



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Comparación de dos modelos de asesoría en anticoncepción para mujeres VIH positivas desde una perspectiva de equidad en salud Colombia 2015-2017

Marcela Gómez Suárez

Universidad Nacional de Colombia
Doctorado Inter facultades de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2019

Comparación de dos modelos de asesoría en anticoncepción para mujeres VIH positivas desde una perspectiva de equidad en salud Colombia 2015-2017

Marcela Gómez Suárez

Tesis de grado como requisito parcial para optar al título de

Doctor en Salud Pública

Director:

MD, PhD Javier Eslava Schmalbach

Codirectora:

Enfermera, PhD Martha Lucía Alzate Posada

Grupo de Investigación:

Equidad en Salud- VIH/SIDA y Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Doctorado Inter facultades de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2019

*“Una mujer con voz es, por definición, una mujer fuerte.
Pero la búsqueda para encontrar esa voz puede ser notablemente difícil.”*

Melinda Gates

Agradecimientos

- A la Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VIHDA, sus lideresas y todas las demás mujeres conviviendo con VIH que hicieron parte de este trabajo y que me abrieron la puerta para poder conocer y hacer conocer su experiencia.
- A los profesores Javier Eslava y Martha Lucía Alzate por el tiempo y dedicación que utilizaron para apoyarme con su experiencia y conocimiento.
- A los profesores Claudia Patricia Valencia, Jorge Díaz y Daniel Eduardo Jones quienes como jurados de este trabajo hicieron sugerencias y aportes que lo enriquecieron.
- Al personal del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia por su colaboración.
- A mi familia por su paciencia.

Resumen

Objetivo: Se compararon dos modelos de asesoría en anticoncepción para mujeres que conviven con VIH colombianas, uno que integra los servicios de anticoncepción con los de VIH y otro, el que se utiliza en el país, donde no se integran estos servicios, mediante un estudio económico, utilizando como desenlace las infecciones VIH perinatales evitadas por régimen de afiliación en salud. Se complementaron estos resultados con las experiencias vividas en asesoría anticonceptiva por un grupo de mujeres VIH positivas dentro de los servicios disponibles en el país, para determinar cuál modelo se adapta mejor a las necesidades de las usuarias y a las del sistema de salud colombiano.

Diseño: investigación mixta concurrente, con una fase cuantitativa, análisis de costo-efectividad y una cualitativa fenomenológico-hermenéutica utilizando los parámetros existenciales propuestos por Max *Van Manen*. Síntesis de resultados mediante integración mixta en paralelo.

Resultados: El modelo integrado de asesoría anticonceptiva mostró mejor desempeño de costo-efectividad evitando un 3% adicional de infecciones VIH perinatales, con una razón de costo-efectividad incremental de COP 1.547.500 y donde la probabilidad de uso anticonceptivo es el factor que más incide sobre los cambios en esta razón. Para una simulación de Montecarlo de 10.000 iteraciones, el modelo integrado se mantuvo como la estrategia más costo-efectiva. El análisis fenomenológico evidenció altas necesidades insatisfechas en anticoncepción y embarazos no planeados, inequidades en salud dadas por barreras de acceso a anticoncepción, ausencia de asesoría especializada basada en derechos y poca oferta/disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos. Se documentaron prácticas anticonceptivas incorrectas y violencia institucional con esterilizaciones postparto que constituyen una violación de derechos humanos y muestra el estigma y discriminación asociado al VIH. **Conclusiones:** La integración de servicios en anticoncepción y VIH es una estrategia costo-efectiva que permitiría abordar las necesidades insatisfechas en anticoncepción de las mujeres que conviven con VIH en Colombia, desde el bienestar, el derecho inalienable y el compromiso con el acceso universal a la salud, disminuyendo barreras, facilitando servicios de asesoría, oferta, disponibilidad de métodos modernos y mejorando la equidad para acceder a los servicios de anticoncepción, de manera que estas mujeres, puedan tomar sus propias decisiones reproductivas de manera autónoma, libres de violencia y coerción, y que el país pueda avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con salud de la mujer y eliminación de la transmisión perinatal del VIH.

Palabras claves: Mujeres VIH. Transmisión materno-infantil VIH. Transmisión vertical de VIH. Anticoncepción. Derechos reproductivos. Necesidades insatisfechas, SSR.

Abstract

Objective: Compare, using an economic analysis two contraceptive counseling models for women living with HI, one that promotes integration between contraceptive and HIV services and the model used in Colombia where there is no service integration, complementing these results with the experiences of a group of women living with HIV when in contact with these services. **Design:** Mixed methods research with a quantitative approach using cost-effectiveness analysis from the Health System perspective and averted perinatal HIV infections as the outcome, and qualitative methodology using phenomenological research based on Max Van Manen's existential parameters theory. **Results:** The integrated contraceptive counseling model shows better results in terms of cost-effectiveness, averting 3% additional perinatal HIV infections with an ICER of COP. 1.547.500 (USD 522). The use of contraceptive methods was the most crucial factor for the variability of the ICER. In the Montecarlo simulation at 10.000 iterations, the integrated model was still the most cost-effective alternative. The qualitative findings showed high unmet contraceptive needs among women living with HIV due to SRH access barriers that lead to incorrect contraceptive practices and high rates of unplanned pregnancies. Also, the findings highlight essential humans' rights issues regarding post-partum sterilizations and other forms of institutional violence. **Conclusion:** This study presents evidence of the benefits that represent the integration of contraceptive counseling and HIV services to address unmet needs of women living with HIV by decreasing institutional and structural barriers, facilitating services and reducing stigma and discrimination among health care providers to improve access to SRHS based on human rights, so women independently of their HIV status can make their own reproductive decisions, free of violence and coercion.

Key words: HIV seropositive, women living with HIV, women's health, women's rights, sexual and reproductive health services, access to health services, family planning, antenatal care, abortion services, violence against women, Latin America, the Caribbean.

Contenido

Resumen.....	VII
Lista de figuras.....	X
Lista de gráficas.....	XI
Lista de tablas.....	XII
Lista de abreviaturas	XIII
Introducción. Construyendo la Tesis	1
Capítulo 1. Contextualizando el problema	4
Capítulo 2. Objetivos	8
2.1 Objetivo General.....	8
2.2 Objetivos Específicos	8
Capítulo 3. Fundamentación teórica	9
3.1 Equidad.....	9
3.1.1 El concepto	9
3.1.2 Equidad en salud y determinantes sociales.....	10
3.1.3 Equidad en salud y políticas sanitarias	12
3.1.4 Equidad de género	12
3.2 La Infección por VIH	15
3.2.1 Distribución Epidemiológica	17
3.3 Los costos de la infección por VIH	21
3.4 Enfoques preventivos ante la epidemia del VIH	23
3.4.1 Modelo epidemiológico-conductual	24
3.4.2 Modelo antropológico-cultural	24
3.4.3 Modelo político-económico.....	25
3.5 VIH y género	25
3.5.1 Vulnerabilidad diferencial al VIH	27
3.5.2 Las mujeres y el VIH.....	29
3.6 Transmisión perinatal de VIH (TP-VIH).....	30
3.6.1 Vertientes de prevención en TP-VIH.....	31
3.6.2 Medición de las cifras de TP-VIH.....	33
3.7 Situación de las MVIH y sus hijos en Colombia.....	34
3.8 Sistema de Salud y VIH en Colombia	37

3.9	Derechos Sexuales y Reproductivos	39
3.9.1	Derechos Sexuales y Reproductivos en MVIH	40
3.9.2	Acceso a servicios de SSR basado en derechos	40
3.10	Anticoncepción - concepto de Salud Pública	41
3.10.1	Anticoncepción, embarazos no planeados y VIH	44
3.10.2	Asesoría en anticoncepción	45
3.10.3	Asesoría en anticoncepción para MVIH	46
3.10.4	Modelos de asesoría en anticoncepción para MVIH	47
	Capítulo 4. Aproximación Metodológica	49
4.1	Metodología mixta	49
	Capítulo 5. Fase Cuantitativa	53
5.1	Metodología:	53
5.1.1	Diseño	53
5.1.2	Perspectiva de análisis	54
5.1.3	Población Objeto y horizonte temporal	54
5.1.4	Descripción de las intervenciones y comparadores	54
5.1.5	Desenlaces relevantes en salud	56
5.1.6	Definición y estimación de variables de efectividad	56
5.1.7	Definición y estimación de variables de costo	57
5.1.8	Modelo de decisión	59
5.1.9	Análisis de sensibilidad	61
5.1.10	Umbral de costo-efectividad	61
5.1.11	Calidad metodológica	61
5.1.12	Aspectos Éticos	61
5.2	Resultados	62
5.2.1	Revisión sistemática de la literatura	62
5.2.2	Encuesta Piloto-Characterización de la población	65
5.3	Evaluación económica	68
5.3.1	Caso base y rangos de sensibilidad	68
5.3.2	Técnica de resolución del modelo	70
5.3.3	Relación costo-efectividad	72
5.3.4	Análisis de sensibilidad determinístico	74
5.3.5	Análisis de sensibilidad probabilístico	76
5.4	Análisis de resultados	78
	Capítulo 6. Fase Cualitativa	81
6.1	Metodología	81

6.1.1	Encuadre metodológico:.....	81
6.1.2	Población:	83
6.1.3	Muestreo:	83
6.1.4	Criterios de selección	83
6.1.5	Desarrollo del método fenomenológico.....	83
6.1.6	Métodos empíricos- La entrevista conversacional.....	84
6.1.7	La reflexión fenomenológica-hermenéutica	85
6.1.8	Calidad de los datos	86
6.1.9	Aspectos Éticos	87
6.2	Resultados - análisis temático.....	87
6.2.1	La maternidad y el diagnóstico del VIH.....	88
6.2.2	Opciones anticonceptivas en VIH	90
6.2.3	Asesoría anticonceptiva dentro del control integral de VIH.....	92
6.2.4	Los derechos de las MVIH	94
6.2.5	La relación con el sistema de salud	96
6.2	El texto fenomenológico	98
Capítulo 7. La integración mixta.....		108
7.1	El proceso de complementación metodológica	108
7.1.1	Las premisas lógicas	109
7.1.2	Las Meta-inferencias	114
Capítulo 8. Discusión.....		115
8.1	Factores de vulnerabilidad y desigualdades	116
8.2	Embarazos no planeados, efectos en la TP-VIH.....	118
8.3	Necesidades en anticoncepción.....	119
8.4	Atención en VIH y asesoría anticonceptiva.....	120
8.5	Modelos de asesoría anticonceptiva	121
Capítulo 9. La tesis de investigación.....		123
Capítulo 10. Limitaciones y fortalezas.....		125
Capítulo 11. Conclusiones- recomendaciones		127
Anexo 1: Formato de recolección de datos para encuesta piloto.....		130
Anexo 2: Árbol de decisiones para estudio económico		132
Anexo 3: Acta de aprobación comité de ética y consentimiento informado		134
Anexo 4: Tabla de evidencia de artículos incluidos para la Revisión Sistemática de la Literatura (RSL).....		139
Bibliografía		142

Lista de figuras

Figura 1: Desarrollo del proceso de construcción de la tesis de investigación	2
Figura 2: Marco conceptual sobre Determinantes Sociales de la Salud.....	11
Figura 3: Distribución de la infección por VIH a nivel global- 2017	18
Figura 4: Dimensiones de la vulnerabilidad en VIH/SIDA	28
Figura 5: Vertientes de prevención para TP-VIH	32
Figura 6: Proceso concurrente en metodología mixta	52
Figura 7: Esquema del diseño cuantitativo	53
Figura 8: Características de las intervenciones a comparar.....	55
Figura 9: Árbol de decisiones para las estrategias MNI vs MI	60
Figura 10: Flujograma PRISMA para identificación e inclusión de estudios	63
Figura 11: Valores esperados de costo y efectividad para el nodo de decisión	71
Figura 12: Formato matriz temática	86
Figura 13 : Desarrollo del proceso de integración de métodos mixtos	108
Figura 14: Desarrollo de las meta-inferencias y el argumento lógico	114

Lista de gráficas

Gráfica 1: Comportamiento de la TP-VIH Colombia 2008-2016	34
Gráfica 2: Distribución por sexo y régimen de afiliación población general y personas que conviven con VIH, Colombia-2018.	35
Gráfica 3: Plano de costo-efectividad para las dos estrategias (MNI-MI)	73
Gráfica 4: Diagrama de tornado para RCEI de las dos estrategias (MI-MNI)	74
Gráfica 5: Diagrama de tornado para BMN de las dos estrategias (MNI-MI)	75
Gráfica 6: Análisis de sensibilidad sobre la variable uso AC (Umbral BMN)	76
Gráfica 7: Análisis de sensibilidad con simulación de Montecarlo para RCEI	77
Gráfica 8: Curva de aceptabilidad de C/E para las estrategias MNI vs MI	78

Lista de tablas

Tabla 1: Variables de probabilidad relacionadas con efectividad incluidas en el modelo	57
Tabla 2: Fuentes de información para costos incluidos en el modelo	58
Tabla 3: Estructura PICO para la pregunta de búsqueda	62
Tabla 4: Caracterización de la población encuestada.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5: Valores caso base y rangos de probabilidades para análisis de sensibilidad....	69
Tabla 6: Valores caso base y rangos de costos para análisis de sensibilidad.....	69
Tabla 7: Costo-efectividad global para las dos estrategias (MNI-MI)	72
Tabla 8: Costo-efectividad por régimen de afiliación para las dos estrategias	72
Tabla 9: Temas emergentes dentro de los parámetros existenciales	98

Lista de abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
CAC	Cuenta de Alto Costo
CDSS	Comisión para el estudio de los determinantes sociales de la salud
CE	Costo-efectividad
CEDAW	Convenio sobre la Eliminación Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIOMS	Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIU	Dispositivo intrauterino
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
EPS	Empresa Promotora de Salud
GRADE	Grupo de análisis para el desarrollo
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
RCEI	Razón de Costo-Efectividad Incremental
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MVIH	Mujeres que conviven con VIH
MI	Modelo Integrado de asesoría en anticoncepción
MNI	Modelo No Integrado de asesoría en anticoncepción
OD	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Fondo de las Naciones unidas para la lucha contra el SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PTMI	Programa de Prevención de la Transmisión de VIH madre-hijo
POS	Plan Obligatorio de Salud
PVVIH	Personas conviviendo con VIH
RC	Régimen contributivo en salud
RS	Régimen subsidiado en salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Tratamientos Antirretrovirales
TP-VIH	Transmisión de VIH perinatal
TBC	Tuberculosis
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
UNGASS	Asamblea General de las Naciones Unidas
UPC	Unidad por capitación
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VIH+	Individuo positivo para el virus del VIH
DAP	Disponibilidad a pagar
MN	Beneficios monetarios netos

Introducción. Construyendo la Tesis

Desde 1980 cuando se detectaron los primeros casos de VIH, la infección ha causado la muerte de cerca de 39 millones de personas e infectado a otros 76 millones alrededor del mundo. Globalmente, la mitad de las personas que conviven con el VIH son mujeres, en su mayoría en edad reproductiva y, de acuerdo con diferentes estudios, tienen necesidades insatisfechas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), que en el caso de anticoncepción alcanzan a ser tres veces mayores que las mujeres de la población general, produciendo un aumento en el número de embarazos no planeados [1,2].

Está descrito que los embarazos no planeados en las mujeres que conviven con VIH (MVIH) generan baja adherencia a los tratamientos y deserción del control prenatal, aumentando el riesgo de transmisión de VIH perinatal (TP-VIH), condición considerada como un problema de Salud Pública preocupante para los gobiernos, porque representa la imposibilidad de los sistemas de salud para eliminar una enfermedad prevenible en los recién nacidos expuestos al VIH, que genera enormes costos familiares, sociales y económicos [3].

Buscando controlar las nuevas infecciones en niños, como requisito para poder eliminar el VIH como amenaza para la Salud Pública mundial en el 2030, los organismos internacionales, viene promoviendo, además de las estrategias preventivas tradicionales como la PTMI¹, que se adicionen estrategias en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) basadas en derechos, para satisfacer las necesidades anticonceptivas de las MVIH, con la finalidad de disminuir los embarazos no planeados y las cifras de TP-VIH. Estas estrategias incluyen asesoría especializada y diferencial en anticoncepción basada en Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguimiento y soporte psicosocial. El planteamiento de estas nuevas iniciativas se da como apoyo para los países que aún no han logrado llegar a la meta de eliminación de TP-VIH y mantienen cifras estacionariamente altas desde hace varios años [4,5].

La estrategia de asesoría anticonceptiva en VIH se puede ofrecer en dos modelos: el modelo integrado (MI), que se utiliza en los países donde la epidemia VIH se encuentra generalizada y afecta grandes grupos de la población general, como es el caso de los países de África Subsahariana, en este contexto, los servicios de atención para VIH con los de anticoncepción se ofrecen en el mismo tiempo y lugar, con un enfoque diferencial, de manera que se aprovecha la oportunidad para dar asesoría anticonceptiva dentro de la visita para control del VIH [6].

El otro, es el modelo no integrado (MNI), que se utiliza en países como Colombia y la gran mayoría de Latinoamérica, donde la epidemia se concentra en las poblaciones

¹ La estrategia PTMI (Prevención de la Transmisión Materno-infantil de VIH) consiste en una serie de medidas preventivas incluyendo el tamizaje y tratamiento de las gestantes, control de la vía de parto, lactancia materna exclusiva durante el primer año y tratamiento-seguimiento del recién nacido expuesto durante 18 meses.

claves², y las cifras son bajas dentro de la población general. En este modelo, los servicios de SSR y atención de VIH no se integran y se prestan en tiempos y lugares

diferentes, sin enfoque diferencial y con la misma oferta que tienen para la población general. Cada uno de los modelos presenta ventajas y desventajas relacionadas con aceptabilidad, costos, dificultades logísticas y otros factores políticos y sociales que dependen del sistema de salud, la prevalencia de la epidemia y otras características [7].

El presente trabajo se condujo con el objetivo de comparar estos dos modelos de asesoría en anticoncepción, planteando como referente el modelo no integrado que se utiliza en Colombia y otros países de epidemia concentrada, comparándolo con un modelo teórico integrado que se utiliza en lugares de epidemia generalizada, para establecer cuál de los dos se adapta mejor a las necesidades de las MVIH usuarias y tiene un mejor desempeño de costo-efectividad para el sistema de salud, con miras a reducir las cifras de TP-VIH. Se utilizó un enfoque mixto de investigación, mediante un análisis económico que se complementó con entrevistas conversacionales sobre las experiencias vividas por un grupo de MVIH sobre los servicios recibidos en asesoría anticonceptiva a partir de su diagnóstico de VIH en diferentes regiones de Colombia.

Utilizando como símil una balanza de base triangular (Figura 1), donde el sustento teórico representa la base y la metodología mixta los lados que convergen dentro del proceso de complementación, se soporta el proceso de integración mixta que conduce a las meta-inferencias que finalmente llevan al planteamiento de la tesis de investigación.

Figura 1: Desarrollo del proceso de construcción de la tesis de investigación



Fuente: Elaborado por la autora

Este trabajo, busca ampliar la comprensión de un fenómeno poco estudiado en Colombia con miras a la planeación de estrategias que puedan ayudar a mejorar las políticas públicas sobre eliminación de la TP-VIH, haciendo visibles las necesidades en anticoncepción como componente fundamental de la SSR, así como los derechos de las MVIH.

² Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales, población transgénero y usuarios de drogas intravenosas.

El proceso de construcción de la tesis se divide en once capítulos, en el primero, titulado **“Contextualizando el problema”** se aborda el tema del control de la TP-VIH con base en las necesidades insatisfechas en anticoncepción de las MVIH a nivel mundial y nacional justificando las razones para la realización de la investigación y planteando en el segundo capítulo **“los objetivos”** que se pretenden alcanzar para responder a la pregunta de investigación.

El tercer capítulo, **“Fundamentos teóricos”** explora la literatura sobre el tema y desarrolla las bases conceptuales relacionadas con el VIH tratando los temas de equidad, género, vulnerabilidad diferencial, aspectos clínicos y epidemiológicos de la infección, modelos preventivos de transmisión VIH perinatal, derechos sexuales y reproductivos de las MVIH y modelos de asesoría en anticoncepción basados en derechos para satisfacer necesidades en SSR.

En el cuarto capítulo se hace una **“Aproximación metodológica”**, donde se presenta el diseño de métodos mixtos, el proceso metodológico concurrente y de complementación, planteando las fortalezas de este tipo de investigación, para luego en el capítulo quinto **“La fase cuantitativa”** y en el sexto **“La fase cualitativa”** exponer de forma detallada el proceso de cada una de ellas, con la ruta metodológica empleada, los resultados y el análisis que se deriva de cada fase, cerrando el capítulo cuantitativo con el análisis de costo-efectividad y el cualitativo con un texto fenomenológico.

El capítulo siete **“La integración mixta”** se refiere a la técnica de complementación, presentando las interacciones entre las premisas lógicas derivadas de cada una de las metodologías que permitieron construir meta-inferencias como base para una mejor comprensión del fenómeno desde ambas perspectivas, y dar las bases para la tesis de investigación. Posteriormente en la **“Discusión”** las meta-inferencias se contrastan con los hallazgos y reportes de la literatura que constituyen el soporte teórico para dar paso al planteamiento de **“La tesis de investigación”**, donde se propone la aplicación de un modelo de asesoría en anticoncepción que satisfaga tanto las necesidades del sistema de salud como pagador, así como las de las usuarias MVIH en Colombia.

Por último, se presenta un capítulo sobre **“Limitaciones y fortalezas”** del estudio, donde se ponen de manifiesto los obstáculos, alcances y potencialidades de este estudio, de manera que le permitan al lector acercarse de una manera crítica a los hallazgos encontrados. Para terminar, se proponen unas **“Recomendaciones”** producto de la reflexión de la autora sobre el modelo de asesoría y los alcances a futuro que puede tener su implementación el país sobre las tasas de TP-VIH, pero sobre todo sobre la calidad de vida y el respeto por los DSR de las MVIH.

Capítulo 1. Contextualizando el problema

El control de la infección por el virus del VIH como amenaza para la Salud Pública mundial se ha concentrado en disminuir las nuevas infecciones en adultos, mediante el uso de estrategias de prevención, tratamientos altamente efectivos y manejo de las comorbilidades. Además, para poder lograrlo, se ha visto que es necesario eliminar las nuevas infecciones por TP-VIH en niños expuestos, y gracias a ambas iniciativas, las cifras han tenido un descenso sostenido desde el año 2001 [8].

Sin embargo, de acuerdo con ONUSIDA, a 2017 se calcula que globalmente cerca de 39 millones [30,8– 42,9 millones] de personas conviven con el VIH, de las cuales la mitad son mujeres, y cuyas cifras han venido en aumento por la transición poblacional que ha presentado el VIH sobre las poblaciones heterosexuales [1]. Además, dentro de esta población, se calculan dos millones [1,7– 2,6 millones] de niños menores de 15 años infectados por TP-VIH, la mayoría huérfanos de uno o ambos padres [1,9,10].

Por regiones, para el 2017, en América Latina y el Caribe (ALC) se estimaron cerca de 2,1 millones de personas conviviendo con VIH, donde Colombia se encuentra ocupando el tercer lugar entre los países latinoamericanos que más aportan casos después de Brasil y Argentina. Llama la atención que dentro del descenso del 38% de nuevas infecciones que se ha dado a nivel mundial, Latinoamérica presenta la desaceleración más lenta, manteniendo 200.000 nuevas infecciones por año [10,11].

En Colombia, la infección por el VIH se define dentro de una “epidemia concentrada”³, pero cada vez se están reportando más casos en la población general y específicamente en las mujeres en edad reproductiva. Para el 2017 se reportaron en el país 95.745 casos seropositivos para VIH, de los cuales 10.246 fueron casos nuevos. De estos, 23.803 correspondían a MVIH (24,9% del total de la población afectada). Aunque los datos varían según la fuente, diferentes estudios basados en proyecciones estadísticas plantean que las cifras reales podrían sobrepasar los 150.000 casos. Las discrepancias pueden estar dadas por el subdiagnóstico, subregistro y otras condiciones propias relacionadas con acceso y el manejo estadístico de los datos en salud que se dan en el país [12,13].

El binomio madre-hijo como sujeto social contribuye al desarrollo de un país en todos los ámbitos porque representa población productiva o con potencialidad de serlo. En países de ingreso medio como Colombia, cerca del 56% de las mujeres son cabezas de familia cifra que, de acuerdo con fuentes como la Cuenta de alto Costo del gobierno nacional, se incrementa hasta un 76% para las MVIH, quienes además constituyen el sustento principal de sus familias ya sea por viudez, abandono o porque deben cuidar a sus compañeros e hijos que también conviven con esa condición [12,14].

³ Una epidemia concentrada es donde plasmadoras cifras de VIH se concentran en poblaciones claves de hombres que tienen sexo con otros hombres, población transgénero, trabajadores sexuales y usuarios de drogas intravenosas.

Adicionalmente, determinantes estructurales como un bajo nivel educativo, pobreza e informalidad laboral, ubica a la mayoría de las MVIH y sus hijos en una clara desventaja que incrementa la posibilidad de sufrir comorbilidades, pasar a fase SIDA y morir. Los niños y niñas que nacen seropositivos para el VIH tienen una reducción en su esperanza de vida y aún a pesar de los nuevos tratamientos disponibles deben asumir una vida escolar, laboral y reproductiva diferente a la de la población general, son personas que requieren tratamientos costosos, seguimiento durante toda su vida y que inclusive en pleno siglo XXI sufren discriminación y son estigmatizados, más aún si tienen que sufrir el costo adicional de la orfandad [7].

Desde la introducción de los programas de prevención de transmisión perinatal en los años noventa con el protocolo ACTG 076, estudio del *AIDS Clinical Trial Group* de E.U.A. y Francia⁴ se pudo documentar que, con las medidas preventivas adecuadas, que implican un estricto régimen de tratamiento y una serie de condiciones especiales durante el embarazo, parto y puerperio, la posibilidad de TP-VIH disminuye a cifras que hacen considerar este fenómeno como evitable.

Es así como sin medidas preventivas, la probabilidad de transmisión se encuentra cercana al 35 - 40% y se reduce a menos del 1% con estas medidas preventivas que resultan altamente costo-efectivas. Por todo esto, la TP-VIH es considerada como uno de los fracasos más grandes en términos de Salud Pública para un país, al representar una población con una condición crónica, de alto costo, que desgasta el sistema familiar, social, económico y que pudo ser evitada [14].

Un factor que incide en la TP-VIH se encuentra en las necesidades insatisfechas en SSR de las MVIH y específicamente en anticoncepción, definidas como brechas entre las intenciones reproductivas y el comportamiento anticonceptivo real por factores que incluyen el escaso o incorrecto conocimiento de opciones anticonceptivas, acceso limitado a los servicios de anticoncepción y/o deserción de los servicios existentes por el temor al estigma y la discriminación relacionado con el VIH. Estas necesidades insatisfechas conducen a embarazos no planeados, los cuales llevan a las MVIH a descuidar su estado de salud y desertar del control prenatal, aumentando el riesgo de abortos inseguros y TP-VIH [15,16].

En diferentes estudios se reporta que cerca del 80% de los embarazos de las MVIH han sido no planeados, por lo que satisfacer sus necesidades en anticoncepción se plantea como una estrategia necesaria y efectiva que, combinada con otras medidas preventivas, ha demostrado ser capaz de reducir casi a cero las cifras de TP-VIH en contextos de alta prevalencia como África, donde se ha implementado [3,7,11]. Generar posibilidades para que las MVIH puedan tomar decisiones libres e informadas sobre el tamaño de sus familias y el espaciamiento de sus hijos reduce el riesgo de embarazos no planeados y por tanto las cifras de TP-VIH [17].

⁴ En esta experiencia se comparó la transmisión vertical en mujeres embarazadas infectadas por VIH a las que se les administró zidovudina (ZDV) durante el embarazo y parto y al RN, con un grupo control que recibió placebo, obteniendo una muy importante reducción de la transmisión de la infección, 8,3% en el grupo que recibió ZDV *versus* 25,5% en el que recibió placebo [4].

En Colombia, el gobierno como responsable de administrar las políticas públicas en salud ha adquirido una serie de compromisos para eliminar la TP-VIH y las estrategias para reducirla hacen parte fundamental de sus agendas en salud, al punto que el Ministerio de Salud y Protección Social la considera un intolerable evitable en salud⁵. Pero los esfuerzos preventivos continúan basados en la estrategia PTMI de prevención durante el embarazo, parto y puerperio, privilegiando la protección del recién nacido sobre la madre, y aunque ha permitido disminuir las cifras, no ha logrado llevarlas por debajo del 2%, encontrándose todavía por encima de los objetivos planteados por la agenda en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [15,18].

El ofrecimiento y disponibilidad de anticoncepción para todos los adultos en Colombia está garantizado por la ley, pero para las MVIH, por la fragmentación del sistema de salud, se hace dentro de un modelo de atención que no integra los servicios de anticoncepción con los de atención de VIH. Al no tener un enfoque diferencial para las MVIH, este servicio no se ofrece dentro del paquete integral de atención para VIH, sino que se ofrece en centros de planificación familiar o puestos de salud destinados a la población general, perdiendo una excelente oportunidad para proporcionar asesoría anticonceptiva [12].

Dado que las MVIH tienden a no asistir a estos centros de planificación familiar, tienen prácticas anticonceptivas incorrectas, con lo que se aumenta el número de embarazos no planeados y más hijos expuestos a TP-VIH, con el riesgo adicional que, por falta de orientación e información, son sometidas a procedimientos de anticoncepción definitivos (esterilizaciones), relacionados desconocimiento y preconcepciones relacionadas con el VIH que aún persisten en el personal de salud, violando sus derechos humanos y reproductivos [19].

En países como India, Kenia, Nigeria y Tanzania donde la prevalencia de la infección por VIH es alta y la epidemia se encuentra generalizada dentro de la población general y especialmente en las mujeres, se utiliza la estrategia de oferta de asesoría anticonceptiva para MVIH integrando los servicios de SSR y atención de VIH en los mismos lugares y tiempos donde se hace su seguimiento clínico. Los resultados de este enfoque diferencial en asesoría marcan descenso adicional del 30% anual en las cifras de TP-VIH debido a la reducción de los embarazos no planeados [6].

En estudios realizados en estos países se pudo demostrar que las usuarias que asistían a controles clínicos para VIH cuyos asesores podían proporcionar además asesoría en anticoncepción de manera integrada, tenían más probabilidades de contar con métodos modernos de anticoncepción y seguimiento, que quienes asistían por separado a estos servicios. También, que la probabilidad de solicitar servicios de anticoncepción por iniciativa propia era siete veces mayor en los lugares donde los servicios estaban integrados. Además de lo anterior, existe evidencia que la integración de estos servicios es altamente costo-efectiva y cuenta con gran aceptación por parte de la población que convive con VIH, tanto en las mujeres como en sus parejas [20].

⁵ Los intolerables en salud son 20 condiciones que el gobierno nacional considera dimensiones prioritarias de Plan decenal de salud pública y sobre los cuales es necesario actuar. La lista de las condiciones incluidas como intolerables evitables se encuentra disponible en <http://www.consultorsalud.com/flash-de-noticias/888-los-20-intolerables-de-la-salud>

Con base en esta argumentación y dado que existe poca literatura sobre el tema de integración de servicios de anticoncepción en MVIH para países de epidemia concentrada como Colombia, se justifica la realización de este estudio, buscando establecer si para el país, el modelo integrado en anticoncepción representaría una mejor alternativa que el modelo no integrado que se utiliza actualmente para evitar nuevas infecciones VIH perinatales y disminuir las cifras estacionaria de TP-VIH, lo que además de abordar el vacío en conocimiento del tema permite integrar temas trascendentes como son el VIH, la SSR y la Salud Pública.

Desde el punto de vista del Sistema de Salud Colombiano, este análisis tiene la utilidad que el diseño y la implementación de nuevas estrategias para la reducción de la TP-VIH proporcionan alternativas para acercarse al cumplimiento de las metas y compromisos establecidos a nivel internacional para acabar con la infección por VIH como amenaza para la Salud Pública mundial para 2030, además, poder establecer las ventajas de uno de estos modelos desde un enfoque de costo-efectividad favorece la planeación, asignación y utilización racional de recursos en salud, que de por sí en el país se encuentran muy limitados.

Desde la perspectiva de las MVIH este estudio permite explorar y documentar sus necesidades insatisfechas en SSR específicamente en anticoncepción, así como sus vivencias dentro de los procesos de asesoría anticonceptiva que se ofrecen en el país, con miras a reflexionar sobre la manera como estas mujeres están ejerciendo su autonomía para decidir el número y espaciamiento de sus hijos, de manera que se planteen alternativas que permitan garantizar sus DSR.

Por todo lo expuesto, y con la información anterior este estudio se realizó con base en la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el modelo de asesoría en anticoncepción para MVIH en Colombia que mejor se adapta a las necesidades de las MVIH usuarias y muestra el mejor desempeño de costo-efectividad para el sistema de salud, en términos de infecciones VIH perinatales evitadas, bajo la perspectiva de equidad en acceso a los servicios de salud?

Capítulo 2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Comparar dos modelos de asesoría en anticoncepción para MVIH en Colombia, para determinar, cual es el modelo que mejor se adapta a las necesidades de las MVIH usuarias y muestra el mejor desempeño de costo-efectividad para el sistema de salud en términos de infecciones VIH perinatales evitadas, bajo la perspectiva de equidad en acceso a los servicios de salud.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar un análisis de costo-efectividad para comparar dos modelos de asesoría anticonceptiva para MVIH: uno que no integra los servicios de SSR y VIH, que se utiliza en Colombia (modelo no integrado), con un modelo teórico que integra estos servicios (modelo integrado), desde la perspectiva de equidad en acceso a salud por régimen de afiliación.
- Describir desde la fenomenología de Max Van Manen las experiencias vividas por un grupo de MVIH dentro de los programas de anticoncepción existentes en Colombia.
- Complementar los resultados obtenidos en ambas metodologías para obtener meta-inferencias que permitan concluir cual es el mejor modelo de anticoncepción para MVIH aplicable en el país en términos de infecciones VIH perinatales evitadas.

Capítulo 3. Fundamentación teórica

Para el presente trabajo la fundamentación teórica se divide en cinco grandes temas: el primero, introduce el concepto de equidad, desde el abordaje de género y de acceso a servicios de salud, enmarcándolo dentro de la condición VIH. En el segundo, se hace una síntesis de los aspectos clínicos más relevantes en la infección por VIH y TP-VIH, centrándose en la importancia de este fenómeno dentro de la población femenina en edad reproductiva.

En un tercer apartado se abordan los enfoques preventivos que se han propuesto para controlar la transmisión de VIH, haciendo referencia a relaciones determinantes como son VIH-género y la vulnerabilidad diferencial de las mujeres hacia la infección, así como los efectos que tiene la de la TP-VIH sobre el binomio madre-hijo.

Posteriormente se presentan las estrategias recomendadas para la reducción de la TP-VIH a nivel mundial donde se incluye la reducción de los embarazos no planeados en MVIH, mediante asesoría en anticoncepción, y los modelos de atención dentro de la condición VIH. Por último, se expone la situación de las MVIH en Colombia y la normatividad con respecto a prevención y protección de sus DSR.

3.1 Equidad

3.1.1 El concepto

La definición de la Real Academia de la Lengua para el término equidad establece que “es un concepto que se usa para hacer mención a nociones como la igualdad social y justicia, esto partiendo desde una valoración de la individualidad. En detalle, la equidad se piensa como un equilibrio entre la ley positiva y la justicia natural” [21].

Equidad involucra términos como ecuanimidad, justicia, rectitud, y equilibrio que se aplican a todos los aspectos de la vida y relaciones humanas. Por ejemplo, en derecho, la equidad no sólo interpreta la ley, sino que impide que su aplicación pueda llegar a perjudicar a algunas personas, ya que cualquier interpretación de la justicia debe direccionarse para lo justo. En economía, se habla de equidad, cuando existe una distribución equitativa de la riqueza y de los recursos, cuando los precios que se pagan por los bienes y servicios son proporcionales a lo que los salarios ofrecen. En el ámbito social la equidad aplica los derechos y obligaciones sociales de manera justa entre los individuos, independientemente de la clase social a la que pertenecen sin pretender eliminar las diferencias existentes, sino valorándolas y dando un trato equivalente para superar las desigualdades [22].

La equidad como valor humano tiene una íntima relación con justicia social, defiende la existencia de las mismas condiciones y oportunidades para el desarrollo de potencialidades de todos los individuos sociales en la que cada persona debe ser capaz de hacer valer sus derechos, sin importar de donde provenga. La equidad se relaciona

con la manera de entender y darle valor a lo que es justo, respetando las características particulares, de manera que cada uno reciba lo que le corresponde o merece [23].

Igualdad y equidad son dos principios íntimamente relacionados, pero que guardan enormes diferencias. La igualdad se enmarca en un contexto ético donde se reconoce el mismo estatus para dos personas evidentemente diferentes generando una situación de equivalencia completamente proporcional. Un ejemplo de esto podría ser el principio jurídico universal que establece que todas las personas son iguales, que no existen diferencias en su valoración sin importar la etnicidad, nacionalidad, género, preferencias sexuales, edad y otros [24].

La equidad, aunque similar a igualdad, lleva otras connotaciones agregadas, que involucran planteamientos valorativos para un reparto justo entre desiguales de acuerdo con sus necesidades, sus capacidades y adquiere un carácter político, de manera que, no siendo esencial para la vida en común, se requiere voluntad política para hacerla esencial. Puede decirse que dentro de la equidad no hay igualdad, sino justicia [25].

3.1.2 Equidad en salud y determinantes sociales

La importancia de la salud dentro de la vida humana es innegable por lo que necesariamente requiere una valoración dentro de la justicia social que lleve a una distribución equitativa de posibilidades y oportunidades de manera que los individuos puedan alcanzar una vida sana [26].

El concepto de equidad en salud está compuesto por dos elementos: la salud, con sus dimensiones de acceso a servicios, calidad de la atención y resultados, y el elemento social, conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que facilitan o limitan al primero. Cuando existen desigualdades innecesarias y evitables dentro de los procesos de distribución de la salud, estas se consideran injustas y es donde surgen las inequidades [27,28].

Partiendo de la idea clásica en que todos los individuos deben tener la oportunidad justa de alcanzar su potencial de salud y que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo si es evitable, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición, donde el concepto de equidad en salud se basa en que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares sociales, con principios de justicia e imparcialidad [29].

Para hacer operativo el concepto de equidad en salud es necesario ubicarlo en un rango entre alguna forma de igualdad o desigualdad, como por ejemplo en la utilización de recursos sanitarios, acceso a los servicios o nivel de salud, de donde surge de acuerdo con algunos autores la equidad horizontal (igual trato para individuos iguales) que en términos de salud se podría resumir en asignación de recursos y tratamiento igual a las necesidades de salud iguales y la equidad vertical (desigual trato para individuos desiguales), es decir la asignación de recursos o tratamiento “apropiadamente desigual” de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de asistencia [30].

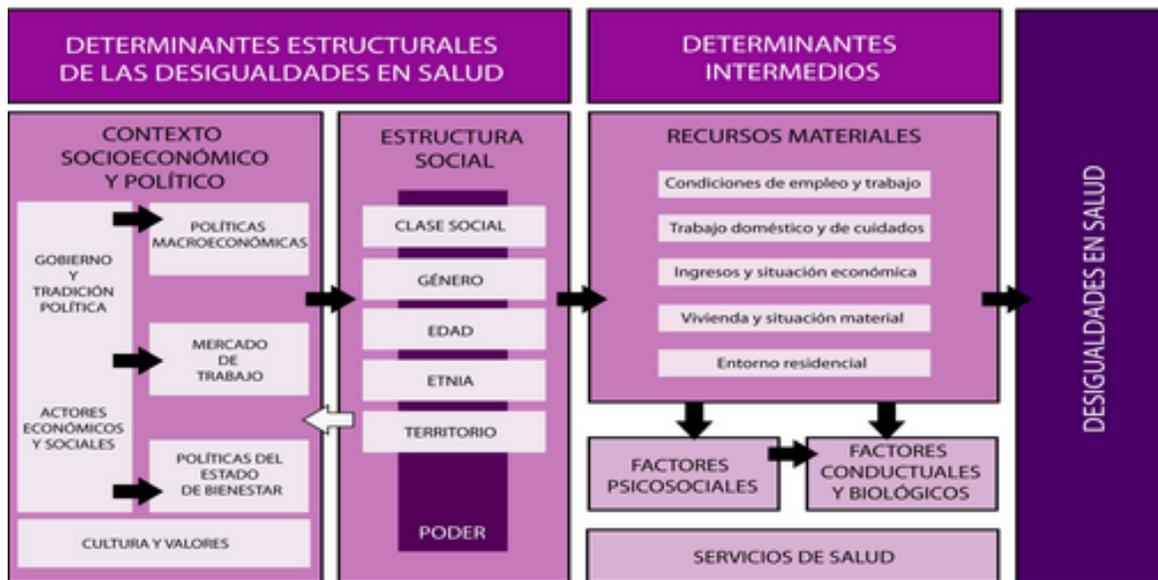
Otro concepto relacionado directamente con la equidad en salud es el de los

Determinantes Sociales de la Salud (DSS), es decir “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas y generan diferencias entre los estados de salud de las personas y los países” [31].

El argumento que hay detrás de la concepción de la equidad basada en DSS se fundamenta en que el acceso equitativo y universal al sistema de salud es necesario para asegurar la salud de la población, uno de los requisitos de la igualdad de oportunidades. Por esta razón, la OMS creó la Comisión sobre DSS y a partir de su informe de 2008 asumió un compromiso en la asamblea mundial del año 2009 donde, convocó a todos los países para luchar contra las inequidades de la salud desarrollando intervenciones en políticas de protección social e instrumentos de medición [29].

En la aproximación a los DSS propuesta por Solar e Irwin (Figura 2), “se clasifican los DSS en estructurales, productores primarios de estratificación social, como son las políticas públicas (educación, salud) y políticas sociales, que generan diferenciaciones en ingreso, etnia, clase social y escolaridad” [31]. También consideran los determinantes intermedios, que actúan dentro de los procesos de inequidad como “moduladores y no como causantes primarios, son las circunstancias materiales, los factores biológicos, psicosociales y el sistema de salud.” Así mismo se define “un gradiente social, en donde independientemente del nivel de ingreso del país, las inequidades en salud siguen un patrón de gradiente relacionado con la posición de los individuos en la escalera social determinado por factores como ingreso, empleo y posición social, entre otros” [31,32].

Figura 2: Marco conceptual sobre Determinantes Sociales de la Salud



Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud (“Informe Borrell”) Adaptado Solar y Irwin (2007). https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/02/14/132407

Por todo lo anterior, hablar de equidad en salud no es solamente referirse a la distribución de resultados finales de salud ni a la distribución de la asistencia sanitaria, sino que debe ser entendida como un concepto multidimensional y ético, para comprender la justicia social, el enfoque de derecho, las relaciones de poder y los DSS, lo cual permite reconocer la trascendencia que tienen las condiciones de vida, de trabajo, de educación y de bienestar de los individuos y grupos poblacionales [26].

3.1.3 Equidad en salud y políticas sanitarias

En el análisis de políticas de salud, la equidad se aborda desde dos enfoques de la justicia social: el enfoque igualitarista que formula los objetivos de equidad en términos de igualdad y el enfoque neoliberal, que los expresa en términos de niveles mínimos y máximos del bienestar agregado. Estos enfoques producen sistemas de salud financiados de manera diferente y con consecuencias distintas en cuanto a la distribución final de los recursos y de los resultados de salud en los diversos grupos sociales [33].

El enfoque igualitarista, al apoyarse dentro de la justicia social y la filosofía comunitaria, considera la solidaridad y la unidad social como prioridades. Los recursos se distribuyen buscando la igualdad de bienestar por encima de la maximización del bienestar económico, las políticas de salud se dirigen a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población y la salud es financiada con base en la capacidad de pago de sus usuarios y no en el consumo de servicios. Un ejemplo de esto son los países como Colombia que buscan la universalización de coberturas en salud dentro de sus sistemas [34].

En el enfoque neoliberal se establecen niveles mínimos de bienestar sólo para mejorar las condiciones de la población más desfavorecida. Por encima de esos estándares mínimos, los individuos son libres para conseguir los bienes adicionales que deseen comprar. La equidad se orienta hacia una financiación de la salud esencialmente privada, de manera que cada ciudadano pague en función del beneficio que le reporta el consumo de servicios producto de su elección individual [27].

La conceptualización de las políticas sanitarias de equidad en salud requiere integrar elementos tales como acceso a servicios, calidad de la atención, resultados de salud y DSS, por lo que su direccionamiento debe priorizar la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, la forma en que los servicios son recibidos por la población y la forma en que los servicios de salud son pagados [29].

3.1.4 Equidad de género

El término “género” usualmente se asocia a las cuestiones de lo masculino y de lo femenino, los procesos sociales, su interiorización por hombres y mujeres, así como los efectos de estas asignaciones sociales sobre comportamientos que se expresan en diferentes campos de la vida diaria. Para llegar a este entendimiento del término fue necesario recorrer un camino de debate entre el uso de los conceptos “sexo” y “género”.

El sexo, como diferencia física entre los cuerpos, no genera en forma natural distinción entre las categoría masculino y femenino, se requiere un proceso de interacción social

para transformar el sexo en género y a su vez, el género se convierte en una forma de inmersión en el mundo social, por esto, la posibilidad de introducir una perspectiva de género en las explicaciones de procesos sociales, económicos y políticos permite reestructurarlos críticamente para entender el origen de algunas desigualdades [35].

En la década de 1950-60, a nivel mundial, la mayoría de las políticas públicas de salud basadas en género se dirigían a cubrir las necesidades de las mujeres con base en su función reproductiva y familiar, por lo que se enfocaron sobre las causas previsibles y curables de morbilidad infantil y materna. Por otro lado, los hombres fueron incorporados a las políticas públicas como agentes productivos, proveedores y jefes de familia, partiendo del supuesto de que el trabajo productivo era realizado íntegramente por ellos. Como lo presenta la CEPAL en su informe sobre cambios en las políticas sociales para América Latina, “al subestimar el aporte económico de las mujeres en las actividades de producción, las acciones públicas generaron una jerarquía de género en la cual el trabajo femenino no se reconoció plenamente, la posición asignada a las mujeres en la organización social, sobre todo como madres y esposas, fue considerada como algo natural” [36].

Posteriormente y a partir del esfuerzo de diferentes actores como organizaciones de mujeres, movimientos feministas, comunidades académicas y organismos no gubernamentales se logró llegar al reconocimiento de la importancia de la equidad de género como componente fundamental del desarrollo. La ONU en el 2005 reconoció la equidad de género como “la imparcialidad en el trato que reciben mujeres y hombres de acuerdo con sus necesidades respectivas, ya sea con un trato igualitario o con uno diferenciado pero que se considera equivalente en lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, un objetivo de equidad de género a menudo requiere incorporar medidas encaminadas a compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres.” [37].

Este reconocimiento generó que los gobiernos asumieran diversos compromisos para abordar las necesidades y derechos de las mujeres enmarcados dentro del contexto original de 1948 de la Carta de las Naciones Unidas, y la Declaración Universal de los Derechos Humanos descentrándose de la condición reproductiva de las mujeres y extendiéndola a todos los aspectos de sus vidas [38].

Entre los acuerdos internacionales se destacan la “Declaración y Programa de Acción de Viena” (1993) donde los derechos humanos de la mujer y de la niña son reconocidos como parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales garantizando la participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural y erradicando las formas de discriminación basadas en el sexo, el “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo” (1994) y la “Declaración y Plataforma para la Acción de Beijing” (1995), así como convenciones y convenios como el CEDAW sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, un instrumento jurídico internacional aprobado por los estados miembros de la ONU y que los compromete con una serie de obligaciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación contra las mujeres [39,40].

ALC no ha sido extraña a estos acuerdos, en la décima Conferencia regional sobre la Mujer celebrada en Quito (2007), los estados miembros de la CEPAL crearon un observatorio sobre igualdad de género, para hacer seguimiento de los avances en materia de igualdad de género de los países de la región y dirigido específicamente al empoderamiento, prevención de la violencia y autonomía sexual y reproductiva de las mujeres [41].

En Colombia, desde 1930 han existido algunos asomos para la protección de los derechos de las mujeres, como la ley 28 /32, de derecho a administrar los propios bienes, el decreto 227/33 de acceso al bachillerato normal y el decreto 1972/33 donde se reconoce el acceso a la universidad. Tres años después, en 1936, se incluyó una reforma constitucional con una cláusula que autorizaba a la mujer a desempeñarse en cargos públicos y luego hasta 1957 se les concedió el derecho al voto, más tarde, mediante la ley 54/62, Colombia ratificó el Convenio 100 de la OIT de 1951 que hacía referencia a la igualdad en la remuneración laboral para hombres y mujeres por el mismo trabajo especialmente presionados por la influencia de los grupos feministas europeos y estadounidenses de la época⁶, pero realmente en 1980 con la ratificación por parte del estado del convenio CEDAW con la Ley 95 de 1980 se dio inicio a las políticas de género, así como por enfoques establecidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) [42].

En 1984 se aprobó la primera ley de titularidad de tierras rurales para las mujeres que hasta entonces era exclusiva de los hombres⁷. Posterior a esta siguieron leyes importantes con orientación de género como la “Política integral para las mujeres colombianas” (1992), “Salud para las mujeres y mujeres para la salud” (1992), “Política para el desarrollo de la mujer rural” (1993) y “Política de equidad y participación para las mujeres” (1994, manejando un elemento común y es la ubicación del género como eje transversal para el diseño e implementación de las políticas [43].

La reforma constitucional de 1991 introdujo los términos “Igualdad ante la Ley y las autoridades” (Art 13); “Derechos del ciudadano y garantía para la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la administración pública” (Art 40); y, finalmente, “Igualdad y protección a la mujer” (Art 43). Todos ellos constituyeron la base constitucional de las reivindicaciones públicas y políticas de las mujeres y abrieron un espacio público que pudiera garantizar el libre ejercicio de sus derechos [44].

El plan para el desarrollo 2003-2006 produjo la primera Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva donde estaba claramente dado el enfoque de equidad de género incorporando los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos visibilizando ciertas poblaciones como las MVIH. Esta política produjo las guías de atención para gestantes y mujeres expuestas a violencia sexual, lo cual fue un gran aporte, aunque dejó sin tocar a fondo determinantes sociales como el desempleo, el acceso a la seguridad social o la diferenciación sexual del trabajo [45].

Más recientemente y con base en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 el gobierno nacional produjo la “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y

⁶ Ejemplos de esto son la Ley 28 de 1932 que modificó la potestad marital, consagrando la libre administración y disposición de los bienes de cada cónyuge, el decreto 1874 de 1932, que estableció las condiciones igualitarias para la educación secundaria de mujeres y hombres y el decreto 227 de 1933 que permitió el acceso de las mujeres a la universidad.

⁷ Política nacional para la mujer campesina – CONPES 2109 de 1984.

Derechos Reproductivos Colombia” donde se promueve el respeto por los derechos sexuales y reproductivos dando un especial énfasis a la equidad de género. De la misma manera, en el plan de desarrollo 2018- 2021 “Pacto por la equidad” se propone implementar una política de equidad de género dirigida hacia las mujeres y la creación del Sistema Nacional de Mujeres que garanticen una vida libre de violencias así como un mayor acceso y participación en el mercado laboral, información sobre SSR , impulso a la formalización de tierra y una política pública nacional de cuidado para promover el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidado que realizan las mujeres [46,47].

3.2 La Infección por VIH

Desde el inicio de los años 80 cuando se detectaron los primeros casos de la infección producida por el VIH, esta se ha convertido en un reto para los estándares de Salud Pública de la mayoría de los países del mundo. Aún a pesar del enorme progreso con relación a prevención y tratamiento de la enfermedad, el control de un virus de lenta incubación, destrucción progresiva del sistema inmune del huésped infectado y rápida mutación ha sido complicado. Además, no existe una vacuna efectiva, sin atención oportuna es mortal, y en el mejor de los casos con tratamiento y cuidados apropiados, se convierte en una enfermedad crónica (controlable/evitable) que permanece latente en el individuo durante toda su vida [18].

El VIH es un retrovirus de la familia de los lentivirus (por la forma progresiva como se incuba), que una vez ingresa al organismo se instala en la serie sanguínea de los linfocitos T, especialmente en las células CD4 convirtiéndolas en replicadoras virales y haciéndolas perder su función biológica primaria inmunitaria. Su ingreso al organismo se hace a través de las mucosas no íntegras en contacto con fluidos corporales infectados, así como por vía sanguínea, de manera que el contacto sexual, la vía transfusional, el uso de agujas intravenosas contaminadas, la gestación, el parto y la lactancia materna se constituyen en las principales fuentes de transmisión de la enfermedad. En los primeros estadios las CD4 infectadas replican el virus sin control, produciendo altas concentraciones que son utilizadas para generar reservorios tanto celulares (macrófagos, dendritas) como anatómicos (sistema nervioso central, tracto genital e intestinal, tejido linfoide), lo que hacen que la infección se mantenga latente durante años [48].

