



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Arrivillaga Quintero, Marcela; Alzate Posada, Martha Lucía; Useche Aldana, Bernardo
Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico
Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 8, núm. 16, enero-junio, 2009, pp. 57-71

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514071004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico*

Public policies, health systems, and women with HIV/AIDS in Colombia: a critical analysis

Políticas públicas, sistema de saúde e mulheres com VIH/SIDA na Colômbia: uma análise crítica

Fecha de recepción: 11-11-08 Fecha de aceptación: 05-02-09

Marcela Arrivillaga Quintero *

Martha Lucía Alzate Posada **

Bernardo Useche Aldana ***

•

* Psicóloga. Magíster en Educación. Ph.D (c) Salud Pública. Directora del Grupo Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana Cali (PUJ) (Categoría A Colciencias). Grupo VIH, SIDA y Salud Pública, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co Correspondencia: Calle 18 No.118-250, Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

** Enfermera, Ph.D Salud Pública. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Grupo VIH, SIDA y Salud Pública, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

*** Psicólogo, Ph.D. Sexualidad Humana, Ph.D (c) Salud Pública. Research Associate The University of Texas, Health Science Center, School of Public Health. Estados Unidos. Grupo Salud y Calidad de Vida, PUJ Cali. (Categoría A Colciencias).



Resumen

Este artículo estudia las políticas públicas y los componentes del sistema de salud relacionados con el VIH/SIDA que afectan a las mujeres colombianas. Si bien existe un interés nacional por el control de la epidemia, las formulaciones no se traducen en líneas de acción específicas, con enfoque de género, para garantizar la atención integral. Los lineamientos se enmarcan en las políticas económicas vigentes y en la reforma de salud desde la Ley 100 de 1993. Las políticas de salud en VIH/SIDA requieren el apoyo de políticas económicas que faciliten a la población más vulnerable superar las condiciones de inequidad social; se requiere también un sistema de salud que garantice el pleno acceso a los servicios de las mujeres que más lo necesitan.

Palabras clave autor: Políticas públicas, género, sistemas de salud, VIH, SIDA, mujeres.

Palabras clave descriptor: política de salud, salud de la mujer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - prevención y control, sistema de salud.

Abstract

This paper studies the public policies and components of the healthcare system affecting Colombian women with HIV/AIDS. Although there is national interest in controlling the HIV/AIDS epidemic, current policies are not linked to specific lines of action and do not include a coherent gender approach that can guarantee comprehensive healthcare. HIV/AIDS policies are formulated within the frame of current economic policies and health reform implemented as part of Law 100 of 1993. These policies must be supported by economic plans that make it possible for the most vulnerable population to overcome the conditions of social inequity and by a healthcare system which guarantees complete access to appropriate healthcare.

Key words author: Public policies, gender, health care system, HIV, AIDS, women.

Key words plus: health policy, women's health, acquired immune deficiency syndrome - prevention and control, health systems.

Resumo

Este artigo estuda as políticas públicas e os componentes do sistema de saúde relacionados com o VIH/SIDA que afeitam as mulheres colombianas. Se bem existe um interesse nacional pelo controle da epidemia, as formulações não se traduzem em linhas de ação específicas, com enfoque de gênero, para garantir a atenção integral. Os lineamentos se enquadraram nas políticas econômicas vigentes e na reforma de saúde da lei 100 de 1993. As políticas de saúde em VIH/SIDA requerem o apoio de políticas econômicas que facilitem para a população mais vulnerável poder superar as condições de desigualdade social. Também é necessário um sistema de saúde que possa garantir o acesso aos serviços para as mulheres que mais o precisam.

Palavras chave: Políticas públicas, gênero, sistemas de saúde, VIH, SIDA, mulheres.

Palavras chave descriptor: Política de saúde, saúde da mulher, HIV, sistema de saúde.



I. Importancia de las políticas en el desarrollo y progresión de la epidemia del VIH/SIDA

Las políticas guían decisiones sobre acciones por seguir, la ubicación de recursos en el sector público y asumen un rol crítico en la vida de las personas más vulnerables, como personas pobres, adolescentes, mujeres y poblaciones marginales. Para el caso del VIH/SIDA, las políticas macroeconómicas, de salud y políticas sociales de bienestar y asistencia, afectan directamente los recursos [1] y pueden también afectar la transmisión, el acceso al tratamiento y la atención integral.

