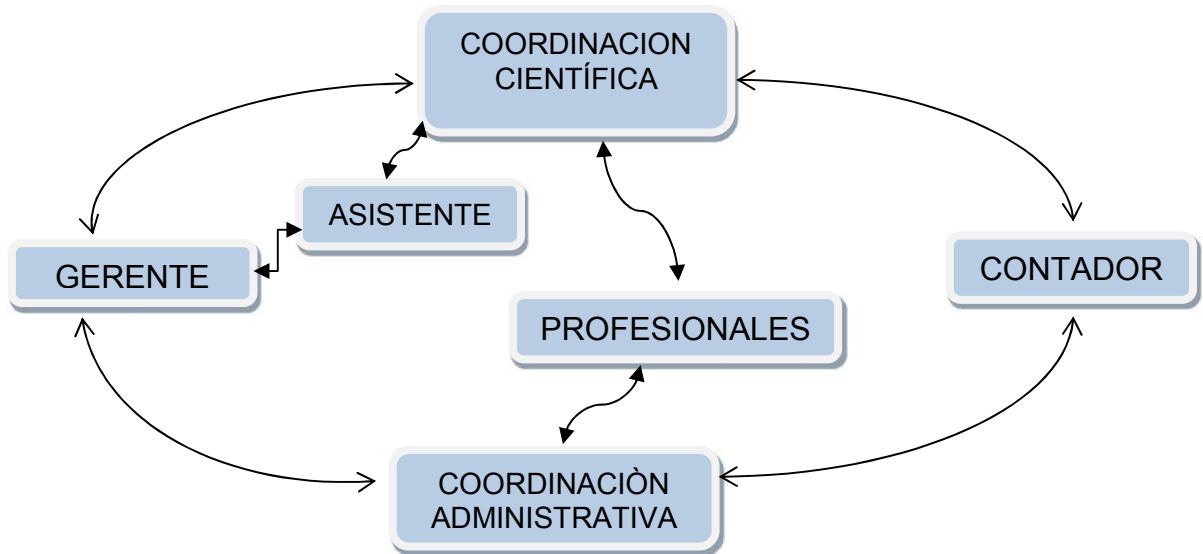
5.4.8. Políticas

- Realizar todo trabajo con excelencia.
- Brindar trato justo y esmerado a todos los clientes, en sus solicitudes y reclamos considerando que el fin de la empresa es el servicio a la comunidad.
- Todos los integrantes de la empresa deben mantener un comportamiento ético.
- Impulsar el desarrollo de la capacidad y personalidad de los recursos humanos mediante acciones sistemáticas de formación.
- Realizar evaluaciones periódicas, permanentes a todos los procesos de la organización.

5.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Es necesario que las personas que pertenecen a la institución, interactúen con el fin de lograr los objetivos propuestos. Cada integrante ocupa un rol específico, que le permite desempeñar una serie de actividades, funciones y atribuciones para cumplir con su trabajo, ocupando un cargo y una posición incluida en el organigrama.

5.5.1 Organigrama



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

5.5.2 Descripción de Cargos

Nombre del Cargo: Gerente
Jefe Inmediato: Fundadores
Supervisa: Todo

Funciones Principales:

- ✓ Tiene una visión global de la empresa y su entorno, tomando decisiones concretas sobre objetivos concretos.
- ✓ Obtiene el mejor aprovechamiento de las personas y de los recursos disponibles para obtener resultados.
- ✓ Evalúa y supervisa el grado del avance de las tareas asignadas a los coordinadores.
- ✓ Realiza periódicamente los comités de gerencia para verificar el grado de dificultad y de avance de los objetivos propuestos.
- ✓ Controla y Ejecuta el presupuesto de la Fundación
- ✓ Actualizar políticas y procedimientos de la Fundación
- ✓ Representar a la organización ante organizaciones gubernamentales, proveedores, instituciones financieras.

Requisitos:

- ✓ Profesional en Administración de Empresas o Administración en Salud
- ✓ Dos años de experiencia en cargos similares
- ✓ Facilidad para trabajar en equipo

Servicio al Cliente
Edad Máxima: 50 años

Nombre del Cargo: Coordinación Administrativa (Cargo Proyectado a futuro mediano plazo)

Jefe Inmediato: Gerente

Supervisa: Profesionales y Contador

- ✓ Planear, supervisar, coordinar, controlar y optimizar el desarrollo de todos los programas y actividades relacionadas con la administración de recursos humanos financieros contables y legales, los servicios administrativos, la tesorería, la seguridad integral (física e industrial), con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas propuestas para la Fundación

Requisitos:

- ✓ Profesional de la Salud con Especialización en Administración de Salud
- ✓ Dos años de experiencia en cargos similares
- ✓ Facilidad para trabajar en equipo
- ✓ Servicio al Cliente
- ✓ Edad Máxima: 40 años

Nombre del Cargo: Coordinación Científica

Jefe Inmediato: Gerente

Supervisa: Profesionales

- ✓ Coordinar y controlar los procesos y procedimientos de los programas de Promoción y Prevención del HIV, desarrollados en la Fundación y realizar las acciones necesarias para su mejoramiento continuo y crecimiento.

Requisitos:

- ✓ Profesional de la Salud con Especialización en Garantía de Calidad.
- ✓ Dos años de experiencia en manejo de programas de Promoción y Prevención.
- ✓ Facilidad para trabajar en equipo
- ✓ Servicio al Cliente
- ✓ Edad Máxima: 40 años

Nombre del Cargo: Asistente

Jefe Inmediato: Gerente

- ✓ Apoyo a la gerencia, a la coordinación científica y administrativa.
- ✓ Control y manejo de documentos internos y externos de la empresa.
- ✓ Mantenimiento de los archivos de la empresa.
- ✓ Programación de citas para la gerencia.

- ✓ Coordinación con proveedores de la Fundación.
- ✓ Control y manejo de inventario de equipos de la Fundación, así como su organización según el cronograma de actividades

Requisitos:

- ✓ Profesional
- ✓ Dos años de experiencia en cargos similares
- ✓ Servicio al Cliente
- ✓ Edad Máxima: 35 años

Nombre del Cargo: Contador

Jefe Inmediato: Gerente y Coordinación Administrativa

- ✓ Compilar, analizar y consolidar la información financiera y contable de la compañía manteniendo los principios legales y procedimientos corporativos, para facilitar la toma de decisiones correcta y oportuna de la alta Gerencia.