La historia natural de la enfermedad se desarrolla en tres etapas: Una primo-infección que se da generalmente entre 1-3 meses después de la transmisión del virus en la cual se replica de forma rápida ya que no hay una respuesta inmune del organismo, especialmente durante los primeros dos meses, es posible que no manifieste ningún síntoma. Después viene una fase de latencia clínica que puede durar de 5 a 8 años sin tratamiento en que las células CD4 empiezan a disminuir progresivamente y a aumentar la concentración del virus en la sangre (carga viral), hasta un punto conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en que el cuerpo queda sin capacidad de defensa y con una carga viral tan alta que se presentan infecciones oportunistas de difícil tratamiento que llevan al paciente a la muerte [49].

Pese a que la vía más eficiente de transmisión es la endovenosa, la principal vía de transmisión a nivel mundial es la sexual. Inicialmente esta forma de transmisión se presentaba especialmente en poblaciones homosexuales masculinas, pero con el pasar del tiempo se dio un incremento progresivo de la vía heterosexual, lo que explica que, en la actualidad, el 50% de la población infectada a nivel mundial sean mujeres. Incluso en los países con patrón epidemiológico de distribución predominantemente homo/ bisexual, también se observa una tendencia progresiva al predominio del VIH en mujeres [17].

En Latinoamérica y el Caribe, la epidemia de VIH ha venido variando en términos de sus razones de masculinidad y modos de transmisión. El análisis de tres décadas (1980-2010) de la infección en América Latina y el Caribe realizado por SIDALAC⁸ permitió identificar que para los países del Caribe, las relaciones heterosexuales sin protección eran la principal causa de infección con su implicación sobre la población femenina con cifras de prevalencia de VIH hasta de 13% para las mujeres que acuden a atención prenatal en Haití, 3.8% en Guyana y 3.6% en Bahamas, lo que evidencia que la mayoría de los países con epidemias generalizadas se encuentran en esta zona.

Centroamérica ha mantenido una epidemia heterosexual con cifras altas de infección en grupos de riesgo con prevalencias de VIH e ITS igualmente elevadas en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en algunos casos alrededor de un 13%, como muestra el estudio multicéntrico en poblaciones vulnerables en los países centroamericanos (PASCA)⁹.

México junto con el Área Andina pertenecen al grupo de países donde la epidemia está concentrada en hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con hombres, y donde las razones de masculinidad se ubican alrededor de 3:1, lo cual indica la seriedad del problema en este grupo poblacional y la coherencia de las políticas públicas de estos países que priorizan la cobertura de prevención y tratamiento en esta población afectada. Pero, en los últimos años con el aumento de la transmisión heterosexual, se está viendo el efecto sobre la población general y específicamente las mujeres. Por ejemplo, en Brasil, hasta 1997 la epidemia estuvo fuertemente concentrada en HSH, sin embargo, a partir de ese momento y en las siguientes tres décadas, se observó una tendencia heterosexual más acentuada en las cifras de mujeres infectadas (66% de los casos de SIDA notificados en este periodo).

En Latinoamérica, y siendo las poblaciones claves, en especial los HSH, población más afectada por el VIH, es difícil hablar de una “feminización” de la epidemia como ha sucedido en otros lugares como África donde las mujeres representan las cifras más altas de contagios y la epidemia se comporta de una manera generalizada. Pero el aumento persistente que se ha venido presentando sobre la población femenina de la región es preocupante. Una posible explicación de este fenómeno apunta a un menor impacto de las medidas preventivas en las mujeres debido a factores de género, biológicos y sociales.

⁸ La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) es un programa de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) para la generación y difusión de información para la toma de decisiones con relación al VIH.

El descenso de la incidencia de casos de SIDA a partir de 1995 se dio en hombres, en 4/5 regiones geográficas de Latinoamérica, mientras que en las mujeres creció en todas las regiones. La reducción de la mortalidad ha sido más clara en hombres en todas las regiones, que en mujeres donde es menor. Además, se estima que el crecimiento de la epidemia fue ocho veces mayor en mujeres.

Se ha estimado que algunos factores comportamentales como la falta de percepción de riesgo, de capacidad de negociación de las relaciones, la clase social, la menor escolaridad, la respuesta biológica de las mujeres a los medicamentos, son algunos de los factores que podrían estar jugando un papel fundamental en el avance de la epidemia en mujeres de América Latina tal y como ha sucedido en otros lugares del mundo [42].

Todos estos cambios en los mecanismos de transmisión han despertado alertas sobre la manera como el VIH afecta la sexualidad y reproducción en la población femenina, encontrando que existen vulnerabilidades biológicas, físicas, económicas, culturales y sociales que hacen que el virus se instale y progrese más rápidamente en estos grupos poblacionales, a lo que se adiciona el riesgo de TP-VIH y el cuestionamiento sobre el uso eficiente y seguro de métodos anticonceptivos modernos para aquellas mujeres que quieren limitar o postergar su maternidad [50, 51].

Hasta hace cerca de 20 años, la infección por VIH no tenía ningún tipo de tratamiento, de manera que el diagnóstico equivalía a una sentencia de muerte para el paciente. Desde 1990, con la introducción de la terapia antirretroviral (TAR) con tratamientos conjugados para el control de la infección que deben ser utilizados de una manera adecuada y constante durante toda la vida del individuo se ha logrado convertir esta patología de mortal en crónica. Actualmente, los tratamientos logran disminuir la carga viral al punto en que no se afectan las células CD4 y el paciente no progresa a fase de SIDA, momento que se conoce como “indetectable”. Esto no significa una cura, pero sí una garantía de sobrevivida, entre otras cosas muy similar a la de otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión y con lo que las personas que conviven con el virus pueden optar por desarrollar sus potenciales productivos, formar familias y tomar decisiones a más largo plazo que en el pasado, lo cual se refleja necesariamente en una mejor calidad de vida [49].

3.2.1 Distribución Epidemiológica

La gravedad de la epidemia VIH/SIDA se puede medir por las siguientes cifras: desde el inicio del VIH en 1980, más de 78 millones de personas se han infectado y 39 millones han muerto. Gracias a las múltiples iniciativas internacionales y locales que se han venido dando para su control, las cifras vienen disminuyendo de manera ostensible desde el año 2001. En los últimos diez años el número de infecciones nuevas ha disminuido 38% alrededor del mundo y la TAR ha logrado evitar 7,6 millones de muertes por SIDA, tuberculosis y otras comorbilidades [1].

Mundialmente, cerca de 37 millones [30,8–42,9 millones] de personas viven con VIH, cifra que ha ido en aumento por la sobrevivida dada por la TAR con 1,8 millones [1,6 –2,1 millones] de infecciones nuevas y una cifra de muertes por la enfermedad cercanas a un millón anual [830.000–1,2 millones]. Además de esto, cerca de 16 millones de personas

no tienen acceso a tratamiento, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos [9].

De estas cifras, casi la mitad, es decir 19 millones [15,4–20,3 millones] son mujeres (mayores de 15 años) y 2,1 millones [1,7–2,6 millones] niños (menores de 15 años), cifras que pueden ser mayores teniendo en cuenta que se calcula que cerca de 19 millones de personas en el mundo no han recibido nunca una prueba para VIH [1].

En cuanto a la distribución por países (Figura 3), África subsahariana soporta dos terceras partes de los casos en adultos, seguida por Asia, Latinoamérica y el Caribe. Se calcula que en ALC para 2017, cerca de 2.1 millones [1,4 –3,0 millones] de personas vivían con el VIH con 120.000 nuevas infecciones anuales, cifra que representa la misma cantidad de infecciones que se reportaron para ese año en Norteamérica sumada con Europa Occidental. Estas cifras se han manteniendo estables en los últimos diez años, a diferencia del número de muertes que ha sufrido un descenso del 12% en los mismos años, fenómeno que puede ser explicado por el aumento de cobertura en TAR, el cual llega al 58% [42 - 72%] en la región [10].

Figura 3: Distribución de la infección por VIH a nivel global- 2017



Fuente: Organización Mundial de la salud-ONUSIDA Hoja informativa 2016. Infografía por Mario Chavarro. <http://www.lavanguardia.com/vida/20171201/433286944688/dia-mundial-sida-pobreza-africa.html>

Aunque los países de la región han logrado grandes avances en la reducción de nuevas infecciones por TP-VIH, cada año se presentan aproximadamente 2.500 nuevos casos de la infección en niños sin tendencia al descenso y se estima que hay cerca de 50.000 [40.000-55.000] menores de 15 años conviviendo con el VIH que requieren servicios de atención y tratamiento [15].

En Latinoamérica el 75 % de las personas que conviven con el virus se encuentran en cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela con una prevalencia general promedio de 0,5% y la epidemia se concentra en poblaciones claves, donde la prevalencia para estos grupos puede llegar al 14%. De la misma forma, la transmisión heterosexual ha generado un aceleramiento en la tasa de infección de las mujeres, llegando a cifras cercanas a las 540.000 [450.000 – 660.000] siendo especialmente notorio en el grupo de edad de 15-24 años [50,52].

Colombia es un país con epidemia concentrada con prevalencia en poblaciones claves que supera el 5% y menor del 1% en población general y gestantes. La información de casos de VIH reportados en el país varía según la fuente consultada, la Cuenta de Alto Costo (CAC) en VIH/SIDA del Gobierno Nacional creada para recoger la información de la población afiliada a los diferentes regímenes de afiliación en salud¹⁰ presenta con corte a 31 de enero de 2018, reportadas 95.745 personas diagnosticadas con el virus de VIH, de las cuales 10.246 corresponden a casos nuevos, mientras que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) estimó para el mismo período de tiempo que los casos se encontraban en 150.116 pero con un subdiagnóstico del 20%. Otros datos, basados en proyecciones establecidas por el programa Spectrum¹¹ de las Naciones Unidas muestran cifras cercanas a las 180.000 personas infectadas, lo cual muestra un subregistro importante de información [9,12,18].

La prevalencia nacional ajustada por edad al 2018 fue de 0,19%, la incidencia nacional ajustada por edad (20,56 x 100.000 habitantes) aumentó 1,49 x 100.000 habitantes al compararse con el período anterior y la tasa de mortalidad se encontró en 1,7 x 100.000 habitantes. Para la población afiliada al SGSSS la prevalencia se encontró en 0,21% y una incidencia de 22,67x 100.000 habitantes. La mayor prevalencia ajustada se encuentra en los departamentos de la Costa Atlántica, Eje Cafetero y Bogotá, donde aparentemente se concentra en zonas urbanas lo cual puede ser indicativo del enorme subregistro para las zonas dispersas. Los reportes indican que la mayor proporción de nuevos casos se presentan en edades entre 25-49 años, seguidos por el grupo etario de 15-24 años que ocupa un 24% de las nuevas infecciones [12].

El 74,1% de las personas que conviven con VIH en Colombia son hombres que representan además el 78% de los casos nuevos y el 25,8% restante son mujeres con el 22% de casos nuevos para una razón de masculinidad de 2,8, que ha cambiado desde el 2001 donde era 10,5. Aunque esto refleja una situación similar a la de otros países de la región andina con epidemias concentradas donde la población masculina tiene un gran peso sobre las cifras de infección, las cifras en mujeres vienen en aumento en términos de nuevas infecciones, comorbilidades y mortalidad, generando una alerta sobre la importancia para atender sus necesidades en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la misma manera que se ha venido haciendo sobre la población masculina [45].

Por niveles de aseguramiento¹², el 60,2 % del total de personas que conviven con VIH pertenece al sistema contributivo, el 37,19 % al régimen subsidiado y un 2,46% a

¹⁰ Estas cifras se refieren a la información consignada en la Base de datos única de registro de afiliados (BDUA) con corte a enero 31 de 2018, conformada por 44.145.275 personas que representan el 90% de la población colombiana. No se considera el otro 10% correspondiente a un poco más de cuatro millones de personas.

¹¹ Se trata de un programa estadístico de predicción y proyección que utiliza estimados comparadores de la información reportada por los países sobre VIH/SIDA.

¹² Los regímenes de afiliación en Colombia que conforman el plan obligatorio de salud (POS) se fundamentan en el concepto de contribución, de esta forma existe el régimen contributivo en el que se encuentran inscritos los trabajadores y que aportan de su salario para sostener el sistema y recibir salud para ellos y sus dependientes. El otro régimen se conoce como subsidiado y a este pertenecen las personas que no son económicamente productivas y por tanto deben ser subsidiadas por el primer régimen y por fondos del presupuesto nacional. Existe además un régimen de excepción que cubre a las fuerzas militares, los maestros y otros trabajadores.

regímenes especiales, lo cual contrasta con la distribución en población general donde el 44,5% pertenece al régimen contributivo, el 48,1% al subsidiado y el 5% a los regímenes especiales y que puede ser explicado según la CAC por “la preferencia de los pacientes con enfermedades crónicas por afiliarse al régimen contributivo en condición de cotizantes, situación similar a la de otras patologías de alto costo como el cáncer” [12].

La media de edad para la población con VIH es de 39,46 años con el 50% de los casos alrededor de los 30 años. El grupo de edad con el mayor número de casos notificados de VIH/Sida es el de 25 a 29 años de edad con cerca del 20% de los casos, le sigue el grupo de edad de las personas entre 20 y 24 años y en tercer lugar el grupo de edad de 30 a 34 años, estos tres grupos de edad abarcan una buena proporción de la población económicamente productiva del país. Además, es interesante ver como para el grupo de 15-24 años las cifras de nuevas infecciones son casi iguales para hombres y mujeres (24% vs 22% respectivamente) [18].

Dada la diversidad étnica del país y la vulnerabilidad a las que se ven sometidas estas poblaciones es importante observar que el 2.9% de la población con HIV pertenece a grupos afrodescendientes, Indígenas, gitano/ROM. Como mecanismo probable de transmisión del total de casos acumulados, el 45% ha sido reportado en relaciones sexuales heterosexuales, seguido 17% en relaciones homosexuales, 6% relaciones bisexuales, 2,6% Perinatal, 0,2% por hemo-transfusión, el 0,1% por accidente de trabajo y por uso de drogas endovenosas respectivamente. Llama la atención que el 29% no reporta cual fue mecanismo de transmisión [12].

El aumento de transmisión por mecanismo heterosexual es preocupante para el país, pues refleja la transición de nuevos casos desde los grupos de alta transmisibilidad a las poblaciones con mediano y bajo riesgo, a través de poblaciones que amplían las redes de intercambio como clientes de trabajadoras sexuales y los comportamientos bisexuales. Este fenómeno se ve reforzado por una tendencia general a un bajo uso del condón dentro de parejas estables, lo cual facilita la ruptura de la barrera epidemiológica entre poblaciones clave.

Respecto al estado clínico al diagnóstico, el 60,3% de los adultos con VIH han sido detectados en estadios tempranos, sin embargo, 34,9% fueron detectados en fase SIDA con patologías definitorias como tuberculosis, infecciones y neoplasias, con las dificultades de manejo que esto implica, así como los mayores costos que le genera al sistema. En el caso de la población pediátrica, para la última cohorte de estudio (2016) las cifras de TP-VIH se encontraron el 2,7%. Llama la atención que 30,2% de los menores entre 3 y 15 años son detectados en estadio SIDA sugiriendo demoras en el diagnóstico. La cobertura TAR alcanzó el 91,5% con variaciones entre el 83% y el 99% dependiendo de la región del país [53].

Con relación a anticoncepción, un derecho reconocido por la UNFPA “para todas aquellas personas que quieren limitar o espaciar el nacimiento de sus hijos” y que de acuerdo con las OMS “puede ser usada sin restricciones por las personas que conviven con VIH”, los datos muestran que aunque los servicios de salud tienen la obligación de ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso, la utilización sigue siendo

baja especialmente en el caso de los métodos anticonceptivos modernos no permanentes diferentes del condón masculino entre las MVIH con cifras inferiores a las de uso de la población general (12,5% vs 19%) mientras que los métodos permanentes de esterilización femenina superan a los de la población general (65% vs 35%) [12,54].

3.3 Los costos de la infección por VIH

La respuesta mundial a la infección por VIH en la última década ha sido una disminución de la epidemia que se espera pueda ser eliminada como riesgo para la Salud Pública en el 2030. De la misma forma, los acuerdos políticos internacionales, regionales y locales que se vienen gestando desde el 2001 como la “Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA-2001” o la “Declaración política sobre el VIH/SIDA-2006”, que insistieron por el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, han tenido una repercusión evidente al reconocer que la movilización de recursos es una responsabilidad compartida entre países y, que los efectos de la inversión sobre las cifras de infecciones por VIH son indudables [55].

Así mismo, con los cambios políticos que se han presentado en estos veinte años, los recursos de inversión mundial para enfrentar la epidemia por VIH han sufrido una serie de cambios drásticos. Desde el inicio de la epidemia, la respuesta para frenar el VIH especialmente en África ha sido mayormente financiada por la comunidad internacional, donantes bilaterales (estados miembros de Naciones Unidas que ofrecen directamente asistencia para el desarrollo a los países receptores), las instituciones multilaterales y el sector filantrópico [56].

Para países catalogados como de ingreso medio y donde se encuentra la mayoría de los países de ALC, las políticas de financiación inicialmente se manejaron de una manera similar, sin embargo, recientemente, ha habido un fuerte impulso para que estos países asignen una mayor cantidad de recursos internos a su respuesta al VIH/sida, mientras que al mismo tiempo el financiamiento internacional ha comenzado a estancarse o incluso a caer. Por esta razón la financiación local que en algunos casos supera el 50% debe ser cubierta con fuentes nacionales, y su asignación depende de la voluntad política y la priorización de objetivos a cubrir [55].

A fines de 2010, aproximadamente U\$15 000 millones estaban disponibles a nivel mundial para ayudar a controlar la infección, a partir de ese momento, la ayuda internacional ha venido disminuyendo cerca del 30% por múltiples razones, entre las que se encuentra el momento coyuntural económico de los países más desarrollados sumado a que ha faltado un esfuerzo sistemático para que las inversiones correspondan con las necesidades propias de los países [57].

En junio de 2016, en la reunión de expertos de alto nivel de la Asamblea General de la ONU para poner fin al SIDA, se advirtió que el compromiso mundial para terminar con el VIH como amenaza para la salud pública para 2030 no será posible cumplirlo sin aumentar la financiación. Los argumentos se basan en que la inversión debe alcanzar

U\$ 26 000 millones anuales para los países de ingresos bajos y medios en los próximos cinco años. Para esto, los gobiernos locales y sus socios estratégicos deben incrementar sus inversiones, y cubrir el desajuste de casi U\$ 7 000 millones que viene desde el 2014.

El gasto de esta mayor financiación debe hacerse de forma sensata con un enfoque de acción acelerada, ampliando los servicios de tratamiento y prevención dentro de programas más eficientes y eficaces [58].

Sin este incremento se hace evidente una crisis de financiación especialmente en el tema de prevención. Además, esta financiación adicional permitirá cumplir con los objetivos 90-90-90 en el que el 90 % de las personas infectadas conoce su estado serológico, 90 % de quienes conocen su estado seropositivo accede al tratamiento y 90 % de quienes reciben tratamiento suprimen su carga viral, lo que reduce las nuevas infecciones y elimina la discriminación relacionada con el VIH [59]

En Colombia, desde el inicio de la infección y hasta el 2013, la inversión para el control de la infección por VIH tuvo, gracias al apoyo de los socios internacionales, inversiones cercanas a los COP 223 000 millones (U\$ 80 000 millones), con una distribución que destinaba más de un 50% a la atención y tratamiento de la infección seguida por los gastos de administración y gestión de los programas (14%) y actividades de prevención (5%). Otras actividades importantes dentro del contexto VIH como la capacitación de recurso humano, atención a los huérfanos y niños y las actividades relacionadas con investigación, ocupaban cifras mínimas de este presupuesto [60].

El plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/SIDA propuesto para el 2014-2017 se enmarcó en los compromisos internacionales del país alrededor de los ODS y planteó una redistribución de la financiación de acuerdo con las prioridades establecidas por organismos internacionales como la OPS. En el plan se estableció un monto de inversión cercana a los COP 130 000 millones (U\$ 50 000 millones) para el cuatrienio, inversión que permitiría entre otras cosas mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1,0%, reducir la mortalidad, aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales y disminuir el porcentaje de casos de transmisión perinatal [46]

En este nuevo esquema que se ha mantenido dentro del nuevo Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, los recursos se redistribuyen dando prioridad a los ejes de promoción y prevención (72,3%) y atención integral (23,4%), dejando el porcentaje restante a los ejes de apoyo social y seguimiento de programas. La mayor parte de los recursos están a cargo del sector estatal con 16% a nivel nacional y 53,6% a cargo de las entidades territoriales. El 22% de los costos se estiman a cargo de las entidades administradoras de planes de beneficios y el 8,4% de las instituciones prestadoras de servicios [18].

Con la afiliación al SGSSS la mayoría de los costos directos que demanda el tratamiento de la infección por VIH están cubiertos por el régimen de afiliación, donde aproximadamente una persona demanda del sistema de salud entre siete y once millones de pesos al año desde el momento del diagnóstico, hasta que se cumpla su expectativa de vida, sin embargo, adicional a este costo asumido por el estado, quienes conviven con VIH deben incurrir en una serie de costos de bolsillo que hacen más difíciles sus condiciones de vida tales como el cuidado de los hijos por parte de otras personas para asistir a los controles, costos de desplazamiento y permisos laborales entre otros. Se calcula que estos costos representan entre el 11-16% de los ingresos

percibidos mensuales, lo cual para quienes subsisten en la informalidad o con un salario mínimo es un valor considerable, más si se tiene en cuenta que algunas situaciones como por ejemplo el desabastecimiento de medicamentos, de exámenes de laboratorio, de condones y los cambios entre EPS que aumentan estos costos no son asumidos como responsabilidad del sistema de salud [45].

Además, desde el punto de vista productivo se calcula que las personas que conviven con VIH invierten cerca de 230 horas al año en tiempo de transporte y espera en salas para la consulta, lo cual equivale a 29 días laborales, y aproximadamente cuarenta y seis días de incapacidades por comorbilidades relacionadas con su condición, lo cual explica la razón por la cual la mayoría se encuentra en sectores informales de trabajo o desempleados [61].

Otros gastos de bolsillo que se relacionan con esta problemática son los de desplazamiento para recibir atención, que por las condiciones geográficas y por la fragmentación del sistema de salud hacen que los pacientes tengan que recorrer largas distancias en múltiples oportunidades para completar sus controles y recibir su tratamiento. En el caso de las mujeres, a lo anterior se suma el cuidado de sus hijos y familiares dependientes, lo cual hace que estos costos empeoren aún más su situación, al punto en que en algunos casos prefieren vender la medicación de control que se les entrega para poder sostener sus núcleos familiares con la consecuencia de múltiples recaídas de su condición VIH y el deterioro de su salud [45].

3.4 Enfoques preventivos ante la epidemia del VIH

La epidemia del VIH históricamente ha estado relacionada con estigma, exclusión social y discriminación de las poblaciones afectadas, especialmente la homosexual, lo cual ha llevado a amplias movilizaciones en procura de sus derechos fundamentales a la salud y el trabajo entre otros. Se sabe que esta población representa el 25% de los afectados, el otro 75% corresponde a patrones de comportamiento heterosexual, incluyendo las mujeres como un grupo que en los últimos años ha aumentado notoriamente sus cifras de contagio.

Aún a pesar de los esfuerzos de los gobiernos, organizaciones de personas conviviendo con VIH y las enormes campañas preventivas que se han venido desarrollando al rededor del mundo, la infección por VIH especialmente en los países con condiciones de inequidad social y sistemas de salud poco incluyentes no parece mostrar el descenso esperado lo cual constituye un serio problema de salud pública por la carga que significa para el sistema de salud el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta condición[10].

El concepto de prevención en salud, entendido como un proceso en el que se proporcionan medios de mejoramiento de la salud y control sobre esos medios a las poblaciones a través de la intervención de los DSS y la reducción de la inequidad gracias a la formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud,

fortalecimiento de la acción y participación comunitaria¹³, es fundamental en la condición VIH pero no corresponde a una categoría única, depende de las diferentes visiones de la realidad social que tengan los actores del sistema en un momento y espacio determinados. Esto ha llevado a construir tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años [62]:

3.4.1 Modelo epidemiológico-conductual

Corresponde a la aparición de la infección por VIH en el mundo en los años 80, asociada a la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales, generando la estigmatización de las identidades y prácticas sexuales relacionadas especialmente con la población homosexual. Los gobiernos en su intento por controlar la epidemia iniciaron políticas públicas que relacionaban la transmisión del virus con conductas homosexuales y cuya finalidad no solo buscaba atacar los que se consideraban como factores de riesgo determinantes de la infección, sino además marcaban los parámetros que distinguían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal. Por ejemplo, no se incluía la sexualidad heterosexual dentro de las prácticas de riesgo para contraer el VIH generando una distinción entre esta población y aquellas consideradas anormales con un discurso moralista sobre los comportamientos “sexuales desviados” [63].

Los programas preventivos entonces, se centraron en identificar factores individuales de riesgo a través de la percepción de las propias personas. Se les pedía información sobre sus creencias, sus actitudes y prácticas individuales de manera que se pudieran agrupar y categorizar dentro de los supuestos factores y grupos de riesgo. Aparte de esto las políticas preventivas se dirigían casi que exclusivamente a la educación y comunicación, de manera que se lograran cambios de actitud adecuados de los diferentes actores sociales. Con el tiempo se evidenció que estas estrategias fueron muy poco efectivas, motivo por el cual se llegó a considerar que los modelos basados en factores de riesgo ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el VIH.

3.4.2 Modelo antropológico-cultural

A partir de los años 90 y ante el fracaso para contener la infección por VIH, se iniciaron una serie de reflexiones apartadas del modelo puro biologicista de transmisión y se centraron en la consideración del sujeto como parte de un contexto social y cultural, dando relevancia a los significados que les daban a las prácticas preventivas y de riesgo a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. Se consideró que la vulnerabilidad estaba dada por una combinación de factores culturales y sociales que influían en la conducta de los individuos, lo que produjo un replanteamiento de los factores de riesgo, dimensionando la epidemia como un problema social [63].

Los programas preventivos cambiaron la categoría de “grupo de riesgo” por “comportamiento de riesgo”, lo cual permitía una categorización menos alienante de los grupos afectados y con la cual se pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual debido a que la transmisión de la infección por

¹³ Ministerio de Salud y protección social de Colombia dentro el plan decenal de salud 2012-2021. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>

VIH se convirtió en una posibilidad para todos, permitiendo orientar las estrategias preventivas hacia la inclusión de las relaciones sociales caracterizando el rol que juegan las personas en el control del VIH, la aceptación del riesgo y peligro así como el control de su propio comportamiento [62].

Aunque este modelo tuvo muchos aspectos positivos al considerar el riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social, un elemento negativo fue la no consideración de los factores estructurales con lo que la reducción del comportamiento de riesgo se convirtió en un listado de prácticas predisponentes de transmisión del VIH, ocasionando la generalización de los comportamientos al no relacionarlos con las situaciones particulares de las personas.

3.4.3 Modelo político-económico

Surgió con el inicio del siglo XXI basado en las desigualdades económicas y sociales como base del desarrollo de la epidemia por VIH, constituyéndose en obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Se transformó la idea de “riesgo individual” por el concepto de “vulnerabilidad social e individual” y “exclusión social”. Según este modelo los sujetos se determinan no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan, los cuales muchas veces están atravesados profundamente por inequidades y diferencias de clase.

Las intervenciones preventivas por tanto deberían ser estructurales, mediante la movilización comunitaria y el empoderamiento colectivo, con un enfoque crítico sobre las causas económicas, políticas, culturales y sociales que determinan la dinámica de la epidemia por el VIH. Se reconoce una vulnerabilidad diferencial por grupos, pero determinada por estos problemas estructurales y se plantean acciones de largo alcance dirigidas incluso a cambiar políticas que favorezcan la desigualdad y la injusticia para estos grupos [64].

El modelo político-económico de prevención apunta a un cambio social que busca la reforma de las estructuras de desigualdad como las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, la relación del VIH con la pobreza y el estigma de la homosexualidad. Propone, además, que la prevención debe integrarse a la atención de las personas no sólo por razones humanitarias sino también de Salud Pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención. Este modelo tiene como aspecto complejo el determinismo económico y social que se da al problema VIH/SIDA, además de la resistencia que las personas ejercen ante la solución de las categorías estructurales por ser parte de sus contextos sociales y culturales [65].

3.5 VIH y género

Desde finales de la década de los 90 se reconoce que las condiciones de desigualdad social, cultural y política en que viven las mujeres favorecen la posibilidad de adquirir el virus del VIH. Ante esta situación, la discusión en torno al papel de las relaciones de

género y la condición VIH se ha venido consolidando como un elemento fundamental al momento de analizar y proponer alternativas para abordar la epidemia [51].

Más allá de sus características biológicas, el VIH es un fenómeno social sobre el cual se han construido una serie de imaginarios, relaciones sociales y condiciones específicas, lo que se asimila en cierta forma al concepto de “género” que partiendo de una diferencia biológica creó una construcción social jerárquica [64].

El cuerpo, como construcción de género sirve como soporte para determinar lo masculino y femenino de manera que al definir como “naturales” las diferencias entre los cuerpos de los hombres y las mujeres, las estructuras culturales del entorno crean parámetros sociales que establecen la forma de relación y justifican las inequidades de poder entre ellos, así como la discriminación, violencia y la exclusión social. La relación entre género y VIH se establece de una manera compleja, aunque específica, pues existen vulnerabilidades al VIH diferenciadas para hombres y mujeres determinadas por lo que socialmente se espera de ellos (roles de género) y enmarcadas en relaciones de poder que se inscriben en el cuerpo y en otras asimetrías sociales [66].

Los roles de género influyen notoriamente en el proceso de culpabilidad o victimización de las personas que conviven con VIH. A la mujer, por estar relacionada culturalmente con la función primaria de la reproducción y el cuidado de los demás, esta categorización la coloca en un punto invisible ya que en lugar de ser considerada como individuo, es parte de una familia, donde su importancia radica solamente en su capacidad de cuidar a los demás miembros de esta y establece situaciones como por ejemplo, la utilización de términos descalificadores y generadores de culpa en la transmisión del VIH tales como “transmisión madre-hijo”, usada en las primeras campañas de prevención y donde de manera simbólica se atribuía a las madres la responsabilidad directa de la infección de sus hijos, por lo que gracias a la activa participación de la comunidad, las mujeres lograron cambiar este término a “transmisión de VIH perinatal” que socialmente tiene implicaciones diferentes, ya que no define culpables sino solamente un mecanismo de transmisión [67, 68].

El otro rol bajo el cual se visibiliza a las mujeres dentro del VIH es la condición de trabajadoras sexuales, que contribuye a su estigmatización como un “peligro” para los hombres, sus hijos y su entorno, reforzando la discriminación, y la violencia estructural determinada por las relaciones de poder que establece el género, donde para las MVIH comienza desde la sospecha de enfermedad, que aunque se ha transformado en crónica, en el imaginario social permanece como enfermedad mortal estigmatizada y signo de una sexualidad desviada [62].

En la relación con el cuerpo, estudios antropológicos han mostrado la percepción que tienen las MVIH de un cuerpo separado, ajeno e incierto el cual se siente como frágil pero amenazante para los demás. La construcción social de “mujer” sufre un impacto con el diagnóstico de VIH ya que pasa de ser un espacio “bueno, puro, virginal, maternal y fiel” a uno “contaminante, perverso y transgresor” que en los términos de Freud se considera como “ominoso”¹⁴. En cuanto a la relación de pareja, es frecuente apreciar esta diferencia que establece el género, donde el hombre niega su diagnóstico VIH, en

¹⁴ “Es todo lo que, estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz”. Freud, S., 1992. Lo ominoso (1919), en Obras completas, vol. XVII. Buenos Aires, Amorrortu.

cuyo caso no recibe tratamiento y generalmente muere dejando a la mujer sola al cuidado de los hijos o la abandona para no enfrentar lo que significa el futuro [66].

En el caso de la mujer, como lo plantea Judith Butler, el diagnóstico positivo “desenmascara la ilusión de pareja al confrontarla con una realidad habitualmente negada: la infidelidad. En muchos casos, el dolor ante la infidelidad homo o heterosexual es mayor que saber que se es seropositivo, sobre todo cuando el estigma aún no se traduce en síntomas. Un diagnóstico positivo en estas condiciones para las mujeres representa el fracaso en su rol como mujer”¹⁵.

Además, la confirmación del diagnóstico genera grandes temores por la violencia institucional que deben sufrir estas mujeres, el VIH no solo genera exclusión y estigma entre la población general sino entre muchos de los profesionales de la salud quienes aún todavía establecen juicios de valor sobre las prácticas sexuales y en su afán clasificatorio establecen una nueva casilla para estas mujeres, lo que para ellas significa un futuro incierto y mortal que las va a apartar de su rol de género como madres y esposas [70].

Desde el punto de vista social existe una enorme inequidad de género ya que la seropositividad de una mujer conlleva un mayor estigma que la del hombre, mientras él puede ser victimizado o acaso “homosexualizado”, en ella, se cataloga como un atentado contra todos los “valores” fundamentales sociales y culturales, aún a pesar que actualmente la mayoría de los casos de VIH en mujeres corresponden a transmisión por vía heterosexual. Si aparte de lo anterior, el diagnóstico, como sucede en muchos de los casos se hace durante el embarazo se suma la culpa y la violencia que se relacionan con la posibilidad de transmisión hacia sus hijos, así como el temor por su propia muerte que dejaría esos niños vulnerables y en la orfandad [71].

Pero cada vez más, las MVIH a partir de su diagnóstico reorganizan su existencia, aprenden a sobrevivir, vivir y convivir con su nueva condición dándole un sentido a su existencia mediante la afirmación de su propia vida, donde el encuentro entre el cuerpo, género, virus, tecnología y relaciones con los otros articulan unos procesos de adaptación que se definen como “Sobreconvivir”, los cuales van más allá de la aproximación biomédica centrada en la adherencia al tratamiento y se convierten en parte de la cotidianidad de la “mujer VIH” con el afrontamiento del hecho de sentirse vivo y aprender a cohabitar con lo extraño. Uno de los relatos presentado por Carvajal en su texto sobre ética y VIH ilustra este proceso:

“...Pero, de todos modos, el éxito de un proceso es no dejarse invadir de la culpa, de la ira o el resentimiento; perdonarse a sí mismo y a los otros, para poder dedicarse a vivir la vida, sin desperdiciarla en cosas y problemas que no se saben cómo solucionar...”.
(Juliana) [72].

3.5.1 Vulnerabilidad diferencial al VIH

¹⁵ Butler, J., 2007. El género en disputa. Barcelona, Paidós.

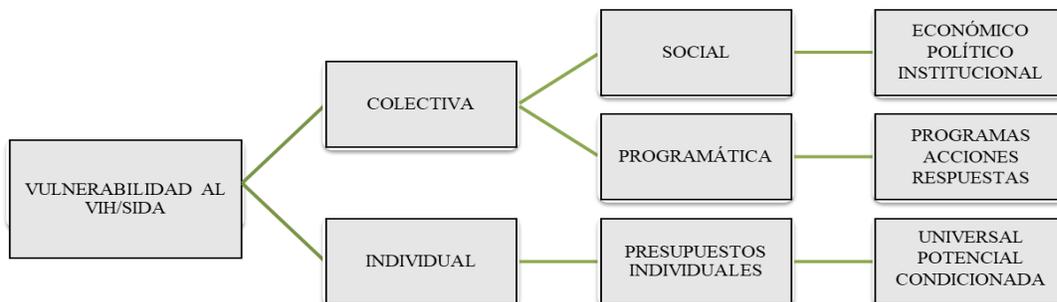
El concepto de vulnerabilidad se relaciona con la susceptibilidad que tienen los individuos y las colectividades a presentar un determinado evento (por ejemplo, una enfermedad o una situación de violencia). Esta susceptibilidad se caracteriza por ser multidimensional al manifestarse en distintos individuos, grupos y comunidades en las que adopta diferentes formas y modalidades, integral porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece y, además, progresiva porque existe previamente y puede acumularse e incrementarse a través del tiempo [73].

Una de las principales fortalezas para el análisis social y en especial para la epidemia de VIH/SIDA consiste en que la vulnerabilidad flexibiliza el concepto, donde no se asume que un comportamiento específico o que una situación local determinada representa en sí mismo una condición universalmente desfavorable, por esa razón brinda la posibilidad de evaluar cada contexto teniendo en cuenta sus particularidades culturales, sociales, políticas y económicas.

Para la epidemia VIH/SIDA en la década de los 90, cuando la discriminación y los prejuicios tomaron su mayor auge, el concepto de vulnerabilidad enfocado en los obstáculos y las barreras de los individuos para el control de su salud, logro dar un “giro social a la epidemia”, al tener en cuenta de manera explícita los DSS como factores políticos, sociales, culturales, económicos que por ser contextualmente más amplios e influir con claridad en el comportamiento y la toma de decisiones personales eran indispensables a la hora de estudiar el fenómeno del VIH [72].

Para entender la vulnerabilidad con respecto al VIH se han definido una serie de dimensiones que la conforman, partiendo de un componente colectivo y uno individual (Figura 4).

Figura 4: Dimensiones de la vulnerabilidad en VIH/SIDA



Fuente: Adaptado por la autora de: Ayres J. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Ministerio de la protección social-Fondo de población de las Naciones Unidas. Bogotá 2009.

Desde el punto de vista colectivo, la vulnerabilidad social define las condiciones de mayor o menor protección que tiene una sociedad ante el VIH, es decir, se focaliza sobre lo económico, las características políticas, económicas, culturales, así como factores institucionales. La vulnerabilidad programática se enfoca en la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia, tiene en cuenta el compromiso con

la problemática del VIH, la existencia de acciones efectivas y coherentes con una política nacional, la obtención de recursos financieros y la sostenibilidad de los programas entre otros.

Por otro lado, la vulnerabilidad individual parte de tres presupuestos: el primero es que todo individuo es vulnerable al VIH y a sus consecuencias, esa vulnerabilidad puede variar a lo largo del tiempo en función de los valores y recursos que le permitan obtener medios para protegerse. El segundo es que las personas que adquieren el VIH tienen un potencial de vulnerabilidad, morbilidad, invalidez y muerte inverso al amparo social y la asistencia en salud de que disponen y el tercero es que existen una serie de condiciones que afectan la vulnerabilidad de cada individuo como son las cognitivas, sociales y comportamentales propias del individuo [74].

3.5.2 Las mujeres y el VIH

Con la evolución de la epidemia por VIH se han ido observando una serie de cambios en las poblaciones consideradas tradicionalmente vulnerables (HSH, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y población transgénero), las mujeres, no habían sido consideradas como población vulnerable probablemente por el enfoque puramente biológico que tuvo el VIH en sus inicios, donde se remitía solamente a factores de riesgo y poblaciones en riesgo. Llama la atención la transición epidemiológica que ha sufrido la epidemia en veinte años, donde se ha modificado la relación hombre-mujer de infectados pasando de 13:1 a 2:1 e incluso en algunos países africanos, se encuentra invertida con un peso mayor hacia las mujeres [12].

El impacto de la epidemia en la vida de las mujeres es particularmente severo porque tienen desventajas económicas, culturales y sociales que se traducen más que en la “feminización de la epidemia” en feminización de la pobreza, difícil acceso a los servicios de salud y en la exclusión de las estructuras de poder y de los procesos de decisión. Además, con frecuencia están sujetas a leyes, normas y prácticas que ejercen control sobre sus cuerpos, sus relaciones sexuales y su potencial reproductivo [64].

Gracias al concepto de vulnerabilidad ha sido posible visibilizar las tendencias sociales, políticas y económicas en las que opera el VIH, mostrando la necesidad de hacer los análisis de acuerdo con los diferentes grupos sociales afectados. Uno de estos análisis se refiere al género como un sistema de ordenamiento de la vida social, que entra en relación con otro tipo de desigualdades y pone a las mujeres frente a las mismas exclusiones que pueden tener los hombres, pero con mayores desventajas desde el comienzo. Esta doble discriminación es evidente en situaciones como la pobreza, con el incremento de mujeres como cabezas de hogar y en situación de desplazamiento, así como la estigmatización y exclusión social, lo cual conforma un círculo vicioso compuesto por la falta de información, ausencia de recursos económicos, dominación en las relaciones de pareja y los prejuicios sociales [75].

Las mujeres pobres con VIH/SIDA tienen limitadas oportunidades educativas, laborales, nutricionales y de vivienda. En algunos estudios se ha visto que tienen menos probabilidades de acabar con una relación de pareja peligrosa, menos acceso a información sobre SSR y tienden a tener mayores comportamientos de alto riesgo.

También se cuenta dentro de la pobreza con la discriminación laboral donde trabajan en el sector informal con menos probabilidades de tener acceso a servicios de salud, orientación y medicamentos [76].

Otra vulnerabilidad a la que se ven expuestas se relaciona con el manejo de su sexualidad y su reproducción, donde las MVIH se convierten en sujetos pasivos de su propia vida dentro de ambientes patriarcales o sistemas de salud inaccesibles, dejando sus decisiones de SSR en manos de terceros y aunque quieren postergar o limitar su reproducción, por no poder disponer de métodos anticonceptivos modernos e información para lograrlo, se ven expuestas a embarazos no planeados que aumentan además el riesgo de TP-VIH [77].

3.6 Transmisión perinatal de VIH (TP-VIH)

El concepto de TP-VIH abarca todas las posibilidades que pueden ocurrir durante el período de gestación, trabajo de parto y la exposición a leche materna durante el postparto. Sin ninguna intervención, aproximadamente 20- 40 % de los niños se infectan antes de nacer debido al paso que realiza el virus a través del torrente sanguíneo materno hacia el feto (infección prenatal o intrauterina), 50 – 80% lo hacen durante el parto vaginal por la contaminación que se presenta con las secreciones maternas infectadas en el paso del recién nacido por el canal del parto (infección intraparto). La lactancia materna no exclusiva puede incrementar el 15-20% el riesgo de transmisión por la transferencia del virus a través de la leche materna [78].

Los efectos que produce la infección del VIH sobre la salud de los niños son devastadores cuando no se detecta, y sin tratamiento. El espectro va desde los que permanecen asintomáticos durante cuatro a cinco años, hasta los que desarrollan precozmente en los primeros meses de vida una forma muy agresiva de la enfermedad que los lleva a la muerte en los primeros 24 meses de vida. En el caso en que se logre identificar la infección después del parto y dependiendo del estadio, los recién nacidos deben iniciar un esquema terapéutico con antirretrovirales convencionales dentro de un arsenal muy reducido hasta la edad adulta, cuando se adapta el esquema para que lo sigan durante el resto de su vida [50].

Por otro lado, el costo social dentro del fenómeno del VIH es alto. Los niños y niñas que nacen positivos para el VIH se convierten en pacientes crónicos con todo lo que esto implica, reducción en la esperanza de vida, secuelas farmacológicas o producidas por la enfermedad y condicionamiento de su vida sexual y reproductiva. Están expuestos al estigma y la discriminación, hay más probabilidades de que la sociedad los ignore, en lugar de brindarles apoyo y protección. Para las madres también hay un costo severo, una gran proporción de aquellas que no fueron detectadas o que reciben su diagnóstico en fases tardías fallecen por complicaciones asociadas con la enfermedad y dejan una población huérfana importante, generalmente en un momento temprano de la infancia por lo que se enfrentan a un mayor riesgo de desnutrición, violencia, explotación y abuso. Según ONUSIDA, se calcula que en el 2016 hubo 17,8 millones de jóvenes menores de 17 años que perdieron a uno o ambos padres por causa del SIDA [4].

La prevención y los esfuerzos por eliminar la TP-VIH procurado una generación libre de VIH para el 2020 ha tomado una vital importancia dentro de las políticas públicas de los

países, dado que será imposible terminar con el VIH como una amenaza para la salud pública mundial si no se logran eliminar los nuevos casos de VIH en niños, además, su eliminación trae enormes beneficios que se ven reflejados en la vida útil de los miembros de una comunidad, por esto los gobiernos han buscado aproximaciones que permitan conseguir esta meta, y que se adicionen a la estrategia PTMI, que hasta el momento ha sido la más empleada con un enorme éxito, logrando reducir a menos de la mitad los nuevos casos de TP-VIH alrededor del mundo pero no logrando su eliminación en varios países que la implementan [50].

Una de las aproximaciones que se ha venido proponiendo, es la que aborda la SSR de las MVIH, planteando que, dado que está demostrado que los embarazos no planeados en estas mujeres aumentan la posibilidad de TP-VIH, se recomienda, que para poder mantener un descenso sostenido en la TP-VIH, los modelos de SSR para MVIH deben incluir la integración de los servicios, incluyendo asesoría en anticoncepción, de manera que las MVIH puedan ejercer su autonomía reproductiva planeando el nacimiento y espaciamiento de sus hijos. La anticoncepción representa enormes beneficios, disminuye la mortalidad materna y perinatal con mejores expectativas de vida económica y productiva para las mujeres y especialmente para aquellas en situación de vulnerabilidad, de manera que al cubrir sus necesidades de anticoncepción se acortan las brechas de las inequidades de género y otros factores de violencia social [4, 7, 51].

Dentro de las MVIH se ha demostrado en diferentes escenarios que existe una elevada necesidad insatisfecha de anticoncepción, con tasas globales de embarazos no planeados que llegan a triplicar las cifras para la población general y dado que la morbi-mortalidad relacionada con el VIH en una madre tienen un impacto determinante en la supervivencia de sus hijos, un modelo de SSR que satisfaga sus necesidades de anticoncepción significaría un menor número de niños potencialmente VIH-positivos. Así mismo, la modelación económica ha demostrado que la eliminación mundial de la TP-VIH no será posible sin resolver el problema de los embarazos no planeados y que además es, una estrategia altamente costo- efectiva [79].

3.6.1 Vertientes de prevención en TP-VIH

Actualmente se reconoce el valor de las estrategias integrales promovida por UNFPA y otras organizaciones internacionales que, utilizadas dentro de las políticas de salud de los países, han logrado una enorme disminución de las tasas existentes de TP-VIH, para lograr el ideal de su eliminación. Una de estas estrategias se encuentra contenida en el “Plan Mundial para la eliminación de las nuevas infecciones VIH en niños y para mantener con vida a sus madres” desarrollado por ONUSIDA en 2011. El plan propone una serie de “**vertientes de prevención**” (Figura 5), que aportan la base para el desarrollo y la aplicación de programas de prevención y tratamiento del VIH para madres e hijos, junto con servicios sanitarios esenciales y de anticoncepción [17].

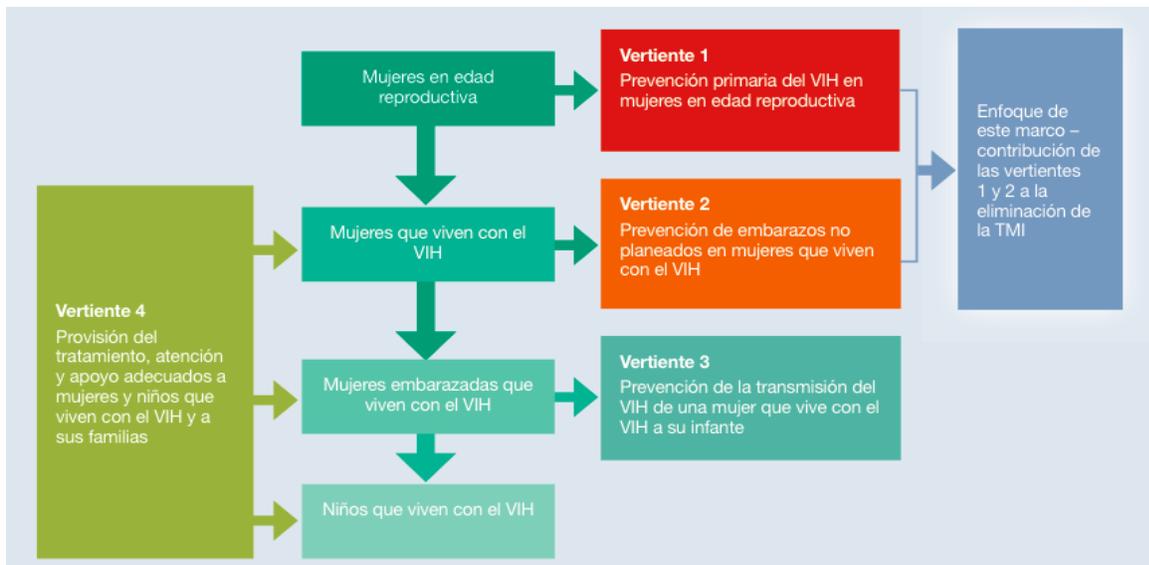
La **vertiente uno (V1)** consiste en prevenir la adquisición del VIH para mujeres de la población general en edad reproductiva dentro de los servicios de atención prenatal, atención postparto y postnatal y otros puntos de prestación de servicios de salud y VIH, incluido el trabajo con las estructuras comunitarias. Esta vertiente se fundamenta en que mantenerse libre de VIH para una mujer, especialmente durante el embarazo y la

lactancia protege al recién nacido mejorando la supervivencia y el bienestar del binomio madre-hijo, dado que el VIH contribuye de manera significativa a la mortalidad materna y esta impacta de manera crítica la supervivencia de los hijos por lo que su reducción representa enormes beneficios para la salud poblacional.

La **vertiente dos (V2)** se conoce como “el secreto mejor guardado” debido a que aún a pesar de su sencillez de aplicación y alta costo-efectividad para disminuir las cifras de TP-VIH no es el más utilizado. Consiste en proporcionar asesoría y apoyo en anticoncepción a las mujeres que ya tienen la condición VIH, para satisfacer sus necesidades de espaciar o limitar sus embarazos, procurando que estos sean planeados y que reciban la atención y cuidado necesarios que garantizan que sus hijos expuestos puedan nacer libres de VIH. Se fundamenta en que cuando los embarazos no son planeados especialmente en la población de MVIH se favorecen desenlaces negativos para el binomio madre-hijo aumentando su morbi-mortalidad, mientras que cuando estos se dan planeados con base en decisiones libres e informadas significan menos complicaciones prenatales, menos abortos inducidos y menos recién nacidos potencialmente positivos para el VIH.

Por último, las **vertientes tres y cuatro (V3, V4)** son las más clásicas y utilizadas, se conocen como el “Programa de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil” (PTMI). Consiste en la captación temprana de las gestantes y el ofrecimiento de una prueba de tamizaje y confirmatoria para VIH durante su primera visita de control prenatal previa asesoría, seguida de tratamiento durante el embarazo, parto y puerperio para aquellas que resulten positivas. Estas vertientes conjugadas son consideradas unas de las más efectivas dentro del espectro de la prevención dado que reducen la posibilidad de TP-VIH de 40 a 10%. Actualmente, la **V3** es la más utilizada en los programas preventivos mundiales, debido a la facilidad de ubicar a las mujeres durante el control prenatal y parto, momentos que se supone son más receptivas para conocer su estatus VIH en términos de la protección hacia sus hijos [80].

Figura 5: Vertientes de prevención para TP-VIH



Fuente: Prevención del VIH y de los embarazos no planeados: marco estratégico 2011–2015

3.6.2 Medición de las cifras de TP-VIH

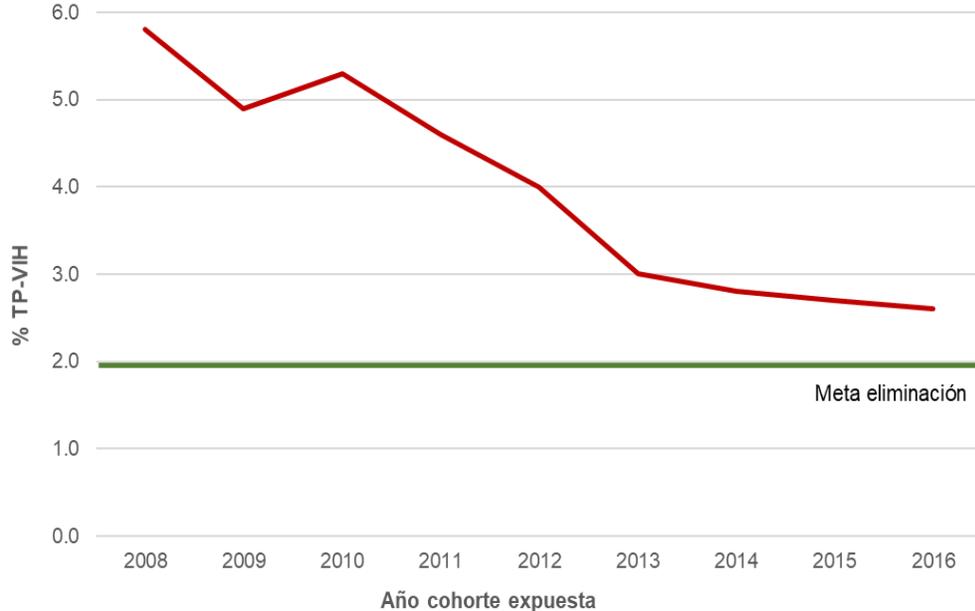
Se define el porcentaje de TP-VIH como el número de menores de dos años que adquirieron el VIH por vía perinatal con respecto al total de hijos de mujeres con diagnóstico de VIH antes o durante la gestación, el parto o la lactancia materna, nacidos en un período determinado. El estudio de esta cohorte tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral de VIH en control prenatal, atención del parto y del recién nacido. Este criterio es comparable con otros países del mundo, y se asume como meta aceptable de eliminación de la TP-VIH, un porcentaje menor del 2%.