Concretamente, las políticas neoliberales implementadas en América Latina a partir de 1980 resultan de particular preocupación ya que conllevan planes de austeridad económica selectiva, deterioro ambiental y crecimiento de las desigualdades sociales relativas a la salud, en el nivel intra e inter-regional [2]. Es bien sabido que los programas de ajuste estructural promovidos por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional, que estimulan el crecimiento del sector privado, y descentralizan, fragmentan e insertan los servicios de salud en la lógica del libre mercado, han tenido un impacto negativo en las economías locales, incrementando sus niveles de pobreza y las inequidades en la distribución del bienestar. Es así como hoy en día es posible superponer mapas de pobreza en el mundo con el crecimiento de patologías como la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA [3, 4, 5].

La ideología que subyace a las políticas neoliberales ha permeado también los lineamientos de la prevención, la atención y la investigación en salud relacionada con el VIH/SIDA. En el campo de la prevención y la atención dinamizan estrategias típicamente centradas en el

cambio del comportamiento individual, desconociendo la responsabilidad del Estado y la necesidad de desarrollar políticas económicas y programas intersectoriales que se dirijan a los aspectos socio-económicos del problema.

En el terreno de la investigación científica, la problemática del SIDA ha sido primordialmente estudiada desde la epidemiología del factor de riesgo y desde abordajes comportamentales, con limitada consideración de la perspectiva de las vulnerabilidades culturales, sociales, estructurales y de los derechos humanos [6, 7] en relación con las políticas públicas. Si bien alguna investigación cualitativa en VIH/SIDA ha mostrado la importancia de las políticas en cuanto a la vulnerabilidad de ciertas poblaciones, es escasa la investigación cuantitativa que analiza la estrecha relación entre la realidad socioeconómica de las naciones afectadas y la propagación de la epidemia, ha vinculado claramente políticas públicas con resultados de salud o ha señalado la responsabilidad fundamental que le corresponde al modelo neoliberal de la economía [1, 8, 9]. Son muy pocos los estudios desde la economía política de la salud, los abordajes de la producción social de la enfermedad [1], e incluso, desde la epidemiología con enfoque crítico [10].

En América Latina y el Caribe, la falta de equidad social y económica constituye un escenario propicio para que el SIDA alcance proporciones desastrosas en las próximas décadas, siendo las mujeres uno de los grupos vulnerables más afectados. En este contexto, el compromiso político internacional en el control del VIH/SIDA parece atravesar un momento importante desde la Declaración del Milenio de la ONU relativa a la pandemia, el establecimiento del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la formulación del Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 por parte de la OPS [11].



Al mismo tiempo, El BM, El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendaron en 2001 inscribir las políticas de salud para la mujer en América y el Caribe en el contexto de las reformas de los sistemas de salud puestos en marcha en la región [12]; esto significó en Colombia incluir la perspectiva de género en el marco de la Ley 100 de 1993 y la tácita aceptación del nuevo sistema de aseguramiento, la privatización de los hospitales y la descentralización de las responsabilidades de salud pública.

Si bien las metas propuestas referidas al logro del acceso universal, la atención de grupos vulnerables y el desarrollo de programas con sensibilidad de género son deseables, su cumplimiento solo es posible con reformas estructurales en algunos sistemas de salud de la región, que efectivamente garanticen el derecho a la salud y el acceso universal a los tratamientos, independientemente de la capacidad de pago de la población y sin restricciones promovidas por el sistema de aseguramiento.

Por su parte, tanto las organizaciones internacionales, que tienen la posibilidad de impulsar acciones con recursos significativos en muchos niveles, como los tomadores de decisiones, prestadores de servicios de salud, académicos e investigadores, pueden fomentar iniciativas basadas en modelos de salud pública con enfoque crítico, que desarrollen acciones, monitoreo e investigación sobre perfiles epidemiológicos integrales, para visibilizar las conexiones entre las realidades socioeconómicas y el impacto del VIH/SIDA en la población general y en las mujeres en particular. Este tipo de perfiles, que incluyen análisis sobre procesos y dominios singulares, particulares y generales contribuirían a la formulación de metas, planes e intervenciones que sigan el principio básico de la equidad en salud y la equidad de género [13].

II. El dominio y la lógica general: políticas sobre mujer en Colombia, sistema de salud y VIH/SIDA

Para avanzar en la comprensión del dominio y la lógica general que enmarca la situación de las mujeres con VIH/SIDA en Colombia, aquí se presenta un breve recuento histórico sobre las políticas para la mujer en este país, así como los aspectos referidos al sistema de salud y a los planes de atención para el control de la epidemia.

