**ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS QUE
TRABALHAM COM HIV/AIDS EM SANTA FE DE
BOGOTÁ, D.C.,- COLÔMBIA: ORIGENS E TENDÊNCIAS.**

MARTHA LÚCIA ALZATE POSADA

Tese apresentada à Faculdade
de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo,
Brasil para obtenção do título
de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora:

Prof^a. Titular

Evelin Naked de Castro Sá

São Paulo - Brasil
1998

Neste mundo da AIDS a infância é a possibilidade de crescer, viver e desfrutar a vida plenamente num horizonte grande e complexo; a juventude e a maturidade consistem em conservar o assombro ante o mistério da vida e encontrar nas coisas simples de cada amanhecer, suficientes motivos de alegria, assim como Quando a alma se comove ante o choro alheio ou quando se compartilha seu sorriso!

Linda

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	Vi
RESUMO.....	Vii
RESUMEN.....	Viii
SUMMARY.....	lx
SIGLAS.....	X
ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS QUE TRABALHAM COM HIV/AIDS EM SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., COLÔMBIA PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	Xii
I. APRESENTAÇÃO.....	1
II. OBJETIVOS.....	8
III. PANORAMA GERAL DAS ONG, NA COLÔMBIA E ÀS RELACIONADAS COM A INFECÇÃO POR HIV-AIDS.....	9
1. Definições, Caracterização e Classificação das ONG.....	11
2. As ONG na Colômbia.....	19
3. As ONG Relacionadas com a Infecção por HIV/AIDS.....	23
IV. CONTEXTO GEOPOLÍTICO E DE SAÚDE DAS ONG HIV/AIDS NA COLÔMBIA.....	30
1. Panorama Geopolítico Colombiano.....	30
2. Descrição da Prestação dos Serviços de Saúde na Colômbia	33
2.1. Aspectos Político-Administrativos.....	35
2.2. Abordagem da Infecção por HIV/AIDS-DST.....	43
2.2.1. Epidemia e Pandemia da Infecção por HIV/AIDS em Nível Mundial.....	45

3.2. Atividades Aducativas.....	106
3.3. Atividades Investigativas.....	109
4. Análise das Fortaleza, Debilidades, Ameaças e Oportunidades das ONG-HIV/AIDS, Santa Fe de Bogotá, D.C.....	110
VII. CONCLUSÕES.....	117
VIII. RECOMENDAÇÕES.....	119
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	130
ANEXOS	
Anexo 1 - Registro de ONG - HIV/AIDS.....	A
Anexo 2 - Possíveis Atividades Desenvolvidas pelas ONG - HIV/AIDS.....	C
Anexo 3 - Roteiro para a Realização de Entrevistas.....	G
Anexo 4 - Caracterização Autodiagnóstica Institucional das ONG-IV/AIDS	I
Anexo 5 - Roteiro para Diálogo com Atores Indiretos e Relacionados com as ONG que trabalham em HIV/AIDS.....	J

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1	Mapa da Colômbia.....	31
Figura 2	Taxa anual de incidência de AIDS por 100.000 habitantes, Colômbia 1983 - 1996.....	51
Figura 3	Porcentagem de casos de infectados por HIV/AIDS segundo sexo, Colômbia 1983 - agosto de 1996.....	53
Figura 4	Distribuição percentual de infectados por HIV/AIDS segundo via de transmissão, Colômbia 1983 - agosto de 1996.....	57
Figura 5	Porcentagem de infectados por HIV/AIDS segundo mecanismo de transmissão sexual, Colômbia 1986 - agosto de 1996.....	58
Quadro 1	Número de infectados por HIV/AIDS por ano na Colômbia, 1983 - agosto de 1996.	50
Quadro 2	Número de infectados por HIV/AIDS, segundo sexo e ano, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.....	52
Quadro 3	Relação homem/mulher de infectados por HIV/AIDS, Colômbia 1983 - agosto de 1996.....	54
Quadro 4	Total percentual e número de infectados por HIV/AIDS, segundo grupos de idade por ano, Colômbia 1983 - agosto de 1996.....	55
Quadro 5	Distribuição percentual anual de Infectados por HIV/AIDS, segundo via de transmissão, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.....	56
Quadro 6	Porcentagem anual de mortalidade por causa da Infecção por HIV/AIDS, Colômbia 1983 - agosto de 1996.....	59
Quadro 7	Distribuição percentual e número de casos de DST notificados, Secretaria Distrital de Saúde de Santa fé de Bogotá em, Colômbia 1995.....	62

Quadro 8	Taxa de incidência geral (por 100.000 habitantes) e grupo de idade por enfermidades de transmissão sexual, Santa fé de Bogotá, Colômbia, 1995.....	63
Tabela 1	Organizações não governamentais, segundo tipo de relacionamento com a infecção por HIV/AIDS e participação no estudo, Santa Fe de Bogotá, D.C., Colômbia, junho de 1996.....	66
Tabela 2	Porcentagem de atividades assistenciais realizadas pelas 11 ONGs-HIV/AIDS, Santa fé de Bogotá D.C., Colômbia 1995.....	104
Tabela 3	Porcentagem de atividades educativas realizadas pelas 11 ONGs-HIV/AIDS, Santa fé de Bogotá D.C., Colômbia 1995.....	108

AGRADECIMENTOS

À Universidade Nacional da Colômbia, Faculdade de Enfermagem e à Universidade de São Paulo - Brasil, Faculdade de Saúde Pública, pela oportunidade concedida para continuar meu processo de formação profissional e pessoal.

À professora Dra. Evelin Naked de Castro Sá, orientadora e amiga, por seus ensinamentos, apoio e compreensão.

À minha família colombiana, por estar presente a todo instante da minha vida, e a meus novos familiares paulistanos, por seu constante e inestimável apoio.

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, Programa Estudantes - Convênio de Pós-Graduação, Acordo Cultural, pelo apoio financeiro.

A todos os professores, companheiros, amigos e pessoas com as quais compartilhei e aprendi com suas experiências e conhecimentos. Em particular, aos membros da banca, por suas orientações para chegar à meta e de maneira significativa, as pessoas que com sua paciência, idéias e dedicação participaram na realização do documento final.

Às instituições e ONG que fizeram parte do estudo, e em especial, às pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS por compartilharem suas vivências e ensinamentos e sobretudo, por recordar-me que a vida realmente tem sentido.

RESUMO

A análise descritiva de onze Organizações Não Governamentais que trabalham com AIDS — ONG-HIV/AIDS da cidade de Santa Fe de Bogotá, D.C., - Colômbia, sob o atual contexto sócio-político e econômico, partiu do interesse e a necessidade de estudá-las desde sua criação e em suas formas de organização e desenvolvimento, objetivando identificar generalidades e particularidades, que posteriormente, possam orientar possíveis tendências ou projeções.

Por meio de observações, revisão de documentos e diálogos abertos, previamente estruturados, obtiveram-se informações quali-quantitativa com os atores participantes. Informações que foram agrupadas, relacionadas e ilustradas, e isso permitiu aproximações mais exatas sobre o surgimento e identificação de elementos organizativos com os diferentes fatores reais e potenciais derivados da dinâmica epidemiológico-social da infecção por HIV/AIDS, das rápidas mudanças do mundo moderno e, em especial, da sociedade da qual fazem parte.

Surgiram, paralelamente com a evolução da infecção em 1984, como resposta às diferentes reações individuais e coletivas da sociedade, atuando junto e ao lado das esferas sociais. Apresentam características similares no processo de conformação, organização e realização de atividades, com predomínio das relacionadas com a promoção e prevenção da saúde (educação), seguidas das assistenciais e, menos freqüente, as investigativas e apoiadas com atividades administrativas básicas. Em seu desenvolvimento, observam-se faquezas e potencialidades que influem em sua estabilidade interna e externa e nas possibilidades de transformação e na perenidade.

Precisam atingir seus fins com maior objetividade, qualidade técnica e financeira, de acordo com as tendências mundiais, epidemiológico-sociais da AIDS e aos resultados derivados do presente estudo. Por último, são feitas recomendações que permitam fortalecer-se administrativamente e constituir-se em empresas proativas legítimas, com um voluntariado de ponta e abertas a novas alianças.

RESUMEN

El análisis descriptivo de once Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en SIDA — ONG-VIH/SIDA de la ciudad de Santa Fe de Bogotá D.C., - Colombia, en el actual contexto socio-político y económico, partió del interés y la necesidad de estudiarlas desde su génesis y en sus formas de organización y desarrollos, para identificar generalidades y particularidades que, posteriormente, orienten posibles tendencias o proyecciones.

Por medio de observaciones, revisión de documentos y diálogos abiertos, previamente estructurados, se obtuvo información cualicuantitativa con los diferentes actores que hacen parte de ellas, información que posteriormente, fue agrupada, relacionada e ilustrada, que permitió aproximaciones más exactas sobre el surgimiento e identificación de elementos organizativos con los diferentes factores reales y potenciales derivados de la dinámica epidemiológico-social de la infección por VIH/SIDA, de los acelerados cambios del mundo moderno y, en especial, de la sociedad de la cual hacen parte.

Surgieron paralelamente con la evolución de la infección en 1984, como respuesta de las diferentes reacciones individuales y colectivas de la sociedad, actuando junto y al lado de las esferas sociales. Presentan características similares en el proceso de conformación, organización y realización de actividades, con predominio de las relacionadas con la promoción y prevención (educación), seguidas de las asistenciales, y menos frecuente, las investigativas e apoyadas por actividades administrativas básicas. En su desarrollo se observan debilidades y potencialidades que influyen en su estabilidad externa e interna y en las posibilidades de transformación y perennidad.

Ellas requieren abordar su finalidad con mayor objetividad, calidad técnica y financiera, de acuerdo a las tendencias mundiales, epidemiológicos-sociales del SIDA y a los resultados del presente estudio. Por último son formuladas recomendaciones que les permitan fortalecerse administrativamente y constituirse en empresas proactivas, legítimas, con un voluntariado de punta y abiertas a nuevas alianzas, entre otras.

SUMMARY

The descriptive analysis of the eleven Nongovernmental Organizations (NGO) that work with AIDS – HIV established in Santa Fe of Bogota D. C., Colombia, under the present social-political and economic context, was motivated by the interest and need of studying them from their origins, ways of organization and developments, in order to identify generalities and particularities that could point out possible future tendencies or evolvments.

By means of direct observation, from the revision of documents and open dialogues with different NGO participants, previously structured, we achieved qualitative and quantitative information from those actors. This information was then grouped, crossed and illustrated, giving a more exact approach on the arising and identification of organizing elements with different real and potential factors derived from the epidemiological and social dynamics of infection by HIV/AIDS, from the fast evolution of modern world, and particularly from the surrounding society.

The NGO were set up simultaneously, along with the infection evolution since 1984, in response to different individual and collective reactions from society, acting in cooperation to different social spheres. They present similar characteristics in the process of conformation, organization and application of activities, mainly those related to the promotion and prevention of health (education), followed by aiding ones and, less frequently, research supported by basic administrative activities. During their development processes, debilities and potentialities can be found that affect their internal and external stability, and their possibilities of transformation and continuity.

They must reach their goals with more objectiveness, technical and financial quality, according to modern social and epidemiological tendencies for HIV and according to the results of the present research. Finally, propositions are done that would power up their administration, that would turn them into active and legitimate enterprises, with a more performed staff, opened to new alliances.

SIGLAS

ACOPSIS	Asociación Colombiana de Psicología Social
AFRICASO	Consejo Africano de Organizaciones de Servicio contra el SIDA
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APCASO	Consejo Asiático y del Pacífico de Organizaciones de Servicio contra el SIDA
APVP	Aumento de Años Perdidos de Vida Potencial
ASOBHUM	Asociación para el Cumplimiento de las Organizaciones Sociales y el Respeto a los Derechos Humanos
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
CEE	Comunidad Económica Europea
CELADI	Centro Latino Americano de Investigación
CEPAS	Comité de Educación, Prevención y Asesoría en SIDA
CIID	Centro de Investigación Institucional y Desarrollo
COPACOS	Comites de Participación Comunitaria
CRESALC	Comité Regional de Educación Sexual para Latino America y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECOSOC	Comissão Econômica e Social da ONU
EPS	Entidades promotoras de Salud
EUROCASO	Consejo Europeo de Organizaciones de Servicio contra el SIDA
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FUNDEAVIH	Fundación de Apoyo a Infectados con VIH
GAI	Grupo de Apoyo e Información en SIDA
GAP	Grupo de Auto Apoyo
GMHC	Gay Men's Health Crisis
GNP+	Global Network of Positive People
GPA	Global Programme on AIDS
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICASO	Consejo Internacional de Organizaciones de Servicio Contra el

	SIDA
ICBF	Instituto Colombiano de Bien Estar Familiar
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS
ILGA	International Lesbian and Gay Association
INAS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISS	Instituto de los Seguros Sociales
LACCASO	Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones de Servicio contra el SIDA
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Omanizações Não Governamentais
ONG-HIV/AIDS	Omanizações Não Governamentais que trabalham em HIV/AIDS
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPEP	Organização de Países Exportadores de Petróleo
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Plan de Atención Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNDES	Planes y Programas Nacionales de Desarrollo Económico y Social
PNT	Perinatal
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS-12	Sistema de Información en Salud - n.º 12
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSSI	Sistema de Seguridad Social Integral
TBC	Tuberculose
UCCETS	Unión Colombiana de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS QUE TRABALHAM COM HIV/AIDS EM SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., - COLÔMBIA PARTICIPANTES DO ESTUDO.

- Asociación para la Protección Humana del Menor con AIDS con enlace a la Mujer - **PHUMA**
- Asociación Salud con Prevención
- Asociación Todo por Amor
- Centro de Apoyo Moral y Espiritual - **CAME**
- Corporación de Mujeres Trabajadoras Sexuales - **CORMUJER**
- Existir, Razon para Vivir - **EXISTIR**
- Fundación Colombiana de Apoyo en SIDA, Hepatitis y ETS - **APOYEMONOS**
- Fundación Dar Amor - **FUNDAMOR**
- Fundación **EUDES**
- Grupo Cascabel
- Grupo Darse
- Grupo de Ayuda e Información Frente al SIDA - **FIASAR**
- Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA - **LCLCS**
- Proyecto Renacer
- Proyecto Icaro
- Voluntariado para el Desarrollo Integral Humano - **VDIH**

I. APRESENTAÇÃO

e porque, através da cooperação voluntária dos indivíduos, motivados com uma mensagem baseada na educação para a saúde e nos direitos humanos, é possível modificar hábitos e motivar a responsabilidade individual - *A solidariedade é mais justa e também mais rentável*"⁶.

Surgem assim as Organizações Não Governamentais - **ONG** específicas para trabalhar com HIV/AIDS, como uma opção e como mecanismo de pressão e confrontação aos governos, em pró de leis favoráveis para salvaguardar os direitos humanos, políticos e para exigir programas específicos de saúde, mais integrais e eqüitativos.³²

De acordo com VIANNA, em sua obra "Reflexões sobre o planejamento institucional e gerenciamento de organizações não governamentais/AIDS do Brasil", as ONG foram surgindo por acaso, instáveis e vulneráveis, sem preparação nem recursos, desorganizadas, apolíticas, contra o governo, administradas domesticamente, carentes de uma boa gerência e planejamento, mais de acordo com a sua missão; constituídas por voluntários, os quais estavam mais movidos por interesses pessoais que grupais, com uma variedade de ações desintegradas, com muito pouco impacto social, grandes desgastes e uma infinidade de problemas técnicos, administrativos e financeiros⁷⁴.

As Organização Não Governamentais que trabalham e HIV/AIDS-**ONG-HIV/AIDS** têm diversas formas de trabalho, organização, objetivos, ideologias e fontes de financiamento. Observa-se um alto grau de altruísmo e filantropia, para trabalhar ativamente e contribuir na prevenção e controle da infecção². Entretanto, ainda muito pouco se conhece sobre a sua dinâmica organizacional e administrativa que orienta seus resultados através do tempo.

Em sua caminhada, elas enfrentam múltiplas dificuldades. Umas, relacionadas com as rápidas mudanças no comportamento epidemiológico e

social da infecção; outras, relacionadas com seu sistema de organização e administração que tem de acomodar-se a mudanças de ordem jurídico-legal que expressam as mesmas concepções nacionais e internacionais.

Esta última situação tem sido própria do Setor Saúde, em muitos países do mundo e, em especial, na América Latina. Expressa, assim, atuais tendências do mundo inteiro, relativas à globalização, à abertura econômica, ao neoliberalismo e à privatização.

Em particular, na Colômbia, as ONG-HIV/AIDS entram em um processo de adaptação derivado da aprovação da Lei n.º 10, de 1990, através da qual se reorganiza o Setor Saúde e se ditam disposições sobre a prestação de serviços de saúde por entidades como as Associações sem Fins Lucrativos (ONG).(Art. n.º 7, 20-22).⁵⁹

Em 1991, um ano mais tarde, aprova-se a nova Carta Constitucional do país, onde há referências ao Direito de Livre Associação (Art. n.º 38), à Seguridade Social como um *serviço público* de caráter obrigatório (Art. n.º 48) e onde as ONG se constituem em mecanismos democráticos de representação e participação da cidadania (Art. n.º 103). São mudanças constitucionais que rapidamente se regulamentam e que têm de ser cumpridas pelas instituições.⁶⁰

A carta é regulamentada, em 23 de dezembro de 1993, mediante a Lei n.º 100 que reforma o Sistema Geral de Pensões, e cria o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde - **SGSSS**, o Sistema Geral de Riscos Profissionais e o dos Serviços Sociais Complementares, entre outros.⁶⁰

Com esta Lei e seus decretos regulamentares, as ONG novamente entram em situação de instabilidade e incerteza, em particular aquelas que, de uma ou de outra maneira, prestam serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. Elas deverão cumprir os novos requisitos e normas estabelecidas e fazer parte das entidades de que dispõe o SGSSS como são as Entidades

Promotoras de Saúde - **EPS** e Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde - **IPS**. Igualmente, deverão levar em conta a Lei n.º 60, de 1993, que estabelece as bases legais para levar a cabo o processo de descentralização da Saúde e Educação e que aprova os critérios para a formulação de planos de saúde nos Departamentos e Distritos, com *participação social*. Além disso, a Lei n.º 80, de 1993, fixa o estatuto geral de Contratação da Administração Pública e regulamenta o que se refere às entidades sem fins lucrativos, de natureza cooperativa, associações e fundo de garantia.

Finalmente, devem acolher as disposições internacionais que, por meio de estratégias de cooperação internacional, estabelecem a Organização Mundial da Saúde - **OMS** e Organização Pan-Americana da Saúde - **OPAS**, desde 1986.

Em 1995 a OMS/OPAS deixa de liderar técnica e financeiramente o *Global Programme on AIDS* - **GPA** e, desde a Assembléia Mundial de Saúde da OMS, em 1993, confirma-se por resolução, a necessidade de constituir um Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS - **UNAIDS**, o qual inicia seus trabalhos em 1996, co-patrocinado por seis organizações das Nações Unidas (Fundo das Nações Unidas para a Infância - **UNICEF**, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - **PNUD**, Fundo de População das Nações Unidas - **FNUAP**, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - **UNESCO**, OMS, Banco Mundial), cuja responsabilidade dentro da ONU é ajudar os países a fortalecer sua capacidade para enfrentar a AIDS em diferentes populações (crianças, mulheres, trabalho, direitos Humanos, educação, saúde, etc.). Este também deverá ser levado em conta pelas ONG-HIV/AIDS.²⁷

Todas essas mudanças legais criam situações, em determinados momentos, a nível institucional, que dificultam a realização de estudos, relacionados com o comportamento e organização delas, para conduzir sua

orientação e contribuir na transformação do problema de saúde pública originado pela AIDS.

Com esta preocupação, como profissional de enfermagem, sanitarista e militante, há mais de nove anos, em uma das ONG que desenvolvem trabalhos específicos sobre a infecção por HIV/AIDS na cidade de Santa Fe de Bogotá, (Distrito Capital) - D.C., - Colômbia, faço os seguintes questionamentos:

O que são as ONG que trabalham na prevenção e controle da infecção produzida pelo **HIV/AIDS** e denominadas **ONG-HIV/AIDS**. Como e quando surgiram? Como estão organizadas e para onde se dirigem?

Em particular, torna-se prioritário e importante estudar as ONG-HIV/AIDS de Santa Fe de Bogotá, para identificar, fatos relacionados com sua origem, organização, desenvolvimento e projeções futuras, porque, entre outras razões, essa infecção nos acompanhará como doença crônica, até que a ciência, a tecnologia descubram a cura e/ou sua eliminação ou até que o homem mude individual e coletivamente frente à sociedade e com relação à infecção.

Na Colômbia, desde 1984, quando foi criada a primeira ONG (que trabalhava com AIDS em Santa Fe de Bogotá), até meados de 1994, o número se elevou a 40, concentradas em sua grande maioria nessa mesma cidade (65,0%)³¹. Umas são mais desenvolvidas que outras, apresentam modalidades diferentes na prestação de serviços. Trabalham algumas com o Ministério da Saúde e da Educação no desenvolvimento de projetos específicos de prevenção e ações muito concretas, com a OMS/OPAS, UNICEF, Banco Mundial e outras entidades, sob disposições adaptadas pela OMS/OPAS-GPA e a Declaração de Kingston em matéria de intervenção de condutas para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis- **DST-HIV/AIDS**.⁴²

À medida que a maior parte destas ONG-HIV/AIDS se concentram em Santa Fe de Bogotá e, por razões logísticas, esta investigação se circunscreve ao estudo das organizações que trabalham nessa cidade.

Aspectos do conteúdo

O resultado da investigação, realizada para abordar a temática e os objetivos, se apresenta da seguinte maneira:

Em primeiro lugar, mostra-se um panorama das ONG, para apresentar o conceito geral, dar caracterizações com base em suas peculiaridades e classificações.

No segundo capítulo, encontram-se os objetivos propostos para o desenvolvimento da pesquisa.

De maneira também geral, no terceiro, se explicita o que se relaciona às ONG-HIV/AIDS e às ONG na Colômbia, sua origem e desenvolvimento.

O quarto capítulo se refere, ao contexto geopolítico colombiano e ao da prestação dos serviços de saúde. Aqui se contextualiza a infecção por HIV/AIDS e a ação das ONG relativas a esta.

Apresenta o quinto capítulo a metodologia empregada na investigação sobre as ONG-HIV/AIDS em Santa Fe de Bogotá, que constituíram o universo do estudo (onze de dezesseis que existiam em 1995). Relata o método, os procedimentos e os instrumentos empregados, tanto diretos quanto indiretos. Igualmente, assinalam-se as dificuldades metodológicas encontradas.

No sexto capítulo, são analisados os resultados obtidos, em função de seus objetivos, manejo de recursos e atividades, mostrando a gênese das ONG em estudo.

Em seguida, apresentam-se as conclusões e recomendações, com base na análise e ao futuro das ONG-HIV/AIDS, objetivo central deste trabalho.

Em particular, vale a pena mencionar aqui que se entende por tendências aquelas energias, forças e idéias que orientam as ONG-HIV/AIDS

para que logrem melhor seus fins e impactem com um alto grau de competitividade, produtividade, perdurabilidade e eficácia.

Por ser a problemática da AIDS complexa, dinâmica, multifatorial e se relacionar com aspectos inerentes à existência humana, como a vida, morte, amor, afeto, comportamento, intimidade, sexualidade, etc., os resultados do que fazem as ONG-HIV/AIDS devem permear outros aspectos da sociedade. Por isso, as tendências identificadas e descritas não têm uma ordem de prioridade, estão intimamente relacionadas, e deverão ser observadas, internalizadas e trabalhadas de diferentes maneiras por cada ONG-HIV/AIDS e, em conjunto, segundo interesses e evolução.

As ONG-HIV/AIDS necessitam de forte desenvolvimento de habilidades para identificar e incorporar metodologias de trabalho mais inovadoras e criativas, onde interatuem a arte, a ciência e a tecnologia. Combinação que tende a satisfazer mais adequadamente as demandas da nova cultura da saúde, os diferentes efeitos da infecção, as novas atitudes e responsabilidades da sociedade.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

- a.** Estudar as Organizações Não Governamentais que trabalham com AIDS - **ONG-HIV/AIDS** na cidade de Santa Fe de Bogotá, D.C., - Colômbia, da origem ao desenvolvimento.
- b.** Identificar generalidades e particularidades destas ONG-HIV/AIDS, com relação à sua dinâmica administrativa, a fim de caracterizá-las clara e amplamente.
- c.** Desenvolver sugestões de caráter administrativo, que permitam que as ONG-HIV/AIDS melhorem seu funcionamento e desenvolvimento com maior objetividade no contexto social e momento histórico.

III. PANORAMA GERAL DAS ONG, NA COLÔMBIA E DAS RELACIONADAS COM A INFECÇÃO POR HIV/AIDS

III. PANORAMA GERAL DAS ONG, NA COLÔMBIA E DAS RELACIONADAS COM A INFECÇÃO POR HIV/AIDS.

Para maior compreensão das ONG que trabalham com HIV/AIDS é necessário abordar o tema, partindo de uma compreensão geral das ONG mediante uma aproximação até a sua definição e, tomando em conta suas características, na medida em que estas Organizações constituem um universo específico na atual sociedade, com identidade própria, representatividade e, sobretudo, com uma grande força transformadora de seus diversos problemas e de suas situações.

As diferentes definições das ONG e, em geral, suas características deixam ver claro que sua conceituação está intimamente relacionada com o momento histórico em que surge, com o momento em que se analisa e de acordo com as múltiplas influências que recebem de seus ambientes.

Em cada país, na medida em que estas instituições proliferam e abrem novos espaços de atuação, vão constituindo sua própria história e começam a fazer parte da sociedade civil. Da mesma forma, os governos começam a buscar mecanismos de controle e acordos para o desenvolvimento de trabalhos conjuntos nas esferas nacional e internacional. O termo ONG começa a aparecer nas cartas constitucionais, igualmente com seus respectivos delineamentos jurídico - legais, expressando o reconhecimento por parte das entidades competentes e do meio.

O surgimento das ONG na América Latina, em meados da década de 60, difere muito das antecedentes e dos processos de desenvolvimento em países europeus e norte-americanos.

Na América Latina, as ONG são produtos das crises ideológicas, administrativas, econômicas e sociais, próprias de países cujos governos, por

sua debilidade e carência de recursos, não podem solucionar os problemas básicos da população.

Nos países europeus e norte-americanos, a gênese das ONG respondeu à canalização de múltiplos recursos do Estado para trabalhar, conjuntamente e, com um alto sentido altruísta, em problemas ou necessidades específicas. Seu, rápido e sólido desenvolvimento, anos mais tarde, levou-as a se constituírem em entidades modelo, de apoio e cooperação técnico - financeira para as ONG dos países menos evoluídos²⁹.

A organização e mobilização social tomam força na América Latina, desde a década de 60 e até finais de 70, como resposta à repressão e à submissão dos governos militares, especialmente nos países da América Central e do Sul (México, Honduras, Salvador, Nicarágua, Panamá, Equador, Peru, Chile, Argentina e Brasil). Durante esse período, houve uma reformulação da política mundial, centrada na democracia, que deu lugar a movimentos cívico-ideológicos, liderados especialmente por grupos de profissionais e trabalhadores que se unem, enfrentam múltiplas dificuldades e superam obstáculos governamentais; por sua vez melhoram a técnica e a organização para mobilizar recursos, adquirir liderança, legitimidade, presença na tomada de decisões governamentais e na participação comunitária cidadã.^{30, 70}

As ONG, na América Latina, foram crescendo em número, variedade e complexidade, segundo tipos de objetivos e interação social. Aparecem, transformam-se e desaparecem de acordo com as exigências da sociedade e de sua capacidade de sobrevivência. Lentamente, vêm se consolidando até chegar a se constituir num amplo e forte segmento da sociedade civil.²⁵

Desde a década de 80, na busca de estratégias de coordenação e de agrupamento, vão se formando redes, federações, confederações, etc., que tornam possível um posicionamento político-social mais universal.

Em particular, neste capítulo, por considerar pertinente, far-se-à menção às ONG, em geral, na Colômbia e também às ONG HIV/AIDS.

1. Definições, Caracterização e Classificação das ONG

Definições

As ONG são entidades formadas por grupos de pessoas que fazem parte da sociedade, mas, não do Governo, e cumprem fins específicos.

Existem várias definições das ONG, segundo os autores consultados; todas elas com elementos comuns e, em sua grande maioria, definidas ou identificadas mais pelo que fazem do que pelo que verdadeiramente são. Cronologicamente, os diferentes estudiosos das mesmas têm incorporado novos elementos às definições, na medida em que as mesmas ONG evoluem, fazendo-se presentes e participando dos diferentes espaços estatais e sociais.

O termo ONG foi criado pela Organização das Nações Unidas - ONU em meados da década de 40, para designar entidades ou instituições não oficiais que queriam ajuda financeira para o desenvolvimento de projetos de interesse social, comunitário ou de grupos. No entanto, desde meados da década de 70, a expressão ONG faz-se mais freqüente, simultaneamente com o florescimento de novas formas de democracia social, participação da cidadania e trabalhos coletivos, derivados da dinâmica mundial da época, cuja política central foi a democratização e a socialização entre Estado - Governo e Sociedade³².

MARTINEZ, de maneira mais exaustiva, define as ONG como todas aquelas agências ou organismos alternativos ao Estado que estão relacionadas com o desenvolvimento social; não dependem do Governo mas

recebem apoio técnico-financeiro nacional ou internacional e, em alguns casos, comunitário; protagonizadas pelo setor popular, para enfrentar diferentes necessidades primárias³⁵.

Esta definição atende ao fato mencionado por HIRSCHMAN, segundo o qual o homem, por natureza, tende a associar-se por múltiplas razões e, em especial, porque existe o princípio da conservação e manutenção da energia social que nos permite melhorar nossa condição. Além do mais, ratifica o que SMITH, disse "O desejo de melhorar nossa condição... vem conosco desde o útero e nunca nos deixa, somente quando baixamos ao túmulo"; desejo ou motivação que leva o homem a organizar-se ou agrupar-se como meio para atender a determinados fins, produto de fenômenos naturais e/ou de agressão humana individual, coletiva ou do próprio Estado²³.