En ALC, la utilización de la **V3** ha logrado una enorme disminución de este porcentaje con miras a lograr su eliminación para el año 2020, e incluyendo la prevención adicional de Sífilis, hepatitis B y Chagas congénita conocida como la estrategia ETMI-PLUS y que busca en el caso del VIH, llegar a cifras de eliminación, lo cual ya ha sido conseguido por varios países de la región [50, 81].

En Colombia, también ha habido logros en la reducción de nuevas infecciones VIH perinatales, con una disminución consistente de la TP-VIH desde el 2008 al 2013, desde cuando ha mantenido un comportamiento estacionario, lo cual no ha permitido llegar aún a la meta de eliminación propuesta (Gráfica 1).

En la última cohorte analizada para TP-VIH (2016) el porcentaje total para el país fue 2,6%, con variaciones regionales, como 11% para los departamentos de Magdalena y Casanare. Una explicación para que las cifras de nuevas infecciones perinatales de VIH se mantengan estacionarias puede estar relacionada con barreras en la aplicación de estrategias preventivas, en el ofrecimiento de las pruebas de tamizaje en control prenatal, que al corte 2018 mostró un indicador del 91%, lo que significa, que cerca de 40.000 mujeres (el 9% del total de gestantes para ese año) no conocieron su estatus VIH, aumentando la posibilidad de transmitirlo a sus hijos. También los bajos indicadores en el estudio de detección en los recién nacidos expuestos hijos de MVIH (83.7%) y la baja aplicación de las cinco estrategias de prevención para los binomios madre-hijo expuestos (83%) completan las dificultades para lograr las cifras de eliminación esperadas.

Es evidente que aún a pesar de su efectividad, la aplicación de las **V3 y V4** no han sido suficientes para lograr la meta de eliminación y cuestionan si adicionar una estrategia como la **V2** podría acelerar la disminución [82].

Gráfica 1: Comportamiento de la TP-VIH Colombia 2008-2016

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social- Colombia. Medición de la transmisión materno infantil de VIH en la cohorte 2016.

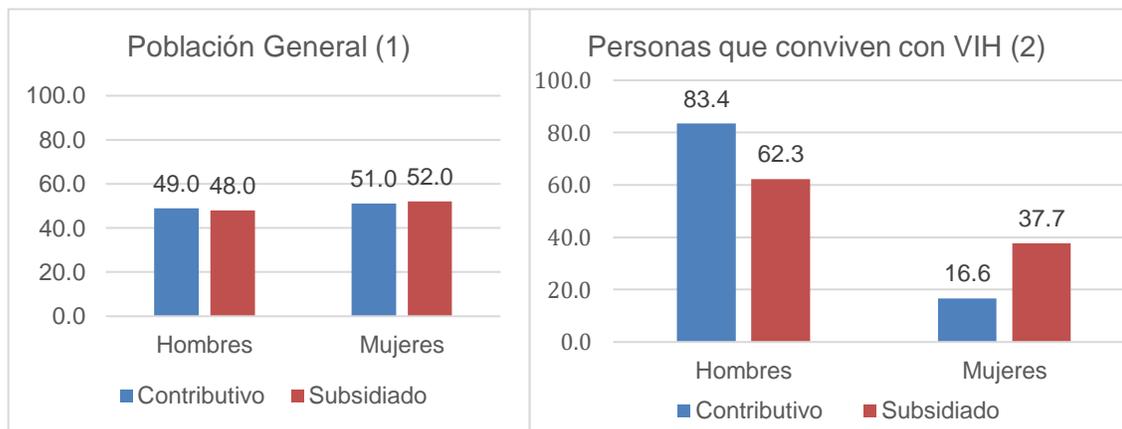
3.7 Situación de las MVIH y sus hijos en Colombia

En Colombia al igual que en muchos otros países, las MVIH y sus hijos menores de 18 meses se encuentran en una situación de vulnerabilidad hacia la adquisición y empeoramiento de la infección por VIH. El 76% de las MVIH son cabezas de familia, lo que hace que muchas veces el cuidado de su propia salud tome un segundo plano por debajo de prioridades como la supervivencia y el cuidado de sus hijos, especialmente aquellos que también conviven con el VIH [83].

Por régimen de aseguramiento (Gráfica 2), es interesante ver como dentro de la población general, la distribución por sexo es similar para ambos regímenes, pero al hacer esta comparación dentro de las personas con VIH, la distribución muestra una diferencia sustancial entre la afiliación donde a diferencia de los hombres, la mayoría de las mujeres están afiliadas al régimen subsidiado (RS) [12].

Una posible explicación de este fenómeno está en que la población masculina tiende a trabajar en sectores formales y por tanto cotiza al sistema de salud, mientras la población femenina no tiene acceso a estos trabajos por lo que se desempeña en la informalidad, y dado que la mayoría son viudas o separadas deben recurrir al sistema de afiliación subsidiado, el cual además evidencia un diferencial en acceso y atención como por ejemplo menor cobertura en pruebas de laboratorio, en terapia antirretroviral, mayor mortalidad y letalidad, lo cual representa una inequidad de género que además se ve reflejada en precarias condiciones laborales, poco o nulo acceso a crédito y otras barreras, así como exclusión del mercado laboral formal que conducen a mayores niveles de riesgo y vulnerabilidad.

Gráfica 2: Distribución por sexo y régimen de afiliación población general y personas que conviven con VIH, Colombia-2018.



Fuente: Elaborado por la autora con base en datos DANE 2018 y Cuenta de Alto Costo- Base de datos resolución 4725 / 2011 APB, EOC, Fuerzas Militares. Fecha medición: 31 enero de 2018.
Nota: Diferencias significativas, estimaciones propias $\chi^2(2) = 11.05, p = 0.000882$.

Según el mecanismo de transmisión, el 80% de las MVIH adquirieron el VIH por transmisión sexual, con un aumento progresivo de transmisión heterosexual que se explica por el bajo uso de preservativo dentro de las parejas estables, las cuales en muchos casos tienen comportamientos bisexuales. En el 3,3% el mecanismo es TP-VIH y el 2% restante agrupa transfusiones, uso de agujas, accidentes ocupacionales y violencia. En el 15% de las MVIH reportadas no se conoce el mecanismo de transmisión por fallas en el registro de la información y/o en el proceso de notificación, lo que se convierte en un factor de riesgo adicional, especialmente en aquellos casos donde median procesos de violencia sexual y/o intrafamiliar para estas mujeres, dado que, aunque son direccionadas para recibir tratamiento antirretroviral se pierde la oportunidad para recibir el apoyo social, psicológico y legal que requieren [12].

Por estadio clínico actual, el 53% de las MVIH se encuentran en un estadio avanzado de la infección, aún a pesar de que el 84% reciben TAR, lo cual puede ser una consecuencia de que solo el 60% son detectadas tempranamente, siendo mayor el porcentaje de los casos en el régimen subsidiado. Es interesante anotar como este fenómeno depende sustancialmente de los diagnósticos tardíos y que generalmente se presenta cuando ya se han dado manifestaciones de la fase SIDA como infecciones oportunistas, tuberculosis o síndrome por desgaste, los cuales hacen más difícil y costoso el control de la condición VIH tanto para las mujeres como para el sistema de salud.

Se ha reportado que en ALC la cobertura de tratamiento para VIH es una de las más altas, pero de acuerdo con las cifras oficiales, a corte 31 de enero de 2018 la cobertura y acceso a medicamentos de TAR para Colombia se encontró en 82,9%, presentando una disminución de dos puntos porcentuales con relación al año anterior y con una supresión

viral en el 65% de los casos que todavía está lejos de las metas esperadas. Nuevamente se evidenció un mejor desempeño del régimen contributivo para entrega de medicamentos y supresión viral que en el subsidiado lo cual muestra una desventaja para las mujeres que en su mayoría se encuentran afiliadas a este último [10].

Para las MVIH existe evidencia además sobre la adherencia real a los tratamientos, donde se ha observado que solo el 52% de ellas siguen las recomendaciones médicas de toma por razones como dificultad para entender las recomendaciones, barreras de comunicación y falta de confidencialidad del personal de salud, la falta de apoyo de sus grupos sociales y familiares y dificultades para resolver los obstáculos del sistema de salud para mantener su tratamiento, por lo que es factible suponer que la adherencia es aún menor [84].

Con respecto a prevención de la transmisión de VIH, al corte 2018 la distribución de condones dentro de la población de MVIH alcanzó el 80%, aunque su entrega no garantiza un uso consistente, es decir en todas las relaciones sexuales. Para prevención de embarazos no planeados donde la recomendación de la OMS es el uso de anticoncepción dual (condón y además otro método anticonceptivo), llama la atención que más de la mitad de las MVIH en el régimen subsidiado no utilizan métodos anticonceptivos diferentes del condón y de aquellas que los utilizan, el 70% en el régimen subsidiado y el 49% en el contributivo han optado por una esterilización quirúrgica para limitar su maternidad, lo cual duplica las cifras reportadas por la última ENDS de uso de métodos de planificación permanente para la población general (35%) cuestionando si las razones para esta práctica están relacionadas con la condición VIH, como ha sido reportado en la literatura [12, 85].

Por otro lado, el porcentaje de uso de anticonceptivos hormonales u otros métodos modernos en las MVIH está reportado en 10% para el régimen subsidiado y 15% para el contributivo, encontrándose ambos por debajo de la cifra para la población general que, aunque también es baja, se acerca al 18% [54].

Para las gestantes, la prevalencia de VIH fue de 0,18% (761/432.525), cifra que presentó un aumento comparativo con el 2017 donde fue reportada en 0.15%, encontrándose la mayor concentración en Córdoba, Casanare y Chocó y perteneciendo la mayoría al régimen subsidiado. El estadio de infección más común fue el 2, con una alta proporción de mujeres que accedían a su control prenatal en fase SIDA (26,3%). Para el mismo año se reportó una cobertura de TAR del 92,26% dentro de esta población, con un control de la infección en cerca de la mitad (53%) de las personas que la utilizan con cargas virales indetectables [12].

Con relación a los niños menores de 18 meses se reportaron 975 niños y niñas hijos de madres VIH positivas, encontrándose la mayoría en el régimen subsidiado y siendo el Valle del Cauca, Bogotá y Antioquia los lugares con el mayor número de casos. Dado que las cifras de transmisión perinatal solo pueden reportarse al cumplimiento de los 18

meses de la cohorte estudiada, los datos al corte mostraron diagnóstico confirmatorio de 20/975, de los cuales el 95% pertenecían al régimen subsidiado y con una proporción preliminar de transmisión perinatal de 2,34% que ya en este punto es superior a la del corte anterior que se encontraba en 2,17%.

Los restantes 950 expuestos al VIH, continúan en estudio y los datos globales sobre transmisión perinatal serán reportados en 2020, aunque es importante tener presente que los indicadores evidencian que solamente al 40% de los menores expuestos se les realiza el estudio completo para descartar el diagnóstico de VIH. Sobre el otro 60% se desconoce su condición de seropositividad [12].

3.8 Sistema de Salud y VIH en Colombia

En Colombia, la respuesta hacia el VIH-SIDA se inicia a partir del año 1988 con la construcción del primer Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA con actividades de educación para personal de salud y líderes de la comunidad, promoción y educación, control de bancos de sangre, vigilancia epidemiológica y de laboratorio. Posteriormente, en los años noventa se formuló el plan a mediano plazo 1991- 1993, donde se emitieron normas sobre la atención integral y sobre los deberes y derechos de las personas que conviven con VIH. En el año 1994 se formuló un nuevo plan intersectorial enfocado a promover conocimientos y prácticas de prevención con una sexualidad responsable [86].

Seis años más tarde se formuló el Plan Estratégico Nacional 2000- 2003, como producto de los compromisos de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre VIH y SIDA [UNGASS] del 2001, donde se establecieron once áreas dentro del marco de un programa de acción internacional y nacional contra el VIH/ SIDA y que incluían liderazgo, promoción y prevención, atención, apoyo y tratamiento, derechos humanos, reducción de la vulnerabilidad, cuidado de la niñez, mitigación de los efectos sociales y económicos, investigación y desarrollo; así como intervención en las regiones afectadas, movilización de recursos y evaluación y seguimiento de las acciones desarrolladas [87].

En el año 2002 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió el Plan Nacional de Salud, que estableció la Política de Salud Sexual y Reproductiva (2003) y el Plan Sectorial de Salud 2002-2006, con el que se pretendió mejorar la capacidad de los servicios de atención, el acceso al diagnóstico y la terapia antirretroviral, 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 y el VIH/SIDA [88].

Posteriormente, el Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007 se planteó a través de tres ejes de trabajo: coordinación intersectorial; monitoreo y evaluación; promoción, prevención y atención. El Modelo de Gestión Programática del año 2006, determinó la prestación de servicios a través de programas de atención, y se organizó en cuatro ejes: contener la epidemia, detectar tempranamente la infección por VIH, detener la progresión de VIH a SIDA [45].

En el año 2008 con el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011 orientado a la promoción y prevención, atención integral, apoyo y protección social, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional, se logró la inclusión de grupos de sociedad civil como parte de la respuesta. Luego, el plan de respuesta 2014-2017 propuso una organización de todas las acciones que componen la respuesta al VIH-SIDA a través de un conjunto de estrategias y de ejes temáticos relacionados con promoción de la salud sexual y reproductiva, atención integral en salud, apoyo y protección social,

seguimiento y evaluación enfocado en fortalecer la toma de decisiones basadas en información para optimizar la respuesta nacional en todos sus niveles [18].

El más reciente Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, está direccionado a la mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de los grupos prioritarios para focalizar la respuesta, planteando la necesidad de un abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual de mayor prevalencia, articulando la respuesta ante las ITS-VIH y hepatitis B y C con otros componentes de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles para que siguiendo las orientaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se pueda avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas por las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C [47].

Uno de los grandes retos del sistema de salud colombiano y sus políticas radica en la cobertura de servicios de salud dada por el tipo de aseguramiento prestado. La división del aseguramiento en dos regímenes de afiliación que aunque cada vez están más cerca, continúan privilegiando la capacidad de pago en términos de recepción de servicios y aumentan las brechas socio-económicas entre la población han traído como consecuencia que los usuarios utilicen mecanismos legales como las tutelas para exigir estos servicios, generando desgaste para el sistema y para los afiliados, quienes muchas veces obtienen los fallos positivos de las tutelas cuando ya es tarde para recibir los tratamientos o intervenciones que fueron negadas [45].

Para el caso del VIH, en el 2016 las tutelas presentadas ante la corte constitucional correspondieron al 18% del total de tutelas radicadas por recursos de salud en enfermedades de alto costo. En su mayoría se debieron a exigencia para la prestación de servicios de una forma oportuna, específicamente las órdenes de laboratorio relacionadas con genotipificación del virus y la entrega de medicamentos no incluidos en el POS, así como los auxilios de transporte para aquellas personas que deben recorrer largas distancias para ir a sus controles [89].

En el informe de cumplimiento del Ministerio de Salud y Protección Social no se hace mención específica sobre tutelas realizadas por MVIH con relación a sus derechos sexuales y reproductivos, así como a derechos de anticoncepción, lo cual ha sido explicado por la experiencia de otros países como Chile donde estas mujeres desconocen cuáles son sus derechos en estas áreas y por tanto no acuden a herramientas jurídicas para reivindicarlos. Estas mismas experiencias han mostrado que una vez adquieren la información necesaria, se multiplican los recursos legales aplicados

como por ejemplo las demandas ante la CIDH sobre las esterilizaciones forzadas que tienen a varios países comprometidos [90].

Intentando subsanar la decisión del aseguramiento en salud, el congreso de Colombia aprobó la Ley estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015), en la que se establece la salud como un derecho fundamental y el estado se convierte en el responsable de protegerlo y

garantizarlo dentro de una serie de principios, uno de los cuales considera la afiliación por regímenes unificando los paquetes de atención en el POS, para que todos los afiliados al SGSSS tengan acceso a los mismos procedimientos, tratamientos y atención sin importar el régimen de afiliación al que pertenezcan, de manera que no sea necesario recurrir a la tutela como mecanismo para garantizar los servicios de salud [91].

Con base en la ley estatutaria, la Resolución 5857 de 2018 hizo una actualización integral del POS donde se autorizan nuevos tratamientos y medicamentos a cargo de la UPC, reconociendo la atención diferencial por grupos de edad, pero donde se sigue manteniendo la distinción por régimen de afiliación especialmente en lo referente a las enfermedades de alto costo, mostrando que aún no ha sido posible lograr la unificación de regímenes de afiliación [92].

La implementación de la ley estatutaria en salud ha sido una de las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social, pero debido a la amplitud de los temas que trata, ponerla en marcha ha demandado esfuerzos en distintos niveles. Los aspectos más relevantes se relacionan con cinco áreas temáticas: 1. Agilizar la autorización de servicios médicos preservando la autonomía profesional de los médicos tratantes y mejorando la oportunidad en la atención minimizando los trámites administrativos. 2 la adopción de un procedimiento técnico-científico para determinar qué servicios y tecnologías no podían ser financiados con recursos públicos de manera que el sistema de salud fuera sostenible. 3. El Decreto 2353 de 2015, que además de unificar y actualizar las reglas de afiliación al sistema de salud, reduce trámites y procesos para los ciudadanos. 4. La aplicación de sanciones por negación de servicios que reducen las barreras de acceso y 5. La Política Integral de Atención en Salud (PAIS) para mejorar la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas [92,93].

3.9 Derechos Sexuales y Reproductivos

Los DSR son un componente fundamental de los derechos humanos, cuya garantía es fundamental para el goce de una vida sexual plena y libre. Estos derechos además representan la posibilidad de poder tomar decisiones autónomas sobre el propio cuerpo y vida del ser humano en el campo de la reproducción. Desde la perspectiva de género, estos derechos aportan al reconocimiento de las mujeres como ciudadanas plenas, dignas, libres y por lo tanto a ser tratadas y protegidas como seres integrales y no solo como seres reproductivos, así como ejercer su sexualidad de manera placentera sin que esta condicione un embarazo, dentro del respeto por su ciclo vital y como protagonistas de los procesos de desarrollo de un país [94].

Los DSR permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminación sobre la posibilidad de procrear, regular la fecundidad y de disponer de información y medios para ello, lo que se relaciona con el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen estas decisiones. El fundamento teórico detrás de ellos está en la autodeterminación reproductiva y la atención a la salud reproductiva donde se promueve la maternidad segura, tratamientos para infertilidad, acceso a información y distribución

de métodos anticonceptivos, así como a programas preventivos y curativos de enfermedades del sistema reproductor [45].

Los derechos reproductivos, según la OMS incluyen ocho específicamente, “ derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo entre ellos y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo; derecho a decidir libremente la posibilidad de reproducción; derecho a decidir el tipo de familia; derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, aceptables; derecho de las mujeres a no sufrir discriminación o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad; derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los períodos de gestación, parto, lactancia con la posibilidad de tener hijos sanos; derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva y por último, derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico, para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades reproductivas con estándares de calidad” [94].

3.9.1 Derechos Sexuales y Reproductivos en MVIH

En los lugares donde el VIH sigue concentrado en poblaciones claves como es el caso de la mayoría de países de ALC, la situación para las mujeres, sobre todo para aquellas que no pertenecen a estas poblaciones claves es aún más difícil, ya que los sistemas de salud orientan sus limitados recursos económicos a cubrir las necesidades en investigación, prevención y tratamiento para estas poblaciones claves, excluyendo de los servicios o estigmatizando aún más a quienes no hacen parte de los tradicionales grupos de riesgo [95].

El derecho a la SSR se encuentra incorporado en el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de la ONU, pero, aun así, las MVIH vienen denunciando violaciones como por ejemplo los casos de aborto y esterilización bajo coerción, o la negación del derecho a ser activas sexualmente y tener hijos, por lo que prevenir los embarazos no planeados dentro de un marco de derechos, se considera parte de un esfuerzo más amplio para responder a sus necesidades de SSR. La anticoncepción puede ayudar a las MVIH a cumplir con sus deseos de fecundidad, ya sea para quienes no desean tener hijos, o retrasar un embarazo [96].

3.9.2 Acceso a servicios de SSR basado en derechos

El acceso a los servicios de SSR está definido por UNFPA como la posibilidad que deben tener las personas dentro de los sistemas de salud de recibir atención dentro de “un proceso fácilmente disponible, oportuno, que dé respuesta a las necesidades de mediante información y medios para la toma de decisiones dentro de una relación personalizada y positiva entre el prestatario y la usuaria basada en el respeto por sus derechos la cual le permita tomar decisiones reproductivas de manera libre, responsable e informada” [17].

El acceso a los servicios de SSR en las MVIH representa enormes beneficios, mejora las expectativas de vida económica y productiva, especialmente para aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad, de manera que satisfaciendo sus necesidades de en SSR se acortan brechas de las inequidades de género y otros factores de violencia social [77].

Este acceso debe estar mediado por servicios de consejería donde se establezca una relación personalizada entre un profesional entrenado que conozca y entienda las características propias de las MVIH para que se pueda ajustar a sus necesidades de SSR y la usuaria, que debe tener la posibilidad de acceder fácil y cómodamente a este servicio, en el mismo lugar y tiempo donde se realiza su control médico rutinario para VIH, dentro de un ambiente agradable e íntimo que facilite la comunicación.

La OMS diseño en 2012 la herramienta de consejería en decisiones reproductivas y planificación familiar para personas viviendo con VIH, en donde se describe completo el proceso desde el primer encuentro entre el asesor- consejero y la usuaria, hasta las últimas sesiones de seguimiento sobre su decisión reproductiva, midiendo la calidad de los servicios de SSR con cuatro parámetros básicos: accesibilidad y disponibilidad del servicio; aceptabilidad por parte de los usuarios; información y medios para la toma de decisiones y relaciones interpersonales [97].

Posteriormente, en el 2017 la OMS publicó el documento técnico “Guía consolidada en derechos en salud sexual y reproductiva de MVIH”, donde mediante una aproximación centrada en la mujer, plantea una serie de recomendaciones basadas en evidencia para mejorar el acceso a los servicios de SSR, de manera que se promueva la maternidad segura, la satisfacción de necesidades de anticoncepción y el aborto seguro dentro de un marco de respeto por los derechos de estas mujeres, tanto en la elección de métodos anticonceptivos como en la decisión sobre el número y el espaciamiento del nacimiento de sus hijos [51].

3.10 Anticoncepción - concepto de Salud Pública

El concepto de la anticoncepción está muy relacionado con la SSR. En la conferencia internacional de población y desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994, la anticoncepción fue reconocida como una estrategia de salud pública, que bien aplicada contribuye al desarrollo de los países [98].

A través de los últimos años se ha podido constatar que los beneficios no solo están dirigidos a prevenir embarazos no planeados y con ello a prevenir abortos inducidos y mortalidad materna, sino también a mejorar la salud infantil, el acceso a la educación de las mujeres y los niños, el empoderamiento laboral y político de la mujer y a disminuir la pobreza estimulando el desarrollo económico y el nivel de vida de las personas. A pesar de la evidencia de sus beneficios, aún persisten barreras sociales, culturales, políticas y religiosas para su aplicación las cuales no generan las oportunidades a las mujeres y sus parejas para decidir el número y espaciamiento de sus hijos e impiden el disfrute de una sexualidad sana [3].

Históricamente y partiendo de mediados de los años cuarenta con fin de la segunda guerra mundial, el crecimiento demográfico se convirtió en un tema de preocupación y

debate para los diferentes países del mundo. Como consecuencia del aumento de la tasa de natalidad en algunas regiones, así como la disminución de la mortalidad dada por los adelantos técnicos y científicos, las mejoras en la salud pública y los cambios en la nutrición y la dieta, la población comenzó a crecer de manera sostenida. A comienzos de los años 60 las estimaciones afirmaban que para fines del siglo XX el mundo llegaría a los 7 mil millones de habitantes y se pronosticaba que esta población absorbería los recursos existentes y terminaría por generar un deterioro ambiental reviviendo las teorías malthusianas del siglo XVIII [99].

Al mismo tiempo, en las sociedades occidentales se dieron cambios en los modelos familiares y en las relaciones de género, con su consecuente impacto en la fecundidad. Con la segunda transición demográfica se dieron fenómenos como el incremento de la soltería, el retraso en la edad de matrimonio, la postergación del primer parto y la reducción del número total de hijos, así como la expansión de las uniones consensuales y de los nacimientos extramatrimoniales, el alza de los divorcios y la diversificación de las estructuras familiares. Es decir que mientras se creaba pánico ante los posibles efectos de la "bomba poblacional", buena parte de la sociedad occidental cambiaba sus pautas de conducta sexuales y reproductivas, generando mecanismos de regulación demográfica que, si bien podían responder a las necesidades geopolíticas estatales, daban a la vez curso a nuevos valores, creencias y deseos [100].

Muchas de estas transformaciones se dieron en regiones desarrolladas económica y socialmente como Europa, cuya preocupación comenzó a ser la disminución de los nacimientos. En cambio, en los países en vía de desarrollo la situación fue diferente, el aumento de la natalidad se asoció con la pobreza, la desnutrición, el analfabetismo y la inestabilidad política y la anticoncepción comenzó a pensarse como la opción más rápida y efectiva de control.

Los primeros programas de anticoncepción que se dieron en los países desarrollados a finales de los años 40 se centraban en la familia como unidad de acción y no tanto en las mujeres ni sus derechos. El placer sexual de las mujeres se presentaba como una necesidad para mantener la estabilidad familiar, considerando que una mujer "insatisfecha" podía alterar el orden del hogar y así el orden social por lo que en esta época se inició la educación sexual para las mujeres casadas sobre los métodos anticonceptivos. Cuando el problema demográfico se volvió preocupante, la función informativa fue relegada para poner la importancia en los objetivos inmediatos y prácticos de controlar la fecundidad, sin tener en cuenta las demandas femeninas, sus deseos, ni intereses [101].

Mientras el crecimiento de la población se convirtió en problema y la anticoncepción como solución, las Naciones Unidas y algunos líderes políticos y económicos de los países desarrollados comenzaron a patrocinar investigaciones, encuentros y programas para aplicar planes de anticoncepción en los "países pobres", mientras que sus equipos de investigación trabajaban simultáneamente en el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos para sus propios países, como los dispositivos intrauterinos. En 1952, se creó la Federación Internacional de Anticoncepción (IPPF por sus siglas en inglés) que participó en la Tercera Conferencia Internacional, realizada en la India. Este organismo, reunía un grupo de asociaciones, promovía la implementación de programas de anticoncepción a gran escala alrededor del mundo y a través de sus agencias, brindaba asistencia sanitaria y educativa a las parejas que lo solicitaban, también la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller comenzaron a trabajar en líneas similares [102].

En Latinoamérica, las discusiones e intervenciones se fundamentaron en una lógica diferente ya que varios de los países se encontraban más preocupados por la defensa de su soberanía y las consecuencias del subdesarrollo que por la superpoblación. En 1967 la Organización de Estados Americanos, la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo de Población y el Instituto de Estudios Humanos organizaron una reunión en Venezuela donde los representantes gubernamentales manifestaron preocupación por los altos índices de abortos inducidos como una de las principales causas de mortalidad femenina en la región, la desnutrición infantil y la ruptura de los vínculos familiares, lo que impulsó la aceptación de los programas de anticoncepción aunque teniendo presente la necesidad de vincular las variables demográficas con otras, realizar estudios más profundos sobre el tema y diseñar políticas que no atentaran contra la soberanía de cada nación [103].

Colombia no fue ajena al discurso demográfico, pero por su cercanía con Estados Unidos gracias a los paquetes de ayuda dentro de la “Alianza para el progreso” determinó que la explosión demográfica constituía un peligro social serio para el desarrollo y la industrialización del país. Esta postura trajo contradicciones ya que, al mismo tiempo como país católico, la anticoncepción representaba una provocación para el pensamiento religioso conservador predominante en los años 60, por lo que el gobierno nacional a partir de 1969 introdujo un plan de desarrollo con propuestas para la anticoncepción dentro de los programas de salud materna e infantil, pero sin especificar objetivos demográficos que estuvieran contra el pensamiento católico.

Estas medidas condujeron a que diez años después de implementado el plan, Colombia fuera considerada como uno de los pocos países en Latinoamérica en lograr un descenso dramático del crecimiento de la población, registrándose durante los años siguientes un descenso en el promedio de hijos vivos por mujer de 7 en 1964 a 3,9 en 1978, sintiéndose el descenso con especial intensidad en el área urbana [104].

Durante la década de los 60 y 70 las mujeres alrededor del mundo y sobre todo en los países desarrollados vivieron cambios que se relacionaron estrechamente con la introducción de la anticoncepción como política pública: el cuerpo femenino, la manera de vivirlo y de relacionarse con él cambiaron gracias a la aparición de la píldora y el dispositivo intrauterino, la confirmación científica del placer sexual para la mujer en estudios como el de Kinsey y Master & Johnson¹⁶. Estos y otros estudios científicos cambiaron las preconcepciones existentes sobre el cuerpo de las mujeres en que ya no necesariamente limitaba sus funciones a la reproducción, sino que podían, además, sentir placer [99].

También el papel social de la mujer sufrió profundos cambios al empoderarse y poder acceder a los métodos anticonceptivos como mecanismos personales e individuales de control natal, esto en contraposición al uso tradicional del condón por parte de los hombres y generalmente relacionado con el encuentro sexual con “prostitutas” o mujeres por fuera del matrimonio. Pero, así como para algunas mujeres la anticoncepción se ha

¹⁶ Los estudios realizados entre 1950 -1960 sobre la sexualidad normal en hombres y mujeres colaboraron con la revolución sexual derribando mitos culturales impuestos hasta entonces y convirtiendo la sexualidad en un objeto de estudio hasta ese momento falto de interés para los científicos.

convertido en un factor de progreso social y autonomía, para otras, especialmente aquellas que viven en sociedades tradicionales, ambientes rurales, en condiciones de pobreza y donde se generan desigualdades de género, la situación de la introducción de la anticoncepción ha sido diferente aun a pesar de que están cobijadas por las políticas públicas sobre el tema [101].

3.10.1 Anticoncepción, embarazos no planeados y VIH

Las conductas reproductivas, se encuentran estrechamente relacionadas con la condición de género. Se ha documentado que la desigualdad de género se asocia con las dificultades que enfrentan de las mujeres para apropiarse de su cuerpo, su sexualidad y su salud reproductiva. Por ejemplo, algunos estudios han señalado que las decisiones reproductivas de las mujeres y de los hombres, como la edad al primer embarazo, el número de hijos, o el uso de métodos anticonceptivos, están influidas por una intrincada relación de poder en la sociedad y las familias de origen patriarcal. Dicha desigualdad es el resultado histórico de prácticas sociales basadas en una valorización diferencial, donde las mujeres ocupan una posición subordinada y desventajosa con respecto a los hombres, además del desarrollo de valores, creencias y negociación de su autonomía que, a su vez refuerzan estas desigualdades [70].

Todas las mujeres tienen necesidades en anticoncepción cuya satisfacción está condicionada en gran medida por las desigualdades de género. Para todas, pero especialmente para las MVIH, debido a los factores de vulnerabilidad que las rodean, es prioritario abordar y satisfacer la necesidad de autonomía que tienen sobre su cuerpo para tomar decisiones sobre los métodos más apropiados para espaciar y controlar el nacimiento de sus hijos, así como de recibir información adecuada, pertinente y oportuna que les permita empoderarse dentro de las relaciones desiguales y no tener que depender del uso de métodos anticonceptivos controlados por su pareja y generar la posibilidad de acceso a métodos modernos de anticoncepción que les permita asumir sus opciones reproductivas de una forma independiente y responsable [105].

Independientemente de sus deseos de fecundidad las MVIH son sexualmente activas, se reporta que cerca del 80% refieren actividad sexual la cual retoman en la medida en que su condición clínica va mejorando con el tratamiento. Es importante conocer que cuando su decisión es evitar o retrasar el embarazo, pueden usar casi cualquier método anticonceptivo, el VIH no impone limitaciones para el uso de métodos hormonales como píldoras anticonceptivas, inyectables o implantes. Los condones, tienen un papel especial, pues ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS cuando se usan de manera constante y correcta, pero no se recomiendan como método anticonceptivo único por su baja efectividad comparada con la de otros métodos modernos [49].

Se ha cuestionado la seguridad de utilizar el dispositivo intrauterino (DIU) en MVIH, planteado la preocupación de que la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) podría ser más común en usuarias de DIU con VIH que en usuarias de DIU sin VIH, no obstante, la evidencia indica que la EPI no es significativamente más común entre usuarias de DIU que viven con VIH que entre usuarias de DIU que no están infectadas con VIH [35, 106].

Para el caso de los métodos de anticoncepción definitivos, la esterilización femenina se considera como un método seguro para las MVIH, siempre y cuando se realice en un

entorno que cuente con la presencia de un proveedor calificado que pueda evaluar la condición específica, la necesidad de anestesia general, y que tenga el equipo y apoyo apropiados. Muchas de las MVIH son esterilizadas en el posparto inmediato, y refieren presiones por parte de sus parejas o de los proveedores de servicios de salud constituyéndose esto una violación a los derechos humanos (derechos reproductivos) que ya ha llevado varios casos ante las cortes internacionales. Es indispensable que la decisión de utilización de métodos de anticoncepción definitiva sea hecha a conciencia, con la información clara, completa y no sesgada por elementos ajenos a la mujer, de la misma manera que debe garantizarse la decisión bajo consentimiento informado [107].

La importancia de la anticoncepción dentro de la condición VIH es fundamental y especialmente para las mujeres en la prevención de los embarazos no planeados, ya que se reduce sustancialmente la posibilidad de TP-VIH. Se estima que de no haber habido uso de anticonceptivos en el mundo desde la aparición de la infección VIH, cada día habrían nacido 2.940 niños nuevos con VIH, triplicando las cifras actuales de la infección. La prevención de embarazos no planeados en MVIH también contribuye a reducir el número de abortos y el número de niñas y niños huérfanos a causa del SIDA [4].

Pero, así mismo dentro de las MVIH, existe una elevada necesidad insatisfecha en SSR basada en derechos, tanto en las decisiones sobre maternidad y aborto seguro como en la escogencia y uso de métodos anticonceptivos, con tasas de embarazos no planeados que llegan a triplicar las de la población general. Esta circunstancia se agrava por el acceso limitado a los servicios de salud, por situaciones laborales como el desempleo, sociales como la poca valoración que se da a la capacidad de tomar sus propias decisiones y geográficas por las largas distancias que muchas veces deben recorrer para obtener un servicio, así como por barreras impuestas por el sistema relacionadas con el estigma y la marginalización en que viven y que conducen a que su cuidado así como sus derechos sean violados sistemáticamente [76, 77, 95].

3.10.2 Asesoría en anticoncepción

La asesoría sobre reproducción humana y sexualidad en general es un proceso de comunicación en dos direcciones, en el cual una persona, el proveedor de servicios (Asesor-consejero), quien debe tener una capacitación y conocimiento completo sobre el tema, ayuda a la otra a identificar sus necesidades en relación con estos aspectos de su vida, y a tomar las decisiones más apropiadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos disponibles.

Sus componentes fundamentales son: en primera instancia, la comunicación que consiste en un proceso de información y educación sobre métodos anticonceptivos disponibles, mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias. El asesor debe responder a las necesidades y dudas en un lenguaje sencillo y apropiado, en forma individual, que le permita asegurarse la comprensión por parte del usuario sobre el método que desea elegir. El proceso de comunicación dentro de la asesoría debe ser amigable, confidencial, generador de confianza, brindando apoyo al usuario para la elección del método de acuerdo con los criterios de elegibilidad, así como empoderarlo para que continúe utilizándolo como base de una decisión propia [108].

El segundo componente se basa en el respeto por los DSR, donde aparte del derecho básico para obtener información, el usuario debe tener la garantía que se está respetando su derecho a la libre elección del método sin coerción, ni presión; el derecho a la igualdad, en el que exista la certeza de que no está siendo ni va a ser discriminado y/o estigmatizado por razones de raza, situación socioeconómica o condiciones de salud. De la misma manera también debe existir información sobre el derecho que tiene el usuario de anticoncepción a disponer del método anticonceptivo elegido, y si es proporcionado por el sistema de salud dentro de un paquete básico de servicios donde la oferta es confiable y, además, tiene continuidad [109].

3.10.3 Asesoría en anticoncepción para MVIH

El concepto de asesoría dentro del contexto del VIH ha sido el más utilizado en los países de habla hispana para referirse al proceso de información que deben tener las personas que se someten voluntariamente a una prueba de detección de VIH, pero es aplicable a todos los aspectos de la vida de las personas que conviven con esta condición. La asesoría en anticoncepción para MVIH no es la misma que para la población general, tiene una serie de características relacionadas directamente con los factores propios de vulnerabilidad, así como con elementos propios de la condición VIH con que viven estas mujeres [110].

El asesor debe ser una persona con experticia no solo en el tema de anticoncepción sino en el conocimiento de la condición VIH desde el punto de vista clínico social y cultural para poder permitir un mejor acercamiento-empatía teniendo presentes las necesidades diferenciales propias como los factores físicos y psicológicos relacionados directamente con el VIH, la dificultad de toma de los anticonceptivos dentro de un régimen diario que involucra una gran cantidad de medicamentos antirretrovirales, las necesidades reproductivas relacionadas con la pareja serodiscordante y aspectos económicos relacionados con el hecho de ser cabeza de familia entre otros que generan tensiones y dudas adicionales las cuales deben ser respondidas de la manera más clara y empática posible [111].

Aunque la oferta de los métodos anticonceptivos es básicamente igual a la que se hace para la población general, es importante tener en cuenta que las MVIH generalmente llegan predisuestas a la asesoría por la cantidad de información empírica que existe sobre esta condición. Por ejemplo, existe controversia sobre el uso de anticonceptivos hormonales dependiendo del estado VIH y de la TAR que recibe la paciente, se dice que este tipo de anticonceptivos disminuyen su efecto con el uso de ciertos antirretrovirales. La evidencia no ha podido demostrar que exista alguna contraindicación en su uso y por esto deben ser ofrecidos sin exclusión alguna a las MVIH, así como los DIU que también son seguros y una buena opción por su facilidad de aplicación y cuidado [112].

Es muy importante insistir en el uso del condón masculino o femenino como método de doble protección para la transmisión del VIH y no como método anticonceptivo. La opción de métodos definitivos debe ser evaluada con mucho cuidado en estas mujeres, ya que la literatura muestra que la gran mayoría de las decisiones que se toman en este sentido no son autónomas, sino que están mediadas por presiones externas y por una serie de

preconcepciones sobre el embarazo en las MVIH y en general sobre su vida reproductiva [95].

Las MVIH viven un contexto social marcado por discriminación, estigma y diferente de quienes no tienen esta condición, esto tanto por parte de sus familias como de la sociedad y muchas veces por parte de los profesionales de la salud. Por esta razón el asesor debe abordar sus derechos sexuales y reproductivos dentro de una relación empática, libre de prejuicios y con el entendimiento que además como estas mujeres son las responsables de sus núcleos familiares, cualquier decisión que tomen tiene una enorme trascendencia [113].

3.10.4 Modelos de asesoría en anticoncepción para MVIH

Las MVIH tienen las mismas razones que cualquier otra persona para tener hijos o para evitar el embarazo, pero tienen que considerar algunos aspectos importantes propios de su condición como son el estado de salud reciente, las condiciones de su pareja e hijos entre otros. Por otra parte, las personas que proveen servicios de salud a estas mujeres, tienen la responsabilidad de ayudarlas a elegir de manera bien informada, considerando todas sus opciones y aplicando sus decisiones con el menor riesgo posible [114].

Por su condición clínica, las MVIH requieren realizarse controles de seguimiento médico, psicológico, odontológico y nutricional trimestrales o semestrales, así mismo deben recibir información en anticoncepción y prevención de la transmisión de VIH, por lo que asesoría en anticoncepción dentro de este contexto se puede dar dentro de dos modelos: uno “no integrado” y otro “integrado” de los servicios de SSR y atención del VIH.

El primero, “modelo no integrado” (MNI), consiste en que las MVIH reciben la asesoría en anticoncepción separadamente de sus controles médicos trimestrales de atención para VIH. La anticoncepción se recibe como parte de los servicios de prevención dirigidos a la población general, en lugares y/o tiempos diferentes de los servicios para VIH, con información adaptada para la población general y no dirigida específicamente a VIH, con una oferta de métodos anticonceptivos que depende de la disponibilidad del sistema de salud para la población general [19].

Este tipo de asesoría es la que se practica en países donde la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones claves (como Colombia) y las MVIH no representan cifras tan altas comparativamente, por lo que es ventajoso aprovechar el mismo recurso humano, físico y logístico incluyendo a las MVIH como parte de la población general, con beneficios económicos para el sistema de salud. Las desventajas de este modelo se reflejan en fallas de asistencia a la asesoría por los costos de bolsillo en que deben incurrir las MVIH además del temor a ser estigmatizadas o maltratadas por las otras usuarias y el personal de salud. Todo lo anterior agrava las desigualdades socioeconómicas que genera su condición MVIH por género, pobreza y acceso a los servicios de salud entre otras [67].

El segundo es un “modelo integrado” (MI), donde la asesoría en anticoncepción hace parte de los controles médicos trimestrales de atención en VIH, se realiza en el mismo sitio e idealmente en el mismo tiempo que estos, con personal capacitado en VIH y con

disponibilidad de métodos modernos anticonceptivos. Este tipo de modelo es el que se ha venido implementando en países de África Subsahariana y otros donde la epidemia se encuentra generalizada dentro de la población general, especialmente en las mujeres.

Las ventajas de este modelo recaen directamente en las usuarias, ya que se facilita su acceso porque la asesoría en anticoncepción es simultánea con el control médico para VIH, los asesores están entrenados en las necesidades de las MVIH y los métodos anticonceptivos modernos hacen parte de la oferta, las desventajas se aprecian desde la óptica del sistema de salud, por la utilización adicional de instalaciones y recurso humano con capacitación específica que se podría derivar en mayores costos a corto plazo para el sistema [105].

Las recomendaciones en políticas públicas mundiales se dirigen a la utilización de modelos que integren la SSR y la atención en VIH, pero dependen en gran medida de las características propias de cada sistema de salud. Se argumenta que tener los dos servicios separados genera doble trabajo o peor aún, por el hecho de contar con servicios desagregados las mujeres no reciben la información sobre VIH en ninguno de ellos Otra condición importante es que todavía con el estigma que genera el estatus de seropositividad al VIH en la comunidad general pero especialmente en los prestadores de los servicios de salud, se condiciona a las mujeres VIH positivas a aceptar métodos anticonceptivos definitivos sin la información adecuada, que violan por completo sus derechos humanos y reproductivos [2, 95].

Capítulo 4. Aproximación Metodológica

4.1 Metodología mixta

En el área de la salud pública, los métodos de investigación mixta se vienen utilizando desde los inicios del siglo XX, los trabajos pioneros en medicina preventiva para infecciones gastrointestinales en niños, y los estudios sobre la evolución y factores de riesgo de propagación del virus del VIH son ejemplos de esta tendencia que se ha consolidado como un enfoque investigativo independiente [115].

Los diseños mixtos se definen como “ procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican “usar herramientas cuantitativas y cualitativas, para llegar a una discusión conjunta que permitan realizar inferencias producto de toda la información recogida (meta-inferencias) y lograr un mayor entendimiento de los fenómenos que se estudian” [116], pero teniendo presente que esta discusión del método, comienza con la discusión presente en la pregunta que generó ese conocimiento antes que pensar en el método en sí mismo” [117].

La justificación de los métodos mixtos es que estos no suponen una mezcla sin conciencia de métodos, sino una clarificación del diseño de manera que implican un esfuerzo adicional para poder comprender e integrar dos enfoques de investigación. No existe la pretensión de reemplazar ni a los métodos cuantitativos ni a los cualitativos, así como tampoco se da una importancia mayor a ninguno de los dos enfoques, lo que buscan los métodos mixtos es utilizar las fortalezas de cada uno de los enfoques metodológicos complementándolos y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.

La complementariedad de los abordajes cuanti y cualitativo no se identifica desde la perspectiva metodológica, sino desde la perspectiva epistemológica y paradigmática, a razón de que un fenómeno puede ser abordado por ambos enfoques con diferentes objetivos y desde preguntas diversas que darán apertura al método que se deberá utilizar, cada uno en su momento y en su rigor metodológico.

4.1.1 Paradigmas de investigación y métodos mixtos

Para poder comprender el paradigma sobre el que se sustenta la metodología de investigación mixta, vale la pena recordar la fundamentación paradigmática de las corrientes epistémicas cuantitativa y cualitativa. La primera se fundamenta en el positivismo-explicativo, el cual busca una relación causal del fenómeno en estudio, es el razonamiento de las ciencias exactas y naturales donde el fenómeno tiene que someterse a prueba que conduce a la inferencia de los resultados y el camino de creación de conocimiento que se sigue es deductivo. La segunda, enmarcada en el paradigma interpretativo o comprensivo determina que un fenómeno puede ser explorado con un carácter más abierto y flexible, pero manteniendo la rigurosidad. El abordaje es inductivo y se basa en la propia razón de conciencia para determinar la inspección de un fenómeno desde dentro, por lo que toma un camino contrario respecto al paradigma cuantitativo. La finalidad de la investigación cualitativa es descubrir e interpretar,

comprender y después dar hipótesis, todo ello desde diversos métodos que pueden adecuarse a la forma de comprensión del problema.

Para los métodos mixtos, el paradigma que los sustenta es el pragmatismo. La postura epistemológica pragmática¹⁷ sostiene que, para los investigadores la importancia debe encontrarse en las aplicaciones, lo que funciona, lo que resuelve y aporta respuestas a las preguntas de investigación, aceptando la posibilidad de “colocar” múltiples paradigmas en un solo estudio (aunque uno pueda ser el predominante) y estar abiertos a todas las posibilidades en cuanto a diseños, estrategias de muestreo, instrumentos de recolección de datos y métodos de análisis [116].

El pragmatismo deriva en el resultado como una forma de caracterización de la realidad compleja y la verdad científica. Lo que para el paradigma explicativo es el concepto y su relación, y para el paradigma comprensivo lo es la conciencia, ambos representan un significado de lo real, el pragmatismo se concreta en la relación posible entre ellos, es decir la unión de la conciencia en la comprensión más la relación en un entorno llamado realidad de esa conciencia que posee el hombre, el valor de la verdad se da en el cambio, por tanto el método usado no implica la forma de obtener dicha verdad, sino la verdad en sí misma en una situación concreta, de ahí su nombre de pragmatismo (pragma que significa evento concreto).

El pragmatismo entonces, plantea que los métodos deductivos e inductivos son diferentes, pero se pueden apoyar en la complementariedad misma, en algún punto pueden converger y darse soporte, no en los métodos mismos, sino en el conocimiento resultante, y este tercer camino permite ese conocimiento en razón de que cada paradigma apoyado en su método ha aportado conocimiento a lo largo de la historia desde sus perspectivas y con fundamentos aceptables.

4.1.2 La realidad compleja, una mirada desde los métodos mixtos

Desde comienzos del siglo XX, una de las polémicas que se plantea dentro del desarrollo de la metodología de investigación en diferentes áreas del conocimiento, y que ha continuado hasta la actualidad, se refiere, a la problemática sobre la realidad. ¿De qué realidad estoy hablando, cuando hablo de la realidad? Puedo hablar de una realidad fraccionada como lo postula el positivismo, o tengo que hablar de una realidad de tipo compleja, más integrada. Para Zemelman, la realidad es una configuración social, es decir, “intergeneracional, producto de la relación entre hombres en el tiempo, transformable desde la generación que la trabaja en la unidad de su intelectualidad desde la práctica” (Zemelman, 10). Por otro lado, Luhmann precisa que “la ciencia debe conservar la relación con la realidad, pero, no debe dejarse engañar por ella”.

Muchos investigadores especialmente en el área de la salud, continúan utilizando técnicas cuantitativas puras que aportan información valiosa en ciertos contextos experimentales o clínicos, pero cuando esta información se sale del laboratorio y se combina con procesos sociales, estas técnicas puras pasan por alto la esencia y naturaleza compleja, dinámica, sistémica y configuracional de estos procesos, que

¹⁷ Postura que consiste en usar el método más apropiado para un estudio específico. Es una orientación filosófica y metodológica como el positivismo, pospositivismo o construccionismo.

requieren métodos propios de investigación, que asuman la verdadera complejidad que representan estos objetos de estudio.

Con base en esto, la necesidad de utilizar métodos mixtos se presenta, cuando se abordan este tipo de fenómenos complejos, donde “confluyen diferentes sujetos configuradores de realidades y procesos sociales dinámicos, donde se excluye la pretensión de segmentar las realidades y se considera que toda objetividad es necesariamente subjetiva. No existe la objetividad pura, sólo existe la objetividad mediada por la subjetividad”¹⁸. Así mismo, la subjetividad humana, en este sentido es objetiva, ya que el ser humano puede crear y mostrar un mundo configurado a partir de su subjetividad.

Los métodos mixtos permiten una percepción integral, completa y holística de esta realidad compleja y “capitalizan” la naturaleza complementaria de las aproximaciones cuantitativa (CUAN) y cualitativa (CUAL) [117].

4.1.3 El diseño mixto desde la presente investigación

En Colombia, la atención en SSR de las MVIH es un fenómeno complejo tanto para el SGSSS como pagador, como para las MVIH usuarias del sistema. Para el primero, el VIH representa una condición de Alto Costo que demanda grandes inversiones y por tanto una administración estricta de los recursos, por lo que optimizarlos incluyendo a las MVIH dentro de los servicios de anticoncepción para población general parecería una buena estrategia gerencial por lo menos en el corto plazo.

Las MVIH, quienes tienen altas necesidades insatisfechas en SSR que se derivan en embarazos no planeados y aumento del riesgo de TP-VIH, que además se encuentran en una situación de vulnerabilidad que trasciende múltiples esferas de su vida laboral, familiar, social, y que además sufren de estigma y discriminación por su condición, no necesariamente coinciden con las priorizaciones económicas que hace el sistema, por lo que el estudio de este fenómeno requiere la utilización de enfoques que aborden y complementen las vivencias de estas mujeres con la aproximación del sistema de salud para tener una visión integral del fenómeno.

Para este estudio, y con base en la definición de Creswell y Plano-Clark se realizó una investigación mixta concurrente de complementación CUAN+CUAL en dos fases [116]:

- Una fase CUAN, de evaluación económica utilizando un análisis de decisiones de costo-efectividad que fue alimentado con las probabilidades para ambos modelos de anticoncepción (MI vs MNI). Para el MNI (el que se emplea en Colombia) las probabilidades se obtuvieron con base en la información consignada en la base de datos de la Cuenta de Alto Costo a enero 31 de 2018 que incluye 23.803 MVIH

¹⁸ Tomado de Ortiz Ocaña, Alexander, Relación entre la objetividad y la subjetividad en las ciencias humanas y sociales. Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia [Internet]. 2013;13(27):85-106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41431644004>

reportadas por las EPS colombianas. Algunas probabilidades sobre satisfacción y uso de anticonceptivos que no se encontraron registradas en esta base de datos fueron obtenidas mediante la realización de 35 encuestas piloto a MVIH de diferentes regiones del país. Las probabilidades del MI se obtuvieron de una revisión sistemática de la literatura. Se utilizó la perspectiva del SGSSS como tercer pagador, asumiendo como parámetro de equidad el régimen de afiliación y como desenlace las infecciones VIH perinatales evitadas.

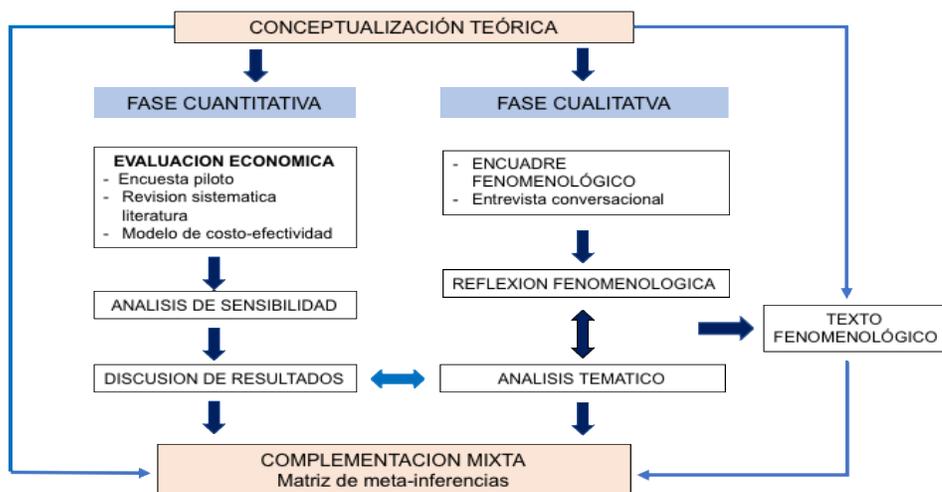
- Otra fase CUAL, con enfoque fenomenológico-hermenéutico, basada en la conceptualización de Max Van Manen de “mundo vivido”, que busca describir de forma existencial las experiencias vividas por 35 MVIH, dentro de los programas de asesoría en anticoncepción que se ofrecen en Colombia.

