RED SOMOS

Participar para Incidir

Datos y cifras sobre el VIH y SIDA en mujeres en Colombia

UNA MIRADA DESDE LA COMUNIDAD

Equipo Profesional

Claudia Liliana Martinez Quesada
Jennifer Lorena Ortiz Melo
Jhon Fredy Ramírez Correa

El presente documento se ha desarrollado por CORPORACION RED SOMOS en el marco del proyecto Participar para Incidir en la sostenibilidad de la respuesta en Vih-Sida en Colombia financiado por Open Society Foundations y Elton John Foundations.

El análisis y propuestas aquí expresadas no reflejan necesariamente las opiniones de quienes apoyaron financieramente esta publicación.

© REDSOMOS. Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos de REDSOMOS para su propio uso y puede incluir extractos en publicaciones, documentos, blogs, sitios webs u otro material, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento a REDSOMOS como fuente y propietaria del copyright. Para solicitud de uso público o comercial contactar a través de www.redsomos.org

En caso de citar este documento por favor utiliza la siguiente referencia: Corporación Red Somos. Datos y cifras sobre el VIH/Sida en mujeres en Colombia, una mirada desde la comunidad; 2018.

1| Tabla de contenido

2 INTRODUCCIÓN

3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y GÉNERO

4 CONDICIONES DE VULNERABILIDAD EN MUJERES EN COLOMBIA

- 4.1 EDUCACIÓN
- 4.2 TRABAJO
- 4.3 LABORES DOMÉSTICAS
- 4.4 VIOLENCIA DE GÉNERO

5 CIFRAS DE VIH EN MUJERES EN COLOMBIA

- 5.1 90 90 90 EN MUJERES CIS GÉNERO
- 5.2 NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIH
- 5.3 MORTALIDAD POR SIDA
- 5.4 TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

6 ACCIONES DESDE EL SISTEMA DE SALUD

- 6.1 AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA
- 6.2 DETECCIÓN DEL VIH Y PRUEBAS
- 6.3 ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

7 CONCLUSIONES

2| INTRODUCCIÓN

Desde el primer caso identificado en Colombia en 1983 y con la creación del programa de lucha contra el SIDA desde el ministerio de salud en 1984, el VIH y SIDA se convirtió en un evento de notificación obligatoria. Desde entonces, la cantidad de casos de personas viviendo con VIH y SIDA ha fluctuado, de 4 casos confirmados en 1985 a 95.187 para el 2012. En la década de los 80 la relación fue de hombre: mujer 12:1 y para el año 2010 fue de hombre: mujer 2:1.

Más tarde en el 2017, según informe de Evento del Instituto Nacional de Salud "Del total de casos notificados de VIH/sida y muerte por sida un 79,9 % pertenece al género masculino y un 20,1 % al género femenino, lo que nos indica una razón 4,0:1 hombre/mujer" A esta situación se le denominó "Feminización del virus" señalando la incidencia de casos de VIH en mujeres, término que hoy se considera estigmatizador y por lo tanto, invitamos a la comunidad general a no usarlo.

En este informe se describe el contexto y la situación en datos y cifras del VIH y SIDA en mujeres en Colombia. El objetivo de este análisis es visibilizar el impacto cada vez mayor que ejerce la epidemia del VIH sobre las mujeres a partir del análisis objetivo de datos y cifras concretas.
En un primer momento se describe cómo los determinantes sociales de salud y género resultan definitivos para las mujeres. Adicionalmente, la situación socioeconómica y política en un contexto determinado modela las inequidades en la salud; así como los determinantes estructurales e intermedios, que hacen parte de los componentes básicos de los determinantes sociales.
En el caso de los determinantes estructurales, la posición social, el género, la raza o el grupo étnico son atributos que ubican socioeconómicamente a las mujeres.

Y para el caso de los determinantes intermedios, estos se distribuyen y generan causalidad según la estratificación social, factores psicosociales y conductuales.

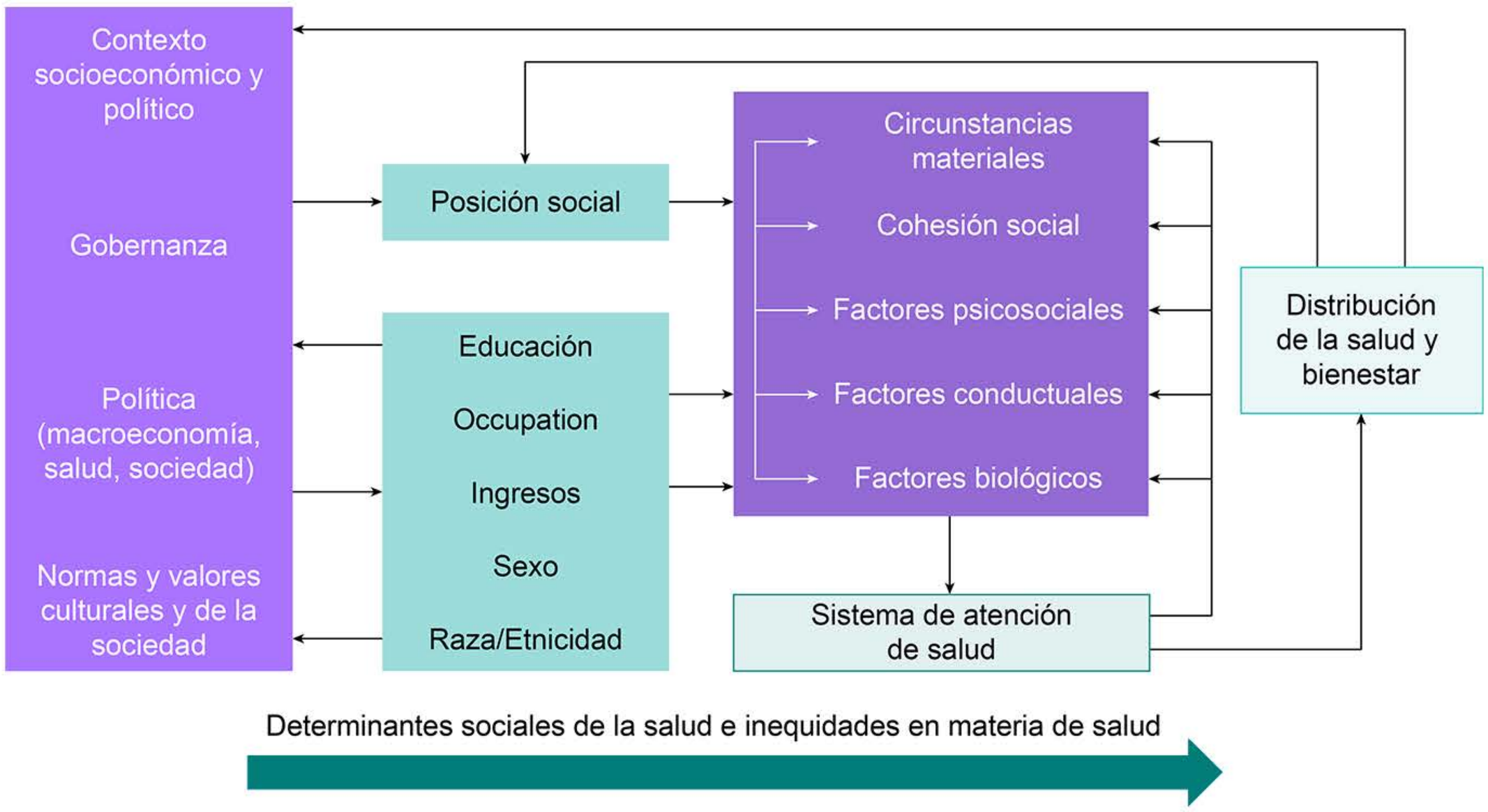
En un segundo momento, se evidencia en datos los factores de inequidad que incrementan la vulnerabilidad en las mujeres en el país. Los factores señalados son: la educación, el trabajo, las labores domésticas, la violencia de género; circunstancias que dificultan el proceso de empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta las desventajas que las hacen más vulnerables en el ejercicio de la toma de decisiones en su vida sexual.
En un tercer momento, se presentan cifras recientes de VIH en mujeres cis género en Colombia, datos que corresponden a los avances en el cumplimiento de los objetivos 90 90 90 propuestas por ONUSIDA para contribuir con el fin de la epidemia del SIDA. Se relaciona también el comportamiento de la notificación de los casos de VIH en mujeres al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se analizan los casos de mortalidad por SIDA entre 2005 y 2016 y el estado de la transmisión materno infantil del VIH en el país.

Finalmente se describen las acciones que desde el sistema de salud colombiano se han realizado para alcanzar el cumplimiento de los objetivos 90 90 90 en cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social en el país, tamizaje y detección del virus, situación que genera alerta por la posibilidad de subregistro en la información reportada.

3| DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y GÉNERO

Los determinantes sociales en salud están definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, que incluye por supuesto aspectos políticos y económicos que repercuten en los modos de vida de la población. Estos modos están garantizados a diferentes niveles y coberturas por lo que existen inequidades en las circunstancias que rodean las personas, dependiendo de diversos factores.

Es conveniente analizar desde la perspectiva de género, la forma en la que influyen los determinantes sociales de la salud en las mujeres de nuestro país. En el contexto socioeconómico y político, primer componente del marco conceptual de los determinantes, uno de los puntos más críticos son las normas y valores culturales y de la sociedad, donde persiste la asignación de actividades relacionadas con el cuidado y labores del hogar, y juega un rol secundario en la toma de decisiones. En los determinantes estructurales la mujer sigue estando en condiciones de desigualdad frente a los hombres, aún existen limitaciones en la toma de decisiones por parte de la mujer, pues la posición social en muchos ámbitos sigue siendo secundaria, los niveles de educación siguen siendo inferiores, y a su vez el nivel de ingresos relacionados con la limitación en la formación, pero aún ocupando los mismos cargos difieren de los hombres, siendo inferiores, esto se suma a contextos ligados a algunas razas y etnias, donde persiste la materialización de la mujer, y las prácticas transaccionales relacionadas con su posesión. En los determinantes intermedios, se resaltan los factores psicosociales y conductuales que repercuten en las capacidades de toma de decisiones, afrontamiento y resolución de crisis que tienen las mujeres en nuestro contexto.



Gráfica 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

Respecto a las mujeres y los determinantes sociales de la salud, la OMS menciona en el Resumen de los determinantes sociales de la salud en las Américas, que "(...) las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud. Al mismo tiempo, las mujeres corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud." (22). También menciona que "El acceso a los recursos necesarios para obtener logros en materia de salud resulta aún más limitado por las intersecciones entre la desigualdad en materia de género y otros determinantes importantes de la salud, como los ingresos, la educación, la edad, la etnicidad y la orientación sexual, lo cual deja a las poblaciones vulnerables en un riesgo especialmente alto. (...) Los niveles inferiores de ingresos y el origen étnico han estado asociados con la iniciación sexual precoz. La iniciación sexual precoz suele estar relacionada con riesgos de embarazo en mujeres jóvenes durante su adolescencia y con resultados adversos en materia de salud sexual, como las infecciones de transmisión sexual, por lo que las poblaciones menos favorecidas se ven expuestas a una doble carga de enfermedades infecciosas y obstáculos para la movilidad socioeconómica de las mujeres" Y resalta que en América Latina y el Caribe, las mujeres del quintil más pobre tienen mayores necesidades de salud desatendidas, como la necesidad de anticoncepción, en comparación con las mujeres del quintil más

rico y que las mujeres de las comunidades rurales no tienen un acceso igualitario a servicios de salud reproductiva que sean convenientes, asequibles o culturalmente apropiados, ni a la educación en ese sentido y que las mujeres de las minorías étnico-raciales experimentan con frecuencia exclusión social y económica.