JIMENEZ afirmou que as ONG surgiram por "ensaio - erro e acerto" nos finais do século passado e foram definidas mais tarde pela Comissão Econômica e Social - ECOSOC da ONU, segundo a resolução n.º 1296, de XLIV, como "Aqueles que não foram criadas pela via de acordos governamentais ou intergovernamentais e que seus recursos econômicos provêm de fontes privadas, nacionais e internacionais"²⁶.

Segundo a UNICEF, as ONG são verdadeiros *ghettos* ou subculturas oficializadas, não governamentais, que surgiram em prol dos setores pobres, como resposta de baixo custo, beneficiando-se e atuando com seus próprios projetos, programas e objetivos; constituindo-se assim em um setor alternativo nos processos de democratização municipal - local e social²⁶.

As ONG surgem, desenvolvem-se e dinamizam-se segundo os seus objetivos e necessidades sociais. Pré-estimuladas por forças estatais, políticas e sociais vão trabalhando paralelamente com o Estado, sem perder identidade, adquirindo força e gerando novas alternativas para a resolução de problemas

derivados das necessidades básicas, relacionadas com a saúde, educação, justiça, trabalho, etc. Elas se constituem na porta de entrada em âmbito governamental¹³.

Assim se referem a elas:

"Instituições privadas da sociedade civil que operam como corpos intermediários da sociedade entre o Estado e a comunidade de base, cujos programas de ação são realizados em contraposição aos do governo"²⁶.

"Aqueles constituídas por indivíduos agrupados que atuam com suas próprias experiências de vida e com os problemas de sua respectiva comunidade"⁶³.

"Pequenas organizações micro-articuladas que se movem em torno das grandes instituições da sociedade como a igreja, as universidades e os partidos políticos, entre outros"¹⁹.

"Agentes de desenvolvimento com grande capacidade de trabalho com grupos da população e baseados em necessidades concretas definidas pela comunidade"²⁶.

Outros autores analisados permitiram concluir que as ONG são denominadas de diferentes maneiras, como por exemplo: "Organizações privadas de desenvolvimento social", "Novos atores sociais", "Entidades do terceiro setor da sociedade ou sociedade civil", "Organizações de base ou desenvolvimento comunitário", "Entidades de utilidade pública ou sem fins lucrativos" ou, mais recentemente, entidades transformadoras, progressistas e solidárias que participam da solução de problemas coletivos".^{14, 38,}

Caracterização

A análise dos diferentes autores e documentos consultados sobre as ONG permite reconhecer algumas características gerais e particulares, que complementam sua compreensão e dentro das quais se situam as ONG-HIV/ADIS:

1. As ONG são entidades que surgem na comunidade, para a comunidade (principal beneficiária), constituídas por pessoas que fazem parte dela, compartilham interesses e/ou motivações comuns.

2. Seus integrantes são em sua maioria pessoas de diferentes graus de preparação e formação educativa, as quais se agrupam voluntariamente para responder multidisciplinarmente a fins previamente estabelecidos.

3. O âmbito específico de ação é o social, em áreas prioritárias da saúde, educação, meio ambiente, serviços públicos, direitos humanos, trabalho. Seu raio de atuação vai desde as exigências, reivindicações e solução de problemas, até a participação em processos de prevenção e controle dos mesmos.

4. Geralmente, são apolíticas, isto é, sem partido, com linhas de pensamentos críticos, concretos e em casos opostos ao do governo, que é o seu principal interlocutor, e com quem estabelecem pontes de articulação: governo - ONG - comunidade.

5. Nelas predomina a livre iniciativa na diversidade de formas de organização, participação e desenvolvimento de metodologias para responder a seus fins.

6. Denominadas "sem fins lucrativos", carecem de recursos financeiros e econômicos para subsistir e dar respostas aos compromissos sociais assumidos.

7. São entidades onde prevalece a flexibilidade e a sensibilidade, aspectos que lhes permitem desenvolver estratégias de trabalho para enfrentar diversas situações, de acordo com a dinâmica do contexto nacional e internacional.

À medida que se sucedem os fatos histórico - sociais, no mundo inteiro e suas respectivas mudanças ideológicas, econômicas e culturais, surgem novos problemas, ameaças e desafios no âmbito social. As ONG, paralelamente, se transformam e adquirem novas características. Entre elas, merece mencionar:

- Cada vez estão compostas por pessoas mais comprometidas profissional e socialmente para responder a objetivos mais concretos.
- Como atores sociais fazem-se mais evidentes, saem do anonimato e da clandestinidade, adquirem reconhecimento e legitimidade social, governamental, nacional e internacional.
- Obtêm, lentamente, capacidade para identificar fontes de recursos, captação e mobilização dos mesmos. Estes recursos, inicialmente, provinham do setor privado e das altas esferas da sociedade, como manifestações de beneficência e caridade. Atualmente, essa modalidade de recursos continua e a ela se acrescentam as contribuições governamentais por contratação para a realização de atividades específicas (projetos) ou por meio de agências ou entidades nacionais e internacionais de cooperação técnico - financeira e por venda de seus próprios serviços e/ou produtos.
- Deixam de trabalhar, isoladamente, e entram num processo de articulação, coordenação e associação "de massa" ou coletiva. Estabelecem diálogos entre pares e iguais com a finalidade de adquirir mais força e poder, trocar experiências, otimizar recursos, ter apoio mútuo e maior participação em

processos de definição e decisão política com representatividade, voz e voto frente a problemas de caráter nacional. Em consequência, florescem redes de ONG locais, regionais, nacionais e internacionais, facilitando sua expansão, elaboração de trabalhos horizontais e formação de verdadeiros pólos de desenvolvimento.

- Paulatinamente, vão passando do empirismo à profissionalização e à especialização de seus trabalhos. As mais fortes e experientes apoiam as mais jovens ou débeis e o acúmulo de experiências lhes permite maior crescimento e solidez grupal.
- Não somente abrem espaços de atuação para responder a situações concretas senão também, ideologicamente, abrem espaços para o diálogo, análise, reflexão e adotam posturas frente às diversas situações políticas, econômicas, religiosas, sociais e culturais do meio local, nacional, internacional e mundial.
- Os processos de organização e administração das ONG adquirem cada vez mais firmeza, respondem a normas e regulamentos internos (próprios de cada entidade) e externos (governamentais, nacionais e internacionais), elementos fundamentais com grandes possibilidades de avanço.
- Gradualmente, deixam de ser organizações opositoras, geradoras de conflitos, consideradas mais como meios de confrontação e de pressão frente ao governo e contra a política e os políticos. Para responder aos seus fins passam a ser entidades de ligação, interlocutoras e interatuantes, onde os mecanismos de acordo e diálogo mútuos prevalecem.
- Pouco a pouco, as ONG vão se incorporando aos diferentes planos e programas de desenvolvimento social, nacional e internacional, fazendo parte dos novos processos de participação comunitária e contribuindo na geração da "cultura associativa" e da "cultura participativa" na era da democracia.

Classificação

O agrupamento ou classificação das ONG não é fácil. Devido às suas características próprias, qualquer aproximação classificatória pode ser inexata ou arbitrária. No entanto, alguns autores fazem aproximações partindo do princípio de que as ONG são entidades extra - governamentais ou pertencem à sociedade civil, seja associações, cooperativas, juntas cívicas, seja sindicatos, grêmios, fundações, grupos comunitários, etc.

QUERUBIN, representante do Centro Colombiano de Informação de Entidades Sem Fim Lucrativo de Benefício Social, divide as ONG em três grupos:

- Organizações de Base: compostas por pessoas que têm como finalidade fomentar o bem-estar comum de seus afiliados, geralmente de baixo nível sócio - econômico. Exemplos: cooperativas, juntas de ação comunitária, organizações indígenas e culturais.
- Movimentos Populares: grupos de pessoas de diferentes níveis sócio - econômicos, localizados em regiões marginalizadas do país com uma determinada finalidade. Por exemplo: os grupos feministas, de ecologia, de paz.
- Instituições de Apoio: grupos de pessoas de níveis sócio - econômico alto e médio, com reconhecimento jurídico - legal, graus de preparação técnico - profissional, concentrados em grandes cidades cujos fins estão orientados ao benefício das classes menos favorecidas. Por exemplo: as associações, os voluntários, as corporações, os centros, os clubes.⁶⁶

Segundo MENDEZ, as ONG podem-se classificar de diferentes maneiras:

- Por suas origens: religiosas, universitárias, profissionais, agências, grêmios, movimentos sociais, etc.

- Por suas funções: de pesquisa, comunicação e informação, prestadoras de serviços, financeiras, promoção social, mobilizadoras de campanhas cívicas, assistência técnica, entre outras.
- Pela área social de trabalho: educação, saúde, meio ambiente, ecologia, histórico - política, economia, trabalho, moradia, cultura, ciência, tecnologia, etc.
- Pelo tipo de população beneficiária em geral: mulheres, crianças, adolescentes, terceira idade, e menor trabalhador, entre outros.
- Pelo tipo de população beneficiária atingida, exemplo: usuários de drogas, AIDS, deficientes, desprezados pela violência, marginalizados, pobres, desamparados, de proteção ambiental, animal, etc.³²

Segundo o estudo do *Centro de Investigación Institucional y Desarrollo - CIID* realizado por ELOY ANELLO, as ONG podem ser classificadas de três maneiras a saber:

As ONG de serviços, dedicadas a responder as necessidades básicas da população, especialmente em áreas marginalizadas urbanas e rurais.

As ONG de pesquisa, orientadas à administração do conhecimento para o desenvolvimento; não incorporam a participação comunitária e a prestação de serviços diretos é mínima.

As ONG de ação, encaminhadas para a transformação social, com a ajuda da participação da comunidade.

Estas três classes de ONG podem mudar e desenvolver somente uma área ou várias delas; ou seja, podem ser somente de ação, de pesquisa - ação ou de pesquisa - ação - serviço.⁷

Finalmente, vale ressaltar que cada país, com base na estrutura político - administrativa, nos direcionamentos constitucionais e jurídico - legais, fazem suas próprias classificações das ONG.

2. As ONG na Colômbia

O surgimento das ONG na Colômbia não difere muito dos processos que deram origem a este tipo de entidade nos países "terceiromundistas", ou menos desenvolvidos e, em especial, nos latino-americanos, dos quais a Colômbia faz parte. Durante décadas, toda a América Latina suportou múltiplas influências políticas, econômicas e sócio - culturais dos países mais desenvolvidos e do mundo inteiro. Mas cada país recebe interna e externamente estas influências ou determinantes, busca diferentes mecanismos de adaptação segundo seus próprios recursos, sua própria cultura e possibilidades de desenvolvimento.¹³

Historicamente, a origem das ONG remonta a séculos passados e em especial, à época da Colônia na qual, sob influência da igreja católica, grupos de pessoas prestavam voluntariamente serviços públicos a grupos populacionais mais carentes ou desprotegidos e a grupos de pessoas atingidas diretamente por fenômenos naturais e sociais (guerras, conflitos políticos, violência, etc.).^{25,66}

De forma progressiva e à medida em que se sucediam os diferentes fatos de ordem política, econômica e religiosa, a sociedade mobilizava-se e organizava-se segundo suas próprias necessidades. Na década de 30, surgiram grupos específicos para defender os direitos dos trabalhadores no setor agropecuário (café, arroz, gado, banana, etc.). Em 1931, aprovam-se a legislação sobre o cooperativismo, a qual tomou maior impulso na década de 60, época que deu origem a diversas formas de integração e participação comunitária, que continuam sendo aprimoradas até hoje⁶⁶

No final da década de 50, surgiram as primeiras organizações feministas (União Cidadã, União de Mulheres Democráticas) e se estabelece o marco jurídico para a ação comunal, entre outras.

Na década de 60, vários fatos foram determinantes nas formas de organização social como a Frente Nacional, a Associação de Usuários Camponeses, o Conselho Regional de Indígenas de Cauca, a Organização Nacional de Indígenas, o Centro de Pesquisa e Educação Popular e múltiplos grupos comunitários com diversas frentes de trabalho e integrados por pessoas das diferentes esferas da sociedade⁶⁶.

Com a política internacional da década de 70, centrada na democracia e participação social, as ONG aumentaram em quantidade, complexidade e diversidade e, simultaneamente, fazem-se presentes organizações, agências e entidades internacionais de cooperação e assistência para apoiar as ONG e o governo (Cruz Vermelha, ONU, UNICEF, OMS, Agência dos Estados Unidos para o desenvolvimento internacional e fundações como a W. K. Kellogg, a Ford, a Rockefeller, etc.).

Na década de 80, as ONG exerceram um papel de protagonista em todo o território colombiano e nos diferentes meios governamentais, não governamentais e acadêmicos. As pessoas interessadas nelas tentam responder aos questionamentos relacionados com o quê, o como, o porquê e o para quê as ONG. Estas indagações foram temas centrais de encontros nacionais, na forma de congressos (1987, 1988, 1989, ...1995), e deles surgiram a Confederação de ONG (agrupamento de 17 federações que reúnem mais de 800 ONG) e o Conselho Nacional de ONG (que congrega mais de 1500 grupos da sociedade civil), instituições que desempenham funções de coordenação, controle, apoio e ligação entre os setores público, privado e as ONG⁶⁶. Entretanto, a esse respeito é importante mencionar que as ONG-HIV/AIDS ainda não fazem parte da Confederação nem do Conselho Nacional de ONG por diversas razões próprias de sua gênese (motivação, tempo, recursos, entre outros).

Nesta mesma época, além do aumento do narcotráfico, violência e corrupção, diversos acontecimentos geraram uma nova dinâmica na vida do

país: a descentralização ou delegação de responsabilidades aos prefeitos (autoridades municipais) para a prestação dos serviços públicos, aparecimento da infecção HIV/AIDS e uma maior participação cidadã e mobilização comunitária. Estes acontecimentos, por um lado, debilitam, mas, por outro, propiciam o desenvolvimento e o surgimento de grupos sociais orientados a fazer frente às novas circunstâncias.

Segundo a análise das ONG feita por JARAMILLO, em 1989, existiam registradas na Colômbia cerca de 58.000 organizações privadas sem fins lucrativos. Destas 20.7% eram de apoio ou "utilidade pública", 8.6% cooperativas, 69% juntas comunitárias e 1.7% outras formas. Assim, ele supõe que 1 de cada 5 colombianos pertence a uma ONG e que, direta ou indiretamente, 50% do total da população têm alguma relação com ONG²⁶.

Suposição que nos pode indicar que metade da população colombiana desenvolve diversas atividades com as ONG e dentro destas, muito provável, com relação à infecção por HIV/AIDS.

Este estudo deixa claro como as ONG são uma realidade universal, uma alternativa de desenvolvimento social, o pilar fundamental da nova política social e da cultura da democracia, uma figura protagonista no setor governamental. E, apesar dos múltiplos obstáculos, resistências e vicissitudes, hoje, têm futuro, podem ser vistas como um complemento do governo, como entidades ou instituições com solidez empresarial, como geradoras de processos de transformação social e não somente produtora de bens e serviços. Por essas razões, tem-se que continuar estudando-as criticamente.

Na Colômbia, desde a Constituição de 1821, é que se propõe a possibilidade de livre associação com objetivos específicos de interesse geral, é que se traçam seus lineamentos jurídico - legais e se reconhecem as entidades de "utilidade pública", por parte do legislador, segundo as normas dadas pelo Código Civil de 1873, especificamente as que fazem menção à

"toda fundação, associação ou corporação estabelecida em virtude de uma lei" e trata tudo relacionado com a pessoa jurídica.⁷¹

Nos fundamentos constitucionais, de 1886 a 1936, e, na atual Carta Magna de 1991, há referências às mesmas, assim:

- Artigo n.º 49: "Os serviços de saúde serão prestados em forma descentralizada, por níveis de atenção e com a participação da comunidade"⁵⁵.

- Artigo n.º 95: "...são deveres das pessoas e do cidadão participar na vida pública, civil e comunitária do país" ⁵⁵.

- Artigo n.º 103: "O Estado contribuirá na organização, promoção e capacitação das associações profissionais, beneficentes ou de utilidade comum não governamental, sem detrimento de sua autonomia, com o objetivo de que se constituam mecanismos democráticos de representação nas diferentes instâncias de participação, decisão, controle e vigilância da gestão pública que se estabeleçam" ⁵⁵.

Na Colômbia, fala-se de dois grandes tipos de entidades privadas e sem fins lucrativos das quais fazem parte as ONG-HIV/AIDS: as "Corporações e Associações" e as "Fundações", com suas respectivas características e integradas por diversas instituições de serviço público, como as entidades gremistas, profissionais, sociais, juvenis, beneficentes, promotoras, cívicas, de apoio, de desenvolvimento, juntas de ação comunal, federações, confederações, educativas, ambientais, científicas, tecnológicas, cooperativas, clubes, etc.⁷¹

Com relação às entidades ou instituições sem fins lucrativos do setor saúde, existe uma regulamentação baseada nas disposições contempladas na Lei n.º 10 de 1990, Reorganização do Setor Saúde (Cap. III); na Lei n.º 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social Integral - **SSSI** (Tit. II); na Lei n.º 60 de 1993, Bases legais para a descentralização da saúde e educação e, com relação à participação social e comunitária (Art. n.º 2 a 23). Cada uma destas

leis tem sido reformulada a fim de fazer operacionalizados seus mandados específicos, aos quais as ONG-HIV/AIDS têm que responder segundo o caso.

3. As ONG Relacionadas com a Infecção por HIV/AIDS

É inerente à natureza humana a capacidade de agrupar-se, associar-se e viver em comunidade para responder aos múltiplos estímulos do meio ambiente, produtos de sua interação.

A infecção por HIV/AIDS aparece em determinados lugares e grupos da população. Expande-se e se radica rapidamente pelo mundo inteiro, alterando não só o sistema imunológico das pessoas infectadas como também o meio social. Assim, deixa de ser só um problema grave de saúde pública para constituir uma grande preocupação científica, tecnológica, política, econômica, trabalhista, da vida religiosa e familiar.

Esta doença mobiliza o indivíduo, as comunidades e a sociedade civil na busca de ações eficazes e oportunas para minimizar seus devastadores efeitos bio-psico-sociais.

O surgimento das ONG que trabalham com HIV/AIDS foi precedido de vários fatos, diretamente ligados à enfermidade que serviram de estímulo e entrada destas no cenário da sociedade civil: o estabelecimento da pandemia, as características próprias e manifestações biológico - sociais da infecção, as altas taxas de morbi-mortalidade e letalidade, a ausência ou debilidade nas respostas por parte da sociedade em geral, entre outros.

Com o aparecimento dos primeiros casos de AIDS, no final da década de 70, a confirmação do agente etiológico da infecção, a determinação dos mal denominados "grupos de risco" e as freqüentes ofensas contra as pessoas atingidas, inicia-se um processo de mobilização cidadã mediante a formação de grupos pequenos de pessoas voluntárias, pertencentes ao mesmo núcleo

social, para prestar assistência básica (cuidados com higiene, alimentação, saúde, habitação e apoio social às pessoas que vivem com o HIV/AIDS), assim aparecem as comunidades "gays": em Nova York, *Gay Men's Health Crisis - GMHC*; na Grã Bretanha, Terrence Higgins e progressivamente em outros países da Europa, Américas do Norte, Central e do Sul.³

Estes grupos foram aumentando em número e diversidade, segundo suas características próprias, valores, crenças, alternativas de vida, necessidades ou "subculturas": os grupos de dependentes de drogas, alcoólatras, trabalhadores sexuais, mulheres, adolescentes, migrantes, indigentes, hemofílicos, heterossexuais e muitos outros, segundo as variações e demandas da doença.

Mais tarde, deram origem às atuais ONG que trabalham em HIV/AIDS, se organizam e evoluem de maneira diferente e são conhecidas dentro do jargão da sociedade civil como organizações de base comunitária ou organizações não governamentais (Ligas, Fundações, Projetos, Corporações, Agências, Centros, Associações, etc.).³

Estes grupos de um lado rompem o silêncio, expõem-se ante a sociedade, começam a reclamar os direitos que lhes correspondem, como a todo ser humano, e exigem ante a sociedade reivindicações; ante o governo, políticas, planos e programas concretos, oportunos, integrais, de prevenção e controle da doença. De outro lado, estimulam, as ONG que desenvolvem atividades relacionadas com a trajetória e abordagem da doença, para que incorporem ações específicas com o HIV/AIDS. Também incitam as pessoas, em especial os profissionais das áreas da saúde e das ciências humanas e sociais, para que se integrem ativamente a qualquer das distintas formas de mobilização ou voluntariado social.

Além disso, motivam as organizações de maior complexidade e de trajetória nacional e internacional, relacionadas com aspectos de cooperação

técnica, assistencial e financeira para que se aproximem e se articulem a estes processos, como por exemplo: A Comunidade Econômica Européia - **CEE**, a Organização dos Países Exportadores de Petróleo - **OPEP**, a OMS, OPAS, Cruz Vermelha, Banco Mundial, os trabalhos de Madre Tereza de Calcutá e padre Dominique Lapierre, *Family Health*, Instituto Panos, *World Vision* e outros.³

Os avanços na constituição das ONG-HIV/AIDS evidenciam duas modalidades: aquelas que realizam atividades somente em HIV/AIDS e outras que vão desenvolvendo ações relacionadas com AIDS e aproximando-se das primeiras (grupos de psicólogos, odontólogos, enfermeiras, advogados, jornalistas, laboratórios farmacêuticos, adolescentes, alcoólicos anônimos, mulheres e algumas associações como as de hemofílicos, enfermeiras, DST, etc.).

Além do mais, surgem grupos constituídos por pessoas somente HIV positivas, *zero positivas* ou com AIDS, "pessoas vivendo com o HIV/AIDS", denominados Grupos de Auto - Ajuda ou Auto Apoio - **GAP**. As organizações integradas por voluntários que vivem com o HIV/AIDS (na maioria dos casos membros Fundadores da ONG) e por voluntários ou associados "negativos" ou não portadores do HIV/AIDS, são denominadas também ONG - HIV/AIDS.^{11, 45}

O aumento da infecção por HIV/AIDS e a pressão exercida em direção aos organismos governamentais responsáveis pela saúde em cada país deram origem, em meados da década de 80, a diferentes Programas Nacionais de Saúde para o combate da AIDS, adquirem particularidades e formas de abordar a infecção, segundo os desenvolvimentos de cada um deles e em especial, acordo com vontade política particular.

Em 1987, a OMS/OPAS, sob a direção do Dr. Jonathan Mann e sob a ótica de uma emergência mundial, cria o GPA, com a finalidade de apoiar, técnica e financeiramente, os países em desenvolvimento para a criação dos

Programas Nacionais de Prevenção e Controle do HIV/AIDS (em 1989, cerca de 159 países contavam com o Programa e, em 1990, todos os países contavam com o seu).^{4, 34}

As ONG-HIV/AIDS começam a participar destes programas, especificamente no campo da promoção da saúde e prevenção da doença, com a realização de projetos conjuntos, de acordo com os planos de trabalho adotados em cada Ministério da Saúde dos países e sob as diretrizes do GPA.⁴¹

Por volta de 1990, com base no comportamento epidemiológico da infecção por HIV/AIDS e a confirmação da íntima relação entre as DST - como "fator e/ou co-fator"- e a AIDS, unifica-se e articula-se o antigo programa de controle das DST (de trajetória e solidez técnico - administrativa) com o novo programa nacional de AIDS nos diferentes países. Este fato trouxe consigo alguns benefícios, principalmente, o fortalecimento dos programas nacionais de AIDS, e prejuízo aos antigos programas de Prevenção e Controle das DST, ocorrendo descontinuidade em suas ações, enfraquecimento no dinamismo da Vigilância Epidemiológica, sub-utilização de recursos e aumento silencioso das DST.

Os progressos da ciência, da tecnologia, os trabalhos comunitários e as diferentes formas de expressão relativa a AIDS deram lugar a dois tipos de reuniões das quais participam as ONG-HIV/AIDS dos cinco continentes:

Primeiro, as conferências anuais internacionais de AIDS, em 1985 em Atlanta, logo em Montreal, Florença, Amsterdã, Berlim, Deli, Paris, Yokohama e Genebra, patrocinadas pela OMS e a *Internacional AIDS Society*, com o objetivo de intercambiar experiências em pesquisas no campo biológico e médico para, posteriormente, adotar políticas ou diretrizes no manejo da AIDS.⁵

Estas reuniões deixaram de ser encontros entre cientistas e ampliaram seu espaço para diálogos entre diferentes comunidades e temáticas de AIDS nas áreas sociais, políticas, epidemiológicas e biológicas. Igualmente, começaram a realizar, regional e nacionalmente, segundo necessidades e infra-estruturas e adotando as modalidades de encontros, reuniões, seminários, oficinas e etc.

Segundo, o estabelecimento do Dia Mundial de Luta contra a AIDS, 1º de dezembro a partir de 1988, por parte da OMS/GPA. Esta comemoração cada ano tem temáticas centrais de acordo com as prioridades como Vida, Mulher, Comunidade, Família, Crianças, Atuação, Direitos Humanos, Compromisso. Para a mesma mobilizam-se recursos e reúnem-se diversos setores.⁵

Direta e indiretamente, começam também, a participar outras comunidades e chamar a sociedade em geral para que se posicione frente à AIDS, por ser mais um "problema de todos que de alguns poucos", Mediante dramatizações, filmes, peças de teatro, novelas, música, literatura, pintura, escultura, campanhas publicitárias e políticas, propagandas, programas de rádio e televisão, produção de objetos, artigos e mercadorias, alusivos ao tema que nos últimos anos se constituem na indústria, comércio e fonte de emprego.

Como bem formulou NAISBITT em seu livro intitulado "Macrotendências", um *best seller* dos mais vendidos em 1988, as transformações do mundo para o futuro circulariam em Redes, na ordem política, econômica, industrial, religiosa, de comunicações e educativa, e sua expansão seria globalizante.³⁹

Desse modo, anos mais tarde, o trabalho sobre AIDS em Redes foi proposto na Conferência Internacional de 1990, em Montreal e deu origem à criação do *Consejo Internacional de Organizaciones de Servicio Contra el SIDA* - ICASO. Suas finalidades são basicamente conseguir recursos financeiros,

participação nas Conferências Internacionais, consolidação de uma estrutura administrativa nos cinco continentes (regiões) e representação das ONG-HIV/AIDS diante dos organismos internacionais (OMS/OPAS, *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA* - **ONUSIDA**, PNUD).²

O ICASO começou com representação dos países Malásia, Indonésia e Austrália, em 1990, com sede em Ottawa (Secretaria Central) e com regionais:

Consejo Africano de Organizaciones de Servicio Contra el SIDA - **AFRICASO**, com sede no Senegal; Consejo Asiático y del Pacífico de Organizaciones de Servicio Contra el SIDA - **APCASO**, com sede nas Filipinas; Consejo Europeo de Organizaciones de Servicio Contra el SIDA - **EUROCASO**, com sede na Alemanha; e Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones de Servicio Contra el SIDA - **LACCASO**, com sede inicialmente no México e a partir de 1998 na Argentina e integrado por Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Martinica, México, Nicarágua, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Venezuela.^{2, 15}

Novas redes de ONG-HIV/AIDS se formaram com base na experiência do ICASO e com as disposições político - estratégicas da OMS/GAP e outras agências internacionais que trabalham com AIDS merecem citação, o Global Network of Positive People - **GNP+**, International Community of Women Living with HIV/AIDS - **ICW**, International Drug Network, International Lesbian and Gay Association - **ILGA** e World Hemophilia AIDS Center, entre outros.²

Estes agrupamentos de ONG-HIV/AIDS propiciaram o desenvolvimento bilateral entre governos e comunidades e o reconhecimento, a legitimidade nacional e internacional, o fomento do trabalho em equipe multidisciplinar e transdisciplinar e a institucionalização das mesmas em disposições e políticas governamentais. Também, no interior delas surgiram dificuldades, no manejo de poder, comunicações, coordenação, competência, protagonismo, turismo, e, sobretudo, instabilidade e mudanças de direção dos objetivos ou da missão

inicial que deram lugar à burocracia da AIDS, fenômeno acelerado e muito diferente do que tem ocorrido com outros tipos de organizações e movimentos sociais no mundo inteiro.

Assim, os processos descritos, antes, mostram claramente a dinâmica e a globalização da infecção por HIV/AIDS e, por sua vez, a magnitude dos processos de integração, consolidação e mobilização da sociedade civil comprometida com ela. Também, as diferentes estratégias de trabalho, distintos mecanismos de pressão, exigência e mobilização de recursos, a variedade nos processos de inserção nos setores governamentais, privados e sociais, alcançam uma maior representatividade das coletividades, solidificam credibilidade, legitimidade e começam a participar nos processos de definição de políticas, tomada de decisões e adaptação de estratégias para a prevenção e controle da infecção, através principalmente das ONG.

Segundo estudos da OMS/OPAS, GPA, em 1991 existiam mais de 16.700 ONG trabalhando com AIDS nos Estados Unidos, África e América Latina³³. Dia a dia surgem novas formas de organização, com diferentes atores sociais e características. Hoje as ONG-HIV/AIDS são mais de 30.000 e estão distribuídas nos cinco continentes.

No caso da América Latina, as influências norte-americanas e européias estimularam países como Argentina, Brasil, Chile, México, Peru, Colômbia e Venezuela a um processo acelerado de formação e consolidação das ONG-HIV/AIDS que lhes permitem, atualmente, participar, competir nacional e internacionalmente com ONG-HIV/AIDS de maior complexidade e trajetória e atuar com os governos e o setor privado.

IV. CONTEXTO GEOPOLÍTICO E DE SAÚDE DAS ONG-HIV/AIDS NA COLÔMBIA

IV. CONTEXTO GEOPOLÍTICO E DE SAÚDE DAS ONG-HIV/AIDS NA COLÔMBIA

À medida que o presente trabalho se refere às ONG-HIV/AIDS na Colômbia, é relevante fazer primeiramente uma breve descrição geopolítica do país e analisar, depois, com especial atenção, a situação da infecção por HIV/AIDS no contexto geral da saúde territorial.