Dentro del diseño concurrente y como se observa en la Figura 6, ambas fases ocuparon el mismo estatus en lo que Chen define como un diseño “mixto puro” dado que, se conserva la ruta metodológica, la estructura y los procedimientos originales propios de cada uno de los diseños (CUAN y CUAL) desarrollándose en paralelo desde el momento de la conceptualización hasta el análisis.

Posterior a la recolección e interpretación de los datos de los componentes CUAN y CUAL se realizó la integración metodológica mediante complementación de métodos donde se compararon mediante una matriz multimétodo los análisis de resultados CUAN y CUAL, buscando similitudes y diferencias, presentando en forma de narrativa las meta-inferencias obtenidas y que fueron la base para las recomendaciones finales [118, 119].

Aunque las dos fases utilizadas en esta investigación se realizaron en forma concurrente, para facilitar su lectura, a continuación, se presentan en dos capítulos independientes, incluyendo para cada una la descripción de los aspectos metodológicos propios de cada diseño concluyendo con los resultados de cada fase para luego pasar al proceso narrativo de la complementación en el apartado de discusión.

Figura 6: Proceso concurrente en metodología mixta



Elaboración de la autora, adaptado de: Hernández-Sampieri R; Collado CF; Lucio PB. Metodología de la investigación 6 Edición. Mc Graw Hill editores. Cap. 17, pág. 548 [117].

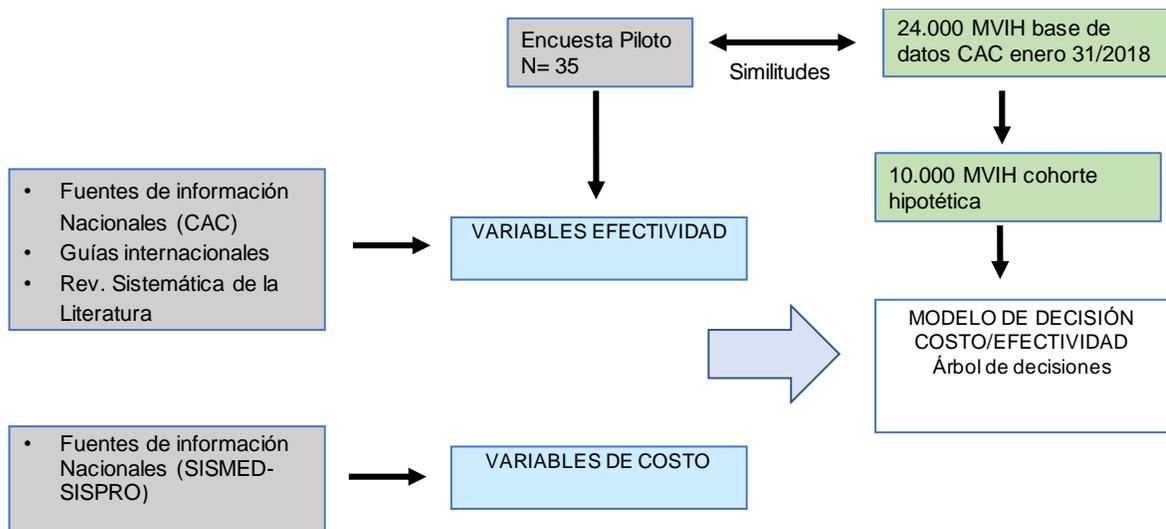
Capítulo 5. Fase Cuantitativa

5.1 Metodología:

5.1.1 Diseño

Estudio integrativo de evaluación económica (costo-efectividad) donde se compararon dos modelos de asesoría en anticoncepción para MVIH, estableciendo la mejor alternativa desde la perspectiva del SGSSS colombiano como tercer pagador en términos de nuevas infecciones VIH perinatales evitadas. Se asumió como criterio de equidad en salud el derecho al acceso igualitario de las MVIH usuarias a los servicios de salud, dado por el régimen de afiliación: contributivo (RC) o subsidiado (RS)¹⁹. La síntesis del diseño con el origen de las variables de probabilidad y costo se pueden ver en la figura 7.

Figura 7: Esquema del diseño cuantitativo



Fuente: Elaborado por la autora

¹⁹ Para la realización de la evaluación económica se utilizaron los parámetros de la actualización 2016 de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, componente evaluación económica. Contrato c-00393-12 del 5 octubre de 2012. convenio n.º 076-2001 COLCIENCIAS – OEI.

5.1.2 Perspectiva de análisis

La perspectiva que se asumió fue la del tercer pagador, el SGSSS colombiano incluyendo los costos directos asumidos por el sistema, los copagos y cuotas moderadoras, que, para el caso del VIH por ser una condición de alto costo, se encuentran cubiertos por el Sistema de Salud.

5.1.3 Población Objeto y horizonte temporal

Se consideró como universo de investigación a todas las mujeres con diagnóstico VIH conocido, en edad reproductiva (15-49 años), recibiendo tratamiento-seguimiento dentro de los programas de atención para personas que conviven con VIH, que no han sido sometidas a procedimientos de esterilización definitiva y afiliadas a los regímenes RS y RC dentro del territorio colombiano. Se utilizó como fuente de información la base de datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC-MSPS) para VIH/SIDA, desagregada, con corte a enero 31 de 2018, donde las EPS colombianas adscritas reportaron la situación de las personas que conviven con VIH para el año inmediatamente anterior y donde fueron incluidas 23.803 MVIH [12].

Para efectos del análisis económico se tomó una cohorte hipotética de 10.000 mujeres con las mismas características del universo, dentro de un horizonte temporal de veinticuatro meses con un ajuste por tasa de descuento del 3% para los costos y los resultados relevantes en salud como lo recomienda la Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica en Colombia- 2014 y dejando un margen de sensibilidad entre 0-7% donde el límite inferior proporciona la toma de decisiones sociales con ideas sobre los efectos de descuento al mostrar lo que ocurre en su ausencia, el límite superior representa un límite máximo razonable de la tasa de consumo de interés real en los mercados actuales. [120].

5.1.4 Descripción de las intervenciones y comparadores

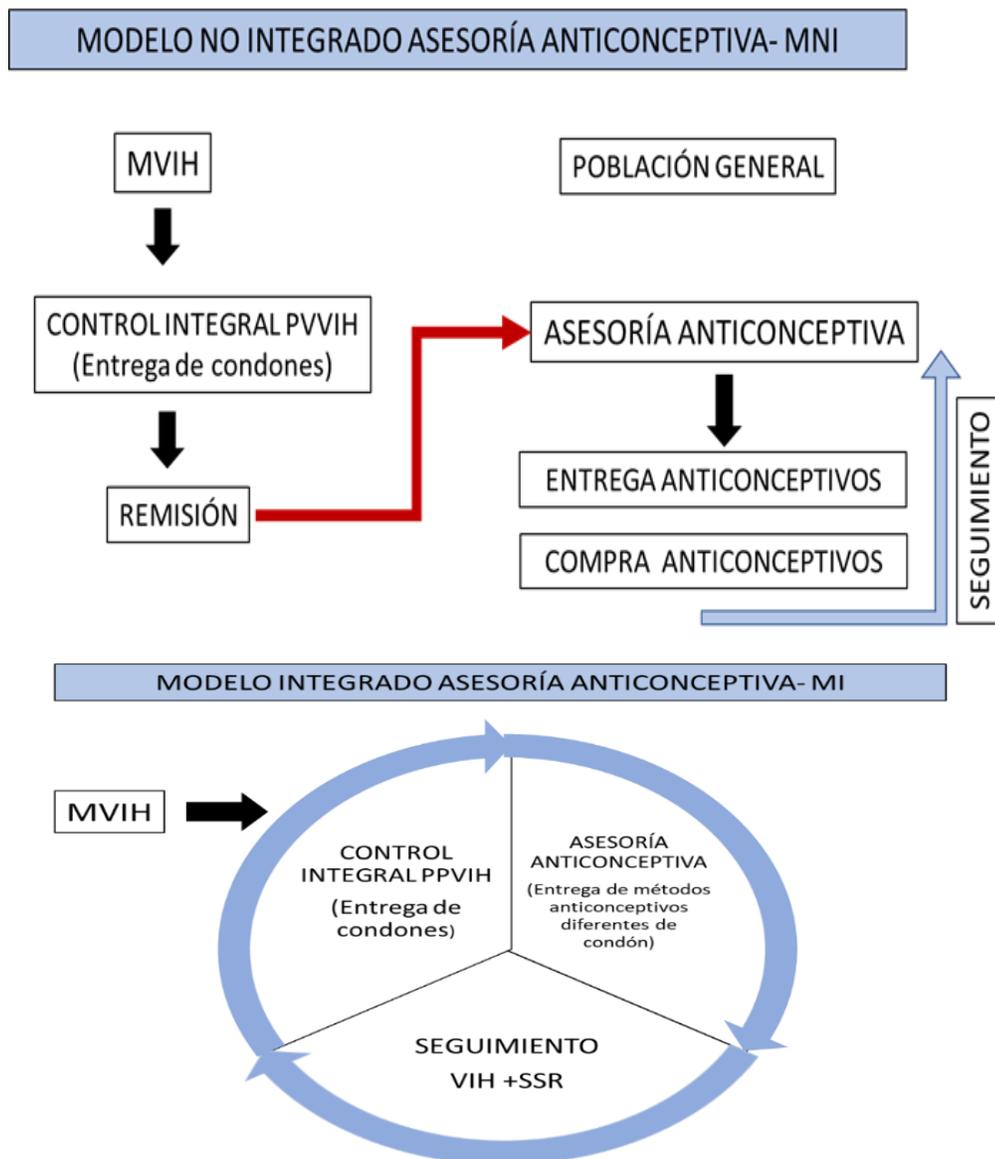
Las intervenciones comparadas fueron dos modelos de asesoría en anticoncepción para MVIH (Figura 8):

- En el primer modelo, (**modelo no integrado-MNI**), la asesoría en anticoncepción no hace parte de los servicios de atención integral para VIH, sino de los servicios de SSR que se ofrecen a la población general, de manera que tanto la asesoría como la disposición y provisión de métodos anticonceptivos deben ser solicitada de forma separada y generalmente previa remisión. En este modelo, los asesores en anticoncepción son los mismos que atienden a las mujeres de la población general, dado que no se asumen un enfoque diferencial para las MVIH. Este tipo de modelo se utiliza en varios países de Latinoamérica donde la epidemia de VIH se encuentra concentrada en poblaciones claves y las cifras son bajas dentro de la población general como es el caso de Colombia.
- En el segundo modelo (**modelo integrado-MI**), la asesoría en anticoncepción hace parte de los servicios de atención integral para VIH, donde se aprovechan los controles médicos de seguimiento para la población que convive con VIH para hacer la asesoría anticonceptiva en forma simultánea y de manera diferencial, con personal

entrenado en el manejo de la condición VIH. Además, se hace entrega de los métodos anticonceptivos que se requieran y los procesos de seguimiento. Este modelo es utilizado en países de prevalencia alta de VIH donde la epidemia se encuentra generalizada y especialmente afecta a las mujeres.

Los comparadores utilizados fueron el promedio del costo y la efectividad, al igual que el costo incremental y la efectividad incremental para los dos modelos en anticoncepción en MVIH. Los resultados finales se expresaron en términos de razón costo-efectividad incremental (RCEI).

Figura 8: Características de las intervenciones a comparar



Elaborado por la autora

5.1.5 Desenlaces relevantes en salud

El desenlace evaluado fue el número de nuevas infecciones VIH perinatales evitadas, definidas como:

$$\text{IPE} = \text{IEEP} + \text{ENPE}$$

IPE: Infecciones perinatales evitadas

IEEP: Número de Infecciones evitadas por exposición perinatal al VIH

ENPE: Número de embarazos no planeados evitados en MVIH.

La justificación para incluir estos dos componentes dentro del desenlace se basa en el “Plan Mundial para la eliminación de las nuevas infecciones de VIH en niños y para mantener con vida a sus madres” desarrollado por ONUSIDA, donde se establece que además de la aplicación de la estrategia PTMI, se requieren otras estrategias para evitar los embarazos no planeados en MVIH, dado que por las características psicológicas, sociales y económicas en que se desarrollan, aumentan la probabilidad de TP-VIH [17].

La suma de la implementación de los dos componentes anteriores, junto con la prevención primaria, se proyecta como la única forma de poder llegar a la eliminación de las nuevas infecciones perinatales de VIH y son vitales además dentro de la meta mundial de eliminación de la infección de VIH como problema de Salud Pública para el 2030 [9].

5.1.6 Definición y estimación de variables de efectividad

Para el desarrollo del modelo de decisión se utilizó la metodología de caso base, inicialmente se definieron y codificaron las variables relacionadas con probabilidades de efectividad de las intervenciones de acuerdo con las siguientes fuentes de información:

- Para las probabilidades de efectividad del MNI, dado que es el que se utiliza en Colombia, la información provino de la base de datos desagregada de la Cuenta de Alto Costo (CAC-MSPS) de Colombia a enero 31 del 2018 por régimen de afiliación [12].
- Dado que en la base de datos no se contaba con la información para calcular las probabilidades relacionadas con aceptabilidad, satisfacción y calidad de los servicios de las usuarias, y que a conocimiento de la autora no fue posible recuperar información nacional sobre el tema, se diseñó un instrumento para la aplicación de una encuesta piloto a una muestra por conveniencia de 35 MVIH de diferentes regiones y regímenes de afiliación en Colombia en tratamiento antirretroviral, que incluía 25 preguntas cerradas sobre aspectos socio-demográficos, clínicos y de preferencias en uso y aceptación de métodos anticonceptivos (Ver Anexo 1).
- Para las probabilidades relacionadas con los desenlaces obstétricos, TP-VIH y efectividad anticonceptiva, se utilizaron las Guías publicadas por ONUSIDA, OMS,

UNFPA y el CDC y que son aceptadas como referentes internacionales [1, 9, 17, 20, 49, 51, 76].

- Para las probabilidades incluidas en el modelo integrado (MI), se hizo una Revisión Sistemática de la Literatura de acuerdo con la recomendación metodológica para evaluación económica de Drummond [121].

5.1.7 Definición y estimación de variables de costo

Los costos se estimaron en pesos colombianos del 2017 (COP) y su equivalente en dólares (1USD = COP 2 951), incluyendo costos directos. Se utilizaron fuentes de información nacionales, como el Decreto 2423/2006 - tarifas SOAT 2017 donde se aplicaron tarifas plenas para el RC y con un descuento del 15% para el RS, Resolución 5521/ 2013 actualizada con cifras del termómetro de precios de medicamentos del Ministerio de Salud y Protección Social-2017 para los costos de atención en el RC y el contrato marco para atención de pacientes VIH-Colombia Compra Eficiente 2017 que incluye los paquetes de atención para el RS [122, 123, 124]. Las fuentes de información para la estimación de variables de efectividad y costo se pueden ver en las tablas 1- 2.

Tabla 1: Variables de probabilidad relacionadas con efectividad incluidas en el modelo

COD.VARIABLE	DEFINICIÓN	FUENTE
P_RS	Probabilidad aseguramiento RS- MVIH	CAC.Colombia- 2017-2018 [12,125].
P_RC	Probabilidad aseguramiento RC-MVIH	CAC.Colombia- 2017-2018 [12,125].
P_AC_RS	Probabilidad uso AC no definitivos diferentes de condón RS	CAC.Colombia- 2017-2018 [12,126]. + Encuesta piloto.
P_AC_RC	Probabilidad uso de AC no definitivos diferentes del condón RC	CAC.Colombia- 2017-2018 ([12,126]. + Encuesta piloto
P_AC_INT	Probabilidad uso AC no definitivos diferentes del condón MI	Comparación de modelos de asesoría AC en MVIH en Africa [6,20]
P_EMB_AC	Probabilidad embarazo en un año con AC hormonales en MVIH	Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) [49]
P_EMB_NAC	Probabilidad embarazo en un año sin AC hormonales en MVIH	Estimados fecundabilidad mujeres de 15-49 años por región [126].
P_EMB_PL_RC	Probabilidad de embarazo planeado en MNI/RC	Encuesta piloto
P_EMB_PL_RS	Probabilidad de embarazo planeado en MNI/RS	Encuesta piloto
P_EMB_PL_INT	Probabilidad de embarazo planeado en MI	Estimados de embarazo planeado en MVIH [77]
P_AB	Probabilidad aborto espontaneo en MVIH	Estimados abortos espontáneos en población VIH [105]
P_PTMI_RC	Probabilidad materna de acceso a estrategia PTMI en RC	Estudio Minsalud Comportamiento de la TP-VIH [82]
P_PTMI_RS	Probabilidad materna de acceso a estrategia PTMI en RS	Estudio Minsalud Comportamiento de la TP-VIH [82]
P_PTMI_INT	Probabilidad materna de acceso a estrategia PTMI en MI	Experiencias de aplicación de MI para MVIH [6,20]
P_M1	Probabilidad de mortinato para madre recibiendo tratamiento PTMI	Estimados de muerte perinatal para MVIH en TAR [127]
P_M2	Probabilidad de mortinato para madre sin tratamiento PTMI	Estimados de muerte perinatal para MVIH que se encuentran en TAR [127]
P_RNCP	Probabilidad de transmisión perinatal de VIH para recién nacido con PTMI	Estimados de transmisión perinatal de VIH -OMS [55]
P_RNSP	Probabilidad de transmisión perinatal de VIH para recién nacido sin PTMI	Estimados de transmisión perinatal de VIH -OMS [55]

Fuente: Elaborado por la autora

Tabla 1: Fuentes de información para costos incluidos en el modelo

COD.VAR	DEFINICIÓN	FUENTE	OBSERVACIONES
C_AB_RC	Costo de atención aborto espontáneo RC	Dec. 2423 de 2006 tarifas SOAT actualizado a 2016 tarifa plena [122]	
C_AB_RS	Costo atención aborto espontáneo RS	Dec. 2423/2006 Tarifa SOAT plena menos 15% Actualización 2016 [122]	
C_ASAC_INTC	Costo programa de asesoría anticonceptiva con entrega de métodos hormonales en RC	Dec. 2423 de 2006 tarifas SOAT a 2016 tarifa plena [122] Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 [128] Revisiones sistemáticas C/E [129,130]	Costo por paciente: 4 asesorías anticonceptivas al año + entrenamiento + supervisión + costos adecuación+ promoción + métodos hormonales
C_AS_INTC	Costo programa de asesoría anticonceptiva sin entrega de métodos hormonales en RC	Dec. 2423 de 2006 tarifas SOAT actualizado a 2016 tarifa plena (122) Revisiones sistemáticas C/E [129,130]	Costo por paciente de 4 asesorías anticonceptivas al año + entrenamiento + supervisión + adecuación
C_ASAC_INTS	Costo programa de asesoría anticonceptiva con entrega de métodos hormonales en RS	Dec. 2423/2006 Tarifa SOATa 2016 menos 15% [122] Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 [128] Revisiones sistemáticas C/E [129,130]	Costo por paciente de 4 asesorías anticonceptivas + entrenamiento + supervisión + adecuación+ promoción + métodos hormonales
C_AS_INTS	Costo programa de asesoría anticonceptiva sin entrega de métodos hormonales en RS	Dec. 2423 de 2006 tarifas SOAT actualizado a 2016 tarifa plena [122]	Costo por paciente de 4 asesorías anticonceptivas al año + entrenamiento + supervisión + adecuación
C_PTMI_RC	Costo estrategia PTMI prenatal en RC	Contrato marco atención paciente VIH Colombia compra eficiente 2016 [124] + Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 [128]	Costo manejo ARV en embarazo e intraparto+ seguimiento +costo atención parto por cesárea.
C_PTMI_RS	Costo estrategia PTMI prenatal en RS	Contrato marco atención paciente VIH Colombia compra eficiente 2016[122] + Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016[128]	Costo manejo ARV en embarazo e intraparto+ seguimiento+ costo atención parto por cesárea
C_RN1_RC	Costo atención RN positivo para VIH recibiendo PTMI 18 meses RC	Dec. 2423/2006 Tarifa SOATa 2016 menos 15% [122] +Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 [128]	Costo profilaxis+ manejo ARV por 18 meses+ seguimiento+ suplencia fórmula láctea por un año.
C_RN1_RS	Costo atención RN positivo para VIH recibiendo PTMI 18 meses RS	Dec. 2423/2006 Tarifa SOATa 2016 menos 15% [122]+Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 [128]	Costo profilaxis +manejo ARV por 18 meses+ seguimiento+ suplencia fórmula láctea por un año.
C_RN2_RC	Costo atención RN negativo para VIH recibiendo PTMI en RC	Dec. 2423 de 2006 tarifas SOAT a 2016 tarifa plena [122]+Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 [128]	Costo profilaxis + seguimiento+ suplencia fórmula láctea por un año.
C_RN2_RS	Costo atención RN negativo para VIH recibiendo PTMI en RS	Dec. 2423 de 2006 tarifas SOAT a 2016 tarifa plena [122] +Termómetro precios medicamentos MINSALUD 2016 (128)	Costo profilaxis + seguimiento+ suplencia fórmula láctea por un año.

5.1.8 Modelo de decisión

Se construyó un árbol de decisiones clásico utilizando el software Treeage pro-2017. Los árboles de decisiones son elementos gráficos de análisis que se utilizan para la toma de decisiones entre diferentes alternativas de una manera secuencial, este tipo de herramientas son útiles para la interpretación del análisis económico en salud ya que permiten recoger y analizar múltiples datos simultáneamente facilitando el proceso de toma de decisiones [131].

La descripción de los nodos y los supuestos para el modelamiento se presentan a continuación.

Nodo de decisión ■ : las dos ramas principales corresponden a las alternativas evaluadas (MNI vs MI), por lo que el nodo de decisión se ubica en este punto y partiendo de allí se desenvuelve cada una de las ramas principales mediante nodos de azar que se identifican con un cuadro azul.

Nodos de azar ● : probabilidad de pertenecer a los regímenes de afiliación RC, RS; probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos hormonales; probabilidad de embarazo; probabilidad de embarazo planeado; probabilidad de aborto espontáneo; probabilidad de recibir la estrategia PTMI durante el embarazo; probabilidad de parto de recién nacido vivo. Los nodos de azar se identifican con un círculo verde.

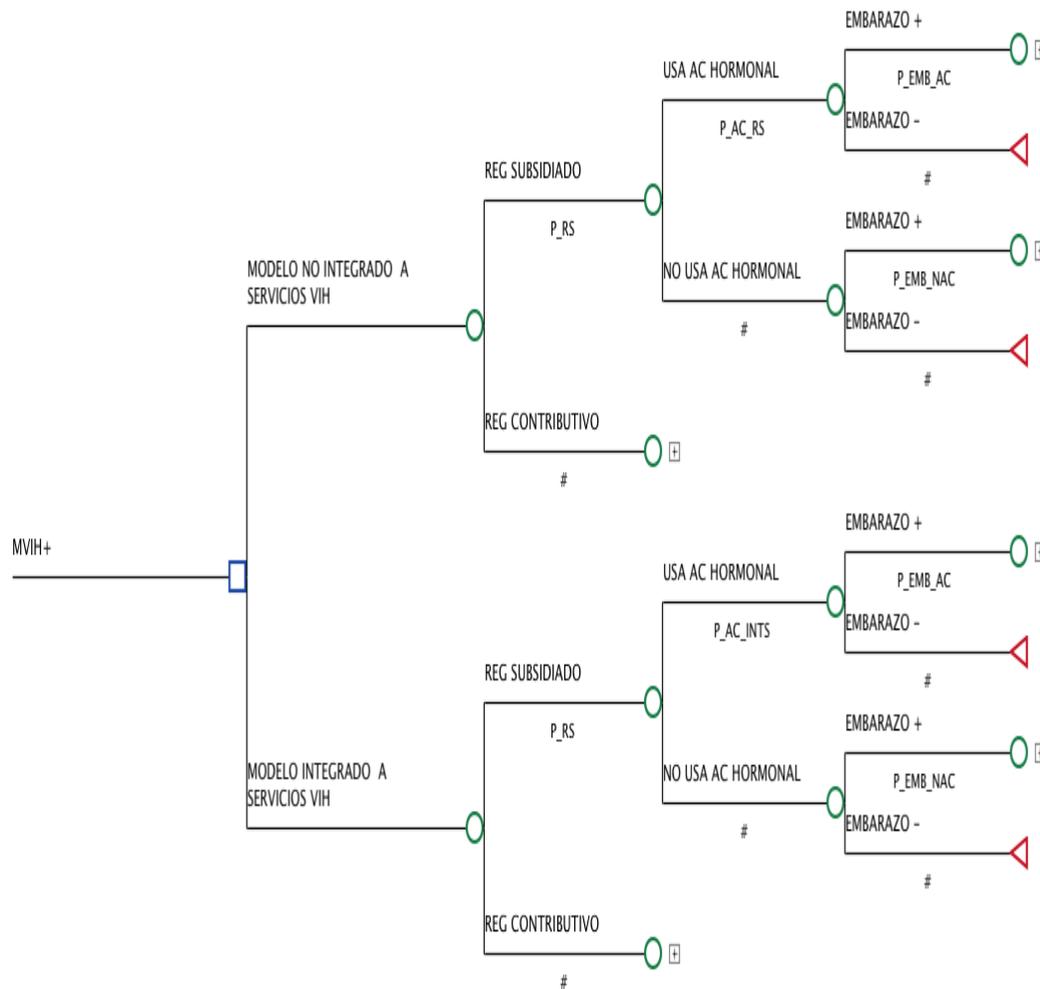
Nodos terminales ▲ : corresponden al número de embarazos producto de ambas alternativas y las infecciones VIH perinatales en recién nacidos vivos, asignando un valor de uno al mejor desenlace y un valor de cero al peor desenlace con la sumatoria de costos correspondientes a cada uno. Los nodos terminales se identifican con un triángulo rojo.

Supuestos del modelo:

- El ofrecimiento de la consejería en anticoncepción para MVIH se realizó en alguno de los controles de seguimiento para VIH.
- La consejería en anticoncepción fue ofrecida por un profesional de la salud (medicina, enfermería, trabajo social, psicología).
- Los embarazos en MVIH que se encontraban utilizando métodos anticonceptivos se consideraron no planeados y se distribuyeron uniformemente entre las ramas.
- El ofrecimiento de consejería en anticoncepción no generó deserción.
- La adherencia al tratamiento se distribuyó uniformemente entre las ramas.
- Los recién nacidos expuestos al VIH tuvieron control y seguimiento hasta los 18 meses de edad como lo indica la Guía Nacional de atención en VIH/SIDA para Colombia.
- Los riesgos y complicaciones propios del embarazo con excepción de los abortos espontáneos y las muertes perinatales se balancearon en forma homogénea entre las ramas.
- No se incluyeron los costos médicos derivados de la atención de las madres positivas desde el momento del parto.
- Los costos de tratamiento para los primeros 18 meses de vida de los recién nacidos positivos se tomaron sin considerar las complicaciones propias de la condición VIH.

Como ejemplo ilustrativo se incluye (Figura 9) una parte del árbol de decisiones, el árbol completo con sus nodos y ramas se puede observar en el Anexo 2.

Figura 9: Árbol de decisiones para las estrategias MNI vs MI



Fuente: Elaborado por la autora

5.1.9 Análisis de sensibilidad

Se realizó un análisis de sensibilidad univariado (discreto) representado mediante diagramas de tornado, seguido de un análisis de sensibilidad probabilístico con una simulación de Montecarlo de 10.000 iteraciones, estableciendo una distribución de probabilidad triangular para los costos y una distribución Beta para la efectividad [132, 133].

5.1.10 Umbral de costo-efectividad

Se estableció un umbral de costo-efectividad de COP 8 500 000 (USD 2 880) correspondiente al valor máximo que actualmente invierte el SGSSS en la estrategia PTIM completa (materna y perinatal durante embarazo, parto y puerperio) para evitar una infección en un recién nacido expuesto al VIH hasta los 18 meses, no obstante y dado que los valores de disponibilidad a pagar (DAP) son estimaciones empíricas de los costos de oportunidad, para el caso de este estudio adicionalmente se realizó el mismo análisis con un umbral de COP 5 400 000 (USD 1 829) y de COP 3 900 000 (USD 1 321) que equivalen al valor que invierte el sistema de salud colombiano cuando la estrategia PTMI no es aplicada completa, en el primer caso cuando solo cubre al recién nacido expuesto y en el segundo cuando solo cubre a la mujer VIH durante el embarazo. Posteriormente se realizó la curva de aceptabilidad a estas DAP. Para el procesamiento de datos se utilizaron los paquetes Excel de Microsoft y Treeage pro-2017.

5.1.11 Calidad metodológica

Para garantizar la validez interna, se utilizó un par académico que comparó el proceso de análisis económico con la lista de chequeo del British Medical Journal (BMJ) traducida al español revisando temas como perspectiva, descripción de modelos, identificación de desenlaces, medición y/o valoración de desenlaces, análisis incremental y análisis de sensibilidad [134].

Para establecer la validez del modelo de decisión se tuvieron en cuenta los parámetros de las guías de buena práctica en modelación de análisis de decisiones, como validez descriptiva, consistencia interna, análisis de sensibilidad y consistencia externa, así como la utilización de procesos de validación predictiva para determinar la capacidad que tiene el modelo de realizar predicciones más o menos exactas de eventos futuros [135].

5.1.12 Aspectos Éticos

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 - Capítulo I - Artículos 1-16 expedida por Ministerio de Salud y Protección Social colombiano este estudio se cataloga como sin riesgo. Toda la información de las bases de datos nacionales desagregadas se obtuvieron previa presentación de cartas de solicitud a los organismos nacionales encargados, dejando constancia de la utilización del anonimato de los micro datos para garantizar la confidencialidad de estos. La aprobación por parte del comité de ética de la

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá, consta en el acta No. 004-035-16 del 10 de marzo de 2016 y se encuentra consignada en el Anexo 3.

5.2 Resultados

5.2.1 Revisión sistemática de la literatura

Para las probabilidades incluidas en el modelo integrado (MI), se hizo una Revisión Sistemática de la Literatura que incluía los componentes de la pregunta PICO (pacientes, intervención, comparador, desenlace) de acuerdo con la recomendación metodológica para evaluación económica de Drummond (Tabla 3) [121].

Tabla 2: Estructura PICO para la pregunta de búsqueda

P= Mujeres VIH en edad reproductiva que asisten a control médico
I = Modelo de asesoría en anticoncepción integrado a los servicios de atención VIH
C= Modelo de asesoría en anticoncepción no integrado a los servicios VIH
O= Infecciones perinatales VIH evitadas (embarazos evitados+recién nacidos VIH-

Fuente: elaborado por la autora

Se incluyeron: 1) estudios evaluados por pares, publicados entre 2000-2017 en español, inglés o portugués que 2) evaluaban modelos de servicio integrando de anticoncepción y atención del VIH en mujeres, 3) que además eran comparados con servicios similares no integrados y que 4) incluían alguno o varios de los siguientes desenlaces: uso de anticonceptivos; embarazos no planeados; transmisión perinatal de VIH; evaluación de satisfacción y calidad del servicio y evaluación de costos y costo-efectividad.

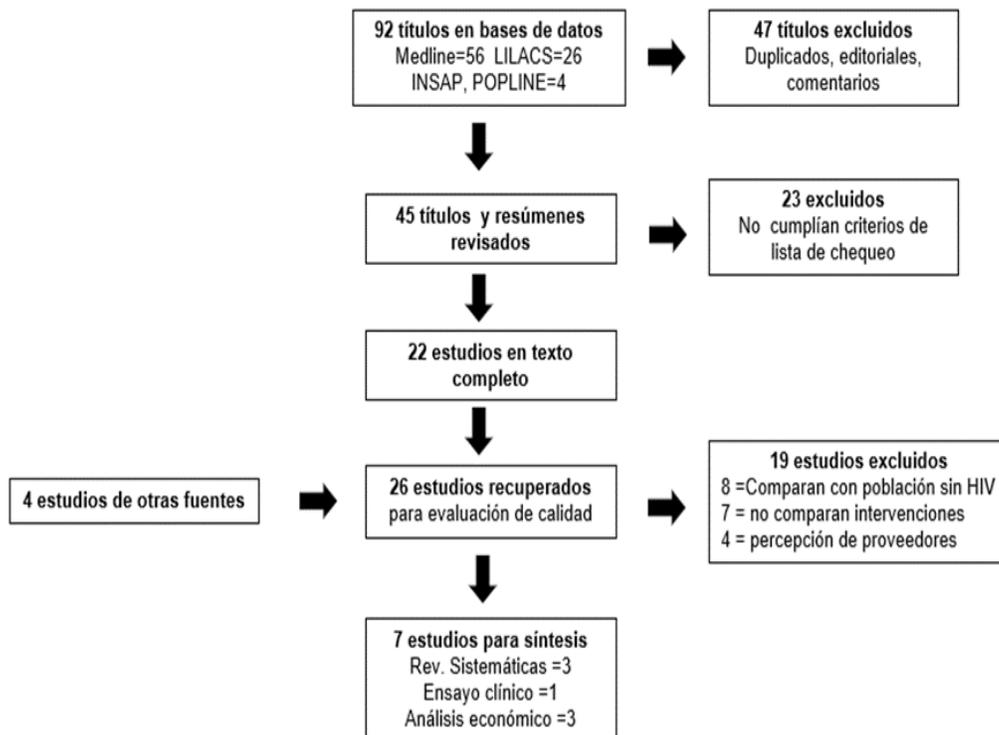
En cuanto a los diseños de investigación, se dio prelación a la búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura, diseños analíticos y descriptivos excluyendo solamente estudios de reportes de casos y aquellos que no tuvieran resumen disponible. La estrategia incluyó búsqueda en recursos electrónicos (MEDLINE, LILACS, POPLINE, INSAP), así como referencias secundarias. Se utilizaron criterios de búsqueda con palabras claves Mesh y DeCs como HIV, Reproductive Health Services, Contraception, Pregnancy, Reproductive Rights, Access to information.

Los títulos y resúmenes de los estudios obtenidos con la estrategia de búsqueda fueron evaluados por dos investigadores independientes (MM, AM) de acuerdo con una lista de chequeo que incluía la ubicación geográfica, diseño de investigación, muestreo, grupos, comparadores, medición de efecto y resultados. Posteriormente se obtuvieron los textos completos de los estudios seleccionados y fueron sometidos a valoración de calidad metodológica, utilizando las herramientas de apreciación crítica de la literatura según diseño. Los desacuerdos fueron resueltos por consenso [122].

Inicialmente, se obtuvieron 92 títulos en bases de datos de los cuales después de remover duplicados quedaron 45 artículos con resumen para revisión, recuperando 22 artículos en texto completo que fueron sometidos a consenso para evaluación de criterios de calidad de la evidencia. Cuatro artículos adicionales se recuperaron de referencias secundarias y búsquedas manuales, quedando un total de 26 artículos para evaluación. Finalmente, siete estudios fueron incluidos para síntesis de información tal y como se puede apreciar en el flujograma PRISMA de la Figura 10 [136].

Las características metodológicas de los estudios se pueden observar en el Anexo 4.

Figura 10: Flujoograma PRISMA para identificación e inclusión de estudios



Fuente: Elaborado por la autora.

Dentro de los estudios analizados se incluyó la primera revisión sistemática sobre integración de servicios de anticoncepción y VIH realizada por Spaulding y col, publicada en el 2009 donde se incluyeron 16 estudios sobre intervenciones de integración de SSR y servicios de prevención y atención VIH entre el 2000- 2007 en países de Europa, África, Asia, Mesoamérica y América Central [137].

En este estudio fue posible establecer que la integración de servicios era factible con desenlaces positivos en términos de mejoría en el acceso, aceptabilidad y calidad de servicios, pero haciendo claridad en que dado el bajo rigor metodológico de los estudios incluidos era necesario diseñar estudios nuevos que permitieran mejorar la calidad de información para poder determinar los efectos sobre el comportamiento de los embarazos no planeados y la costo-efectividad en la implementación de la integración de servicios.

Posteriormente y construyendo sobre los datos de esta revisión, Wilcher y colaboradores recogieron la evidencia desde 2008-2013 incluyendo doce estudios realizados en África Subsahariana encontrando en los ensayos clínicos evaluados una asociación positiva

entre los servicios integrados de anticoncepción y tratamiento de VIH con el aumento de uso de métodos anticonceptivos modernos diferentes del condón masculino y

anticoncepción dual, llegando a establecer una diferencia entre 15- 20 puntos porcentuales a favor de los sitios que integraban los servicios comparados con su propia línea de base o con servicios no integrados [138].

También permitió demostrar una disminución cercana a ocho puntos porcentuales en las necesidades insatisfechas de anticoncepción y los embarazos no planeados de las mujeres que acudían a los servicios integrados con aumento de la asistencia y adherencia al uso de anticoncepción. El impacto en los estudios observacionales, aun a pesar que también se reportó como positivo tuvo una magnitud un poco menor probablemente por factores como las limitaciones presupuestales, la disponibilidad de anticonceptivos, rotación de personal y otros que no pudieron ser controlados de la misma manera que en los ensayos clínicos [138].

Una actualización reciente de esta revisión sistemática de la literatura fue hecha por Haberlen y col incluyendo información hasta el 2016 con ocho estudios adicionales a la revisión sistemática inmediatamente anterior y que fueron publicados entre 2013-2016. Se evaluaron estudios en 12 países de Europa, Asia y África donde además de explorar la integración de servicios, también se abordaron desenlaces relacionados con derechos sexuales y reproductivos de las MVIH y sus parejas.

Los resultados de esta revisión sistemática mostraron consistentemente un aumento en la utilización de métodos anticonceptivos modernos en los modelos de atención integrados que llegó a ser hasta 1,8 veces superior al de los modelos no integrados, mostrando además una disminución cercana al 15% del uso de condón como anticonceptivo único con el consecuente aumento de uso de métodos anticonceptivos duales. Otro hallazgo interesante de esta revisión fue el cambio que sufrió la oferta de condones en los sitios integrados donde evolucionó siendo ofrecida no como un método anticonceptivo sino como parte de la anticoncepción dual y evitar la transmisión del VIH entre las parejas [139].

En términos de costo-efectividad de los modelos integrados, se incluyeron tres estudios realizados entre el 2007-2013. Reynolds y col en el 2007 plantearon un análisis económico en una cohorte de mujeres sur-africanas durante un año, para establecer en término de nuevas infecciones VIH perinatales evitadas, la costo-efectividad de un modelo integrado de anticoncepción vs la utilización de nevirapina dentro de la estrategia de prevención de transmisión perinatal del virus (PTMI).

Los resultados mostraron que el aumento en la utilización de anticonceptivos modernos en MVIH que quieren limitar su fecundidad es tan efectiva como el uso de nevirapina, a un costo menor para evitar nuevas infecciones VIH perinatales, lo cual la convierte en una estrategia altamente costo-efectiva con un costo por infección evitada 60% menor que el uso de nevirapina. Por este motivo los autores sugieren que para aumentar el número de infecciones VIH perinatales evitadas la estrategia ideal debe ser combinar los modelos anticonceptivos con el uso de la estrategia PTMI para las MVIH [129].

En el 2009 Halperin y col realizaron un análisis económico sobre el costo-beneficio de expandir el acceso a los servicios de anticoncepción para MVIH utilizando como desenlace las infecciones VIH perinatales evitadas adicionales utilizando datos de 139

países contenidos en el reporte de la situación global de la epidemia por VIH/SIDA como parte del programa conjunto de las Naciones Unidas 2008.

La conclusión de este estudio fue una recomendación para que las estrategias nacionales de prevención de la transmisión vertical del VIH incluyan los modelos integrados de anticoncepción dado que esta es una estrategia costo-efectiva no solo para la prevención de la transmisión perinatal de VIH, sino que al prevenir los embarazos no planeados genera beneficios sociales y de salud para las MVIH y puede reducir de forma drástica la orfandad de los hijos de estas mujeres. El costo por infección evitada para los modelos anticonceptivos integrados fue consistentemente bajo en todos los países evaluados [140].

El estudio económico más reciente incluido corresponde a un análisis de costo-efectividad dentro de un ensayo clínico realizado por Shade y col. En el 2013 donde se aleatorizaron doce centros de atención para VIH en Kenya de manera que la mitad implementaron un modelo de servicios integrados de anticoncepción y la otra mitad no lo implementó. Al cabo de un año se hizo una evaluación del costo marginal para cada uno de los sitios y el incremento en el uso anticonceptivo.

Los resultados mostraron un aumento en el uso de anticonceptivos modernos para las MVIH, con una diferencia de 17 puntos porcentuales a favor de los sitios con programas integrados, logrando una reducción adicional del 10% en los embarazos no planeados, con un costo marginal inferior a los reportados en estudios anteriores [130].

5.2.2 Encuesta Piloto

Para alimentar el árbol de decisiones cuantitativo se realizó una encuesta y se obtuvieron los valores de probabilidad sobre aceptabilidad, satisfacción y calidad de los servicios de las usuarias MVIH colombianas que no fue posible obtener de la literatura ni de otras fuentes nacionales. De la misma manera la encuesta piloto se utilizó como un comparador para los datos nacionales reportados en la base de datos de la Cuenta de alto Costo que engloba a 23.803 MVIH, de manera que se pudieran establecer las similitudes de esta población con la de la base de datos nacional.

Las principales características de la población encuestada y la de la base de datos nacional de la Cuenta de Alto Costo, se encuentran resumidas en la Tabla 4. Es importante aclarar que, por ser un muestreo de conveniencia y una muestra pequeña, con estos datos no se pretende hacer generalizaciones sino solamente dar un panorama general de la información encontrada y buscar las similitudes y diferencias con los datos nacionales reportados por la Cuenta de Alto Costo. Se utilizan promedios, proporciones y sus respectivos porcentajes para facilidad de la comprensión del lector, pero no con el ánimo de hacer generalizaciones.

Tabla 4. Caracterización de la población encuestada y la reportada por la Cuenta de Alto Costo

Variables Socio-demográficas	Encuesta Piloto n=35	CAC N=23.803
Edad (prom. años)	32.9 +/- 3.5	40.2 +/- 3.0
E. Civil		
Soltera	2 (5.7%)	Sin dato
Casada/U.libre	18 (51.4%)	Sin dato
Separada	8 (22.8%)	Sin dato
Viuda	9 (25.7%)	Sin dato
Zona		
Urbana	20 (57.1 %)	60.3%
Rural	15 (42.8 %)	39.7%
Reg afiliación		
Contributivo	12 (34.2%)	37.0%
Subsidiado	23 (65.7%)	62.0%
Ocupación		
Empleo formal	8 (22.8%)	30.2%
Empleo informal	20 (57.1%)	54.8%
Desempleada	7 (20.0%)	15.0%
Escolaridad (prom. años)	6.0 +/- 3.0	7.9 +/- 2.5
No. Hijos (prom)	3.0 +/- 1.0	2.7 +/- 1.0
Pareja serodiscordante	20/30	Sin dato
Hijos VIH +	13 (37.0 %)	Sin dato

Variables clínicas	Encuesta Piloto n=35	CAC N=23.803
Tiempo dx (prom años)	5.8 +/- 2.0	Sin dato
Estadío clínico		
I	12 (34.2 %)	14.0%
II	13 (37.3%)	30.0%
III -Sida	10 (28.5%)	53.0%
Recibe tratamiento ARV	32 (91.4%)	84.0%
Adherente a tratamiento	30 (87.0%)	66.0%
Asiste a control VIH mensual o trimes:	29 (85.0%)	Sin dato
Control por infectólogo	11 (31.4%)	92.9%
Control VIH completo	13 (37.0 %)	Sin dato
Servicios VIH Centralizados	12 (34.2 %)	Sin dato

Variables relacionadas con AC	Encuesta Piloto n=35	CAC N=23.803
Método utilizado		
Quirúrgico	10 (28.5%)	45.0%
Condón	16 (45.7 %)	57.0%
Hormonal	4 (11.4 %)	12.0%
Ninguno	5 (14.2%)	Sin dato
Distribución de condones	32 (91.0%)	80.0%
No. De condones /mes (prom)	8.0 +/- 2	Sin dato
Ha recibido assoria AC en control VIH	2 (5.7 %)	Sin dato
Ultimo embarazo planeado	7 (20.0%)	Sin dato
Quiere mas hijos	5 (14.2%)	Sin dato

Caracterización socio-demográfica

La distribución geográfica mostró una presencia ligeramente mayor de MVIH de la zona del Valle del Cauca, pero en general la población estuvo balanceada para las seis regiones estudiadas con predominio para zonas urbanas, las cuales correspondían en la mayoría de los casos a las ciudades capitales de los departamentos, lo cual coincide con los datos nacionales, donde la mayor proporción de las MVIH reportadas pertenecen a zonas urbanas. 16/35 MVIH encuestadas (45,7%) se encontraban en el grupo de edad entre 30-34 años con una media de 32.9 ± 3.5 años, manteniendo un poco más de la mitad relaciones maritales estables (casadas o en unión libre). 23/35 (65%) pertenecían al régimen de afiliación en salud subsidiado, lo cual coincide con los datos nacionales de la Cuenta de Alto Costo. De las que se encontraban afiliadas al régimen contributivo, 7/12 (55%) cotizaban directamente como trabajadoras formales al sistema, mientras que las restantes eran beneficiarias de sus parejas.

En cuanto a escolaridad, cerca de una cuarta parte de las mujeres habían completado su educación superior o tenían una carrera técnico-profesional. Entre las restantes, 15/35 (42%) había alcanzado entre 7-8 años de escolaridad (bachillerato incompleto) y las restantes tenían menos de 5 años de escolaridad. Muy similar al reporte de la cohorte de 23.803 mujeres en la Cuenta de Alto costo, la encuesta piloto mostró que 23/35 (65.7%), se desempeñaban en empleos informales especialmente las ventas por detal en la calle y trabajos relacionados con peluquería o se encontraban desempleadas. El 15/35 (42%) del total de las participantes tenían 3 hijos o más y el 13/35 (37%) del total refería tener un hijo positivo para VIH.

En la prueba piloto se pudo evidenciar que 29/35 (85%) de las participantes asistían mensual o trimestralmente a sus controles médicos para VIH a los que llegaban en su mayoría utilizando transporte público con tiempos de desplazamiento promedio de 1 hora para las zonas urbanas y de 5.5 horas para zonas rurales. En cada uno de los controles, entre desplazamiento, espera, atención y entrega de medicamentos, el tiempo promedio que empleaban era de 3 horas para las zonas urbanas y de 8.5 horas para las zonas rurales, datos que no están registrados en las bases de datos nacional.

Todas las participantes (35/35) recibían control por parte de un médico (30% eran infectólogos), tal y como lo muestra la base de datos de la Cuenta de Alto Costo, pero en la encuesta piloto 22/35 (64%) de los casos, evidenciaban que el control para VIH era incompleto dado que no se les realizaba alguna de las valoraciones establecidas legalmente (odontología, psicología, trabajo social, nutrición) por lo que debían volver a programar o pagar de su bolsillo esas citas.

De la misma manera, las participantes reportaban que los exámenes de laboratorio y la entrega de medicamentos se encontraban centralizados en 14/35 (40%) de las entrevistadas del régimen subsidiado y en 12/35 (35%) de las entrevistadas del régimen contributivo. Para aquellas donde no existía centralización esto implicaba tener que asistir a sitios diferentes o tener que pedir citas en días diferentes.

24/35 (70%) no recibía subsidio de transporte por parte de la EPS por lo que debían asumirlo de su propio bolsillo, teniendo que invertir un promedio mensual de COP 7 000 para las zonas urbanas y COP 25 000 para las zonas rurales. Las restantes recibían el subsidio para uno de los dos pasajes (ida o vuelta) y en 2/35(5%) de los casos recibieron el subsidio completo ordenado mediante acciones de tutela legales.

▪ **Caracterización clínica**

Todas las participantes se encontraban recibiendo tratamiento, y de éstas 30/35 (87%) cumplían con los criterios de adherencia establecidos por la OMS como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”²⁰. 15/35 (45%) conocían su diagnóstico desde hacía 5-9 años, habiéndose realizado ese diagnóstico durante el embarazo de alguno de sus hijos y el 22/35 (65%) se encontraba con una carga viral indetectable. De aquellas que permanecían con cargas virales detectables, un 20% había hecho resistencia virológica que requería cambios o ajustes de tratamiento, los cuales se encontraban esperando fallos de tutela que los autorizara. Estas cifras fueron menores que las planteadas para la cohorte de la Cuenta de Alto Costo, probablemente porque se trataba de pacientes en control.

Las parejas estables de 20/30 (66%) de las participantes eran sero-discordantes (VIH negativo), y generalmente correspondían a segundas uniones después del diagnóstico,

²⁰ Definición acuñada por la OMS en 2003 en la publicación: “Adherence to long-term therapies: evidence for action”, donde se retoman los conceptos de Haynes (1979) y Rand (1993) para definir la adherencia terapéutica.

dado que la primera pareja había fallecido por la enfermedad o se habían separado después del diagnóstico.

▪ **Caracterización relacionada con anticoncepción**

32/35 (94%) de las participantes referían no haber recibido asesoría en anticoncepción durante los controles VIH, las restantes habían recibido alguna asesoría después de solicitar cita en lugares como Profamilia o el centro de salud. 5/35 (14%) de las participantes no utilizaban métodos anticonceptivos por razones relacionadas con desconocimiento de los efectos secundarios o por presión de la pareja, datos muy similares a los de la cohorte nacional.

El método anticonceptivo más utilizado por 17/35 (48.5%) fue el condón masculino como único método, seguido por los métodos quirúrgicos. Sólo 3/35 (8.5%) participantes referían utilizar métodos hormonales, siendo los inyectables trimestrales los preferidos, los cuales debían adquirir de su propio bolsillo, 33/35 (94,2%) de las participantes desconocían la posibilidad de anticoncepción dual.

Todas las pacientes recibían una provisión gratuita de condones cuando asistían a sus controles médicos para VIH, siendo el promedio de 8 condones por participante al mes, lo cual consideraban insuficiente y era la principal razón para que lo utilizaran forma inconsistente (no en todas las relaciones sexuales). 30/35 (86%) de las participantes referían querer espaciar o limitar su fecundidad y 28/35 (80%) referían que el último embarazo había sido no planeado.

5.3 Evaluación económica

5.3.1 Caso base y rangos de sensibilidad

Con base en la información proporcionada por las fuentes nacionales, la encuesta piloto y los resultados de la revisión sistemática se construyó una tabla de estimación de caso base para las variables de las dos estrategias MNI, MI junto con sus valores mínimo, máximo, α y β , los cuales fueron utilizados posteriormente para los análisis de sensibilidad como se puede observar en las Tablas 5 y 6.