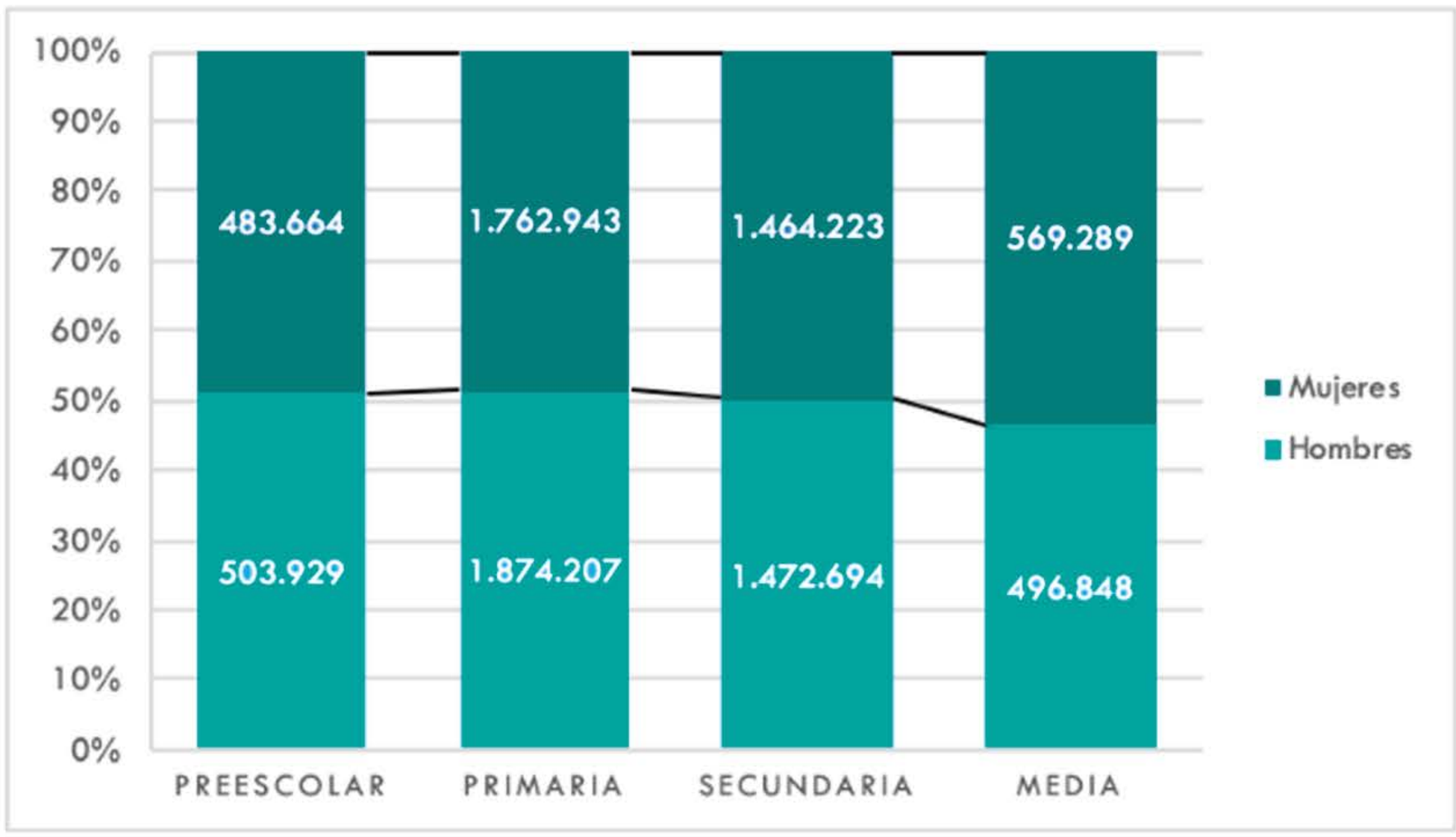
Si bien, ha habido avances en relación con el género y las políticas adelantadas por el estado en materia de salud, el abordaje de los determinantes es claramente multisectorial, resaltando la relevancia que tienen los cambios socio culturales en el abordaje de género y la disminución de inequidades entre hombres y mujeres, tal como lo proponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

4| CONDICIONES DE VULNERABILIDAD EN MUJERES EN COLOMBIA

La perspectiva de salud en las mujeres requiere el abordaje de múltiples aspectos que no corresponden solamente al sector salud, pero que facilitan la generación de condiciones de inequidad que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a diversas situaciones, entre otras, al libre ejercicio de su sexualidad.

4.1 // EDUCACIÓN

De acuerdo con la información disponible por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en relación con la educación formal, en el año 2017, un poco menos de la mitad de los preescolares corresponden a mujeres, siendo alrededor del 53% de los estudiantes de la educación media secundaria.

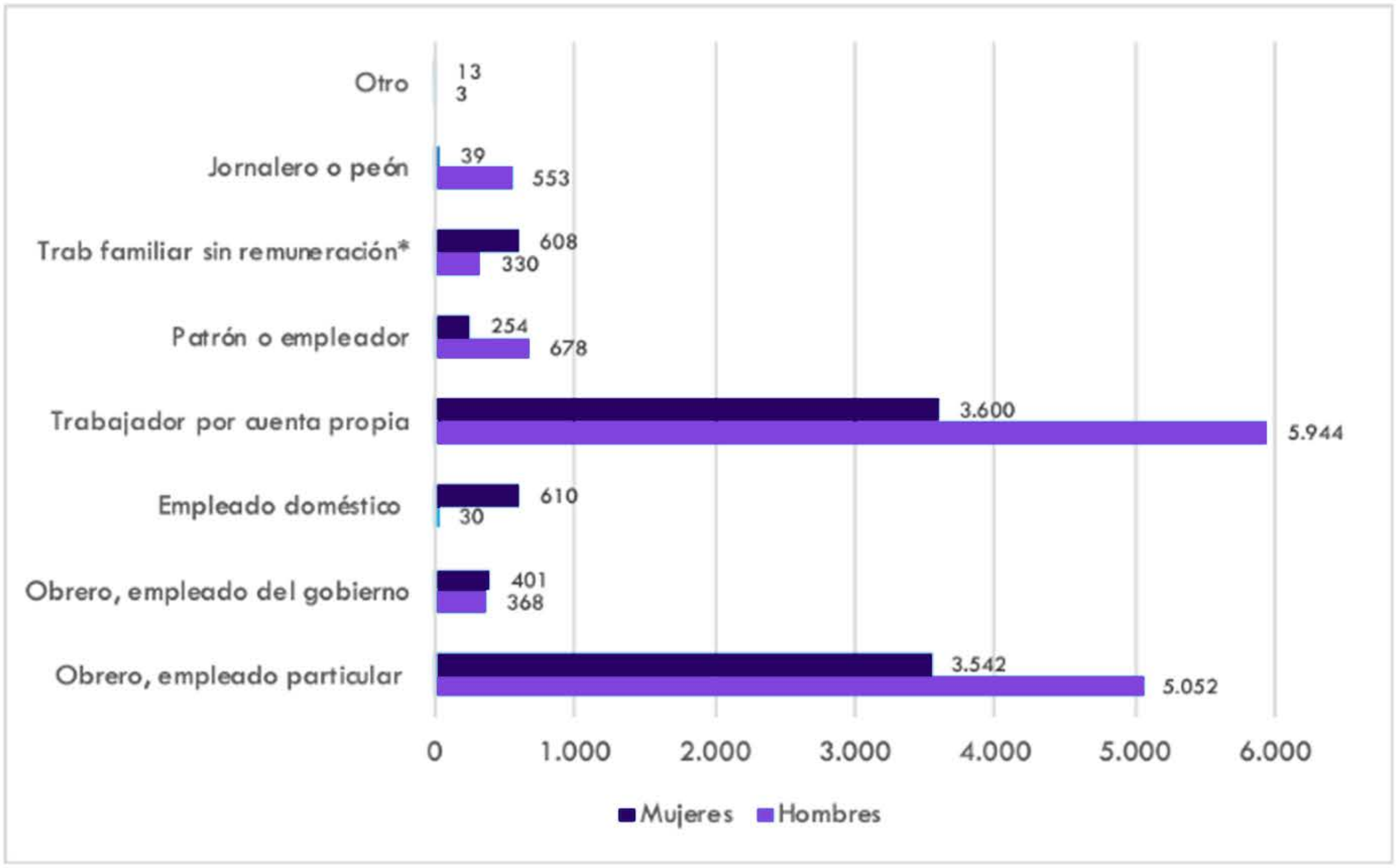


Gráfica 2. Educación formar por sexo, Colombia 2017
Fuente: DANE - Educación Formal 2017

4.2 // TRABAJO

A nivel laboral, las mujeres tienen un menor nivel de ocupación que los hombres, de toda la población laboralmente activa, solo el 41.7% son mujeres, mientras que representan el 54.9% de todas las personas desocupadas.

Por otro lado, en relación con la ocupación, según los datos del DANE, la proporción de tipo de labor no ha variado en los últimos 15 años. En el año 2017, se evidencia como en el caso de las mujeres prevalecen los empleos relacionados con el trabajo doméstico o el trabajo en el hogar sin remuneración, mientras es considerablemente mayor el número de hombres que son jefes, que trabajan de manera independiente o que son empleados particulares.



Gráfica 3. Población ocupada según sexo y posición ocupacional, último trimestre 2017
Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

4.3 // LABORES DOMÉSTICAS

Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE, en el periodo de julio a septiembre de 2018, entre la población con inactividad laboral, en las mujeres el 58% se dedica a oficios del hogar y el 29% se encuentra estudiando, mientras que, en el caso de los hombres, este porcentaje del 7% y 60% respectivamente, evidenciando la profunda desigualdad que existe entre los dos sexos.

Del total de empleos domésticos remunerados, en Colombia casi el 95% son provistos por mujeres y más del 45% tan sólo alcanza la básica primaria como máximo.