Requisitos:

- ✓ Contador Profesional
- ✓ Dos años de experiencia en cargos similares
- ✓ Edad Máxima: 35 años
- ✓ Fuente: Propia del Estudio

4.5.3 Contratación. El personal para trabajar en la Fundación, se reclutará preferiblemente de las siguientes fuentes:

- ✓ Personal del Sector
- ✓ Recomendaciones directas de amigos y familiares
- ✓ Agencias de selección de personal de municipios vecinos

Una vez se reclute el personal necesario se realizarán entrevistas de selección, pruebas psicotécnicas y de conocimientos específicos, para desempeñar cada uno de los cargos.

Todos los trabajadores serán contratados por Prestación de Servicios, solo la asistente contará con las prestaciones legales y requisitos de ley. Una vez surta el proceso de contratación, se desarrollarán talleres de capacitación.

5.5.4 Gastos de Personal. Se proyectarán los gastos de personal teniendo en cuenta la tarifa salarial para cada una de las profesiones y cargos en el primer año de servicio.

Cuadro 6. Gastos de personal

Categoría	Mensual	Anual
Personal por servicios	7.400.000	88.800.000
Personal de planta	874.141	10.489.692
Riesgos profesionales	48.333	580.000
TOTAL	8.322.474	99.869.692

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

Cuadro 7. Personal por prestación de servicios

Categoría	Nº	Honorarios Mes	Total Anual
Gerente	1	\$ 3.500.000	\$ 42.000.000
Coordinador Científico	1	2.500.000	30.000.000
Contador	1	600.000	7.200.000
Prof. Salud*	4	800.000	9.600.000
Sub Total		\$ 7.400.000	\$ 88.800.000

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

* Comprendidos por Odontólogo, Médico, Bacteriólogo y Enfermera Jefe que se contrata por horas para asesorías.

Cuadro 8. Personal de planta

Asistente	Sueldo	Prest. Sociales	Subs. transporte	Total
Mensual	535.600	274.941	63.600	874.141
Nº meses	12	12	12	12
Total al año	6.427.200	3.299.292	763.200	10.489.692

Fuente: este estudio.

Cuadro 9. Prestaciones sociales asistente

Descripción	Mensual	Anual
Cesantías	44.633	535.600
Intereses de cesantías	5.356	64.272
Prima de servicios	44.633	535.600
Vacaciones	22.317	267.800
Aportes a salud 8.5%	45.526	546.312
Aportes a Pensión 12%	64.272	771.264
Parafiscales 9% S. BF. CC	48.204	578.448
Total	274.941	3.299.296

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

5.5.5 Gastos Administrativos. Se proyectaron los gastos administrativos teniendo en cuenta que no se cuenta con una infraestructura propia y demás gastos que permitan el funcionamiento de la Fundación.

Cuadro 10. Gastos Administrativos

Concepto	Valor mensual	Valor anual
Arrendamientos y Cánones 12 meses	700.000	8.400.000
Mantenimiento muebles e instalaciones	50.000	600.000
Publicidad, Propaganda	141.666	1.700.000
Relaciones Públicas	16.666	200.000
Depreciaciones	24.208	290.500
GASTOS DE PERSONAL	8.322.474	99.869.692
Total	9.255.016	111.060.192

Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

5.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y ORGANIZACIONAL

Después de evaluar los aspectos administrativos y organizacionales podemos concluir que la Fundación es Viable porque no hay una empresa dedicada a estos temas específicamente; no existe una entidad con la capacidad administrativa y científica que oriente todos sus esfuerzos hacia el manejo del HIV y que cuente con personal calificado para desarrollar estos temas; lo único que hacen es programas de información que no tienen influencia en la sociedad y además no se

mide su impacto por medio de indicadores.

La Fundación centrará todos sus esfuerzos en educar a los individuos y la comunidad sobre la infección del HIV, sus mecanismos de transmisión y de prevención para generar conciencia en la sociedad de la importancia de esta enfermedad y concebir un cambio en sus estilos vida y conductas sociales que ayuden a mantener o mejorar su estado de salud, además contribuir a la disminución de la discriminación de las personas seropositivas.