Tabla 3: Valores caso base y rangos de probabilidades para análisis de sensibilidad

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	CÓDIGO VARIABLE	REF. ORIGEN DEL VALOR	ANÁLISIS SENSIBILIDAD DETERMINÍSTICO			ANÁLISIS SENSIBILIDAD PROBABILÍSTICO			
			CASO BASE	LIM INF	LIM SUP	DIST	DE	Alfa	Beta
Prob. Afiliación a RS	P_RS	[12,125]	0,62	0,4	0,7	BETA	0,08	24,94	15,29
Prob. Afiliación a RC	P_RC	[12,125]	0,37	0,2	0,5	BETA	0,08	14,73	25,07
Prob. Uso AC/MNI/RS	P_AC_RS	[12,126]	0,10	0,06	0,3	BETA	0,06	2,40	21,61
Prob. Uso AC/MI/RS	P_AC_INTS	[6,20]	0,30	0,1	0,7	BETA	0,15	2,69	6,27
Prob. Uso AC/MNI/RC	P_AC_RC	[12,126]	0,15	0,06	0,35	BETA	0,07	3,49	19,80
Prob. Uso AC/MI/RC	P_AC_INTC	[6,20]	0,35	0,1	0,7	BETA	0,15	3,40	6,31
Prob. Aborto espontaneo	P_AB	[105]	0,17	0,13	0,25	BETA	0,03	25,60	124,97
Prob. Embarazo usando AC	P_EMB_AC	[49]	0,08	0,01	0,1	BETA	0,02	11,17	128,46
Prob. Emb planeado MNI/RS	P_EMB_PL_RS	[ENCUESTA PILOTO]	0,35	0,1	0,6	BETA	0,13	4,89	9,08
Prob. Emb planeado MI/RS	P_EMB_PL_INTS	[77]	0,45	0,1	0,6	BETA	0,13	6,84	8,36
Prob. Emb planeado MNI/RC	P_EMB_PL_RC	[ENCUESTA PILOTO]	0,45	0,1	0,6	BETA	0,13	6,84	8,36
Prob. Emb planeado MI/RC	P_EMB_PL_INTC	[77]	0,55	0,1	0,6	BETA	0,13	8,37	6,84
Prob. Embarazo sin AC	P_EMB-NAC	[126]	0,49	0,18	0,9	BETA	0,18	3,63	3,78
Prob. Mortinato con PTMI	P_M1	[127]	0,04	0,01	0,1	BETA	0,02	2,91	69,93
Prob. Mortinato sin PTMI	P_M2	[127]	0,08	0,02	0,2	BETA	0,05	2,79	32,11
Prob. PTMI madre MNI/RC	P_PTMI_RC	[82]	0,92	0,6	0,99	BETA	0,10	6,84	0,59
Prob. PTMI madre MNI/RS	P_PTMI_RS	[82]	0,73	0,5	0,99	BETA	0,125	9,20	3,40
Prob. PTMI madre MI/RC	P_PTMI_INTC	[6,20]	0,98	0,6	0,99	BETA	0,10	1,94	0,04
Prob. PTMI madre MI/RS	P_PTMI_INTS	[6,20]	0,92	0,6	0,99	BETA	0,10	6,84	0,59
Prob. TP-VIH con PTMI	P_RNCP	[55]	0,02	0,01	0,06	BETA	0,01	2,41	118,06
Prob. TP-VIH sin PTMI	P_RNSP	[55]	0,35	0,1	0,45	BETA	0,09	9,99	18,55

Fuente: elaborado por la autora

T

Tabla 4: Valores caso base y rangos de costos para análisis de sensibilidad

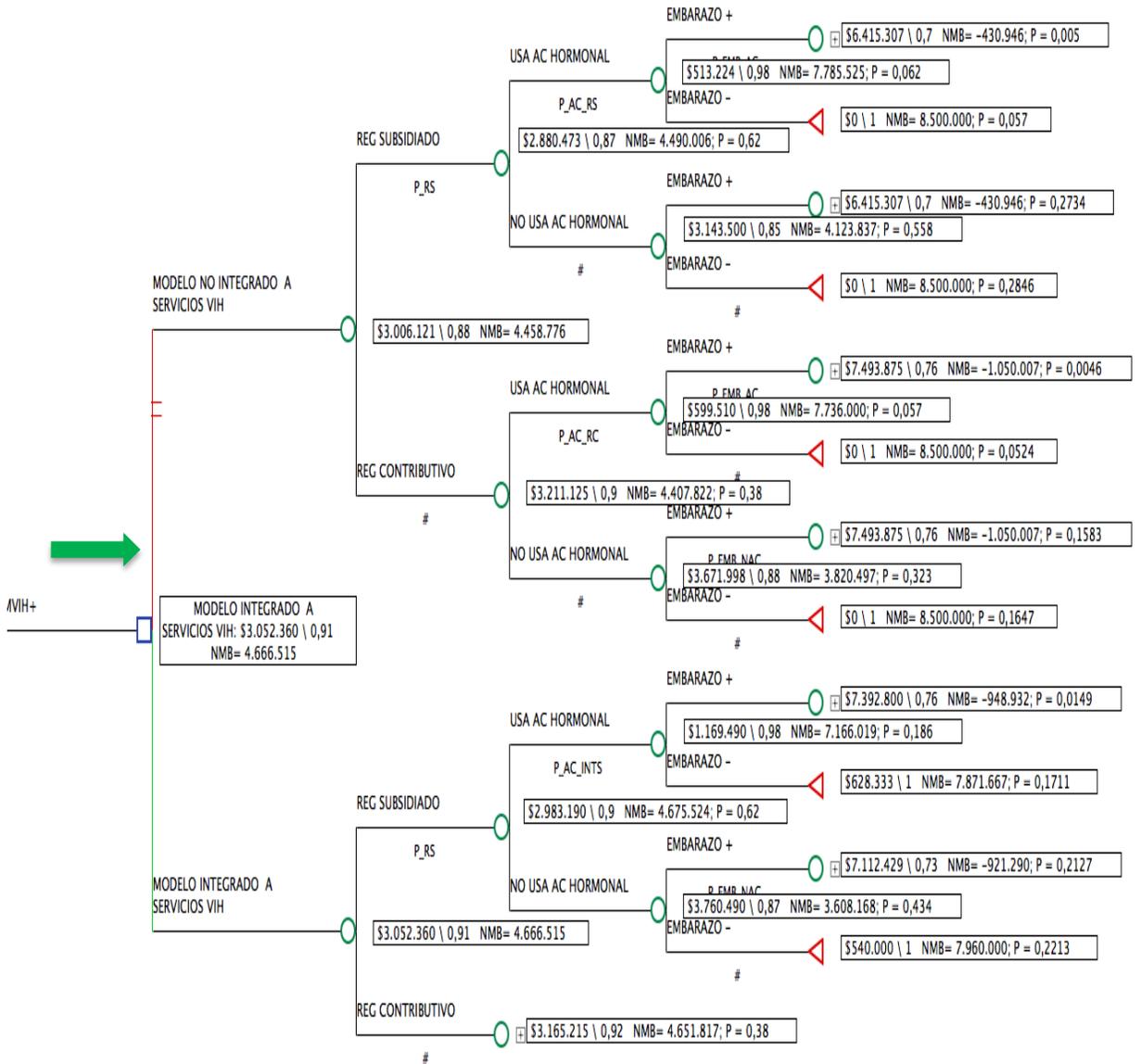
EVENTO GENERADOR DE COSTO	COD. VARIABLE	REF.ORIGEN DEL VALOR	ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD			DISTRIBUCIÓN
			CASO BASE (COP)	LIMITE INFERIOR (COP)	LIMITE SUPERIOR (COP)	
Costo atención aborto espontáneo RC	C_AB_RC	[122]	292.000	219.000	365.000	TRIANGULAR
Costo atención aborto espontáneo RS	C_AB_RS	[122]	241.000	180.750	301.250	TRIANGULAR
Costo programa de asesoría anticonceptiva + costo métodos hormonales por un año RC	C_ASAC_INTC	[129,130]	660.000	425.000	825.000	TRIANGULAR
Costo programa de asesoría anticonceptiva RC	C_AS_INTC	[129,130]	560.000	420.000	700.000	TRIANGULAR
Costo programa de asesoría anticonceptiva + costo métodos hormonales por un año RS	C_ASAC_INTS	[122,129,130]	620.000	465.000	775.000	TRIANGULAR
Costo programa de asesoría anticonceptiva RS	C_AS_INTS	[122,129,130]	520.000	390.000	650.000	TRIANGULAR
Costo estrategia PTMI materna RC	C_PTMI_RC	[124,128]	3.850.000	2.887.000	4.812.000	TRIANGULAR
Costo estrategia PTMI materna RS	C_PTMI_RS	[122,128]	3.300.000	2.475.000	4.125.000	TRIANGULAR
Costo atención RN positivo para VIH recibiendo PTMI 18 meses RC	C_RN1_RC	[122,128]	11.400.000	8.550.000	14.250.000	TRIANGULAR
Costo atención RN positivo para VIH recibiendo PTMI 18 meses RS	C_RN1_RS	[122,128]	9.360.000	7.020.000	11.700.000	TRIANGULAR
Costo atención RN negativo para VIH recibiendo PTMI en RC	C_RN2_RC	[122,128]	5.400.000	4.050.000	6.750.000	TRIANGULAR
Costo atención RN negativo para VIH recibiendo PTMI en RS	C_RN2_RS	[122,128]	5.100.000	3.825.000	6.375.000	TRIANGULAR

Fuente: elaborado por la autora

5.3.2 Técnica de resolución del modelo

Para la resolución del modelo (Figura 11) se utilizó el método de avance hacia atrás (roll-back) que permite calcular los valores esperados de costo y efectividad en el nodo de decisión para cada una de las alternativas empezando por los nodos terminales, con lo que se establece cual es la estrategia más favorecida por el modelo, que para nuestro caso corresponde al modelo integrado de asesoría (resaltada en verde).

Figura 11: Valores esperados de costo y efectividad para el nodo de decisión



Fuente: Elaborado por la autora

5.3.3 Relación costo-efectividad

En el reporte de costo-efectividad (Tabla 7) se puede observar que la costo-efectividad promedio, así como los beneficios monetarios netos (BMN) son mayores para el modelo integrado, lo cual lo convierte en la estrategia más favorable comparativamente con el modelo no integrado, con una razón de costo-efectividad incremental (RCEI) por infección adicional evitada de COP 1 547 500 (USD 525).

Tabla 5: Costo-efectividad global para las dos estrategias (MNI-MI)

CATEGORÍA	ESTRATEGIA	COSTO	CI *	EF**	EI***	RCEI §	BMN §§	C/E §§§
No dominada	MNI	3 006 121		0,88			4 370 954	3 422 957
No dominada	MI	3 052 360	46 239	0,91	0,03	1 547 500	4 575 705	3 361 249

Fuente: Elaborado por la autora con base en resultados de Treeage-Pro. *Costo Incremental **Efectividad ***Efectividad Incremental §Razón de Costo Efectividad incremental §§Beneficio Monetario Neto §§§ Costo/Efectividad

Al hacer el análisis desde los nodos de probabilidad chance que identifican a cada uno de los regímenes se puede observar que, para el régimen subsidiado, la efectividad incremental del MI es un punto porcentual mayor que para el régimen contributivo siendo además mayor también el BMN para este régimen (Tabla 8).

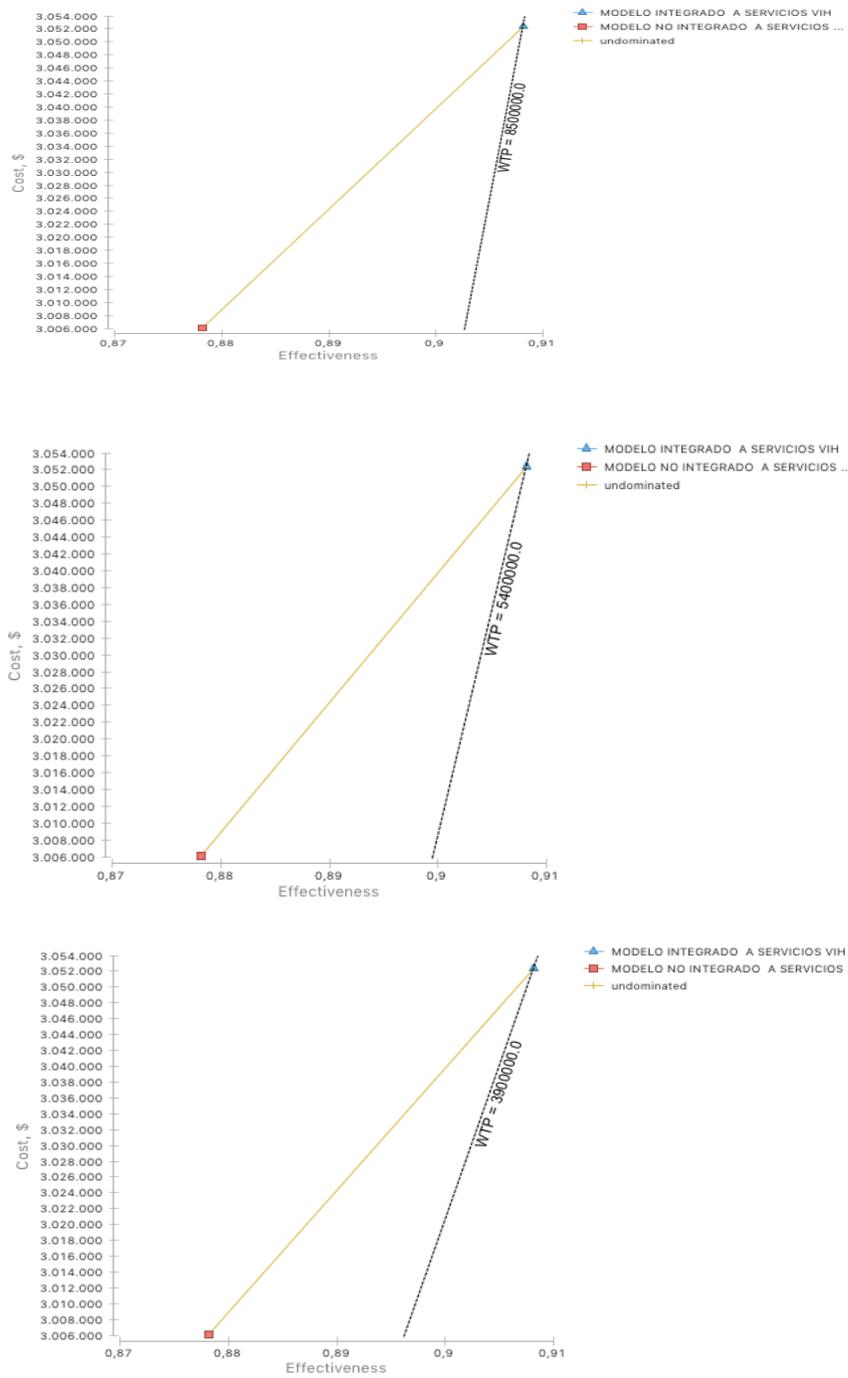
Tabla 6: Costo-efectividad por régimen de afiliación para las dos estrategias

CATEGORÍA	ESTRATEGIA	COSTO	CI *	EF**	EI***	BMN §§	C/E §§§
MNI	RS	2 880 473		0,87		4 490 006	3 310 888
MNI	RC	2 983 190	102 717	0,90	0,03	4 407 822	3 314 655
MI	RS	3 211 125		0,91		4 675 524	3 567 791
MI	RC	3 366 215	155 090	0,92	0,02	4 551 817	3 658 929

Fuente: Elaborado por la autora con base en resultados de Treeage-Pro. *Costo Incremental **Efectividad ***Efectividad Incremental §Razón de Costo Efectividad incremental §§Beneficio Monetario Neto §§§ Costo/Efectividad

Gráficamente, el plano de costo efectividad (Gráfica 3), donde además se aprecia que a la disponibilidad para pagar (DAP) planteada, el modelo integrado de asesoría continúa siendo la estrategia más favorable.

Gráfica 3: Plano de costo-efectividad para las dos estrategias (MNI-MI)



Fuente: Elaborado por la autora

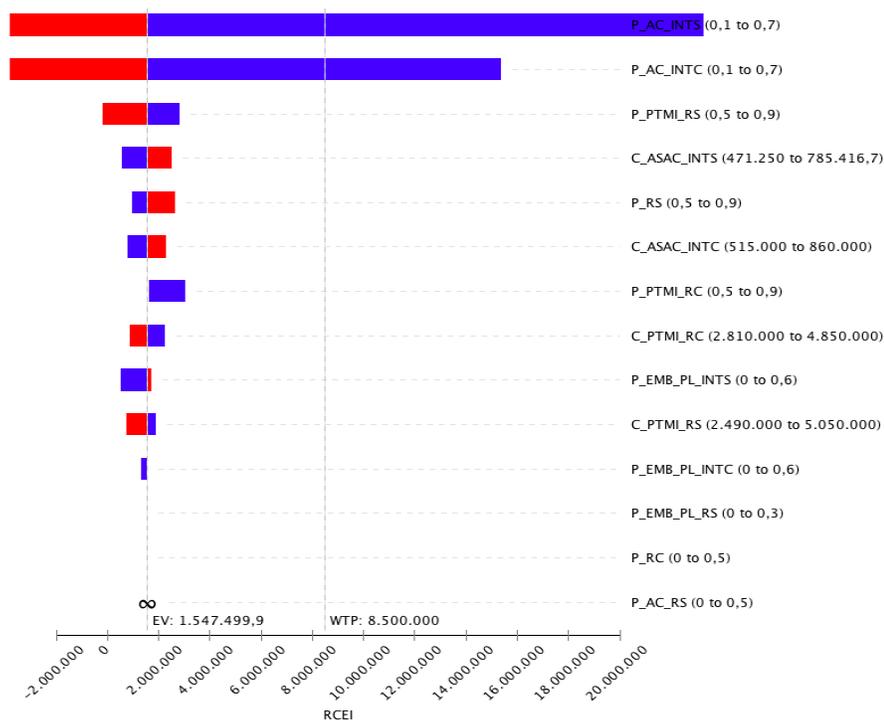
5.3.4 Análisis de sensibilidad determinístico

Para determinar cuáles eran las variables que más influencia individual tenían sobre la razón de costo-efectividad incremental (RCEI) se realizó inicialmente un análisis de sensibilidad univariado representado mediante un diagrama de tornado con los parámetros de incertidumbre establecidos tomando la DAP de COP 8 500 000.

Las variables que mostraron más impacto sobre el RCEI fueron la probabilidad de uso de anticoncepción hormonal en el MI en ambos regímenes (P_AC_INTS, P_AC_INTC) y la probabilidad de acceso materno a la estrategia PTMI en el régimen subsidiado para ambos modelos (P_PTMI_RS y P_PTMI_INTS) donde el RCEI aumenta en la medida en que el valor de la variable se sitúa por debajo del valor esperado para el caso base.

Para los costos de los programas de asesoría anticonceptiva del MI (C_ASAC_INTS y C_ASAC_INTC) el efecto es el contrario, donde en la medida en que estos costos se ubican por encima del caso base, el RCEI también aumenta. (Gráfica 4).

Gráfica 4: Diagrama de tornado para RCEI de las dos estrategias (MI-MNI)

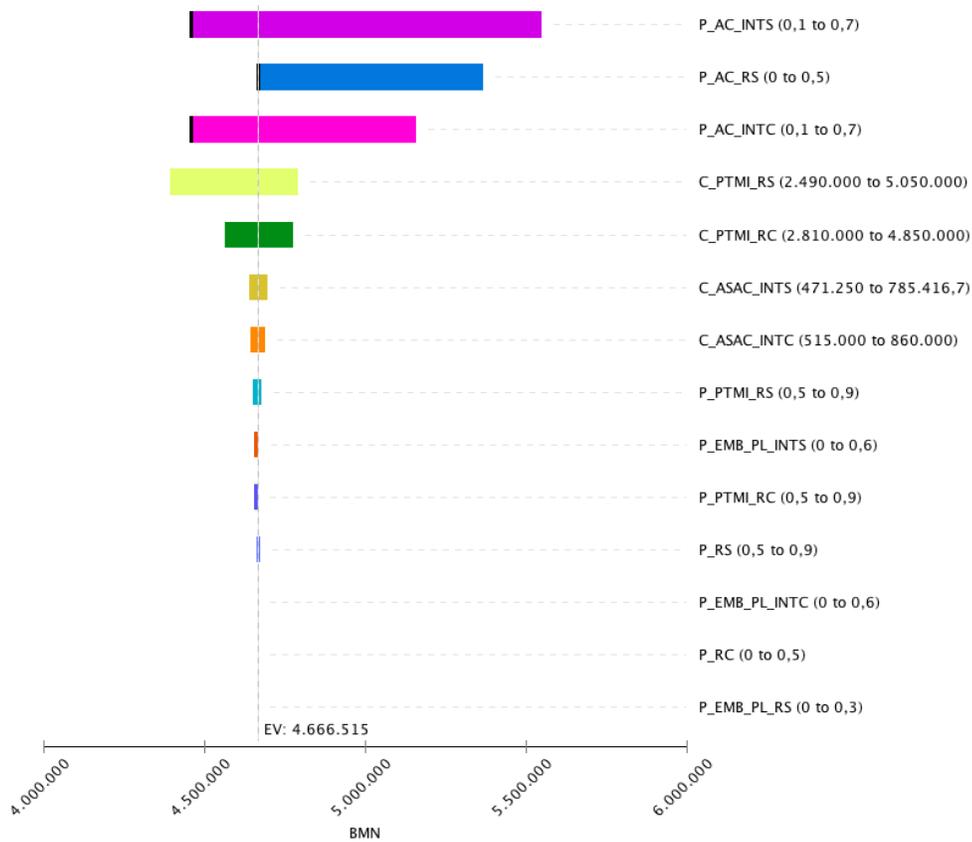


Fuente: Elaborado por la autora

Para determinar si existía un umbral de cambio de costo-efectividad dado por las variables individuales sobre las estrategias, se realizó un análisis de sensibilidad

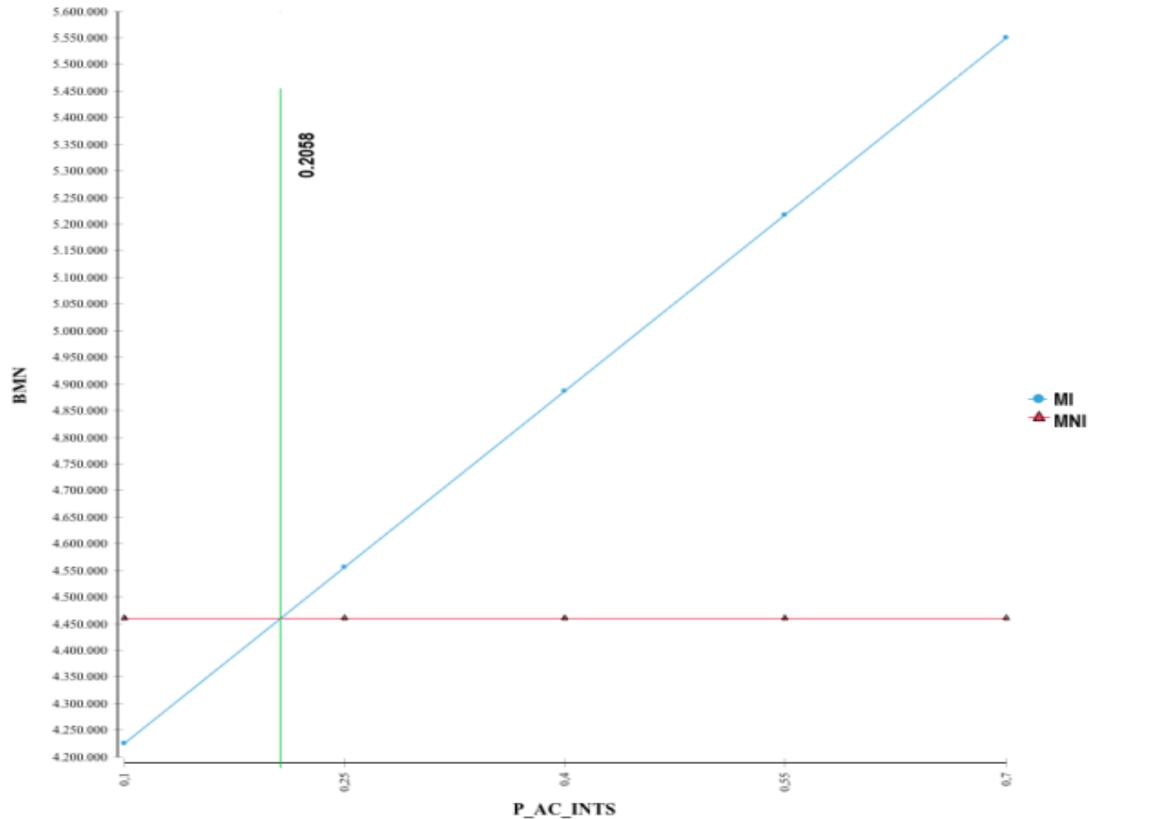
univariado representado mediante un diagrama de tornado para el beneficio monetario neto (BMN). Las variables que mostraron tener un umbral de costo-efectividad en términos de BMN corresponden a la probabilidad de uso anticonceptivo para ambos regímenes de afiliación (P_AC_INTS, P_AC_INTC, P_AC_RS) (Gráfica 5).

Gráfica 5: Diagrama de tornado para BMN de las dos estrategias (MNI-MI)



Fuente: Elaborado por la autora

El análisis de sensibilidad para las variables que muestran umbral con respecto al BMN permiten establecer un punto de corte de 20% de probabilidad de uso de AC donde, por debajo de este valor se favorece al MNI (Gráfica 6).

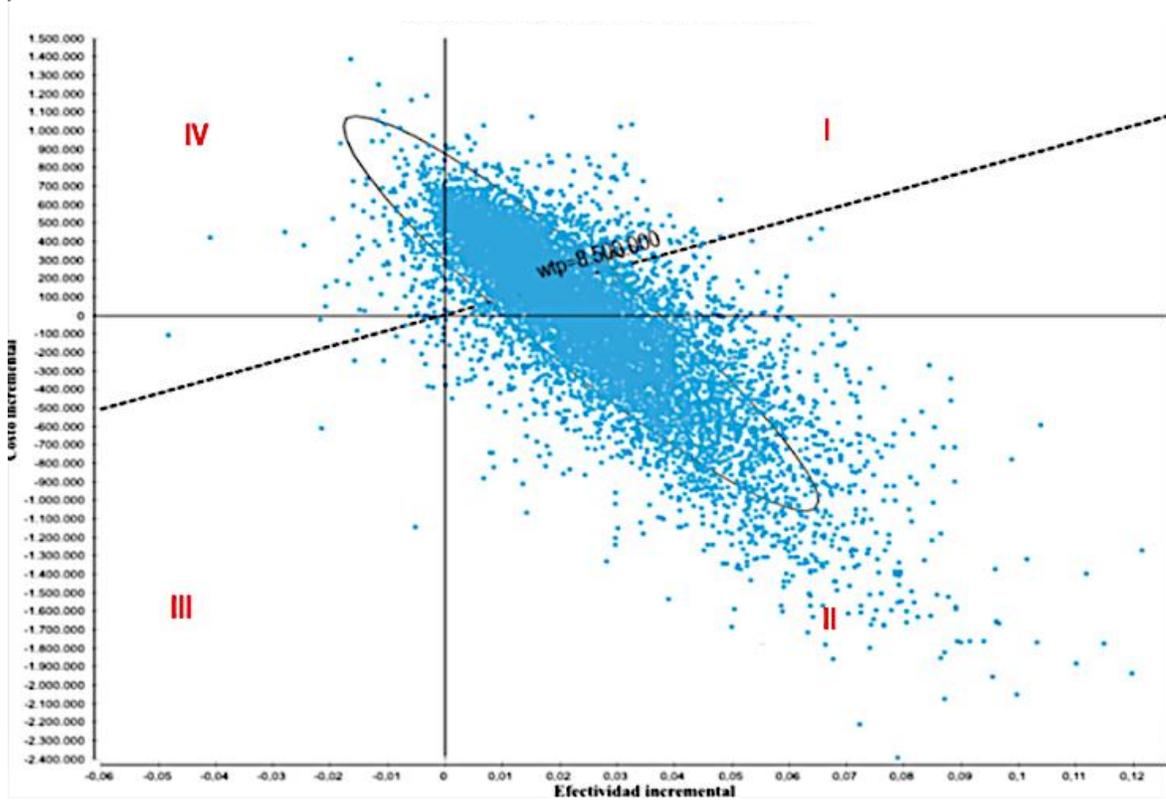
Gráfica 6: Análisis de sensibilidad sobre la variable uso AC (Umbral BMN)

Fuente: Elaborado por la autora

5.3.5 Análisis de sensibilidad probabilístico

Para el análisis de sensibilidad probabilístico se hizo una simulación con el método Montecarlo considerando 10.000 iteraciones, manteniendo la disponibilidad de pagar en COP 8.500.000 con la elipse los puntos que se encuentran dentro del intervalo de confianza del 95% del RCEI para diferentes valores aleatorios de incrementos de efectividad y costos (Gráfica 7), la línea que atraviesa transversalmente corresponde a la disponibilidad a pagar dentro del umbral de costo-efectividad.

Gráfica 7: Análisis de sensibilidad con simulación de Montecarlo para RCEI



Cuadrante	Efectividad incremental (IE)	Costo incremental (IC)	Razón incremental CE(RCEI)	Frecuencia	Proporción
I	IE>0	IC>0	RCEI<DAP	5200	0,52
I	IE>0	IC>0	RCEI>DAP	1488	0,14
II	IE>0	IC<0	RCEI<DAP	2999	0,29
III	IE<0	IC<0	RCEI>DAP	20	0,002
III	IE<0	IC<0	RCEI<DAP	8	0,0008
IV	IE<0	IC>0	-	285	0,028

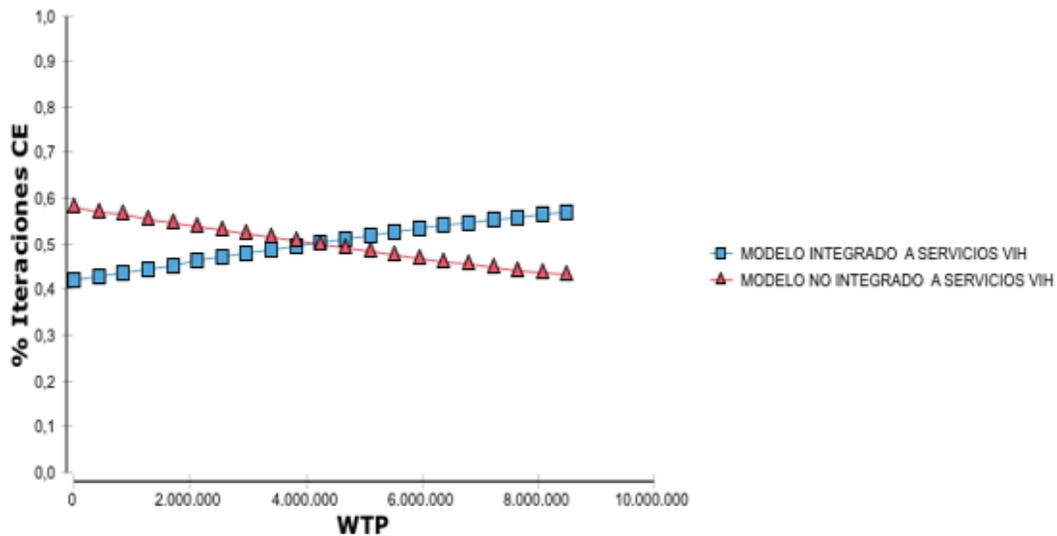
Fuente: Elaborado por la autora

Para la estrategia modelo integrado de asesoría, el 66% de los puntos de la simulación (en las 10.000 iteraciones) se encuentra ubicado en el cuadrante I, es decir donde la intervención es más efectiva pero más costosa. Es interesante ver como aún a pesar de lo anterior, la razón incremental de costo-efectividad para el 81% de estos puntos es menor que la disponibilidad a pagar planteada. De la misma forma en el 29% de las

iteraciones, la estrategia modelo integrado se ubicó en el cuadrante II, donde la intervención es más efectiva y menos costosa.

La curva de aceptabilidad que representa la costo-efectividad relativa como una función de la disponibilidad a pagar muestra que con 61% de simulaciones a la disponibilidad a pagar establecida, la CE del modelo integrado de asesoría se ve favorecido, comparado con un 39% de iteraciones a favor del modelo no integrado. (Gráfica 8).

Gráfica 8: Curva de aceptabilidad de C/E para las estrategias MNI vs MI



Fuente: Elaborado por la autora

5.4 Análisis de resultados

La vulnerabilidad diferencial de las mujeres en la adquisición de la infección por VIH ha sido ampliamente estudiada, encontrando, además, una predisposición biológica relacionada con situaciones desventajosas en el área laboral, económica, de seguridad, educación y otros determinantes estructurales de la salud [3, 141].

En la misma línea, para la encuesta piloto que hace parte de este estudio se pudo observar que la mayoría de las mujeres eran jóvenes, con un nivel de educación medio-bajo, se desempeñaban en empleos informales y eran usuarias en su mayoría de los servicios del régimen de salud subsidiado.

Además de estas características se pudo constatar cómo además de estos determinantes estructurales relacionados con VIH, se evidencian barreras de acceso para alternativas anticonceptivas y SSR, dados por altos tiempos de desplazamiento, espera y atención fraccionada, sumado a una ausencia casi completa de posibilidades de

asesoría anticonceptiva y desconocimiento de la existencia de métodos modernos de anticoncepción dual.

Aunque la mayoría de estas mujeres refiere que quiere limitar o espaciar su fertilidad, las posibilidades anticonceptivas se ven reducidas a la esterilización quirúrgica aun a pesar que no tienen su paridad cumplida, o al uso de condón masculino como método único, que por ser utilizado en forma inconsistente favorece la ocurrencia de embarazos no planeados aumentando el riesgo de transmisión perinatal del virus.

Es importante anotar que el condón masculino está reconocido como un método altamente eficaz para prevenir la transmisión del VIH entre parejas, pero no está recomendado como método seguro de anticoncepción, ya que de acuerdo con el Centro de Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC), su eficacia anticonceptiva se encuentra en un 82% en comparación con otros métodos que han demostrada eficacia superior al 99%, por lo que se recomienda el uso de métodos anticonceptivos duales (condón sumado a métodos hormonales) que son seguros para las MVIH” [49].

Desde el año 2008, los estudios económicos han podido evidenciar en lugares como África Subsahariana, donde la epidemia VIH se encuentra generalizada dentro de la población general y especialmente en las mujeres en edad reproductiva, cómo la integración de servicios de SSR basada en derechos (asesoría en salud sexual, anticoncepción, control prenatal, aborto seguro y prevención de la violencia) con los servicios de atención y seguimiento de VIH es factible costo-efectiva y mejora el acceso, la aceptabilidad y la calidad de ambos servicios [129, 140].

La evidencia de los beneficios de la integración en lugares como Colombia y otros países de Latinoamérica donde la epidemia aún se encuentra concentrada en poblaciones claves son escasos y se limitan especialmente al área de control prenatal, donde se ha podido demostrar la costo-efectividad de la integración de servicios para reducir la transmisión perinatal del virus [80].

El presente estudio económico se enfocó a establecer para Colombia, la costo-efectividad en términos de infecciones VIH perinatales evitadas de dos estrategias de asesoría anticonceptiva para MVIH en edad reproductiva y permitió determinar para el caso base, que la integración de los servicios de asesoría anticonceptiva con los de atención y seguimiento para VIH (Modelo Integrado-MI) tiene mejor desempeño de costo-efectividad al ser comparada con la estrategia tradicional conocida como Modelo No Integrado (MNI).

Aún a pesar que la estrategia MI es más costosa (COP 46 239), también es más efectiva, logrando evitar un 3% adicional de infecciones perinatales, lo cual se ve reflejado en una razón de costo-efectividad incremental (RCEI) de COP 1 547 500, (es decir el valor adicional que debe ser invertido por cada infección evitada), el cual representa cerca de la sexta parte de lo que el SGSSS colombiano invierte actualmente para prevenir una infección VIH perinatal (COP 8 500 000).

El análisis de sensibilidad determinístico mostró que la probabilidad de uso de anticoncepción es el factor que más peso tiene sobre los cambios en la RCEI, es decir, a mayor uso anticonceptivo es menor el RCEI haciendo más eficiente la estrategia y a

menor uso anticonceptivo aumenta el RCEI haciéndola menos eficiente. Esta apreciación es consistente con la literatura, donde está reportado que la asesoría anticonceptiva integrada permite evitar nuevas infecciones VIH perinatales al aumentar la probabilidad de uso de anticonceptivos diferentes del condón por parte de las usuarias, y por lo tanto reducir el número de embarazos no planeados [6, 140].

El análisis de sensibilidad probabilístico también fue concordante con los resultados, mostrando que a la disponibilidad a pagar planteada y después de hacer 10.000 simulaciones, la estrategia MI se mantuvo como la estrategia más costo-efectiva para el 66% de estas y el RCEI se mantuvo por debajo de la disponibilidad para pagar para el 78%.

Para poder establecer si había un punto en el que la estrategia MI dejaba de ser la más costo-efectiva comparada con la del MNI, se realizó un análisis de umbral para las probabilidades de uso anticonceptivo, encontrando un punto de corte, donde para valores inferiores a 20% de uso anticonceptivo, la favorabilidad de las estrategias se invierte.

Si se tiene en cuenta que el uso de anticonceptivos diferentes del condón documentado para las MVIH en Colombia actualmente se encuentra entre 10- 15% según el régimen de afiliación, una integración de este tipo requeriría un aumento entre 6-11 puntos porcentuales del uso anticonceptivo base, pero teniendo en cuenta que en otros países donde se han aplicado estas experiencias de integración se han logrado aumentos promedio entre 15-20 puntos porcentuales en un año de integración, lograr este umbral parecería factible [130, 138, 139].

Con relación a los costos, el punto de corte se pudo ver en la curva de aceptabilidad, donde mientras la disponibilidad para pagar se mantenga por encima de COP 4.000.000 la estrategia más costo-efectiva sigue siendo la del MI. Si se considera que lo mínimo que está invirtiendo actualmente el sistema de salud colombiano para evitar una infección VIH perinatal dentro de la estrategia de prevención de transmisión materno-infantil (PTMI) completa son COP 8.500.000, la evidencia se inclina a favor de la estrategia MI.

En estudios realizados en África sobre integración de servicios se ha podido observar cómo al mejorar el acceso y disponibilidad de estos, se disminuyen las inequidades relacionadas con la condición VIH especialmente en la población de mujeres [3, 17].

En este estudio se planteó como parámetro de equidad la afiliación a los dos regímenes de salud en Colombia. Al hacer el análisis de los resultados, se aprecia que existe una diferencia en efectividad a favor del régimen contributivo del 3% sobre el subsidiado en el MNI. Llama la atención que con la estrategia del MI no solo mejora la efectividad en ambos regímenes, sino que además se reduce el diferencial existente a 1% contribuyendo a disminuir inequidades estructurales propias del sistema de salud y mejorando las condiciones de las usuarias del régimen subsidiado que actualmente se encuentran en una clara desventaja y que representan la mayoría de las MVIH.

Capítulo 6. Fase Cualitativa

6.1 Metodología

6.1.1 Encuadre metodológico:

El interés primordial en esta fase del estudio era comprender el significado esencial de la experiencia del fenómeno a través del sentido existencial y la importancia que éste tenía para las participantes, por esto, la pregunta de investigación se estructuró para conocer y describir las experiencias vividas²¹ y compartidas por las MVIH en los procesos de asesoría para anticoncepción existente en Colombia.

La aproximación metodológica que se utilizó fue de tipo fenomenológico-hermenéutico, con base en la conceptualización de “mundo de vida, mundo vivido” aportada por Max Van Manen, fenomenólogo holandés pionero en la utilización de este método de para investigación en pedagogía, y que ha trascendido a otros campos como la salud, las humanidades y las ciencias sociales. El método propuesto por Van Manen combina los conceptos clásicos de la fenomenología trascendental de la escuela alemana basada en las ideas de Husserl, con las propuestas hermenéuticas de Heidegger y existenciales de Merleau-Ponty. Se fundamenta en que “el estudio del mundo y la experiencia vivida llegan a ser la misma cosa pues transforman las experiencias personales en una aprehensión del fenómeno “[142, 143].

Algunos ejemplos sobre estudios fenomenológicos en el campo de la salud pueden ser los de Berg, Skott y Danielson (2006) que investigaron la relación de cuidado entre los pacientes y enfermeras, Jansson y otros (2002) exploraron el fenómeno de la comunicación entre pacientes que padecen derrame cerebral-afasia y el personal sanitario, Söderhamn e Itvall (2003) con el estudio de la influencia de las enfermeras en la calidad de la atención ofrecida para paliar el dolor post-operatorio; Wigert, Johansson, Berg, y Helletröm (2006) quienes describen la experiencia de la separación por parte de las madres que deben internar sus hijos en una unidad de cuidado intensivo neonatal²².

Para comprender mejor la propuesta fenomenológica de Van Manen se hará un breve resumen de estas influencias. Iniciando con la fenomenología trascendental de Edmund Husserl (1859-1938), ésta se presenta como una forma de describir lo que es dado en la experiencia inmediata sin estar obstruido por concepciones y nociones teóricas. En su última obra, Husserl introduce la noción del “mundo de la vida”, el mundo de cada día en

²¹ Una experiencia vivida no aparece ante mí como algo percibido o representado; no me ha sido dada, sino que su realidad está ahí, para mí, porque yo la poseo inmediatamente, como si, en cierto sentido, me perteneciera. Sólo en el pensamiento se convierte en algo objetivo (144).

²² Todos estos estudios utilizaron la aproximación fenomenológica-hermenéutica propuesta por Van Manen y se encuentran consignadas en Carabajo R. La Metodología fenomenológica-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Revista de investigación educativa. 2008; 26(2): p. 409-38

el que vivimos adoptando una “actitud natural” donde prima la “conciencia originaria”, es decir una conciencia no temática y previa. Sin esta conciencia originaria no podríamos reflexionar, pero, sin embargo, esta conciencia originaria, por muy fundamental que sea, solo puede ser descubierta con posterioridad por medio de un acto reflexivo, es decir, la diferencia entre conciencia originaria y reflexiva se hace visible gracias a la reflexión. Husserl formula su famoso principio de todos los principios de la fenomenología en estos términos: “Todo lo que se nos brinda originariamente en la «intuición», hay que tomarlo simplemente como se da, pero también solo dentro de los límites en que se da”.²³

Con base en la crítica de la noción sobre los procesos reflexivos husserianos, y la limitación al ámbito descriptivo de la fenomenología, Martín Heidegger (1889-1976), plantea una fenomenología hermenéutica que marca claras diferencias con la fenomenología reflexiva de Husserl. Se basa en que mantiene una metodología descriptiva, ya que quiere, en palabras de Heidegger, “prestar atención al modo en el que las cosas aparecen, quiere dejar que las cosas hablen por sí mismas”²⁴, pero al mismo tiempo, también mantiene una postura hermenéutica ya que no acepta la existencia de los “fenómeno no interpretados”. La contradicción implícita puede resolverse si se reconoce que los hechos fenomenológicos de la experiencia vivida son ya experimentados de forma significativa, es decir, hermenéuticamente. Además, incluso estos hechos deben captarse en el lenguaje y la escritura, lo cual resulta inevitablemente un proceso interpretativo [143]

La razón por la que se escogió esta propuesta en el área cualitativa de este estudio radica en la importancia de comprender el significado de las experiencias cotidianas vividas por las MVIH en un área sensible como es la SSR y dado que por su condición VIH usualmente estas mujeres tienden a sentir estigma y discriminación, ésta aproximación permitió abordar esas vivencias de una manera más tranquila, lo que de acuerdo con Van Manen, hace factible “prestar atención a lo consecuente en lo inconsecuente y a lo significativo en lo que se da por sabido” para reflexionar y evocar a través de la escritura, los significados esenciales de sus vivencias [144].

Aún a pesar que en investigación cualitativa existes múltiples aproximaciones ninguna se acerca mejor que la fenomenología – hermenéutica a los objetivos de este trabajo en términos de significado. La fenomenología se distingue de otras disciplinas en el hecho de que no aspira a explicar significados específicos de culturas determinadas, como lo hace la etnografía, ni pretendía estudiar las relaciones de ciertos grupos sociales, ya que de ello se ocupa la sociología, tampoco aspiraba describir los periodos históricos, que es tarea de la historia, ni de los distintos aspectos mentales, como hace la psicología, o bien de la historia vital personal de un individuo, en cuyo caso es la biografía. La fenomenología intenta fundamentalmente explicar los significados, tal como los vivimos en nuestra existencia cotidiana, en nuestro universo vital [142].

²³ Veraza Tonda, Pablo. «El pensar del Ereignis de Heidegger como otra fenomenología. Método e inicio del camino». Franciscanum 165, Vol. lviii (2016): 89-116

²⁴ En la obra fundacional de la fenomenología, *las Investigaciones Lógicas* (1900-1901), Husserl señala que la finalidad de su enfoque es retroceder a la manera en que aparecen originariamente las cosas –lo que considera como intuiciones originarias– formulando la famosa máxima «a las cosas mismas»

El marco elegido para la reflexión fenomenológica se basó en los cuatro parámetros existenciales propuestos por el filósofo francés, Maurice Merleau Ponty que fueron incorporados por Van Manen dentro de su planteamiento de la fenomenología hermenéutica: espacialidad (espacio vivido), corporeidad (cuerpo vivido), temporalidad (tiempo en que se vivió) y relacionalidad o comunalidad (relaciones humanas vividas) como guía para la reducción fenomenológica [145, 146].

6.1.2 Población:

El estudio se dirigió a MVIH en edad reproductiva, que se encontraran afiliadas al SGSS en RC o RS, que asistían a grupos de apoyo de diversas regiones del país y que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

6.1.3 Muestreo:

Se realizó un muestreo teórico, cuya selección se hizo en la medida en que progresó el estudio y de acuerdo con la información obtenida a partir de 35 entrevistas conversacionales realizadas a MVIH colombianas. El muestreo terminó en el momento en que se cumplió el principio de saturación de los datos, es decir cuando la información fue suficiente y no se obtuvo ningún dato nuevo ni relevante [147].

6.1.4 Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión:**
 - Ser MVIH con diagnóstico confirmado y en tratamiento
 - Ser mayor de 18 años y menor de 49
 - Estar afiliada actualmente al SGSSS en RC o RS
 - Haber asistido por lo menos a un control médico para PVVIH desde su diagnóstico
 - Contar con el tiempo para la entrevista
- **Criterios de Exclusión:**
 - Ser menor de edad
 - Referir falta de adherencia al tratamiento y/o a la asistencia a los controles médicos para PVVIH
 - Tener alguna limitación de comunicación, comprensión y/o sensorial para atender a una entrevista

6.1.5 Desarrollo del método fenomenológico

Con base en el método descrito por Van Manen para abordar el proceso fenomenológico-hermenéutico, esta investigación se centró en el significado esencial de las vivencias de las MVIH sobre la asesoría que recibida en anticoncepción dentro de los programas existentes en Colombia para poder comprender el sentido existencial y la importancia que estas tienen para ellas [148].

Van Manen plantea que para desarrollar las actividades de investigación se deben realizar dos métodos, uno de naturaleza empírica que se orienta a la recolección del material experiencial o la “experiencia vivida” y otro reflexivo que pretende analizar y determinar las estructuras esenciales de la experiencia recogida. Se debe tener en cuenta que, aunque se usa como guía, el método no se establece como una “camisa de fuerza” ni como un manual técnico sino solamente como un orientador o un “camino” que facilita la comprensión del proceso experiencial [144].

6.1.6 Métodos empíricos- La entrevista conversacional

Para reunir el material experiencial se utilizó como técnica la entrevista conversacional. Es importante hacer una distinción entre esta técnica y la entrevista en profundidad, otra modalidad muy utilizada en investigación cualitativa. Aunque son afines, la entrevista en profundidad busca recoger la información sobre el sujeto aceptando la interpretación que la persona tiene acerca de las experiencias, mientras que en la entrevista conversacional lo que se busca es obtener el significado vivido de esa experiencia prescindiendo de las interpretaciones acerca de ella que hace el entrevistado, es decir la entrevista conversacional busca acceder a la información de la experiencia de la manera más cercana a como fue vivida en su momento en forma de una historia o anécdota que permita revivir existencialmente ese momento para describir e interpretar su significado “original” [144].

Las entrevistas conversacionales se dieron entre la investigadora y MVIH que pertenecen a la **RED NACIONAL DE MUJERES POPULARES TEJIENDO VHIDA**, una ONG nacional que agrupa a cerca de 400 MVIH, donde asisten a grupos de apoyo, capacitación y acompañamiento legal, y quienes fueron contactadas a través de una convocatoria que se hizo con las gestoras sociales (son las coordinadoras para cada región del país) de la organización, en un encuentro nacional llevado a cabo en Bogotá en marzo de 2016.

En este encuentro se hizo la presentación del trabajo de investigación y del instrumento de la entrevista conversacional, el cual fue afinado con cinco gestoras sociales para garantizar su comprensión y relevancia. Con este afinamiento se ajustó la pregunta central que sirvió como guía de la entrevista conversacional, haciendo un símil entre anticoncepción y planificación familiar que, aunque se refieren técnicamente a dos elementos diferentes, el primer término era poco usado y comprendido, por lo que la pregunta finalmente se ajustó así:

¿Cómo ha sido su experiencia con la asesoría que ha recibido en anticoncepción/planificación familiar desde que fue diagnosticada con VIH?

Posteriormente, las gestoras sociales hicieron las invitaciones a las mujeres que asisten a sus grupos donde fueron informadas del propósito de la entrevista y el carácter voluntario que tenía su asistencia. La investigadora se desplazó a seis sedes de la

organización (Cartagena, Ibagué, Bogotá, Bucaramanga, Buenaventura y Cali) donde se dispuso de un espacio privado y cómodo para la realización presencial de las entrevistas que se iniciaron con la presentación de la investigadora por parte de la gestora y nuevamente la explicación del propósito del estudio, así como la lectura y la firma del consentimiento informado.

Cada entrevista tuvo una duración promedio 40-50 minutos para la sección conversacional fenomenológica, los relatos fueron grabados en audios para preservar la experiencia en su estado original y facilitar su transcripción textual.

Dentro de la entrevista conversacional se recurrió a la recopilación de historias en forma de anécdotas y recuerdos de las participantes con respecto a sus vivencias frente a la asesoría en anticoncepción que habían recibido en los controles médicos para VIH, de manera que se obtuvo la vivencia de la manera más parecida a como se dio en el momento de la experiencia. Van Manen plantea que “la anécdota simboliza a una de las herramientas con la cual se ponen al descubierto los significados ocultos, por lo que se puede concebir como un recurso metodológico importante para desarrollar un conocimiento más rico y más profundo sobre el fenómeno, así como para establecer una relación conversacional con las entrevistadas sobre el significado existencial de estas experiencias” [144].

Cada una de las entrevistas se inició con la pregunta fenomenológica explorando situaciones concretas que hubieran sucedido con relación a asesoría en anticoncepción y luego se procedió a profundizar en esta experiencia procurando mantener la vivencia lo más pura posible sin entrar en interpretaciones propias. En los casos en que se presentaban bloqueos en la información se utilizó la técnica de repetición de la última frase de la entrevistada para mantener el hilo de la conversación o se solicitó ampliación de la información con ejemplos [143].

Además de la entrevista, la investigadora utilizó un diario de campo donde se incluyeron en orden cronológico ideas, observaciones, esquemas y mapas para documentar los procesos verbales o no verbales de importancia que no hubieran quedado dentro de las grabaciones.

6.1.7 La reflexión fenomenológica hermenéutica

Para reflexionar sobre las experiencias vividas y poder comprender su significado esencial se utilizó el análisis temático fenomenológico, donde el tema se concibió como “la estructura de la experiencia”, es decir lo que le da el sentido a la experiencia, y la hace significativa e importante. Inicialmente se recopilaron los relatos anecdóticos grabados en audio, los cuales fueron transcritos literalmente [149].

En un segundo momento, se hizo una relectura de las transcripciones procurando dejar como planteaba Husserl “entre paréntesis” las propias interpretaciones, explicaciones, valoraciones y detalles de manera que se pudiera preservar de la manera más original la experiencia, utilizando las propias palabras y el sentido que le dieron las participantes al relato, tal y como lo propone Van Manen, aunque teniendo presente que [144].

Posteriormente, se elaboraron matrices temáticas que agruparon los temas, subtemas y experiencias vivenciales emergentes más importantes y se hizo una codificación por colores de los parámetros existenciales (**tiempo vivido**, **espacio vivido**, **cuerpo vivido** y **relaciones vividas**) en la medida en que iban apareciendo en los relatos (Figura 12).

Esta información, junto con las notas del diario de campo fueron los insumos para la reflexión micro temática. Con estas matrices se procedió a la redacción de transformaciones lingüísticas, recogiendo en párrafos más sensibles, desde el punto de vista fenomenológico, los temas y afirmaciones temáticas reunidas hasta el momento. Por último, se propuso integrar en una sola descripción las características individuales obtenidas de las participantes del estudio para establecer las características propias del grupo con un tema de reflexión común y elaborar un texto fenomenológico que permitiera al lector acercarse de una manera también existencial a estas experiencias vividas [148].

Figura 12: Formato matriz temática

Parámetros existenciales: **tiempo vivido**, **espacio vivido**, **cuerpo vivido**, **relaciones vividas**

TEMA:

Tema	Subtema	E. vivenciales	Reflexión micro-temática

Fuente: Elaborado por la autora

6.1.8 Calidad de los datos

Para valorar el rigor metodológico y fomentar la calidad de los datos del estudio, se usaron los criterios presentados por Vasilachis de credibilidad o “validez interna” donde se tomaron medidas de control como el compromiso que estableció la investigadora con el trabajo de campo, manteniendo notas exactas y precisas así como grabaciones de las entrevistas para evitar las propias interpretaciones así como procesos de validación comunicativa que se hicieron con las entrevistadas y auditoría interna por pares académicos; transferibilidad o “validez externa” que dentro de la investigación cualitativa se refiere a la posibilidad de aplicación de los hallazgos del estudio a poblaciones en contextos similares para una mejor comprensión del fenómeno. Esto se logró mediante la inclusión de diversidad de MVIH entrevistadas teniendo en cuenta diferentes regímenes de afiliación al sistema de salud, lo cual coincide con diferentes estratos socioeconómicos y diferentes regiones del país [150].

De la misma forma, la investigadora periódicamente entregó una descripción del progreso del estudio, de las decisiones tomadas y de cualquier otro aspecto que surgió en el transcurso de las entrevistas y a lo largo del estudio, la cual fue sometida a discusión con los directores de la tesis y otros investigadores.

6.1.9 Aspectos Éticos

La postura ética que se asumió para la realización de este trabajo se fundamentó en los valores de honestidad, integridad, responsabilidad y respeto por los procesos y los derechos de sus participantes. Se estableció un marco ético basado en la normativa nacional expedida por Ministerio de la Protección Social para la investigación en salud donde este tipo de diseño se cataloga como sin riesgo (Resolución 8430 de 1993 - Capítulo I - Artículos 1-16) y el Decreto 1543 de 1997, que reglamenta el manejo de la infección por VIH/SIDA, así como la investigación que se realice sobre las personas seropositivas.

Para las entrevistas conversacionales se diseñó un consentimiento informado como forma de garantizar que la participación de las MVIH en la investigación fuera voluntaria, compatible con sus valores, intereses y preferencias. El proyecto de investigación junto con todos sus anexos fue sometido a la aprobación por parte del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá, la cual consta en el acta No. 004-035-16 del 10 de marzo de 2016 (Anexo 3).