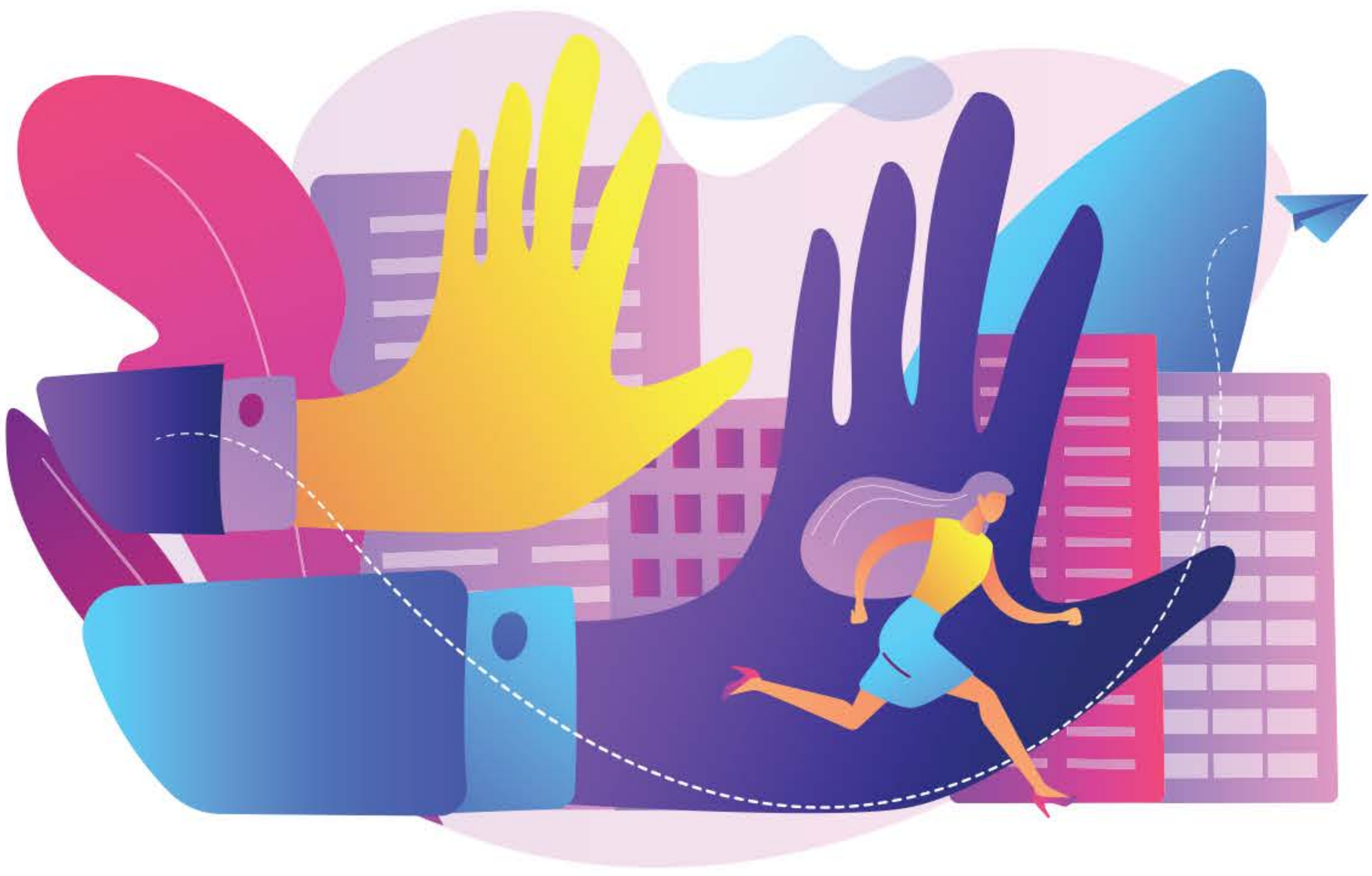
Adicionalmente, las mujeres dedican en promedio 52 horas semanales a labores del hogar y los hombres sólo 22. En el periodo 2016-2017, a nivel nacional, las mujeres dedicaron 1 hora y 5 minutos más que los hombres a actividades de suministro de alimentos. En las actividades de compras y administración del hogar, tanto hombres como mujeres dedicaron 55 minutos.

4.4 // VIOLENCIA DE GÉNERO

Según la información del Observatorio de Violencia del instituto de medicina legal, en el año 2017, el 97% de la violencia de pareja, se presentó hacia las mujeres, teniendo las tasas más altas en Amazonas, Arauca, San Antdrés, Bogotá, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Huila y Meta, entidades donde la tasa supera los 300 casos por 100.000 habitantes.

Por otro lado, el promedio anual de número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja se ha mantenido por encima de 100 casos en los últimos años y más del 70% de las mujeres ha experimentado situaciones de control por parte de su esposo o compañero.

Estas condiciones hacen más vulnerables a las mujeres, dificultan la introyección y el empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos, situación evidenciada en los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015), donde el 24% de los hombres de 13 a 49 años refirió el uso del condón como método anticonceptivo, y en el caso de las mujeres en el mismo rango de edad, esta cifra fue tan sólo la cuarta parte, y sólo el 36% de las mujeres que tienen relaciones sexuales de alto riesgo, usan condón en estas, frente a más de la mitad de los hombres.



6 http://www.medicinalegal.gov.co/observatorio-de-violencia*
7 http://rssvr2.sispro.gov.co/ObservatorioViolencias/*

5| CIFRAS DE VIH EN MUJERES EN COLOMBIA

Siendo la epidemia en Colombia una epidemia concentrada, las cifras de las mujeres que viven con VIH y SIDA es desestimada, por eso es relevante analizar los riesgos y los números y tener en cuenta que entre más mujeres sean diagnosticada con el virus, se incrementa el riesgo de transmisión materno infantil.

5.1 // 90 90 90 EN MUJERES CIS GÉNERO

Las metas 90 90 90 son un compromiso adquirido por el país para contribuir a la eliminación de la epidemia. Se calculó el número de mujeres estimadas que viven con VIH y SIDA para 12 ciudades seleccionadas y el país, para la población de mujeres de 15 años o más, encontrando que Bogotá, Ibagué o Neiva, no superan el 40% de mujeres diagnosticadas y reportadas, y el porcentaje para el país es del 52%.

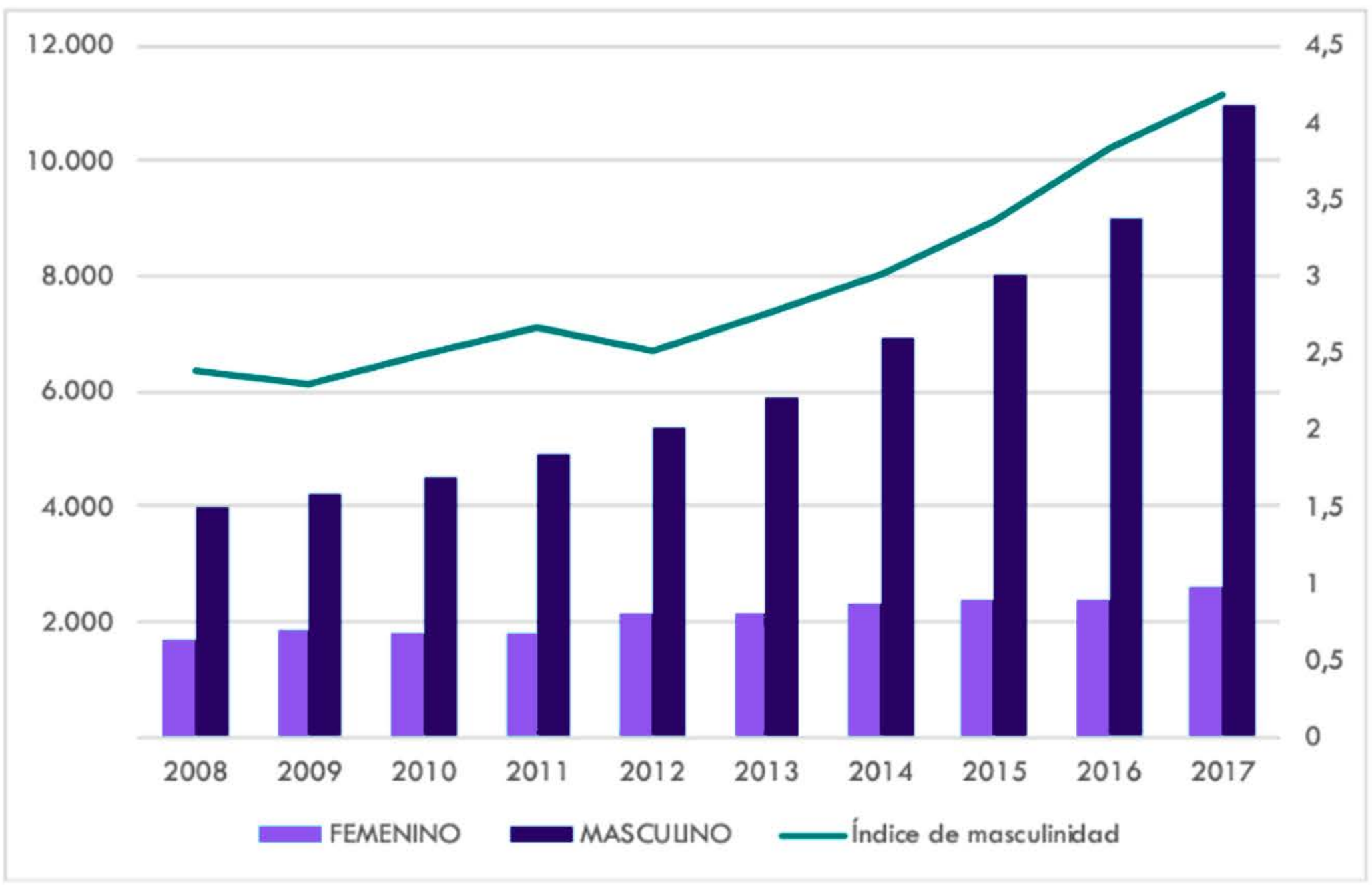
Tabla 1. Primer noventa, mujeres estimadas versus mujeres reportadas en Cuenta de Alto Costo, datos para la vigencia año 2016

Ciudad	Estimación de mujeres viviendo con VIH	Reportadas con diagnóstico en Cuenta de Alto Costo	Primer 90 (Reportadas en CAC)
País	**40.463**	**21.008**	**52%**
Barranquilla	2.075	1.729	83%
Bogotá	7.121	2.763	39%
B/manga	1.770	932	53%
Cali	4.117	2.750	67%
Cartagena	1.675	1.277	76%
Cúcuta	1.109	976	88%
Ibagué	1.144	395	35%
Manizales	855	424	50%
Medellín	5.648	2.722	48%
Montería	1.337	1.021	76%
Neiva	917	364	40%
Pereira	836	622	74%
Santa Marta	940	750	80%

Fuente: Estimaciones con base en prevalencia del país para mujeres de 15 o más años con base en población DANE 2016 y reporte de mujeres viviendo con VIH en Libro Situación del VIH en Colombia, corte a enero 31 de 2017
Para el segundo noventa, no existen cálculos desagregados en el libro publicado por la Cuenta de Alto Costo para mujeres, por lo cual no fue posible establecerlos.