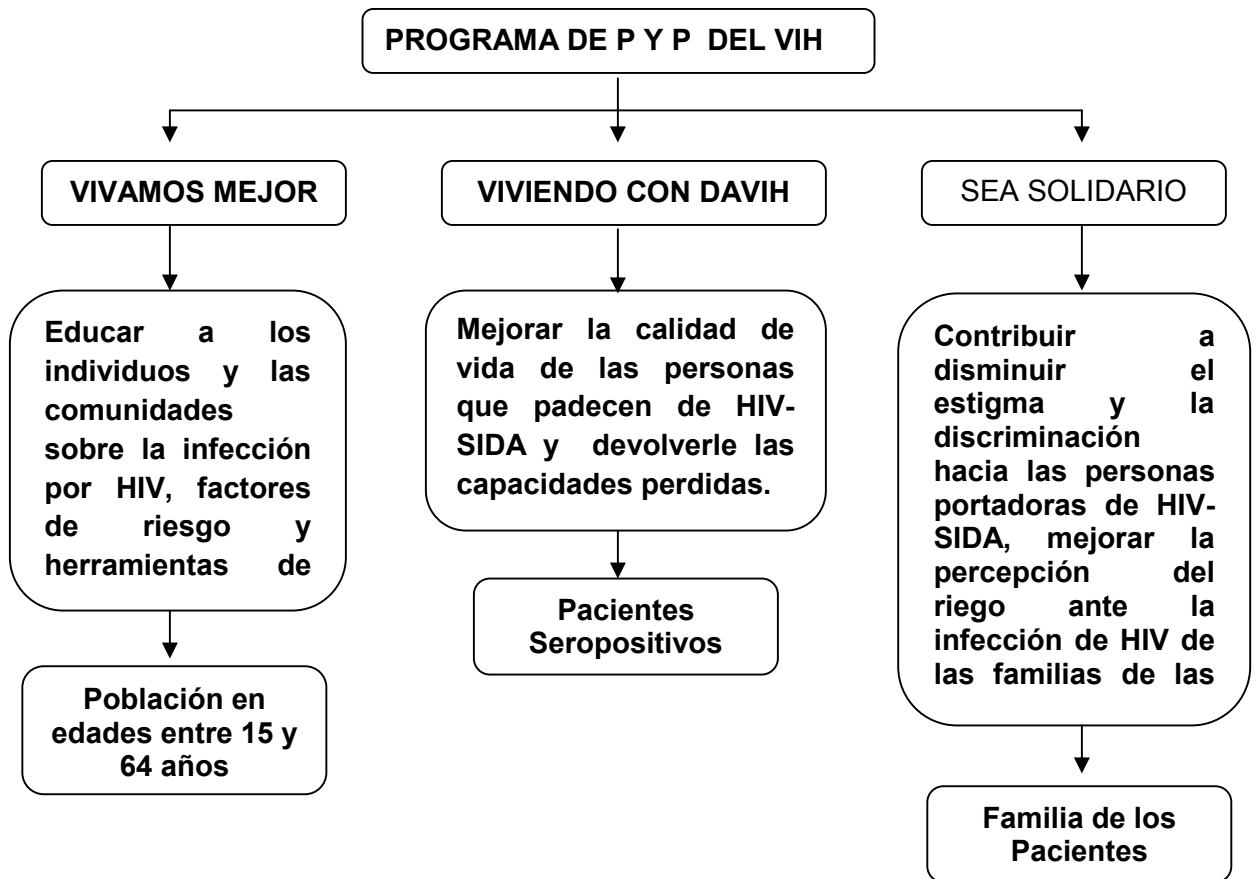
A nivel organizacional, al ser una empresa sin ánimo de lucro, su conformación no requiere tantos requisitos de carácter legal, únicamente un registro ante la Cámara de Comercio, es reglamentada por estatutos propios que son estructurados por sus propios fundadores, una infraestructura sencilla; además el valor del patrimonio inicial puede ser en dinero o en bienes muebles o inmuebles; lo que hace factible su creación.

6. ASPECTOS TÉCNICO-CIENTIFICOS DEL SERVICIO

6.1 CONCEPTO DEL SERVICIO

El Programa de Promoción y Prevención del HIV estará compuesto por tres Proyectos con diferentes temáticas que se desarrollarán por medio de tres sesiones educativas:

Figura 23. Proyectos del Programa de P y P del VIH



Fuente: este estudio.

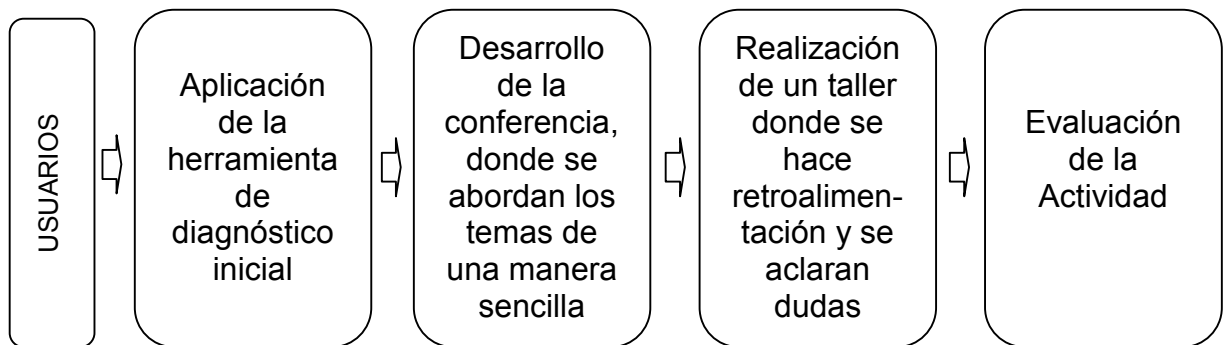
Cuadro 11. Contenido de los programas de P y P del VIH

Vivamos mejor	Viviendo con VIH	Sea solidario
1. Sesión: Definición de la Infección del HIV, Signos y Síntomas de alarma y formas de Diagnóstico.	1. Sesión: Maneras de vivir con la enfermedad sin limitar sus actividades diarias.	1. Sesión: Factores de Riesgo de adquirir la infección y formas de prevenirla.
2. Sesión: Factores de Riesgo de Infección por HIV, Maneras de Disminuir el riesgo, cambio en el comportamiento.	2. Sesión: Como vivir saludablemente para evitar el riesgo de sobreinfección.	2. Sesión: Formas de Convivir con Personas Seropositivas, evitando el daño mutuo.
3. Sesión: Barreras de Protección y su uso adecuado, fortalecer el autocuidado.	3. Sesión: Comportamientos sociales que ayuden a disminuir el contagio a otras personas, barreras de protección y su uso adecuado.	3. Sesión: Como manejar de la enfermedad y brindar apoyo social.

Fuente: este estudio.

6.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Figura 24. Proceso del Servicio



Fuente: este estudio.

1. La Herramienta de diagnóstico, será un cuestionario con preguntas de selección múltiple y otras abiertas. Se contestará en 15 minutos, al cabo de este tiempo se desarrollará el taller con los usuarios para que aclarar cuáles eran las respuestas correctas; conociendo cuales son los puntos débiles del grupo se empezará a desarrollar la conferencia, haciendo énfasis en las debilidades.
2. La Conferencia se desarrollará en un tiempo estimado de 30 minutos, donde al final, los asistentes podrán intervenir con preguntas.
3. El Taller de Retroalimentación se realizará:
 - En 6 grupos quienes tendrán 20 minutos para resolver unas preguntas, al cabo del tiempo se desarrollarán las preguntas en conjunto, aclarando dudas y fortaleciendo los conocimientos, esto tendrá un tiempo estimado de 30 minutos.
 - Actividades Lúdicas que permitan fortalecer los conocimientos.
4. La evaluación se realizará por medio de una Encuesta de Satisfacción a los asistentes.