1. Políticas sobre mujer en Colombia

Las políticas dirigidas a satisfacer las demandas y las necesidades de las mujeres en Colombia son un hecho relativamente reciente y acorde con los desarrollos de la región en este sentido. La década del 60 fue decisiva en tanto que las políticas públicas incluyeron a las mujeres para el logro de los objetivos económicos y sociales en el país. Fue así como se formuló la Política mujeres en el desarrollo que incorporó a esta población al trabajo productivo, bajo la consideración de que formaba parte de un recurso subutilizado que podía dinamizar la economía. No obstante, además del rol de trabajadoras se mantuvo el énfasis en los roles tradicionales de madres y amas de casa. En la década del 70 se plantea una nueva relación de las mujeres con el Estado y se recomienda a los gobiernos la formulación de políticas para concretar la igualdad entre hombres y mujeres, la necesidad de vincular a estas al desarrollo y de considerarlas como participantes activas en los procesos de paz.

En los 80 se aprueba por primera vez la Política nacional para la mujer rural (1984) y antes de terminar la década se incluye a las mujeres en proyectos de titulación de tierras, lo que les permite el acceso a la propiedad y las ubica en una nueva posición frente a los hombres. También en 1988 el Estado colombiano, a



través del Instituto de Bienestar Familiar pone en marcha el programa Hogares de Bienestar para facilitar a las mujeres trabajadoras el cuidado de los hijos. En la década de los 90 se promulgan y aprueban cuatro políticas específicas para las mujeres: Política integral para las mujeres colombianas (1992); Salud para las mujeres, mujeres para la salud (1992); Política para el desarrollo de la mujer rural (1993) y Política de equidad y participación para las mujeres (1994).

Con estas políticas se avanza de un enfoque asistencialista hacia la incorporación de la perspectiva de género en el desarrollo del país. A su vez, durante estos años se crea la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia y a nivel regional o local se crean secretarías, subsecretarías y oficinas de la mujer [14].

Para 2003 el Ministerio de la Protección Social crea la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que adopta el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos [15]; la incorporación del enfoque de equidad de género en la atención de mujeres con VIH/SIDA es visible a partir de esta política.

No obstante, sus lineamientos no se traducen en las guías de atención de forma concreta, exceptuando el caso de gestantes y mujeres expuestas a violencia sexual¹. La atención

no se planea en función de las condiciones generales relativas a la inequidad de género [16] que afectan al conjunto de las mujeres con VIH/SIDA en este país.

En Colombia se observa, entonces, que en las dos últimas décadas ha habido avances legislativos y en lo referente a la creación de políticas y espacios institucionales dirigidos a transformar la inequidad de género. Infotundamente, aún son insuficientes los esfuerzos por incluir la perspectiva de género en las políticas macroeconómicas, en tanto que estas han sido acordes con lineamientos y políticas neoliberales dinamizadas por organismos internacionales; no se han tocado problemas estructurales como, por ejemplo, el desempleo, el acceso a la seguridad social o el de la diferenciación sexual del trabajo; y como se mostrará a continuación, no se ha alcanzado que la equidad esté vinculada a los planes de atención en salud para el control del VIH/SIDA, y no se la ha desarrollado en la práctica como una responsabilidad intersectorial e interinstitucional.

2. Sistema de salud y control del VIH/SIDA en Colombia

El control del VIH/SIDA en Colombia comenzó en 1984; en ese año se realizaron algunas acciones aisladas, más por la iniciativa de ONG que del gobierno. En 1987, el Ministerio de Salud (MS) desarrolló el Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA, ante al aumento en el número de casos; para ello se conformó el Comité Nacional de Lucha contra el SIDA. En agosto de 1988 se elaboró el primer Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA, que contemplaba la siguientes actividades: educación continuada dirigida a personal de salud y a líderes de la comunidad; promoción y educación de la comunidad; control

¹ Por ejemplo, la Corte Constitucional colombiana, acogiendo la Plataforma de acción de Beijing en su parágrafo 89 y la Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, respalda y emite sentencias en función de argumentos basados en la violencia sexual con efectos devastadores en la salud de la mujer. En criterio de la Corte, las mujeres no suelen tener el poder necesario para insistir en que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento. Además, prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital de la mujer, la poligamia y la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de

contraer el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual.



de bancos de sangre y hemoderivados; vigilancia epidemiológica y laboratorio; e investigaciones que deberían estar bajo la responsabilidad del nivel nacional y del comité de expertos en SIDA.