Outrossim, vale a pena referir aqui, como ao final do século XX, as explicações sobre a origem e a evolução da vida modificaram significativamente à custa de novos descobrimentos, do surgimento e do uso de novas tecnologias, da revolução genética (engenharia e reengenharia genética, clonagem), da biologia molecular, e particularmente, pela invasão de novos vírus como o HIV/AIDS, *Ébola*, *Lassa*, *Mottaba*, *Hanta*, *Sabiá*, etc., da reaparição de patologias como o Cólera, Chagas, Câncer, Febre Amarela e Tuberculose - TBC, entre outras, chamadas, hoje, patologias *Emergentes* e *Reemergentes*, respectivamente⁴³. Estes fatos estão intimamente relacionados com a saúde e constituem ameaças e oportunidades para a humanidade, como comenta o historiador da medicina Mirko Grmek no "*The New York Times Syndication*", em uma entrevista em meados de 1997:

"Não somente os vírus estão presentes, como também nossa sociedade moderna lhes oferece novos meios para a sua propagação."

1. Panorama Geopolítico Colombiano

Geograficamente, a República da Colômbia está situada no centro do que foi o Império Colonial Espanhol. Apresenta características geo-políticas, econômicas, sociais e culturais que lhe dão uma personalidade própria da

América Hispânica. "Em resumo, ela é caribenha, andina, amazônica e parte do Pacífico".²⁴

A Colômbia está localizada a nordeste da América do Sul, banhada pelos Oceanos Atlântico e Pacífico. Faz fronteira com os países irmãos do

Caribe, Panamá , Brasil, Equador, Peru e Venezuela.

O país é atravessado de sul a norte por três cordilheiras que nascem no Maciço Colombiano.

Nele se encontram inúmeros vulcões, montes nevados, picos, rios e selvas que fazem da Colômbia um país com múltiplos fatores de riscos naturais e variedade de climas. É rico em fauna, flora e minerais, que são a base de sua economia.

Figura 1: Mapa da Colômbia.*

Santa Fe de Bogotá, D.C.

Tem 35.000.000 habitantes, segundo informações do último censo, realizado em 1993, emitidas pelo *Departamento Administrativo Nacional de Estatística - DANE*, dos quais 32,9% são menores de 14 anos, 62,6% têm entre 15 e 64 anos e 4,5% são maiores de 65. Do total da população, 50,08% são homens e 49,92%, mulheres.

A densidade populacional é de 31 habitantes por km² e menos de 54% do total da população encontra-se localizada em pequenos assentamentos e na zona rural.^{56, 72}

A Colômbia apresenta uma grande homogeneidade cultural devido a sua equilibrada mestiçagem, se comparada com países como México, Guatemala, Peru e Bolívia, cuja população indígena é maior, ou com países como a Argentina, Brasil e Chile, que tiveram uma maior influência européia.

Historicamente, teve influência dos grandes impérios indígenas (Maia e Azteca, no México e Inca, no Peru), da dominação espanhola por mais de um século, da participação da igreja, escravatura e de diversas lutas políticas.

Como bem o afirma sua recente Carta Constitucional Política, "A Colômbia é um Estado Social de Direito, organizado em forma de República Unitária, descentralizada, com autonomia das entidades territoriais, democrática, participativa e pluralista".⁵⁴

A Colômbia foi liderada pelo bipartidarismo durante várias décadas e cada partido (Liberal e Conservador), com o desejo de impulsionar o país em meio de grandes tensões, consegue mudanças de impacto significativo, como: a reforma do sistema de trabalho, a reforma agrária, novos sistemas de saúde e educação, avanços na modernização e na industrialização, entre outros.

Em sua trajetória histórica, geram-se diversas mobilizações sociais e surgem novos grupos ideológicos e políticos, como mecanismos de pressão ao governo para obterem-se respostas concretas que permitam superar situações de extrema pobreza, marginalidade e desigualdade social.

* Maps of the Americas. The Perry - Castañera Library Map. Collection. The University of Texas at Austin. <http://www.lib.utexas.edu/libs/pcl/map-collection/american.htm/> - 05/05/1998.

Hoje, em meio aos avanços científicos e tecnológicos e com uma economia relativamente mais firme que a de alguns países vizinhos, propende para sua estabilidade, em meio às mais difíceis crises, ocasionadas pelo narcotráfico, terrorismo, guerrilha, violência, corrupção e muitos outros problemas.

Santa Fe de Bogotá, chamada de "*La Sabana*", foi fundada em 1538 e designada como a Capital da República. Está situada no centro do país, a mais de 2.620 metros acima do nível do mar, com pouca umidade, e com predomínio do clima frio (média de 13-15°C). Sua população, com mais de 6 milhões de habitantes, está concentrada em sua maioria na zona urbana e periférica.²⁴

Durante seu desenvolvimento industrial, comercial, político, cultural, educacional e arquitetônico, tem se constituído em uma cidade atraente para muitos colombianos e pessoas dos cinco continentes.

2. Descrição da Prestação dos Serviços de Saúde na Colômbia

Do ponto de vista da saúde, a Colômbia se encontra em uma etapa de transição demográfico-epidemiológica resultante de transformações associadas com o urbanismo, mudanças socio-culturais, aumento de riscos, expansão da educação, entre outros fenômenos.

Tem progredido em termos gerais, assim esta etapa se caracteriza por uma diminuição na prevalência das doenças como a diarreia e a infecção respiratória aguda; aumento dos homicídios, violência, afecções perinatais, acidentes, doenças cérebro-cardiovasculares, câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas, o envelhecimento da população e a diminuição da fertilidade. Apesar de haver baixado as taxas de morbimortalidade substancialmente, ainda se continua tratando patologias

infecciosas controláveis e erradicáveis, crônicas e degenerativas, derivadas da modernidade e/ou *emergentes* e patologias *reemergentes* que, em geral, afetam com maior gravidade os grupos de população mais pobres e mais resistentes aos tratamentos.^{43, 64}

O crescimento populacional do país é complexo (1,6% anual) e multirelacionado com fatores de índole econômica, social, cultural e político, os quais afetam as condições de vida e saúde dos indivíduos e da população em geral; exemplo disto são os extensos cinturões de miséria nas grandes cidades e a aglomeração, que aumentam ainda mais as condições de insalubridade. A violência, narcotráfico, delinquência comum, guerrilha, acidentes e o aumento nos índices de trauma são, entre outros, produto de novos fenômenos sócio-culturais que condicionam a saúde e geram tensões nas estruturas políticas e sociais do país.^{1, 62}

A esperança de vida ao nascer aumentou de 50,6 a 69,2 anos entre os anos 50 e 90; a taxa de mortalidade infantil encontra-se entre 27 e 33 por mil habitantes e a carga global de doenças alcançou, nos últimos anos, um total de 5.512.686 Anos de Vida Saudáveis Perdidos - **AVISA** por 1000 habitantes; sendo o grupo de população mais atingido os indivíduos entre 5 e 44 anos. "Dos AVISA pode-se atribuir a doenças não transmissíveis, crônicas e degenerativas, 39%; a doenças transmissíveis e perinatais, 22% e a trauma e violência, predominando esta, na população masculina da zona urbana, 34%."^{56, 64}

A esta situação de saúde contribuem aspectos como a falta de educação, deterioração ambiental, qualidade deficiente na prestação de serviços básicos, limitado e inequitativo acesso à saúde, pouca cobertura de saúde da população, especialmente em nível primário, atenção centrada mais no individual curativo que no familiar, no coletivo e preventivo, estilos de vida da população e o comportamento do indivíduo, entre outros. Observa-se desarticulação entre a atenção às pessoas e o meio ambiente, do qual surgem

múltiplos fatores determinantes do processo Saúde-Doença, e os elevados custos da saúde são produto de uma gerência e gestão empresarial deficiente (não obstante o gasto em saúde aumentasse de 3,24% do Produto Interno Bruto - PIB em 1994 para 5,30% em 1998).⁵⁶

2.1. Aspectos Político-Administrativos

"A saúde ocupou um espaço na Constituição política de 1886 como Salubridade Pública na atividade industrial e profissional e na Constituição de 1936 como Assistência Pública aos incapacitados para trabalhar".^{47, 48}

Uma série de organismos e instituições governamentais assumiram a função de vigilância, controle e educação relacionadas com a doença em geral, o ambiente e a higiene, até que surgiu, o *Ministerio de Higiene*. Em 1966, denominou-se *Ministerio de Salud Pública*, orientado por uma nova concepção de saúde, doença, higiene, medicina preventiva e promoção da saúde física e mental.

Anos mais tarde, sob as diretrizes da OMS/OPAS e dos lineamentos da Carta Constitucional Colombiana de 1968, estrutura-se o *Sistema Nacional de Salud* - **SNS**, caracterizado pela regionalização dos serviços de saúde, a centralização política, técnico-administrativa e financeira e a caracterização da atenção médica por níveis de atenção, características estas que pouco a pouco foram dando consolidação ao que por mais de 13 anos funcionou oficialmente (Lei n.º 9 de 1973) como SNS.⁷⁵

O SNS se define como "Conjunto de organismos, instituições, agências e entidades que têm como finalidade específica procurar a saúde da comunidade nos aspectos da Promoção, Proteção, Recuperação e Reabilitação".⁶¹

Sob o enfoque administrativo da teoria geral de sistemas, o SNS conseguiu:

- a. Articular todas as entidades prestadoras de serviços de saúde em três subsetores: oficial, privado e misto, junto com a Seguridade Social, segundo os decretos n.º 056, de 1975 e n.º 654, de 1974.
- b. Criar subsistemas técnicos nacionais de inversão, planejamento, informação, "*suministros*" (abastecimento) e de pessoal.
- c. Centralizar a política normativa e decisória, assim como tudo o que está relacionado com a destinação de recursos.
- d. Delegar funções para a organização e a prestação de serviços de saúde nos níveis seccional, departamental, regional e local.

A partir do despacho da Lei n.º 10, de 10 de janeiro de 1990, reordena-se política, administrativa e financeiramente o SNS. Este reordenamento levou em conta o contexto mundial político e econômico (neoliberalismo, abertura, globalização, etc.). Considerou os serviços de saúde como um "Serviço Público" e de "Obrigatoriedade do Estado" para alcançar e garantir a prestação dos mesmos - Assistência Pública - de forma descentralizada e com a finalidade de ampliar a cobertura de atenção a todos os colombianos, com qualidade e oportunidade. Estabeleceu a importância de harmonizar os esforços e os recursos dos diferentes subsetores (seguridade, previdência social e privado) e níveis de territorialidade (municipal, distrital, departamental e nacional), integrados por meio do planejamento, atendendo aos princípios de complementaridade e integração funcional, considerando *a participação comunitária e cidadã*.⁵⁹

Nesta nova Lei, o **Sistema de Saúde** é definido como "Os processos de fomento, prevenção, tratamento, reabilitação, nos quais intervêm diversos fatores, tais como os de ordem biológica, ambiental, de comportamento e de atenção, propriamente dita, e que dele fazem parte tanto o conjunto de entidades públicas e privadas do Setor Saúde, como também, no pertinente,

as entidades de outros setores que incidem nos fatores de risco para a Saúde".⁶⁰

Em 1990, determinou-se a configuração do Setor Saúde pelos subsetores: **Oficial**, constituído por todas as entidades públicas que prestam ou dirigem serviços de saúde em toda a Nação. **Privado**, constituído por todas as entidades ou pessoas privadas que prestem serviços de saúde, como instituições privadas, de seguridade social, *fundações, instituições de utilidade pública, corporações, associações sem fins lucrativos e toda pessoa física ou jurídica*. (Art. n.º 5).⁶⁹

A responsabilidade da Direção Nacional do Sistema de Saúde é do Ministério da Saúde, ao qual cabe formular políticas e normas técnico-científicas e administrativas relacionadas com a Saúde, de acordo com os *Planes y Programas Nacionales de Desarrollo Económico y Social - PNDES* e as políticas, estratégias, programas e projetos do Governo Nacional.

Uma vez aprovada a Lei n.º 10, de 1990, inicia-se todo um processo de estudos, ajustes e regulamentação da mesma. Todavia, simultaneamente com este processo, aconteceu no país um fato histórico que debilitou os êxitos conseguidos com o cumprimento desta Lei e redirecionou a política de prestação dos serviços públicos de saúde, educação, seguridade social e o meio ambiente. Este fato foi a Nova Constituição Política da República da Colômbia, de 1991.

Esta reforma constitucional define a **Seguridade Social** (Previdência Social) como "Serviço público de caráter obrigatório que se prestará sob a direção, coordenação e controle do Estado... e garante a todos os habitantes o direito irrenunciável da Seguridade Social".⁵⁵

Da mesma forma, nesta Carta Constitucional determina-se que a **"Atenção da Saúde e do Saneamento Ambiental** são serviços públicos de responsabilidade do Estado. Garante-se a todas as pessoas o acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Cabe ao Estado organizar, dirigir e regulamentar a prestação dos serviços de saúde aos habitantes e de saneamento ambiental conforme os princípios de eficiência, universalidade e *solidariedade*. Também, estabelece a política para prestar serviços de saúde por entidades privadas e exercer sua vigilância e controle. Além disso, estabelece as competências da Nação, das entidades territoriais e das particulares. Os serviços de saúde organizam-se de forma descentralizada, por níveis de atenção e *participação comunitária*. A **Atenção Básica** para todos os habitantes é gratuita e obrigatória, segundo a lei, e toda pessoa tem o dever de procurar o cuidado integral de sua saúde e a de sua comunidade".(Art. n.º 49).⁵⁵

À luz das novas diretrizes constitucionais, fez-se necessário, em 1993, reforçar e ajustar a estrutura organizacional e funcional dos serviços de saúde para lograr conseguir um serviço único de saúde. Assim, integrou-se o Sistema de Saúde ao Sistema de Seguridade Social.

Na mesma época promulga-se a Lei n.º 60, de 1993, na qual se estabelecem competências e recursos dos diferentes níveis descentralizados da organização territorial, para dar lugar à oferta pública de serviços de saúde e melhorar a atenção à população e a Lei n.º 100, de 23 de dezembro de 1993, na qual se cria o SSSI, que de acordo com o estabelecido na Carta Constitucional. É definido o SSSI como: "O conjunto de instituições, normas e procedimentos de que dispõem as pessoas e a comunidade para desfrutar de uma qualidade de vida, mediante o cumprimento progressivo dos planos e programas que o Estado e a sociedade desenvolvem para propiciar a cobertura integral das contingências especialmente as que menoscabam a saúde e a capacidade econômica dos habitantes do território nacional com a

finalidade de conseguir o bem estar individual e a integração da comunidade".⁶⁰

Deste modo, o SSSI é formado pelo *Sistema General de Pensiones* por invalidez, velhice, e morte para toda a população colombiana; pelo SGSSS; pelo *Sistema General de Riesgos Profesionales*; e pelos *Servicios Sociales Complementarios*. Leva em conta os princípios consagrados na Constituição Política e os fundamentos de equidade, obrigatoriedade, proteção integral, livre escolha, autonomia institucional, descentralização administrativa, participação social, *concertación* (acordo) e qualidade. Estes fundamentos orientam a consecução dos objetivos de "Regular o serviço público essencial de saúde e criar condições de acesso de toda a população ao serviço em todos os níveis de atenção".(Art. n.º 152, 153).⁶⁰

O Setor Saúde muda em sua estrutura, organização e características. Atualmente está constituído pelos Ministérios da Saúde e Trabalho, o Conselho Nacional de Previdência Social em Saúde e a Superintendência Nacional de Saúde, os quais exercem função de direção, vigilância e controle. Os organismos de administração e financiamento (EPS nas Seccionais, Distritais e Locais, o Fundo de Solidariedade e Garantia), as IPS em todo território nacional e todas as instituições conveniadas aos Ministérios da Saúde e Trabalho. Fazem parte, também, os empregadores, trabalhadores e suas organizações, os trabalhadores independentes e os aposentados, todos os beneficiários do SGSSS e os *Comités de Participación Comunitaria - COPACOS*.(Art. n.º 155).⁶⁰

É importante mencionar em particular, que desde a promulgação das Leis anteriormente citadas, fala-se do *Plan de Atención Básica - PAB*, o que consta de uma série de ações complementares do Plano Obrigatório de Saúde relacionadas com a promoção da saúde e orientadas ao fortalecimento de estilos de vida mais saudáveis mediante a prevenção da doença com a qual se manejam os diferentes fatores de risco associados com a doença e a morte.

Dentro do PAB têm um papel importante o monitoramento, o controle, a avaliação, o direcionamento e a vigilância epidemiológica, especialmente para doenças prevalentes transmissíveis e não transmissíveis focalizadas segundo características populacionais, geográficas e epidemiológicas, como a infecção por HIV/AIDS, DST, acidentes, violência, desnutrição, alcoolismo, dependência de drogas, controle de pragas e planejamento familiar, entre outros.(Art. n.º 165).⁶⁰

A oferta de serviços de saúde depende diretamente do Ministério da Saúde, o qual em coordenação com as diretorias das 33 Seccionais de Saúde determina as prioridades em matéria de infra-estrutura hospitalar, dotação, organização e funcionamento dos serviços em rede.

Atualmente, conta com 11 hospitais universitários, 150 hospitais de segundo nível de complexidade, com capacidade para 18.000 leitos, e mais de 40.000 funcionários. Os governadores e prefeitos são os responsáveis pelo cumprimento da política regional de saúde e sua administração.^{59, 64}

Em nível local, existem mais de 3.000 centros e postos de saúde, 12.000 leitos e 30.000 funcionários, e espera-se recuperar as plantas físicas e equipar 1.500 instituições entre centros e hospitais locais situados na zona rural.^{56, 64}

Especificamente, para manejo das DST e a AIDS, na estrutura orgânica do Ministério da Saúde existem a Direção Geral de Promoção e Prevenção, a Divisão e Subdireção de Patologias Transmissíveis, e dos Programas de Fortalecimento e Ampliação dos Serviços Básicos de Saúde e Prevenção e Controle das DST/AIDS.

O Programa de Prevenção e Controle das DST/AIDS conta com o apoio de outras subdireções (Participação e Integração Social, Recursos Humanos do Setor, Controle de Fatores de Riscos Biológicos e do Comportamento,

Programação, Avaliação, Desenvolvimento Científico e Tecnológico), do grupo de Vigilância Epidemiológica e da Oficina de Informação, principalmente.⁶⁵

O mesmo coordena atividades com o Instituto Nacional de Saúde, a Rede Nacional de Laboratórios e Bancos de Sangue e, internacionalmente, com a OMS/OPAS, ONUSIDA, Banco Mundial, e UNICEF. Interinstitucionalmente, por meio do *Comité Ejecutivo Nacional de SIDA* e do *Consejo Nacional de SIDA*, coordena os grupos de trabalho nos quais têm voz e voto representantes da comunidade afetada pelo HIV/AIDS e das ONG que trabalham com AIDS. Intersetorialmente, coordena trabalhos com os Ministérios da Educação, do Trabalho, da Comunicação, do Meio Ambiente e outros.

Inicialmente, o Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS baseou-se nas disposições e diretrizes derivadas da OMS/OPAS, da Lei n.º 10, de 1990, e do Decreto n.º 559, de 22 de fevereiro de 1991, específico com relação à prevenção, controle e vigilância das DST-HIV/AIDS.

Este decreto regulamentou parcialmente o concernente ao HIV/AIDS em matéria de conceitualização e campo de ação; diagnóstico e atenção integral; prevenção e controle epidemiológico; investigação, direitos e deveres das pessoas contaminadas com o HIV ou com AIDS e dos funcionários da saúde e mecanismos de coordenação inter-intra e extra setorialmente.⁶⁶

É ele que contém os lineamentos gerais de Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS que perduraram durante quatro anos, relacionados com seus objetivos, metas, estratégias, atividades, sistema de organização, normas técnico-administrativas gerais para cada nível e as específicas por patologias como a sífilis, gonorréia, tricomoníase, herpes genital, condilomas, cancro mole, linfogranuloma venéreo, hepatite B/C e AIDS, e normas administrativas relacionadas com programação, supervisão, assessoria, recursos, vigilância epidemiológica, registros, avaliação, investigação e educação em saúde.⁶⁷

A nova Constituição Política do país, as novas leis e regulamentações do Sistema de Previdência Social e, em 1996, com a concretização do GPA sob a direção do ONUSIDA, em nível mundial, para trabalhar intersetorialmente com a missão de "dirigir e catalisar uma resposta ampliada frente à epidemia com o fim de melhorar a prevenção e o tratamento, reduzir a vulnerabilidade da população ao HIV e aliviar os devastadores efeitos sociais e econômicos da epidemia" ⁵², constituem um novo marco de ação em HIV/AIDS.

Retomando tal contexto na Colômbia, em meados de janeiro de 1997, expede-se o Decreto n.º 1543, pelo qual se regulamenta o manejo do HIV, AIDS e outras DST.

Tal decreto modificou, especificamente, disposições relacionadas com o diagnóstico e indicação de provas presuntivas para HIV, confirmatórias e suplementares; cria-se a obrigatoriedade da atenção integral para todas as pessoas infectadas ou doentes de AIDS, com a administração de tratamentos requeridos para o controle da infecção, e com a participação da família e grupos comunitários, na manutenção da saúde das pessoas positivas para o HIV e com AIDS. ⁵⁷

Também faz-se referência à preparação, atualização e treinamento da equipe de saúde, com a finalidade de poder prestar serviços de saúde de qualidade desde a prevenção até a reabilitação das pessoas afetadas pelas DST e pela AIDS.

Dentro destas novas disposições, o novo decreto amplia e especifica aspectos relacionados com a confidencialidade, utilização da informação desde a vigilância epidemiológica, notificação de casos e o acesso à história clínica das pessoas. Também, sobre a abordagem da situação de trabalho e de aposentadoria das pessoas positivas para o HIV ou com AIDS*, sobre os

direitos à informação referente ao estado de saúde, à morte digna, à cremação ou exumação de cadáveres e sanções, entre outras.⁵⁷

2.2. Abordagem da Infecção por HIV/AIDS-DST

A AIDS se constitui em um problema de saúde pública porque, em muito pouco tempo (menos de uma década), deixou de ser uma epidemia e passou a ser uma pandemia. Ameaça o desenvolvimento dos povos e, diretamente, afeta a qualidade e nível de vida de todos os indivíduos por estarem expostos a múltiplos fatores de risco associados pelo alto grau de suscetibilidade e sua grande capacidade de variação com relação ao comportamento e tendência da infecção. A identificação e estudo destes fatores de risco são indispensáveis para orientar as intervenções de promoção, prevenção e fomento da saúde na coletividade.²³

A AIDS é uma prioridade de saúde para toda população pela magnitude do dano, expressa em causas freqüentes e permanentes de morbidade e mortalidade nos diferentes grupos populacionais; por sua transcendência social, cujos alcances atingem aspectos que vão desde o político, econômico, cultural, religioso e familiar até a própria essência de cada indivíduo e seu ambiente; por sua vulnerabilidade ou possibilidade real de se modificar e/ou solucionar o problema com medidas efetivas e oportunas de prevenção e controle; pelos custos econômicos, sociais (individuais e coletivos), biológicos e de outra índole que a infecção e as ações de saúde geram, direta e indiretamente, sobre a população.

Analisando as descrições feitas pelos diferentes autores consultados sobre a evolução e o comportamento da infecção por HIV/AIDS, observa-se que:

- O estudo da infecção partiu da formulação de múltiplas hipóteses relacionadas com a existência e a presença do HIV no organismo do homem, associada a fatores de ordem comportamental, social e biológico-

genético. Estas hipóteses continuam sendo motivo de estudos com a finalidade de explicá-las, reformulá-las e relacioná-las com as altas taxas de prevalência em grupos populacionais, com expectativas de vida e níveis de qualidade de vida.

- Os aspectos de evolução e transformação do vírus HIV e, especialmente, os relacionados com mutações, surgimento de novas cepas, mudanças em seu grau de virulência, patogenicidade, infectividade e resistência, determinam o curso da doença e sua abordagem.
- Nos aspectos relacionados com o processo dinâmico da infecção, onde interatuam o vírus, o meio ambiente e o homem, participam com um importante papel, o comportamento humano para a eliminação e/ou propagação do vírus.
- Os determinantes sociais que vão desde a etnia, cultura, educação, ocupação, trabalho, estilos de vida, afeto, hábitos de consumo de álcool, cigarro e substâncias psicoativas até os mais diretamente relacionados com a sexualidade e o sexo (promiscuidade, prostituição, comercialização do sexo, hábitos e condutas sexuais, meios de comunicação), propiciam a transmissão do HIV/AIDS em suas diversas formas de expressão.
- As autoridades nacionais, regionais, locais e mundiais, no campo da saúde e outros afins, analisam o panorama sombrio da infecção, organizam-se e buscam estratégias conjuntas de prevenção e controle, através de programas intersetoriais e o GPA da OMS/OPAS - ONUSIDA, liderado, atualmente, em Genebra para todo o mundo e com ênfase nos países em desenvolvimento.
- A sociedade organiza-se para atuar coletivamente frente a um problema que ultrapassa os limites da saúde em geral e da saúde pública em particular, com diversas formas de resposta que vão desde a rejeição, estigmatização, preconceito e violação dos direitos humanos, até a solidariedade, tolerância e o surgimento de novas formas de organização comunitária, como são as ONG-HIV/AIDS e os GAP.

2.2.1. Epidemia e Pandemia da Infecção pelo HIV/AIDS em Nível Mundial

A história da AIDS inicia-se no fim da década de 70 e começo do anos 80, com a descrição dos primeiros casos em jovens homossexuais masculinos, na cidade de *Los Angeles*- Califórnia, Estados Unidos, de duas entidades patológicas pouco freqüentes: a infecção pulmonar, produzida pelo microorganismo *Pneumocystis carinii* e um tipo de câncer dos vasos sangüíneos chamado *Sarcoma de Kaposi*. Estes casos foram aumentando e estendendo-se rapidamente por todo o mundo.²⁸

Chamada inicialmente de "Peste Gay", por ter sido detectada na população masculina com condutas sexuais homossexuais, em seguida denominou-se "Doença dos quatro H", porque sua incidência era mais freqüente em grupos populacionais de Haitianos, Hemofílicos, *Heroinômanos* (usuários de drogas endovenosas) e Homossexuais. Uma vez identificado o agente causal e determinado o quadro clínico, em 1981, o Centro de Controle de Doenças de Atlanta - Estados Unidos a denominou *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* - **HIV/AIDS**, nome com o qual é identificada e reconhecida mundialmente.^{22, 46}

Devido a sua alta taxa de letalidade, entre 50% - 100% por mais de 15 anos também considerou-se como "Doença Mortal", de prognóstico sombrio e desanimador. Hoje, graças aos avanços científicos e tecnológicos, às variações epidemiológicas da infecção em cada região e às mudanças comportamentais da população, passa a ser uma "Doença Crônica", com um futuro menos lúgubre.

À medida que aumentava o número de casos nos Estados Unidos e em outros países, as investigações permitiram determinar que se tratava de uma doença infecciosa dinâmica produzida pelo HIV, pertencente à família dos retrovírus, transmitido por via sangüínea ou humoral (sexual), similar à transmissão da infecção da Hepatite B.⁴⁴

Apresenta uma taxa de letalidade superior a 50% e mortalidade prematura de aproximadamente cinco anos depois do diagnóstico, sendo a população mais afetada a masculina (homossexual e bissexual), com idades compreendidas entre os 15 e 45 anos. A via de transmissão mais freqüente é a sexual, seguida da via sangüínea (por consumo de drogas injetáveis, transfusões de sangue e/ou hemoderivados), e a via perinatal, transplacentária ou vertical, associada com o pós-parto e/ou a alimentação materna.⁴⁴

ONUSIDA estima que no mundo existem mais de 23 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, das quais mais de 40% são mulheres. Do total de infectados, 6 milhões de pessoas já morreram; destas mortes, 1.5 milhões ocorreram nos países em desenvolvimento. Em média 8.500 pessoas contraem a infecção diariamente (1.000 são crianças). Mais de 1 milhão de crianças menores de 15 anos são soropositivos.^{9, 50}

As estimativas da OMS, em meados de 1996, permitem dizer que entre 75-85% do total de infectados são adultos, e adquiriram a infecção por via sexual. Destes, mais de 70% foram por relações sexuais heterossexuais, situação que coloca em maior risco a população feminina e infantil. Do total de recém-nascidos e crianças infectadas, mais de 90% adquiriram a infecção por via materna ou perinatal.

De 5 a 10% dos adultos infectados adquiriram a infecção por via sangüínea e, especificamente, por consumo de drogas injetáveis, e de 3 a 5% por transfusões sangüíneas ou uso de produtos derivados de sangue.⁷⁶

Segundo as projeções efetuadas pela OMS/OPAS, Banco Mundial e, mais recentemente, a ONUSIDA, para o ano 2000 haverá mais de 38 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, das quais 14% estarão na América Latina. Entre 8 e 24 milhões de adultos infectados desenvolverão a AIDS e 85% destes morrerão.¹⁰

Do total de pessoas infectadas, 40% serão mulheres e, em consequência disto, a AIDS perinatal e pediátrica aumentará muito rápido especialmente nos países em desenvolvimento. Do total de crianças infectadas, mais de 35% morrerão por esta causa.⁵¹

Em torno de 63% do total de pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo estão localizadas no *Sub Sahara*, África, onde o número de casos supera os 14 milhões.