6.3 NECESIDADES DEL SERVICIO

- Insumos: La Cantidad de insumos necesarios para el desarrollo de las sesiones educativas, tenemos:

Cuadro 12. Insumos

Artículo	Cantidad	Valor unitario	Valor anual
Resma de Papel	20	9.000	180.000
Fotocopias	20.000	50	1.000.000
Caja de Esferos X 10	5	8.000	40.000
Caja de Resaltadores X 6	3	8.000	24.000
Cartuchos Impresora	5	40.000	200.000
Total		65.050	1.444.000

Fuente: este estudio.

- **Recurso Humano Directo:** Esta comprendido por todo el personal que labora en la Fundación, siendo este gasto equivalente a \$99.869.692.(Ver Tabla N° 7 Gastos de Personal)
- **Costos Indirectos:** Detalle de los costos indirectos necesarios para desarrollar el Programa de Promoción y Prevención del HIV de la Fundación.

Cuadro N° 13. Costos Indirectos

Descripción	Total mensual	Total anual
Energía Eléctrica	75.000	900.000
Agua	45.000	540.000
Teléfono e Internet	80.000	960.000
Total	200.000	2.400.000

Fuente: este estudio.

5.3.1 Costo del Servicio. Se calcula el costo del servicio por sesión educativa tomando el total de gastos directos e indirectos que se necesitan para prestar el servicio.

Cuadro 14. Costos del servicio

Descripción	Total mes	Total año
Insumos	120.333	1.444.000
Recurso humano directo	8.322.474	99.869.692
Costos indirectos	200.000	2.400.000
Total	8.642.807	103.713.692

Fuente: este estudio.

Costo por Sesión Educativa **\$360.117**

6.4 EQUIPOS MUEBLES Y ENSERES

Corresponde a las maquinas, equipos, muebles y enseres, computadores y equipos de oficina necesarios para desarrollar las actividades de la Fundación:

Cuadro 15. Capacidad instalada

Descripción	Valor
Equipos de computo	1.350.000
Maquinaria y equipo	2.380.000
Muebles y enseres	1.040.000
Total	4.770.000

Fuente: este estudio.

Cuadro 16. Depreciaciones

Descripción	Depreciación	Valor total
Equipos de computo	5 AÑOS	67.500
Maquinaria y equipo	5 AÑOS	119.000
Muebles y enseres	10 AÑOS	104.000
Total		290.500

Fuente: este estudio.

Cuadro 17. Equipos de computo

Descripción	Valor
Computador	1.200.000
Impresora Multifuncional	150.000
Total	1.350.000

Fuente: este estudio.

Cuadro 18. Maquinaria y Equipos

Descripción	Valor
Video Bin	1.200.000
DVD	80.000
Televisor de 42"	1.100.000
Total	2.380.000

Fuente: este estudio.

Cuadro 19. Muebles y Enseres

Descripción	Valor
Escritorio	400.000
Sillas x 2	280.000
Teléfono	100.000
Sillas de sala espera	260.000
Total	1.040.000

Fuente: este estudio.

6.5 INSTALACIONES FÍSICAS

Para el desarrollo de las sesiones educativas es necesario tener en cuenta que el salón de conferencias será alquilado, o en su defecto se buscará que el cliente escoja el sitio donde la gente pueda tener un acceso fácil y cómodo.

6.7 ANALISIS DE LA FACTIBILIDAD TECNICO CIENTIFICA

La filosofía de la Fundación es que las personas y las comunidades del Departamento del Cauca interioricen la información, que aprendan sobre el HIV , sus formas de prevenirlo y de mantener su salud; por ello la empresa tiene muy claro como va ha ser el desarrollo de las actividades y cual es la mejor forma para que la información sea entendida y puesta en práctica por los usuarios, por eso nos parece necesario se trabajen en diferentes días con ello las personas pueden traer más dudas de los días anteriores. Es una nueva forma de educar a las personas, por ser un proceso innovador se espera que la gente responda con mucho entusiasmo y es trabajo de la Fundación, aprovechar y mantener este entusiasmo en el tiempo.

En cuanto a los Costos del Servicio podemos concluir que para iniciar el trabajo se necesita poco personal, lo que hace que el costo por charla sea más bajo. Además, los insumos a utilizar son muy pocos y se pueden comprar ha proveedores mayoristas y en cantidades de varias unidades que permitan disminuir su precio de compra, pues no son perecederos y no necesitan un almacenamiento especial, por ello sabemos que el desarrollo de las actividades es viable.

Después de hacer la planeación de la capacidad instalada, podemos concluir que para la creación de la Fundación es muy baja la inversión en equipos, muebles y enseres lo que hace que los Fundadores tengan la oportunidad de desarrollar el proyecto; además que las instalaciones para desarrollar las actividades no son muy complejas, no exigen muchos requisitos lo que hace que la empresa los pueda cumplir

7. ANÁLISIS FINANCIERO

7.1 BALANCE DE INSTALACION

Cuadro 20. Balance de Instalación

ACTIVOS		PASIVOS	
Caja (Caja menor)	230.000	Cuentas Por Pagar	0
Bancos	15.000.000	Proveedores	1.500.000
Cuentas por Cobrar	0	Impuestos por Pagar	0
Inventario de Insumos	0	TOTAL PASIVO CORRIENTE	1.500.000
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	15.230.000	Pasivo a largo plazo	0
		Obligaciones Financieras	0
ACTIVO FIJO		TOTAL PASIVO LARGO PLAZO	0
COMPUTADORES	1.350.000	TOTAL PASIVO	1.500.000
Depreciación acumulada	0		
MAQUINARIA Y EQUIPO	2.380.000	PATRIMONIO	
Depreciación acumulada	0	Capital	18.500.000
MUEBLES Y ENSERES	1.040.000	Utilidad del Periodo	0
Depreciación acumulada	0	Utilidad Acumulada	0
TOTAL ACTIVO FIJO	4.770.000	TOTAL PATRIMONIO	18.500.000
TOTAL ACTIVO	20.000.000	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	20.000.000

Fuente: este estudio.