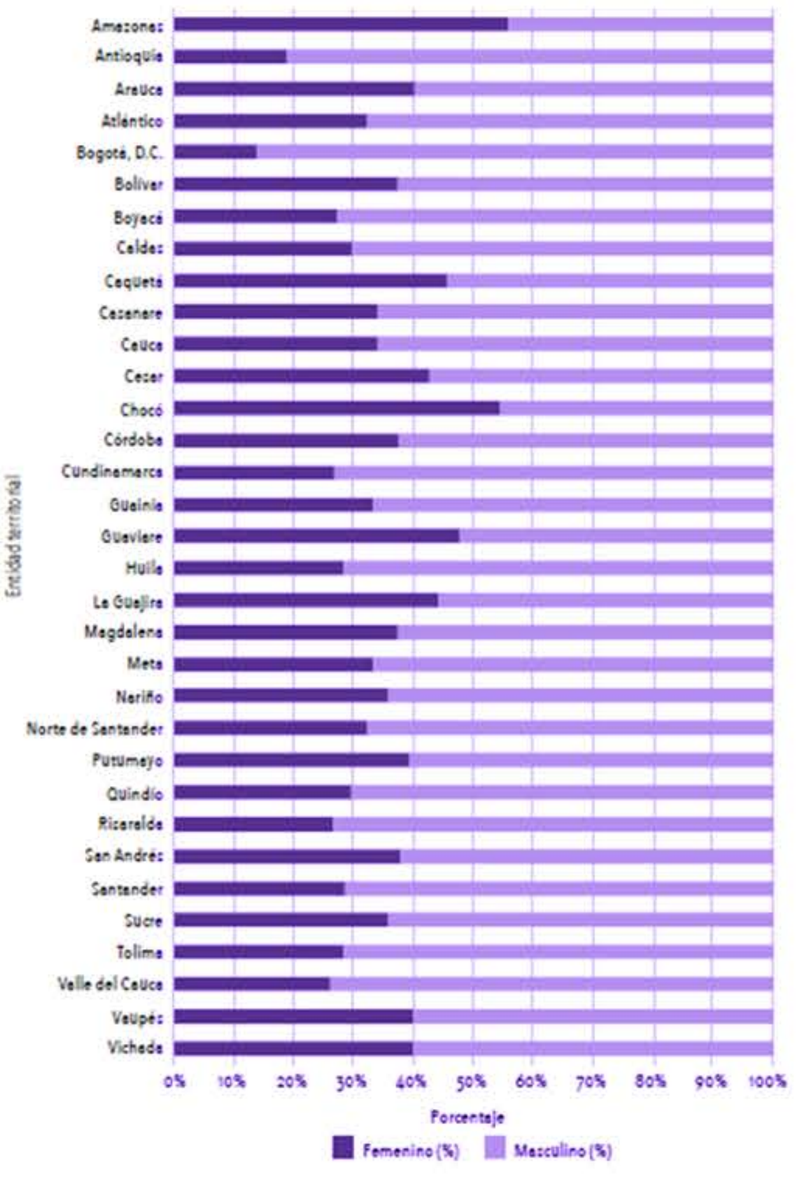
5.2 // NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIH

La notificación de VIH al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) ha venido evidenciando el número de mujeres reportadas cada año, aumentando en un poco más de 1.000 casos entre los años 2008 y 2017, a pesar de que el índice de masculinidad ha aumentado, debido a que el aumento de casos en hombres se ha incrementado a una velocidad mucho mayor. Empero lo anterior, al explorar la totalidad de mujeres viviendo con VIH por departamento, reportadas a la Cuenta de Alto Costo, departamentos como Amazonas y Chocó tienen más de su población viviendo con VIH representadas por mujeres.



Gráfica 5. Evolución de la notificación de personas con VIH a SIVIGILA por sexo, años 2008 a 2017
Fuente: Consulta cubo de datos SIVIGILA SISPRO realizada en noviembre de 2018, conteo personas

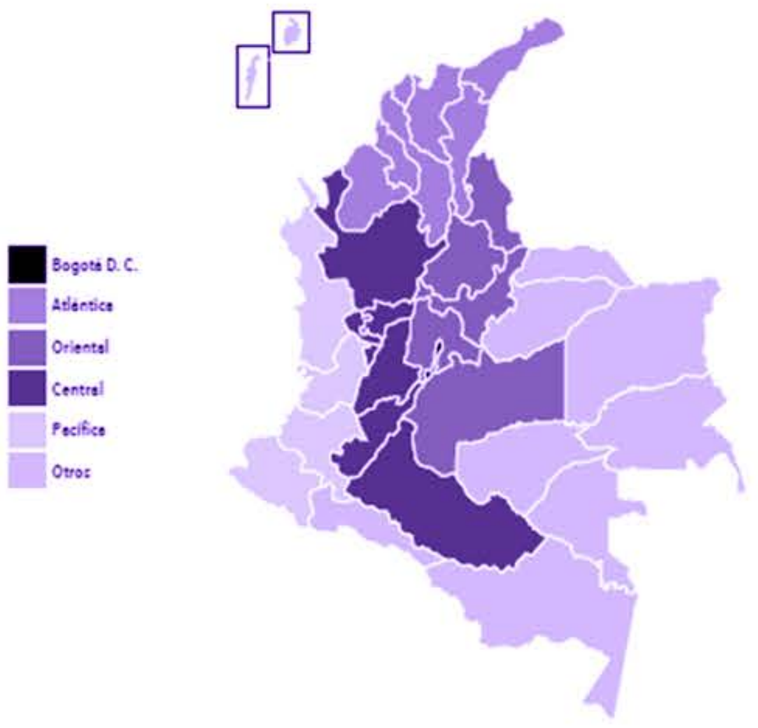
Figura 5. Distribución porcentual de los casos de VIH por entidad territorial



5. Distribución por división regional

Al analizar los datos por la división regional establecida por el DANE, de acuerdo con la asignación del producto interno bruto (mapa 1), se observó un mayor número de casos del sexo masculino en Bogotá D.C., mientras que la región Atlántica contó con más casos en el sexo femenino (figura 6).

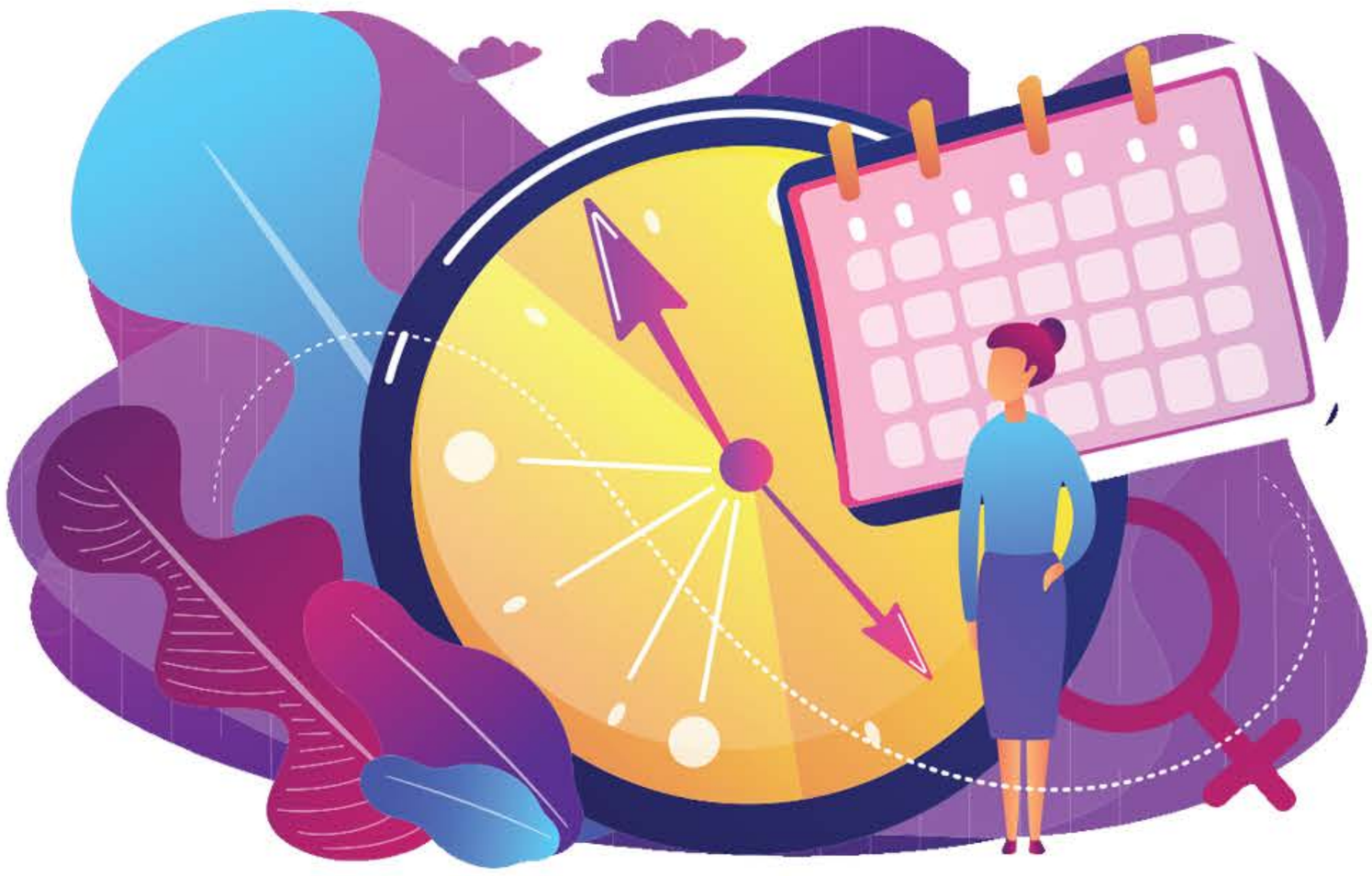
Mapa 1. División regional de Colombia según la agrupación del DANE, junio de 2017



Tomado de: Indicadores por regiones para identificar desigualdades y actuar para una mayor equidad en salud. Consultado 26/04/2018. Disponible en https://cuentadealtocosto.org/site/images/Boletin_Tecnico_Indicadores_Resultados_Nov212017.pdf

Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de VIH por entidad territorial y sexo, corte a 31 de enero de 2017
Fuente: Tomado de Libro Situación del VIH en Colombia, corte a enero 31 de 2017, CAC

Del total de mujeres reportadas en el año 2017, casi la mitad provienen de las ciudades seleccionadas para este análisis, teniendo los mayores porcentajes de mujeres reportadas en Bogotá y Cali, con un 10% y 8% del total de mujeres reportadas en el 2017, respectivamente.