A comienzos de la década del 90, con el apoyo de la OPS, se formuló el primer Plan de Mediano Plazo entre 1991 y 1993. La ejecución del plan estuvo a cargo del Programa de Prevención y Control de las ETS/VIH/SIDA del MS. La primera vez que se establecían normas sobre la atención integral, y sobre los deberes y derechos de los enfermos, se estableció con el Decreto 559 sobre SIDA, expedido en 1991, que además definía la organización del programa y creaba el Consejo Nacional de SIDA [17].

En 1994 se formuló el Plan Intersectorial a Mediano Plazo, justo después de sancionar la Ley 100 de 1993 que reglamentó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este plan no se refería al aseguramiento, pero sí centraba sus objetivos en fomentar en el individuo, la familia y la sociedad conocimientos y prácticas preventivas relacionadas con una sexualidad responsable. En la segunda edición del Plan, que fue publicada en 1995, se evaluaron las acciones realizadas llegando a la conclusión de que no se habían cumplido satisfactoriamente las metas propuestas [17].

En el año 2000 se formuló el Plan Estratégico Nacional 2000-2003, que estuvo acorde con el compromiso global establecido en la sesión especial de la Reunión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA [UNGASS] de junio de 2001, suscrito también por Colombia, en el cual se definieron once áreas de compromiso dentro del marco de un programa de acción internacional y nacional contra el VIH/SIDA: liderazgo en el tema; promoción y prevención; atención, apoyo y tratamiento;

realización de los derechos humanos; reducción de la vulnerabilidad; cuidado de la niñez afectada por el VIH/SIDA; mitigación de los efectos sociales y económicos; investigación y desarrollo; intervención en las regiones afectadas por conflictos y desastres naturales; movilización de recursos y evaluación y seguimiento de las acciones desarrolladas.

Para 2002 se creó el Sistema Nacional de Protección Social, mediante la Ley 789 que dio origen el actual Ministerio de Protección Social (MPS) en reemplazo del antiguo Ministerio de Salud (MS). En ese mismo año se emitió el Plan Nacional de Salud, a partir del cual se desarrolló la política de salud sexual y reproductiva con mención al enfoque de equidad de género [18]. A su vez, el MS formuló el Plan Sectorial de Salud 2002-2006 con los objetivos de mejorar la capacidad operativa en los servicios de atención y el acceso al diagnóstico y terapia antirretroviral [TAR], establecer un sistema para garantizar la calidad de los bancos de sangre, fortalecer la gestión de los actores en el sector salud para prevenir, vigilar y atender las infecciones de transmisión sexual [ITS] y el VIH/SIDA y fortalecer las acciones de promoción para una vida sexual sana.

En este mismo año, acorde con las Metas del Milenio, el Consejo Nacional de Política Económica y Social compromete acciones y recursos orientados al logro de las metas nacionales en materia de VIH/SIDA, entre las cuales están que para el 2010 se reduzca en un 10% la mortalidad por VIH/SIDA y se aumente en un 15% la cobertura de TAR, y para el 2015 haber reducido en 20% la mortalidad y aumentado en un 30% la cobertura de TAR.

En 2004 se desarrolló el Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007, que fue diseñado y orientado de acuerdo con tres ejes temáticos: coordinación intersectorial,



monitoreo y evaluación; promoción y prevención y atención y apoyo [19]. Para 2006 se diseñó el Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA, de acuerdo con lo recomendado en la Guía de Atención en VIH/SIDA, formulada en el año 2000 (Resolución 412) y ahora denominada Guía de Atención en VIH/SIDA Basada en la Evidencia [20, 21]. La perspectiva de los derechos humanos y la equidad de género hacen parte de la formulación del modelo. Propone como elemento estratégico la atención a través de “programas de atención”, coordinados por las entidades responsables del aseguramiento o que operan como administradoras de planes de beneficios.

El Modelo se organiza en función de cuatro objetivos prioritarios: contener la epidemia, detectar tempranamente la infección por VIH, detener la progresión de VIH a SIDA y la aparición de resistencias a la TAR, monitorear y evaluar. En la actualidad está vigente el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011, que responde a los lineamientos contemplados en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el Plan Nacional de Salud Pública, establecido mediante el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 3442 de 2006 que contiene el Modelo de Gestión Programática en VIH y SIDA y la Guía de Atención Integral en VIH y SIDA. Se espera que este plan desarrolle las acciones para cumplir con los propósitos parcialmente alcanzados de los planes y modelos programáticos previos; a su vez, se orienta a la promoción y prevención, atención integral, apoyo y protección social, y al seguimiento y evaluación de la respuesta nacional.