7.2 ESTADO DE RESULTADOS

Cuadro 21. Estado de resultados

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 5
VENTAS	139.638.816	146.620.757	161.282.832	185.475.257
- COSTO DE VENTAS	6.920.000	7.266.000	7.992.600	9.191.490
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	132.718.816	139.354.757	153.290.232	176.283.767
- GASTOS ADMINISTRATIVOS	103.713.684	107.862.231	113.255.343	120.050.664
- GASTOS DE VENTAS	3.800.000	3.952.000	4.149.600	4.357.080
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL	25.205.132	27.540.525	35.885.290	51.876.024
IMPUESTO DE RENTA	8.378.329	8.797.245	9.676.970	11.128.515
UTILIDAD O PERDIDA DEL PERIODO	22.533.388	23.743.280	26.208.320	40.747.508

Fuente: este estudio.

7.3 INDICADORES FINANCIEROS

7.3.1 De liquidez

- Razón Corriente
RC= activo corriente/pasivo corriente
RC= 15.230.000/1.500.000 = 10,15

Donde por cada peso que debe la empresa tiene 10,15 pesos para pagar. Esto quiere decir que la empresa tiene la capacidad para enfrentar obligaciones financieras a corto plazo.

- Capital Neto de Trabajo
C.N.T.= Activo corriente – Pasivo Corriente
C.N.T.= 15.230.000 – 1.500.000 = \$13.730.000

Se puede observar que a la empresa le quedarían \$13.730.000 después de pagar todos sus pasivos en caso de que tuvieran que ser cancelados de inmediato.

7.3.2 De endeudamiento

- Nivel de Endeudamiento:
N.E.= Total Pasivo/Total Activo
N.E.= 1.500.000/20.000.000= 0,075

Por cada peso que la empresa ha invertido en activos, los acreedores son dueños de **0,075** y los propietarios del 0,925

7.3.3 De rendimiento

- Margen Bruto de Utilidad
M.B.U. = Utilidad Bruta/Ventas Netas*100
M.B.U. = 132.718.816/139.638.816*100 = 95 %

El equipo de trabajo tiene la capacidad de generar 95% de margen de utilidad Bruta

- Margen Operacional
 $M.O = \text{Utilidad Operacional} / \text{Ventas Totales}$
 $M.O = 25.205.132 / 139.638.816 * 100 = 18 \%$

El margen operacional generado por la Fundación es del 18%

- Margen Neto
 $M.N = \text{Utilidad Neta} / \text{Ventas Netas}$
 $M.N = 22.533.388 / 139.638.816 = 0,16$

Esto quiere decir que por cada peso vendido la empresa tiene una utilidad del 0,16 después de todos los costos, gastos e impuestos

- Rendimiento Activo Total
 $R.A.T = \text{Utilidad Neta} / \text{Activos Totales}$
 $R.A.T = 22.533.388 / 20.000.000 = 1,126$

Quiere decir que por cada peso invertido en la empresa está generando un 1,126 de utilidad.

7.3.4 De actividad

- Rotación de Activos Fijos
 $R.A.F = \text{Ventas totales} / \text{Activos fijos brutos}$
 $R.A.F = 139.638.816 / 4.770.000 = 29,27 \text{ veces}$

La empresa rotará su activo fijo 29,27 veces.

- Rotación de Activos Totales
 $R.A.T = \text{Ventas totales} / \text{Total Activos}$
 $R.A.T = 139.638.816 / 20.000.000 = 6,98$

La Fundación por cada peso invertido vendió 6,98.

7.4 VIABILIDAD FINANCIERA

El flujo de efectivo proyectado a tres años con un incremento del 5% anual.

Cuadro 22. Flujo de efectivo proyectado

Ingresos	1 año	2 año	3 año
Disponibilidad inicial		22.823.888	47.064.945
Depreciaciones	290.500	581.000	871.500
Venta de servicios	139.638.816	146.620.757	153.951.795
Total ingresos	139.929.316	170.025.645	201.888.240
Egresos			
Costo de ventas	6.920.000	7.266.000	7.629.300
Gastos administrativos	103.713.684	108.899.368	114.344.337
Gastos de ventas	3.800.000	3.990.000	4.189.500
Impuesto de renta	2.671.744	2.805.331	2.945.598
Total gastos	117.105.428	122.960.699	129.108.734
Superavit o deficit	22.823.888	47.064.945	72.779.506

Fuente: este estudio.

Valor Presente Neto VPN

Técnica	Aceptación	Rechazo
VPN	≥ 0	< 0
TIR	$\geq \text{TMAR}$	$< \text{TMAR}$

Línea De Tiempo

0	1	2	3
- \$20.000.000	\$22.823.888	\$47.064.945	\$72.779.506

INVERSIÓN \$20.000.000

UTILIDAD 1 AÑO= \$22.823.888

UTILIDAD 2 AÑO= \$47.064.945

UTILIDAD 3 AÑO= \$72.779.506

TASA: 15%

VPN (miles)

$(-20.000.000 + [22.823.888 / (1.15)^1] + [47.064.945 / (1.15)^2] + [72.779.506 / (1.15)^3])$

VPN (miles) = \$ 83.288.426 pesos

El valor presente neto de la Fundación tiene una inversión inicial de \$20.000.000 y una utilidad anual durante tres años con una tasa de incremento del 15%.

Para un resultado positivo lo que deduce que la inversión del proyecto se maximizará en \$ 83.288.426 pesos, con una tasa del 15%. El proyecto es ejecutable.

Tasa Interna de Retorno- TIR

Linea de Tiempo

0	1	2	3
- \$20.000.000	\$22.823.888	\$47.064.945	\$72.779.506

VPN = \$83.288.426 pesos

TASA= 15%

TIR= $-20.000.000 (22.823.888 + 47.064.945 + 72.779.506) = 83,3\%$

La Tasa Interna de Retorno refleja que el proyecto puede ser aceptado porque evidencia un rendimiento del 83,3% superior a la tasa planteada (15%).