Finalmente, há um aumento significativo na incidência de infectados na população feminina heterossexual, em adolescentes e em crianças, particularmente na Tailândia, Haiti e toda a América Latina.⁷⁶

Em particular, o Brasil é considerado o primeiro país da América do Sul e o terceiro da América Latina com relação ao número de casos de AIDS, os quais têm aumentado progressivamente desde o primeiro caso reportado em 1980, totalizando a 94.997 em novembro de 1996, que correspondem a uma taxa de incidência de 68,1 por 100.000 habitantes. A infecção é maior na população masculina (80,71%) e existe um aumento paulatino na população feminina e infantil, chegando a uma relação de infecção homem/mulher de 4/1.³⁶

O grupo de idade mais atingido é o compreendido entre os 15 e 52 anos para ambos os sexos, com predominância no grupo etário dos 25 a 39 anos (52,72% do total de casos).³⁶

A via de transmissão mais freqüente é a sexual, homossexual e bissexual para a população masculina (84,13%) e somente heterossexual para a população feminina em 15,87% do total de casos infectados por esta via. Do total reportado até 30 de novembro de 1996, 24,95% foram infectados por via sanguínea em usuários de drogas intravenosas, tanto em homens como em

mulheres, seguido por transfusão total e, finalmente, pelo uso de hemoderivados para hemofílicos.³⁶

Com o passar dos anos, observou-se no Brasil um aumento da infecção por via perinatal ou vertical para ambos os sexos. Do primeiro caso reportado (masculino) em 1985 até 2.211 casos, dos quais 50,11% foram detectados na população masculina e 49,89% na feminina. É importante ressaltar que, do total notificado, em 19,49% não foi possível determinar a categoria de exposição segundo a via de transmissão, por diversas razões, e entre elas, a falta de informação e investigação.³⁶

A taxa de letalidade por AIDS no Brasil teve variações bem significativas ano após ano, desde 1980 até 1996, diminuindo paulatinamente de 100% em 1980, a 64,7% em 1990, e a 23,2% em 1996. Isto se deve às políticas e estratégias adotadas segundo a evolução da doença, às mudanças de estilos de vida das pessoas atingidas ou a um maior acesso e qualidade da atenção médica oportuna, com seus respectivos meios de diagnóstico e tratamentos medicamentosos atuais, entre outros.³⁶

No Estado de São Paulo, estas estatísticas sobre a situação da infecção por HIV/AIDS apresentam, praticamente, o mesmo comportamento do país. Mais de 55% do total de casos do Brasil, reportados até meados de 1996, correspondem ao Estado de São Paulo (49.224 casos) e destes, 24.750 são do Município de São Paulo, que correspondem a uma taxa de incidência de 19,4 por 100.000 habitantes.⁶⁷

A modificação no comportamento da infecção, nos últimos anos, no mundo, talvez se deva não somente a mudanças próprias do vírus, como também à alteração no comportamento dos indivíduos frente à infecção, aos seus próprios estilos de vida, e às medidas políticas de prevenção e controle adotadas por parte das autoridades competentes de saúde e desenvolvidas

parcialmente em conjunto com o governo, outros setores e parte da sociedade civil através das ONG que, principalmente, trabalham com AIDS.

2.2.2. A Infecção por HIV/AIDS na Colômbia

A infecção por HIV/AIDS na Colômbia teve um comportamento muito similar ao ocorrido no continente americano e, especialmente, em países como México, Brasil, Argentina, Chile, Peru.

Em seguida, apresenta-se o perfil epidemiológico da AIDS na Colômbia, a partir de estatísticas que têm sido importantes para compreender, estudar e orientar continuamente as políticas, estratégias e ações que, de forma acordada entre os diversos setores, têm se levado a cabo com a participação da comunidade e das ONG que trabalham com AIDS.

O aumento do número de casos por ano, notificados desde 1983 até janeiro de 1997 variou de 3 a 8.233, segundo informações do Ministério da Saúde, do Programa de Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS, através dos registros de Doenças de Notificação Obrigatória - SIS-12.³⁷

* SIS-12: Sistema de Informação em Saúde. Registro de Doenças de Notificação Compulsória, Formulário n.º 12.

QUADRO 1 - Número de infectados por HIV/AIDS, segundo ano, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

CASOS ANO	ASSINTOMÁTICOS*		AIDS**		TOTAL	
	NÚMERO	ACUMULADO	NÚMERO	ACUMULADO	NÚMERO	ACUMULADO
1983		0	3	3	3	3
1984		0	12	15	12	15
1985	3	3	16	31	19	34
1986	11	14	148	179	159	193
1987	173	187	190	369	363	556
1988	320	507	338	707	658	1214
1989	571	1078	453	1160	1024	2238
1990	651	1729	773	1933	1424	3662
1991	743	2472	857	2790	1600	5262
1992	1202	3674	931	3721	2133	7395
1993	1274	4948	732	4453	2006	9401
1994	2136	7084	1324	5777	3460	12861
1995	1683	8767	896	6673	2579	15440
1996	564	9331	308	6981	872	16312

Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS - Ministério da Saúde, Colômbia.

* **Assintomático:** Pessoa com sorologia positiva para HIV sem sintomas.

** **AIDS:** Pessoa com sorologia positiva para HIV com sintomatologia e com uma pontuação de acordo com a definição OPAS/Caracas adotada na Colômbia.

Do total de casos registrados de agosto de 1996 (16.312), 57,2% (9.331) correspondem a indivíduos infectados assintomáticos e 42,8% (6.981) ao restante de infectados que já desenvolveram AIDS.³⁷

O aumento no número total de casos, a partir de 1988, ultrapassa 1.000 por ano. Isto expressa as melhoras no sistema de notificação e registros e uma maior consciência das pessoas atingidas, que se dirigem oportunamente aos serviços de saúde, e não um aumento da propagação da infecção.

FIGURA 2 - Taxa anual de incidência de AIDS por 100.000 habitantes, Colômbia, 1983- agosto de 1996.

Fonte: Ministério da Saúde da Colômbia, Programa Nacional de Prevenção e Controle de HIV/AIDS, 1996.

A taxa anual de incidência de AIDS indica como, ano após ano, em uma população de 100.000 habitantes, existe a possibilidade de que 2 a 3 pessoas infectadas desenvolvam AIDS. Por cada caso infectado reportado, entre 5 e 10 indivíduos podem estar infectados sem notificação e refletir outra realidade da infecção. Observa-se na figura 2, que essa taxa aumenta progressivamente e alcançou o pico mais alto em 1994.

QUADRO 2 - Número de infectados por HIV/AIDS segundo sexo, por ano, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

ANO	INFECTADOS*									
	ASSINTOMÁTICOS			AIDS			TOTAL			
	HOMEM	MULHER	SUBTOTAL	HOMEM	MULHER	SUBTOTAL	HOMEM	MULHER	SD**	TOTAL
1983			0	1	1	2	1	1	1	3
1984			0	2	0	2	2	0	10	12
1985	2		2	15	1	16	17	1	1	19
1986	8		8	47	1	48	55	1	103	159
1987	153	2	155	183	7	190	336	9	18	363
1988	303	25	328	303	27	330	606	52	0	658
1989	450	70	520	403	30	433	853	100	71	1024
1990	560	79	639	698	62	760	1258	141	25	1424
1991	613	89	702	755	57	812	1368	146	86	1600
1992	489	85	574	575	51	626	1064	136	933	2133
1993	660	89	749	670	61	731	1330	150	526	2006
1994	1825	293	2118	1202	114	1316	3027	407	26	3460
1995	1438	245	1683	797	98	895	2235	343	1	2579
1996	437	122	559	263	42	305	700	164	8	872
TOTAL	6938	1099	8037	5914	552	6466	12852	1651	1809	16312

Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS - Ministério da Saúde da Colômbia.

* **Infectados:** Total de pessoas com sorologia positiva para HIV/AIDS (assintomáticas+AIDS)

** **SD:** Sem dados. Não aparecem registrados dados de sexo em 1.809, dos 16.312 casos (Fichas).

Segundo projeções do Ministério da Saúde, esperam-se anualmente entre 20 e 30 novos casos de pessoas infectadas (assintomáticas).¹⁸

Observa-se que a partir de 1987, há um aumento constante de infectados (assintomáticos e casos de AIDS) em ambos os sexos, sendo maior nos homens (12.852) que nas mulheres (1.651). Tais mudanças expressam também o comportamento da infecção, segundo as diferentes vias de transmissão, grupos populacionais suscetíveis e idade.

FIGURA 3 - Porcentagem de casos de infectados por HIV/AIDS segundo sexo, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

Segundo a figura 3, do total de casos notificados até agosto de 1996 (16.312), 78,78% (12.852) correspondem ao sexo masculino, 10,12% (1.809) ao sexo feminino e 11,1% restantes a pessoas infectadas sem determinar o sexo a que pertencem, por falta de informação e/ou subregistro; este fato é significativo para se poder conhecer e explicar verdadeiramente o perfil epidemiológico da infecção por HIV/AIDS no território nacional e adotar as medidas pertinentes.

QUADRO 3 - Relação homem/mulher de infectados por HIV/AIDS por ano, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

ANO	INFECTADOS		
	ASSINTOMÁTICOS	AIDS	TOTAL
1983	N/A*	1	1
1984	N/A	N/A	N/A
1985	N/A	15	17
1986	N/A	47	55
1987	77	26	37
1988	12	11	12
1989	6	13	9
1990	7	11	9
1991	7	13	9
1992	6	11	8
1993	7	11	9
1994	6	11	7
1995	6	8	7
1996	4	6	4
TOTAL	6	11	8

Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS, Ministério da Saúde da Colômbia.

* N/A: Não foi aplicado o denominador (número de casos em mulheres é zero)

A relação homem/mulher vem diminuindo paulatinamente através dos anos: passando de 55:1, em 1986, para 4:1 em 1996. Esta relação é maior nos casos de AIDS que nos assintomáticos, dados que indicam um aumento ao risco de transmissão perinatal e à infecção na população pediátrica. A relação nacional homem/mulher, em média, de 8:1 para o último ano, indica que, apesar das variações na relação de infectados por ano, a infecção predomina na população masculina e é maior nos casos de AIDS que nos assintomáticos.

QUADRO 4 - Número e porcentagem de infectados por HIV/AIDS segundo grupos de idade e ano, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

GRUPOS IDADE	ASSINTOMÁTICOS													
	ANOS													
	<85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	Sb.T	%
0-4	0	0	0	0	0	1	3	2	9	12	35	14	76	0,8
5-14	0	0	1	1	0	1	0	1	3	4	6	2	19	0,2
15-24	0	4	45	85	128	179	142	106	173	473	389	133	1857	19,9
25-34	0	3	80	135	220	281	306	224	365	996	751	244	3605	38,6
35-44	1	0	13	48	64	89	102	82	136	434	338	109	1416	15,2
45-59	0	0	3	12	18	18	27	31	43	130	108	32	422	4,5
>60	0	0	1	4	2	2	7	1	6	62	25	4	114	1,2
SD	2	4	30	35	139	80	156	755	539	25	31	26	1822	19,5
TOTAL	3	11	173	320	571	651	743	1202	1274	2136	1683	564	9331	99,9

GRUPOS IDADE	AIDS													
	ANOS													
	<85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	Sb.T	%
0-4	0	0	0	3	9	11	11	15	7	14	11	6	87	1,2
5-14	0	0	1	3	4	10	13	4	1	4	6	2	48	0,7
15-24	4	7	20	41	58	82	85	60	85	133	92	47	714	10,2
25-34	7	31	83	158	172	326	364	219	308	623	390	136	2817	40,4
35-44	7	9	46	69	103	216	191	144	214	367	257	72	1695	24,3
45-59	2	0	21	36	46	85	93	60	96	139	108	35	721	10,3
>60	0	0	4	4	7	16	17	13	10	34	27	4	136	1,9
SD	11	101	15	24	54	27	83	416	11	10	5	6	763	10,9
TOTAL	31	148	190	338	453	773	857	931	732	1324	896	308	6981	99,9

GRUPOS IDADE	TOTAL DE INFECTADOS													
	ANOS													
	<85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	Sb.T	%
0-4	0	0	0	3	9	12	14	17	16	26	46	20	163	1,0
5-14	0	0	2	4	4	11	13	5	4	8	12	4	67	0,4
15-24	4	11	65	126	186	261	227	166	258	606	481	180	2571	15,8
25-34	7	34	163	293	392	607	670	443	673	1619	1141	380	6422	39,4
35-44	8	9	59	117	167	305	293	226	350	801	595	181	3111	19,1
45-59	2	0	24	48	64	103	120	91	139	269	216	67	1143	7,0
>60	0	0	5	8	9	18	24	14	16	96	52	8	250	1,5
SD	13	105	45	59	193	107	239	1171	550	35	36	32	2585	15,8
TOTAL	34	159	363	658	1024	1424	1600	2133	2006	3460	2579	872	16312	100,0

Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS, Ministério da Saúde da Colômbia.

* SD: Sem dados de idade. Aparecem registradas 2.585 de 16.312 (Fichas).

Do total de infectados por HIV/AIDS até agosto de 1996, o grupo de idade mais atingido é o compreendido entre os 25 e 34 anos, tanto para os assintomáticos como para os casos de AIDS. É importante ressaltar que por falta ou deficiências na notificação, há uma porcentagem alta de infectados reportados e sem especificação de idade ou grupo etário ao qual correspondem (2.585 infectados, equivalentes a 15,8% do total), sendo maior a falta de informação no grupo de assintomáticos que no grupo de casos de AIDS.

Observa-se um aumento progressivo da infecção em menores de 15 anos (escolares e adolescentes) e maiores de 60 anos, a partir de 1997, situação que reflete parte do comportamento da doença em termos de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos.

QUADRO 5 - Distribuição porcentual anual de infectados por HIV/AIDS, segundo via de transmissão, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

ANO \ TIPO	INFECTADOS (%)			
	SEXUAL	SANGUE	PNT	SD
1983	33,3	0,0	0,0	66,7
1984	16,7	0,0	0,0	83,3
1985	89,5	0,0	0,0	10,5
1986	25,8	0,0	0,0	74,2
1987	74,9	0,8	0,0	24,2
1988	81,2	1,7	0,5	16,7
1989	70,1	1,0	1,3	27,6
1990	77,7	0,4	1,3	20,6
1991	63,6	1,1	1,6	33,8
1992	54,3	0,3	0,8	44,6
1993	52,3	0,6	0,5	46,6
1994	81,1	1,1	0,9	17,0
1995	92,2	1,1	1,6	5,1
1996	89,8	1,0	2,4	6,8
TOTAL	72,8	0,9	1,1	25,2

Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS, Ministério da Saúde da Colômbia.

No quadro 5, em relação ao mecanismo de transmissão observa-se um predomínio e aumento, ano após ano, da transmissão por via sexual, comparado com a transmissão pelas vias sangüínea e perinatal. Porém, talvez, devido às dificuldades e deficiências no manejo da informação, este panorama pode não ser o real, pois, há um alto percentual de informações não específicas.

FIGURA 4 - Distribuição percentual de infectados por HIV/AIDS segundo via de transmissão, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

Na figura 4, como se pode observar, 72,8% do total de infectados notificados correspondem ao mecanismo de transmissão sexual, seguem-no a via perinatal - PNT, que aumentou desde 1987, chegando a 2,4% em 1996. A transmissão por via sangüínea não chega a 2%, devido possivelmente às exigências no controle de qualidade das bolsas de sangue e seus derivados e à baixa incidência do consumo de drogas por via venosa no país. Observa-se um alto percentual de informações sem especificar a via de transmissão (SD), que é importante do ponto de vista epidemiológico e de estratégias de Prevenção e Controle.

Na figura 5, do total de infectados, segundo a via de transmissão sexual, o primeiro lugar corresponde ao comportamento homossexual (39,26%), sendo maior a porcentagem de homens, seguido pelo comportamento heterossexual (36%), que, nos últimos anos, aumentou vertiginosamente nos homens e reflete diretamente o aumento da infecção em mulheres em idade fértil, na população pediátrica e o aumento na transmissão perinatal. Vale a pena ressaltar que o comportamento da infecção por HIV, segundo o mecanismo de transmissão sexual (homossexual, bissexual e heterossexual), é maior nos infectados assintomáticos que, nos casos de AIDS, com predominância homossexual.

FIGURA 5 - Porcentagem de infectados por HIV/AIDS segundo mecanismo de transmissão sexual, Colômbia, 1983 -agosto de 1996

No quadro 6, o percentual de mortalidade por causa da AIDS continua sendo elevado no país, porque, de cada 100 casos de AIDS, morreram 43,6 pessoas de um total de 3.044 casos acumulados em 1996, apesar de contar-se hoje com um programa mais estruturado, com ações de prevenção e controle mais coordenados, com melhores meios de diagnóstico e com acesso a tratamentos, entre outros. Também se observa que, ano após ano, há uma tendência à diminuição da taxa de mortalidade nos infectados assintomáticos.

QUADRO 6 - Porcentagem anual de mortalidade por causa da infecção por HIV/AIDS, Colômbia, 1983 - agosto de 1996.

ANO	% MORTALIDADE	
	AIDS	INFECTADOS
1983	100	100
1984	33.3	33
1985	54.8	50
1986	22.9	21
1987	43.9	29
1988	48.8	28
1989	47.8	25
1990	46.8	25
1991	47.0	25
1992	45.0	23
1993	51.2	24
1994	47.1	21
1995	44.3	19
1996	43.6	19

Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS, Ministério da Saúde da Colômbia.

É importante mencionar que, na Colômbia, a média estimada de sobrevivência para as pessoas com AIDS é de 5 anos. O aumento da mortalidade predomina no grupo de população jovem, economicamente ativa e em idade de maior atividade sexual e reprodutiva - fato significativo para os estudos das condições de saúde e de vida da população, expressados em

diminuição de AVISA e no aumento nos *Años Perdidos de Vida Potencial - APVP*.^{18, 56}

Finalmente, a situação da AIDS na Colômbia é mais preocupante na capital da República (Santa Fe de Bogotá), no *Quíndio*, *Risaralda*, *San Andrés, Valle* e *Antioquia* onde existem as cidades mais densamente povoadas, os principais centros de produção do país e com maior infra-estrutura social (saúde). Suas taxas de incidência têm um comportamento similar, porém, ultrapassam a média nacional, devido às características próprias de cada uma, e à maior e melhor agilização de registros epidemiológicos e à notificação obrigatória.

A infecção por HIV/AIDS em Santa Fe de Bogotá, D. C., objeto de estudo das ONG-HIV/AIDS do presente trabalho, ocupa o segundo lugar (17,81%) do total de DST (5.552), de acordo com o registro de Doenças de Notificação Obrigatória SIS-12 e a Ficha de Notificação para a infecção por HIV/AIDS em 1995, quando foram referidos 989 casos.

Segundo dados (ainda não oficiais) fornecidos pela Área de Vigilância em Saúde, Direção de Saúde Pública - Secretaria Distrital de Saúde - Santa Fe de Bogotá, D.C., em 24 de outubro de 1997, a problemática da AIDS, desde a comunicação dos 2 primeiros casos de sexo masculino em 1984, aumenta, progressivamente, até chegar a 7.025 casos, dos quais 46,00% (3.232) foram infectados assintomáticos, 51,79% (3.638) infectados que desenvolveram a AIDS e 2,21% (155 casos) sem informação. Destes 7.025 casos, 92,09% (6.469) correspondem ao sexo masculino, 6,86% (482) ao sexo feminino; e 1,05% não há informação do sexo.

O comportamento geral da infecção por HIV/AIDS na cidade de Santa Fe de Bogotá, D. C., tem sido similar ao da situação geral do país e a de outros países e cidades da América Latina.

A incidência de HIV/AIDS por grupos de idade é maior na população cujas idades oscilam entre os 15 e 44 anos, seguido pelos grupos de 44 a 59 anos e os maiores de 60.

Predomina como mecanismo de transmissão para o HIV/AIDS a via sexual em 98,73%, seguida da via sangüínea com 0,78%, e 0,49% restantes por via perinatal.

A análise da infecção por HIV/AIDS, segundo o gênero, continua sendo de predomínio masculino homossexual e bissexual. Porém, o reflexo desta situação variou à custa do aumento da infecção em heterossexuais e na população feminina. Esta última deixa, como consequência, o surgimento progressivo da AIDS perinatal e pediátrica.

2.2.3. Generalidades das DST na Colômbia

Está comprovado que as DST e, em especial, aquelas que produzem úlceras genitais e reto-anais (sífilis, herpes simples tipo II, condilomatose, cancro mole), podem permitir a transmissão do HIV, através do epitélio lesionado ou devido à maior suscetibilidade do indivíduo pelo aumento de linfócitos T coadjuvantes, presentes no trato genital.^{44, 73}

Segundo o estudo denominado "A saúde na Colômbia - 10 anos de informação", realizado pelo Ministério da Saúde e publicado em 1995, somente se pode obter informação geral sobre a infecção gonocócica e a tricomoníase. Suas taxas de incidência são mais elevadas, com tendência ao decréscimo no final da década de 80, quando já começa a expressar-se a epidemia da infecção pelo HIV/AIDS. Em 1995, a infecção gonocócica ocupou o primeiro lugar do total das DST, na Colômbia, registradas com 178.490 casos, seguida pela sífilis, subdividida nas três categorias convencionais e das quais 39.998 casos corresponderam a outras formas de sífilis, 28.431 casos à sífilis precoce sintomática e 3.143 casos à sífilis congênita. A terceira causa de DST foi o herpes genital, com 19.421 casos.⁶⁴

Do total de infectados por DST na Colômbia, o maior número de casos encontra-se situado nos “Departamentos” de *Valle, Santander*, Distrito Capital- Bogotá e os “Departamentos” da região cafeeira (*Antioquia, Caldas, Quindio e Risaralda*).

A situação das DST na Capital da República, até 1995, incluindo a AIDS e segundo o quadro 7, mostra um panorama um tanto diferente da situação geral das DST na Colômbia.

QUADRO 7 - Distribuição de número e porcentagem de casos de DST notificados pela Secretaria Distrital de Saúde de Santa Fe de Bogotá, D.C., 1995.

DST	N.º casos	%
Tricomoníases	2.713	48.87
HIV/AIDS	989	17.81
Herpes genital	580	10.45
Inf. Gonocócica	491	8.84
Sífilis outras formas	415	7.47
Sífilis precoce sintomática	147	2.65
Hepatite B	140	2.52
Sífilis congênita	77	1.39
Total	5552	100

Fonte: Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá, Seção de Vigilância Epidemiológica, dez. de 1996.

Do total de casos referidos (5.552), ocupam o primeiro lugar, segundo a frequência de casos, a tricomoníase (48,87%), seguida da infecção por HIV/AIDS, o herpes genital, a infecção gonocócica; a sífilis em suas diferentes subdivisões e a hepatite B; há a predominância masculina, ainda que a tendência seja o aumento de casos de DST na população feminina.⁸

Como se observa no quadro 8, o grupo populacional mais atingido pelas diversas DTS é o de 15 a 44 anos, especialmente a tricomoníase, infecção gonocócica, hepatite B, herpes genital, sífilis e infecção por HIV/AIDS. Chama a atenção o fato de que, na população menor de 1 ano, há uma alta taxa de incidência por 100.000 habitantes (174,86/100.000 habitantes) de tricomoníase, a qual pode ser transmitida por outros mecanismos diferentes do sexual. Na população menor de 4 anos, existem taxas de incidência relacionadas com as DST, com exceção da herpes genital, chegando a taxas gerais que ultrapassam os 250 casos/100.000 habitantes; a sífilis congênita continua ainda apresentando-se nos diversos grupos populacionais.⁸

QUADRO 8 - Taxa de incidência geral (por 100.000 habitantes) grupos de idade segundo doenças sexualmente transmissíveis, Secretaria Distrital da Saúde de Santa Fe de Bogotá, D.C., 1995.

GRUPOS DE IDADE	Sífilis Congênita	Sífilis Precoce	Sífilis (outras formas)	Infecção Gonococcica	Herpes Genital	Tricomoníase	Hepatite	HIV/AIDS	Taxa geral por grupo de idade
<1 ano	0,46	5,32	3,04	1,52	0,00	174,86	6,08	0,08	233,41
1 - 4	0,61	0,20	0,20	1,23	0,00	76,38	9,01	0,82	88,46
5 - 14	0,17	1,39	1,99	1,82	10,74	16,63	3,72	0,35	35,81
15 - 44	0,81	3,97	12,12	14,85	10,63	58,04	1,17	30,86	132,45
45 - 59	0,16	1,27	4,61	6,19	19,85	34,30	0,79	11,28	78,45
60 ou +	0,00	0,94	5,04	1,26	9,76	20,15	2,20	4,09	43,45
Total geral por patologia	1,40	2,67	7,52	8,90	10,52	49,18	2,54	17,93	

Fonte: Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá, Seção de Vigilância Epidemiológica, dezembro de 1996.

Infortunadamente, estes dados não mostram a verdadeira realidade sobre o comportamento das DST na Colômbia, especificamente em razão às deficiências à notificação obrigatória. Com melhor informação, poder-se-ia analisar mais amplamente o comportamento em termos de freqüências, incidências, morbi-mortalidade, características das variáveis: pessoa, tempo e lugar das DST, assim como também estudar suas tendências e fazer comparações com outros países da região para poder dimensionar o problema em seus múltiplos fatores epidemiológicos, sociais, culturais e

administrativos dentro do setor saúde com o qual as ONG que trabalham em AIDS estão intimamente ligadas.

V. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE AS ONG-HIV/AIDS

V. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE AS ONG-HIV/AIDS, SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., COLÔMBIA

1. Tipo de Estudo

Tendo-se em conta o tema e os objetivos propostos, o presente estudo é uma análise dos aspectos relacionados com o surgimento, organização e funcionamento das ONG-HIV/AIDS, na cidade de Santa Fe de Bogotá, D.C., Colômbia, com as dificuldades metodológicas e comentadas no item 5.

Este estudo se realizou em dois momentos: o primeiro, exploratório, permite descrever suas características gerais e específicas, considerando a sua constituição, as diferentes adaptações no atual contexto e de acordo com as variações da infecção. O segundo momento, interpretativo, permite sua compreensão, análise e orienta seu comportamento.

2. Universo

O universo de estudo é derivado do total de 39 instituições existentes, até junho de 1996, na cidade de Santa Fe de Bogotá, D. C., reconhecidas, oficialmente, por diferentes órgãos competentes, como o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá e a Câmara do Comércio, lista fornecida pela Liga Colombiana de Luta contra a AIDS - LCLCS, pela Mesa Coordenadora de ONG-HIV/AIDS de Bogotá e pela OPAS.

TABELA 1 - Organizações não governamentais, segundo tipo de relacionamento com a infecção por HIV/AIDS e participação no estudo, Santa Fe de Bogotá, D.C., Colômbia, junho de 1996.

ONG	Complementar		Específico		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Não participante	23	59	5	13	28	72
Participante	0	0	11	28	11	28
Total	23	59	16	41	39	100

Das 39 citadas, 23 (59%) são ONG fundadas com fins sociais diferentes, mas ligadas à área de saúde, como por exemplo: educação, sexualidade, adolescência, mulher, psicologia, dependência de drogas, direitos humanos, etc., porém a partir do surgimento da AIDS incorporaram, paulatinamente, em seus objetivos, atividades relacionadas com prevenção e controle da infecção por HIV/AIDS. As 16 restantes (41%) são ONG que, desde sua criação, realizam trabalhos específicos de prevenção e controle da infecção por HIV/AIDS ou, estritamente, ONG-HIV/AIDS e que constituem o universo potencial da pesquisa.

O projeto de investigação do presente estudo foi apresentado a estas últimas e solicitou-se de maneira formal sua participação e cooperação, assim como a dos coordenadores do Programa de Prevenção e Controle de DST-HIV/AIDS da OPAS e do Ministério da Saúde, em 1995.

Das requisitadas, apenas 11 (28%), aceitaram participar, constituindo-se assim, o universo final da análise deste. Com três das 16 ONG-HIV/AIDS não foi possível trabalhar, por diminuição de seus membros, dificuldades

pessoais e falta de recursos, acabando por se dissolver entre 1995 e 1996. Outra também se dissolveu, ao final de 1995 após a morte de dois de seus diretores. A última não atendeu ao convite para participar do estudo.

Também se trabalhou com um grupo integrado de 10 pessoas voluntárias e representantes de diferentes setores sócio-econômicos da cidade e que, de uma ou de outra maneira, tiveram ou têm vínculos com o problema da AIDS e têm acompanhado de perto as ONG-HIV/AIDS. Isto foi feito com a finalidade de conhecer conceitos, opiniões ou pareceres que complementassem as informações.

3. Procedimentos e Instrumentos

Visitas

De acordo com a disponibilidade de tempo dos atores, das ONG participantes elaborou-se uma programação para a realização das diversas atividades encaminhadas para a obtenção de informação quali-quantitativa (dados primários e secundários) requerida para o estudo.

Deste modo, combinaram-se três visitas: a primeira, orientada para conhecimento das instalações de cada uma das ONG-HIV/AIDS e para manter contato direto com o representante legal ou seu suplente (subdiretor, gerente, administrador, coordenador ou outro), para obter informações gerais sobre a identificação completa, composição e organização, objetivos, financiamento e atividades, tal como se descreve no Anexo 1 "Registro de ONG-HIV/AIDS". E, para complementar as informações sobre as atividades realizadas, desenvolveu-se um roteiro, que constitui o Anexo 2.

Na segunda visita, revisou-se a documentação própria de cada uma das ONG com a finalidade de se verificar e completar a informação fornecida na

primeira. Contou-se com algumas fontes de informação como os estatutos, regulamentos, registros de atividades, atas, livro de informes e material informativo produzido por elas.

Em uma terceira visita, obtiveram-se informações relacionadas com a dinâmica e o funcionamento das 11 ONG-HIV/AIDS. Para isto utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, flexível e aberta, cuja temática se baseou em um roteiro de perguntas gerais, dirigidas, de forma idêntica a cada um dos representantes legais delas ou seus suplentes tal como mostra o Anexo 3 "Roteiro para a realização de entrevistas".

Oficinas

Para complementar as informações, assistiu-se a duas oficinas de fortalecimento institucional para ONG-HIV/AIDS, realizadas com apoio da OPAS, Fundação Restrepo Barco, Comissão para o intercâmbio educativo Fulbright e Instituição Evaluar Ltda., em Santa Fe de Bogotá, D. C., Colômbia^{68, 69}.