En síntesis, la mayoría de los planes se han preocupado por los siguientes elementos comunes: prevención; fortalecimiento de acciones en información, educación y comunicación; diagnóstico; vigilancia epidemiológica; vigilancia de laboratorios; control

de bancos de sangre y hemoderivados, y coordinación intersectorial. En general, las orientaciones de los planes y sus resultados poco evidencian el impacto en políticas económicas o en acciones específicas en este sentido para contener la epidemia en la generalidad de la población de mujeres.

Por su parte, los elementos diferenciadores y característicos de cada plan diseñado para el control del VIH/SIDA en Colombia se presentan en la tabla que sigue a continuación. La tendencia ha sido ajustar los lineamientos y programas de atención al sistema de aseguramiento; infortunadamente, no se encuentra evidencia de algún hito histórico por intentar transformar las condiciones estructurales políticas, económicas y culturales en relación con la población de personas viviendo con VIH y la inequidad en salud.

De forma complementaria, la tabla 2 muestra las regulaciones sobre el VIH/SIDA emitidas por el MS en su momento, el MPS y la Corte Constitucional colombiana (CCC).

Actualmente, el VIH/SIDA es considerado en el SGSSS como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas del sistema. La realidad es que las restricciones al acceso afectan dramáticamente la calidad de vida y la economía de los pacientes y sus familias. El sistema de salud tal como está presenta muchas dificultades; no todos los colombianos pertenecen efectivamente al SGSSS y los impactos para las mujeres con VIH/SIDA son preocupantes ya que enfrentan una serie de amenazas para su salud [11, 18, 22]:

- Con frecuencia, se ven abocadas a utilizar mecanismos como el derecho de petición o la acción de tutela (artículo 86 de la Constitución Política) para acceder a los servicios y al tratamiento en forma regular e ininterrumpida.



TABLA 1.
ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DE LOS PLANES PARA EL CONTROL DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA

Año	Plan	Elementos característicos
1987	Programa	Prevención, diagnóstico y vigilancia epidemiológica.
1988	Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA	Educación continuada dirigida a personal de salud y a líderes de la comunidad. Promoción y educación de la comunidad. Investigaciones.
1990	Plan de Mediano Plazo entre 1991 y 1993	Vinculación de ETS/VIH/SIDA
1994	Plan Intersectorial a Mediano Plazo	Sin referencias al aseguramiento. Coordinación intersectorial. Participación comunitaria. Descentralización. Promoción de sexualidad responsable.
2000	Plan Estratégico Nacional 2000-2003	Asistencia con las poblaciones más vulnerables. Movilización del sector privado. Actualización del marco legal en VIH/SIDA. Evaluación de acciones desarrolladas.
2002	Plan Nacional de Salud	Política de salud sexual y reproductiva. Derechos humanos. Enfoque de equidad de género.
2002	Plan Sectorial de Salud 2002-2006	Mejorar capacidad operativa en los servicios de atención y acceso al diagnóstico y TAR. Metas del Milenio y metas nacionales en materia de VIH/SIDA.
2004	Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007	Monitoreo y evaluación en relación con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
2006	Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA	Coordinación por parte de las entidades responsables del aseguramiento o que operan como administradoras de planes de beneficios Contención de la epidemia del VIH Detección temprana de la infección por VIH Detención de la progresión de VIH a SIDA y la aparición de resistencias a la TAR
2008	Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011	Articulación con el Plan Nacional de Desarrollo y con el Plan Nacional de Salud Pública Propósito: dar cumplimiento a Metas del Milenio, en especial mantener la prevalencia de infección en población general por debajo del 1,2% para 2015. Focalización de la atención en siete grupos específicos.

Fuente: Diseño de autores.