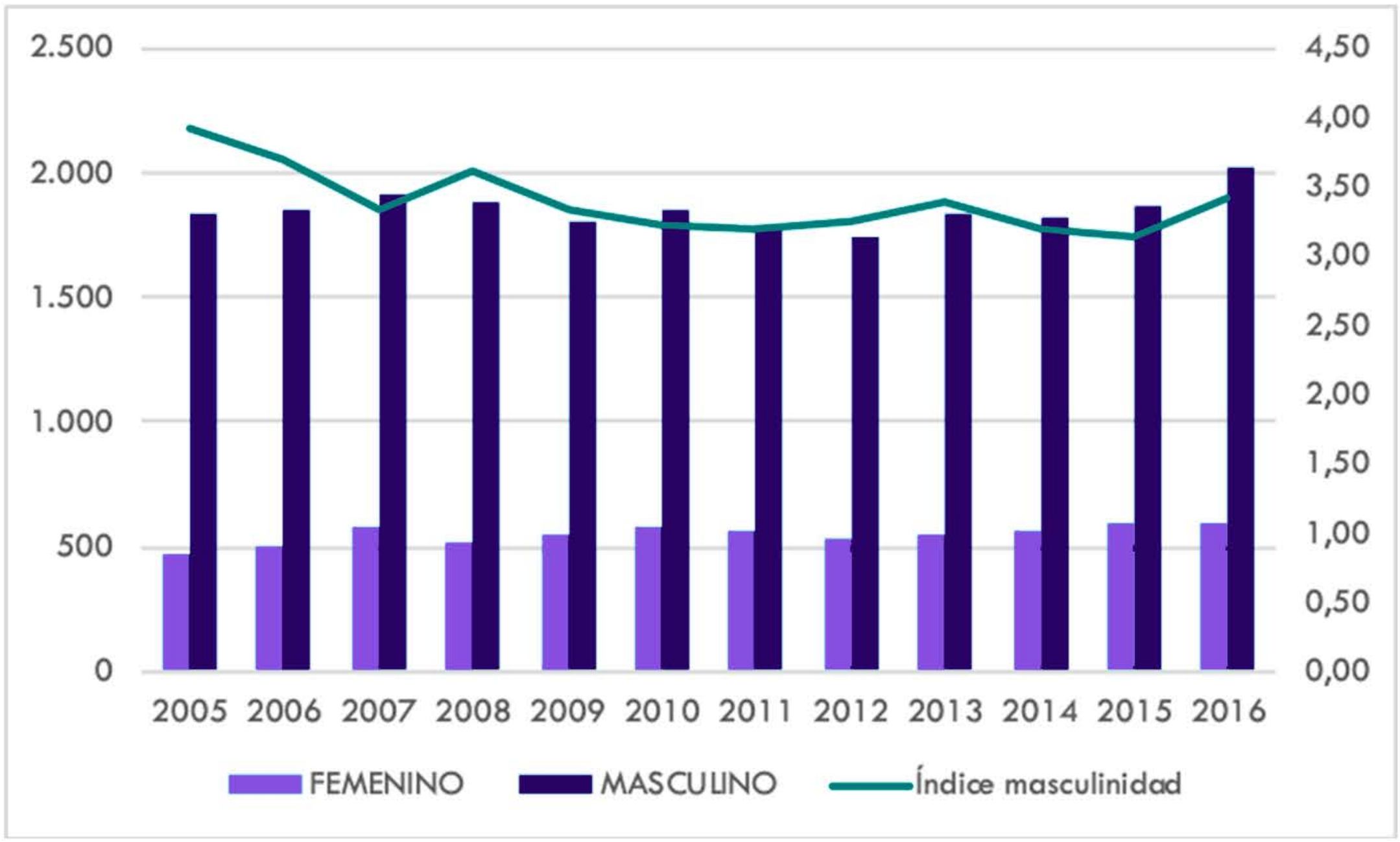


Ciudad	Número de personas	% de personas reportadas
05001 - Medellín	156	5,9%
08001 - Barranquilla	108	4,1%
11001 - Bogotá, D.C.	270	10,3%
13001 - Cartagena	92	3,5%
17001 - Manizales	19	0,7%
23001 - Montería	116	4,4%
41001 - Neiva	16	0,6%
47001 - Santa Marta	39	1,5%
54001 - Cúcuta	53	2,0%
66001 - Pereira	47	1,8%
68001 - Bucaramanga	26	1,0%
73001 - Ibagué	25	1,0%
76001 - Cali	210	8,0%
Acumulado ciudades	**1.177**	**44,9%**
Colombia	**2.622**	**100,0%**

Tabla 2. Número de mujeres reporadas al SIVIGILA en el 2017, por ciudades seleccionadas
Fuente: Consulta cubo de datos SIVIGILA SISPRO realizada en noviembre de 2018, conteo personas

5.3 / MORTALIDAD POR SIDA

En el caso de muertes por Sida, desde el año 2005 a la fecha, el número de mujeres que mueren anualmente por Sida se ha incrementado en más de 100 casos, aunque el índice de masculinidad, así como en los casos reportados se ha mantenido alrededor de 3,2 hombres fallecidos por cada mujer. El número acumulado de mujeres muertas por Sida para el periodo explorado es de 6.583, casi el 45% de los casos pertenecen al régimen subsidiado, seguido por población no afiliada. La edad promedio a la que mueren las mujeres pasó de 36 a 41 años, entre el 2005 y el 2016.



Gráfica 7. Muertes por SIDA por sexo, años 2005 a 2016
Fuente: Consulta cubo de datos EEVV defunciones SISPRO realizada en noviembre de 2018, conteo personas

El 44% de las muertes por Sida reportadas en mujeres en el año 2016 provienen de las ciudades seleccionadas. Bogotá y Cali son las ciudades que mayor mortalidad por Sida en mujeres aportan en el país, con un 8,6% y 8,2% respectivamente, seguidas por Barranquilla con un 5,6% de las muertes y Medellín con un 3,7%.

Ciudad	Número de defunciones	% de defunciones
05001 - Medellín	22	3,7%
08001 - Barranquilla	33	5,6%
11001 - Bogotá, D.C.	51	8,6%
13001 - Cartagena	22	3,7%
17001 - Manizales	4	0,7%
23001 - Montería	8	1,3%
41001 - Neiva	9	1,5%
47001 - Santa Marta	14	2,4%

Tabla 3. Número de muertes por Sida en mujeres en Colombia, 2016
Fuente: Consulta cubo de datos EEVV defunciones SISPRO realizada en noviembre de 2018, conteo personas

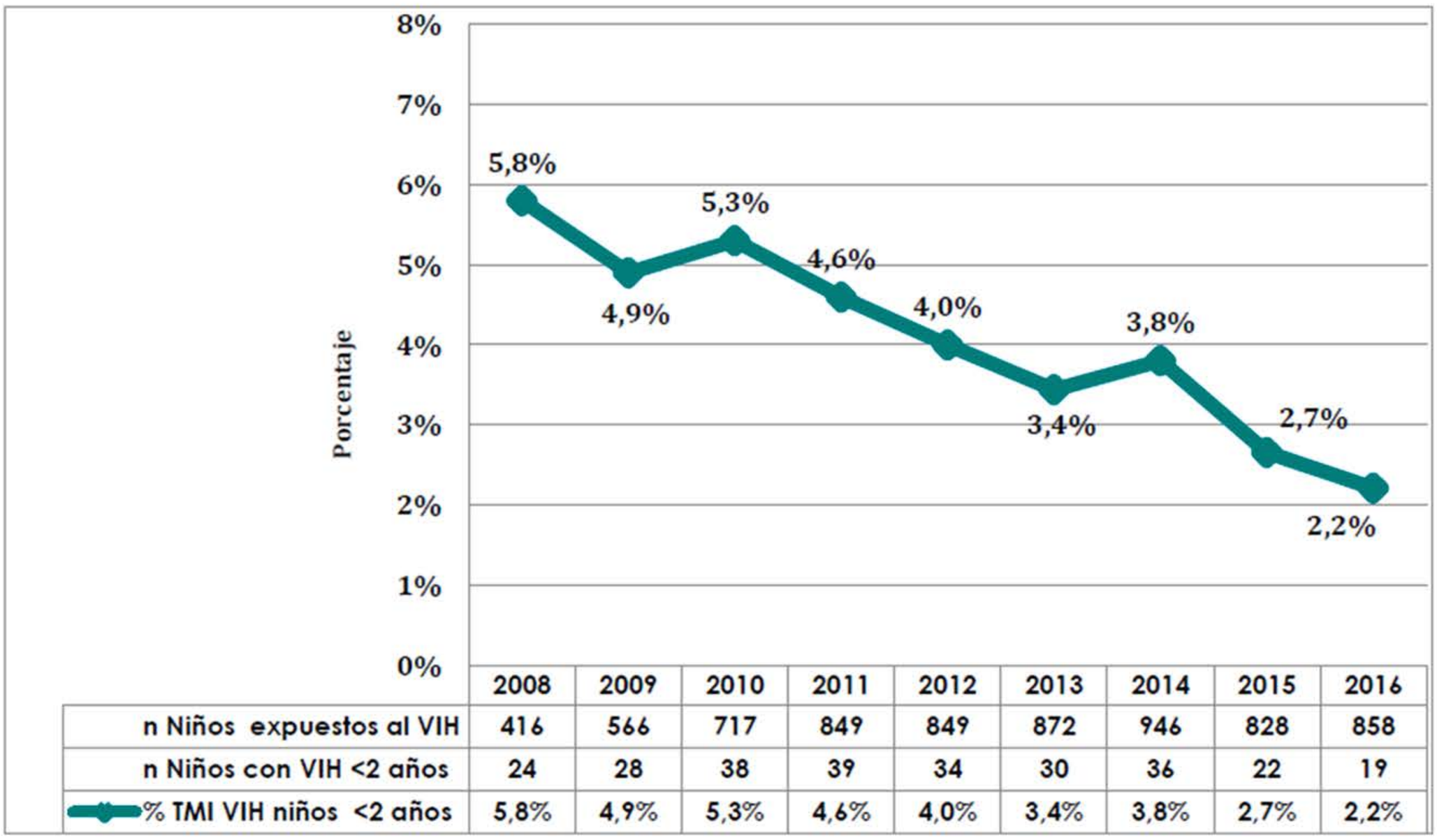
Ciudad	Número de defunciones	% de defunciones
54001 - Cúcuta	15	2,5%
66001 - Pereira	14	2,4%
68001 - Bucaramanga	10	1,7%
73001 - Ibagué	9	1,5%
76001 - Cali	49	8,2%
Acumulado ciudades	**260**	**43,8%**
Colombia	**594**	**100,0%**

5.4 // TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

La evidencia de que la infección por VIH afecta cada vez más a las mujeres, incrementa la posibilidad de transmisión materno infantil en el país. El nacimiento de un niño o niña con VIH indica una serie de fallas del sistema, y, muy ocasionalmente, la falla del medicamento profiláctico. Entre las posibles fallas pueden presentarse hechos como los siguientes: Como primera posible falla se puede presentar que durante la gestación la madre no conozca el diagnóstico o no adquiera información de su riesgo de adquirir VIH. Otra opción, es que cuando la gestante acceda al control prenatal, no se le ofrezca o realicen las pruebas indicadas. En caso de que sí se presente diagnóstico, no reciba oportunamente el tratamiento antirretroviral. En otro escenario, puede pasar que se den las condiciones adecuadas y la gestante no se adhiera al tratamiento o que se enfrente a barreras administrativas para su atención y desista.

Por otra parte y de acuerdo a la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis Congénita, la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas, la transmisión materno infantil del VIH puede ocurrir durante la gestación, el parto o la lactancia materna, siendo el momento del parto el que más aporta casos, con un porcentaje de 60 a 70% del total de los casos, seguido de la lactancia con un 30 a 40% de los casos y la transmisión intrauterina con un 10%.

Según la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y el comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia cohorte 2016 se graficaron los datos del porcentaje de transmisión materno infantil (TMI) del VIH desde el año 2008 al 2016, registrados por la estrategia. A través de un modelo de regresión lineal se calculó el porcentaje de TMI para los años 2017 al 2020 teniendo en cuenta la tendencia de reducción de 0.0040 anual observado a la fecha (pendiente de la regresión). Así, de continuar con la tendencia de los últimos años (enfatizando en la captación de la gestante, tamizaje del 95% o más, diagnóstico y la implementación de las intervenciones normadas por la estrategia), se estimó que el logro de la meta de eliminación del 2% o menos se alcanzaría en el año 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
n Niños expuestos al VIH	416	566	717	849	849	872	946	828	858
n Niños con VIH <2 años	24	28	38	39	34	30	36	22	19
% TMI VIH niños <2 años	5,8%	4,9%	5,3%	4,6%	4,0%	3,4%	3,8%	2,7%	2,2%

Fuente: Elaboración con base en los datos existentes en el registro nominal de la Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH. Colombia 2008-2020

Para la elaboración de esta cohorte se evidenció que aunque en la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos (2), el nuevo algoritmo indicando que la carga viral funciona como prueba confirmatoria para el diagnóstico de VIH en gestantes, aun no se ve reflejada la aplicación de dicho algoritmo en la cohorte 2016, en la que solo a un 28,3% (127) de dichas gestantes se les realizó la carga viral

Con respecto a la profilaxis antirretroviral en los niños expuestos se ha incrementado de manera progresiva desde 95,5% en el año 2014, pasando a 96,3% en la cohorte del 2015 y 97,2% en el 2016.