6.2 Resultados - análisis temático

Con los relatos de las participantes se elaboraron cuatro matrices que agruparon los temas, subtemas y experiencias vivenciales emergentes más importantes, posteriormente se hizo una codificación por colores de los parámetros existenciales (tiempo vivido, espacio vivido, Cuerpo vivido y relaciones vividas) en la medida en que iban apareciendo en los relatos.

Para la reflexión micro temática se analizaron las experiencias vivenciales, pudiendo agrupar cuatro grandes temas emergentes: el primero, relacionado con las intenciones y deseos de maternidad mediados por el diagnóstico del VIH, el segundo, referido a las opciones anticonceptivas y específicamente la esterilización quirúrgica vivida como opción anticonceptiva, así como el uso del condón como anticonceptivo. El tercer tema, se centró en las vivencias dentro de los controles para VIH, la asesoría anticonceptiva y las relaciones con los profesionales de la salud. Por último, el cuarto tema, abordó la experiencia de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos vivida por estas mujeres con relación al sistema de salud y la manera como lo enfrentan organizándose en grupos de apoyo de pares.

A continuación, y sin pretender generalizar, se presenta una síntesis de cada uno de estos temas acompañado e ilustrado con las narrativas de las 35 mujeres participantes.

6.2.1 La maternidad y el diagnóstico del VIH

▪ El embarazo después del diagnóstico - “Entre el deseo y la intención”

El tiempo vivido aparece en los relatos de las mujeres mostrando como el deseo de maternidad, elemento esencial femenino, persiste antes y después del diagnóstico de VIH, pero una vez se conoce, la intención real de tener hijos se modifica, en concordancia con un estudio realizado en Brasil donde se encontró que el deseo de ser madre es visto como existente en el contexto natural antes de la infección por el VIH, el deseo de ser madre siempre ha existido en general [106].

Emergen temores relacionados con el VIH que conducen a limitar la intención de nuevos embarazos, tanto para las mujeres que solo tienen un hijo y consideran que es un número insuficiente, como para las que saben que existen medidas preventivas que permiten evitar la transmisión del VIH. El embarazo se convierte en una idea poco viable que produce frustración y tristeza. Así lo relatan dos de las mujeres entrevistadas:

“...Antes de que me enfermara si quería tener más hijos porque una sola es poquito...Sí, yo si quería tener hijos.... Como no sabía lo que tenía.... Ese es el deseo de toda mujer.... después ya no quería más (hijos)... puede ser peligroso..... No solo porque salgan enfermos sino porque si yo me muero... quien los va a cuidar...” (TOL-01)

“Yo ya tenía dos varones.... Sí, yo si hubiera querido tener otro hijo... yo quería tener una niña, pero con la enfermedad ya no puedo tener más, me dio mucha tristeza...” (TOL-03)

Las mujeres que estando embarazadas y en el control prenatal se enteran de su diagnóstico, relatan como este espacio vivido genera un evento traumático. Como lo presenta Grimberg: “Recibir un diagnóstico de VIH durante la gestación es un evento complejo que puede implicar irrupción de la vida de las mujeres y conducir las a pensar en la posibilidad de morir, generando desestructuración del proyecto de vida” [69].

Así mismo, para las gestantes con VIH/SIDA, el cuerpo se percibe como amenazante para sí y para sus hijos por nacer, reforzándose las imágenes del cuerpo dañado en el contexto simbólico del cuerpo para la procreación por la posibilidad de la transmisión vertical del virus [66].

La vivencia de esas gestaciones se produce en medio de la angustia por mantener el secreto del diagnóstico, así como por el futuro de la propia salud y la del hijo por nacer. Emergen sentimientos de culpa, temor y vergüenza relacionados con los preconceptos sociales y juicios que circulan alrededor del VIH y aún a pesar de conocer que la transmisión del VIH se puede prevenir en el embarazo, no quieren repetir esa experiencia.

“...el embarazo fue muy duro.... me sentí mal...tuve mucho miedo y vergüenza por esa enfermedad...como dicen que es de mujeres de mala vida.... no quiero más (hijos), ni volver a pasar el susto del último embarazo...” (TOL-01)

“... en el control prenatal, al principio cuando me dijeron del VIH me puse muy nerviosa, pensé que era algo muy terrible.... me dio mucho susto por el niño.... Yo me cuidé mucho en el embarazo... y vea que suerte.... salió sanito.... igual yo ya no quiero más hijos...no con esta situación (VIH)...” (CAR-02)

Desde el cuerpo vivido, el temor de transmitir el VIH a sus hijos es relatado como el limitante principal de sus intenciones de maternidad, la posibilidad de causar sufrimiento a sus hijos les genera culpa, y el tener que cuidar de un niño “enfermo” conociendo lo que significa vivir con VIH es traumático, por lo que prefieren renunciar a su deseo de ser madres [69]. Otra limitante es el miedo futuro de no poder cuidar de sus hijos por la progresión de la infección y la dificultad para mantener una buena salud, así como la posibilidad de muerte que dejaría a los hijos desamparados.

“No quiero tener más hijos..... me da mucho miedo tener que volver a pasar por lo del primer bebé..... Al pobrecito se lo llevó un tumor en el cuello que decían era por el virus... Igual yo no quiero volver a pasar por esto...no quiero que por mi culpa vengan niños al mundo a sufrir...” (TOL-05)

“Como toda mujer, si quisiera tener otro hijo, pero... a mí me da mucha angustia con este problema. Los niños sufren mucho y puede pasar que yo me muera y lo deje solito...” (CAR-04)

La maternidad también se ve obstaculizada desde las relaciones vividas con la pareja y el núcleo familiar, especialmente cuando no han revelado su diagnóstico de VIH, entonces se produce un malestar emocional que se deriva en el miedo que un nuevo embarazo las lleve a ser descubiertas y abandonadas por su círculo cercano, una situación que viven con angustia sobre todo si ya tienen otros hijos.

“... No ya no quiero más hijos.... Además, ya no tengo familia.... estamos viviendo donde la mamá de él..... eso de sentirse arrimado es duro.... a uno lo humillan y toca dejarse... si, porque como sabe que estoy enferma, pues aprovecha.... Eso me da rabia, pero no puedo hacer nada.... Tengo que ver por mis dos hijos...Si vuelvo a quedar en embarazo pues..... sería terrible porque yo sé que él nos deja...” (TOL-02)

Otro factor que influye en sus relaciones como lo plantea Arrivillaga es la dependencia económica y emocional en que viven, que hace que soporten presiones externas ya sea para continuar o limitar su maternidad, así como maltratos físicos y emocionales experimentados con rabia por no poder enfrentarlos, pero al mismo tiempo con resignación por no tener más alternativas [45]. Esta situación se presenta especialmente en el régimen de afiliación contributivo cuando las mujeres son beneficiarias de sus esposos trabajadores que cotizan al sistema y temen que, al descubrir su diagnóstico, pierdan los beneficios de afiliación.

“No ya no quiero más embarazos..... es mucha plata y muchos nervios porque qué tal que nazca positivo..... No mi marido ni nadie de la familia sabe... Si me embarazo y llegan a saber que estoy enferma, ese se va.... me deja, y yo me quedo sola...sin quien nos mantenga, no ve que yo no trabajo y si estamos afiliados es por el.....” (BVE-03)

6.2.2 Opciones anticonceptivas en VIH

▪ La esterilización quirúrgica *“Desconectarse para estar tranquila”*

El término “desconectarse” se utiliza dentro de las narrativas como una forma de entender desde el cuerpo vivido la irreversibilidad que implica la anticoncepción definitiva quirúrgica, y con eso el fin de la maternidad. El momento más frecuente en que se realizan estas cirugías es durante la cesárea programada, donde reciben información errónea sobre transmisión perinatal de la infección que las convence que no existe forma en que puedan tener un niño libre del VIH; la esterilización quirúrgica se convierte en la única alternativa y la aceptan como una forma de disminuir la angustia [90].

“A mí me desconectaron en el parto porque por mi situación (diagnóstico de VIH) ...si volvía a embarazarme los niños iban a salir enfermos... eso me dijo el doctor.....eso me dijeron y me dio mucho miedo y lloré mucho.... Yo no quiero pasar por algo tan duro otra vez.... Pues ahora ya estoy tranquila porque a mí me daba mucho miedo tener otro hijo enfermo... por eso me desconecté” (TOL-01)

“...el médico del control prenatal me dijo que era mejor que me desconectarán..... que para la situación era peligroso que otro niño saliera positivo o que se muriera... Mi marido al principio no quería, pero después de eso entendió... a mí me operaron en la cesárea...yo firmé la autorización en el último control del embarazo...ahora ya no me preocupo...” (CAR-04)

Después del parto, en su temporalidad, estas mismas mujeres que fueron esterilizadas, continúan su tratamiento antirretroviral y asisten a los controles médicos trimestrales para VIH, donde se enteran que actualmente con los tratamientos existentes, la posibilidad de transmisión perinatal del virus es mínima, surge entonces arrepentimiento por haber tomado la decisión de la esterilización, sobre todo en aquellas mujeres que solamente tienen un hijo, manejando la situación con tristeza y desilusión.

“Yo me desconecté cuando nació la niña... si para no infectar a nadie más.... le dije al médico y él dijo que era una muy buena decisión, que eso era lo que debían hacer todas las personas en mi lugar, pero me da tristeza porque después supe que eso no es cierto, que con el tratamiento se pueden tener niños sanos...” (BVEN-01)

“...ya no puedo tener más hijos porque me ligaron despuesito que supe el diagnóstico, en ese momento yo estaba muy asustada de tener otro hijo que saliera enfermo..... es triste porque ahora que conozco más sobre el tema del VIH sé que con los cuidados habría podido tener otro hijo, pero pues ya no hay nada que hacer ...” (TOL-05)

La decisión de la cirugía también está influenciada por una serie de presiones externas, que vienen de sus relaciones vividas, donde surgen culpas, responsabilidades e incluso maltrato, el cual solo termina con la aceptación del procedimiento, la esterilización también es vista por algunas mujeres como una forma de aliviar la culpa y el dolor por el daño que creen haber provocado a los hijos que nacen positivos para VIH. Este fenómeno se ha observado en otros contextos latinoamericanos donde priman esas relaciones de poder [67,70].

“Después de que mi marido se fue, me fui a vivir con mi papá y me dijo que lo mejor era que me desconectarán.....que si me moría con esa enfermedad las niñas quedaban solas.... como a él no le gusta que lo contraríen.... Me dio miedo que nos echara porque yo con las niñas que iba a hacer...” (CAR-03)

“Después de que el niño se enfermó, yo me quería operar.... No yo no pregunte nada, era lo que yo quería...es que era muy chiquito y sufría mucho..... además en el centro (IPS) me dijeron que se podía morir en cualquier momento.... Ya me desconecté y así es mejor porque lo puedo cuidar bien...” (BOG-02)

En contraposición a lo anterior, para las mujeres que han decidido limitar sus embarazos porque ya tienen su paridad satisfecha y que tomaron la decisión de utilizar la esterilización como método anticonceptivo, pero no se encuentran embarazadas, las trabas y trámites administrativos hacen casi imposible lograr esta alternativa con largos tiempos de espera, lo que genera frustración por querer limitar su reproducción y no poder acceder al procedimiento.

“Tengo tres hijos y me gustaría ya desconectarme, pero eso es muy complicado.... hay que hacer muchas vueltas y se demora mucho la autorización...eso quita mucho tiempo.....yo ya no quiero tener más hijos, pero no he podido conseguir la cita...otra amiga lleva dos años esperando...” (MED-03)

“Yo me quiero mandar a desconectar.... ya con dos hijos está bien...pero no he podido que me den el programa porque que hay muchas personas esperando... Me dijeron que eso es fácil en la cesárea, porque ahí si lo operan ligerito...pero ya después es mucha la vuelta que toca dar...” (BVEN-02)

▪ **El condón: anticonceptivo eficaz vs prevención- “¿Cuidarse, de qué?”**

El condón masculino dentro del cuerpo vivido aparece dentro de las narrativas de las mujeres como el método anticonceptivo no definitivo más utilizado, de la misma manera que se ha observado en población de México y Brasil [85,95], pero existe una confusión con la información que reciben sobre su utilidad dado que en los controles para VIH se presenta como un método efectivo para “cuidarse” (prevenir la transmisión de VIH por vía sexual), término que es entendido por las mujeres como sinónimo de anticonceptivo eficaz (“cuidarse del embarazo”) y dado que lo entregan gratuitamente no consideran necesario utilizar otros métodos adicionales.

“No nunca me han hablado de nada diferente del condón en control, ese es el que se usa.... Y como no quiero salir embarazada, sirve mucho para cuidarse me entregan diez al mes con la droga.... Para que otras cosas...si con el condón es suficiente..... en el control dicen que es muy importante usarlo...” (TOL-05)

“Estoy usando condón...ese me lo recomendaron en los controles de VIH... si es muy bueno para cuidarse... pues del embarazo... para que gastar en otras cosas...con ese no hay peligro...ni de embarazarse ni de contagiar a nadie...” (CAR-02)

El condón como único método anticonceptivo si no es usado en forma consistente, es decir en todas las relaciones sexuales representa un problema importante dentro de la prevención de los embarazos no planeados [74], los relatos de las mujeres refieren las dificultades para lograr esta consistencia de uso dadas por la vulnerabilidad y dependencia en que viven, donde tienen que enfrentarse con la violencia dentro de sus relaciones con la pareja que hacen que la decisión anticonceptiva se salga de sus manos con nuevos embarazos no planeados.

“ah no, cuando me embarace de la niña.... Yo no quería tener más hijos.....pero como usábamos el condón solo a veces.... Pues cuando el dejaba...y eso que era bien difícil para convencerlo...” (BOG-03)

“Con el bebé fue un accidente porque no usamos el condón...a él no le gusta y como se pone tan violento..... entonces quedé embarazada.... no lo estábamos buscando ni sabemos si resultó positivo porque le faltan dos exámenes,” (CAR-03)

- **Los métodos anticonceptivos hormonales- “Ya tengo suficiente droga”**

Las narrativas muestran como las mujeres previo al diagnóstico de VIH han recibido alguna información sobre anticoncepción hormonal en espacios como el colegio o de familiares y amigos que tienen un conocimiento limitado, motivo por el que si no reciben mayor información tienden a desconocer los posibles efectos secundarios y alternativas de sustitución que tienen estos métodos, y en los casos en que se presentan estos efectos, prefieren suspender los métodos anticonceptivos exponiéndose a embarazos no planeados.

Los anticonceptivos hormonales también son vistos desde su corporalidad como una incomodidad adicional, dado que tendrían que adicionarlos a los medicamentos que se requieren para controlar el VIH, y como no tienen información sobre otros métodos que no requieren vía oral, cierran sus posibilidades tomando la decisión de no usarlos.

“En la droguería me ponían la inyección..... yo la compraba antes porque hace muchos años en el bachillerato me explicaron que era lo mejor.... Yo no sabía mucho de eso, pero igual me la mandaba poner..... la suspendí porque me engordé...entonces empecé a usar solo el condón y después me embaracé...” (TOL-03)

“Yo antes de la enfermedad había ido a las clases que le dan a uno en el colegio, pero no se aprende mucho.... Si hay pastillas, inyecciones...la que implantan.... y otras cosas que ahora no me acuerdo... pero nunca me pareció importante.... Además, ahora con todos los retrovirales no quiero más droga...” (CAR-04)

6.2.3 Asesoría anticonceptiva dentro del control integral de VIH

- **Oportunidades de anticoncepción- “Condomes y remisión de anticoncepción”**

Para las mujeres, el control integral para VIH representa la oportunidad para mantener su salud y evitar recaídas. Dado que existe poco tiempo para la consulta, prefieren centrar sus preguntas sobre aspectos clínicos de su condición y la entrega que les hacen de los condones la equiparan con una asesoría anticonceptiva.

“... Ah sí de eso (anticoncepción) me hablan a veces en el control, me dicen que use condón..... que para eso los entregan, si para prevenir.....no, no me dicen más...” (BVEN-01)

“En toda parte de los controles le entregan a uno los preservativos para cuidarse empacados y le dicen que pase por las pastas del VIH.... esa no es la asesoría de anticoncepción? no, no sabía que había más...” (BMG-02)

La remisión para consulta anticonceptiva se hace solamente si la mujer la solicita durante el control, generalmente esta asesoría se hace en los puestos de salud, entidades especializadas como Profamilia o en los servicios de ginecología de la IPS, pero para poder acceder, las mujeres no solamente deben saber que existe una asesoría en anticoncepción y solicitarla, sino que adicionalmente deben programar la cita en momentos y lugares diferentes a los de los controles para VIH, lo que genera deserción por las dificultades económicas que implican los dobles desplazamientos y el tiempo extra que deben invertir para atender a la consulta, esto genera barreras de acceso que también han sido identificadas en otros contextos dentro de las MVIH [107,111].

Aunque las participantes tienen claridad que la información en anticoncepción debería ser dada por personal de la salud, la deserción de estos servicios hace que se recurra a la información dada por personas no entrenadas, amigos y conocidos.

“En los controles me encuentro con otras chicas y el año pasado una quería cuidarse, pero no con condón..... decía que el marido no lo quería usar.... le preguntó a la enfermera, ella le dijo que eso no lo hacían allá (asesoría en anticoncepción) y que mejor pidiera la cita en el puesto de salud.... le tocaba otro día y eso queda lejos.... después me dijo que mejor iba a la droguería y que allá la inyectaran.....” (TOL-01)

“...en el control no entregan otros métodos como pastillas o la T, pero si usted quiere pueden remitirlo a Profamilia.... No, yo no he ido porque me queda lejos y me gasto más tiempo teniendo que ir a las dos consultas además de la de la niña... por ahora sigo con el condón...” (BMG-03)

En los casos en que las mujeres logran acceder a los servicios especializados de asesoría en anticoncepción, y tienen la fortuna de ser atendidas por personal que conoce sobre la condición VIH, los relatos refieren vivencias muy positivas, se genera empatía, reciben información que consideran correcta y confiable, valoran positivamente el tiempo que emplea el asesor y reconocen los beneficios de la anticoncepción. Estas experiencias coinciden con las reportadas por estudios en África donde la asesoría especializada en anticoncepción para MVIH ha mostrado una alta efectividad [111].

“Después de que el niño se enfermó, yo me quería operar.... la doctora de medicina general que me dio el diagnóstico, nos explicó que era más fácil operarlo a él..... nos mandó a Profamilia, allá.... nos atendieron muy bien, si sabían mucho de cómo aconsejar a las personas con esto (VIH).....entendimos todo y programamos la cirugía del.... Si, quedamos muy tranquilos” (TOL-05)

“Yo fui a que me asistieran en asesoría en el centro de salud, allá una enfermera que sabía de mi diagnóstico me explicó y yo planificaba con inyecciones cada tres meses o a veces con las pastas que yo compraba.... Era muy buena porque se gastaba el tiempo que uno necesitaba para que entendiera...y a mí me gustaba hablar con ella...” (TOL-03)

6.2.4 Los derechos de las MVIH

Las narrativas muestran en general desconocimiento de las mujeres con respecto a los derechos que el gobierno colombiano ha establecido con relación a las personas que conviven con VIH, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Esta falta de conocimiento se da en diferentes aspectos que afectan las decisiones sobre su vida sexual y reproductiva.

▪ Los derechos económicos – “Eso no lo cubren”

Con respecto a los derechos económicos, desconocen que la asistencia a los controles para VIH, la entrega de medicamentos y condones debe ser garantizada por la IPS independientemente del régimen de afiliación, para lo que debe proveer un subsidio de transporte y entregar o enviar a su lugar de residencia los medicamentos y condones para aquellas mujeres que lo requieran.

Esta falta de información conduce a barreras de acceso donde no pueden asistir cumplidamente a sus controles o no disponen de condones y medicamentos a tiempo, así como poder recibir asesoría en anticoncepción, porque no tienen los medios económicos para costearlos, lo que afecta la adherencia terapéutica, entorpece el seguimiento de su condición y dificulta la prevención de la transmisión del VIH [45,61].

“..... Me toca levantarme a las tres de la mañana para ir al control y coger dos buses son como una hora y media y después otra media hora caminando.... eso son 20.000 pesos en transporte por trayecto. Al principio, la IPS me pagaba el transporte, pero desde hace dos años me toca pagarlo a míyo no sé, creo que es porque eso ya no lo cubren.... entonces me toca pedir ayuda con el pasaje.... Y a veces esperarme al otro mes para poder conseguirlo.....” (BMG-04)

“En el control nos dan la orden para los preservativos y hay que reclamarlos en una droguería.... Casi siempre hay, pero a veces no entonces toca comprarlos.....pero si no hay plata pues toca recurrir a una de las chicas de la red para que le auxilie y si no tiene..... pues no usar mientras llegan...” (CAR-05)

Lo mismo sucede con la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos modernos, los cuales también están incluidos dentro de los planes de beneficio del estado, a cargo de la IPS para ambos regímenes de afiliación y sin copagos para las usuarias [18], pero se evidencia en los relatos que las mujeres no los utilizan porque creen que los deben comprar y no cuentan con los recursos para hacerlo, especialmente en el caso de las beneficiarias del régimen contributivo y las mujeres del régimen subsidiado, por lo que desertan de los lugares donde les dan la asesoría anticonceptiva y persisten utilizando condones como único método y exponiéndose a embarazos no planeados.

“los implantes o las inyecciones son buenos... pero para eso, hay que ir a la consulta y le venden los métodos.... Si los venden porque lo único que es gratis es el condón...y eso

que no siempre hay... eso lo supe porque le recomendé los implantes a una niña que también tiene esto (VIH) en la IPS y eso fue lo que le dijeron... no creo que ella no fue porque no tenía para pagar la consulta y comprar los métodos...” (BVEN-01)

- **El derecho a recibir información - “El control no es para eso”**

En los relatos se puede evidenciar que los profesionales de la salud que participan en los controles para VIH no abordan el tema de anticoncepción, el control se centra en aspectos clínico del VIH y, como los tiempos de atención son muy limitados, no se crean oportunidades para poder discutir el tema o propiciar que se solicite una remisión a servicios especializados de asesoría anticonceptiva adecuada. Esta pérdida de oportunidades para atención y prevención ha sido reportada en estudios realizados en otros países donde se ve fraccionada la atención en SSR y VIH [35,107,111].

“Después del diagnóstico yo estaba cuidándome con el condón y quede otra vez en embarazo.... me lo recomendaron en la droguería...yo nunca pregunté en el control de VIH porque la doctora tiene poquito tiempo y la consulta no es para eso, hay que aprovechar para decir solo lo de VIH...” (BOG-03)

“Es muy complicado porque a uno en los controles solamente le dicen que pase por los preservativos, pero nadie se toma el tiempo de explicarle sobre los métodos para cuidarse y si los antirretrovirales les quitan el efecto a las pastillas...” (TOL-05)

Como las mujeres desconocen que la asesoría anticonceptiva hace parte de la atención integral en VIH, usualmente no preguntan por opciones anticonceptivas ni solicitan ser remitidas a entidades especializadas en este tema por temores relacionados con vergüenza a preguntar o ser ridiculizadas por no saber sobre el tema.

“No, en los controles no me dicen nada de eso...yo si quisiera cuidarme, pero en los controles para el niño no he podido preguntar.... a mí me da pena preguntar porque van a decir que como así que yo no sé nada de eso o que no se para que es un condón.... que de pronto me regañen...” (BMG-04)

“El (marido) quiere que me desconecte, pero a mí nadie me ha explicado de la operación...si, me da miedo, pero en los controles dicen que pregunte en ginecología y allá tampoco me dicen nada, ni me la han autorizado Es que no sé cómo se hace eso.....” (TOL-02)

- **El derecho a decidir y a recibir una atención de calidad**

Las mujeres en estas investigación tal como ha sido reportado en otros estudios, tienen dificultades para poder tomar decisiones autónomas sobre su vida reproductiva, la gran mayoría de estas decisiones se ven influenciadas por la pareja, la familia e incluso los profesionales de la salud que, sin brindar ningún tipo de información, asumen que ellas son incapaces de tomar una decisión acertada y las presionan a aceptar conductas y procedimientos con los que no siempre están de acuerdo [90,108,161].

“...luego de mi hija menor empecé a usar la inyección yo ya no quería más hijos porque ya sabía de la VIH.....no, él (marido) no sabía...pero como él quería un bebé me tocó dejar de usarla...y entonces quedé en embarazo.... después él supo de la VIH Se puso rabioso.... siquiera el niño salió sanito, pero él se fue...” (BVEN-05)

“La decisión de la cirugía la tomó la doctora que me atendió el parto porque me dijo que era mi responsabilidad no tener niños enfermos y que ella me tenía que ayudar a eso.... Yo no estaba de acuerdo, pero no pude hacer nada.... Solo firme y ya...estuvo bien.... Ella es la que sabe...” (CAR-03)

Los relatos muestran que las participantes se sienten satisfechas con la atención que reciben por parte del personal de salud de los servicios para VIH para ambos regímenes, donde se genera confianza y respeto dado que conocen su condición y saben manejarla, también refieren que, por fuera de estos servicios, la atención es maltratante e irrespetuosa por lo que prefieren esperar a que llegue el momento del control para consultar a no ser que se trate de control prenatal o una urgencia, eventos en los que asumen con resignación este maltrato.

“Los médicos que nos atienden a las personas con VIH son muy considerados y muy buenos con nosotros porque saben mucho, pero cuando uno tiene que ir a otro sitio como por ejemplo urgencias por otra cosa, tan pronto como saben que uno es VIH positivo lo tratan mal y lo discriminan...” (BOG-03)

En la otra EPS, cuando yo iba a control prenatal me tocó ver una vez como regañaban a una niña embarazada..... le dijeron que era una irresponsable porque tenía VIH y estaba en embarazo...y que como era tan joven no la podían desconectar.... parecía que se lo estaban diciendo bien, pero a mí no me gustó que la trataran así... y menos delante de todas.... Ella estaba muy asustada...yo creo que no volvió...” (TOL-04)

6.2.5 La relación con el sistema de salud

▪ La afiliación al sistema de salud y sus diferencias **“es cómo lo mismo”**

La percepción de las MVIH en ambos regímenes de afiliación es muy similar en términos de atención y depende más de la IPS a la que asisten y de la relación que mantienen con los profesionales de la salud.

En el RC, se aprecia una tendencia mayor a tratar de proteger el secreto de su diagnóstico tanto con los profesionales que las atienden como con su núcleo familiar y social, especialmente en el caso de aquellas que son beneficiarias de sus maridos por temor a ser señaladas socialmente, así como a perder los beneficios que tienen ellas y sus hijos, lo cual también fue evidenciado en otra investigación realizada en el país [45].

“.....Yo soy beneficiaria, si mi marido trabaja.... Yo no vivo con él, pero tengo el seguro... no, nadie sabe de esto mío (Diagnóstico de VIH) Así le dije a la doctora, que si él se entera me quita el seguro y entonces como hago para la droga...además, allá también atienden a la niña...” (BOG-02)

Para las que cotizan al régimen contributivo directamente, el hecho de trabajar y aportar al sistema se entiende como derecho para recibir atención, pero como desconocen cuáles son sus derechos específicos en SSR, incluida la asesoría anticonceptiva, no los exigen, a no ser que se afecte su seguridad económica, en cuyo caso recurren a tutelas para restituirlos.

“Yo estoy afiliada por la empresa, ahora en la IPS ya me pagan el transporte para los controles, mandan un carro a recogerme para que me lleve a la cita y después me devuelva... para eso me toco poner una tutela porque es caro y no podía ir a todos los controles y me quedaba meses sin tratamiento...ahora también me mandan la droga y los condones cuando hay” (BVEN-03)

Las mujeres que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, viven esta afiliación como un “favor” y no un derecho, valoran la atención recibida con gratitud, y con base en esto aceptan con paciencia las limitaciones y barreras a las que son expuestas.

“ahorita ya como estoy sola y no tengo trabajo tengo el subsidio Si, es como en todo, hay que hacer la cola, esperar los remedios, a veces no hay condones o lo mandan a uno lejos al laboratorio. Hay gente que dice que el régimen subsidiado es malo, pero yo sí estoy muy agradecida porque antes me dan todos los medicamentos y no me han tratado mal como cuentan otras compañeras...” (TOL-03)

▪ Las redes de apoyo y los derechos de las MVIH

De acuerdo con lo planteado por Carvajal [72], las mujeres entrevistadas relatan el miedo a ser estigmatizadas, el no poder compartir el diagnóstico con otras personas, el cuidado de los hijos seropositivos, el cuidado de su propia salud y los trámites administrativos entre otros, que producen una sensación de soledad, pero cuando hacen contacto con otras MVIH que pertenecen a las redes de apoyo, encuentran en estos pares la posibilidad de compartir experiencias sobre sus tratamientos, síntomas y aprenden a enfrentarse a sus temores y hacer respetar sus derechos, esto repercute positivamente en su autoestima, les permite retomar actividades que habían abandonado por el diagnóstico y mejora su adherencia al tratamiento. Las redes tienden a reforzarse dentro del RS más que en el RC donde las mujeres son más recelosas de compartir su diagnóstico con otros.

“...las chicas de la red.... es un grupo de chicas con lo mismo (VIH) que conocí en el embarazo y que nos reunimos para compartir... son mis amigas porque como tenemos lo mismo nos entendemos y hay unas que saben mucho...de cómo hacer para no tener recaídas siendo juiciosas con los remedios.... y otras cosas ...” (CAR-05)

“Somos mujeres que tenemos VIH ...nos reunimos para hacer actividades y enseñarle a las que no lo saben cómo manejar estas situaciones, nos reunimos una vez al mes donde la coordinadora y ella nos explica muchas cosas... también nos visitamos cuando alguna está mal y ayudamos a cuidar los niños cuando alguna tiene necesidades” (BVEN-02)

“...en las reuniones de la red nos dicen que es importante que nos vea el infectólogo, mire que a una compañera se hizo resistente al tratamiento y se lo tuvo que cambiar, pero eso fue el infectólogo...que si no le ayudan a poner la tutela y la ven seguro se agrava y hasta se muere...” (MED-02)

Una síntesis de los temas emergentes dentro de los parámetros existenciales de Van Manen, puede apreciarse en la Tabla 9.

Tabla 7: Temas emergentes dentro de los parámetros existenciales

TEMA	SUBTEMA	TIEMPO VIVIDO	ESPACIO VIVIDO	CUERPO VIVIDO	RELACIONES VIVIDAS
LA MATERNIDAD Y EL DIAGNOSTICO VIH	El embarazo después del diagnóstico	Existe el deseo o pero no la intención	El control prenatal y la angustia de la gestación	La culpa por el hijo “enfermo” la salud y la propia muerte	Ocultar el diagnóstico por temor al abandono y el estigma
OPCIONES ANTICONCEPTIVAS EN VIH	Esterilización quirúrgica	El arrepentimiento posterior a la cirugía	La desinformación en control prenatal y cesárea	“Desconectarse”, el fin de la maternidad	La culpa y el maltrato, elementos de presión para aceptar la cirugía
	El condón como anticonceptivo	El no asumir la posibilidad del embarazo no planeado	La entrega de condones como anticonceptivos	El condón, cuidarse de la transmisión o del embarazo	Las relaciones de poder y la inconsistencia de uso del condón
	Anticoncepción hormonal	La información no experta y el uso anticonceptivo	Los espacios informales para conseguir anticonceptivos	Anticoncepción, el efecto de adicionar medicación al VIH	La familia y los amigos dentro de la asesoría anticonceptiva
ASESORIA ANTICONCEPTIVA	Anticoncepción en control VIH	El tiempo de consulta para anticoncepción	La remisión a servicios especializados	La oportunidad de mantener una buena salud	El control integral centrado en la condición clínica
DESCONOCIMIENTO DE DERECHOS	Derechos económicos	Reconocimiento de garantías legales	Cumplimiento institucional	embarazos no planeados y desconocimiento de derechos	La información que se recibe en consulta sobre derechos
	Derecho a la Información		El control VIH no es adecuado para asesoría anticonceptiva		El miedo y la vergüenza de preguntar limitan el acceso
	Derecho a decidir	La toma de decisiones en momentos vulnerables		Las decisiones sobre el cuerpo y la autonomía	El maltrato institucional
REDES DE APOYO	El apoyo de pares	El aislamiento que produce el diagnóstico	Los controles VIH como sitios de reunión	La adherencia terapéutica y el efecto de los pares	Los pares y el empoderamiento

Fuente: Elaborado por la autora.

6.2 El texto fenomenológico

A continuación, se presenta el texto fenomenológico producto de la fase cualitativa y centrado en el concepto de autonomía sexual y reproductiva de las MVIH. Para su elaboración se tuvo en cuenta la descripción que hace Van Manen de esta técnica, la cual consiste en “elaborar una descripción (textual) estimulante y evocativa de las acciones, conductas, intenciones y experiencias humanas tal como las conocemos en el mundo de la vida” [143].

Este texto permite expresar los significados producto de la reflexión fenomenológica para llevar al lector a experimentar el significado de la experiencia vivida de la misma forma en que lo recibió “prestado” el investigador para lograr una comprensión intuitiva del significado vivido de algo. Además, busca enunciar el significado de las experiencias, comunicándolas de una forma literaria, de manera que pueda llevar al lector a “acercarse de una manera evocativa”²⁵ a esos significados existenciales tal y como si se encontrara frente a la experiencia misma.

El texto fenomenológico además recoge lo que el investigador identifica como el rasgo común del grupo y lo presenta a través de las vivencias individuales, en palabras de Van

²⁵ Evocativo se refiere en términos de Van Manen a poder revivir existencialmente esa experiencia que se le presenta a través de la escritura

Manen “el texto fenomenológico no es el resultado de la investigación, es la investigación misma” [144]

“Mientras no quieran vernos, seguiremos siendo invisibles”

Significado existencial de la autonomía sexual y reproductiva en las mujeres que conviven con VIH

Se encendieron las luces del auditorio donde hacía un momento había participado como conferencista en un foro sobre VIH. Además de la mía, hubo varias intervenciones sobre las barreras de acceso a salud sexual y reproductiva, la vida laboral y social de las mujeres que conviven con VIH, así como la discusión de técnicas de investigación novedosas para aproximarse a los fenómenos sociales. Estábamos en una sala llena, con un público conocedor del tema, se expusieron cifras, estadísticas y resultados que evidenciaban científicamente las condiciones de vida y las dificultades a las que se enfrentan estas mujeres en Colombia, era otra velada académica interesante y productiva.

De pronto, apareció una mujer menuda y con actitud de liderazgo hizo un anuncio: *“distinguidos invitados, a continuación, y antes de terminar vamos a presentar la obra de teatro titulada: un deseo, una decisión, que pretende a través de la técnica del teatro del oprimido, mostrar las vulnerabilidades y vulneraciones que viven las mujeres que conviven con VIH, utilizando como punto de partida la historia de vida de una de ellas. Este ejercicio busca sensibilizar a los diferentes actores sociales y esperamos sea transformador de su propia vida...”* (LL-01)

Lo que siguió es difícil de explicar, con una escenografía muy elemental y sin música, aparecieron en escena doce mujeres haciendo un círculo alrededor de la protagonista, una mujer que conociendo su estatus VIH positivo, quería tener un hijo, el resto encarnaban la familia, el trabajo, la sociedad y los profesionales de la salud que se oponían, y pretendían con base en preconcepciones sobre el VIH tomar decisiones ignorando los deseos de la protagonista. Dentro de los diálogos se filtraban frases como *“no puedes tener un hijo” “no eres apta para ser madre”, “estás locas, te vas a morir” “lo que quieres es un capricho” “eres una irresponsable”, “aquí mando yo”, “la decisión está tomada”*.

Con el estribillo de *“Jugaremos con las mujeres mientras ellas no están...”* el grupo mostraba de una manera cruda y real el conflicto en el que estaba inmersa la protagonista, la imposibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad, su reproducción, la culpabilización, la presión asfixiante y violenta del entorno, que finalmente la sometía y decidía por ella para limitar su maternidad, todo mediado por la condición VIH. Al final, la obra terminaba en punta, parte del ejercicio era que nosotros, ahora el público, asumiéramos el rol de *“espectadores”*, es decir, que actuando como consejeros de la protagonista buscáramos una solución para motivar un cambio de actitud en el resto de los personajes para que respetaran su decisión.

El público propuso estrategias de empoderamiento femenino, argumentos legales de defensa de derechos, se dieron aproximaciones psicológicas y médicas, pero fue curioso observar, que por más que intentamos abordar la situación desde diferentes ángulos, todos obvios desde nuestra óptica experta, fue imposible lograr un cambio. A cada solución existía una contra razón basada en ideas prejuiciosas y en conceptos arcaicos sobre el VIH que no permitía a la protagonista decidir por sí misma. Nos quedamos sin palabras...

Conozco a la mayoría de las mujeres que participaron en esa actividad, son gestoras sociales, lideresas²⁶, mujeres que conviven con VIH y coordinan grupos de apoyo alrededor de Colombia donde acompañan a otras mujeres para visibilizar y rescatar sus derechos. Dentro del desarrollo de mi tesis doctoral, tuve el privilegio de entrevistar algunas mujeres que hacen parte de esos grupos donde relataron sus experiencias de maternidad, familia, trabajo, vida social, así como las relaciones con los profesionales de la salud. Las vivencias, anécdotas e historias que compartieron, me permitieron acercarme a su realidad, pero el impacto que me produjo el teatro-foro al ver las experiencias que había escuchado en otro contexto puestas en escena, fue el que me impulsó a escribir esta reflexión alrededor del significado que tiene la autonomía sexual y reproductiva en las mujeres que conviven con VIH, como se construye, se inscribe y se manifiesta dentro de su esfera existencial como sujetos sociales.

Haciendo una analogía con la obra de teatro que impulsó este escrito he dividido el texto en tres actos, el primero aborda desde el punto de vista conceptual la autonomía como capacidad de los individuos para tomar decisiones y su relación con el respeto por la dignidad humana, así como los obstáculos del entorno que limitan la posibilidad para obtener y desarrollar esa autonomía. En el segundo, reflexiono sobre la lucha histórica que han tenido que librar las mujeres para poder tomar sus propias decisiones, centrándome en el concepto de autonomía sexual y reproductiva o el derecho sobre el propio cuerpo cerrando con un tercer acto en el que exploro los procesos de afrontamiento y resiliencia que hacen que las personas puedan luchar por su propia autonomía.

Los tres actos se ven articulados con la condición VIH en las mujeres mostrando mediante sus relatos y las anotaciones de la experiencia no verbal que consigné en el diario de campo durante las entrevistas características particulares de esta condición que las convierte en sujetos no solo vulnerables sino también vulnerados en múltiples aspectos de sus vidas y especialmente en su autonomía sexual y reproductiva.

Utilizo como referentes la aproximación de “mundo de vida” propuesta por Max Van manen [143] y la fenomenología existencial de Maurice Merleau-Ponty en su obra *“Fenomenología de la percepción”*, donde plantea una manera diferente de aproximarse a la fenomenología: *“somos seres vivos que nos ubicamos en un tiempo y en un espacio dentro del mundo, encontramos el sentido que tienen los objetos de ese mundo al relacionarnos con ellos, esta es la filosofía de la existencia y del significado existencial”* [151].

²⁶ Aunque, de acuerdo con la Academia de la Lengua, el sustantivo líder es común en cuanto al género por su terminación (el líder, la líder), también está muy extendida la variante lideresa, en especial en América como producto de la resignificación del movimiento feminista.

Para esto utilizo algunos ejemplos tomados de la historia y la literatura, así como de las citas obtenidas del diario de campo y las entrevistas conversacionales realizadas a treinta y cinco mujeres colombianas que conviven con VIH como una manera de ilustrar esta reflexión y acercar al lector a estas experiencias.

▪ **Primer acto: *El concepto de autonomía-dignidad***

Una definición sobre autonomía como principio bioético se refiere a la capacidad que tiene un individuo o una parte de la sociedad de autodeterminarse, es decir, de obrar sin ningún tipo de interferencia o limitación, dándose a sí mismo una regla de acción [152].

Este concepto, concebido desde la época aristotélica, fue en la época moderna (siglos XVII y XVIII) donde realmente cobró relevancia durante la revolución francesa con el cuestionamiento político y filosófico del “deber ser” del derecho de autodeterminación de los individuos y de las comunidades. Pensamientos de filósofos de la ilustración como Kant, permitieron articular el concepto de autonomía con el sentido del valor de la dignidad humana dentro de una teoría moral, el ser humano se consideraba como un fin, con un valor interno por el que podía demandar respeto de parte de los demás seres racionales y este respeto se basaba no en su individualidad, sino el hecho de ser racional [153].

“Pues todos los seres racionales están sujetos a la ley de que cada uno de ellos debe tratarse a sí mismo y tratar a todos los demás, nunca como simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fin en sí mismo” [154].

El desarrollo de la autonomía es un proceso que toma gran parte de la vida de maduración del individuo actuando sobre diferentes aspectos de su vida personal y comunitaria. Tener la capacidad de tomar decisiones propias, se considera como un rasgo de madurez y adultez, o en palabras de Kant, *“... es la salida del hombre de su auto culpable minoría de edad. La minoría de edad significa la incapacidad de servirse de su propio entendimiento sin la guía de otro”* [155].

Desde el punto de vista práctico, se asume que una persona autónoma está en capacidad de tomar sus propias decisiones comprendiendo y asumiendo las consecuencias de las mismas, pero la “mayoría de edad moral” sinónimo de autonomía Kantiana y prototipo del ideal del hombre ilustrado, se convierte en un problema al tratar de llevarla más allá del mundo filosófico y conceptual, al terreno práctico de la vida real.

Los relatos de estas dos mujeres permiten ilustrar con un ejemplo lo que el nobel Amartya Sen plantea cuando dice que *“El ejercicio de la libertad de la autonomía, es una quimera grotesca si no se coloca a las personas en un entorno social, económico, cultural, político, legislativo que les facilite el despliegue de sus propias capacidades”* [26].

“... después que murió mi marido, fui a vivir con mi papá y me dijo que me iba a mandar a desconectar (esterilizar), que ya con las niñas y con eso del VIH para que quería tener más.... Que si me moría con esa enfermedad quedaban solas y que él no las iba a cuidar.... como vivíamos en su casa y a él no le gusta que lo contraríen.... me dio miedo

que nos echara porque yo con las niñas que iba a hacer...es difícil conseguir trabajo con esto..... Yo no sabía si quería lo de la operación.... Pero igual tocó” (CAR-03)

“Al otro día que nació el niño, la doctora entra y me amenaza muy feo, me dice que como se me había ocurrido tener un bebé con el VIH.... Que era una irresponsable y que si no dejaba que le sacaran los exámenes me lo iban a quitar, yo igual iba a firmar (la autorización) porque quería saber que estaba sano, no me explicó que exámenes ni que nada, solo me dijo que como yo no sabía de eso mejor firmara y no preguntara tanto.... Si, me obligó, ¿y yo que más iba a hacer? pues firmar” (TOL-02)

Cuando las personas experimentan limitaciones significativas en su libertad, producto, no de su falta de voluntad para superarlas, sino de factores externos impuestos por su entorno, entonces tienen dificultades para tomar decisiones autónomas, tal como sucede con el VIH donde históricamente se han generado una serie de significados, construcciones y valores sociales que controlan y etiquetan a las personas que conviven con esta condición. El efecto del VIH no sólo se centra en la salud física, sino que también genera una transición hacia una nueva identidad y condición social, un grupo diferente, discriminado y excluido por una sociedad intolerante para la que es inconveniente darle voz sobre sí mismo vulnerando su dignidad como persona.

“...cuando nació el niño me dijeron que ya no podía tener más hijos...que de pronto me iba a morir.....nunca me alcance a imaginar que pudiera tener eso (VIH).... porque la gente dice que eso solo les da a las malas mujeres que andan por ahí con muchos hombres.... ¿Me entiende?” (BVEN-01)

“Le explico de que se trata la entrevista y le leo el consentimiento informado, me dice que no puede participar hasta que su marido no lo lea y lo firme.... En la siguiente sesión me dicen que no volvió al grupo...” (Extracto del diario de campo-CAR 09)

▪ Segundo acto: **autonomía y dignidad para las mujeres**

Aún a pesar que la autonomía y la dignidad por definición son conceptos que representan derechos para todos los seres humanos, a través de la historia las relaciones asimétricas de poder han generado que esa premisa solo sea válida para ciertos miembros de la sociedad marginando y sometiendo a otros.

"Si la mujer tiene derecho a subirse a la guillotina, también debe tener derecho a subirse sobre la Tribuna". (Olympe de Gouges).

Durante la revolución francesa, Olympe de Gouges, precursora del movimiento feminista, reclamó al Tribunal Constituyente que la redacción de los "Derechos del Hombre y del Ciudadano", base de la nueva constitución francesa, había dejado a las mujeres, excluidas del texto y víctimas de la sociedad patriarcal de entonces. Propuso, que se incluyera el texto “Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana”, reivindicando un trato igualitario hacia las mujeres.

Olympe de Gouges fue guillotizada en 1793. Once años más tarde, en el código napoleónico, inspiración para los códigos civiles occidentales se podían leer apartes como *“La mujer debe obediencia a su marido”... “La mujer está obligada a habitar con su marido y debe seguirle a donde él estime conveniente” “las mujeres no podrán ejercer*

profesiones, abrir cuentas en los bancos o ejercer cualquier acto público sin la autorización de su padre o esposo” [156].

Estas normas de subordinación de las mujeres se mantuvieron intactas durante casi un siglo, y fueron entre otras razones, causa del nacimiento de los movimientos feministas, donde las mujeres iniciaron una lucha para reivindicar su igualdad en todos los terrenos, tanto en derechos como en oportunidades que hasta ese momento se reservaban para los hombres.

“Feminista es cualquiera que reconozca la igualdad y la humanidad plena de mujeres y hombres”. [157].

Pero, aún a pesar de los logros construidos por las feministas, factores sociales, culturales y religiosos han impedido que algunas mujeres accedan a esta igualdad de oportunidades, dejándolas en una clara desventaja que se traduce en actos que violentan su dignidad y autonomía exponiéndolas a riesgos adicionales sobre su salud y su integridad.

“la violencia de género no es solo una causa de desigualdad, sino que también es consecuencia de ella, se ve reforzada por leyes discriminatorias y normas sociales excluyentes que socavan la independencia y las oportunidades en el ámbito de la educación y los ingresos de mujeres y niñas” [158].

Las mujeres tienen una vulnerabilidad diferencial para adquirir el VIH que se asocia no solo con condiciones biológicas, sino además con elementos estructurales desventajosos como brechas de acceso a educación, información, salud y trabajo digno. Una vez adquirida la infección y en el caso de sociedades como las latinoamericanas, estos se combinan con fenómenos culturales como el machismo y producen un fenómeno que los psicólogos llaman “el silencio del yo” (Silence of the self), en el que estas mujeres, para intentar mantener una cierta armonía en sus relaciones y evitar perderlas prefieren no expresar sus sentimientos, se autocensuran y reprimen sus sentimientos de inconformidad, con lo que quedan condicionadas a una alta dependencia y subordinación especialmente hacia las figuras masculinas que les sirven a ellas y sus hijos como sustento económico, manteniendo y “normalizando” actos que violentan su dignidad y autonomía [159].

“... La verdad yo nunca pensé en si tener o no hijos.... Yo si quería estudiar antes de tener hijos.... Pero como él (marido) era tan mayor... él era el que decía cuándo y cómo.... Él trabajaba y nos mantenía.... yo no terminé la primaria... como no sabía mucho de lo del condón entonces no lo usábamos porque él decía que para que..... y si no le hacía caso se ponía agresivo... él se murió hace dos años.... yo sigo buscando trabajo...” (CAR-04)

La autonomía sexual y reproductiva se enmarca dentro de los derechos humanos que cobijan a todos los individuos y busca “garantizar con libertad, confianza, seguridad y libre de violencia, la toma de decisiones sobre identificación y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer sexual, intimidad y reproducción” [160].

En 1995 durante la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la mujer, se amplió esta definición reconociendo la vulnerabilidad de las mujeres estableciendo que “los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

Aún a pesar de esto todavía los colectivos de mujeres alrededor del mundo siguen denunciando violaciones sistemáticas de estos derechos con ejemplos tales como las miles de muertes anuales por complicaciones derivadas de abortos en condiciones de riesgo, los millones de embarazos adolescentes debidos a relaciones sexuales forzadas y embarazos no deseados y los cientos de mujeres y niñas que han sufrido mutilaciones genitales, cifras que demuestran como las mujeres son ignoradas como sujetos sociales de derecho” [161].

“...yo no tengo familia porque cuando supieron que estábamos enfermas la niña y yo (VIH positivos) nos quitaron hasta el saludo...mi mamá decía que como podía ser yo tan irresponsable y que la niña se iba a morir por mi culpa... que mejor se la dejara y me fuera.... Que ella la podía cuidar mejor” (TOL-02)

Este relato muestra como en el caso del VIH, adicional al hecho de ser mujer se suma la discriminación y violencia en el ámbito familiar, social e institucional, con lo que convierten a las mujeres en seres culpabilizados, invisibles e inmersos en esa “minoría de edad” kantiana donde las decisiones sobre sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos quedan fuera de su alcance pasando a ser potestad de terceros, quienes justifican los actos violentos como una manera de protegerlas. Este fenómeno incluye los servicios sanitarios donde además enfrentan la falta de posibilidad para elegir métodos de anticoncepción, la desaprobación de los profesionales referente al cumplimiento de sus deseos de sexualidad y fertilidad y la violación de sus derechos sexuales y reproductivos en forma de abortos o esterilizaciones coaccionadas o forzadas.

“Nunca desde que me dieron el diagnóstico me han hablado del tema de planificación.... En toda parte de los controles solamente le entregan a uno los condones empacados y le dicen que pase por las pastas del VIH.... sé que hay pastas para cuidarse, pero yo no las compré... y como dicen en el control que el condón es muy seguro para prevenir...” (BOG-04)

“En la cesárea del niño me dijeron que por el VIH ya no podía tener hijos normales.... El médico dijo que los niños iban a salir mal y eso me angustió mucho.... y que tenía que decidir si quería cargar con la culpa de traer niños enfermos...que lo mejor en mi caso era no tener más hijos ... que aprovechara y de una vez me desconectaba (esterilizaba) Yo acepté porque me dio miedo... Sí, yo si hubiera querido tener otro hijo... yo quería tener una niña”. (BVEN-05)

- **Tercer acto: Resiliencia como forma de autonomía**

Está documentado cómo las enfermedades crónicas representan un trauma psicológico tanto para quienes las padecen como para sus familiares. El diagnóstico, el tratamiento de duración indefinida, las recaídas y la exposición a la muerte entre otros hacen que se enfrenten cambios trascendentales de vida, se produce depresión, ansiedad e incluso trastornos mentales de diferente grado de severidad. En el caso de la infección por VIH

que hoy en día se considera una enfermedad crónica, además de esto se suman los efectos del estigma y del rechazo social que hacen aún más traumática esta vivencia.

“Estábamos hablando sobre una experiencia en el servicio de urgencias donde se sintió discriminada...le pregunto sobre su vida después del diagnóstico de VIH, la respuesta se demora, la entrevistada se frota las manos y mira al vacío... no contesta y me pide un momento para salir...” (Extracto del diario de campo- BVEN03)

Ser mujer, desarrollarse dentro de un entorno de desigualdad social, cultural y política, que favorece la ocurrencia de eventos traumáticos relacionados con la pobreza, el desempleo, la violencia y diferentes formas de trato abusivo, genera no solo una alta vulnerabilidad para adquirir el VIH sino que además, cuando esto sucede, todos esos eventos traumáticos sumados al diagnóstico crean una desesperanza y una imposibilidad de acción que sirven como obstáculos para poder entender, afrontar y adaptarse a esa nueva situación” [67].

“Cuando estaba en embarazo y supe me asusté mucho de pensar que esa enfermedad era muy terrible por lo poquito que a uno le dicen.... No solo porque la niña estuviera enferma sino porque yo sabía que me iba a morir... a mí cuando me dieron el diagnóstico yo estaba ya a un mes del parto, y la ginecóloga trae los exámenes de rutina y me lee el VIH, así como así y me dice que me voy a morir y que la niña ose infectaba o se moría también...lloré mucho...en ese momento pensaba que lo mejor era morirme” (TOL-04)

El término resiliencia ha sido definido de múltiples formas, con cambios importantes a lo largo de la historia, pero en términos generales se entiende como como “la habilidad de un individuo o una comunidad para funcionar de una manera adaptativa después de una experiencia traumática, involucrando diferentes características de personalidad y formas de afrontamiento” [159].

La investigación ha demostrado que la resiliencia no es una característica extraordinaria de los seres humanos, tanto los individuos como los grupos sociales demuestran diferentes grados de afrontamiento ante las adversidades que depende de factores biológicos, culturales, sociales, comunitarios, ambientales y relacionales, los cuales determinan hasta donde cada uno es capaz de sobreponerse a un evento traumático, tal y como lo expone el psiquiatra judío- francés Boris Cyrulnik quien utilizó su propia experiencia como víctima del holocausto :

“Una desgracia nunca es maravillosa. Es un fango helado, un barro negro, una escara dolorosa que nos obliga a escoger: someterse o sobreponerse. La resiliencia define el resorte de los que, habiendo recibido un golpe, han podido sobrepassarlo”. [162].