Continúa



TABLA 2.
REGULACIONES COLOMBIANAS EN MATERIA DE VIH/SIDA

Año	Regulaciones	Descripción
1991 1997 Vigente	Decreto 559 de 1991 Decreto 1543 de 1997	Primera reglamentación sobre prevención y atención de la infección por VIH/SIDA en el país. Establecía normas sobre la atención integral y sobre los deberes y derechos de los enfermos. Creó el Consejo Nacional de SIDA, con carácter permanente y adscrito al MS.
1995	Sentencia T-271 CCC	Los enfermos de SIDA tienen derecho a una atención médica integral, lo cual exige el suministro de la totalidad del tratamiento ordenado por el médico tratante.
1998	Sentencia T-271 CCC	Ordena el suministro de medicamentos a enfermos de SIDA que no han alcanzado a cotizar el número mínimo de semanas, en razón de la conexidad del derecho a la salud con el derecho a la vida.
1996	Sentencia SU-256 CCC	Obligación de no discriminar a las personas con VIH/SIDA.
2000	Acuerdo 117 del 2000	Definió al VIH/SIDA como una enfermedad de interés en salud pública que amerita atención y seguimiento especial e incluye enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo farmacológico, para evitar el desarrollo de resistencias.
1999 2000	Sentencia T-398 de 1999 y T-1055 de 2000 CCC	El suministro de examen de carga viral no compromete la conexidad del derecho a la salud con el derecho a una vida digna, y por ello, no es parte de lo justiciable a través de órdenes de tutela.
2000	Resolución 412 de febrero del 2000	Estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Permitió la adopción de las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención. Definió esquemas de diagnóstico y manejo integral del caso y su seguimiento, incluyendo la profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas y otras entidades frecuentemente asociadas con el SIDA. Incluyó los flujogramas de intervención y los esquemas farmacológicos requeridos para su manejo. Las guías, sin embargo, carecen de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de las acciones previstas por parte de las aseguradoras y de los prestadores de servicios de salud.
2001	Sentencia C-647 de 2001 CCC	El Estado tiene la obligación de adoptar medidas encaminadas a prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, y a proporcionar tratamiento para las mismas y las complicaciones que de ella se derivan.
2001	Sentencia T-849 de 2001 CCC	En pacientes portadores del VIH, el examen de carga viral es necesario para un adecuado diagnóstico e indispensable para proteger el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida.



Año	Regulaciones	Descripción
2001	Ley 715 de 2001	Crea el sistema general de participaciones por medio del cual se definieron los recursos y competencias del nivel nacional, departamental y municipal para la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de las acciones de salud pública. Definió responsabilidades de atención por nivel territorial, en particular en lo relacionado con la atención a la población pobre no asegurada.
2002	Sentencia T-1119 de 2002 CCC	Los portadores de VIH y enfermos de SIDA que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, cuentan con el derecho a recibir atención médica básica y a no ser objeto de trabas administrativas irrazonables en su ingreso al régimen subsidiado a través del SISBEN.
2003	Acuerdo 245 de 2003 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)	Determinó la necesidad de desarrollar guías de atención en salud, que aplicadas en el marco de un modelo de atención, permitan alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de los pacientes y lograr mayor eficiencia en el manejo de los recursos, al definir los contenidos más costo-efectivos para la atención de dichas patologías.
2004	Acuerdo 282 de 2004	Inclusión de la determinación de la carga viral en el POS subsidiado y el incremento respectivo en la unidad de pago por capitación (UPC). Incluyó el listado de medicamentos ARV que deben ser garantizados con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado.
2004	Acuerdo 245 de 2004 Consejo Nacional de Seguridad Social	Creó un mecanismo de redistribución del alto costo entre todas las aseguradoras del sistema, dado el proceso de selección adversa de afiliados que genera problemas financieros de sostenibilidad del tratamiento de pacientes.
2004	Circular 018 del 2004	Estableció las metas, actividades e indicadores de las acciones de estricto cumplimiento en el Plan de Atención Básica, que las entidades del orden departamental, distrital y municipal deberían desarrollar durante las vigencias 2004-2007. Estableció que las entidades territoriales deberían formular un plan de salud sexual y reproductiva que desarrolle sus principios orientadores y estrategias, y articule las intervenciones de los planes de beneficios alrededor de las siguientes líneas de intervención: <ul style="list-style-type: none">• Maternidad segura• Planificación familiar• Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes• Cáncer de cuello uterino• Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA• Violencia doméstica y sexual. El trabajo específico en ITS y VIH/SIDA, debería incluir acciones relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, con el acceso de la población a la detección temprana y al tratamiento adecuado y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

Continúa

Año	Regulaciones	Descripción
2005	Ley 972 del 15 de julio de 2005	<p>Estableció las normas para mejorar la atención de la población afectada por las llamadas enfermedades catastróficas.</p> <p>Declara al VIH/SIDA como prioridad nacional y obliga al SGSSS a garantizar el suministro de los medicamentos, reactivos y demás insumos requeridos para su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Establece sanciones correspondientes a las aseguradoras o prestadoras de servicios que impongan barreras al acceso a la atención integral.</p> <p>Ratifica además el compromiso del país a nivel internacional en la lucha contra el SIDA declarando el 1º de diciembre como día nacional de respuesta al VIH y el SIDA, fecha en la cual se intensificarán acciones de información y mercadeo social, tomando como lema el establecido por los organismos internacionales para tal fin.</p>

Fuente: Diseño de autores.