7.5 PUNTO DE EQUILIBRIO

Precio Venta \$ 484.857
Coste Unitario \$ 12.570
Gastos Fijos Mes **\$8.642.807**

- Margen de Contribución en Unidades
MC1= precio de venta unitario-costos variable unitario
MC1= $\$484.857 - \$12.570 = \$472.287$
- Punto de Equilibrio en Unidades
PE1= Costos Fijos/MC1
PE1= $8.642.807/472.287 = 18,3$
- Margen de Contribución en Pesos
MC2= Ventas Totales – Costos variables totales / ventas totales

$$MC2 = 11.636.568 - \frac{301.694}{11.636.568} = 0,974$$

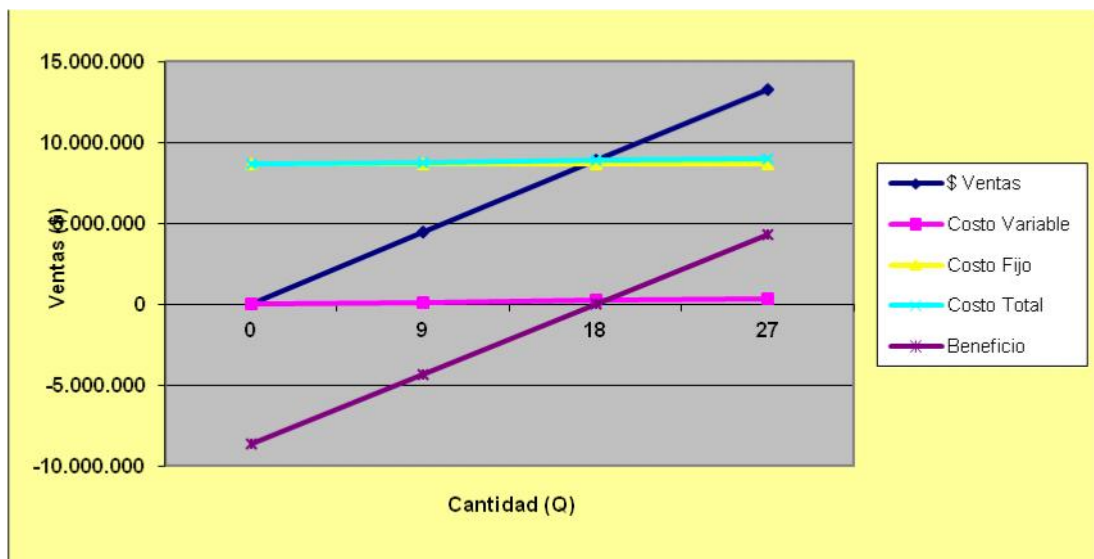
- Punto de Equilibrio en Pesos
PE2 = Costos fijos Totales/MC2
PE2 = **8.642.807/0,974 = 8.873.518**

Prueba:

$$8.873.518 / 484.857 = 18,3$$

Para alcanzar el punto de equilibrio se deben vender 18 unidades al mes.

Figura 25. Punto de Equilibrio



Fuente: PN FPP VIH/SIDA Pop. 2011.

8. LIMITACIONES

En este trabajo no se presenta el estudio de mercado desde la percepción de los clientes que para el caso son las EPS únicamente se deja planteado el instrumento (Anexo 2) para recolectar la información requerida, lo cual se llevará a cabo en la fase II del proyecto.

9. CONCLUSIONES

Se cuenta con un nuevo mercado, cuyas posibilidades amplió la LEY 1438 de 2011 con planes de salud que tienen un gran componente de Atención Primaria en Salud en cuanto a Programas de Promoción y Prevención, esto unido a la baja competencia que existe en el Municipio de Popayán frente a estos temas de P y P, VIH Sida, se presenta la oportunidad de aprovechar esta ciudad capital del Departamento donde se apoya a los municipios vecinos en temas de salud.

Se determinó que hay un mercado potencial muy interesado en hacer uso de los servicios, pudimos determinar las necesidades y expectativas que tienen los beneficiarios potenciales frente a la prestación del servicio, lo que nos da un poco más de seguridad frente al mercado y lo que nos hace ver que la Fundación “Amigos por la Vida” es un proyecto viable que podrá cumplir su proyección de ventas teniendo en cuenta el mercado.

La Fundación “Amigos por la Vida” se establece como un organización estratégica que le permitirá a los empleados tener claras sus funciones y roles dentro de la organización, además, de tener clara la misión y la visión, para cumplir con los objetivos institucionales y enfrentarse a la competencia con unas estrategias claras que le permitan prestar un servicio que penetre en el mercado.

La Infraestructura y dotación de los equipos necesarios, favorece la prestación de un servicio con calidad para mejorar el estilo de vida y el comportamiento social de los usuarios.

Financieramente la Fundación Amigos de la Vida, presenta una factibilidad que se refleja en los indicadores financieros, un VPN de \$83.288.426 y un TIR del 83,3% lo que hace al proyecto viable.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Asamblea general de las naciones unidas. Declaración del Milenio .Quincuagésimo quinto periodo de sesiones, New york; A/RES/55/2, 13 de Septiembre de 2000. 10 pags.
- (2) Ban , Ki-moon. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO. Nueva york; DESA, junio de 2010. 80 pags.
- (3) Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI. 1 Edic. Yakarta,Republica de Indonesia;Julio 21-25,1997. 11 pags .
- (4) De Salazar L, Díaz C y Magaña A (2002) Municipios y Comunidades Saludables. El reto de la Evaluación. CEDETES, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia
- (5) Echeverri, Esperanza López. La salud en Colombia: Abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades .Bogotá. Colombia; Univ. Nal de Colombia, 9 de marzo de 2002. 19 pags
- (6) Escalante, Patricia Redondo. Prevención de la enfermedad..4edic.Costa rica; Univ.de Costa Rica.2004. 26 pags.
- (7) Eslava, Juan Carlos. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia 12 pags . Sitio web de la revista Salud publica.
- (8) García, Martínez, Alfonso y otros. Educación para la salud: una apuesta por la calidad de vida. Edic ARAN, Madrid, España. 50 pags
- (9) García, Ospina. Consuelo. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad atención primaria en salud y plan de atención básica.2003.Caldas,Colombia; 17 pags
- (10) GARCÍA, OSPINA. Consuelo. El ayer y el hoy de la promoción de la salud. EN: Hacia la Promoción de la Salud.2008. 15 pags
- (11) GUIA DE ATENCION DEL VIH –SIDA. PACIENTES SEROPOSITIVOS. Resolución numero (0412) de 2000. 46 pags.
- (12) Hernández, Álvaro pascual. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. INMUNOPATOGENIA.cap1. 36 pags
- (13) La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud “nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud al siglo XXI”1997
- (14) Lautaro, Pérez . Biología molecular del virus de la inmunodeficiencia humana y los recientes progresos en el tratamiento del SIDA. Versión impresa ISSN 0370-4106 Santiago de Chile; marzo de 2000. 71 pags
- (15) Larrauri, Raul Choque. Comunicación y Educación para la promoción de la salud.1 cap; Lima .Peru;2005 16 pags