Pero, de la misma forma que es un proceso natural, la resiliencia también puede desarrollarse potenciando características de personalidad favorables existentes (emociones positivas, autoestima, autoeficacia y autocontrol), generando herramientas de afrontamiento activo y empoderamiento para poder funcionar de una manera adaptativa incluyendo el abordaje de la sexualidad y las decisiones reproductivas.

Las investigaciones tradicionales sobre mujeres que conviven con VIH tienden a centrarse en los retos y vulnerabilidades que enfrentan, mientras que los desenlaces

positivos, entre ellos los fenómenos de afrontamiento y resiliencia, ese salir del “silencio del yo” para tener una voz propia y defender su autonomía se mencionan tangencialmente” [159].

“.....yo no quería aceptar que tenía esta enfermedad.... Es que es muy duro y yo me quería morir, pero ahora sé que tengo que seguir adelante por mis hijos..... Con la ayuda de la red de mujeres que me han apoyado mucho y me hacen sentir que no estoy sola...si hacemos reuniones y nos explican cómo son las cosas, que hay que tomar esto con tranquilidad...ahora estoy trabajando con ellas... quiero ayudar” (BOG-03)

Dentro de los mecanismos de afrontamiento se ha demostrado que el apoyo social es uno de los más efectivos para lograr la resiliencia de las mujeres que conviven con VIH. Este se relaciona con su entorno familiar, los profesionales de la salud y/o el de los grupos de otras personas con su misma condición que han vivido los mismos procesos. Con esto se crea una red de seguridad que les permite a estas mujeres enfrentar los eventos estresantes que hacen parte de su vida, reclamar sus derechos y acompañar a otros. El apoyo social disminuye la percepción negativa de amenaza que genera el VIH, contrarresta los sentimientos de soledad, fomenta el afrontamiento adaptativo e incrementa el sentido de autoeficacia con lo que además se mejora la adherencia a los medicamentos” [163].

“... El papá de los niños ya no vive conmigo desde hace tres años, el me hizo mucho daño cuando se enteró del diagnóstico..... ese embarazo me toco porque él era muy violento..... yo no quería más parejas y tenía mucha rabia, pero ahora desde hace un año tengo un nuevo compañero que sabe lo que tengo.... Él está sano y sabe que yo tengo VIH, pero nos apoya mucho... yo quiero vivir y trabajar otra vez.... Por eso me cuido mucho...” (TOL_03)

“... La niña es positiva y está regular porque le han tenido que cambiar los remedios tres veces y ahora me querían cobrar copago para las medicinas.... no estoy trabajando, no puedo pagar setenta mil pesos, yo les explique...desde que vengo a la Fundación me han ayudado mucho.... Yo no sabía que no me podían cobrar, pero con el abogado le pusimos la tutela a la EPS.... Si porque tenemos el derecho a que nos den los remedios...” (BMG-05)

▪ **El final tras bambalinas**

Se acabó el tiempo previsto y terminó la experiencia del teatro foro con aplausos para las participantes, comentarios de los moderadores y del público sobre la importancia del ejercicio del que habíamos sido parte. Cuando estábamos saliendo fui a saludar a algunas de las lideresas que había conocido en mi trabajo de campo, hablamos un poco sobre esa sensación de impotencia que la situación genera en los espectadores que cuestiona el tipo de asesoría anticonceptiva para MVIH que se habla y se hace dentro de nuestro medio, bajo el actual marco del SGSSS y si realmente propende como es su deber ser por los derechos humanos, la integralidad y la calidad de prestación de servicios de salud. Además, me contaron sobre la reacción del público en las muchas

presentaciones que han venido realizando en diferentes escenarios del país y al despedirme, una de ellas me dijo:

“Fíjese doctora que el problema está en cómo no nos ven...la familia, los médicos y hasta ustedes mismos en estos eventos... nos ha tocado duro con esto del VIH, pero eso no quiere decir que somos discapacitadas si pudieran vernos, así como iguales, y no como un diagnóstico de VIH, entender que podemos de vivir con esto, que somos capaces de escoger como queremos vivir y que eso merece respeto, sería más fácil para todos...pero mientras no quieran vernos.... vamos a seguir siendo invisibles”. (LL-06)

Capítulo 7. La integración mixta

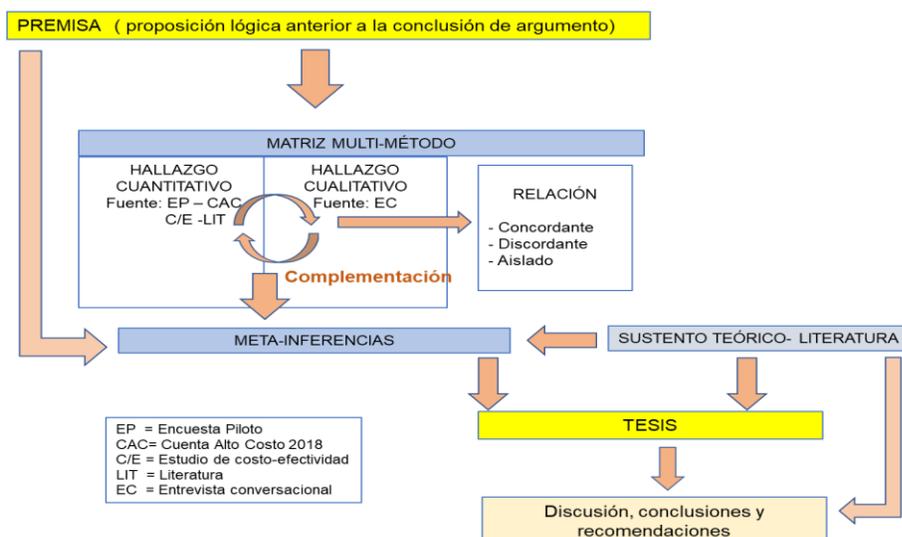
7.1 El proceso de complementación metodológica

Para la integración mixta de este estudio se evaluaron los resultados de ambas fases dentro de la aproximación CUAN+CUAL, en paralelo:

- Los resultados de la fase CUAN corresponden a la estadística descriptiva proveniente de la encuesta piloto (EP), así como parámetros de costo-efectividad de los dos modelos de asesoría en anticoncepción (C/E) nutridos por información de costos, probabilidades de acceso y uso anticonceptivo obtenido de fuentes nacionales (CAC) y de una revisión sistemática de la literatura internacional.
- Los resultados de la fase CUAL corresponden al análisis temático fenomenológico de las entrevistas conversacionales (EC) con la agrupación de temas emergentes y un texto de reflexión fenomenológica.

Los análisis de resultados para cada fase, de acuerdo con lo planteado por Tashakkori y Teddlie (Figura 13), se consignaron en una matriz multi-método, partiendo de una premisa teórica soportada con hallazgos concordantes, discordante y aislados cuantitativos y cualitativos. Posteriormente se hizo la complementación buscando que cada una de las fases se viera enriquecida y enriqueciera los hallazgos aportados por la otra, estableciendo un diálogo entre perspectivas metodológicas y permitiendo emerger meta-inferencias que respondieran a la premisa inicial. Finalmente, el contraste de las meta-inferencias con el sustento teórico condujo al planteamiento de la Tesis, su discusión y recomendaciones” [164].

Figura 13 : Desarrollo del proceso de integración de métodos mixtos



Fuente: Elaborado por la autora con base en Tashakkori y Teddlie (165)

7.1.1 Las premisas lógicas

Las MVIH tienen necesidades insatisfechas en AC con falta de información y garantía de provisión de métodos modernos.

CUAN	CUAL	REL
33/35 (94%) de las encuestadas nunca habían recibido información formal sobre anticoncepción (AC) (EP)	Las MVIH conocen sobre la existencia de algunos AC, pero la información la han recibido en espacios no especializados y no durante el control médico para VIH.	C
	<p><i>Yo compré en la droguería unas pastillas que me recomendó una amiga en la escuela, yo ya había oído hablar del tema, pero no supe bien como tomarlas... no pregunté nada...si, y me embaracé de la niña...(BOG-01)</i></p> <p>La información que reciben durante los controles médicos de VIH crea confusión porque equiparan la utilidad del condón para prevención de transmisión de VIH con seguridad AC.</p> <p><i>¿Para qué cuidarse del embarazo con otras cosas? si con el condón es suficiente.....eso es lo nos que dicen en el control..... que es muy importante usarlo para prevención.... y lo entregan gratis.... (TOL-06)</i></p>	C
30/35 (86%) quieren espaciar o limitar su fecundidad (EP)	El uso de condón masculino o la esterilización quirúrgica son las únicas alternativas AC que consideran viables.	D
	<p><i>“Ahora me cuido con condón, pero no siempre hay..... sí quisiera que me desconectaran porque así es más fácil... es gratis y no tengo para pastillas ni inyecciones (BOG-01)</i></p> <p>Desconocen que la ley colombiana les garantiza el derecho a solicitar sin costo información y provisión de AC hormonales modernos en su EPS.</p> <p><i>“los implantes o las inyecciones son buenos... pero para eso, hay que ir a la consulta y se los venden.... Si los venden porque lo único que es gratis es el condón...y eso que no siempre hay...o que la desconecten ...(CAR-03)</i></p>	D
2/35 (6%) han asistido a entidades especializadas para recibir información AC (EP)	<p>Para acceder a servicios especializados en AC deben incurrir en costos de desplazamiento, largos tiempos de espera y otros limitantes que hace que deserten de estos servicios.</p> <p><i>“...si usted quiere pastillas o la T pueden remitirlo al puesto de salud o a Profamilia.... No, yo no he ido porque me queda lejos cuesta plata y me gasto más tiempo teniendo que ir a las dos consultas además de la de la niña... por ahora sigo con el condón...” (TOL-02)</i></p>	C

Las necesidades insatisfechas en SSR de las MVIH se evidencian en prácticas anticonceptivas incorrectas

UAN	CUAL	REL
El 86% de las MVIH reciben condones masculinos, pero no hay cifras de su uso (CAC)	El condón masculino aparece como el método AC más popular dado que lo reciben gratuitamente en los controles médicos para VIH y lo usan como método único. <i>...yo me estaba cuidando con el condón, a mí me dan 10 al mes y casi siempre hay...si, es gratis y lo entregan con la droga (TOL-01)</i> <i>...yo nunca he usado nada diferente porque para que..... yo me cuido con condón...es seguro (CAR-04)</i>	C
Las encuestadas refieren cifras de uso del 48-65 % de condón como AC no definitivo único (EP)	El uso del condón como método único es inconsistente y subordinado a la decisión de la pareja o a la disponibilidad para entrega en la EPS. <i>.... Yo usaba el condón cuando había y cuando él dejaba.... no querían más hijos..... pero eso no sirvió.... (CAR-01)</i>	D
El 10-15% reportan uso de AC hormonales siendo menores las cifras en Régimen Subsidiado (CAC)	Ante la posibilidad de efectos secundarios con los AC hormonales las MVIH prefieren suspenderlos o no usarlos. <i>...una vecina me dijo que as pastillas le daban rebote y por eso no las compré. (TOL-03)</i>	C
3/35 (8.5%) de las MVIH usan métodos hormonales (EP)	Los AC hormonales son vistos como una incomodidad adicional a los medicamentos para VIH, y por eso toman la decisión de no usarlos. <i>...Yo sé que hay pastas para cuidarse del embarazo, pero yo no quiero más pastas, con lo que tomo es suficiente... (TOL-04)</i>	C
No se reporta uso de AC dual (CAC)	La AC dual la consideran poco útil porque identifican el condón masculino como un anticonceptivo eficaz y suficiente.	A
Ninguna de las encuestadas utiliza AC dual (EP)	<i>...yo nunca he usado nada de esa planificación, es cara y para qué..... yo me cuido con condón.... (CAR-04)</i>	
48% de las MVIH utilizan la esterilización quirúrgica como método AC (CAC)	Al recibir presiones externas por miedos y culpas relacionadas con el VIH, aceptan ser esterilizadas aún a pesar que aún no quieren limitar su paridad. <i>El doctor en prenatal nos dijo que era lo mejor, desconectarme, que yo no debía tener más hijos porque estaba enferma..... (TOL-03)</i>	C
10/35(28.5%) de las encuestadas habían sido esterilizadas (EP)	El miedo a la TP-VIH es la principal razón para aceptar ser esterilizadas. <i>a mí me daba mucho miedo tener otro hijo enfermo... por eso me desconecté (TOL-01)</i>	A

Los embarazos no planeados en MVIH son reflejo de necesidades insatisfechas en SSR y aumentan la posibilidad de TP-VIH

CUAN	CUAL	REL
<p>28/35 (80%) de las MVIH reportan su último embarazo como no planeado (EP)</p>	<p>Aunque después de recibir el diagnóstico de VIH algunas de las mujeres quieren limitar su fecundidad, si no acuden a la esterilización siguen presentando embarazos no planeados.</p> <p><i>Cuando me embarace de la niña yo no quería tener más hijos...pero no usamos condón... A mí me dijeron acá que, porque había hecho eso (CART-01)</i></p> <p>Los embarazos no planeados son vividos como eventos traumáticos, pero “inevitables”, que se suman además al temor de transmitir el VIH a sus hijos y a tener que confesar su diagnóstico a los profesionales de la salud, la pareja y a la familia.</p> <p><i>Ese embarazo fue un accidente... pasé meses de angustia y sin poder decirle a nadie del VIH... mi marido nunca se enteró.... es mejor que nadie sepa...gracias a Dios la niña esta sana (CAR-01)</i></p>	<p>C</p> <p>C</p>
<p>El 26% de las MVIH gestantes se encuentran en fase SIDA (CAC)</p>	<p>Los embarazos no planeados repercuten sobre la vida personal, familiar y laboral, haciendo que se descuide la condición VIH, reduciendo la adherencia al tratamiento y produciendo deserción del control prenatal.</p> <p><i>En el embarazo me dijeron que tenía (VIH), que me iba a morir... me dio vergüenza y no quise volver...ya después me puse muy mal con una pulmonía y cuando el niño nació también con esto...me sentí muy triste...no me tome los remedios ... (TOL-05)</i></p>	<p>C</p>
<p>El 30% de los hijos de MVIH menores de 18 meses son detectados en fase SIDA (CAC)</p>	<p>Los embarazos no planeados, sobre todo en aquellas MVIH que no conocen o no han revelado su diagnóstico, hacen que consulten solo cuando los hijos expuestos presentan síntomas y especialmente si ni la madre ni el hijo no fueron identificados durante el embarazo o antes de los 18 meses después del parto.</p> <p><i>Lo del bebé fue muy duro...el pobrecito sufrió mucho porque le dio un tumor en el cuello a los seis meses.... que decían era por el SIDA... ahí fue donde nos diagnosticaron a los dos.... Si, se murió.... Yo no sabía que tenía eso (BOG-03)</i></p>	<p>C</p>

El control médico para VIH y el control prenatal son oportunidades perdidas para las MVIH de acceder a servicios en SSR de anticoncepción

CUAN	CUAL	REL
<p>El 85% de las encuestadas asisten a control médico para VIH mensual o trimestralmente (EP)</p>	<p>El control médico para VIH implica una valoración por parte de un equipo de salud experto, pero no se utiliza para dar información sobre SSR y específicamente opciones AC. Si se desea esa asesoría es necesario pedirla y ser remitida a otro centro especializado en momentos y lugares diferentes.</p> <p><i>No, en el control de VIH nunca me han hablado de planificación familiar.... desde que salí positiva...me entregan los condones y ya... es que hay poquito tiempo... (TOL-04)</i></p> <p><i>Una vez en el control pregunté por la T y la doctora me dijo que si quiero cuidarme es mejor que me desconecte...o que vaya y pida la cita el puesto de salud o en Profamilia para que me inyecten... es que el control no es para eso (ER-CAR3)</i></p>	D
<p>Las MVIH deben disponer de un promedio de 5.5 [3.0 - 8.5] horas de su tiempo en cada control médico (EP)</p> <p>El 70% de las MVIH no recibe subsidio de transporte para asistir al control (EP)</p>	<p>Los desplazamientos, tiempos de espera, entrega de medicamentos representan una dificultad de acceso para las MVIH y ocupan la mayor parte del control médico, por lo que la programación de citas de asesoría anticonceptiva en días o tiempos distintos genera deserción.</p> <p><i>Yo viajo 3 horas en bus desde el pueblo para el control cada tres meses... y acá me toca esperar a que me atiendan y me entreguen la droga cuando hay.... Es un día que pierdo de trabajo... no me dan subsidio... son ochenta mil pesos y yo ahorro para eso (BVENT-01)</i></p> <p><i>A una chica que quería, le programaron lo de las pastas en Profamilia, pero.... le tocaba otro día y entonces tenía que volveresto queda lejos de donde vivimos ... y se gasta mucho tiempo...ella dijo que sí, pero no fue (TOL-01)</i></p>	C
<p>14/35 (40%) refieren haber sufrido de violencia institucional relacionada con sus opciones reproductivas (EP)</p>	<p>Las MVIH refieren violaciones de su derecho de autonomía dentro de su círculo social y familiar pero que trasciende a la esfera institucional, donde mediante el uso de preconceptos falsos relacionados con la TP-VIH son presionadas para tomar decisiones que afectan su vida reproductiva.</p> <p><i>El doctor en prenatal nos dijo que era lo mejor (esterilización), que yo no debía tener más hijos porque estaba enferma..... y que ya tenía un niño positivo y que no quería ese problema otra vez ... por eso tomamos la decisión (OB-CART-01)</i></p>	C

Integrar los servicios de anticoncepción con los de atención VIH ayuda a satisfacer necesidades en SSR de las MVIH y reduce las cifras de embarazos no planeados y TP-VIH		
CUAN	CUAL	REL
La integración de servicios se presenta como una alternativa costo-efectiva para evitar nuevas infecciones VIH perinatales en Colombia (C/E)	<p>Cuando las MVIH logran acceder a servicios especializados en AC, con personal entrenado en VIH, reciben información correcta, confiable y reconocen los beneficios de la AC.</p> <p><i>“Yo fui al centro de salud, allá una enfermera que me explicó y yo planificaba con inyecciones cada tres meses.... Era muy buena, se gastaba el tiempo para que yo entendiera.....y a mí me gustaba hablar con ella...después me enfermé y ya no volví” (TOL-03)</i></p>	A
La integración de servicios permite una reducción adicional del 3% de las nuevas infecciones perinatales a un costo adicional de \$1.547.500 por infección evitada (C/E)	<p>Lograr una disminución de nuevas infecciones VIH perinatales se derivaría no solo en mejorar los indicadores en salud, sino además en evitar una condición que afecta negativamente y durante toda la vida a los niños expuestos.</p> <p><i>...la niña desde que nació está tomando remedios...es duro porque le hacen daño.... Ya tiene 6 años y ha estado hospitalizada tres veces por complicaciones.... Dos veces por pulmonía y una meningitis hace dos años... ahora tiene un nuevo remedio que ojalá funcione (BOG-02)</i></p>	C
Con la integración no solo mejora la efectividad en ambos regímenes, sino que además se reduce el diferencial a 1% mejorando la equidad, dado que el 62% de las MVIH pertenecen al subsidiado (C/E)	<p>Existe un diferencial para las MVIH afiliadas que coloca en desventaja al régimen subsidiado con diagnósticos más tardíos, mayor número de complicaciones, mayor mortalidad, menos acceso a AC, mayor número de esterilizaciones y cifras más altas de TP-VIH. Poder reducir ese diferencial mejora la calidad de vida de las MVIH y sus hijos.</p> <p><i>ha sido muy difícil salir adelante con esta enfermedad, aunque los médicos me tratan bien siempre está que uno puede recaer, o que no hay droga, ...esto del subsidio (Régimen subsidiado) es bueno porque si no lo tuviera estaría grave.... hay demoras y para la niña es también difícil.... pero es que hay que tener paciencia porque como no consigo trabajo..... (BVEN-05)</i></p>	C

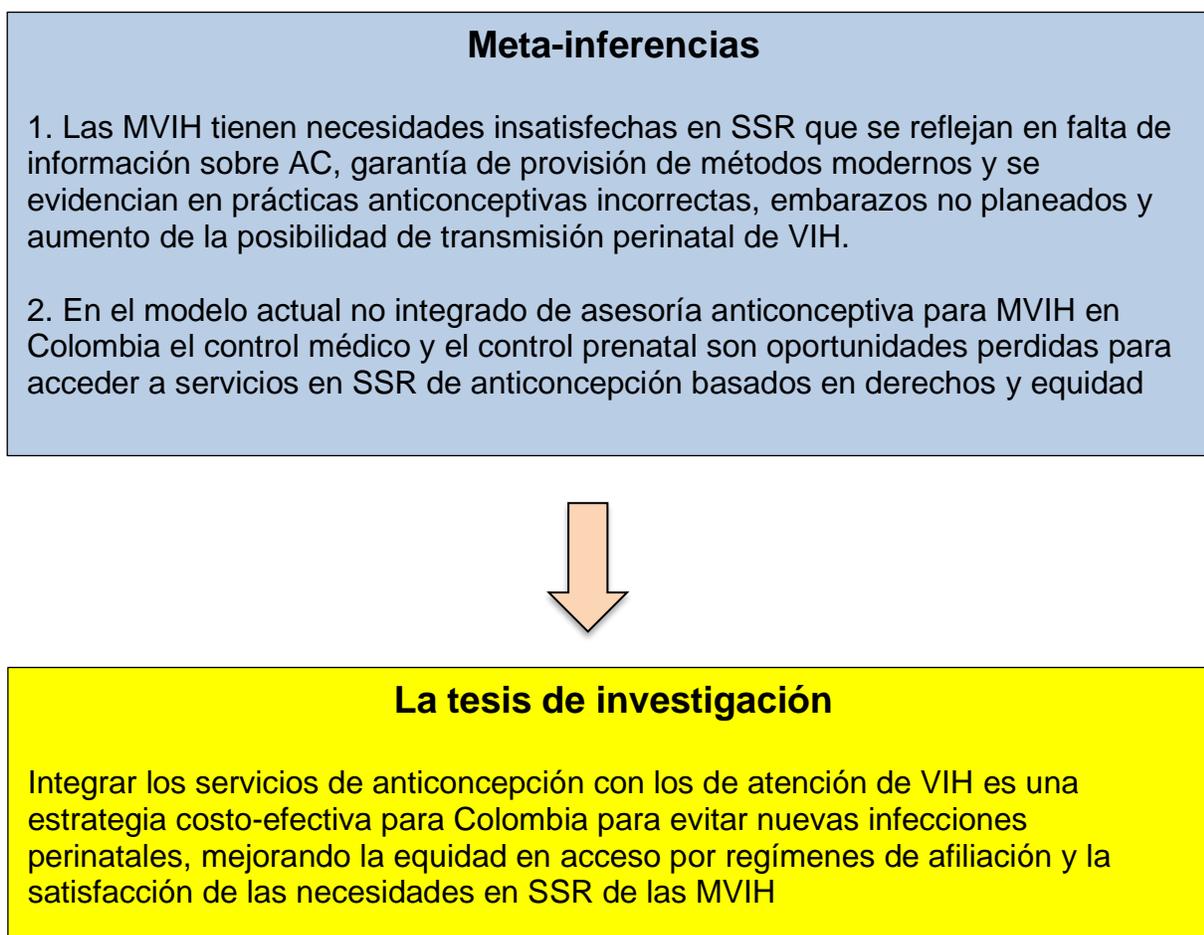
De acuerdo con las tablas de integración es claro que dentro de las MVIH que participaron en este trabajo se evidenciaron altas necesidades insatisfechas en anticoncepción, con desconocimiento de alternativas anticonceptivas diferentes del condón masculino que las llevan a asumir prácticas anticonceptivas erróneas y embarazos no planeados que las colocan a ellas y a sus hijos en un alto riesgo para la TP-VIH.

También fue evidente que el modelo de asesoría anticonceptiva actual que se les está ofreciendo a estas mujeres está dejando perder valiosas oportunidades de acceso a los SSR para recibir una atención con equidad, basada en derechos y libre de violencia y coerción que les permita tomar decisiones y ejercer su autonomía reproductiva.

7.1.2 Las Meta-inferencias

Como se puede observar en la figura 14, Utilizando las premisas lógicas con su justificación cuantitativa y cualitativa, se hizo una agrupación que seguía una cascada lógica permitiendo llegar a las siguientes meta-inferencias para plantear la tesis de investigación, la cual será abordada en detalle durante la discusión.

Figura 14: Desarrollo de las meta-inferencias y el argumento lógico



Fuente: Elaborado por la autora

Capítulo 8. Discusión

Después de 20 años en que el mundo ha venido luchando contra la infección por VIH, y que la infección se ha convertido en una condición crónica, convivir con VIH sigue siendo difícil para la mayoría de las personas dentro de una epidemia que además de ser un tema importante en salud representa un fenómeno complejo desde el punto de vista social y económico.

África Subsahariana alberga dos terceras partes del total de la población infectada a nivel mundial en ocho países, lo que representa cerca de 23 millones de personas, con prevalencias de hasta el 36%, dentro de una epidemia generalizada, afectando por igual a todos los miembros de la población, lo que ha traído como consecuencia una reducción de 20 años en la esperanza de vida de los adultos y una tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años que ha eliminado una generación entera productiva” [165].

Una consecuencia de los efectos del VIH sobre estos países es el retraso de décadas en su desarrollo económico y social, reflejado en el empobrecimiento de las familias, falta de mano de obra calificada, el aumento del analfabetismo, la corrupción, la violencia y la orfandad, por lo que en estos contextos, el VIH se considera una emergencia, que ha movilizado el apoyo mundial con recursos económicos para tratar de contener la infección mediante la implementación de medidas preventivas, mejorando el acceso a los servicios, la cobertura de tratamiento y la prevención de la transmisión perinatal, lo que ha mostrado en los últimos años avances que permiten apostar por la eliminación de la infección como amenaza para la salud pública en 2030” [8].

La situación de ALC es un poco diferente, las cifras de infección, aunque importantes son menores, representando a nivel mundial el 5.4% para Latinoamérica y 2.9% para el Caribe, equivalente a 2.1 millones de personas que conviven con la infección. En la mayoría de los países de ALC la epidemia continúa concentrada, afectando mayoritariamente a la población masculina dentro de grupos claves, que gracias al activismo y participación social vienen logrando direccionar la toma de decisiones y los recursos gubernamentales de por si limitados, hacia una mayor cobertura y mejor atención que disminuya los efectos físicos, sociales, así como el estigma y la discriminación que han sido parte de la historia del VIH [10].

Es interesante ver como en los países de ALC, cada vez más, por el incremento de la transmisión heterosexual, se reportan casos de VIH en mujeres de la población general, con cifras cercanas al 31% del total de los adultos con VIH en Latinoamérica y el 52% en el Caribe, mostrando como han venido cambiando las razones de masculinidad en los últimos años y presentando una tendencia similar a la de los países de epidemia generalizada donde más de la mitad de las personas que viven con VIH son mujeres. Diversos estudios han mostrado como en estos contextos de epidemia concentrada, las mujeres de la población general enfrentan no solo las mismas dificultades físicas, económicas, sociales, de estigma y marginalización de las poblaciones claves, sino que además por representar cifras bajas de la infección son invisibilizadas por los sistemas de salud en la priorización de atención y asignación de recursos dejándolas en una clara desventaja que incide negativamente en su morbi-mortalidad [75].

Colombia es un país de epidemia concentrada, donde oficialmente a 2018 se reportaron 23.803 MVIH, es decir, el 25% del total de personas que conviven con esta condición, cifra que viene en aumento progresivo y que podría ser mayor siguiendo la tendencia mundial, pero que puede estar influenciada por el sub-diagnóstico, las dificultades de acceso a servicios de salud en zonas apartadas, las fallas en el registro y reporte de casos, así como la deserción de los servicios de salud por el temor a sufrir el estigma y discriminación que se asocian a la infección por VIH [12].

Según las encuestas nacionales, en Colombia anualmente, se presenta un alto número de embarazos no planeados dentro de la población general, los cuales conducen a un desequilibrio de la vida familiar, laboral y social de las mujeres que deben asumírselos, especialmente si son jóvenes. El 70% de las MVIH en Colombia son jóvenes y se encuentran en edad reproductiva, por lo que los embarazos no planeados, plantean un reto adicional para el sistema de salud dado que para estas mujeres la infección trasciende de su ámbito individual al familiar, aumentando el riesgo de TP-VIH, dentro de un país donde aún a pesar de la utilización de estrategias preventivas altamente efectivas como la PTMI, las cifras se mantienen estacionariamente altas desde hace varios años y no se ha logrado llegar a la meta de eliminación propuesta por la OMS [12, 53, 54].

El propósito de este estudio fue identificar, a partir de las experiencias vividas por un grupo de MVIH, los factores de vulnerabilidad que determinan sus prácticas anticonceptivas y sus necesidades en anticoncepción dentro del modelo de atención actual que ofrece el sistema de salud colombiano, lo que sirvió como complemento a un análisis económico que comparó este modelo de atención con uno teórico utilizado en países de epidemia generalizada donde se integran los servicios de SSR y VIH, para determinar, cual satisface mejor las necesidades en anticoncepción de las MVIH usuarias y muestra el mejor desempeño de costo-efectividad para el sistema de salud, con miras a encontrar una alternativa de atención que permita disminuir los embarazos no planeados y evitar nuevas infecciones VIH perinatales, bajo una perspectiva de equidad en acceso a los servicios de salud.

8.1 Factores de vulnerabilidad y desigualdades

La vulnerabilidad diferencial de las mujeres hacia el VIH es un tema que ha sido tratado por diferentes autores y donde se entiende como la serie de factores y circunstancias que ponen en riesgo a las mujeres para adquirir la infección antes de la exposición, o lo incrementen cuando estas han sido ya infectadas, partiendo de un desequilibrio biológico, psicológico, económico y social que ocurre en sus vidas. Dentro de las dimensiones de vulnerabilidad, en este estudio emergieron varios factores de vulnerabilidad individual. La mayoría de las mujeres en este estudio referían haber adquirido la infección por vía heterosexual antes de los 25 años como consecuencia de prácticas de sexo no protegido, las cuales se documentan como la principal forma de transmisión de VIH y otras ITS en las mujeres, donde el riesgo de adquirir la infección es 5 veces mayor que en los hombres [166].

Este tipo de prácticas también se relacionan con el inicio precoz de la vida sexual de las MVIH con parejas masculinas mayores que usualmente no conocen o no han revelado su diagnóstico y que ejercen relaciones asimétricas de poder. Los roles sexuales de

género siguen limitando en gran medida la capacidad de las mujeres a la hora de prevenir conductas de riesgo, las expectativas sociales hacen que muchas mujeres accedan a adoptar prácticas poco seguras que ponen en riesgo su salud aumentando su susceptibilidad a adquirir la infección. Además, se ha observado que, en estas relaciones desbalanceadas, las mujeres jóvenes tienen menos probabilidades de terminar con una relación de pareja peligrosa, tener autonomía sobre medidas de protección como el uso del condón incrementando además el riesgo de ser víctimas de violencia [74].

También fue posible identificar determinantes sociales estructurales e intermedios que inciden en la vulnerabilidad diferencial de estas mujeres y representan serias desventajas dentro de su condición. La mayoría de las MVIH provenían de estructuras sociales económicamente desventajosas, habían alcanzado un nivel educativo medio-bajo, eran cabeza de familia, se desempeñaban en trabajos informales o estaban desempleadas.

Adicionalmente, sus oportunidades educativas y laborales se vieron limitadas después de su diagnóstico, mediadas no solo por el hecho de tener que vivir con VIH y en algunos casos con el cuidado de sus hijos, sino además por dificultades inherentes al sistema que genera barreras para poder acceder a los planes de salud, educación, trabajo y de vivienda dispuestos por el gobierno nacional para la población general, tales como el no poder acceder a préstamos de educación o vivienda por no ser elegibles para un seguro de vida.

Se ha podido comprobar que estos determinantes sociales generan una serie de desigualdades para la vida y salud de las MVIH, donde deben enfrentar las mismas exclusiones que pueden tener otros miembros de la sociedad afectados por VIH como los hombres, pero con mayores desventajas desde el comienzo, siendo estas desigualdades soportadas por contextos culturales, sociales, económicos y políticos excluyentes, dentro de sistemas de salud limitados, aumentando su riesgo de empeorar y de morir [75].

En Colombia es posible evidenciar estas desigualdades en la distribución por sexo dentro de los regímenes de afiliación en salud que reporta el gobierno nacional y que fue también identificada en este estudio, donde para la población general se observa que la distribución por sexo es más o menos pareja para ambos regímenes, pero cuando se compara esto con la población que convive con VIH, la mayoría de los hombres con VIH pertenecen al régimen contributivo dado que pueden acceder a este tipo de aseguramiento porque laboran en empleos formales, mientras que la mayoría de las mujeres y sus hijos, dado que se encuentran que se encuentran en la informalidad laboral son afiliadas al régimen subsidiado.

Esta distribución por regímenes no debería tener ninguna trascendencia y más en un país como Colombia donde desde hace siete años se inició la unificación de red atención del Plan Obligatorio de Salud, garantizando los mismos derechos y servicios para los pacientes, pero la realidad es que para el caso del VIH, se continua marcando una diferencia en atención, acceso y desempeño entre ambos regímenes, donde para el subsidiado indicadores negativos como detección tardía del VIH, comorbilidades, carga viral y mortalidad son más altos que para el contributivo, mientras que los positivos como acceso a diagnóstico, cobertura de terapia antirretroviral, seguimiento y aplicación de la estrategia PTMI son más bajos, lo que representa claramente una inequidad para las

MVIH e incide directamente en las cifras de TP-VIH, así como en la calidad de vida de estas mujeres y sus familias [12].

8.2 Embarazos no planeados, efectos en la TP-VIH

Hoy en día con los nuevos tratamientos que permiten llevar la carga viral de las personas con VIH a cifras indetectables mejorando su longevidad y calidad de vida, las parejas pueden optar por tener embarazos seguros que les permitan alcanzar una vida familiar óptima con hijos libres del VIH. Para las MVIH, planear un embarazo no significa solamente decidir el momento para tener sus hijos sino además requiere de una consulta de asesoría preconcepcional que garantice las mejores condiciones físicas, mentales y socio-económicas que garanticen un embarazo libre de complicaciones [81].

Algunos estudios muestran cuando media una asesoría preconcepcional basada en DSR, existe mejor adherencia a los tratamientos, hay mayor seguridad en las parejas, y se establecen las mejores condiciones físicas, mentales laborales y familiares con lo que los embarazos en estas condiciones se convierten en eventos altamente positivos [4].

En este estudio se pudo observar que solo el 3% de las mujeres tuvo contacto con una consulta preconcepcional debido a que no conocían que existía y cuando accedían a los servicios de ginecología no discutían sus intenciones de maternidad con los prestadores de salud por miedo al estigma y discriminación que implicaba revelar su diagnóstico, ni tampoco lo discutían en su control para VIH porque preferían aprovechar estas sesiones exclusivamente para la atención clínica de su condición [12].

Por otra parte, existe un alto número de MVIH que queriendo postergar o limitar su maternidad presentan embarazos no planeados por necesidades insatisfechas en anticoncepción. Los embarazos no planeados dentro de la condición VIH, por darse en momentos donde las condiciones de salud y vida no son óptimas aumentan el riesgo de TP-VIH porque las mujeres tienden a acudir más tardíamente o a desertar del control prenatal [85, 167].

Estos datos fueron confirmados con las cifras reportadas por el gobierno nacional y analizadas en este estudio, donde 26% las gestantes con VIH cuando toman contacto con el control prenatal se encuentran en fases avanzadas de la infección, lo que complica su situación clínica y la de los hijos por nacer. Los embarazos no planeados además aumentan el riesgo de pérdidas fetales, el bajo peso al nacer, así como otros agentes causantes de morbilidad materno-infantil, [77].

En este estudio también se encontró que el 80% de las MVIH, aún a pesar de querer postergar o limitar su maternidad, habían presentado nuevos embarazos descritos como no planeado, además de desconocer el estatus VIH en el 50% de los recién nacidos expuestos. Estos datos coinciden con estudios realizados en diferentes contextos donde se documentan altas cifras de embarazos no planeados que incluso en algunos triplican las de la población general incidiendo negativamente sobre las cifras de mortalidad materna y TP-VIH [2, 3, 85]

8.3 Necesidades en anticoncepción

Las personas tienen derecho a recibir asesoría en anticoncepción, elegir y obtener su método anticonceptivo en los servicios de salud. Según la legislación colombiana y acorde con los acuerdos internacionales, las instituciones administradoras y prestadoras de servicios de salud deben garantizar el derecho a la anticoncepción sin barreras, de forma gratuita y con calidad, por lo que es un derecho de todos los hombres y mujeres en Colombia. De la misma manera, el acceso a servicios de SSR y específicamente en anticoncepción basado en derechos, debe garantizar la posibilidad de disponer y recibir atención fácil, oportuna y eficiente, así como la libertad de decidir con respecto a la reproducción y el acceso a métodos anticonceptivos modernos [109].

En este estudio se evidenciaron altas necesidades insatisfechas en anticoncepción dentro de las MVIH, aunque todas conocían del tema por familiares, profesores, amigos, o en general personal sin capacitación, cerca del 70% nunca habían recibido una asesoría formal en anticoncepción y el 90% nunca había sido asesorada después del diagnóstico de VIH.

Existen barreras de acceso a información confiable y asesoría en anticoncepción especializada para las MVIH, la cual aunque efectivamente existe, no se encuentra disponible dentro de los servicios de atención para VIH, sino en los puestos de salud o las clínicas de planificación familiar para población general, por lo que deben solicitar y programar una cita, aumentando costos de desplazamiento, tiempos de espera y otras condiciones que prefieren destinar a sus controles de seguimiento para VIH perdiendo una excelente oportunidad de acceso y optando, por pedir consejo anticonceptivo a personal no especializado, que conduce a utilización incorrecta de los métodos anticonceptivos, inconsistencia, baja adherencia y abandono de los tratamientos, que las expone al riesgo de nuevos embarazos no planeados.

El uso del condón como único método anticonceptivo y el poco uso de anticoncepción dual pudo ser también evidenciado en el estudio, de la misma forma que lo refieren otros estudios. Esta práctica que se presenta por la disponibilidad gratuita de condones dentro de los servicios de atención para VIH, va en contravía con la recomendación de la OMS donde el uso del condón va dirigido a prevención de transmisión y reinfección de VIH, pero dada su baja efectividad como método anticonceptivo (85% prevención de embarazo a un año) las MVIH deben usar métodos duales modernos adicionales hormonales que han demostrado eficacia superior al 99%, son seguros para su salud y les permiten asumir autónomamente su decisión anticonceptiva [49, 51].

Las necesidades insatisfechas de anticoncepción, la falta de acceso a información y la no disponibilidad ni oferta de métodos anticonceptivos modernos, conduce también a que aquellas mujeres que presentan nuevos embarazos no planeados, asuman y se les presente, en el postparto inmediato la esterilización como única alternativa anticonceptiva. Este es un tema controvertido a nivel mundial por los casos de denuncias de esterilizaciones forzadas que atentan contra los derechos humanos básicos de las mujeres y que han llegado a las cortes internacionales [108].

Diversos estudios han demostrado como el postparto es un momento vulnerable para las MVIH, donde la toma de decisiones se ve afectada por el diagnóstico, haciendo que

cambie la objetividad sobre los planes reproductivos aumentando la posibilidad a ceder a presiones para limitar su vida reproductiva sin que en esa decisión haya mediado un deseo ni una decisión propia e informada [107].

En este estudio se documentó que dentro de las mujeres participantes, esta práctica continúa siendo usada en Colombia, dentro de esquemas de violencia institucional, donde se utiliza información errónea para justificar las esterilizaciones como parte de la cascada de prevención de TP-VIH, procedimiento que se ve favorecido por el temor de las madres a transmitir la infección a sus hijos, el desconocimiento de la seguridad que representan las medidas preventivas, así como las preconcepciones y vacíos de información del personal de cuidado obstétrico sobre el VIH, fenómeno que muestra inequidades y se presenta especialmente en zonas apartadas, donde la esterilización se convierte en la única alternativa para las mujeres y envuelve prácticas inaceptables de violaciones de derechos humanos, discriminación y coerción.

De la misma forma, en este estudio se pudo evidenciar que así como se alienta a las MVIH a someterse a esterilizaciones en el postparto inmediato, es casi imposible obtener una esterilización programada por fuera de la atención obstétrica, por lo que las MVIH que desean el procedimiento, y el personal de salud se enfrentan a barreras de acceso y remisión que hacen que estos procedimientos tengan demoras y dificultades, mostrando nuevamente los prejuicios ocultos que envuelven los derechos de las MVIH para tomar decisiones reproductivas y que también ha sido reportado en otros países de Latinoamérica [141, 168].

8.4 Atención en VIH y asesoría anticonceptiva

Los servicios de atención para VIH son espacios donde las personas con esta condición asisten para recibir tratamiento y seguimiento. En Colombia, están concebidos como servicios integrales donde se ofrece atención médica, odontológica, psicológica, nutricional y de trabajo social, se entregan los tratamientos antirretrovirales, los condones y se realizan los exámenes de laboratorio, todo en el mismo lugar y en el mismo momento [19].

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de las MVIH asisten cumplidamente a estos controles, los cuales valoran positivamente aunque deben asumir costos de bolsillo que implican desplazamiento, largas esperas, pérdidas de ingreso laboral, cuidado de los hijos, así como falta de disponibilidad de algunos de los servicios que se ofrecen, pero en estos espacios se sienten bien recibidas, refieren un trato más amable y respetuoso, donde la atención es diferencial y especializada en VIH.

Pero dentro de este estudio, en los servicios de atención para VIH las mujeres no reciben ni se les ofrece asesoría anticonceptiva, y como desconocen que para obtenerla deben solicitarla y ser remitidas a otros lugares como las clínicas de planificación familiar, entonces equiparan la asesoría anticonceptiva con la entrega de condones, donde además, la información del personal especializado en VIH genera una confusión de términos, porque se presenta el condón como un “método seguro” para prevención de la transmisión de la infección, pero es interpretado por las mujeres como un “método seguro anticonceptivo”, y lo siguen usando como único método, con las dificultades que tiene la negociación de su uso consistente con la pareja, tal y como ha sido reportado

otros países donde la cultura patriarcal, y la violencia intrafamiliar aumentan el riesgo de embarazos no planeados [169].

La literatura muestra como, en otros contextos de epidemia concentrada con sistemas de salud fragmentados, tal como sucede en Colombia, la responsabilidad de asesoría anticonceptiva para las MVIH tiende a diluirse entre los profesionales de la salud, de manera que para los especialistas de los servicios de VIH, la asesoría anticonceptiva debería darse en atención de ginecología y para los profesionales de esta área, en las clínicas de planificación familiar, lo que deposita finalmente la responsabilidad reproductiva en manos de las MVIH, que no cuentan ni con la información ni les permite ejercer su autonomía para asumirla [2].

También en este estudio se evidenció que para aquellas mujeres que logran acceder a los servicios de planificación familiar para población general, la satisfacción de sus necesidades anticonceptivas se encuentra condicionada al grado de conocimiento en VIH que tenga el profesional consejero, generando una especie de lotería que puede llevar a un adecuado y adherente uso de métodos anticonceptivos modernos en un extremo, o a que estas mujeres teniendo que sufrir maltratos, estigma y discriminación por su condición deserten de los programas de anticoncepción.

Los efectos de una adecuada asesoría anticonceptiva para MVIH han sido evidenciados en diferentes estudios que evalúan intervenciones para mejorar el uso de métodos duales, encontrando que las MVIH que asisten a sesiones de asesoría anticonceptiva repetida dentro de sus controles para VIH aumentan el uso de métodos modernos comparadas con grupos que buscan esta asesoría en clínicas de planificación familiar. Además, estudios realizados en África, también han mostrado que la asesoría anticonceptiva dentro de los servicios de atención VIH, a mediano plazo aumenta el uso de métodos modernos, mejora la satisfacción de las usuarias, optimiza el trabajo de los proveedores, ahorra en costos de salud y es una herramienta efectiva para disminuir las cifras de TP-VIH [6, 76].

8.5 Modelos de asesoría anticonceptiva

El análisis económico que se realizó en la fase cuantitativa de este estudio, permitió comparar dos modelos de asesoría anticonceptiva para MVIH, mostrando que para los parámetros del SGSSS colombiano, un modelo de asesoría que integre la asesoría anticonceptiva como parte de la atención integral de VIH, tiene un mejor desempeño de costo-efectividad que el modelo usual utilizado en el país donde no hay integración de estos servicios y la asesoría anticonceptiva es la misma que la que se ofrece a la población general.

La integración de servicios de VIH y SSR es un tema que ha sido abordado ampliamente en contextos de epidemia generalizada donde se ha demostrado como una estrategia altamente efectiva para reducir los embarazos no planeados, evitar nuevas infecciones perinatales de VIH y disminuir las cifras de TP-VIH. En contextos de epidemia concentrada cuestiona la utilización de estos modelos integrados porque las cifras de la infección son bajas con relación a la inversión que implica hacer estos servicios diferenciales para la población con VIH [3].

Si el análisis se hace desde la óptica de las infecciones VIH perinatales que es posible evitar con la integración de servicios como se hizo en este estudio se puede ver que un modelo en sí representa una buena alternativa por lo menos para el caso de Colombia, donde lograría evitar un 3% adicional de infecciones VIH perinatales, a un valor incremental de COP 1 547 500, lo cual significa que, aunque es más costoso, el dinero adicional que el sistema de salud debería invertir a corto plazo representa la sexta parte de lo que se requiere actualmente para evitar una infección VIH en un recién nacido, que en el largo plazo se ve representada en un enorme ahorro en tratamiento y seguimiento de esta condición, sin contar los costos personales, sociales y políticos que representa la TP-VIH.

Adicionalmente, en este estudio se planteó como parámetro de equidad la afiliación a los dos regímenes de salud en Colombia. Al hacer el análisis de los resultados, se aprecia que, para el modelo actual, existe una diferencia en efectividad a favor del régimen contributivo del 3% sobre el subsidiado. Llama la atención que, si se implementa el modelo integrado, no solo mejora la efectividad en ambos regímenes, sino que además se reduce el diferencial existente contribuyendo a disminuir inequidades estructurales propias del sistema de salud y mejorando las condiciones de las usuarias del régimen subsidiado que actualmente se encuentran en una clara desventaja y que representan la mayoría de las MVIH

Capítulo 9. La tesis de investigación

Aún a pesar de los grandes avances con relación al manejo y control del VIH, el diagnóstico de la infección produce efectos significativos sobre las decisiones de maternidad de las parejas, donde median temores por la salud de la madre y de los recién nacidos, así como la posibilidad de muerte y orfandad que generan conflictos personales, familiares y sociales. Por esta razón en las personas que conviven con VIH se deben procurar embarazos planeados que permitan reducir gran parte de estos riesgos, ya que se sabe que con los tratamientos actuales es posible tener embarazos saludables con hijos libres de VIH [17].

Desafortunadamente muchas MVIH cada año presentan embarazos no planeados por necesidades insatisfechas en anticoncepción que desencadenan consecuencias negativas para su propia salud y la de sus hijos, aumentando el riesgo de morbi-mortalidad materna y de TP-VIH [105].

En el pacto internacional de derechos de las Naciones Unidas, la opción reproductiva se considera un derecho humano básico, y debe ser garantizada por los estados procurando información, acompañamiento y métodos anticonceptivos modernos que permitan a las MVIH ejercer su autonomía y el ejercicio de sus DSR, para determinar el momento y el espaciamiento de sus embarazos. De la misma manera, las proyecciones epidemiológicas indican que si no se logra eliminar la TP-VIH, será imposible alcanzar la meta mundial de acabar con el VIH como riesgo para la salud pública en el año 2030 [37].

La estrategia PTMI durante años ha sido la más efectiva para reducir las nuevas infecciones en niños, pero actualmente se ha demostrado que es necesario adicionar otras estrategias que aceleren esa disminución especialmente en países donde las cifras de TP-VIH se han mantenido estacionariamente altas aún a pesar de su aplicación.

Una de estas estrategias es la satisfacción de necesidades anticonceptivas de las MVIH que quieren postergar o limitar su maternidad mediante el uso de métodos modernos que son seguros dentro de la condición VIH. En concordancia, la OMS publicó en el 2017 una guía de atención para las MVIH centrada en derechos donde se recomienda la integración de servicios de SSR y atención de VIH para mejorar el acceso y utilización por parte de estas mujeres de los servicios de anticoncepción, maternidad, aborto seguro, sexualidad sana y prevención de la violencia a lo largo de la vida, guía que está siendo socializada como recomendación basada en evidencia alrededor del mundo [51].

En Colombia las MVIH tienen altas necesidades insatisfechas en anticoncepción, dentro de un modelo de atención fraccionado que no integra la SSR dentro de los servicios VIH por lo que crea brechas para lograr equidad en salud con barreras de acceso para estas mujeres que se derivan en un muy bajo uso de métodos anticonceptivos y prácticas anticonceptivas incorrectas las cuales conducen a embarazos no planeados y pueden ser una de las explicaciones para que las cifras de TP-VIH se mantengan estacionariamente altas en los últimos años.

Con base en la evidencia presentada, este estudio pretende defender la tesis de que, para Colombia, la integración de servicios de anticoncepción dentro de los programas de atención integral para VIH, puede lograr una disminución de los embarazos no planeados evitando nuevas infecciones VIH perinatales, tal y como ha sucedido en otros países donde se ha implementado. Aunque estas experiencias se han realizado en contextos de epidemia generalizada, para Colombia, dentro de un patrón epidemiológico de epidemia concentrada, la integración de servicios resulta una herramienta costo-efectiva para el sistema de salud colombiano y permite satisfacer las necesidades en anticoncepción de las MVIH mejorando su calidad de vida y la de sus familias.

Esta tesis se sustenta en el principio fundamental del derecho a la autonomía reproductiva de las MVIH entendiéndolo que, aunque efectivamente pertenecen a la población general femenina, su condición VIH determina vulnerabilidades diferenciales que se ven reflejadas en necesidades biológicas, psicológicas, económicas y sociales propias, lo que hace necesario que cuenten oportunamente con asesoría anticonceptiva especializada basada en derechos, de fácil acceso, donde se encuentren disponibles alternativas anticonceptivas modernas, con personal amable que conozca sus necesidades de manera que puedan tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y reproductiva sin estigma ni discriminación, con respeto y sobre todo con calidad humana.

Para lograr la integración de estos servicios en Colombia, se podrían aprovechar las ventajas que proporcionan los servicios integrales para atención de VIH actuales, donde la infraestructura permite tener varios servicios simultáneos, por lo que adicionar uno más no implicaría una inversión excesiva y donde se podría capacitar en anticoncepción enfocada en VIH y basada en derechos humanos y en DSR a profesionales de diferentes áreas de la salud o incluso a gestores comunitarios pares VIH quienes adicionalmente podrían proporcionar consulta preconcepcional a las MVIH y a sus parejas, así como asesoría anticonceptiva a otras poblaciones diferentes de las mujeres que asisten a estos centros como se hace en los países de epidemia generalizada.

Desde la óptica del sistema de salud, la integración de estos servicios requiere un compromiso político serio, implica invertir recursos en infraestructura y logística, estimular la presencia de personal capacitado mediante condiciones laborales dignas que eviten la continua rotación así como contar con disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos gratuitos y oportunos, pero este compromiso se deriva a mediano y largo plazo en múltiples beneficios dentro de los cuales se puede evidenciar, ahorro de recursos por cada infección VIH perinatal evitada, mejoría en los índices de desempeño del sistema de salud, reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil y reducción de las cifras de TP-VIH entre otros, además, logrando equidad en salud para las MVIH en particular.

El principal beneficio que obtienen las MVIH con esta integración es la eliminación de las barreras de acceso existentes, ya que pueden aprovechar los mismos sitios y momentos en que se desarrollan sus controles para VIH para obtener una asesoría anticonceptiva basada en respeto, con calidad y centrada en su condición VIH, que les permita disponer de métodos anticonceptivos modernos de manera gratuita y las empodere para manejar de manera autónoma e informada sus intenciones reproductivas sin violencia, discriminación o estigma, mejorando su calidad de vida y la de sus familias.

Capítulo 10. Limitaciones y fortalezas

Para este trabajo existieron limitaciones propias de este tipo de estudio que afectan la generalización de los resultados. Desde el punto de vista cuantitativo hubo limitaciones dadas por dificultades de acceso e insuficiente cantidad de datos disponibles de información nacional, el ingreso a la base de datos de la Cuenta de Alto Costo, por ejemplo, requiere una serie de autorizaciones que hicieron dispendioso y demorado el proceso por más de un año. También, la falta de coincidencia entre los registros del Ministerio de Salud y Protección Social con la base de datos de la Cuenta de Alto costo generó dificultades para establecer el caso base del análisis económico.

Otra limitación se encontró a la hora de realizar el modelamiento del árbol de decisiones porque dentro de los reportes nacionales no se cuenta con todos los valores de probabilidad requeridos, por lo que fue necesario realizar una encuesta piloto para recoger estos datos y compararlos con la literatura mundial asumiendo que las poblaciones de MVIH son similares alrededor del mundo, lo cual no necesariamente corresponde con la realidad. Para subsanar esta limitación, los análisis de sensibilidad se corrieron utilizando márgenes grandes alrededor del caso base de manera que se pudiera comprobar la estabilidad del modelo con mayor confiabilidad.