Na primeira oficina, trabalharam-se aspectos específicos orientados a uma descrição auto-diagnóstica institucional, aplicando o enfoque de planejamento estratégico^{21, 40}, onde cada uma das ONG-HIV/AIDS analisou sua trajetória e identificou elementos relacionados com suas:

- **Fortalezas** - forças ou características internas que deram vida às organizações.
- **Fragilidades** - aquelas características ou dificuldades internas que impedem seu desenvolvimento.
- **Oportunidades** - condições externas que facilitam ou promovem o crescimento e o desenvolvimento da organização.
- **Ameaças** - todos aqueles fatores internos e externos que atentam contra a existência, crescimento e desenvolvimento da organização.

A segunda oficina, realizada sete meses após, foi orientada para o fornecimento de informações e elementos teórico-conceituais para o fortalecimento e a sustentabilidade organizacional.

As informações obtidas nestas oficinas foram sistematizadas como aparecem no quadro matriz, Anexo 4 "Caracterização autodiagnóstica institucional da ONG-HIV/AIDS", composto por quatro partes: a primeira dividida em quatro colunas, correspondentes à caracterização utilizada no auto-diagnóstico organizacional, segundo a metodologia e o enfoque empregado na oficina (fortalezas, ameaças, fragilidades, oportunidades).

A segunda e a terceira parte são colunas destinadas ao registro de sugestões e propostas dos participantes durante as atividades das oficinas. A última coluna é um espaço para o registro de observações.

Encontros com atores indiretos

Para isto, contou-se com a colaboração de dez voluntários, representantes tanto do setor governamental como do privado, que faziam parte de uma lista elaborada, inicialmente, com a respectiva identificação e disponibilidade de tempo, a quem previamente se apresentou e explicou o objetivo da pesquisa e atividades a serem realizadas.

A origem e a condução dos diálogos mantidos com eles girou basicamente em torno de três perguntas abertas, contidas no Anexo 5 "Roteiro para diálogo com atores indiretos e relacionados com as ONG-HIV/AIDS", relacionadas com o tema em estudo. Das respostas foram registradas aqueles elementos significativos, relacionados com o presente e futuro das ONG-HIV/AIDS.

Os diferentes instrumentos elaborados para a coleta de informação, primeiramente, foram revisados e analisados com três especialistas nas áreas

de pesquisa, administração e gerência, também conhecedores das ONG. Com base nas suas observações e recomendações foram feitos os ajustes para uma nova revisão. Os anexos 1, 2, 3 e 5 foram testados em três ONG-HIV/AIDS não participantes do estudo e dois atores indiretos semelhantes aos do estudo.

Toda a informação foi coletada diretamente e registrada à mão nos respectivos instrumentos com a finalidade de garantir confidencialidade da informação obtida, das instituições e das pessoas participantes, além de gerar um ambiente de confiança nas diversas visitas, entrevistas e diálogos.

4. Manuseio das Informações

Uma vez obtida a informação, esta foi revisada, depurada em suas inconsistências, complementada e classificada por interrogações e na busca de relações entre as variáveis e/ou fatos que serviram de eixo para a construção dos lineamentos descritivos e interpretativos.

A descrição realizou-se, inicialmente, com cada um dos itens e elementos das situações encontradas. Permitiu-se a formulação de alguns pressupostos que levaram a aprofundar fatos e a encontrar possíveis fatores condicionantes. Em seguida, foram reunidos manualmente por blocos ou categorias para a identificação dos comportamentos.

Por ser a temática tão aberta, tornou-se complexa, não dando lugar à sistematização da informação, comprovação de hipóteses, discussão teórica, etc. Toda a junção se fez também manualmente em quadros condensados para respostas fechadas e abertas, segundo grupos de variáveis com seus respectivos componentes, de acordo com o disposto nos instrumentos. Parte dos resultados estão expressos numericamente, alguns dos quais, permeados

com trechos transcritos dos diálogos mais ilustrativos, levando-se em conta a confidencialidade.

5. Dificuldades Metodológicas

▶ Durante o período programado para a realização do estudo (1996-1997), surgiram vários fatores que, direta e indiretamente, influíram neste; fatores que se relacionaram com as ONG-HIV/AIDS, seu contexto e com o mesmo processo investigativo. Destacam-se entre eles:

- A disponibilidade de tempo dos atores, em geral, dificultou a obtenção da informação porque, freqüentemente, surgiram situações próprias de trabalho das ONG-HIV/AIDS e imprevistos (condições de saúde dos participantes, reuniões extras, atenção a usuários e outras emergências), que faziam mudar as datas marcadas para as visitas.

- O não comparecimento por parte de alguns entrevistados devido a motivos de viagem, saúde ou atividades extra-profissionais em ONG-HIV/AIDS.

- As dificuldades para abordar os temas concretos desta investigação por estados de ânimo dos informantes em razão de incertezas, desmotivações e instabilidade gerada pelas contínuas mudanças do ambiente interno e externo das ONG-HIV/AIDS.

- Os processos de adaptação social e institucional, as novas disposições, normas jurídico-legais e administrativas (Carta Magna e Reformas do Sistema de Seguridade Social), especialmente as relativas à saúde, levaram a reformulações dos objetivos, funções e atividades das ONG-HIV/AIDS, os quais ocorreram num tempo não muito breve, visto que requeria estudo e redefinições. Considerou-se mais conveniente para o presente estudo esperar que tivessem mais clareza e maior assimilação dessas novas políticas sociais.

- Os estímulos e influências nacionais e internacionais, relacionados especificamente com as novas disposições sobre o apoio financeiro para a prevenção e controle da infecção por HIV/AIDS (surgimento do UNAIDS,

priorização de trabalhos conjuntos na modalidade de redes, garantias de credenciamento institucional e outros), geraram outras prioridades no ambiente das ONG em estudo, e, em consequência, retardaram os ajustes técnico-administrativos.

- A carência de algumas fontes de informação, incompletas ou baseadas em tradição oral de terceira ordem.

- A diminuição no ritmo de trabalho, durante o processo de coleta de informações, em razão da espera de que as ONG se adaptassem um pouco mais ao contexto político-administrativo do país e ao setor saúde, em especial. Essa lentidão durou aproximadamente oito meses.

- O desconhecimento do processo que estava gerando um novo contexto, no local onde deveria ser realizado o estudo, no momento da construção do projeto de pesquisa.

- Finalmente, as restrições financeiras para a realização da pesquisa e a perda por falhas tecnológicas, no manejo da informação, e por dificuldades bilínguas.

VI. RESULTADOS E ANÁLISES: GÊNESE, CARACTERÍSTICAS E FUNCIONAMENTO

VI. RESULTADOS E ANÁLISE: GÊNESE, CARACTERÍSTICAS E FUNCIONAMENTO DAS ONG-HIV/AIDS EM SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., COLÔMBIA

O processo de surgimento das ONG-HIV/AIDS, na Colômbia, é muito similar ao de outros países da América Latina, como Argentina, Brasil, México e ao de outros países dos cinco continentes.

A nova doença, com um jargão próprio (*peste gay*, *enfermidades dos homossexuais*, *enfermidade mortal*, etc.), sob o lema "Desafio à AIDS" ou "Combate contra a AIDS", desencadeou inúmeros questionamentos que foram transcendentais no processo de mobilização social em torno dela na origem das ONG -HIV/AIDS na Colômbia e, em particular, em Santa Fe de Bogotá, D.C.

O sentimento de solidariedade e generosidade de algumas pessoas, familiares, amigos das vítimas de AIDS, religiosos e funcionários de entidades prestadoras de serviços de saúde constituem o germe das ONG em Santa Fe de Bogotá.

É certo que a igreja católica colombiana é uma das primeiras receptoras dos danos sociais da infecção por HIV/AIDS. Sua participação oficial, no início, é radicalmente distante, em razão de seu posicionamento, conhecido amplamente, sob aspectos relacionados com a sexualidade, planejamento familiar e os "valores anormais". Posteriormente, dado o acelerado aumento de casos de pessoas infectadas, mortes, órfãos de todas as idades, sexos, camadas sociais e pelo aumento da demanda de serviços religiosos por parte da comunidade atingida, tem havido uma aproximação mais aberta e participativa em matéria de AIDS, com outros setores igualmente comprometidos na prevenção e controle. Lentamente, adotam posturas um pouco mais abertas frente à comunidade.

Os primeiros casos de AIDS foram remetidos e notificados em Bogotá, ao Ministério da Saúde e à Secretaria da Saúde de Bogotá, por isso, em seu início a mobilização no campo da saúde tomou duas direções:

De um lado, os funcionários da Unidade e Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de Bogotá, com base nas experiências de vários anos em programas de prevenção e controle de doenças como as DST, TBC, Imunopreveníveis, Dengue e outras, assumem o árduo compromisso de trabalhar com AIDS em meio aos conhecimentos escassos, pouca informação ou acesso à mesma, à conotação social da doença, às dificuldades para chegar às populações alvo e forte demanda de serviços assistenciais para os atingidos pela doença, e orientação e assessoria para os profissionais e instituições de saúde. A equipe de trabalho esteve liderada pela enfermeira sanitaria Rossana Alba de Rangel, da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Bogotá e composta pela bacteriologista, Alicia de Weldelfor, o médico Henry Adila e a enfermeira Amanda Bonilla entre outros funcionários da mesma Secretaria, que iniciaram seu trabalho de aproximação da comunidade atingida, com o apoio do voluntário Manuel Velandia para realizar as diversas atividades de vigilância epidemiológica, promoção e prevenção.

Do outro lado, no Hospital Simon Bolivar, principal centro de referência de pacientes da Secretaria da Saúde de Bogotá, no Hospital Universitario San Juan de Dios, na Fundação Santa Fe (clínica privada de alta tecnologia) e, em outras instituições, os profissionais da saúde e, em especial, grupos de médicos, enfermeiras e bacteriologistas, em meio de inconvenientes, restrições, fracassos, "pequenos grandes sucessos", temores e incertezas, dedicam-se a buscar informação, preparar-se cada vez mais e aproximar-se da população de maior risco.

"Utilizávamos o tempo livre, os sábados e domingos e as horas de sono, cada dia íamos nos comprometendo mais com e pela causa,

aceitamos o desafio de ser assinalados e estigmatizados pela sociedade, no princípio, pelo fato de trabalhar com a AIDS e com as populações mais rechaçadas socialmente".

Esta equipe estuda, apreende das experiências positivas e negativas, e, com o apoio de alguns médicos sanitaristas do Instituto Nacional de Saúde - **INAS** (Miguel Guzman, Manuel Gacharna e outros), começa a elaborar as diretrizes preliminares do que foi o Primeiro Programa de Luta Contra a AIDS.

A enfermeira Rosana referiu-se a este assim:

"Iniciou suas atividades em 1986, com a criação de um Comitê de Educação, Prevenção e Assessoria sobre AIDS - **CEPAS**, era coordenado pelo Escritório de Vigilância Epidemiológica e integrado por uma enfermeira coordenadora, uma assistente social do Escritório de Participação Comunitária, um médico e um representante do GAP - Manuel Velandia. Depois do primeiro seminário de especialistas em AIDS, organizado pelo Ministério da Saúde, o comitê adotou um enfoque multidisciplinar (médicos, bacteriologistas, dentistas, enfermeiros, psicólogos, educadores, assistentes sociais). O trabalho não foi fácil, mas sempre imperou a motivação, o compromisso e a responsabilidade".

Este primeiro programa contou com três componentes:

O primeiro consistiu em campanhas educativas, mediante folhetos informativos para a população, em geral, para a população com "fatores de risco", para as instituições de saúde, os clubes noturnos, os colégios e as universidades. O segundo, relacionado com o controle de qualidade nos bancos de sangue. O terceiro componente esteve dirigido à atenção das pessoas e orientado à detecção de novos casos, atendimento hospitalar e, em consulta externa, apoio psicossocial e investigação epidemiológica.

"Este Comitê foi o responsável por coordenar o Programa em toda a Secretaria. Reunindo-se uma ou duas vezes por mês, trabalhou na elaboração das primeiras diretrizes para o manejo de pacientes com AIDS por especialidades (médico, psicólogo, bacteriologista, dentista, enfermeira, etc.), o que mais tarde se chamou de **Protocolos de Atenção.**"

"O programa desenvolveu-se em três Centros de Saúde (El Carmen, La Perseverancia, e Chapinero), e no Hospital Simon Bolivar, cada um deles com um mínimo de recursos e, no possível, com uma equipe interdisciplinar."

Paralelamente com o desenvolvimento do Programa de Luta Contra a AIDS da Secretaria da Saúde de Bogotá, os Serviços de Saúde de Antioquia e Valle buscam, com assiduidade, seus próprios mecanismos para a prevenção e controle da infecção.

Em meados de 1990, o Ministério da Saúde, baseado nas diretrizes da OMS/OPAS para a estruturação e desenvolvimento de Programas de Prevenção e Controle das DST relacionados com HIV/AIDS, e as diretrizes do primeiro Programa Nacional de Luta Contra a Sida de 1986 e o marco legal e constitucional da saúde, elaborou o primeiro Plano Inter-Setorial a Médio Prazo para a Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS, 1990-1994. Ele foi avaliado e atualizado para 1995-1998, com base nos resultados do primeiro quadriênio do plano, o marco referencial do GPA da OMS/OPAS, UNAIDS, a nova Constituição e as leis em matéria de Saúde e Seguridade Social.

Este novo plano foi elaborado com o INAS, OPAS, Ministério da Educação, Instituto de Seguros Sociais - ISS, Cruz Vermelha Colombiana, Departamento Nacional de Planejamento - DNP, Superintendência de Saúde, Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá, Conferência Episcopal Colombiana, UNICEF, Instituto Colombiano de Bem Estar Familiar - ICBF, Comitê de Fortalecimento de Grupos de Apoio, representante das ONG-HIV/SIDA,

Ministério do Trabalho e a Comissão Nacional Assessora Para Doenças Infecciosas.

O mesmo tem estado sob a direção dos diferentes coordenadores do Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS e tem tratado de cuidar e responder pelo cumprimento dos objetivos em meio aos obstáculos de ordem política, legislativa, financeira e técnico-administrativa, paralelamente com a progressão da infecção no país.

1. Cronologia das Primeiras Respostas, Primeiras ONG-HIV/AIDS

Em nível individual, motivados por sentimentos de dor, tristeza, desesperança e incerteza frente às pessoas mais próximas do núcleo familiar, amigos e companheiros realizaram ações de apoio, acompanhamento e assistência básica às pessoas infectadas pelo HIV que, na maior parte dos casos, eram rechaçadas, isoladas ou abandonadas; assim albergaram as pessoas em suas próprias casas ou realizavam visitas nas residências dos doentes ou nas poucas instituições de saúde onde se atendiam estas pessoas.

Neste sentido merece ser destacado o trabalho de alguns seminaristas, sacerdotes e freiras de diversas ordens e comunidades (Franciscanos, Dominicanos, Carmelitas, Jesuítas, etc.) os quais, de forma encoberta, assumindo riscos, com escassos conhecimentos da AIDS, movidos por princípios humanitários de beneficência, caridade e justiça, com suas experiências de evangelização e apostolado em saúde, começam um processo de aproximação, diálogos e realização de trabalhos conjuntos com pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS (pacientes, familiares, amigos), com instituições de saúde que prestavam serviços de saúde em AIDS e muito especialmente, com grupos de pessoas organizadas para trabalhar com AIDS.

Essa mobilização religiosa se deu em diferentes lugares do país e, principalmente, nas grandes capitais. Em alguns casos foi precursora das primeiras casas de albergue para as pessoas infectadas ou com AIDS, abandonadas, carentes, ou migrantes de outras cidades e povos.

A primeira casa para pacientes terminais com AIDS, na Colômbia, surge em 1984 na cidade de Bogotá, Município de Chía. Liderada pelo padre Leomer Vasquez, pelo Dr. Henry Ardila e um grupo de pessoas voluntárias, sensibilizadas e comprometidas para trabalhar com AIDS. Devido às distâncias entre a casa e a cidade de Bogotá, lugar onde viviam e trabalhavam estes voluntários, pelas dificuldades econômicas e de infra-estrutura para uma adequada atenção a estas pessoas, decidem fechá-la em 1987. Posteriormente, criam o lar de passagem para pessoas, HIV/AIDS, na cidade de Bogotá, no bairro de Quirigua, com capacidade de atenção para seis ou sete pessoas, geralmente, em fase terminal da infecção.

"Os escassos ou mínimos recursos econômicos e materiais, a pouca disponibilidade de tempo dos voluntários para atender estas pessoas durante 24 horas, as freqüentes confrontações com a doença e a morte e a mudança do padre Leomer a outra cidade distante de Bogotá, foi toda uma loucura... Decidimos fechar o lar e focalizar nosso trabalho de outra maneira... Começa a surgir a idéia para formar uma associação ou fundação, ou algo grande para o país, foi concretizada com a criação da hoje chamada LCLCS".

Simultaneamente com as experiências deste grupo, alguns sacerdotes e religiosos criam outros lares ou casas em outras cidades do país e especialmente a *Casa del Tonel* em 1989, liderada pelo padre Vergara, em Bogotá e em Cali, a Fundação Dar Amor - **FUNDAMOR**, em 1991, liderada pelo padre Ernesto Andres.

Hoje, depois de quatorze anos de infecção na Colômbia, conta-se com treze casas ou lares para atender parte da população atingida pela AIDS.

Estão situadas, em diferentes cidades do país, em sua maioria, filiais das primeiras, lideradas em sua grande parte pelos membros fundadores, mas com participação reduzida dos sacerdotes, religiosas, irmãos e seminaristas, devido às restrições, aos sistemas de organização e ao trabalho das comunidades às quais pertencem.

No início de 1984, surge a primeira expressão grupal, na cidade de Bogotá, com a equipe denominada Grupo de Apoio e Informação - **GAI**, é liderado pelo ativista em AIDS, Manuel Velandia.

"A idéia surgiu da necessidade de dar informação e assistência às pessoas em risco de adquirir o HIV/AIDS, dar educação e informação à população em geral e participar das atividades de prevenção e controle, primeiro com alguns profissionais da área da saúde da Secretaria da Saúde de Bogotá e, posteriormente, com o Ministério da Saúde, com quem já havia iniciado algumas ligações".

"Sem apoio econômico por parte do governo nem do setor privado, sem um espaço próprio para realizar trabalhos e reuniões... quase sempre, nos reuníamos na casa de algum dos voluntários do grupo. Com dúvidas, temores, tristezas e inexperientes em muitos campos relacionados com a doença, começamos a desenvolver esse trabalho; todos os dias surgiam dificuldades, acumulávamos experiências boas e menos boas, aumentava a solicitação de serviços e como éramos poucos..., meses mais tarde, devido a não identidade com o grupo, este dissociou-se em junho de 1984 e se transformou-se em Grupo de Ajuda e Informação Frente a SIDA - **FIASAR**, cujo objetivo também se concentrou na educação, na informação e assistência, com quatro frentes de trabalho: saúde e bem-estar social, educação e pesquisa, informação e publicidade, comunicações."

"Dos doze integrantes voluntários, cinco eram funcionários do Escritório de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de

Bogotá, fato que facilitou, em parte, nosso trabalho e relacionamento com o setor saúde e com outros afins. Funcionamos por mais de três anos sem dinheiro, sede nem recursos, com uma estrutura administrativa básica, e com um alto sentido de compromisso e amor".

"...em 1988, a OPAS e o Ministério da Saúde nos apoiam economicamente para a publicação dos primeiros materiais impressos e audiovisuais para a educação e prevenção da AIDS... e começam as diferenças, o desejo de se sobressair pelas representações nacionais ante a OMS/OPAS, Ministério da Saúde, entidades governamentais e internacionais como a UNICEF, Instituto PANOS de Londres, a ONU, a Rede Latino-americana de ONG-HIV/AIDS e muitas mais. Surgiram novos problemas de relações pessoais no grupo e, em 1989, alguns de seus integrantes retiraram-se e formaram dois novos grupos: o projeto ICARO, orientado basicamente para oferecer educação em AIDS às populações cativas (prisioneiros, trabalhadores sexuais) e integrado por sete voluntários de distintas profissões, e altamente comprometidos com poucos recursos e a LCLCS..."

Esta ONG continuou o trabalho com mais de vinte membros voluntários entre fundadores e colaboradores, e em conjunto com o GAP - Vida Positiva (derivado do antigo Grupo Trenza), cobrindo campos da prevenção e promoção e com mais recursos que lhe permitiu ter uma sede alugada, alguns equipamentos e materiais.

Em 1991, na FIASAR, promoveu-se a idéia de formar a Mesa Coordenadora de ONG-HIV/AIDS para Colômbia e Bogotá, com o propósito de reunir esforços das ONG frente aos setores governamental e privado, obter legítimo reconhecimento e participar nas decisões políticas em matéria de AIDS.

"As crises econômicas e as dificuldades de comunicação e direção interna desestabilizaram o grupo e, em 1995, termina a FIASAR. Alguns dos seus integrantes permaneceram e formam uma nova entidade denominada ASESORAR... e Manuel Velandia, em 1992, forma o grupo APOYEMONOS, com o propósito de melhorar o bem-estar e qualidade de vida das pessoas atingidas pela AIDS e as DST, proporcionando informação atualizada e serviços de apoio, assessoria, aconselhamento e capacitação a mulheres e homens, servindo sem fins lucrativos."

Esta última ONG na atualidade está integrada por mais de quinze profissionais voluntários, o GAP *Punto de Corte* (com experiência de mais de 15 anos) tem estabilidade de recursos materiais e tecnológicos, provenientes de projetos, e, em especial, relacionados com informação, educação, comunicação e publicidade.

À medida que a infecção avançava na Colômbia e atingia novos grupos de população, foram-se congregando, particularmente em Santa Fe de Bogotá, D.C., pessoas com interesses comuns para lutar contra a AIDS, em prol de reivindicações sociais e contra os inúmeros ultrajes feitos aos grupos mais discriminados.

O primeiro GAP, chamado Ação pela Vida, foi criado em 1989, pelo médico Henry Ardila, as enfermeiras Rossana Alba e Amanda Bonilla, funcionários da Secretaria da Saúde de Bogotá que vinham trabalhando em AIDS e com um paciente. Concretizaram a idéia de formar um grupo que tinha como objetivo abrir um espaço de encontro para que as pessoas interessadas pudessem tratar de assuntos relacionados com a informação básica sobre AIDS, sexo seguro, nutrição, auto-cuidado, e outros temas, segundo a necessidade do grupo.

"O grupo chegou a ter mais de quinze pessoas infectadas e o trabalho foi-se modificando segundo as necessidades. Começamos

a trabalhar com a comunidade, realizando visitas, ministrando palestras, oficinas mas, para muitos dos membros, já o grupo não satisfazia as expectativas, então... decidimos mudar os objetivos e o trabalho para o interior do grupo, e o chamamos grupo de psicoterapia, auto-cuidado e bio-dança".

O grupo, de início, não tinha nenhuma estrutura administrativa, mas, posteriormente, foi adscrito a uma das ONG-HIV/AIDS, a LCLCS e sua participação nele era flexível.

"Ali entrava e saía quem queria e quando queria; a única condição era ser portador do vírus HIV ou ter AIDS".

As experiências levaram o grupo a ser reconhecido no meio da AIDS e foi o modelo para a criação de outros GAP em Bogotá e nas grandes capitais da Colômbia, como por exemplo, o Grupo Trenza que, em 1991, passou a chamar-se Vida Positiva, vinculado à ONG-HIV/AIDS chamada Corporação Frente para a Investigação e a Antecipação ao Risco - **FIASAR**, o Centro de Apoio Moral e Espiritual - **CAME**, Esperança pela Vida, Fundação de Apoio a Infectados com VIH - **FUNDEAVIH**, Gaivota, Timoteo, Tudo por Amor e outros. Também, foi modelo para as instituições de saúde de Bogotá que prestam serviços em AIDS: Hospital San Juan de Dios, Hospital Simon Bolivar, Clínica San Pedro Claver - Instituto de Seguros Sociais de Bogotá, entre outros.

Hoje, existem no país mais de vinte e cinco grupos GAP, dez deles estão localizados em Bogotá. A maioria está vinculada ou adscrita nas diferentes ONG-HIV/AIDS ou às Instituições de Saúde, onde funciona o Programa Nacional de Prevenção e Controle da DST-HIV/AIDS, com quem desenvolvem trabalhos conjuntos, especificamente, nas áreas de promoção da saúde, prevenção da doença e direitos humanos.

Com o desejo de integração, intercâmbio de experiências e fortalecimento destes GAP, criou-se, em 1991, o Comitê para o Fortalecimento

dos GAP em Bogotá, apoiado pela OPAS, em especial o Programa Nacional de Prevenção e Controle da DST-HIV/AIDS, por representantes da LCLCS e do GAP - Ação pela Vida, em algumas ocasiões com o apoio da Secretaria de Saúde de Bogotá e Ministério da Saúde.

Este comitê tem facilitado a realização de quatro Encontros Nacionais de GAP trabalhando com AIDS, realizados nas cidades de Bogotá, Medellín, Cali e Bucaramanga também, a participação em diferentes conferências nacionais e internacionais em matéria de DST-HIV/AIDS; a representação, com voz e voto, de duas pessoas vivendo com HIV/AIDS diante do Conselho Nacional de AIDS e do Comitê Executivo de Prevenção, Assistência e Controle das DST e da AIDS.

Depois de cinco anos de trabalho, o GAP - Ação pela Vida se dissolveu e seus poucos integrantes vincularam-se a outros GAP e ONG-HIV/AIDS já existentes ou foram formando novos.

Na medida em que grupos específicos da população eram atingidos pela infecção e, baseados nos exemplos dos grupos e ONG-HIV/AIDS já existentes na Colômbia e em outros países, foram gradualmente constituindo-se outros, participando mais abertamente no ambiente da AIDS: como por exemplo, Fundação Diálogo Mulher, a Organização de Alcoólicos Anônimos e AIDS, Grupo de Usuários de Drogas e AIDS, etc.

A mobilização de alguns profissionais da área de saúde fez-se decisiva, não somente pela categórica necessidade de adquirir conhecimentos, treinamento e por estabelecer pautas mínimas para o manejo de uma doença desconhecida, grave, ativa, desconcertante e eminentemente social, como também mais pela presença e a demanda de pessoas infectadas ou com AIDS.

Com base nas experiências de trabalhar com pacientes HIV positivos e com AIDS, desde 1984, na Secretaria da Saúde de Bogotá e com a FIASAR, o

doutor Henry Ardila, através de um paciente, conheceu em 1987, o padre Leomer Vasquez, e junto com um grupo de pessoas, entre pacientes, profissionais, donas de casa e amigos, começaram a desenvolver a idéia de constituir uma ONG.

"...e depois de vários meses de trabalho ambulante, visitando pacientes no domicílio, em hospitais e no consultório, reunindo-nos quase todas as semanas, constituímos a LCLCS, em 1987, que foi fundada mais tarde em 1989, como uma organização de base comunitária, sem fins lucrativos e reconhecida legalmente em março de 1991. Ela está orientada a prestar atenção integral às pessoas atingidas por HIV/AIDS, sua família e ambiente social, a desenvolver atividade de educação para a prevenção, promoção e defesa dos Direitos Humanos."

A equipe inicial foi aumentando, e chegou a ter mais de setenta pessoas para desenvolver o voluntariado, em diferentes frentes, como educação, assistência, informação, muitas das quais eram movidas por sentimentos de solidariedade ou, em reação, por estar ou haver vivido alguma situação dolorosa relacionada com a AIDS.

"Conforme a epidemia avançava, a Liga também foi evoluindo e assumindo novos desafios. Mobilizou recursos e, em 1992, com o apoio de **CARITAS** Internacional, **CAFOD**, e artistas da Colômbia, por meio de um leilão de obras compramos a casa e iniciamos todo um trabalho a nível nacional e com cinco sedes nas cidades de Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellin e Pereira. A Liga crescia, cada dia se fazia mais complexa até converter-se em uma instituição assistencial, um local de encontro, sempre com dificuldades, especialmente econômicas e financeiras, com alta demanda de serviços e baixa capacidade de resposta. Ano após ano, aumentavam os compromissos nacionais e internacionais e para subsistir, optamos pela política de vender serviços de saúde, educação, e assessoria a outras entidades e instituições. Foi todo

um processo... começamos a desenvolver grandes projetos de capacitação e educação em empresas do setor privado e, às vezes, com o Ministério da Saúde e”.

O voluntariado da LCLCS adquiriu características similares as de outros grupos internacionais, com alta mobilidade, dificuldades de relacionamento interno e algumas vezes externo, que gerou, mais tarde, a perda de alguns voluntários e o surgimento de novas ONG.

Em 1990, o número de ONG-HIV/AIDS chegava a vinte e cinco, das quais treze trabalham desenvolvendo ações unicamente em AIDS e as doze restantes eram ONG de trajetória mais antiga que as ONG-HIV/AIDS mas, com objetivos complementares às primeiras; em 1995, o número de ONG em Santa Fe de Bogotá, D.C., que trabalhava com AIDS e, em áreas complementares, chegava a quarenta. Destas últimas merecem ser citadas:

A Fundação **Omega**, com trabalhos em cuidados paliativos e o direito de morrer com dignidade, O Programa **A Casa**, que trabalha com dependentes de drogas e faz parte da Faculdade de Psicologia da Universidade dos Andes, a Associação Colombiana de Psicologia Social - **AÇOP SIS**, a União Colombiana de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - **UCCETS**, a Associação de Saúde com Prevenção, O Comitê Regional de Educação Sexual para América Latina e Caribe - **CRESALC**, o Centro Latino-Americano de Investigação - **CELADI**, a Associação para o Cumprimento das Obrigações Sociais e o Respeito aos Direitos Humanos - **ASOBHUM** e outras.

As descrições e comentários anteriores mostram como o florescimento das ONG-HIV/AIDS na Colômbia, particularmente, em Santa Fe de Bogotá, obedeceu à carência de políticas e programas apropriados, com seus respectivos recursos, que permitirão, de forma oportuna e adequada, atender às múltiplas necessidades da população, derivadas do acelerado processo da infecção e de seus efeitos colaterais.