- Están restringidas en cuanto a las oportunidades del mercado laboral; por tanto, su capacidad de pago y su posibilidad de estar aseguradas es menor.
- El sistema de salud les exige con frecuencia el pago de cuotas extras que representan un mayor gasto de bolsillo, asociado a sus mayores necesidades y utilización de los servicios. Tienen dificultades para costear su desplazamiento hasta los centros de atención y los trámites administrativos impuestos por aseguradores y prestadores afectan la oportunidad y calidad de la atención.
- Existe una sobre-representación femenina en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, como son el trabajo en el sector informal y el empleo a tiempo parcial. Estas mujeres generalmente no tienen acceso a la seguridad social.
- El carácter de dependientes de una proporción importante de mujeres las sitúa en riesgo de desprotección en caso de viudez, abandono, separación marital, cambios en la situación de empleo del cónyuge o cambios en las regulaciones con respecto a la cobertura de dependientes. El hecho de que más de un 30% de los ho-

gares de la región sean encabezados por mujeres constituye un indicador de la dinámica marital contemporánea acorde con esta realidad.

- El acceso limitado a beneficios de seguros de salud a largo plazo, debido a las discontinuidades laborales ocasionadas por la gestación y la crianza de los hijos.
- Mujeres pobres que se encuentran dentro de la “población pobre no asegurada”, se encuentran en listas de espera para acceder a la TAR por parte de los entes territoriales (la nación, el departamento y el municipio) que deben pagar a los hospitales, usualmente públicos, la atención.

III. Consideraciones finales

Con base en todo lo anteriormente expuesto se presentan cuestiones críticas que representan desafíos para el control del VIH/SIDA en Colombia y su relación con la población de mujeres afectadas:

- En general, en Colombia las políticas para la mujer han evolucionado pasando de un enfoque asistencialista al recono-



cimiento e incorporación del enfoque de género con diferentes concepciones sobre la mujer, sus roles y relaciones de poder tanto en la esfera privada como pública. Si bien ha habido un avance significativo, aún se mantienen condiciones estructurales que afectan a la población general de las mujeres colombianas.

- La atención en salud con enfoque género forma parte de la agenda nacional e internacional, como parte de los lineamientos formulados por los organismos financieros internacionales como el BM. Se inscribe la problemática dentro de las políticas macroeconómicas por ellos impulsadas y se integra en organizaciones que terminan promoviendo su visión en las reformas de salud propuestas por el mismo Banco y materializadas en Colombia en la Ley 100 de 1993. Este condicionamiento estructural, que se traduce en deterioro de las condiciones de vida y en enormes restricciones en el acceso a los servicios de salud, determina que el enfoque de género queda limitado en la práctica a declaraciones que no logran transformar la inequidad que afecta a las mujeres con VIH/SIDA.
 - Los planes para el control del VIH/SIDA en Colombia son adaptaciones de los lineamientos internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS, por sus siglas en inglés). Difícilmente se integran experiencias locales de atención, lo que da la idea de una adaptación descontextualizada que termina desconociendo las especificidades sociales y culturales, tan diversas en Colombia. Como plantean algunos autores, aunque el papel de la organización civil en Latinoamérica y en nuestro
- país ha sido clave y en muchos casos ha ofrecido una respuesta solidaria, oportuna y apropiada en los temas de acceso a los medicamentos, en la defensa de los derechos constitucionales de personas afectadas por el VIH y el SIDA, en asistencia social y en la vigilancia sobre el sistema de seguridad social [23, 24], son necesarios mayores esfuerzos ante la escasez de políticas económicas que acompañen integralmente la atención en salud, en especial de la población más pobre. Adicionalmente, en muchos casos las iniciativas carecen de una perspectiva de género que favorezca un mejor entendimiento de la realidad de las mujeres, y continúan abordando el problema desde el enfoque de los “grupos de riesgo” con estrategias primordialmente del nivel individual.
- El principio de equidad en el acceso y la atención en salud, según el cual el pago respondería a la capacidad económica de las personas, se ve doblemente vulnerado en el caso de las mujeres dentro de los sistemas de financiamiento de la salud, como el colombiano.
 - No son visibles aún servicios diseñados en función de las necesidades de las mujeres. Su atención cobra valor y se traduce en cuidado especial durante la gestación, con fines de prevención de la transmisión vertical y en casos de exposición a violencia sexual; no en reconocimiento de su condición de desigualdad histórica y estructural. La atención y tratamiento integral requiere una serie de servicios esenciales de apoyo, que hasta ahora son, en gran medida, inadecuados.
 - Ante la fragmentación del sistema, no se ha logrado una respuesta integrada y multidimensional. A pesar de los esfuerzos constantes por la promoción de la intersectorialidad y del amplio reconocimiento de que el VIH/SIDA no solo