- (16) Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Colombia; 19 enero de 2011. 51 pags
- (17) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud (artículo 12).
- (18) MAYA, L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Disponible en Internet: www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm
- (19) Ministerio de salud. Resolución Numero 00412 de 2000.”por la cual se establecen las actividades , procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública “. Diario Oficial. 31 de marzo de 2000. 12 pags
- (20) Ministerio de la Protección Social. Informe UNGASS , Seguimiento sobre la declaración de compromiso sobre el VIH-SIDA.2010. 201 pags.
- (21) Norma técnica para la atención en Planificación familiar y manejo de ETS. Ministerio de salud , Dirección general de Promoción y Prevención.2001.14 pags
- (22) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1996): “Modelos y Teorías de Comunicación en Salud”. Washington D.C.
- (23) Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial. Borrador para discusión Jul. 12/05
- (24) Organización panamericana de la salud .OPS/OMS. Indicadores básicos departamento del cauca. República de Colombia. Colombia; impreso FERIVA S.A. 2010. 46 pags.
- (25) Organización panamericana de la salud. Enfoque de hábitos para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington,DC; Fundación W.K. Kellog. Septiembre de 2001. 65 pags.
- (26) Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). Documento en Pdf. 1977 . 5 pags
- (27) Quintero V. Ángela M. Trabajo social y procesos familiares. Colección política, servicios y trabajo social. Editorial Lumen/Humanistas. 1997.42 pags.
- (28) Rengifo, Jose ivan. Plan de salud del municipio de Popayán, Perfil epidemiológico.1 Edic. Popayán; Abril de 2008.153 pags
- (29) Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001 pág. 52.
- (30) Salazar, Ligia de. Evaluación de efectividad en Promoción de la salud. Valle-Colombia; CEDETES. UNIVALLE, agosto de 2004.144 pags
- (31) SINGERIST citado por Tenis Milton. Qué es la Promoción de la Salud. OPS Washington. Julio 1991

- (32) Tobar, Federico. Atención Primaria de la Salud: una alternativa para salir de la emergencia
- (33) <http://www.avert.org/sida.htm>
- (34) <http://www.cauca.gov.co/odm.shtml?apc=m-xx-1-&x=1362681>
- (35) www.Dane.gov.co. Encuesta Calidad de vida. 39 pags
- (36) <http://www.Dane.gov.co>. Estadística poblacional.6 pags
- (37) www.mapfre.com/.../habitos-descanso-hombres.shtml
- (38) http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/promocion_salud.html
- (39) Universidad del Cauca, Observatorio Político. Obpolitico@ unicauca.edu.co. Boletín N.5 . febrero de 2008
- (40) www.portalesmedicos.com/.../Rol-de-Enfermeria-en-la-promocion-de-habitos-saludables-para-mejorar-la-calidad-de-vida-de-personas-hi..
- (41) www.slideshare.net/.../patron-descanso-y-sueno
- (42) raulcelsoar.idoo.com/salud/descan.htm
- (43) www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp

ANEXO A.
ENCUESTA DE ESTUDIO DE MERCADO “USUARIOS”

OBJETIVO: Realizar un estudio de mercado desde el punto de vista de los usuarios, determinando si el servicio que se va a prestar va a tener la aceptabilidad esperada e identificar las necesidades de la población del Departamento del Cauca.

EPS a la que pertenecen: _____ Sexo: Femenino __ Masculino _

Edad: _____ Ocupación: _____ Residencia: Rural ____ Urbano _____

Nivel Educativo: Primaria: ____ Secundaria: _____ Universitario: _____

1. ¿Sabe usted que es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?

SI ____ NO ____

2. ¿Conoce si en su EPS hay un Programa de Prevención del VIH?

SI ____ NO ____

Si, lo conoce; considera que el Programa es:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo

3. ¿Conoce las formas como se puede contagiar con VIH?

SI ____ NO ____

Si su respuesta es afirmativa, diga cuales son:

4. ¿Sabe cuales son las barreras de protección para evitar el contagio con el VIH durante las relaciones sexuales?

SI ____ NO ____

Si su respuesta es afirmativa, conteste la siguiente pregunta:

Cual?

+ Las barreras las usa?

a) Durante todo el acto sexual

b) Al finalizar el acto sexual

c) No las utiliza

5. ¿Asistiría a actividades educativas sobre el VIH?

SI _____ NO _____

6. ¿Qué temas le gustaría que se trataran sobre el VIH?

7. ¿Cuál sería el horario más adecuado para que usted pueda asistir a estas actividades?

Mañana _____ Tarde _____ Noche _____

8. ¿Cuánto tiempo considera sería el adecuado para desarrollar las actividades educativas en un día?

1 hora y media _____ 2 horas _____ 3 horas o más _____

9. ¿Usted asistiría a las tres sesiones educativas que se requieren en diferentes días para tratar de manera completa el tema del VIH?

SI _____ NO _____

10. Le gustaría que estas tres sesiones se desarrollaran:

- a) En la misma semana
- b) En diferentes semanas del mismo mes
- c) Durante 3 meses (1 sesión por mes)
- d) Otra, Cuál? _____

11. Quisiera que las actividades educativas se realizaran:

- a) En su IPS
- b) En su barrio
- c) En su EPS
- d) Otro, Cuál?