Os trabalhadores de saúde, a comunidade atingida e alguns membros da igreja têm sido seus fundadores principais. A grande maioria surge por imitação, influência e discrepância de organizações mais evoluídas e, em alguns casos, tomando como referência exemplos de ONG de outros países.

O princípio fundamental de solidariedade, que prevalece desde os primeiros rumores da AIDS, permitiu a construção gradual deste tipo de organização, com objetivos de trabalho centrados, primordialmente, na promoção e na prevenção, com ações em educação, informação, orientação, assessoria e a atenção básica.

O cumprimento dos objetivos propostos por estas organizações está circunscrito, na maioria das vezes, à carência ou insuficiente disponibilidade de recursos econômicos, financeiros, materiais e humanos.

O surgimento delas ocorreu paralelamente à evolução da doença e à adoção de políticas, planos e programas de saúde específicos para a Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS.

A rapidez nas mudanças comportamentais da epidemia, o aumento na capacidade de resposta por parte da comunidade organizada, os determinantes políticos e normativos em matéria de DST/AIDS exerceram efeitos na adoção de formas versáteis para o trabalho e no sistema de organização das ONG em Bogotá, como veremos a seguir.

2. Características das ONG-HIV/AIDS em Santa Fe de Bogotá, D.C.

As características das ONG-HIV/AIDS estudadas e apresentadas a seguir, sua forma de organização e funcionamento permitem ilustrar em parte o grau de desenvolvimento das mesmas.

Mais de 70% das ONG-HIV/AIDS existentes na Colômbia nasceram e funcionam na cidade de Bogotá, D.C. Destas somente 5% têm ampliado o labor a outras cidades do país: a Fundação Eudes, FUNDAMOR e LCLCS.

Independentemente do tipo de organização dentro do grupo de entidades sem fins lucrativos, todas elas adotaram nomes e siglas dirigidas ao fomento da vida e amor, de possibilidades e esperanças, de apoio, ajuda e solidariedade, segundo o refletem os nomes destas instituições e como o expressa um dos entrevistados:

"Os nomes das ONG-HIV/AIDS são mais uma forma de expressão para desenvolver trabalhos contra a morte, o sofrimento e os efeitos físicos, psicológicos e sociais derivados da doença e também, contra as diferenças e segregação que traz consigo a AIDS".

Em relação com à forma de constituição legal, das onze ONG-HIV/AIDS estudadas, 45,4% são fundações, 54,6% são associações. Destas últimas, mais de 40% adotaram denominações de centro, corporação, programa, projeto, denominações que direta e indiretamente têm efeitos sobre o sistema de organização, os processos de vigilância e controle por parte das autoridades competentes do país, os aspectos técnicos, administrativos, éticos e econômico - financeiros.

Um percentual de 82% das ONG contam com seus trâmites oficiais legais (pessoa jurídica), diante da Prefeitura de Bogotá, Câmara de Comércio ou o Ministério da Saúde, quando se trata de organizações que prestam serviços médicos.

No entanto, todas as ONG-HIV/AIDS e os GAP devem estar registrados no Ministério da Saúde, Direção Geral de Promoção e Prevenção - Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST-HIA/AIDS, para efeitos de

coordenação, desenvolvimento de ações conjuntas e cooperação técnico-administrativa, entre outros.

O percentual de 18% restantes das ONG têm trâmite na pessoa jurídica, o que pode tardar mais de seis meses, mas continuam desenvolvendo suas atividades com o apoio de algumas ONG-HIV/AIDS, ou de outras.

Com esforços e dificuldades, mais de 60% das ONG contam com sede própria, comprada, doada ou cedida por pessoas, entidades privadas ou governamentais com destinação específica para tal fim.

O percentual restante destas organizações, 40%, funciona com sede alugada ou compartilhada com outras entidades. O local de trabalho passa a ser a casa de algum dos membros da organização, no geral, a do fundador ou da pessoa que faz as vezes de representante legal.

2.1. Composição e Organização

A composição e organização das ONG-HIV/AIDS está determinada basicamente pelo número de integrantes e pelas influências dos tradicionais enfoques e processos administrativos que, por décadas, acompanharam as diversas instituições no país.

Para efeitos de direção, direito a voz e representação legal do grupo as primeiras ONG-HIV/AIDS assumiram, indistintamente, como figura máxima a de presidente ou diretor:

“Naquela época nos preocupamos mais em trabalhar e ajudar a quem necessitasse, ao invés de termos uma organização burocrática e cumprir com os requisitos que exigiam o Ministério da Saúde, a OPAS e todas as entidades que tinham a ver conosco. À medida que aumentava o número de sócios, os diferentes trabalhos

e os entraves do governo, fomos organizando equipes de trabalho ou “comissões”, como as chamávamos, com seus respectivos coordenadores, assim: a equipe de educação, a comissão de comunicações, o grupo assistência, etc.”.

Progressivamente, as ONG-HIV/AIDS foram adotando uma estrutura orgânica mais formal, com suas respectivas linhas de autoridade, divisão de trabalho, coordenação interna e externa. Determina-se uma direção geral com seu diretor ou presidente (na maioria das ONG-HIV/AIDS é o fundador ou a pessoa que mais vínculos teve com este, desde o início da organização), que faz as vezes de presidente em juntas, conselhos, assembléias ou reuniões gerais e específicas, segundo o caso. Aparece, também, a figura do subdiretor e o vice-presidente, que podem ser suplente ou encarregado dos diretores da organização.

O termo gerente não existia nestas organizações durante os 10 primeiros anos de funcionamento. A raiz das mudanças constitucionais, as novas legislações e a reforma do Setor Saúde, as ONG-HIV/AIDS que vinham prestando serviços específicos de saúde (consultas médicas, atenção odontológica, procedimentos de enfermagem, laboratórios e outros), iniciaram um processo de revisão e atualização de seus estatutos, seu organograma, seus objetivos, em busca de uma aproximação mais real com as novas exigências do setor saúde, do mundo empresarial e privado.

Em meados de 1991, aumentaram em número e diversidade. Já estavam mais consolidadas, apareceu a figura do administrador dentro da estrutura e organização das ONG-HIV/AIDS com funções e responsabilidades específicas, com um papel de liderança importante e reconhecido não somente pelo setor saúde, mas também pela sociedade. Direcionaram seus esforços para a consecução de sedes, materiais, equipamentos básicos e recursos financeiros (prioridade que tem perdurado e influído nessas organizações).

Das ONG-HIV/AIDS estudadas, 54,54% (6) funcionam sob as determinações de uma junta diretiva e os 45,46% restantes, têm um conselho diretivo e são conduzidas pelo presidente, fundador, diretor ou por seu suplente: vice-presidente, subdiretor, ou administrador

"Todos éramos iguais, como uma família, lutando contra o mesmo fim, " A AIDS". Nas reuniões atendíamos a todos os que podíamos; ali tratávamos de tudo um pouco e definíamos o mais importante; agora tudo está diferente, tem-se que seguir uma programação, assistir a muitas reuniões, cumprir com os estatutos, normas e exigências da direção".

"As ONG burocratizaram-se. Perdeu-se muito aquele espírito familiar e de amigos para o trabalho, com o qual iniciamos. Agora, se faz tudo porque tem que se responder à lei. As ONG atuais não são como as de antes e, ainda, nos falta mais para chegar a ser instituições ou empresas fortes e grandes como as do governo ou as privadas."

Ao indagar sobre o estilo de gerência e o processo de tomada de decisões, notou-se que 100% das ONG-HIV/AIDS estudadas não têm incorporado um estilo de gerência que seja identificado por todos os membros da organização. Segundo o observado e com base nas respostas dadas pelos entrevistados, na maioria dos casos, a gerência varia segundo cada situação e a tomada de decisões vai desde o participativo e democrático até o autoritário e radical.

"Creio que falar de um estilo de gerência e processo de tomada de decisões, comum a este estilo de instituições, não funcionaria. Da mesma maneira como cada ONG está organizada, com seus integrantes e problemas, segundo se administra. A tomada de decisões depende do que se vai decidir: participam uns poucos ou todos, ou impera poder de um ou de uns poucos."

No entanto, em todas elas há reconhecimento, respeito e adesão às autoridades máximas ou líderes das ONG, aspectos que facilitam os diversos processos de trabalho, as relações e, até certo ponto, a permanência nos grupos e o cumprimento das responsabilidades.

Apesar de estas organizações contarem com uma estrutura orgânica definida, clássica cujas linhas de autoridade, canais e fluxos de informação e comunicação sejam claramente identificáveis, estes processos de informação e comunicação não se dão segundo o estabelecido. Existem dificuldades relacionadas com a oportunidade com que estas devam chegar a seu destinatário, interno ou externo, com a compreensão das mensagens, com a resposta a elas e em algumas ocasiões, obedecem aos interesses pessoais de quem dá ou recebe a informação.

Em termos gerais, nas ONG-HIV/AIDS estudadas, existem inconvenientes, de maior ou menor complexidade, com a produção, transmissão, processamento, armazenamento e socialização das diferentes informações produzidas ou recebidas por elas. Entretanto, observa-se que os procedimentos relativos a estes assuntos estejam respaldados por normas, regulamentos internos e estratégias (murais, memorandos, avisos, reuniões, circulares, informes, porta-voz, etc.).

2.2. Finalidades

As ONG-HIV/AIDS têm, identificada em seus estatutos, a população potencial e usuária, com quem trabalham, ou sobre a qual recaem as ações e benefícios, produtos do trabalho. No entanto, todas elas desenvolvem múltiplas atividades, de acordo com as demandas da comunidade, as mudanças, as prioridades da infecção e as variações permanentes no meio, afastando-se muitas vezes, dos fins e objetivos propostos inicialmente.

Nas onze ONG-HIV/AIDS estudadas, identificaram-se os seguintes grupos populacionais alvo:

- uma (1) dirige os recursos e as ações especificamente à população feminina, e, em particular, às trabalhadoras sexuais.
- duas (2) orientam seus trabalhos a pacientes terminais, mulheres e crianças HIV/AIDS e contam com casas ou lares para assistência e moradia.
- duas (2) conduzem seus objetivos e atividades, especificamente, a adolescentes e estudantes, e três (3) delas, realizam atividades com esse grupo de população dentro de seus programas.
- somente uma (1) trabalha com todo tipo de população HIV/AIDS, com um enfoque espiritual e/ou religioso.
- seis (6) orientam seus objetivos a todos os grupos populacionais, independentemente de se tratar de pessoas vivendo com o HIV (HIV positivo ou infectado) ou, se estão em etapas avançadas da infecção (com AIDS), e sem se importar o sexo, idade, profissão ou procedência.
- nenhuma delas trabalha especificamente com terceira idade nem com drogados. Porém, todas elas atendem a estas pessoas (escutam, orientam, e encaminham).
- uma (1) trabalha fundamentalmente com mulheres e menores de idade infectados e/ou com AIDS.
- três (3) especificam como prioridade a atenção a pessoas de escassos recursos econômicos ou de classe baixa.

O total de 100% destas organizações têm como objetivos a prevenção e a promoção, orientação e assessoria para pessoas HIV/AIDS, seus familiares e para a população. Em geral, 64% delas (7) dedica-se à atenção integral, institucional e/ou ambulatoria, de baixa e média complexidade.

Para cumprir com os objetivos e responder à comunidade, os horários de atenção estabelecidos por elas variam desde 24 horas a horários diurnos (das 8:00 às 17:00), vespertinos e noturnos (das 13:00 às 20:00), e segundo o relatado por algumas delas, observa-se que muitos de seus integrantes

trabalham com disponibilidade completa de tempo, mesmo que a sede esteja fechada.

"A AIDS não tem horário, muitas vezes o paciente se complica, a família ou a pessoa afetada entra em crise, e nos chamam para uma urgência ou para *apagar um incêndio* na organização".

"Nós mesmos temos nos encarregado de que os horários não funcionem como devem ser. Sempre prima o sentido de solidariedade; quando se trata da pessoa ou de sua família. Alguns dos pacientes têm os telefones pessoais de alguns dos sócios e bem... você já imagina que pode acontecer qualquer dia."

Ao revisar os estatutos das ONG-HIV/AIDS, observou-se que somente quatro delas têm especificada a missão, visão e objetivos. As sete restantes descrevem suas finalidades em termos de objetivos. Apesar disto, ao explorar um pouco mais sobre este aspecto e suas possíveis razões, todas elas argumentaram que se encontram em processo de elaboração, reestruturação e adequação dos seus estatutos e da sua organização, de acordo com orientações recebidas em oficinas de fortalecimento institucional para ONG que trabalham com HIV/AIDS e também, porque existem novas exigências derivadas da Lei n.º 100, de 1991 e, em particular, o novo SSSI:

"Agora, mais que antes, não temos esclarecidas nem as políticas, nem as estratégias, nem as funções. Tudo é novo para o governo e para nós. Todos os dias mudam as coisas, então, não se sabe o que e a quem exigir; imperam as normas; podemos chegar a cair no ativismo e, ainda assim,...seguirmos trabalhando."

"Estamos em transição: o país, o setor saúde, as ONG-HIV/AIDS a sociedade e a AIDS mesmo, tudo está mudando rapidamente e nos falta muito para aprender, trabalhar e mudar."

2.3. Relações

Considerado fundamental pelas ONG estudadas, por marcar a coordenação, relações e a realização dos trabalhos, este aspecto mostra:

"Existe colaboração, comunicações e relações entre nós, mas não se integram os esforços e muitas vezes, os trabalhos são isolados, talvez por medo da competição ou por ciúmes."

"Necessitamos de uma verdadeira instituição que selecione os projetos, as representações e as diferentes formas de participação de todas as ONG - HIV/AIDS, antes de chegar ao Ministério, à OPAS, ou a qualquer outra instituição. Criou-se a Mesa Coordenadora de ONG - HIV/AIDS, em nível nacional, em 1990, e logo nas regionais, de Bogotá, norte, leste e sul do país, mas não se consolidaram totalmente, não tiveram impacto."

"A Mesa Coordenadora é uma opção de aglutinação para a comunicação e integração das ONG, para o conhecimento e projeção delas em outros ambientes e não somente para participar ou realizar trabalhos pontuais quando necessitam."

Em geral, todas declaram que, ainda quando se fomentou a união entre elas e outros atores, a realização de trabalhos conjuntos continuou débil, (pensam e atuam isoladamente) e é importante adotar e apresentar uma imagem de coordenação das ONG-HIV/AIDS, em nível interno e externo e, especialmente, diante dos espaços políticos e decisórios.

2.4. Participação em Eventos

Ao analisar a participação das ONG-HIV/AIDS na formulação de políticas e na tomada de decisões em matéria de DST/AIDS em nível nacional e internacional, percebeu-se que:

- Somente 36,3% (4) participaram, parcialmente, em alguns dos processos de definição e decisão de política internacional, têm representado a Colômbia diante de instituições mais complexas (OMS/OPAS, UNAIDS, AIDSCOM, UNICEF, PANOS *Institute of London* e outros), em razão de seus vínculos. Estas são os grupos APOYEMONOS, a Fundação EUDES, CORMUJER e a LCLCS, que faz parte do LACCASO.
- O percentual de 63,7% das organizações restantes (7) disse haver participado em alguns eventos internacionais, com voz, mas sem direito a voto.
- A nível nacional, a participação foi um pouco maior por parte de todas as organizações, através da Mesa Coordenadora de ONG da Colômbia e, especificamente, a de Bogotá. Em duas oportunidades, houve representação, voz e direito a voto diante do Conselho Nacional e do Comitê Técnico de AIDS, o qual funcionou regular, não permanentemente, com as ONG - HIV/AIDS.
- Porém, como bem o expressa um dos atores desta investigação: "Nossas organizações seguem sendo contestatórias e polivalentes. Quando nos chamam ou nos inteiramos de que vai haver alguma atividade relacionada com política ou tomada de decisões, nós aparecemos e, no geral, somos poucos e os mesmos de sempre."
- Indistintamente, estas ONG têm trabalhado em programas relacionados com a Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS. Geralmente têm sido por meio de projetos combinados com a Secretaria de Saúde de Bogotá, Ministério da Saúde ou OPAS e, alguns poucos, de nível internacional.
- Todas as ONG-HIV/AIDS estudadas esclarecem que sua maior participação foi durante a Semana ou o Dia Mundial da AIDS, quando se vão lançar novas campanhas de educação ou quando se vai aprovar uma nova regulamentação.

A participação e representação destas organizações, em nível nacional e internacional, não têm sido permanentes, nem equânimes e, é evidente que

existem dificuldades entre estas e o governo, como foi expressado por algumas delas:

"Creio que há más relações e, especialmente, de comunicação com o Governo. Isto se dá, talvez, por falta de identidade, esclarecimento no trabalho e porque, às vezes, há um afã de liderança das instituições (nem todas). Falta fixar critérios conjuntos para contratar e apresentar projetos ao Governo e a outras entidades."

"Das relações e representação das ONG-HIV/AIDS, isto é muito relativo. A princípio, quando iniciamos, nós éramos mais diligentes. Nossa estratégia era — exigir, lutar e ir contra —, então as relações não eram boas; olhávamos o Ministério como um problema e não havia uma representação legal. Agora, por um lado, aprendemos e construímos muito; por outro lado, as políticas e as novas leis, por exemplo, são combinadas em conjunto, entre pares. Há mais abertura e diálogo com os outros. Também, fomentou-se muito o trabalho em redes, ainda que na Colômbia todavia, isto seja muito incipiente para muitas ONG-HIV/AIDS."

2.5. Recursos Humanos

Uma das particularidades essenciais destas organizações, desde a sua criação e que se mantém até nossos dias, como mencionamos anteriormente, é seu caráter eminentemente de "voluntariado".

Os primeiros voluntários, paulatinamente, foram conquistando e arrebanhando outras pessoas, especialmente amigos, companheiros de trabalho ou estudo e familiares, para que se unissem para um mesmo fim.

Segundo as informações obtidas nas diferentes organizações estudadas, nenhuma conta com políticas específicas sobre o recurso humano (voluntários e funcionários).

O perfil e o comportamento dos membros ou sócios das ONG-HIV/AIDS estudadas mostra que 27,3% delas (3) contam com menos de dez sócios, em sua grande maioria voluntários. Em igual porcentagem, outras três das organizações têm mais de vinte e cinco membros. Um percentual de 45,4% restantes (5) tem entre dez e vinte e cinco associados.

Não foi possível estimar o número exato, segundo a espécie de sócios, que formam e participam das ONG-HIV/AIDS, porque não há um registro preciso e/ou atualizado. Cada uma delas denomina e define de maneiras diferentes os seus sócios. Por exemplo, membros, sócios ou voluntários e, dentro destes últimos, fundadores, ativos, passivos, honorários, doadores, simpatizantes, participantes ocasionais, diretos e indiretos, adscritos, vinculados, etc.

Porém, em todas elas predomina a figura de voluntários, dos quais 80% são profissionais das áreas da saúde (médicos, dentistas, bacteriologistas, e em menor porcentagem enfermeiros, nutricionistas e terapeutas), das ciências sociais e humanas (com predominância de psicólogos, assistentes sociais, e antropólogos), das ciências contábeis (especialmente administradores, contadores e economistas). Também, observa-se uma significativa participação do grêmio artístico, de forma direta e indireta, especialmente através de doações e eventos sócio-culturais das ONG-HIV/AIDS.

Um percentual de 15% de seus voluntários são estudantes universitários, incluindo adolescentes que trabalham em algumas ONG-HIV/AIDS onde desenvolvem atividades ou programas dirigidos à população de adolescentes. Um percentual de 5% remanescentes são donas de casa, pais de família ou religiosos (sacerdotes e freiras).

As organizações que contam com sede própria e sucursais espalhadas por Bogotá e outras cidades (três delas), dependendo do tipo e dos serviços que prestam, contam com um grupo de pessoas, denominado pessoal fixo. É

remunerado, com jornada de trabalho e com atribuição específica de tarefas (secretárias, zelador, faxineira, auxiliar de enfermagem ou ajudante de saúde e contínuo).

Todas as ONG contam com um contador e um *revisor fiscal* para o manejo, vigilância e controle de fundos, segundo as disposições e exigências legais. Geralmente são pessoas externas à organização.

Indagando sobre a manipulação dos recursos humanos, todas as ONG-HIV/AIDS visitadas, afirmam que uma de suas dificuldades é, propriamente, a estabilidade e a manipulação do recurso humano (seus voluntários), apesar de conterem com normas mínimas derivadas dos estatutos, do regulamento interno e com o desejo de colaborar. Segundo foi expressado por algumas delas:

"As ONG têm historicamente um laço com o voluntariado ao qual não se paga salário mas que dedica seu tempo a um trabalho tenaz".

"A maioria dos voluntários ingressam nas ONG motivados pelo problema da AIDS, com pouco ou nada de conhecimento do assunto e, como uma alternativa de trabalho, entretanto, conseguem algo estável e remunerado."

"Os voluntários muitas vezes se vinculam, ou movidos pela curiosidade, ou para criar um currículo que mais tarde servirá profissionalmente. Quando lhes é delegado um trabalho não se comprometem (não têm tempo) e quase sempre terminamos sempre os mesmos - uns poucos - respondendo por tudo."

"Trabalhar somente com voluntários é muito complicado e mais, quando nossa organização já é uma entidade, com muitos compromissos, pouco dinheiro e muito por fazer. Algumas vezes os voluntários que vêm são de outras ONG, permanecem um tempinho aqui e se vão para outras, ou conseguem um trabalho remunerado.

Isto não é fácil, tem-se que trabalhar mais isto do voluntariado; o que já foi, não é mais."

2.6. Recursos Materiais

As ONG - HIV/AIDS estudadas, na atualidade, contam com recursos básicos para a realização de atividades administrativas e de escritório. Estes, em sua maioria, têm sido conseguidos através de doações em espécie ou em dinheiro, provenientes de empresas, laboratórios, usuários, familiares dos usuários, organizações internacionais ou nacionais (em menor proporção) e inclusive pelos mesmos voluntários das organizações.

Inquirindo mais sobre a maneira como conseguem os recursos, corroborou-se o que foi dito anteriormente, mediante os seguintes depoimentos:

"No princípio não tínhamos nem uma folha de papel, muitos menos sede..., em alguma ocasião a sede era ou a sala de uma casa, o *Parque Nacional* ou o gramado de um colégio ou universidade. Cada um, de sua casa, do seu trabalho ou de qualquer forma trazia alguma coisa..., fazíamos uma *vaquinha* para realizar nosso trabalho. Era divertido e ao mesmo tempo preocupante."

"Em outra ocasião morreu um paciente e nos deixou a herança (móveis, livros, roupas e objetos de decoração, etc.). Nós não sabíamos como manusear isto; no entanto, a recebemos e atualmente continua sendo parte do patrimônio da instituição. Em alguns momentos recordamos das pessoas com carinho e o expressamos assim: trabalhemos na mesa de *Seu X*, Não, não, cuidado com a máquina ou lustre do senhor Y ou da senhora X."

"Quando, por fim conseguimos a sede, surgiu a preocupação de como sustentá-la, então decidimos vender serviços ao setor privado, ministrando palestras sobre prevenção do HIV/AIDS e DST, fazendo oficinas de trabalho. Não sabíamos quando nem como cobrar.

Depois nos tornamos especialistas e o problema já não era cobrar; mas sim quem realizaria as atividades; não éramos muitos voluntários para enfrentarmos os auditórios."

Os entrevistados fazem referência à política nacional (Ministério da Saúde) e internacional (OMS/OPAS), de meados de 1992, sobre a formulação e execução de projetos conjuntos entre as ONG - HIV/AIDS e o Ministério da Saúde, orientadas à promoção da saúde e à prevenção das DST-HIV/AIDS para a consecução de fundos:

"Entramos na onda dos projetos, com dificuldades e algumas vezes com atritos."

Atualmente, não existem políticas claras sobre dotação e fornecimentos a curto ou longo prazo. Somente, dentro do plano ou programação de atividades anuais; algumas delas contemplam estratégias para conseguir recursos econômicos e financeiros, por meio de projetos (assistenciais, educativos ou de pesquisa), através de eventos sociais, educativos e/ou científicos ou por meio da venda de serviços (saúde, educação, materiais, outros).

Em relação à disponibilidade e ao uso dos diferentes recursos com que contam, todas elas concordam que estes aspectos dependem mais da quantidade existente, dos tipos de atividades a serem realizadas e de quem as realiza. Alguns equipamentos ou materiais são compartilhados com outras ONG - HIV/AIDS, dependendo do tipo de atividade a ser realizada e da disponibilidade dos mesmos, para a realização de atividades individuais ou conjuntas (material e equipamentos para a educação).

Nem todas as organizações estudadas contam com um sistema de controle e monitoramento de equipamentos e materiais. Menos de 45% delas (as mais antigas e complexas) possuem inventário e planos de manutenção.

Em muitas delas predomina a "política da urgência e emergência" para a dotação, manutenção e controle dos mesmos.

2.7. Recursos Financeiros e Contábeis

Porém, como acabamos de mencionar, as ONG estudadas não têm política econômica e financeira; regem-se por pressupostos elaborados e aprovados, anualmente, pela Assembleia Geral. A respeito disso todas elas afirmam que:

- à medida que as ONG-HIV/AIDS adquirem uma figura mais institucionalizada ou de "empresa", vão incorporando os diferentes processos contábeis requeridos e exigidos pela Lei para as organizações sem fins lucrativos.
- existem grandes vazios nos aspectos administrativos, contábeis, tributários e legais; não somente por falta de experiência ou preparação, como também pelas mudanças de diretrizes (exigências, normas, disposições), no país, na saúde e, sobretudo, no que concerne ao "Terceiro Setor".

2.8. Processos de Controle e Avaliação

Segundo o que foi observado pelas organizações desse estudo, estes processos não existem de forma sistematizada, contínua e sob um plano específico. Realizam-se atividades pontuais de controle e avaliação, quando termina uma atividade, ao final do ano, quando se analisam os sucessos e os produtos frente ao que foi programado, ou quando há uma urgência.

Em todas elas se reconhecem as carências que possuem em relação a esses aspectos. Exemplos:

"Tem-se que começar a projetar programas e ações de avaliação e seguimento, com indicadores claros para medir os resultados e

impactos. Trabalhamos, trabalhamos e perguntam: o que fazem as ONG - HIV/AIDS? O que fizeram? Às vezes, há desconhecimento do que somos e do que fazemos."

"Creio que nós, das ONG - HIV/AIDS, sim, realizamos trabalhos importantes. Reconhecem-nos mais individual que grupalmente. Todavia não entramos no que chamam a Cultura da Avaliação, onde todos nós avaliamos, participamos deste processo e, sobretudo, aproveitamos e mostramos os resultados sem medo."

3. Realização de Atividades

O raio de ação destas ONG-HIV/AIDS atende, em primeiro lugar, as demandas da comunidade atingida. Em segundo lugar, realizam ações de acordo com as experiências e/ou prioridades determinadas ou derivadas do processo evolutivo da infecção, que vai desde a prevenção, o tratamento e o controle até a reabilitação nos campos biológico, psicossocial e espiritual. Em terceiro lugar, alcançam a política, planos, programas e normas em curso, adotadas e estabelecidas em cada país e cidades, de acordo com sua capacidade técnico-administrativa e de infra-estrutura.

Com base nos parâmetros metodológicos, estabelecidos para este estudo, sobre as possíveis atividades que desenvolvem nos campos administrativo, educativo, assistencial e de pesquisa, as observações e comentários obtidos permitiram identificar aspectos sobre o comportamento presente e futuro das ONG - HIV/AIDS em Santa Fe de Bogotá.

Em particular, as descrições relacionadas com a maior parte das características das ONG-HIV/AIDS (manejo dos planejamentos, direção e controle) mostram como realizam atividades administrativas, em maior ou menor grau, dependendo da complexidade e do desenvolvimento de cada uma

delas. Igualmente identificam-se a respeito vazios, dificuldades, avanços e sucessos.

3.1. Atividades Assistenciais

Entende-se por atividades assistenciais todas aquelas ações de ordem biológica, psicológica, assistencial e espiritual que recaem sobre a pessoa ou grupo de pessoas diretamente atingidas pela problemática do HIV/AIDS. São realizadas pelos integrantes das diferentes ONG - HIV/AIDS.

Na tabela 2, observa-se como todas as ONG-HIV/AIDS realizam atividades com relação à atenção de consultas, seguimento ou controles. Dos 63,3% (7) das organizações que realizam consultas médicas gerais e especializadas, 27,3% (3) delas contam com recursos humanos e materiais para tal finalidade, devido a essas atividades serem prioritárias à organização (atenção integral). Os 36,3% (4) restantes prestam esses serviços na modalidade de voluntários ocasionais (amigos) disponíveis para tal fim.

Chama a atenção que mais de 80% das ONG estudadas se referem à realização de consultas e seguimento psiquiátrico ou psicológico. Isto talvez se deva ao alto componente psicológico associado à infecção e à alta demanda de serviços de assessoria, aconselhamento e orientação.

Em relação ao encaminhamento e consultas com especialistas dos pacientes, famílias e amostras, as ONG que prestam serviços integrais de saúde têm conexões e acordos com diferentes instituições de saúde da cidade. Porém, de 54,5% registrados na tabela 2, mais de 67% encaminham os usuários às instituições de saúde, laboratórios ou outras ONG de maneira informal ou por "amizade e coleguismo."