6| ACCIONES DESDE EL SISTEMA DE SALUD

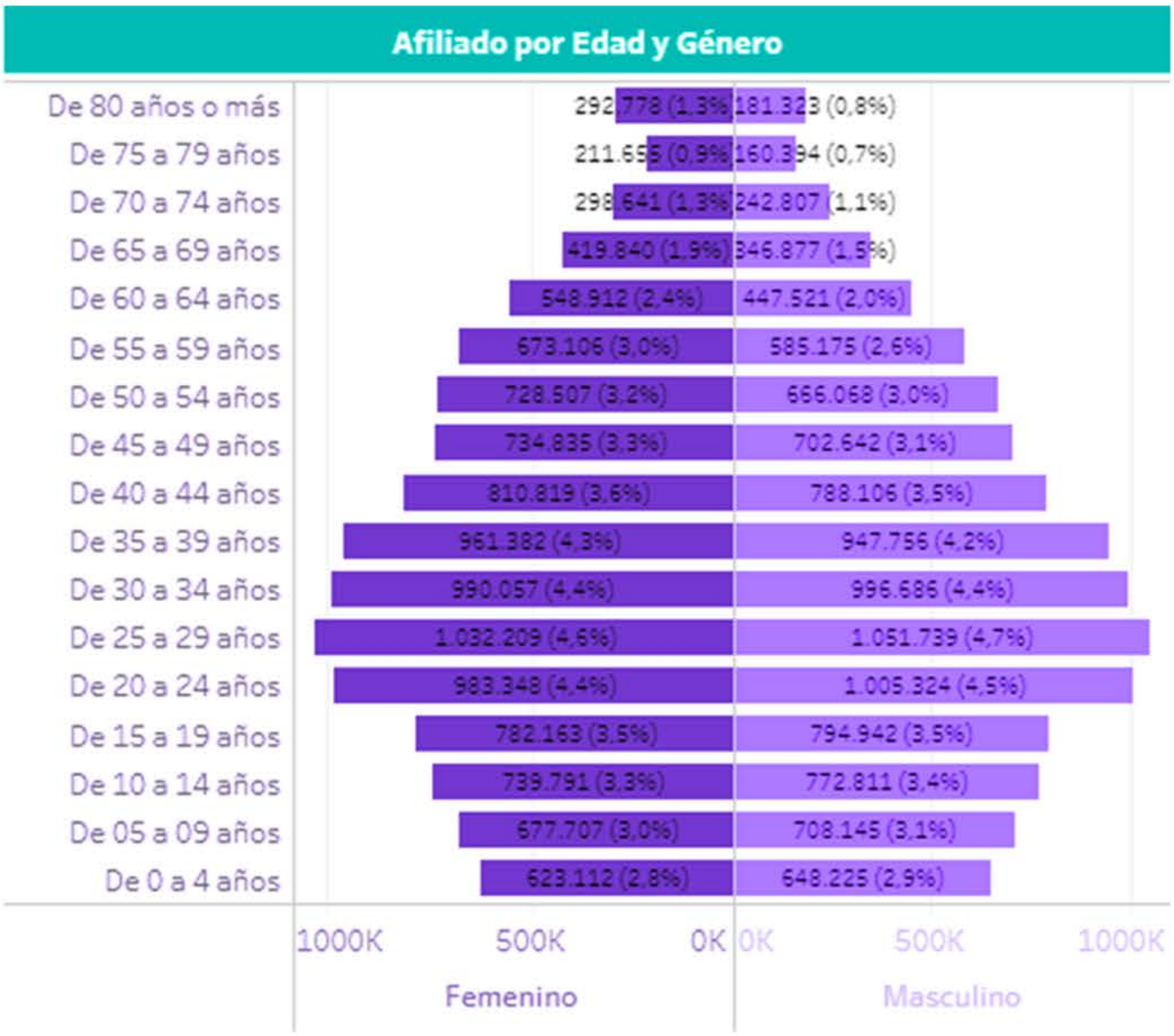
6.1 // AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Con la ley 100 de 1999 se creó el sistema de salud actual. En este sistema se crean dos tipos de vinculación al sistema. El primero, o régimen contributivo, está constituido por los trabajadores dependientes o independientes que cotizan al sistema. Este régimen también incluye a los beneficiaros de los cotizantes. Por otro lado, el régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. A continuación se describirán las estadísticas de afiliación con corte a mayo de 2019.

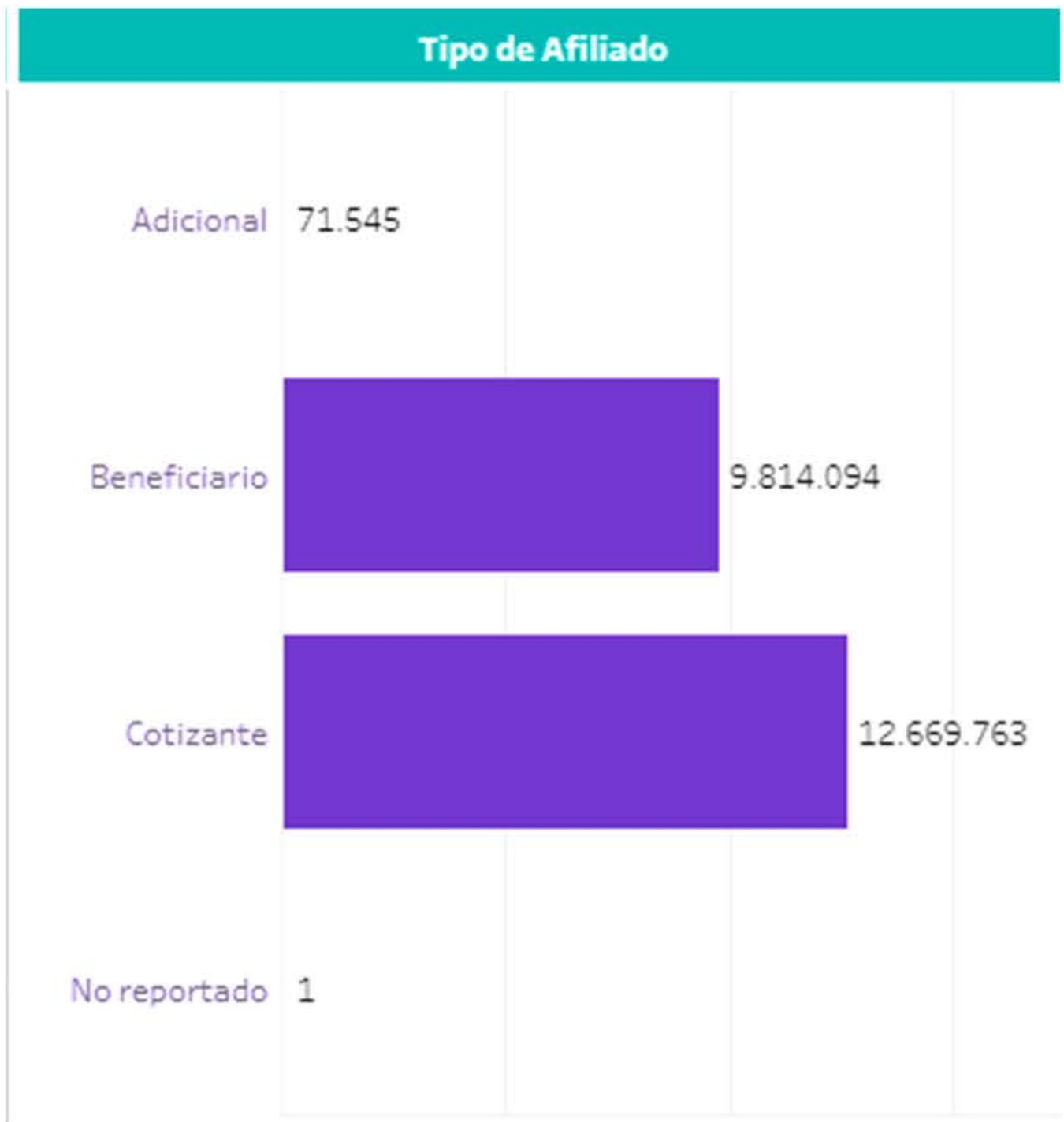
CONTRIBUTIVO

En la siguiente gráfica se observa la distribución de los afiliados al sistema de salud en el régimen contributivo por edades. Se puede observar que el 51,2% de los afiliados al sistema corresponden a mujeres mientras que el 48,8% son hombres. Del porcentaje de los afiliados, aproximadamente el 20% están en el rango de edad entre los 20 y 44 años, siendo la franja de edades de 25 a 29 años en la que se concentra el mayor número de afiliados (4,45%).