12. ¿Le gustaría que en su comunidad se realizaran actividades educativas sobre los factores de riesgo de contagiarse con el VIH y la manera de prevenir este contagio?

SI _____ NO _____

13. ¿Cree que si las personas sanas conocen más sobre la infección del VIH, mejorarían el trato hacia las personas que tienen el virus?

SI _____ NO _____

14. ¿Si una persona de su familia o su comunidad es diagnosticada con VIH, lo acompañaría a las actividades educativas para aprender a vivir con la enfermedad?

SI _____ NO _____

15. ¿Le gustaría saber como vivir con una persona portadora del virus?

SI _____ NO _____

16. ¿Llevaría a un miembro de su familia, a las actividades educativas sobre los diferentes temas relacionados con el VIH?

SI _____ NO _____

17. ¿Sabe que actividades de Promoción y Prevención del VIH, le ofrece su EPS?

SI _____ NO _____

Si sabe, Cuales? _____

18. ¿Qué le gustaría que le ofreciera su EPS?

19. ¿Le gustaría tener un sitio donde pudiera encontrar asesoría sobre la infección del VIH y sus formas de prevenir el contagio?

SI _____ NO _____

Gracias por su colaboración!

Elaborado por:
Jennifer Carvajal Pérez
Pilar Ruiz Bautista

ANEXO B.

ENCUESTA SOBRE ESTUDIO DE MERCADO “CLIENTES”

OBJETIVO: Determinar la disposición de las EPS para la contratación de servicios de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán, además identificar las necesidad de contratación en los temas de P y P de VIH /SIDA.

FECHA: _____

NOMBRE DE LA EPS: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SUMINISTRA LA INFORMACION:

1. Considera que es importante que sus usuarios tengan acceso a un Programa de Promoción y Prevención del VIH?
SI _____ NO _____

2. Si su respuesta es afirmativa que servicios dentro del portafolio le gustaría que le brindara una empresa de Promoción y Prevención del VIH

A NIVEL DEL GRUPO DE AFILIADOS

A NIVEL DE LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS

A NIVEL DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS

3. Al momento de elegir una empresa para contratar sus servicios, se tiene en cuenta (puede marcar varias opciones):

- a) El nombre de la empresa
- b) La calidad del servicio
- c) El Tipo de servicio que se oferta
- d) El precio por el cual se contrata.
- e) Otros. Cual _____

4. Que tarifas contrataría con sus proveedores de servicios de P y P del VIH?

- a) Las del SOAT.
- b) Las del ISS 2004
- c) Las del ISS 2001
- d) Las Propias
- e) Otra.
Cuales? _____

5. Si se organizara un empresa que pudiera brindar servicios de Promoción y Prevención del VIH, estaría dispuesto(a) a incluirlo dentro de sus proveedores?
SI _____ NO _____

Porque?

6. Resalte los aspectos positivos que tienen sus actuales proveedores de programas de PyP y lo que le gustaría ellos mejoraran
ASPECTOS POSITIVOS

ASPECTOS A MEJORAR

Gracias por su colaboración

Elaborado por: Jennifer Carvaja Pérez - Pilar Ruiz Bautista

**ANEXO C.
FICHA BIBLIOGRÁFICA**

FICHA BIBLIOGRÁFICA TRABAJO	
TIPO	Investigación Formativa - Plan de Negocio
TITULO	Plan de negocio para la creacion de una Fundación que presta servicio de Promoción y Prevención del VIH en el Municipio de Popayán
PROGRAMA	Especialización en Auditoria y Grantia de la Calidad en Salud con énfasis en epidemiología
MODALIDAD PROGRAMA	Posgrado
EDICIÓN	Popayán, Universidad EAN; Universidad del Cauca, 2011
AUTOR (es)	Jennifer, Carvajal Pérez; Pilar, Ruiz Bautista
PALABRAS CLAVES	Promoción y Prevención; Plan de Negocio; VIH; Popayán; Fundación
DESCRIPCIÓN	Este estudio evalúa la factibilidad del mercado, administrativas, del servicio y fiancieras para la creación de una Fundación que presta servicios de P y P del VIH en el Municipio de Popayán.
FUENTES	Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud. Atencion Primaria, Federico Tobar. OPS, atención primaria. DANE
CONTENIDO	El informe contiene cinco capitulos: el primero presenta un marco referencial donde se revisan todos los temas necesarios para empezar el estudio; en el segundo se realiza la factibilidad del mercado, teniendo en cuenta la percepción del usuario; en el tercer capitulo se determina la viabilidad administrativa y organizacional donde se estructura la empresa; el cuarto capitulo comprende la factibilidad tecnico-cientifica del servicio donde se describen las necesidades para desarrollar el servicio y el último describe la factibilidad financiera de la Fundación.
METODOLOGÍA	Con un enfoque descriptivo, se consultaron fuentes secundarias como, bases de datos y documentos de entidades nacionales relacionadas con el tema.
CONCLUSIONES	La creación de la Fundación es viable desde los cuatro puntos que se estudiaron: la factibilidad del mercado, administrativa, tecnico-cientifica y financiera.
PERIODO ACADÉMICO	20111

ANEXO D.

CARTA DE DERECHOS DE AUTOR

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA EAN

Nosotras JENNIFER ALEXANDRA CARVAJAL PÉREZ y GLADYS PILAR RUIZ BAUTISTA mayores de edad, vecinas de la ciudad de POPAYÁN (COLOMBIA), identificadas con cédula de ciudadanía N° 53.140.339 y 52.254.027, actuando en nuestra calidad de autores del informe final de investigación, titulado PLAN DE NEGOCIOS PARA LA CREACIÓN DE UNA FUNDACIÓN QUE PRESTA SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIH EN EL MUNICIPIO DE POPAYÁN, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como un medio de consulta para la comunidad Universitaria
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN,

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se nos dé crédito al Informe Final de Investigación.

Manifestamos que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizamos sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detentamos la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumimos toda la responsabilidad.

Para todos lo efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

JENNIFER A. CARVAJAL PÉREZ
C.C. 53.140.339 de Bogotá

GLADYS PILAR RUIZ BAUTISTA
C.C. 52.254.027 de Bogotá