Nenhuma das ONG menciona atividades relacionadas com medicinas alternativas e meios de diagnóstico (RX). No primeiro caso, porque estas prá-

**TABELA 2 - Porcentagem de Atividades Assistenciais Realizadas pelas 11
ONG - HIV/AIDS Santa Fe de Bogotá D.C., Colômbia, 1996.**

N.º Classe de Atividades Assistenciais	% -ONG - HIV/AIDS
1. Atenção de Consultas de Seguidamentos	
Medicina geral e especializada	63,3
Odontologia geral e especializada	18,2
Psiquiatria e Psicologia	81,8
Nutrição	27,3
Terapias e reabilitação	45,4
Remissões e interconsultas	54,5
Medicina alternativa	----
2. Meios de Diagnóstico	
Imagens diagnósticas (RX)	----
Serviços de laboratório (coleta, processamento, entrega de resultados, envio de amostras)	18,2
3. Assessoria e/ou orientação em HIV/AIDS	
Pré/pós-teste	100,0
Individual	100,0
Grupal	100,0
Familiar	54,5
Institucional	27,3
GAP	45,4
4. Serviço Social	
Assistência social	100,0
Assistência jurídico-legal	27,3
Assistência trabalhista	18,2
Direitos humanos	27,3
5. Assistência Personalizada de Saúde	
Cuidados em casa/domicílio	91,0
Cuidados em lares (próprios)	27,3
Cuidados institucionais	82,0
6. Auxílios e Ajuda de Custo (financeiros, medicamentos, transporte, alimentos, funerais, outros)	100,0
7. Serviços Telefônicos (informação, orientação, outros)	72,7

ticas ainda estão tomando força no país. Os pacientes que as utilizam são respeitados e apoiados, por serem consideradas complementos dos tratamentos convencionais.

No segundo caso, com relação aos meios de diagnóstico, devido aos altos custos e ao manuseio de tecnologias, e somente uma ONG realiza alguns. No geral, terceiriza-se ou se encaminham as pessoas a laboratórios ou instituição que prestam o serviço a preços especiais para usuários das ONG-HIV/AIDS, e com os quais têm contrato. Somente 18% (2) das organizações prestam serviços de coleta e envio de amostras de laboratório a domicílio.

Todas as ONG-HIV/AIDS realizam diferentes atividades assistenciais em forma independente de seus objetivos. Todas realizam atividades de assessoria e/ou orientação diretamente com a pessoa, com grupos e em menor proporção com as famílias. Somente 27,3% delas (3) fazem em nível institucional.

Todas elas prestam assistência social através de múltiplas atividades próprias deste campo (visitas, classificação, orientação, informação, encaminhamento de usuários, entre outras).

Apesar de os aspectos jurídico-legais, de direitos humanos e trabalhistas serem importantes, tanto para usuários das ONG como para elas, e apresentarem alta demanda, somente duas delas (18,2%) contam com recursos e serviços específicos para tal fim. Estas têm conseguido algumas reivindicações (acesso a medicamentos, atenção integral, direito ao trabalho, etc.) através da *Acción de Tutela*, estabelecida constitucionalmente (Art. n.º 86) para reclamar perante as autoridades competentes (juizes), particularmente devido à AIDS, pela proteção dos direitos fundamentais a que todo colombiano tem, cujos direitos são violentados, ameaçados ou omitidos.

Um percentual de 91% das organizações presta serviços assistenciais à domicílio, tratando-se de visitas, consultas, terapias, procedimentos de enfermagem ou, simplesmente, " a presença, o acompanhamento e o escutar as pessoas que o requerem."

De 82% das entidades que mencionaram prestar serviços assistenciais em instituições, somente 18,2% (2) o fazem por solicitação formal entre colegas da área médica. As demais 63,6% (7) o assumem como um componente de solidariedade e assistência social.

Todas oferecem auxílios de qualquer natureza, dependendo da camada sócio-econômica da pessoa ou pessoas que os solicitam e da disponibilidade dos recursos, independentemente de seus objetivos.

"Mesmo que não seja prioridade do grupo, sempre nos toca o coração e impera o sentido de caridade."

Mais que 70% das ONG-HIV/AIDS prestam serviço telefônico para dar e receber informação geral sobre a infecção por HIV/AIDS, DST e informações específicas, segundo as necessidades do usuário.

3.2. Atividades Educativas

Estas atividades fazem parte do componente de promoção e prevenção que todas as ONG-HIV/AIDS têm incorporado e descrito na missão, objetivos ou planos de trabalho; são consideradas por elas muito importantes.

As organizações que lidam com HIV/AIDS realizam essas atividades, com a população em geral, através de palestras educativas, conferências, oficinas de trabalho e cursos, com grupos que variam entre cinco e mais de cem pessoas. Referem ter passado por processos de aprendizagem e

especialização para educar grupos específicos, com metodologias inovadoras, participativas e segundo requerimentos de cada grupo populacional:

"No princípio éramos apenas transmissores repetitivos da informação que tínhamos: a ordenávamos e saíamos em frente; que horror!!! Depois, fomos aprendendo as linguagens, pois não é o mesmo falar de AIDS a um grupo de pais de família que a de adolescentes, trabalhadores sexuais, gays, padres ou freiras. Aprendemos que não é o mesmo educar e informar, e que cada auditório deve ser manejado de diferentes maneiras...Oh! Deus, e o que você dizia quando nos faziam perguntas e não sabíamos responder? Nós dávamos um jeito, e começamos a fazer um banco de perguntas e ensaiávamos antes de irmos ministrar a palestra; Agora aprendemos: dez anos de trabalho são dez anos de vida e experiências."

Observa-se na tabela 3, que um percentual de 54,4% destas já se dedica ao trabalho educativo específico para alguns grupos populacionais (adolescentes, mulheres, homossexuais e gays, profissionais de saúde, trabalhadores, em universidades, colégios, etc.).

Em todas as ONG estudadas, seus membros têm recebido, em menor ou maior grau, capacitação, treinamento e orientação com relação à DST-HIV/AIDS e em temas complementares. Porém, é relativamente baixa a porcentagem de participação em eventos internos e externos, dados os custos, a disponibilidade de tempo, a informação não oportuna e, às vezes, a falta de interesse dos sócios. "Chega-nos muita informação e nem toda nós todos a lemos."

Mais de 80% das ONG estudadas têm participado de diferentes eventos, patrocinados por organizações, laboratórios, entidades privadas ou governamentais em nível nacional e/ou internacional. Em sua maioria, a

participação é mais como "ouvinte" que como conferencista, coordenador, moderador ou outra função: "quase sempre vão os mesmos".

TABELA 3 - Porcentagem de Atividades Educativas Realizadas pelas 11 ONG
- HIV/AIDS Santa Fe de Bogotá D.C., Colômbia, 1996.

N.º	Classe de Atividades Educativas	% -ONG - HIV/AIDS
1.	Programas Educativos	
	População geral	100,0
	Populações específicas	54,4
2.	Treinamento e Capacitação	
	Interno	63,6
	Externo	45,4
3.	Eventos (seminários, oficinas, conferências, cursos, encontros, outros)	
	Organização	36,3
	Participação	81,8
4.	Produção de Informação	
	Escrita (folhetos, boletins, manuais, etc)	100,0
	Programas de rádio/TV	45,4
	Vídeos e cassetes	27,3
5.	Centro de Documentação/Biblioteca	18,2
6.	Atividades Educativas Compartilhadas	
	Com outras ONG-HIV/AIDS, ONG.	54,5
	Com instituições nacionais e internacionais	36,3
7.	Manejo de Preservativos	
	Distribuição	100,0
	Compra	36,3
	Doações	91,0

Os 100% destas organizações tem produzido material (mais informativo que educativo) apesar das dificuldades em acesso às tecnologias e aos escassos recursos econômicos. Os materiais educativos são ainda mais difíceis de elaborar. As ONG mais desenvolvidas, com mais recursos e patrocínio específico para isso, 27,3% (3), elaboraram vídeos, fitas cassetes, livros e manuais, entre outros.

Somente 18,2% (2) delas têm biblioteca ou centro de documentação organizado, com variedade e quantidade de exemplares nacionais e internacionais, disponíveis para todo o tipo de público, com horários estabelecidos e pessoas encarregadas para sua manutenção.

As demais organizações referem ter biblioteca "doméstica", onde se "arquiva" todo o tipo de material que chega e cada qual os utiliza de acordo com suas necessidades, sem maior controle.

Mais que 54,5% (6) das ONG-HIV/AIDS estudadas realizaram atividades educativas compartilhadas com outras organizações, instituições nacionais, internacionais e/ou governamentais. Nota-se que é maior a participação compartilhada entre as ONG que trabalham com AIDS e as que realizam ações complementares à problemática de DST-HIV/AIDS em Bogotá. É menor o trabalho conjunto em nível nacional e é ainda, em menor proporção, no âmbito internacional, devido especialmente ao custo, deslocamento e disponibilidade de tempo.

Todas elas, no desenvolvimento de suas atividades educativas e preventivas, distribuem preservativos, os quais, em mais de 90%, são doações de laboratórios, OMS/OPAS, Ministério da Saúde ou Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá. Em algumas oportunidades, provêm de instituições internacionais, através de projetos específicos para prevenção (Japão, Estados Unidos, França, Alemanha e outros); mas referem que, em algumas ocasiões, tiveram que comprá-los, sobretudo em épocas de temporada (Dia Mundial de AIDS, campanhas educativas ou jornadas de trabalho).

3.3. Atividades Investigativas

O componente de pesquisa foi o menos desenvolvido pelas ONG-HIV/AIDS de Santa Fe de Bogotá. Quando elas surgiram a investigação não

era prioridade e todos os esforços se centralizavam no assistencial e educativo, apoiadas pelas atividades administrativas.

Em meados de 1993, começaram as demandas no campo da pesquisa, na modalidade de assessoria, orientação e material bibliográfico solicitado por estudantes de colégio e universidades, nas áreas sociais, humanas e de saúde.

À medida que estas organizações foram se desenvolvendo, o processo de pesquisa se origina com a elaboração de projetos pequenos relacionados com as experiências e trabalhos ao redor delas. Seus resultados começam a ser socializados em eventos locais, regionais e, progressivamente, em eventos, nacionais e internacionais. Posteriormente, incursionam em pesquisas mais complexas, patrocinadas e/ou lideradas pela OMS/OPAS, Ministério da Saúde e outras entidades.

Atualmente, mais de 40% das organizações desenvolvem projetos de pesquisa financiados por organizações internacionais e nacionais, geralmente em temas da área social e, em menor proporção, na área da saúde.

Outros aspectos identificados nas ONG-HIV/AIDS, associados com a pesquisa e referidos por elas, têm a ver com as dificuldades relacionadas com os custos e o financiamento, a escassez dos recursos humanos preparados e disponíveis para elas, visto que a maioria é voluntário em dedicação parcial de tempo.

4. Análise das Fortalezas, Debilidades, Ameaças e Oportunidades das ONG-HIV/AIDS, Santa Fe de Bogotá, D.C.

As informações condensadas, produto do auto-diagnóstico realizado pelas ONG-HIV/AIDS em Bogotá, em termos de fortalezas, debilidades,

ameaças e oportunidades, em sua grande maioria, estão intimamente relacionados com elementos administrativos que, direta ou indiretamente, influem na caracterização e desenvolvimento das mesmas, na condução do problema da AIDS com base nas suas finalidades, nos resultados obtidos e nas suas oportunidades futuras.

As fortalezas, igualmente importantes e reconhecidas por elas, são:

- o potencial humano com alta capacidade de resposta e com predominância dos sentimentos sócio-afetivos (entrega, dedicação, humanidade e ajuda).
- a diversidade de aptidões para a geração de estratégias e realização de trabalhos, segundo as demandas do meio e disponibilidade de recursos.
- a aquisição de conhecimentos de diferentes áreas relacionadas com a infecção por HIV/AIDS, as DST e temas semelhantes ou complementares a ela.
- o reconhecimento e credibilidade técnica das ONG-HIV/AIDS na comunidade e na sociedade.

Estas fortalezas constituem um motor revigorante para o trabalho, apesar das múltiplas dificuldades e das rápidas mudanças do meio.

As debilidades identificadas por estas ONG foram associadas com o processo gerencial e com as carências frente às atividades que realizam. Merecem ser ressaltadas:

- o predomínio de ativismo em relação com à pouca clareza da missão, objetivos, estratégias, planos de trabalho.
- a debilidade de suas estruturas organizativas e a pouca capacidade de autogestão, especialmente econômica.
- a instabilidade do recurso humano por estar centrado no voluntariado.
- dificuldades para trabalhar com base em projetos, desde a formulação dos mesmos até o seguimento, avaliação e consecução do financiamento.
- deficiências nos canais de comunicação, coordenação e informação.

- recusa a processos de avaliação, monitoramento e controle permanentes e participativos.
- desconhecimento e/ou desatualização com respeito ao tema das DST-HIV/AIDS.
- carência de mecanismos para acordos, competição e mobilização no mundo do *marketing*.

As ONG - HIV/AIDS estudadas consideram que as mudanças políticas e sócio-econômicas constituem ameaças internas e externas, que inevitavelmente têm que enfrentar. Destacam-se na ordem governamental:

- a falta de definição de políticas claras e contínuas nos diferentes setores, mas em especial no da saúde.
- o excesso de leis, regulamentos e normas em saúde e outras afins.
- a instabilidade de recursos (humanos, materiais e financeiros) destinados à nova problemática da AIDS, incluindo os cortes orçamentários para a cooperação nacional e internacional.
- as dificuldades para trabalhar, articuladamente, com os meios de comunicação.
- o frágil reconhecimento do Governo para com as ONG - HIV/AIDS.

As ONG estudadas se referem também às ameaças derivadas das rápidas mudanças epidemiológicas da infecção e à resistência social para enfrentar mais amplamente o problema: "continua o medo e o tabu".

Dentro das ameaças internas, sobressaem o mau uso das comunicações e relações entre as diferentes ONG - HIV/AIDS, que as impede, de um lado, de definir e estabelecer conjuntamente suas próprias políticas, estratégias de comunicação "macro" para orientar ações com o setor governamental, nacional e internacional. De outro lado, as ameaças estão relacionadas com a pouca capacidade de assumir e enfrentar os diferentes questionamentos, as críticas e as avaliações.

Com relação à análise de oportunidades feita pelas ONG-HIV/AIDS, todas afirmam que a crise, mudanças, pressões externas e internas do mundo, do país e dos diferentes setores com os quais se relacionam, obrigatoriamente, as levaram a um processo de reflexão em torno do trabalho, do que são e do que serão no futuro:

- reconheceram as oportunidades de crescimento e consolidação que lhes permita participar mais ativamente nos níveis de decisão nacional e internacional e do desenvolvimento de planos e programas inter-institucionais.
- identificaram oportunidades para se constituírem em empresas com alta capacidade de contratação, competitividade e liderança em prevenção da infecção por HIV/AIDS, e para alcançar uma projeção social mais ampla e deixar de ser menos dependentes economicamente, que lhes permita contar com recursos humanos cada vez mais competentes e estáveis.

Prevalece uma "generalização do ser e que fazer" das ONG - HIV/AIDS *versus* um predomínio da "especificidade do ser e diversidade de como fazer". Porém, os sucessos e esforços alcançados, através dos diferentes processos descritos, refletem, de um lado, o papel de liderança que exerceram desde sua origem na sociedade, frente a um problema tão complexo como a AIDS; de outro lado, vislumbram as potencialidades que possuem para transcender e chegar a se constituírem em organizações fortes, com alta capacidade técnica, profissional e gerencial, onde prevaleça o espírito humanitário e a sensibilidade que sempre as têm caracterizado, para seguir respondendo de acordo com os novos momentos, sob critérios específicos de excelência e maiores níveis de alcance.

O sentir de alguns atores indiretos, relacionados com as ONG HIV/AIDS, permite reafirmar algumas descrições e formulações anteriores com relação ao surgimento e evolução destas em Santa Fe de Bogotá.

Todos eles reconhecem que as ONG-HIV/AIDS fazem parte da chamada "quarta epidemia" no mundo inteiro, são produto da alta

sensibilidade social, apresentam estímulos similares para a sua criação e processos evolutivos diferentes, como corroboram alguns dos atores:

"A curta história das ONG que trabalham com AIDS brinda a possibilidade de observar e analisar um pouco o processo de surgimento e evolução delas. Umas surgiram como resposta a interesses pessoais ou individuais; outras por imitação ou repetição do que acontecia em outros países e cidades; e outras, movidas pelo coração."

"...têm surgido mais lentamente que em países europeus ou norte-americanos. Se partimos da base da existência das ONG, é porque a sociedade mesma não tem capacidade suficiente para assumir desafios desta natureza."

"Surgiram por um interesse comum — combate contra a AIDS — mas o combate se direcionou segundo interesses particulares de quem se agrupa para tal finalidade: os primeiros, a população gay."

"Têm sido como uma "bola de neve": cada vez aparecem mais, com um imensurável interesse social e humano, mas com diferentes graus de desenvolvimento e muitos problemas."

Os atores indiretos concordam com o fato de que as ONG-HIV/AIDS têm exercido um papel importante dentro da sociedade e principalmente no setor saúde.

"O trabalho tem sido altamente significativo. Inserem-se na sociedade, mobilizam-na, e dão um jeito sempre para organizar-se e trabalhar de diferentes maneiras."

"Demonstraram seus esforços frente ao combate da AIDS e os desafios que ela lhes impõe. É interessante ver como elas exigem, pressionam, questionam e se comprometem; no princípio, com

poucos ou nenhum conhecimento e recursos; agora..., com mais propriedade e mais experiência."

"Puseram à mostra prejuízos morais e sociais dominantes que por muitos anos estiveram encobertos, e têm propiciado espaços para a sua análise e reformulação."

"O efeito das ações das ONG - HIV/AIDS recaiu diretamente sobre o setor saúde e pouco a pouco em outros setores, como: comunicação, educação, justiça e igreja. Elas de alguma maneira estimulam processos para responder segundo a AIDS vai-se comportando e a comunidade o requeira".

Reconhecem a grande flexibilidade para executar e intervir com criatividade e iniciativa perante a sociedade, perante o governo, e identificam como contribuição destas, as seguintes:

- têm aberto possibilidades de atenção em diferentes instituições de saúde (estatais e privadas).
- têm contribuído na elaboração da legislação sobre a Prevenção e Controle das DST-HIV/AIDS (Decretos n.º 559, de 1991 e n.º 1543, de 1997).
- têm conquistado espaços para diálogos mais abertos com os diferentes setores e os diversos meios de comunicação.
- têm conseguido a mobilização de múltiplos recursos.
- têm obtido a sensibilização da comunidade em geral diante da AIDS.
- têm propiciado reflexões em torno da promoção da saúde, prevenção da doença e em temas relacionados com o sexo, sexualidade, promiscuidade, confidencialidade, respeito, valores, responsabilidades individuais e coletivas.

Ao indagar sobre o futuro que se vislumbra para as ONG-HIV/AIDS da Colômbia, no novo panorama mundial, os atores indiretos concordam com que o futuro das ONG-HIV/AIDS e de outras ONG é promissor, com um grande e difícil caminho a percorrer. Para isto devem ter uma macro visão do mundo da

AIDS e das mesmas ONG-HIV/AIDS, visão que deve ir mais além do assistencial e educativo, até o político e gerencial. Corroborado por:

"Do momento de transição tem-se que passar para o momento de oportunidades. Para isso as ONG terão que repropor seus *modus operandi*, ser verdadeiros atores sociais, com especificidades que as diferenciem das outras e admitindo que fazem parte do setor social, setor que agora se impõe no mundo inteiro."

"Elas deverão adotar uma postura política e profissional, com alta capacidade de gestão para estar em concordância com o momento da saúde e do contexto em geral,..."

Apenas um dos entrevistados considerou que as ONG-HIV/AIDS, com as atuais características, dificuldades e crises internas que enfrentam, especialmente, com relação às pessoas (voluntárias) que as integram e porque têm uma débil capacidade gerencial, podem chegar a desaparecer ou, continuar em condições similares as que se encontram, perdendo cada vez mais força social.

VII. CONCLUSÕES

VII. CONCLUSÕES

1. A diversidade e heterogeneidade das ONG estudadas, desde sua criação em 1984, são uma realidade, uma conjuntura, uma alternativa e fazem parte da sociedade civil colombiana, prestadoras basicamente de serviços de saúde em prevenção e promoção, com possibilidades futuras.
2. Como foi descrito, nas características relacionadas com os objetivos, estas organizações não têm suficientemente estabelecidas sua missão ou finalidade, razão pela qual funcionam antes de tudo por compromissos afetivos, com intenções e ações desarticuladas que desgastam e desestabilizam tanto seus integrantes como a organização.
3. As ONG-HIV/AIDS estudadas têm sido agrupamentos de pessoas voluntárias, não remuneradas, sem experiência ou preparação, movidas por sentimentos humanitários e organizadas em forma incipiente, como se observa em suas origens e nas características relacionadas com seus recursos humanos.
4. Segundo a descrição de suas características, têm deficiências e lacunas em aspectos relacionados com o planejamento, organização, direção, controle e avaliação.
5. A captação de recursos econômicos têm, predominantemente, a modalidade de doações. Embora sua disponibilidade econômica tenha incorporado, muito recentemente, a realização de projetos, ainda não são auto-suficientes neste aspecto. Deste modo, a concepção econômica e financeira que têm estas entidades passará de "sem fins lucrativos" a "com alguns fins lucrativos",
6. Adotaram uma postura política importante, nos primeiros anos da epidemia, que, hoje, sob um novo contexto nacional, emoldurado por uma política social,

pelo exercício democrático do poder e por novas normas legais, diretamente relacionadas com a temática, as fazem organizações frágeis, mas com oportunidades de desenvolvimento e participação.

7. O trabalho das ONG-HIV/AIDS, como se pôde observar, durante a maior parte do tempo, centralizou-se em um espírito colaborativo, confundido muitas vezes com "caridade", e respondendo aos objetivos com tarefas desarticuladas, isoladas e distantes de suas finalidades.

8. O aproveitamento da informação por parte das ONG estudadas, é bastante deficiente para fazer dela o insumo fundamental para a realização de qualquer de suas atividades.

VIII. RECOMENDAÇÕES

VIII. RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados obtidos nas visitas às onze ONG-HIV/AIDS estudadas na cidade de Santa Fe de Bogotá, na participação às oficinas, nos diálogos com alguns atores indiretos e nas vivências e observações, ao longo da pesquisa, é possível apresentar as seguintes recomendações:

1. Estabelecer ou reafirmar sua missão, que deve orientar o desenvolvimento das capacidades e trabalhos como verdadeira força social de agora para o futuro. Que a nova missão, vivida e sentida por todos os integrantes, facilite o trabalho planejado, em prol dos objetivos, fortaleça o compromisso e leve a organização a uma produtividade ótima!
2. Passar a um voluntariado “de avançada” ou de ponta, quer dizer, converter-se em empresas fortes, caracterizadas por contar com recursos humanos voluntários, remunerados de diferentes maneiras (não só economicamente, mas também com reconhecimento e motivação) com sentido de pertinência, em permanente formação básica e, especializada, em áreas de competência em AIDS, devem ser democráticas, participativas, onde continuem a sensibilidade e a solidariedade social, aspectos que darão estabilidade e permanência à organização.
3. Tomar medidas para o fortalecimento administrativo, como:
 - conjugar de forma harmônica suas ideologias, recursos e tecnologias para responder integralmente e, com outros atores, às demandas do meio.
 - desenvolver um gerenciamento centrado nos princípios de qualidade, excelência e harmonia organizacional, caracterizado também, pela mobilidade horizontal, que lhes permita atuar e adaptar os processos e recursos às necessidades próprias de seu meio e do meio externo.
 - ter um gerenciamento ágil para definição, adaptação e consecução das políticas internas e externas, relacionadas com a problemática da AIDS,

eixo central de sua existência. Além disso, conduzir objetivamente a organização nos aspectos humanos, técnicos, financeiros e administrativos, de forma participativa e cooperativa, guardadas as proporções entre as normas externas e internas.

- avaliar continuamente os processos estabelecidos para responder aos objetivos, tanto interna quanto externamente para que os resultados obtidos constituam o eixo central dos novos processos e da atualização dos existentes, para poder estar na vanguarda das mudanças da infecção, do contexto e de acordo com a realidade.

4. Gerar seus próprios recursos para que as doações deixem de ser fonte básica para o cumprimento dos objetivos, de acordo com suas novas finalidades. Isto lhes dará maior independência institucional e adquirirão maior consciência do contínuo dinamismo que deve existir entre a ótima utilização dos insumos, a produção de benefícios e impactos.

5. Definir uma política de autofinanciamento e buscar fundos através do desenvolvimento de projetos ou prestação de serviços, que lhes permitam responder de forma livre, competir saudavelmente e produzir com melhor qualidade.

6. Abrir espaços para o diálogo, a reflexão e o estabelecimento de estratégias e vontades políticas com os outros setores, em benefício da coletividade mas, conservando sua autonomia, legitimidade e unidade. Deste modo, serão entidades pró-ativas, geradoras de conhecimentos, participantes nos processos de definição de políticas gerais e específicas, relacionadas com suas causas e com outras complementares.

7. Fortalecer sua legitimidade, representatividade e autêntica expressão social a través da confiança, o contato e a aproximação com a comunidade mediante trabalhos participativos.

8. Realizar um minucioso estudo para esclarecer, selecionar e determinar aquelas ações que realmente estejam mais adequadas com suas finalidades. O acúmulo de ensinamentos adquiridos em suas práticas deve conduzi-las a deixar de ser polivalentes e a estabelecer linhas integradoras através de trabalhos realizados cooperativamente com outras ONG, e que, porém, lhes permita economizar ou racionalizar seus poucos recursos.

9. Estabelecer novos vínculos e alianças com outras ONG e setores para o intercâmbio de experiências acumuladas, expansão de redes para transpor as fronteiras e estar em concordância com as mudanças do momento para responder aos seus objetivos com qualidade, credenciamento e competitividade.

10. Conhecer, reciclar e transferir a informação que produzem e possuem para poder interatuar, em nível nacional e internacional, para contribuir de forma efetiva, nas transformações epidemiológicas e sociais da AIDS, em nossa sociedade.

CORAÇÃO DE ESTUDANTE

**Quero falar de uma coisa
Adivinha onde ela anda?
Deve estar dentro do peito
Ou caminha pelo ar
Pode estar aqui do lado
Bem mais perto que pensamos
A folha da juventude
É o nome certo desse amor
Já podaram seus momentos
Seu sorriso de menino
quantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto
prá que a vida nos dê flor e fruto
Coração de estudante
Há que se cuidar da vida
Há que se cuidar do mundo
Tomar conta da amizade
Alegria e muito sonho
espalhados no caminho
Verdes: planta e sentimento
Folhas, coração, juventude e fé.**

(Wagner Tiso e Milton Nascimento)

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUDELO C. Promoción de la salud en Colombia: porqué y para qué? In: Conferencia Internacional de Salud, Santafé de Bogotá, D.C., 1992. Ministerio de Salud, 1992.
2. ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro, Ed. Relume/Dumará, 1995. p. 192-218. (História Social da AIDS, 5).
3. ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro, Ed. Relume/Dumará, 1995. p. 30-61. (História Social da AIDS, 5).
4. ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro, Ed. Relume/Dumará, 1995. p. 183-5. (História Social da AIDS, 5).
5. ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro, Ed. Relume/Dumará, 1995. p. 172-7. (História Social da AIDS, 5).
6. ANABICARTE, H. El SIDA y el papel del movimiento ciudadano. In: Najera, R. *SIDA de la biomedica a la sociedad*. Madrid, Ed. Eudenna, 1990. p. 355-6.
7. ANELLO, E. *Clasificación funcional de las ONG In: Encuentro de fundaciones - El papel de las ONG en el futuro colombiano*. Bogotá, D. E., 1989. p. 14-8.
8. ANGARITA GALVES, J.I. & MARTINEZ MARTINEZ, C. L. Enfermedades de transmisión sexual en Santafé de Bogotá, D.C. Bol. Epidemiol. Dist., 1(10): 1-8, 1996.
9. BANCO MUNDIAL. Hacer frente al SIDA: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Washington, D. C., 1997.

10. BANCO MUNDIAL. Informe Sobre el Desarrollo Mundial: invertir en salud - indicadores del desarrollo mundial. Washington, D. C., 1993. p. 102-32.
11. BARTLETT, M.D. & FINKBEINER, A.K. *Guia para vivir con VIH/SIDA desarrollada en la Clínica de SIDA del Johns Hopkins*. 3^a ed. México, D. F., Ed. Dima, 1996. p. 348-50.
12. CAMARGO Jr., K. R. *As ciências da AIDS & A AIDS das ciências: o discurso médico e a construção de la AIDS*. Rio de Janeiro, Ed. ABIA-IMS- UERJ/Relume/Dumará, 1993. p. 130-43. (Série Historia Social da AIDS, 4).
13. CASTAÑEDA, A. Las ONG's en Colombia: una aproximación a la dimensión de su espacio económico y social. In: Encuentro de Fundaciones, Bogotá, D.E., 1989. Memorias: Bogotá, D. E., Universidad Javeriana, 1989. p. 16-25.
14. COLOSIO, L. D. Las ONG y el poder local del ciudadano y la fuerza de la sociedad civil. La Otra Bolsa de Valores, México, 5(Extra): 4-10, 1994.
15. CONSEJO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE ORGANIZACIONES CON SERVICIOS EN SIDA - LACCASO. Bol. Trimest. Redes, México, D.F., 3: 3-16, 1997.
16. ENCUESTRO NACIONAL DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN FRENTE AL SIDA, 1^o, Bogotá, D.E., 1990. Memorias. Bogotá D.E., Grupo FIASAR, 1990. p. 3-7.
17. ENCUESTRO NACIONAL DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN FRENTE AL SIDA, 2^o, Santa Fé de Bogotá, D.C., 1992. Memorias. Santa Fé de Bogotá D. C., Mesa Coordinadora de ONG's - VIH/SIDA, 1994. p. 4-6.
18. EPIDEMIOLOGÍA del SIDA en Colombia. Inf. Quincenal Epidemiol. Nac., 2(5): 58-63, 1997.
19. FERNANDEZ, R. C. & PIGUET, E. L. *ONG anos 90: A opinião dos dirigentes brasileiros*. Rio de Janeiro, ISER, 1992. p. 9-18. (Serie de Textos do

Núcleo de Pesquisa - ISER).