Afiliado por Edad y Género

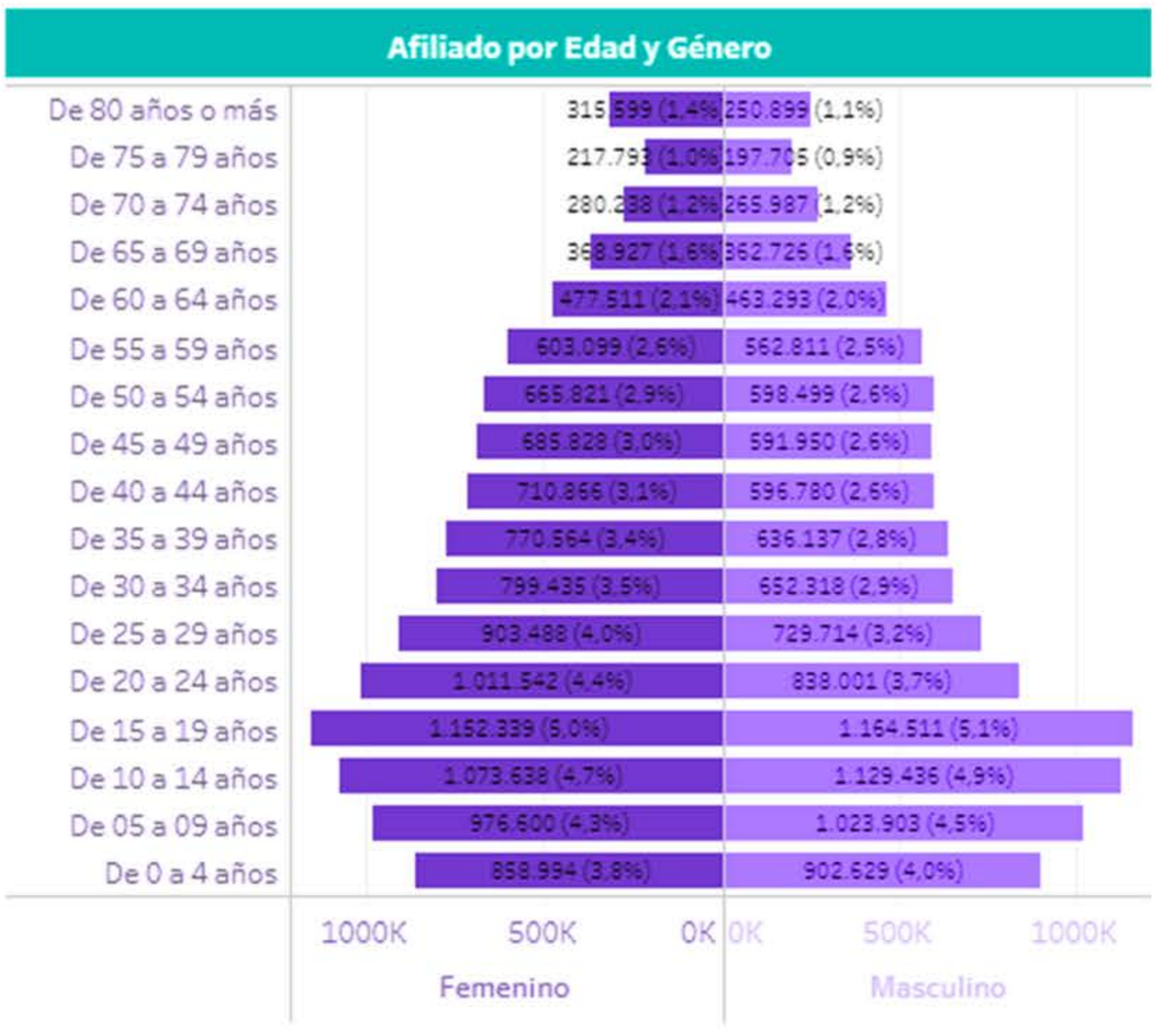


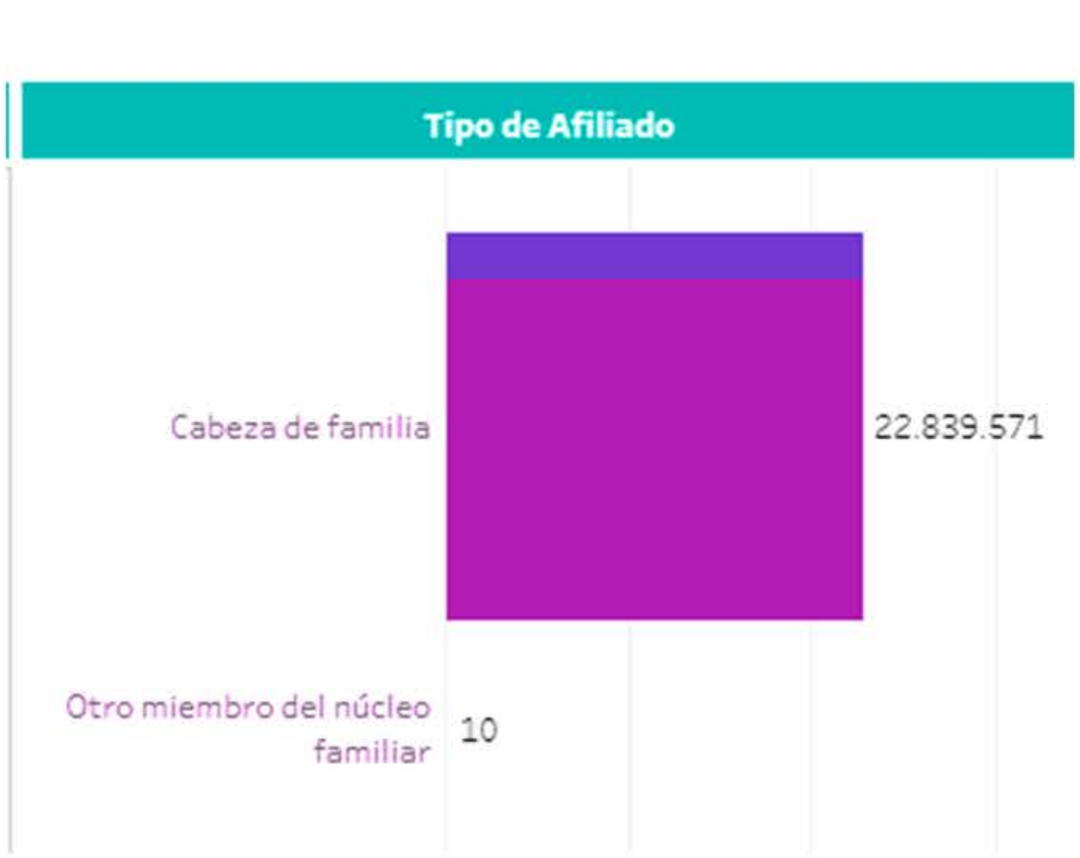
Tipo de Afiliado



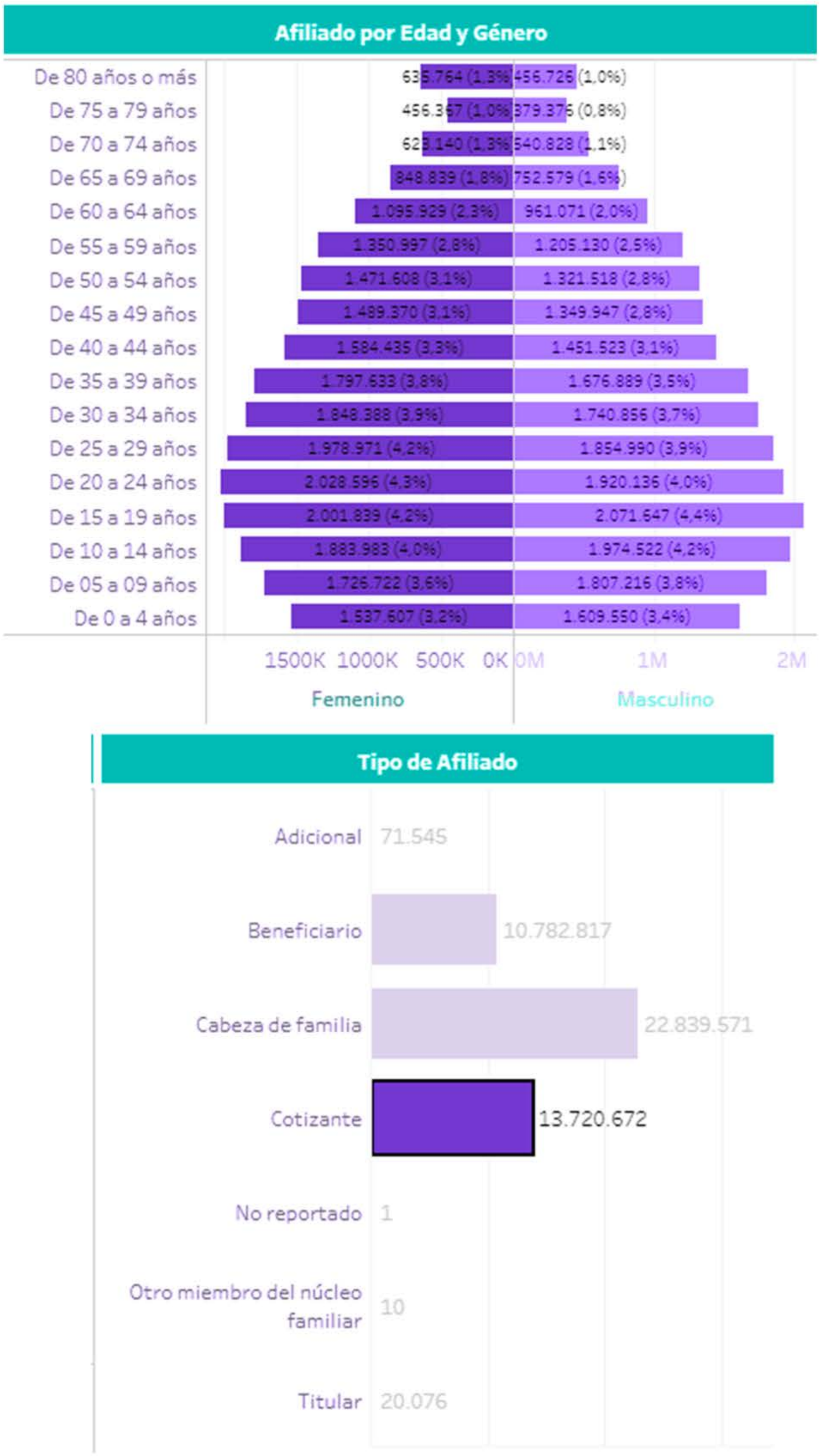
SUBSIDIADO

En la figura siguiente se relaciona la población cubierta por el sistema de salud bajo el régimen subsidiado. En este régimen, el 52% de los beneficiarios son mujeres y el 48% son hombres. A diferencia de la configuración dada en el régimen contributivo, el aproximadamente el 22% de la población se ubica en el rango de 5 a 29 años, siendo el rango de edad de 15 a 19 años en donde se concentra el mayor porcentaje de la población (5%).
Al comparar este rango de edades entre los dos regímenes se puede ver un posible desbalance en el sistema. Para el régimen subsidiado el rango entre 15 y 19 años está constituido por 2.316.850 personas (1.152.339 mujeres y 1.164.511 hombres). Por su parte, en el régimen contributivo solo hay 1.577.105 personas. En caso de que este desbalance se mantuviera en el tiempo el sistema de salud se vería expuesto a una nueva presión de corte financiero. Por lo que sería necesario ajustar las políticas de adhesión y formalización laboral.



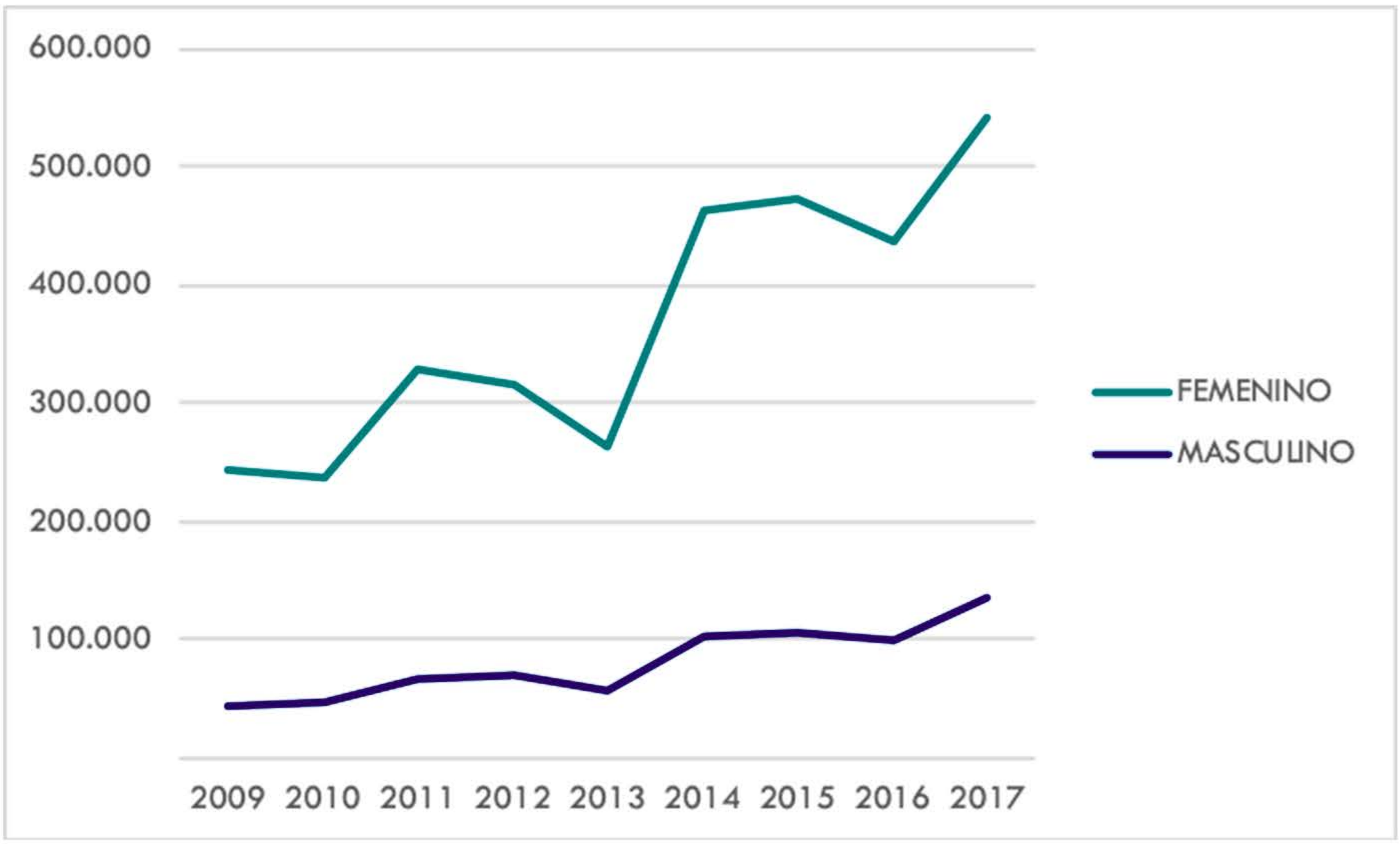


En la siguiente figura se puede observar el total de afiliados al sistema de salud, en ambos sistemas. En la figura se puede observar que el sistema de salud tiene un total de 47.414.605 afiliados, dato que contradice lo encontrado por el censo realizado por el DANE en 2018, el cual afirma que la población colombiana llega a 45.500.000 aproximadamente.
Del total de afiliados, el 51% corresponde al régimen contributivo y el 49% al subsidiado, mientras que el 51% de los afiliados son mujeres y 49% hombres.