- constituye un problema de salud, sino que se extiende a todos los aspectos del desarrollo humano, social y económico, sigue considerándose como una responsabilidad del sector salud solamente.
- Aunque el tema del fomento a la investigación en VIH/SIDA ha sido un elemento común de los planes formulados, la inversión estatal en ciencia y tecnología es limitada y cuenta con dificultades no solo financieras, sino también de integración de una agenda investigativa y prioritaria en Colombia en el tema.
 - Finalmente, se hace necesario avanzar hacia una perspectiva de género que esté integrada a políticas macroeconómicas que contribuyan al desarrollo de la economía productiva en el país y que se traduzcan en una mejora significativa de las condiciones de vida de la población femenina vulnerable a la infección por VIH/SIDA. De igual forma, se requiere establecer un sistema de salud que realmente ofrezca acceso, atención de calidad y cuidado de la salud, integral, justo y equitativo para las mujeres afectadas por la epidemia.

Referencias

1. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiol Rev.* 2004; (26): 22-35.
2. Krieger N. Latin american social medicine: the quest for social justice and public health. *Am J Public Health* 2003; 93 (12): 1.989-1.991.
3. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, Daszak P. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 2008; (451): 990-993.
4. Commim F. Poverty & environment indicators. Cambridge: St Edmund's College; 2008.
5. Farmer, P. Infections and inequalities: the microbial burden of poverty. A report presented to the House Subcommittee on Biomedical Research. Washington: United States Congress; 2001.
6. Useche B, Ross M. Public health perspectives in sexual health. In: Tepper M, Owens A. Editors. *Sexual health*. Westport, Connecticut & London: Praeger; 2007 pp. 1-42.
7. Suárez R, Niño N, Sepúlveda R, Vesga JF. Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antípoda* 2008; (6): 313-330.
8. Useche B, Cabezas A. Desigualdad social y SIDA: el contexto neoliberal de la epidemia. *Revista Deslinde [Serie en Internet]*. 2004. [Citado en 2006, sept. 21]; 35 [Aprox. 17 páginas]. Disponible en: <http://deslinde.org.co/files/Desigualdad%20social%20y%20SIDA%20el%20contexto%20neoliberal%20de%20la%20epidemia.pdf>
9. Useche B, Cabezas A. Sexuality in the marketplace. In: González, G. et.al. Editors. *Labor versus empire: race, gender and migration*. New York: Routledge; 2004. pp. 71-86.
10. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. [Documento en Internet]. 2005. [citado en 2006, marzo 18]. Disponible en: http://amro.who.int/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf
12. Levine R, Glassman A, Schneidman M. The health of women in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: World Bank; 2001. p. 65.
13. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health; 2007.
14. Peláez MM, Rodas LS. La política de género en el Estado colombiano: un camino de conquistas sociales. Medellín. Universidad de Antioquia; 2002.
15. Ministerio de Protección Social (MPS). Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia. [Documento en Internet]. 2003. [citado en 2005, feb. 2]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbcontent/library/documents/DocNewsNo15132Document-No1893.PDF>
16. Defensoría del Pueblo. Disponibilidad de los factores determinantes de la salud. El derecho a la Salud Pública. En: El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá: Serie DESC; 2006. pp. 82-96.
17. Hernández M, Obregón D, García CM, Eslava JC, Vega, R. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002. Bogotá: OPS/OMS; 2002.



18. ONUSIDA, Ministerio de Protección Social (MPS). Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del arte 2000-2005. Bogotá: PRO-OFFSET Editorial; 2006.
19. Ministerio de Protección Social (MPS), ONUSIDA. Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007. Bogotá: Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH y SIDA. República de Colombia; 2004.
20. Ministerio de Protección Social (MPS), Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social(FEDESLALUD). Guía de práctica clínica VIH/SIDA basada en evidencia. República de Colombia; 2006.
21. Ministerio de Protección Social (MPS), Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESLALUD). Modelo programático del VIH/SIDA en Colombia. República de Colombia; 2006.
22. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública 2002; 11 (5): 327-334.
23. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública México 2002; 44 (6): 554-564.
24. Ministerio de la Protección Social (MPS), ONUSIDA Grupo Temático para Colombia, Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH y SIDA. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia, 2008-2011.