20. FORATTINI, O. P. *Ecologia epidemiologia e sociedade*. 2ª ed. São Paulo, EDUSP, 1992. p. 261-73: Ecologia da doença.
21. GILMORE, F. F. *Formulando estratégias en compañías pequeñas*. Biblioteca Harvard de Administración de Empresas, vol. IV, artic. n.º 7, 1972.
22. HERBERT, D. & PARKER, R. *AIDS a terceira epidemia: dois olhares se cruzam numa noite suja*. São Paulo, Ed. Iglu, 1990. p. 13-21.
23. HIRSCHMAN, A.O. *Getting ahead collectively: grassroots experiences in America Latina*. New York, Ed. Pergamom Press, 1989. p. 4-10.
24. JARAMILLO, P. R. *Colombia paso a paso*. Santa Fé de Bogotá, D. C., Ed. Norma S.A de Colombia, 1993. p. 7-51.
25. JARAMILLO, S.H. Análisis del Comportamiento de las ONG en America Latina. In: Encuentro de Fundaciones - El Papel de las ONG en el Futuro Colombiano, Bogotá, D.E., 1989. p. 11-3.
26. JIMENEZ, M., comp., *Municipios y organizaciones privadas, I y proyecciones de algunas experiencias*. Mar del Plata, Chile, Fundación Interamericana, 1990. p. 26-34.
27. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS-UNAIDS. *Strategic Plan 1996-2000*. Geneva, 1995 p. 3-19.
28. LACAZ, C. da S. et al. *AIDS/SIDA*. São Paulo, 1990. p. 1-3.
29. LANDIM, L. *Para além do mercado e do Estado? - Filantropia e cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Regionais do Rio de Janeiro - ISER, 1993. p. 33-78.
30. LANDIM, L. *Sem fins lucrativos: as ONG's no Brasil*. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Regionais do Rio de Janeiro - ISER, 1988. p. 9-35.
31. LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA. *Directorio de ONG que trabajan en SIDA en Colombia*. Santafé de Bogotá, D.C., 1993.

32. LOPEZLLERA, L.M. Basta! Grupos de la Sociedad Civil en Acción: transparentar y responsabilizar a los polos de poder. La Otra Bolsa de Valores, México, D.C., 26: 13-7, 1994.
33. MANN, J. et al. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, Ed. ABIA-IMS-UERJ, 1993. p. 151-3. (Série Historia Social da AIDS, 1).
34. MANN, J. et al. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro, Ed. ABIA-IMS-UERJ, 1993. p. 142-46. (História Social da AIDS, 1).
35. MARTINEZ N.R. (compilador) et al. *La trama social: Pobreza y microproyectos de desarrollo social*. Ed. Imago Mundi. Grupo de Análisis y Desarrollo Institucional y Social - GADIS, Argentina 1991. p.149-153.
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST/AIDS, Brasil. Bol. Epidemiol., 9(4): 10-30, 1996.
37. MINISTERIO DE SALUD. *Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA: informe parcial*. Santafé de Bogotá D.C., 1996.
38. MONTENEGRO, T. *O que é ONG*. São Paulo, ed. Coleção Primeiros Passos, 1974. p. 10-3.
39. NAISBITT, J. *Macrotendencias*. México, Ed. Edivisión, 1985. p. 21-50.
40. OLIVEIRA, D. de P. R. de. *Planejamento estratégico: conceitos metodologia prática*. 9ª ed. São Paulo, Ed. Atlas, 1995.
41. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programa Mundial sobre SIDA . La Función de las ONG's en los Programas Nacionales de SIDA. Bol. Acción en SIDA, 8: 1-5, 1990.
42. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa Global de VIH/SIDA: *declaración de Kingston sobre intervenciones de conducta para la prevención de ETS - VIH/SIDA*. Kingston, Jamaica, 1990.
43. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermedades nuevas,

- emergentes y reemergentes. Bol. Epidemiol., 16(3): 1-7, 1995.
44. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La situación del SIDA en las Americas, 1988. Bol. Epidemiol., 9(4): 1-11, 1988.
 45. PANIAGUA, J.E. & VILLEGAS, G.H. Los grupos de autoapoyo - GAP. Parte I. Rev. Sociol. Hoy, 3(5): 12-5, 1991.
 46. PARKER, R. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Relumê-Dumata/IMS/UERJ, 1994. p. 51-3. (História Social da AIDS, 3.).
 47. POMBO, M.A. et al. *Constitución política de Colombia - 1886*. Bogotá D.E., 1886. ed. Biblioteca Banco Popular. Tomo IV, Art. n.º 44, p. 216.
 48. POMBO, M.A. et al. *Constitución política de Colombia - Acto Legislativo n.º 1 de 1936*. Bogotá D.E., 1886. ed. Biblioteca Banco Popular, Tomo V, Art. n.º 16, p. 34.
 49. POSADA, M. L. A. Retos y desafíos para el profesional de enfermería: su presencia y participación en las ONG's que trabajan en la prevención y control de la infección por VIH/SIDA. Rev. Avances Enfer., Bogotá, 1(1):26-31, 1992.
 50. PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE VIH/SIDA - ONUSIDA. *Datos sobre ONUSIDA; Programa general*. Ginebra, 1977. p. 1-5.
 51. PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE VIH/SIDA- ONUSIDA. *Campaña mundial contra el SIDA: información para los medios de comunicación*. Ginebra, 1997.
 52. PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA. *Projet de Budget Programme 1996-1997*. Genève, 1995. p. 1-2.
 53. RAILLY, C. A. Desenvolvimento de base. Rev. Fund. Int., São Paulo, 17(1): 25-32, 1993.
 54. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución 1991. *Constitución Política de la*

- República de Colombia*. Santa Fé de Bogotá D. C., Fundación Simón Bolívar, 1991. Título I. De los principios fundamentales. Art. 1. p. 9.
55. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución 1991. *Constitución Política de la República de Colombia*. Santa Fé de Bogotá, Asamblea General Constituyente, 1991.
 56. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación - DNP. *Salud y seguridad social*. Santa Fé de Bogotá, 1995. p. 1-17. (Documento CONPES, 2756.).
 57. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Leyes, etc. Decreto n.º 1543 del 12 de junio de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección VIH/SIDA y otras ETS. Santa Fé de Bogotá, D.C., Ministerio de Salud, 1997.
 58. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Leyes, etc. Decreto Reglamentario sobre el SIDA n.º 559 del 22 de febrero de 1991. Santa Fé de Bogotá, D. C., Ministerio de Salud, 1991.
 59. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Leyes, etc. *Ley n.º 10 de 10 de enero de 1990: Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Santa Fé de Bogotá, D. C., 1991. p. 2-5.
 60. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Leyes, etc. *Ley n.º 100 de Diciembre de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral*. Santa Fé de Bogotá, D. C., 1994.
 61. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Leyes, etc. *Ley n.º 9 de 1973: por la cual se estructura el Servicio de Salud y se organiza el Sistema Nacional de Salud*. Bogotá, D. E., Ministerio de Salud, 1973.
 62. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. *Lineamientos de promoción de la salud y educación para el componente humano*. Santa Fé de Bogotá, D.C., 1995. p. 36-39.
 63. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Dirección General de Prevención y Promoción. *Plan Intersectorial a Mediano Plazo para la Prevención y Control das ETS-VIH/SIDA*. 2ª ed. Santafé de Bogotá, D. C.,

1995. p. 1-3.

64. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. *La Salud en Colombia: 10 años de Información 1983-1994*. Santa Fé de Bogotá, D.C., 1995. p. 10-30.
65. REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. *Programa de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud, Componente: Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA*. Santa Fé de Bogotá, D. C., 1991. p. 5-6.
66. RITCHEY, V.M. *The Art of Association: NGO and Civil Society in Colombia*. Arlington-Virginia, Ed. Ballston Metro Center, 1992. p. 28-40.
67. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa de DST/AIDS do Município de São Paulo. Bol. Epidemiol. AIDS, 1(1): 1-15, 1997.
68. SEMINARIO DE CAPACITACIÓN SOBRE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EN LA PROBLEMÁTICA DEL VIH/SIDA, 1°, Santa Fe de Bogotá, 1995, Memorias. Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud/OPS/Comisión para Intercambio Educativo - Programa Fulbright/Evaluar, 1995.
69. SEMINARIO DE CAPACITACIÓN SOBRE DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EN LA PROBLEMÁTICA DEL VIH/SIDA, 2°, Santa Fe de Bogotá, 1995, Memorias. Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud/OPS/Comisión para Intercambio Educativo - Programa Fulbright/Evaluar, 1995.
70. SILVA, A.M. Las ONG e sua relação com o poder público municipal. In: *Seminário Organizações Populares, ONG e Poder Local*, Recife-PE, 1992. Memórias. p. 15-28.
71. TORRES B.C. & BUSTAMANTE L.E. *Las entidades sin ánimo de lucro*. Santafé de Bogotá, D.C., Cámara de Comercio, 1996. p. 3-78.
72. UNITED NATIONS. *Demographic yearbook 1995*. 47th ed., New York, 1997. p. 134-5, 194.

73. VELASQUEZ, G. & GOMEZ, A. R. D. *Fundamentos de medicina: el SIDA. un enfoque integral*. 2^a ed. Medellin, Ed. CIB., 1996.
74. VIANNA, N. S. *Reflexões sobre o planejamento institucional e gerenciamento de Organizações Não Governamentais/AIDS*. São Paulo, 1994. p. 1-3.
75. VIVAS, R.G. et al. *El Sistema Nacional de Salud*. Bogotá D.E., ed. Fedesarrollo/OPS, 1988. p. 17.
76. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World health report 1997: conquering suffering enriching humanity*. Geneva, 1997. p. 124-5.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ADIZES, I. *Os ciclos de vida das organizações*. 2ª ed. São Paulo. Ed. Pionera, 1993.
- ALVES, S. *Revigorando a cultura da empresa. Um abordagem cultural da mudança nas organizações, na era da globalização*. São Paulo, Ed. Makron books, 1997.
- ARDILA, A. H. *Las ONG de lucha contra el SIDA en Colombia*. Bol. COINSIDA. Santa Fe de Bogotá, D.C., 1: 10, 1994.
- ARIAS, J. *El ambito de las ONG*. In: Encuentro de Funfadores- El papel de las ONG en el futuro colombiano. Funfacción FES. Bogotá, D.E. 1989. p. 27-32.
- AUBREY, W. *Cresce a participação das ONGs no desenvolvimento*. Rio de Janeiro. Banco Mundial, 10(4): 31-3, dez. 1990.
- BELTRAME, I. L. *Do risco das práticas as praticas explicativas para a prevenção da AIDS no Brasil*. São Paulo, 1997. [Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública], p. 66-67.
- BROWN, L. *A Construção da Sociedade auto-sustentável*. São Paulo, Ed. Imprensa Metodista, 1980.
- BUSTAMANTE, A. *De Marginales a Informales*. Lima, DESCO. 1990, (Serie de Ensayos sobre el Trabajo de ONGs en el sector informal del Perú).
- BUSTAMANTE, R. *La gerencia moderna aplicada al sector público*. Instituto de los Seguros Sociales. Bogotá, D.E., 1990.
- CAMARGO de, A. M. F. *A AIDS e a sociedade contemporânea - Estudos e histórias de vida*. São Paulo, Ed. Letra & Libros, 1994.
- CARROLL, F. T. *Intermediary NGOs: The supporting link in grassroots development*. Connecticut, Ed. Kumarian Press, 1992.
- CASSASBUENAS, C. *Las ONG y los movimientos sociales en Colombia*. Rev. Forc Bogotá, D.E. 1989.

- CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y PATERNIDAD RESPONSABLE-CEPAR.
Proyecto de análisis y promoción de políticas de salud. *Las ONG y la reforma del sector salud en Ecuador*. Quito, 1 (Informe), 1996.
- CHAUVIN, T. *Study for profiling the characteristics for effective NGO/government collaboration for EPI and primary health care*. Ottawa. Canadian public Health Association, 1995.
- CROSBY, P. B. *Completeness: Plenitud, calidad para el siglo XXI*. Mexico, D.C., Ed. McGraw Hill, 1993.
- CROSBY, P. B. *Dinámica gerencial - El arte de hacer que las cosas ocurran*. Mexico, D.C., Ed. McGraw Hill, 1992.
- DENISON, D. *Corporate culture and organizational effectiveness*. New York, Ed. Wiley&Sons, 1990.
- DESENVOLVIMENTO de base. Rev. Inter American Foundation., 17(1 esp.): 2-30, 1993.
- DESENVOLVIMENTO, Cooperação Internacional e as ONG. Ibase/UNDP. Rio de Janeiro, 1992. [Apresentado en el 1º. Encontro Internacional de ONG e o Sistema de Agência das Nações Unidas, 1992]
- DICK, B. *Non-governmental organizations, AIDS and the institucional memory. Experiences from the league of red cross and red crescent societies*. In: Fleming, A L.; Carballo, M.; Fitzsimons, D.W.; Bailey, M.; Mann, J. The global impact of AIDS New York. p. 271-276, 1988.
- DICKSON, K. *Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector salud*. Rev. Panam Salud Pública Pan Am J Public Health. 1(4) 324-329, 1997.
- DRUCKER, P. F. *Administração de organizações sem fins lucrativos: princípios e práticas*. São Paulo, Ed. Pioneira, 1994.
- FERNANDEZ, R. C. *Privado porém público: O terceiro setor na América Latina*. 2ª ed Rio de Janeiro, Ed. Civicus, Relume/Dumara, 1994.

- FLEITAS, M. E. *Cultura Organizacional: formación, tipología e impacto*. Mexico, D.C. Ed. McGraw Hill, 1991.
- FORMER, P. *AIDS-talk and the constitution of cultural models*. Social Science in Medicine, 38(6): 801-9, 1994.
- GALVÃO, J. *AIDS e Ativismo: O surgimento e construção de novas formas de solidariedade*. In: Parker, R., Bastos, C., Pedrosa, J.S., O AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Relumê-Dumatá/IMS/UERJ, 1994. P. 241-49. (História Social da AIDS, 2)
- GARLAND, R. *Administração e gerenciamento para a nova era. Novos tempos novas técnicas*. 2ª ed. São Paulo, Ed. Saraiva, 1993.
- GOHM, M. da G. *Teoria dos movimentos sociais: Paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo, 1997. p. 295-320. (Movimentos sociais e ONGs no Brasil na era da globalização).
- GOMEZ, S. D. *Dilemas de las ONG rurales en el contexto democrático*. Santiago de Chile, 1992 (Serie de Estudios Sociales nº 41).
- GROSE, R. N. *NGOs in AIDS Control*. In: Fleming, A L.; Carballo, M.; Fitzsimons, D.W.; Bailey, M.; Mann, J. The global Impact of AIDS. New York. p.262-9, 1988.
- HARTIGAM, P. *Promoción y apoyo a las ONG. Una estrategia para los años 90 y para el futuro*. SIDAMERICA., 1993.[Publicación del Instituto PANOS INC., Washington,D.C.]
- HERNANDEZ, J. J. *Las ONGs ante el SIDA - Avances y desafios*. Solidaridad Latina., Santa Fe de Bogotá, D.C., 2(2): 3-4, 1992.
- INICIATIVA no gubernamental en el contexto internacional. La Otra Bolsa de Valores Mexico, Promoción del Desarrollo Popular, 1993.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DA REGIÃO-ISER. *As ONG no Brasil sem fins lucrativos*. Rio de Janeiro, ISER, 1988.
- LACERNA de, A. P. *As ONGs no apoio aos indivíduos seropositivos para o VIH* VIHVER. Lisboa, 14, 1993.

- LADIM, L. *A Inversão das ONG do serviço invisível à profissão sem nome*. Rio de Janeiro, 1993. [Tese de doutorado].
- LOPEZ, J. Y. *El SIDA en Mexico: Políticos, Burócratas y ONGs*. El Nacional, Sociedad y SIDA. Mexico, D.C., 35: 5-9, 1993.
- LOPEZLLERA, M. L. *Autogestión de los pueblos, organizaciones civiles y gente común*. Mexico, 1993. (Promoción del Desarrollo Popular - PDP).
- LUZ, R. *Clima Organizacional*. Rio de Janeiro, Ed. QualityMark, 1996.
- McCONACHY, D. *Questions to consider when planning evaluation...a guide*. Australian Federation of AIDS Organizations, Australin, 1994. p. 3-24
- MERCER, M. A.; GATE, N.; HOLLEY, M.; MALUNGA, L.; ARNOLD, R. *Rapid kabp survey for evaluation of ONG HIV/AIDS prevention projects*. AIDS Education and Prevention. New York, 8 (2): 143-54, 1996.
- MERCER, M. A.; LISKIN, L. & SCOTT, S. J. *The role of non-governmental organization in the global response to AIDS*. AIDS Care, 3 (3): 265-70, 1991.
- MOTTA, P. R. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, Ed. Recod, 1991.
- MOTTA, P. R. *Transformação organizacional - A teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro, Ed. Quality Mark, 1997.
- NELSON, P. J. *The world bank and non-governmental organizations*. Rev. Public. Administration and Development, MacMillan-London, 17: 541-64, 1995.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *La estrategia mundial contra el SIDA*. Ginebra, 1993. p.18-21. (Serie OMS sobre el SIDA, 11)
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Principios que rigen las relaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales*. Washington, D.C. 1995. (Documento aprobado por la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS).
- PARTICIPACION Civil en la lucha contra el SIDA. El Nacional Sociedad y SIDA. Mexico,

D.C., 3, 1990.

POPCORN, F., MARIGOLD, L. *16 Tendências que irão transformar sua vida, seu trabalho e negócios no futuro*. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1997.

PRECIADO, P. *ONGs contra el SIDA- A debate*. El Nacional, Sociedad y SIDA. Mexico, D.C., 4: 7-9, 1991.

REILLY, Ch. A. (ed). *Nuevas políticas urbanas-Las ONG y gobiernos municipales en la democracia Latinoamericana*. Arlington- Virginia, Fundación Internacional, 1994.

RODRIGUEZ, G. J. *Las ONG y el plan de desarrollo*. In: Encuentro de Fundadores - El papel de las ONG en el futuro colombiano. Fundación FES. Bogotá, D.E. 1989. p.47-51.

SANDOVAL, G. Z. *Organizaciones no gubernamentales de desarrollo. Planificación y evaluación*. La Paz-Bolivia, Ed. Unitas, 1988.

SANTOS Jr, M. F. Q. *Editorial*. Rev. Bras. Doenças Sex. Transm., São Paulo, 2(1), 1997.

SCOTT, G. M. *Sistemas de Información*. Mexico, D.C., Ed. McGraw Hill, 1992: La organización, sus administradores, estructura y actividades.

SOUZA, H. de. *As ONG na década de 90. Políticas governamentais*. Rio de Janeiro, Ed. Ibase, 7(68):20-4, abril/maio 1991.

TAPSONTT, D, CASTON, A. *Cambio de Paradigma Empresarial*. Mexico, D.C., Ed. McGraw Hill, 1995.

TENÓRIO, F. G. *Gestão de ONGs- Principais Funções Gerenciais*. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getulio Vargas, 1997.

VIANNA, N. S. *Solidariedade, militancia e intercambio. Políticas das ONG frente à SIDA*. Rio de Janeiro, Bol. ABIA. 12, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/GLOBAL PROGRAMME ON ADIS. *Non-governmental organizations and the global strategy for the prevention and control of AIDS*. 1989, May 18. (Resolution WHA n.º 42.34 of the Forty-Second World Health Assembly).

WOSCOFF, A. *Papel de las Organizaciones no gubernamentales*. Rev. Arch. Argent. Derm. Buenos Aires. 29: 55-6, 1989.

ANEXOS

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN CON VIH/SIDA EN SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., - COLOMBIA: ORIGENES Y TENDENCIAS

ANEXO 1

REGISTRO DE ONG - VIH/SIDA

I - Identificación

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____

Apartado Aereo: _____

E- mail:

Telefax: _____

Fecha de Fundación: ____/____/____ Fecha legalización: ____/____/____

Tipo de Entidad: _____

Sede: Propia Arriendo Compartida Sin sede

Sedes Fuera de la Capital: **Si:** **No:** **Cuantas:**

II - Composición y Organización

Tipo del representante legal: Director Coordinador Gerente

Presidente _____ **otros, cual:** _____

Nombre: _____

Número de socios:

Tipo y número de socios: _____ **Fundadores:** _____ **Activos:** _____

Pasivos **Voluntarios:**

Ocasionales: Otros, cuales:

Tipo y número de funcionarios: Administrador: Secretarías:

Celadores: _____ **Aseadores:** _____

Auxiliares: _____ **Contadores:** _____

Otros cuales:

Tipo de profesionales:

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN CON VIH/SIDA EN
SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., - COLOMBIA: ORIGENES Y TENDENCIAS

ANEXO 2

POSIBLES ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LAS ONG - VIH/SIDA

I - Actividades Administrativas

1. Elaboración y actualización de Estatutos (misión, visión, políticas, reglamentos), estructura organizativa (organograma)
2. Direccionamiento institucional por medio de:
Junta directiva, Consejo Directivo, Presidente, Director o Coordinador.
3. Realización de reuniones de junta directiva, consejo, asambleas, generales, por grupos.
4. Realización de reuniones técnico administrativas.
5. Participación en la formulación de políticas relacionadas con SIDA de orden Nacionales y/o Internacionales.
6. Participación en procesos de toma de decisiones en los sectores de:
Salud, Educación, Trabajo, Otros, cuales.
7. Participación en el desarrollo de Programas relacionados con ETS-VIH/SIDA en áreas de Salud, Educación, Otros, cuales.
8. Representaciones en Instituciones Nacionales y/o Internacionales.
9. Coordinación de actividades relacionadas con la problemática del VIH/SIDA con Otras ONG, Instituciones Estatales, Instituciones No Estatales o Instituciones Internacionales.
10. Manejo financiero y contable según disposiciones legales (de libros, cajas, informes, balances, presupuestos, etc.).

11. Desarrollo de políticas gerenciales relacionadas con:

Dotación y Suministros.

Control de equipos y materiales(inventarios y mantenimiento).

12. Desarrollo de políticas gerenciales relacionadas con el recurso humano específicos para socios y/o usuarios.

13. Desarrollo de procesos de información y comunicación: Internos, Externos, Escrita, Oral.

14. Desarrollo de procesos de Evaluación y Control: Permanentes y Ocasionales, Dirigida al manejo de personal, Consecución y manejo de recursos, Planes, programas y actividades.

II - Actividades Asistenciales

1. Realización de Consultas y seguimiento en:

Médica General y Especializada,

Odontología general y Especializada,

Psiquiátrica, Psicológica, Nutricional

Terapia y Rehabilitación Física, Respiratoria, Ocupacional, del lenguaje, Recreativa.

Remisiones e Inter consultas.

2. Medios de Diagnóstico

Toma de Imágenes diagnósticas (RX)

Existencia de Laboratorios para Recolección, Procesamiento, Entrega de resultados, Remisión de muestras.

3. Asesorías

Pre y Pos teste

Orientación/Información: Individual, Grupal, Institucional, Grupos de Autoapoyo, Familiar.

4. Prestación de servicios relacionados con aspectos de indole Social, Familiar, Jurídico legal, Domiciliar, Derechos humanos, Institucionales/Ambulatorios.

Servicio Telefónico (información, orientación, asesoría, otros),

Aplicación de medicinas alternativas(cromoterapia, arteterapia, masajes, yoga, meditación, otros.

5. Prestación de cuidados en casas de apoyo, hogares, domicilio o instituciones.
Cuidados de salud para Adultos, Niños, Mujeres, Hombres o Mixtos.

6. Auxilios y Suministros para personas VIH/SIDA del tipo:
Financieros, Transporte, Medicamentos, Médicos o atención en Salud, Alimentos, Funerales, Otros.

III - Atividades Educativas

1. Realización de Programas Educativos dirigidos a:
Población en General y/o Población Especifica a:

Escolares	Escuelas, Colegios, Universidades
Adolescentes	Fuerzas Armadas
Jovenes	Empresas
Mujeres	Instituciones de Salud
Prisiones	ONGs
Drogadictos	Grupos de Autoapoyo
Homosexuales	Padres de Familia
Personas VIH/SIDA	Trabajadores Sexuales
Otros, cuales.	

2. Entrenamientos internos y externos en las áreas de:

Bioseguridad	Aspectos biológicos de ETS-VIH/SIDA
Derechos humanos	Aspectos psicosociales
Laborales/Ocupacionales	Aspectos jurídico-legales
Atención directa a personas	Aspectos espirituales
Técnicas Educativas	Aspectos de diagnóstico/laboratoriales
Voluntarios	Otros, Cuales.

3. Organización y Participación de Eventos en las modalidades de:

Seminarios	Conferencias	Talleres
Cursos	Encuentros	Foruns/Debates
Workshop	Otros, cuales.	

4. Producción de Información/Materiales:

Escrita en: Periódicos Revistas Boletines Folletos
 Libros Manuales Otros.

Programas en Radio/Televisión, Videos, Cassetes.

5. Distribución de Preservativos, Compra de preservativos y Donación de preservativos.

6. Existencia de Centro de Documentación o Bibliotecas con acceso o disponibilidad para: Usuarios de la institución, Usuarios externos (tipo).

7. Realización de Actividades Educativas Compartidas con:

Otras ONG - VIH/SIDA, ONG en general.

Con Instituciones nacionales, internacionales, Gubernamentales.

IV - Actividades Investigativas

1. Desarrollo de investigaciones en las áreas Biológicas, Psicológicas, Sociales, Administrativas, Otras, cuales.

2. Participación en el desarrollo de investigaciones con:

OMS/OPS, ONG, Organismos Internacionales, Organismos nacionales, Otros, cuales.

3. Supervisión / control de investigaciones.

4. Asesoramiento y/o consultorias en investigación a

Instituciones, otras ONG- VIH/SIDA, personas independientes; otras, cuales

5. Obtención de recursos económicos para el desarrollo de investigaciones, por medio de fuentes Propia, Externas, Nacionales Estatales, Nacionales No Estatales, Internacionales.

6. Desarrollo de procesos de control, seguimiento y evaluación de investigaciones interna y externa.

V - Otras Actividades:

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN CON VIH/SIDA EN
SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., - COLOMBIA: ORIGENES Y TENDENCIAS

ANEXO 3

DERROTERO PARA LA REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS

I - Identificación

Nombre de la ONG - VIH/SIDA: _____

Entrevistado Principal: _____ o Delegado: _____

Fecha de entrevista ____/____/____.

II - Introducción

Con el objeto de continuar en el proceso de estudio de las ONG - VIH/SIDA en la ciudad de Bogotá y de la cual esta institución y usted vienen participando se requiere complementar algunos datos por medio de la siguiente entrevista en la modalidad de un diálogo abierto y flexible relacionado con el origen, evolución y dinámica de la entidad.

III - Preguntas

1. Origen

- Cuando y Cómo surgió la institución ?
- Qué motivó su creación?
- Cual es su orientación política(objetivos)?
- Cómo ha visto su evolución?

2. Organización del trabajo

- Cúales su estructura organizativa?
- Há tenido variaciones?
- Qué tipo de trabajos se llevan a cabo?
- Cual es el estilo de gerencia?
- Cómo se lleva a cabo el proceso de toma de decisiones?(participativo, democrático, autocrático, otros)
- Cómo se dan los mecanismos de información y coodenación?

3. Recursos Humanos

- Existen políticas específicas relacionadas con el Recurso Humano?
- Cómo es el manejo del recurso humano?(captación, inducción, entrenamiento, evaluación, delegación de responsabilidades, otros)
- Cómo ha sido la estabilidad y la permanencia de los miembros,socios o voluntarios?

4. Recursos Materiales y Equipos

- Cómo ha sido el proceso de consecución de recursos materiales?
- Cúal es la disponibilidad y acceso a ellos?

5. Recursos Financieros/Económicos

- La entidad se rige por políticas ecómicas y financieras?
- Cuenta con fuentes de financiación? De que tipo?
- Trabajan con base en presupuestos elaborados previamente?,con proyotos u otras formas, cuáles?
- Cómo se lleva a cabo el proceso contable?

6. Acciones Desarrolladas

- Pudiera especificar un poco más sobre las diversas actividades que se llevan a cabo en la institución con relación a las: Actividades Administrativas, Asistenciales, Educativas e investigativas?

7. Qué aspectos positivos relacionados con la institución identifica usted?

8. Cúales son las mayores dificultades de la institución?

9. Cúale su apreciación frente al actual momento por el que pasan las ONG - VIH/SIDA con relacion a perspectivas y futuro?

IV - Sugerencias y Comentarios

Relacionados con las ONG - VIH/SIDA.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN CON VIH/SIDA EN SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., - COLOMBIA:

ORIGENES Y TENDENCIAS

ANEXO 4

CARACTERIZACIÓN AUTODIAGNOSTICA INSTITUCIONAL DE LAS ONG - VIH/SIDA

CATEGORIAS				SUGERENCIAS	PROPUESTAS
FORTALEZAS	AMENAZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES		
OBSERVACIONES					

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN CON VIH/SIDA EN
SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C., - COLOMBIA: ORIGENES Y TENDENCIAS

ANEXO 5

*DERROTERO PARA DIALOGOS CON ACTORES INDIRECTOS Y RELACIONADOS
CON LAS ONG - VIH/SIDA*

Fecha____/____/____.

Sector Representado _____

PREGUNTAS

1. En el ambito del SIDA, se habla y escucha con frecuencia decir que:

“Con el surgimiento de la epidemia de la infección por VIH/SIDA la cual muy rapidamente paso a pandemia y simultáneamente con ella, se dio toda una movilización social que originó la espidemia de las ONGs”.

Cómo há visto o percivido el surgimiento y evolución de las ONGs-VIH/SIDA en el país?

2. Directa e indirectamente las ONGs - VIH/SIDA han influido en el direccionamiento y abordage de políticas, planes y programas de Prevención y Control nacional e internacionamente de la infección; en nuestro medio, cómo han sido estas influencias y que aportes se han derivado de ellas?

3. Qué futuro le ve a las ONGs - VIH/SIDA a la luz de las actuales transformaciones, socio políticas, económicas y culturales por las que atravieza el mundo entero y de las cuales Colombia no escapa?