6.2 // DETECCIÓN DEL VIH Y PRUEBAS

En general, del total de pruebas para diagnóstico de VIH realizadas cada año, el 80% se realizan a mujeres, sin embargo, se presume que la mayor parte de ellas son realizadas a gestantes, aun así, tan sólo se reportan cerca de 500 mil mujeres tamizadas anualmente, teniendo un número de nacidos vivos alrededor de 650 mil, lo que podría significar, un subregistro en la información reportada, o un problema en la cobertura de tamizaje de mujeres.



Gráfica 4. Nùmero de personas que reportan realización de pruebas para tamizaje o diagnóstico de VIH por sexo, años 2009-2017
Fuente: Consulta cubo de datos RIPS SISPRO realizada en noviembre de 2018, conteo personas.

6.3 // ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL	A NIVEL LOCAL
Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deben promover y contratar con sus IPS la utilización de pruebas rápidas para VIH y sífilis para fortalecer el tamizaje de las gestantes, aún más, bajo las directrices dadas por la Ruta Materno Perinatal, normada a través de la Resolución 3280 de 2018.	Las IPS deben fortalecer el uso de las pruebas rápidas duales e individuales para VIH y sífilis en los servicios de control prenatal. Las pruebas rápidas son sencillas de realizar, de fácil interpretación y bajo costo, lo cual contribuiría a aumentar aceleradamente la cobertura del tamizaje, facilitar el diagnóstico eficaz y el tratamiento oportuno, disminuyendo las oportunidades perdidas y el gasto de bolsillo para la gestante y su núcleo familiar.
Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán fortalecer el seguimiento nominal a cada binomio madre - hija o hijo, para verificar el cumplimiento de las intervenciones establecidas en la estrategia por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	Al 100% de las gestantes se les debe realizar la asesoría para VIH y esta puede ser dada por personal con o sin formación en el área de la salud, pero que cumplan con los requisitos exigidos en la Resolución 2338 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL	A NIVEL LOCAL
Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar la oportunidad y continuidad en el tratamiento antirretroviral. Y deben garantizar la continuidad de la atención a las mujeres una vez concluida la gestación.	El tamizaje para VIH se le debe ofertar al 100% de las gestantes y se realizará solo a aquellas que acepten y firmen el consentimiento informado, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1543 de 1997.
Las Direcciones Territoriales de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social deben seguir fortaleciendo las acciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación e inspección vigilancia y control, que son funciones de gestión indispensables para ayudar a fortalecer la planificación e implementación de la estrategia y mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones dirigidas hacia la eliminación de la TMI del VIH y la implementación de la ETMI Plus.	Todas las gestantes que inician tempranamente su control prenatal debe tener por lo menos tres tamizajes para VIH que se deben realizar en el primer trimestre de la gestación, el segundo trimestre de la gestación y un tercero, sea en el tercer trimestre de la gestación o en el momento del parto, de acuerdo con las recomendaciones de la GPC colombiana y la Resolución 3280 de 2018, lineamientos de la Ruta Materno Perinatal.

A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL	A NIVEL LOCAL
	Se debe canalizar a las gestantes al programa de planificación familiar para que desde el embarazo reciban asesoría sobre el control de su fecundidad y entrega de condones durante la gestación y la lactancia materna; los condones masculinos de látex se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en salud normado por la Resolución 5269 de 2017.
	Tratamiento antirretroviral a la madre en el anteparto.
	Profilaxis antirretroviral a la madre en el intraparto.
	Parto por cesárea o parto vaginal, si está indicado, de acuerdo con el resultado de la carga viral realizada antes de la atención del parto (semana 36).
	Profilaxis antirretroviral de la niña o niño expuesto por 42 días, combinado con el esquema de nevirapina, si es pertinente.

A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL	A NIVEL LOCAL
	Administración exclusiva de fórmula láctea al recién nacido(a), desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses de edad.
	Todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud se deben comprometer con el logro de la meta de eliminación de la TMI del VIH; implementar estrategias para la captación de las gestantes antes de la semana 10 de gestación; eliminar las barreras para la implementación del algoritmo diagnóstico; suministrar la terapia antirretroviral en el anteparto e intraparto; realizar la atención del parto de manera programada por cesárea o por vía vaginal, de acuerdo con la indicación de cada gestante; garantizar la inhibición de la lactancia materna; realizar la profilaxis antirretroviral al niño o niña y suministrar la fórmula láctea de remplazo a todas las niñas y niños expuestos al VIH.
	Cualquier profesional de la salud que atienda a una mujer con intención reproductiva debe explicarle la trascendencia del conocimiento de un diagnostico frente al VIH y ofrecerle la realización de la prueba antes de la concepción.
Por otro lado, desde lo comunitario,	

7| CONCLUSIONES

En este informe se describe el contexto y la situación en datos y cifras del VIH y SIDA en mujeres en Colombia. El objetivo de este análisis es visibilizar el impacto cada vez mayor que ejerce la epidemia del VIH sobre las mujeres a partir del análisis objetivo de datos y cifras concretas.

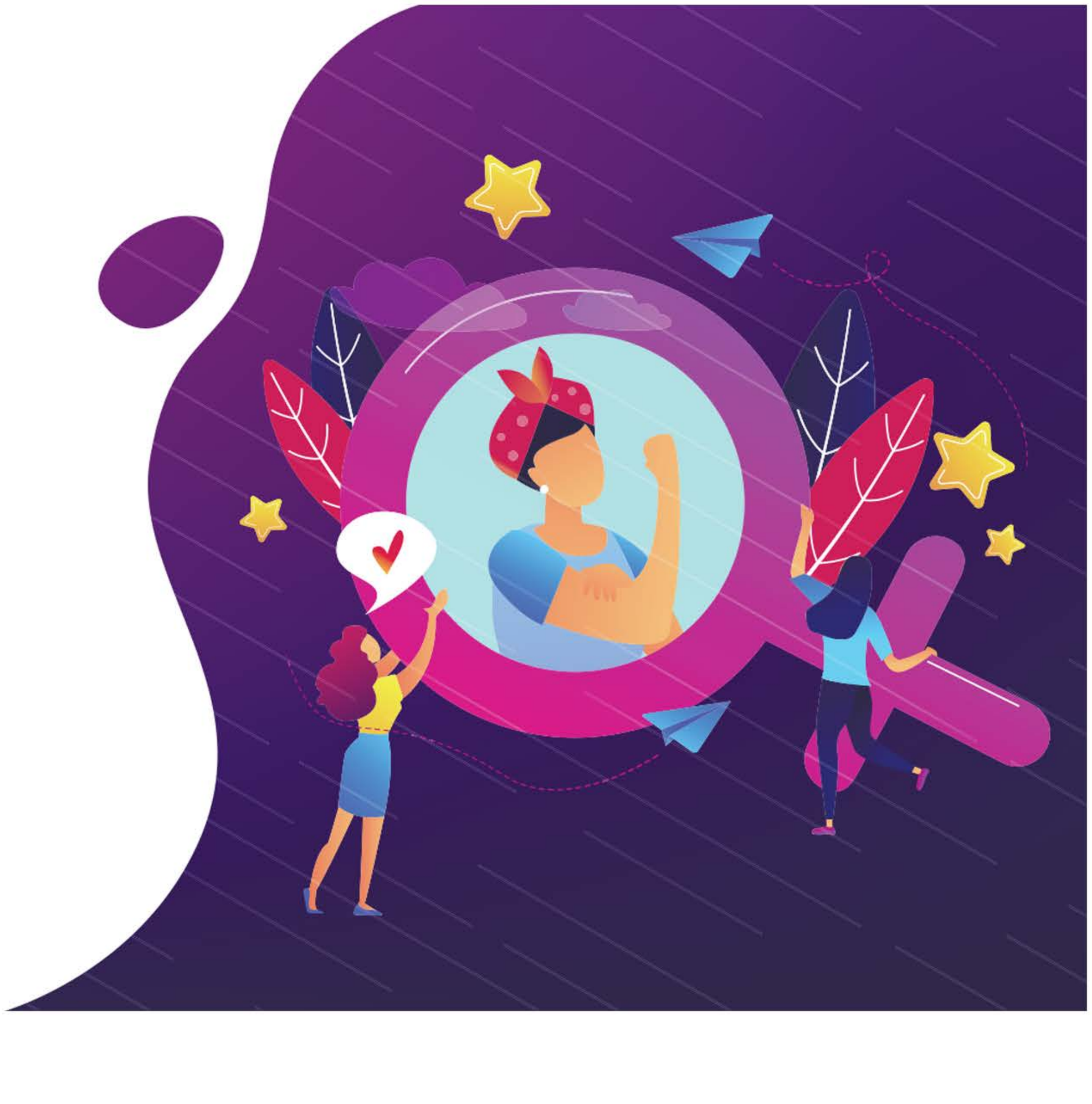
En un primer momento se describió cómo los determinantes sociales de salud y género resultan definitivos para las mujeres. Adicionalmente, la situación socioeconómica y política en un contexto determinado modelan las inequidades en la salud; así como los

determinantes estructurales e intermedios que hacen parte de los componentes básicos de los determinantes sociales. En el caso de los determinantes estructurales, la posición social, el género, la raza o el grupo étnico son atributos que ubican socioeconómicamente a las mujeres. Y para el caso de los determinantes intermedios, estos se distribuyen y generan causalidad según la estratificación social, factores psicosociales y conductuales.

En un segundo momento, se evidenció en datos los factores de inequidad que incrementan la vulnerabilidad en las mujeres en el país. Los factores señalados son: la educación, el trabajo, las labores domésticas, la violencia de género; circunstancias que dificultan el proceso de empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta las desventajas que las hacen más vulnerables en el ejercicio de la toma de decisiones en su vida sexual.

En un tercer momento, se presentaron cifras recientes de VIH en mujeres cis género en Colombia, datos que corresponden a los avances en el cumplimiento de los objetivos 90 90 90 propuestas por ONUSIDA para contribuir con el fin de la epidemia del SIDA. Se relacionó también el comportamiento de la notificación de los casos de VIH en mujeres al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se analizaron los casos de mortalidad por SIDA entre 2005 y 2016 y el estado de la transmisión materno infantil del VIH en el país.

Finalmente se describieron las acciones que desde el sistema de salud Colombiano se han realizado para alcanzar el cumplimiento de los objetivos 90 90 90 en cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social en el país, tamizaje y detección del virus, situación que genera alerta por la posibilidad de subregistro en la información reportada.



Redsomos.org
Tel: (+57 1) 5166436
Cra 16 # 30-90
: Red Somos

RED SOMOS 2019

Con el apoyo de

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

ELTON JOHN AIDS FOUNDATION