De la misma forma, la perspectiva del tercer pagador representa una limitación para los estudios económicos. El ideal, desde el punto de vista metodológico, sería adoptar el punto de vista de la sociedad. Sin embargo, ello implicaría obtener información sobre el gasto de bolsillo de las familias, los impactos en salud producidos en otros sectores (como educación), y/o las pérdidas de productividad personales y familiares como producto de la condición VIH, lo cual dificultaría enormemente el estudio y sobre todo el análisis.

Desde el punto de vista cualitativo las limitantes principales se encontraron en la captación de las MVIH, dado que por el contexto social y de estigma en que se desenvuelven es difícil su ubicación y que acepten compartir sus experiencias, por lo que fue necesario hacer la invitación a través de una figura familiar y confiable para ellas como es la Red de mujeres populares conviviendo con VIH, que agrupa en su mayoría a mujeres de diferentes regiones del país, de estrato socio-económico medio-bajo, por lo que queda el interrogante sobre las vivencias de aquellas mujeres que no pertenecen a esta Red.

También se tiene como limitante el tiempo, ya que para las entrevistas las mujeres debían desplazarse desde sus sitios de residencia, en general apartados. Para subsanar esto, se coordinó que las entrevistas coincidieran con las reuniones planeadas por las gestoras comunitarias de la Red para otros temas y en ese momento hacer el contacto con ellas. Otro limitante fue la cantidad de información recolectada dentro de las entrevistas y su posterior análisis, para lo cual se priorizaron los objetivos del estudio como directrices para recoger y analizar la información conducente a ellos.

Sin pretender generalizar los resultados obtenidos, entendiendo y asumiendo sus limitaciones, la principal fortaleza que tiene este trabajo es que aporta conocimiento nuevo sobre un tema poco estudiado en Colombia, donde la aproximación se hace tomando en cuenta la posición de los actores fundamentales para poder lograr satisfacer las necesidades en anticoncepción de las MVIH reduciendo las cifras de embarazos no planeados y de TP-VIH: el sistema de salud, que como tercer pagador necesita alternativas de decisión que le permitan optimizar los limitados recursos de que dispone para la atención de la población colombiana, y las MVIH, usuarias de ese sistema que deben ser visibilizadas como sujetos de derecho para recibir atención oportuna y de calidad que permita satisfacer sus necesidades en anticoncepción, con respeto, sin estigma ni discriminación.

Capítulo 11. Conclusiones- recomendaciones

Retomando los resultados de este trabajo, las conclusiones que surgen son las siguientes:

1. El análisis económico realizado en este estudio permitió establecer que, desde la perspectiva del sistema de salud colombiano, plantear la integración de los servicios de atención para VIH con los servicios de anticoncepción (modelo integrado), permitiría contar con una estrategia costo-efectiva, la cual, comparada con la estrategia no integrada que se utiliza actualmente en el país, tiene un mejor desempeño al evitar un 3% adicional de infecciones adicionales perinatales, con bajo costo incremental.
2. Desde la experiencia vivida por un grupo de mujeres y sin pretender generalizar, en Colombia las MVIH tienen necesidades insatisfechas en anticoncepción, que conducen a prácticas anticonceptivas erróneas, embarazos no planeados, esterilizaciones post- parto, violencia institucional e inciden en las tasas estacionarias de TP-VIH. Estas necesidades se presentan por barreras de acceso para obtener asesoría en anticoncepción con respeto por los derechos humanos y DSR.
3. La complementación mixta permitió establecer una serie de meta-inferencias y concluir que, desde la perspectiva de equidad en acceso a los servicios de salud, el modelo de asesoría anticonceptiva integrado a los servicios de atención VIH sería el que se adapta mejor a las necesidades de las MVIH y al SGSSS. Este modelo facilitaría un manejo diferencial en SSR para las MVIH aprovechando la los controles médicos cómo una oportunidad para proporcionar una asesoría anticonceptiva de calidad, basada en derechos, con provisión oportuna de métodos anticonceptivos modernos, que permita a estas mujeres tener autonomía reproductiva e incida en las cifras de TP-VIH.
4. Las necesidades insatisfechas en anticoncepción deben abordarse visibilizando a las MVIH como usuarias y sujetos de derecho del sistema de salud, fortaleciendo los programas actuales de atención, integrando servicios de asesoría anticonceptiva dentro de los servicios de VIH, que permitan una relación basada en el reconocimiento de sus vulnerabilidades diferenciales, de manera que puedan contar con herramientas para que puedan ejercer su autonomía reproductiva de una manera autónoma, responsable e informada, libres de violencia, estigma y discriminación, lo cual además incide directamente en mejorar su calidad de vida, la de sus hijos y la de la sociedad.

5. Para el sistema de salud colombiano, este reconocimiento y ruta de acción debe basarse en el derecho inalienable a la salud, el bienestar y el compromiso con el acceso universal a la salud, disminuyendo barreras y facilitando servicios integrados para que al permitir que las MVIH puedan tomar sus propias decisiones referentes al número y espaciamiento de sus hijos, el país pueda llegar a cumplir los ODS relacionados con salud de la mujer y eliminación de la TP-VIH.

Dado que para poder realizar una integración efectiva de los servicios de SSR, específicamente los de anticoncepción dentro de los de atención de VIH, es necesario el compromiso político de los tomadores de decisiones, así como destinar recursos de infraestructura, capacitación, oferta y disposición de métodos anticonceptivos oportuna y suficiente, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Ejercer una vigilancia más estricta sobre los prestadores de salud que ofrecen servicios integrales para atención VIH en el país, de manera que cumplan con la disponibilidad oportuna de los servicios integrados que requieren personas que conviven con VIH (manejo clínico del VIH, odontología, psicología, trabajo social, nutrición, farmacia y laboratorio), que les sean prestados en forma simultánea como está previsto por la ley, de manera que se eviten dobles desplazamientos, fallas en la adherencia a los tratamientos ARV y costos adicionales para los pacientes.
- Aprovechando la infraestructura existente en estos servicios, se recomendaría adicionar el servicio de asesoría anticonceptiva como parte de la atención integral del VIH, garantizando la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, para que, como parte de esta, puedan ser entregados gratuitamente como lo plantea la legislación vigente, evitando perder oportunidades, eliminando las barreras de acceso que existen actualmente y sobre todo dando un trato humano y ético a las MVIH.
- La capacitación del personal en anticoncepción, VIH y derechos humanos es fundamental para que funcione la integración. Se recomienda que esta se haga con base en las guías internacionales publicadas por la OMS, que permite que los asesores proporcionen orientación e información suficiente, clara y basada en la condición VIH de cada persona, por eso son utilizadas en la mayoría de los servicios de asesoría anticonceptiva para VIH alrededor del mundo.
- Además, al no ser un requisito que los asesores sean profesionales de la salud, pueden ser, como se utiliza en otros contextos, miembros de la comunidad, incluyendo asesores pares que conviven con VIH, porque se ha demostrado, tienen menos rotación laboral y generan relaciones de alta empatía con la población atendida, lo que se deriva en que no solo las MVIH buscan asesoría anticonceptiva, sino también sus parejas pudiendo además identificar casos de violencia.
- El seguimiento y la evaluación de los servicios de asesoría en anticoncepción se hace necesario para poder establecer los beneficios reales en términos de embarazos no planeados evitados en MVIH y de tasas de TP-VIH. Se recomienda implementar estrategias desde la investigación que permitan medir la adherencia y efectividad de las MVIH a estos servicios, así como documentar el uso real

anticonceptivo que se deriva de estos servicios y por tanto la reducción de los embarazos no planeados.

Otras recomendaciones que no son de carácter operativo, pero que se relacionan directamente con los diferentes actores del país y que afectan los procesos de integración de servicios con miras a la reducción de la TP-VIH son:

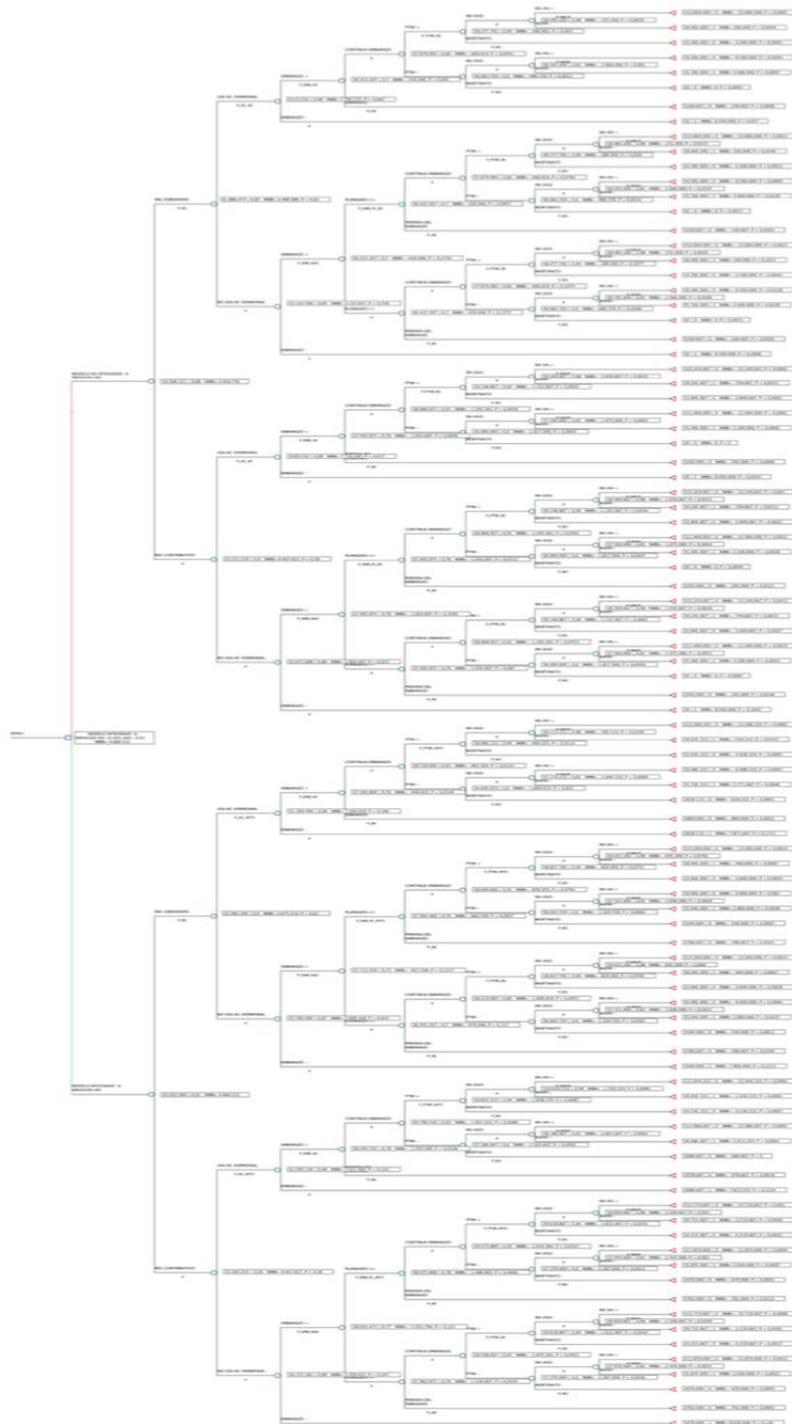
- No se concibe en un sistema de salud como el colombiano, que aspira el acceso universal a la salud, que actualmente existan inequidades de género dentro de la población VIH, donde las mujeres y los niños llevan la peor parte, por el hecho de pertenecer en su mayoría al régimen subsidiado. Las cifras más altas de mortalidad, diagnósticos tardíos, comorbilidades y otras condiciones en esta población hacen necesaria una revisión de las políticas de unificación de regímenes de afiliación exigiendo a los proveedores de salud que se brinde atención con calidad y equidad, que permita a estas personas una vida digna, dado que es evidente que, para el caso del VIH, no están funcionando.
- En el mismo sentido, se recomienda revisar la capacitación que recibe en VIH el personal encargado de la atención gineco-obstétrica de estas mujeres y analizar por qué se está incluyendo la oferta de esterilización como parte de la cascada de atención PTMI, para diseñar y promover estrategias educativas que permitan eliminar este tipo de preconceptos que no solo son incorrectos sino que representan violencia institucional, estigma y discriminación y que se pueda garantizar una atención basada en el respeto por los derechos reproductivos de las MVIH embarazadas.

Finalmente, desde la investigación en Salud Pública del país, la recomendación es a profundizar el tema de la SSR dentro de la condición VIH, haciendo un énfasis en que cada vez son más las mujeres con esta condición, de manera que es esencial conocer sus necesidades de sexualidad y reproducción basada en derechos para poder mejorar sus condiciones de atención en salud, disminuir las cifras de morbi-mortalidad y de TP-VIH pero sobre todo para reconocerlas y visibilizarlas como parte importante de la sociedad, la cual debe garantizarles sus derechos humanos y la posibilidad tener autonomía sexual y reproductiva.

Anexo 1: Formato de recolección de datos para encuesta piloto

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS			
I. IDENTIFICACION Y DATOS PERSONALES			
FECHA CODIGO	/ /	NOMBRE TELEFONO	
1.EDAD		2. EPS	
3.ESTADO CONYUGAL		4.OCUPACION	5. REGIMEN AFILIACION
3.1Nunca casada/Unida		4.1Ama de casa	5.1Cont. cotizante
3.2Unida		4.2Trabajo formal	5.2 Cont. beneficiario
3.3Casada		4.3Trabajo informal	5.3 Subsidiado
3.4Separada		4.4Desempleada	5.4 Especial
3.5Viuda			
6.EDUCACION		7.RESIDENCIA	
6.1Sin educación		7.1REGION	7.2 ZONA
6.2Primaria incompleta		7.1.1Caribe	7.2.1Urbana <input type="checkbox"/>
6.3Primaria completa		7.1.2Oriental	7.2.2Rural <input type="checkbox"/>
6.4Secundaria incompleta		7.1.3Central	
6.5Secundaria completa		7.1.4Bogotá	
6.6Superior		7.1.5Pacífico	
		7.1.6Orinoq/amazonia	
II. INFORMACION RELACIONADA CON DX Y MANEJO DE VIH			
8. TIEMPO CON DIAGNOSTICO VIH		años	meses
9. PAREJA SEROPOSITIVA		10. RECIBE TTO	
Si <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>	
No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Por que?
No sabe <input type="checkbox"/>			
11. ASISTE A CONTROLES PARA VIH		12. QUIEN REALIZA EL CONTROL PARA VIH	
11.1 Cada 3 meses		12.1 Médico general	
11.2 Cada 6 meses		12.2 Infectólogo	
11.3 Cada año		12.3 Otro	
11.4 No asiste			
Por qué?			
13. RECIBE SU MEDICACION EN EL MISMO SITIO DEL CONTROL?			
Si <input type="checkbox"/>			
No <input type="checkbox"/>	Donde		
14. LE HAN HABLADO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ALGUN CONTROL PARA VIH?			
Si <input type="checkbox"/>	Que le dijeron		
No <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACION RELACIONADA CON EMBARAZOS Y ANTICONCEPCION			
15. HA TENIDO EMBARAZOS POSTERIORES AL DIAGNOSTICO DE VIH?			
Si <input type="checkbox"/>	15.1 No. Embarazos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	15.2 Embarazos planeados		Explique
	15.2 No. Hijos vivos		
	15.3 No. Hijos VIH positivos		
No <input type="checkbox"/>	15.4 Desearía un embarazo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Por que?
16. ALGUNA VEZ HA RECIBIDO ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR?			
16.1 Antes del diagnóstico de VIH	<input type="checkbox"/>		
16.2 Despues del diagnóstico de VIH	<input type="checkbox"/>		
16.3 Nunca	<input type="checkbox"/>		
17. ACTUALMENTE UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR?			
Si <input type="checkbox"/>	17.1 Cual método utiliza		
	17.2 Desde hace cuanto lo utiliza		
	17.3 Quién se lo recomendó		
	17.4 Se lo entrega su EPS		
	17.5 Como le ha parecido		
	17.6 Conoce otros métodos de planificación familiar		
	17.7 Cuales conoce		
No <input type="checkbox"/>	Por qué?		

Anexo 2: Árbol de decisiones para estudio económico



Para acceder al árbol completo en formato PDF pulse el enlace [MVIHCONPLPFINALNOV6 copy 2.pdf](#)

**Anexo 3: Acta de aprobación comité de
ética y consentimiento informado**

Comparación de dos modelos de asesoría en anticoncepción para mujeres VIH positivas desde una perspectiva de equidad en salud Colombia 2015-2017

Modelo de Consentimiento Informado

Estudio de investigación: Comparación de dos modelos de asesoría en planificación familiar para mujeres VIH positivas desde una perspectiva de equidad en salud Colombia 2015-17

Consentimiento Informado para participantes

La presente investigación está a cargo de la investigadora Marcela Gómez Suarez, de la Universidad Nacional de Colombia - Doctorado inter-facultades de Salud Pública en Bogotá. El objetivo de esta investigación es proponer un modelo de asesoría en planificación familiar que permita a las mujeres viviendo con VIH, ejercer sus derechos reproductivos. Para esto es necesario conocer como ha sido la experiencia de las mujeres en la asesoría de planificación familiar.

Si usted accede, se le pedirá participar en una entrevista; lo que conversemos durante estas sesiones se grabará en audio, de modo que se puedan transcribir después las ideas que usted haya expresado; su participación en este estudio es libre y voluntaria por lo que no estará sujeta a apoyo económico o de otra naturaleza; la información suministrada por usted podrá ser publicada o presentada en eventos científicos pero su nombre en ningún caso aparecerá asociado a la investigación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas durante la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Esta investigación se considera sin riesgo para las participantes; pero si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, las cuales serán respondidas a su entera satisfacción. Igualmente, puede retirarse de la entrevista en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma. Si durante la entrevista alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas. Usted como participante tiene prioridad para conocer los resultados del estudio si son de su interés, en cuyo caso podrá solicitarlos a la investigadora del proyecto.

Muchas gracias por su participación.

Aceptación Consentimiento Informado

Acepto participar libre voluntariamente en esta investigación, conducida por la investigadora Marcela Gómez Suárez de la Universidad Nacional de Colombia - Doctorado inter-facultades de Salud Pública en Bogotá. He sido informada que la meta de este estudio es poder describir cuales son las percepciones que tienen las mujeres que conviven con el virus del VIH sobre la asesoría recibida en planificación familiar durante los controles médicos trimestrales, así como sobre embarazos no planeados y necesidades no satisfechas en planificación familiar; con la finalidad de establecer un modelo de asesoría en planificación familiar que permita a las mujeres ejerciendo sus derechos reproductivos, decidir sobre el espaciamiento del nacimiento de sus hijos de una manera informada con miras a disminuir la transmisión vertical de VIH.

Me han indicado también que participaré en una entrevista; y lo que conversemos durante estas sesiones se grabará en audio, además que la información que yo suministre podrá ser publicada o presentada en eventos científicos pero que mi nombre en ningún caso aparecerá asociado a la investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Entiendo y acepto además que la presente investigación no implica riesgos para mi salud; acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza ya que sus aportes van a servir para comprender la situación de otras mujeres en una situación similar a la mía; además de que el conocimiento que generará puede aportar al mejoramiento de la atención y calidad de vida de las mujeres con VIH/SIDA y sus hijos.

He sido informada que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Marcela Gómez Suárez. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre de la Participante: _____

Identificación: _____

Firma de la participante: _____

Fecha: _____

Firma del entrevistad _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA
ACTA DE EVALUACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN: N°. 004-035-16
Fecha: 10 de marzo de 2016

Nombre completo del proyecto: "COMPARACIÓN DE DOS MODELOS DE ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIARES PARA MUJERES VHI POSITIVAS DESDE UNA PERSPECTIVA EQUIDAD EN SALUD-COLOMBIA 2016".

Versión número: 01

Sometido por: la estudiante Marcela Gómez Suarez

Dirigido por: los profesores Javier Eslava Schmalbach y Martha Lucia Álzate Posada

Presentado por: el profesor Mario Esteban Hernández, Coordinador

Departamento o Sección: Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Facultad de Medicina

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: 10 de marzo de 2016

EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA. Se constituyó mediante la Resolución 152, (Acta No. 43 del 5 de diciembre de 1996 actualizado mediante resolución 008 (acta 03 de 27 de enero de 2011), de Consejo de Facultad el Comité de Ética de Investigación,

el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que estableció las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión del año 2000; y el código de regulaciones federales, título 45, parte 46, para la protección de los sujetos humanos, del departamento de salud y servicios humanos de los institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (Junio 18 de 1991).

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- ✓ Carta de presentación del proyecto generada por la unidad básica o el departamento.
- ✓ Copia de la evaluación de los jurados o pares académicos que evaluaron y aprobaron el trabajo)
- ✓ Copia del proyecto completo de investigación,
- ✓ Dos resúmenes ejecutivos
- ✓ Dos copias del consentimiento informado (en español y cuando la investigación lo amerite).
- ✓ Hojas de vida resumidas de los Investigadores y coinvestigadores del proyecto
- ✓ Consideraciones éticas según resolución 8430 Ministerio de Salud.
- ✓ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros del Comité:

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | Amador Luis Roberto | Departamento de Patología |
| 2 | Arteaga Díaz Clara Eugenia | Departamento de Morfología |
| 3 | Duarte Gutiérrez Liz Marcela | Asesora Jurídica Facultad de Medicina |
| 4 | Guerrero Fonseca Carlos Arturo | Departamento de Ciencias Fisiológicas |
| 5 | Parra Pineda Mario Orlando | Departamento de Obstetricia y Ginecología |

Sill. Juanette P. Alt.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA
ACTA DE EVALUACIÓN

3. El Comité consideró que el presente estudio:

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación involucra un riesgo igual al promedio para los sujetos que participan en ella. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.
- b. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas

4. El Comité informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

5. El Comité informará inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité

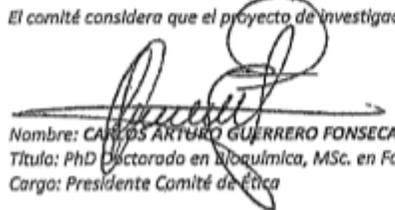
6. Cuando el proyecto sea aprobado, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación.

7. El Investigador principal deberá:

- a. Informar de cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA) excepto cuando sean necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación.
- b. Avisar de cualquier situación imprevista que se considere implica algún signo de riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
- c. Informar de cualquier evento adverso serio de algún paciente, comunicando la situación al secretario y al presidente del Comité de Ética), de acuerdo con la normatividad que el INVIMA ha generado a este respecto.
- d. Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.
- e. Comunicar cualquier decisión tomada por otros comités con respecto a la investigación que se lleva a cabo.
- f. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
- g. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del informe de avance integrado.
- h. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, este cierre puede ser el informe final en formato completo o en formato de resumen de cierre de estudio, firmado por el investigador responsable del estudio.

8. Observaciones:

El comité considera que el proyecto de investigación no presenta dilemas éticos por lo tanto emite **Concepto Aprobatorio**.



Nombre: CARLOS ARTURO GUERRERO FONSECA
Título: PhD Doctorado en Bioquímica, MSc. en Farmacología y MSc. en Genética Humana
Cargo: Presidente Comité de Ética

EB/, Jeannette P. AL-

**Anexo 4: Tabla de evidencia de artículos
incluidos para la Revisión Sistemática de
la Literatura (RSL)**

Tabla de evidencia para artículos incluidos en la RSL

ID	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
Spaulding, A - 2009 Países de Europa, África, Asia, Mesoamérica y América Central	Examinar la efectividad, circunstancias óptimas y buenas prácticas para mejorar la integración entre planificación familiar e intervenciones relacionadas con VIH.	Revisión sistemática de la literatura de publicaciones evaluadas por pares entre 1990-2007 que evaluaran resultados de intervenciones que integraran planificación familiar y VIH. Métodos de búsqueda y extracción de datos sistematizados, control de calidad con una escala de 9 puntos. Se incluyeron 16 estudios de diferentes áreas geográficas.	la integración de servicios es factible con desenlaces positivos en términos de mejoría en el acceso, aceptabilidad y calidad de servicios aún a pesar que la calidad promedio de los estudios incluidos fue baja.
Wilcher, R- 2013 Países de África Subsahariana	Identificar intervenciones que contribuyan a una integración efectiva de servicios de planificación familiar para personas que conviven con VIH.	Revisión sistemática de la literatura de publicaciones evaluadas por pares entre 2008-2013. Descripción de control de calidad de métodos de recolección y análisis. 12 estudios incluidos.	Asociación positiva entre servicios integrados de anticoncepción y VIH con aumento de uso de métodos modernos y anticoncepción dual. Diferencia entre 15- 20 puntos porcentuales a favor de los sitios integrados. Disminución de ocho puntos porcentuales en las necesidades insatisfechas de anticoncepción y los embarazos no planeados en servicios integrados.
Haberlen, S- 2017 Países de Europa, Asia y África	Explorar los beneficios de la integración de SSR y VIH con relación a derechos sexuales y reproductivos de las MVIH y sus parejas.	Revisión sistemática de la literatura de publicaciones evaluadas por pares entre 1990-2016. Descripción de control de calidad de métodos de recolección y análisis. 14 estudios incluidos.	Aumento en la utilización de métodos modernos en los modelos integrados que llegó a ser hasta 1.8 veces superior. Disminución del 15% del uso de condón como anticonceptivo único. Aumento en la oferta de condón como parte de la anticoncepción dual.
Reynolds, H- 2007 Sur-Africa	Establecer en término de nuevas infecciones VIH perinatales evitadas, la costo-efectividad de un modelo integrado de anticoncepción vs el tratamiento con nevirapina para prevenir TP-VIH	Análisis económico en una cohorte hipotética de mujeres durante un año desde la perspectiva del tercer pagador.	El aumento en la utilización de anticonceptivos modernos en MVIH es tan efectiva como el uso de nevirapina, pero a un costo menor. Es una estrategia altamente costo-efectiva. Los autores sugieren que para aumentar el número de infecciones perinatales evitadas la estrategia ideal debe ser combinar los modelos anticonceptivos con el uso de la estrategia PTMI para las MVIH.

Tabla de evidencia para artículos incluidos en la RSL (cont)

ID	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADOS
Halperin, D - 2009 139 países del programa conjunto VIH /sida de las Naciones Unidas 2008.	Establecer la costo- efectividad de expandir el acceso a los servicios de anticoncepción para MVIH utilizando como desenlace las infecciones perinatales evitadas adicionales	Análisis económico de costo-efectividad desde la perspectiva del tercer pagador comparando el uso de TAR vs los programas de planificación familiar en VIH para determinar el número de nuevas infecciones VIH perinatales evitadas.	Recomendación para que las estrategias nacionales de prevención de la TP-VIH incluyan modelos integrados de anticoncepción Es una estrategia costo-efectiva no solo para la prevención de la TP-VIH, sino que al prevenir los embarazos no planeados genera beneficios sociales y de salud para las MVH.
Shade, S – 2013 Kenia	Establecer la efectividad y la eficiencia de un modelo integrado de planificación familiar en centros de atención para VIH y determinar el costo marginal de la integración.	Se aleatorizaron doce centros de atención para VIH en Kenia de manera que la mitad implementaron un modelo de servicios integrados de anticoncepción y la otra mitad no lo implementó. Al cabo de un año se hizo una evaluación del costo marginal para cada uno de los sitios y el incremento en el uso anticonceptivo.	Los resultados mostraron un aumento en el uso de anticonceptivos modernos para las MVIH, con una diferencia de 17 puntos porcentuales a favor de los sitios con programas integrados, logrando una reducción adicional del 10% en los embarazos no planeados, con un costo marginal inferior a los reportados en estudios anteriores

Bibliografía

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. [En línea].; 2017 [acceso 2018, marzo 9]. Disponible en : <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
2. Gogna M, Pecheny M, Ibarlucia I, Manzelli H, S. B. *The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: Health service users' and providers' perspectives*. Social Science & Medicine. 2009.; 69(4): p. 813-20.
3. Cohen S. *Hiding in Plain Sight: The Role of Contraception in Preventing HIV*. Policy Review. 2008; 11(1): p. 2-7.
4. The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). *Start free, stay free, AIDS free. A super-fast-framework for ending AIDS in children, adolescents and young women by 2020*. [En línea].; 2016 [acceso 2017, sept 12]. Disponible en: <http://free.unaids.org/>.
5. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y Declaraciones políticas sobre VIH/SIDA. Washington,DC: Organización Mundial de la Salud; 2016.
6. Newman S, Grossman D, Blat C, Onono M, Steinfield R, Busuki E, et al.. *Does integrating family planning into HIV care and treatment impact intention to use contraception? Patient perspectives : HIV-infected individuals in Nyanza Province, Kenya*. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 13((Supl)): p. 6-23.
7. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres. Washington, DC: Organización de las Naciones Unidas; 2011.
8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Nuevo marco de inversión para la respuesta mundial al VIH. Washington,DC: Organización de las Naciones Unidas; 2011. Report No.: JC224E.
9. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Up Date. [En línea].; 2017 [acceso 2017 marzo 10]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2017_en.pdf.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención de la infección por VIH bajo la lupa. [En línea].; 2017 [acceso 2018 marzo 9]. Disponible en : <http://www.paho.org/prevencion-vih-la-lupa-2017/>.
11. The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). *The GAP Report*. [En línea].; 2014 [acceso 2017 agosto 4]. Disponible en : http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
12. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Situación del VIH en Colombia 2018. Bogotá.; Fondo Colombiano de enfermedades del alto costo- Cuenta de Alto Costo; 2018. Reporte No.: 23447702.
13. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud-Colombia. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad Colombia 2011. Bogotá.; 2013. Reporte No.: 23463325.
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estudios innovadores sobre economía, género e indicadores. Bogotá.; 2018. Report No.: 978-958-624-113-7.
15. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. [En línea].; 2017 [acceso 2017 junio 12]. Disponible en : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18373>.
16. Santos I. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Revista Médica IMSS. 2013; 41(4).
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Prevención del VIH y de los embarazos no planeados: Marco estratégico 2011–2015. [En línea]. Washington, DC; 2012 [acceso 2015 mayo 6]. Disponible en : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PMTCT_prong%2012%20framework_ES_final_web.pdf.

18. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección por TB/VIH y las hepatitis B y C. [En línea]. Bogotá; 2018 [acceso 2018 abril 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>.
19. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Integración de los servicios de VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva en nueve ciudades de Colombia 2013, línea base. Bogotá; 2014. Reporte No.: 978-958-8735-61-0.
20. Onono M, Guze M, Grossman D, Steinfield R, Busuki E, Shade S, et al.. *Integrating family planning and HIV services in western Africa: the impact on HIV infected patients, knowledge of family planning and male attitudes toward family planning*. AIDS care. 2015; 27(6): p. 743-52.
21. Real Academia Española (RAE). Plataforma de recursos lingüísticos- Enclave/RAE. [En línea]; 2018 [acceso 2018 mayo 20]. Disponible en :: <https://dle.rae.es/?id=FzCUhhq>.
22. Enciclopedia de conceptos. Equidad. [En línea]; 2018 [acceso 2018 mayo 14]. Disponible en :: <http://concepto.de/equidad/#ixzz5DmxYOWSe>.
23. Gonzalez A. Precisiones conceptuales al concepto de equidad. Pensamiento Educativo. 2010; 26(7): p. 15-29.
24. Villegas G, Toro J. La igualdad y la equidad:dos conceptos claves en la agenda de trabajo de los profesionales de la familia. Rev latinoam estud farm. 2010; 2(1): p. 98-116.
25. Hernandez-Alvarez M. El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. Rev. salud pública. 2008; 10(1): p. 72.
26. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica. 2002; 11(5): p. 302-9.
27. Pereira J. La interpretación económica de la equidad en salud y atención sanitarias. Atención Sanitaria. 1988; 6(4): p. 122-125.
28. Whitehead M. *The concept and principles of equity and health*. Int. J. Health Services. 1992; 22(3): p. 429-45.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan las desigualdades en una generación, alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud- Informe final. Ginebra-Suiza; 2008. Report No.: WHO/IER/CSDH/08.1.
30. Starfield B. *State of the art in research on equity in health*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2006; 31(1): p. 11-31.
31. Marmot M. *Social determinants of health inequalities*. The Lancet. 2005; 365: p. 1099-04.
32. World Health organization. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: 2010. Reporte No.: 978 92 4 150085 2.
33. Wagstaff A, Cuyler A. *Four decades of health economics through a bibliometric lens*. Journal of Health Economics. 2012; 31: p. 406-39.
34. Garrido R. Una revisión de las investigaciones sobre la equidad horizontal en la prestación sanitaria: principales resultados de los estudios españoles. Madrid: Universidad Complutense ; 1999. Report No.: 2255-5471.
35. Tepichin A, Tenat K, Gutierrez L. Política pública, mujeres y género. In México Cd. Los grandes problemas de México. Relaciones de género. 2010; 6: p. 23-59.
36. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. Santiago de Chile; 2012. Report No.: 9213228945.
37. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General. [En línea]; 2005 [acceso 2016 marzo 6]. Disponible en :: <https://www.un.org/spanish/summit2005/>.
38. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración universal de los derechos humanos. [En línea]; 1948 [acceso 2017 marzo 20]. Disponible en : <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
39. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración y programa de acción de Viena. [En línea]; 1993 [acceso 2017 marzo 20]. Disponible en : http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf.
40. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer. [En línea]; 1979 [acceso 2018 junio 2]. Disponible en : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.

41. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Políticas públicas para la igualdad de género. Un aporte a la autonomía de las mujeres. [En línea].; 2014 [acceso 2018 junio 12]. Disponible en :: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37226/1/S1420372_es.pdf.
42. Montoya A.. Recorrido por las políticas públicas de equidad de género en Colombia y aproximación a la experiencia de participación femenina con miras a la construcción de escenarios locales. Estudios de derecho. 2009; 66(147): p. 306-26. 2009; 66(147): p. 306-26.
43. Niño C. Dossier de Políticas Públicas para Las Mujeres en Colombia 1990 -2002. In Programa Regional De Formación En Género y Políticas Públicas PRIGEPP-FLACSO; 2002; Bogotá.
44. Corte constitucional de Colombia. Constitución política de Colombia. [En línea].; 1991 [acceso 2017 junio 14]. Disponible en :: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>.
45. Arrivillaga M, Alzate M, Useche B. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. Revista de Gerencia en Políticas de Salud. 2009; 8(16): p. 58-71.
46. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. [En línea].; 2012 [acceso 2017 julio 1]. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
47. Departamento Nacional de Planeación- Colombia (DNP). Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, Pacto por Colombia, Pacto por la equidad. [En línea].; 2018 [acceso 2019 enero 6]. Disponible en :: <https://imgcdn.larepublica.co/cms/2018/10/12081318/Bases-del-Plan-Nacional-de-Desarrollo-Regiones-V2-0021.pdf>.
48. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Visión general de la infección por VIH. [En línea].; 2017 [acceso 2017 mayo 2]. Disponible en : <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>.
49. Centro de Control de enfermedades infecciosas de Atlanta (CDC). Eficacia de los métodos de planificación familiar. Acerca del VIH/SIDA hoja informativa. [En línea].; 2017 [acceso 2017 mayo 2]. Disponible en :: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/pdf/eficacia-de-los-m%C3%A9todos-de-planificaci%C3%B3n-familiar-afiche.pdf>
50. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis en las Américas. [En línea].; 2017 [acceso 2017 mayo 20]. Disponible en :: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6>.
51. World Health Organization (WHO). Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. [En línea].; 2017 [acceso 2017 mayo 23]. Disponible en :: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254885/1/9789241549998-eng.pdf?ua=1>.
52. Grupo de trabajos sobre tratamientos del VIH (GTT-VIH). Resumen de la epidemia del sida en América Latina y el Caribe. [En línea].; 2018 [acceso 2018 mayo 10]. Disponible en :: <http://gtt-vih.org/book/print/3636>.
53. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Comportamiento de la transmisión materno-infantil en Colombia: medición de las cohortes 2014-2016. [En línea].; 2016 [acceso 2017 mayo 4]. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-tmi-del-vih-cohortes-2014-2016.pdf>.
54. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [En línea].; 2016 [acceso 2016 agosto 1]. Disponible en :: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>.
55. Organización Mundial de la salud (OMS). Proyecto de estrategia OMS contra el VIH/sida para 2015-2022. [En línea].; 2015 [acceso 2017 agosto 6]. Disponible en :: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/3933>.
56. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Nuevo marco de inversión para la respuesta al VIH. [En línea].; 2017 [acceso 2017 junio 6]. Disponible en :: <http://onusidalac.org/1/index.php/175-marco-de-inversion/734-nuevo-marco-de-inversion-para-la-respuesta-al-vih>.
57. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA). Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. [En línea].; 2018 [acceso 2018 mayo 10]. Disponible en :: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_es.pdf.

58. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Compromisos para emprender acciones que permitan poner fin al Sida. In Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 2016; Nueva York.
59. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Financiación del fin del sida: el momento propicio. [En línea].; 2016 [acceso 2016 abril 20. Disponible en :: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/june/2016060>.
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe GARPR-2016 Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. [En línea].; 2016 [acceso 2016 sept 21. Disponible en :: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/COL_narrat .
61. Lopera M, Martínez J, Einarson T. Acceso de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar.. Rev Gerenc Polit Salud. 2010; 10(20): p. 81-105.
62. Estrada J. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioethica. 2006; 12(1): p. 91-101.
63. Calvez M. Elementos de análisis cultural del SIDA. In Martin S, editor. Los usos sociales del riesgo. Bogotá: Universidad Nacional de Misiones ; 1998. p. 125-36.
64. Viveros M. La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. In Memorias del primer encuentro latinoamericano y del Caribe. La sexualidad frente a la sociedad ; 2008; México, DF: Universidad Nacional de Colombia. p. 168-198.
65. Scott J. El género: una categoría útil. [En línea].; 2000 [acceso 2017 mayo 7. Disponible en :: <http://bivir.uacj.mx/Reserva/Documentos/rva2006191.pdf>.
66. Mesa Y, Munevar R, Goethe B. Más allá de mí: cuidarme para proteger mi hijo. Experiencias de mujeres gestantes con VIH/SIDA. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2016; 48(3): p. 353-63.
67. Herrera C, Lourdes C. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Publica Mexico. 2012; 44(6).
68. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Cómo las mujeres que viven con el VIH ayudarán al mundo a poner fin al SIDA. In Women Outloud; 2014; Nueva York.
69. Grimberg M. Narrativas del cuerpo. Experiencias cotidianas y género en personas que viven con VIH. Cuadernos de Antropología Social. 2003; 17(1): p. 90-100.
70. Ortiz V. SIDA y VIH- Violencia contra las mujeres. In México. In Los grandes problemas de México: relaciones de género. Ciudad de México: El Colegio de México; 2012. p. 202-23.
71. Rodríguez O. Los estereotipos de género, factor de riesgo para la infección del VIH-SIDA. [En línea].; 2016 [acceso 2017 abril 11. Disponible en :: <http://www.eumed.net/rev/cccs/18/>.
72. Carvajal I. Sobreconvivir como mujer con VIH/SIDA una perspectiva bioética global. Revista Colombiana de Bioética. 2014; 9(11): p. 7-58.
73. Ministerio de salud y Protección Social-Colombia. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Bogotá. Report No.: 978-958-99831-3-3.
74. Ayres J. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. [En línea].; 2009 [acceso 2017 junio 3. Disponible en :: http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/VIHmujeresWeb.pdf.
75. García P, Bayer A, Cárcamo C. *The changing face of HIV in Latin America and the Caribbean*. Curr. HIV/AIDS. 2014; 11(2): p. 146-57.
76. Narasimhan M, Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone T, Vazquez M. *Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey*. Bull World Health Organ. 2016 Apr; 94(4): p. 246-49.
77. Loutfy M, Raboud J, Wong J, Yudin M, Diong C, Blitz S, et al. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. HIV Med. 2012 Feb; 13(2): p. 107-17.
78. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Glosario de VIH/SIDA - Transmisión perinatal. [En línea].; 2018 [acceso 2018 agosto 12. Disponible en :: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/3969/transmission-perinatal>.

79. Kikuch K, Wakasugi N, Poudel K, Jimba M. *High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda*. Biosci Trends. 2011 Dec; 5(6): p. 255-63.
80. Gómez-Suárez M. Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(4): p. 256-65.
81. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de las enfermedades infecciosas. [En línea]. Washington DC; 2017 [acceso 2017 marzo 3]. Disponible en :: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>.
82. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de la cohorte 2016. [En línea].; 2018 [acceso 2018 octubre 20]. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-transmision-materno-inf-vih-cohorte2016.pdf>.
83. Arango-Ferreira C, Villegas D, Burbano L, Quevedo A. Calidad del seguimiento a la exposición perinatal a HIV y observancia de las estrategias reconocidas para disminuir su transmisión en un centro de referencia de Medellín. *Biomédica*. 2019; 39(Supl 2): p. 66-77.
84. Varela-Arévalo M, Hoyos-Hernández P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. salud pública*. 2015; 17(4): p. 528-40.
85. Barcellos L, Bulegon F, Vigo A, Drachel L, Carvalho J, Riva D. *Factor associated with post diagnosis pregnancies in women living with HIV in the south of Brazil*. PLoS ONE. 2017 Feb; 12(2): p. 1-10.
86. Departamento Nacional de Planeación-Colombia. Ley 152 de 1994. [En línea].; 1995 [acceso 2017 agosto 1]. Disponible en :: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/LEY%20152%20DE%201994.pdf>.
87. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración del compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. [En línea].; 2001 [acceso 2017 agosto 1]. Disponible en : http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_es.pdf.
88. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [En línea].; 2003 [acceso 2017 agosto 1]. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>.
89. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. La Tutela en Salud. [En línea].; 2016 [acceso 2017 septiembre 3]. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/la-tutela-en-salud-2016.pdf>.
90. Strode A, Mthembu S, Essack Z. *"She made up a choice for me": 22 HIV-positive women's experiences of involuntary sterilization in two South African provinces*. *Reprod Health Matters*. 2012; 20(39): p. 61-9.
91. Ministerio de Salud y protección Social-Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. [En línea].; 2015 [acceso 2017 septiembre 4]. Disponible en :: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
92. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Resolución 5857 de 2018. [En línea].; 2018 [acceso 2018 mayo 3]. Disponible en :: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%205857%20de%202018.pdf.
93. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Ley estatutaria de salud- La implementación. [En línea].; 2018 [acceso 2018 mayo 3]. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>.
94. Profamilia- Colombia. Módulo A-Z en derechos sexuales y reproductivos. Bogotá.; 2007. Report No.: 978-958-9353-83-7.
95. Kendall T. *Falling short of universal access to reproductive health: unintended pregnancy and contraceptive use among Mexican women with HIV*. *Culture, health & sexuality*. 2013; 15(Supl 2): p. 179-92.
96. Amin A. *Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV*. *JIAS*. 2015; 18(Supl 5): p. 1-5.

97. Organización Mundial de la salud (OMS). Prevención de la Transmisión Materno-infantil del VIH, paquete de Capacitación Genérica. [En línea].; 2008 [acceso 2017 mayo 10. Disponible en :: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/training_pack/es/.
98. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de I Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. [En línea].; 1994 [acceso 2017 abril 7. Disponible en : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf.
99. Felitti K. La "explosión demográfica" y la planificación familiar a debate: Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia. *Revista Escuela de Historia*. 2008; 7(2): p. 1-27.
100. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Demografía de una sociedad en transición. [En línea].; 2014 [acceso 2017 junio 4. Disponible en : <http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2014/8-Demograf%C3%ADa-de-una-sociedad-en-transici%C3%B3n.pdf>.
101. Morales E. Sexualidad y política en los setenta. In Felitti K. *La revolución de la píldora*. Buenos Aires: Aljaba segunda época; 2012. p. 207-10.
102. International Planned Parenthood Federation. *She decides Conference: making a stand for women and girls to decide*. [En línea].; 2017 [acceso 2017 feb 14. Disponible en :: <https://www.ippf.org/blogs/she-decides-conference-making-stand-women-and-girls-right-decide>.
103. El Colegio de México. Declaración y recomendaciones de la reunión sobre políticas de población en relación al desarrollo en América Latina. *Demografía y Economía*. 1967; 1(3): p. 408-27.
104. Chavez A. *The social context of the birth control debate in Colombia in the 1960s and 1970s: politics, medicine and society*. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2014; 21(4): p. 1467-73.
105. Gomez-Suarez M. *Access to Sexual and Reproductive Health Services for Women Living with HIV in Latin America and the Caribbean: Systematic Review of the Literature*. *JIAS*. 2019; 22(4): p. e25273.
106. da Silveira Rossi A, Fonschi-Carvasan G, Maluch M, Amaral E. *Factors associated with reproductive options in HIV-infected women*. *Contraception*. 2005; 71(2): p. 45-50.
107. Hopkins K, Barbosa M, Knauth D, JE P. *The impact of health care providers on female sterilization among HIV-positive women in Brazil*. *Soc Sci Med*. 2005; 61(3): p. 541-54.
108. Oliveira F, Kerr L, Frota A, Nóbrega A, Bruno Z, Leitão T, et al. HIV-positive women in northeast Brazil: tubal sterilization, medical recommendation and reproductive rights. *AIDS Care*. 2007; 19(10): p. 1258-65.
109. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Norma Técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. [En línea].; 2000 [acceso 2017 agosto 30. Disponible en :: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntplanif.htm>.
110. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. [En línea].; 2008 [acceso 2017 marzo 4. Disponible en :: http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/PlanificacionFamiliar_GuiasParaHombresyMujeres_quias10.pdf.
111. O'Reilly K, Kennedy KF, Sweat M. *Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of effectiveness on contraceptive uptake and pregnancy*. *BMC Public Health*. 2013; 13(935).
112. Organización Mundial de la salud (OMS). Anticoncepción hormonal y VIH. [En línea].; 2013 [acceso 2017 julio 9. Disponible en :: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/hc_hiv/es/.
113. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. [En línea].; 2010 [acceso 2018 mayo 3. Disponible en :: http://www.unaids.org/es/resources/documents/2010/20100723_20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf.
114. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Opciones de planificación familiar para mujeres que viven con VIH. [En línea].; 2007 [acceso 2017 agosto 8. Disponible en :: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121211_Women_out_loud/es1.pdf.
115. Tashakkori A, Teddlie C. *Use of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. In Texas Uo. *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* Houston: Sage publishers; 2010.

116. Creswell JPV. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Segunda ed. Londres: Sage publishers; 2012.
117. Hernandez-Sampieri R, Fernandez C, Bautista P. *Metodología de la Investigación Ciudad de México*: Mac Graw Hill Interamericana Editores; 2010.
118. Chen H. *Theory-Driven Evaluation Perspective on Mixed Methods Research*. *Research in the schools*. 2006; 13(1): p. 75-83.
119. Creswell J. *Proyecto de pesquisa: método cualitativo e misto* Porto Alegre: Artmed- Sage; 2010.
120. Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica*. [En línea].; 2014 [acceso 2017 sept 4. Disponible en :: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia_Metodologica_Actualizacion_Economica_2014.pdf.
121. Drummond M. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* New York: Oxford press; 2005.
122. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Decreto 2423 de 2006-Manual tarifario SOAT actualización 2016 -Tarifas SOAT. [En línea].; 2017 [acceso 2018 marzo 2. Disponible en :: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/manual_tarifario_soat_2017.
123. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. Resolución 5521 de 2013 por la que se aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS). [En línea].; 2013 [acceso 2018 marzo 10. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/>.
124. Colombia Compra eficiente. Eficiente CC. Contrato marco de atención para pacientes con VIH. [En línea].; 2016 [acceso 2018 marzo 10. Disponible en :: <https://www.colombiacompra.gov.co/sala-de-prensa/comunicados/tratamiento-de-vih-proximo-acuerdo-marco-de-la-linea-de-salud>.
125. Fondo de enfermedades de Alto Costo -Colombia. *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2017*. Bogotá., Fondo de enfermedades de alto costo; 2017. Report No.: 2344-7702.
126. Baird D, Strassman B. *Womens fecundability and factors affecting it*. In Goldman M, editor. *Women and Health*. Nueva York: Academic Press; 2012. p. 126-37.
127. John M, Denny F, Dabb D. *Outcome of HIV infected pregnancies: a five year study*. *West Ind Med J*. 2015; 64(1): p. 49-52.
128. Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia. *Termometro de precios de medicamentos*. [En línea].; 2016 [acceso 2017 Junio 20. Disponible en :: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/termometro-de-precios.aspx>.
129. Reynolds H, Janowitz B, Homan R, Johnson L. *The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission*. *Sex Transm Dis*. 2007; 33(6): p. 350-6.
130. Shade S, Kevany S, Onono , Ochieng G, Steinfeld R, Grossman D, et al. *Cost, cost-efficiency and cost-effectiveness of integrated family planning and HIV services*. *AIDS*. 2013; 27(Supl 1): p. 87-92.
131. Middelton M. *Introduction to decision tree analysis* Nueva York: Treeplan software; 2012.
132. Epidata Software. *Ayuda de Distribuciones de probabilidad*. [En línea].; 2014 [acceso 2017 Agosto 20. Disponible en :: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1899/Ayuda_Epidat_4_Distribuciones_de_probabilidad_Octubre2014.pdf.
133. Rubio-Terres C, Cobo E, Sacrsitan J, Prieto L, Del Llano J. *Análisis de la incertidumbre en las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias*. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(17): p. 668-76.
134. Castillo M, Castillo C, Espinoza M, Loayza S, Aravena M, Zàrate V. *Guía para el uso de evidencia de costo efectividad en intervenciones en salud*. Guía de evaluación. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública; 2011.
135. Zen P. *Review of guidelines for good practice in decision-analytic modeling in health technology assessment*. *Health Technology Assessment*. 2004; 8(1): p. 158-63.
136. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS MED*. 2009 julio; 6(7).
137. Spaulding A, Brickley D, Kennedy C, Almers L, Packel L, Mirjahangir J, et al. *Linking family planning with HIV/AIDS interventions: a systematic review of the evidence*. *AIDS*. ; 23(Supl 1): p. 79-88.
138. Wilcher R, Hoke T, Adamchak S, Cates W. *Integration of family planning into HIV services: a synthesis of recent evidence*. *AIDS*. 2013; 27(Supl 1): p. 65-75.

139. Haberland S, Narasimhan M, Beres L, Kennedy C. *Integration of Family Planning Services into HIV Care and Treatment Services: A Systematic Review*. Stud Fam Plann. 2017; 48(2): p. 153-77.
140. Halperin D, Stover J, Reynolds H. *Benefits and costs of expanding access to family planning programs to women living with HIV*. AIDS. 2009; 23(Supl 1): p. 123-30.
141. Barbosa R, Cabral C, do Lago T. *Differences in the Access to Sterilization between Women Living and Not Living with HIV: Results : the GENIH Study, Brazil*. PLoS ONE. 2016; 11(11): p. 1-18.
142. Ilescas M. Algunas notas sobre la fenomenología de la historia en el pensamiento de Husserl. Estudios 112. 2015; 13(1): p. 33-57.
143. Van Mannen M. : *Meaning to method*. Qual Health Res. 1997; 7: p. 345-70.
144. Van Mannen M. Investigación educativa y experiencia vivida Barcelona: Idea Books; 2003.
145. Cuartas J. Maurice Merleau Ponty y el "paisaje de la filosofía de la existencia". Prax Filos. 2009; 29(12).
146. Sierra J. Potencialidad formativa de la lectura de textos fenomenológicos. Teoría y educación. 2008; 20(25): p. 125-36.
147. Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. BMJ. 2008; 337: p. 687-9.
148. Carabajo R. La Metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Revista de investigación educativa. 2008; 26(2): p. 409-38.
149. Ayala C. La Metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Revista de investigación educativa. 2008; 26(2): p. 409-24.
150. Vasiliachis I. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa Madrid: Gedisa; 2006.
151. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción Barcelona: Planeta Agostini; 1993.
152. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Diccionario Latinoamericano de Bioética Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
153. Papacchini A. El porvenir de la ética: La autonomía moral, un valor imprescindible para nuestro tiempo. [En línea].; 2000 [acceso 2019 julio 6. Disponible en :: <https://journals.openedition.org/revestudsoc/30167#quotation>.
154. Kant I. La metafísica de las costumbres Madrid: Tecnos editores; 2005.
155. Textos de Autor. Respuesta a la pregunta: ¿QUÉ ES LA ILUSTRACIÓN? [En línea].; 2017 [acceso 2018 mayo 4. Disponible en :: <https://www.ilustracioncritica.com/texto-kant.html>.
156. Palanca J. El Código Napoleónico. Revista digital de Historia. 2019.
157. El Mundo. Gloria Steinem. 2019 enero: p. 2.
158. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La violencia contra las mujeres: causa y consecuencia de desigualdad. [En línea].; 2018 [acceso 2018 sept 21. Disponible en :: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/blog/2018/violence-against-women-cause-consequence-inequality.html>.
159. Dale S, Cohen M, Kelso G, Cruise R, Weber K, Watson C, et al. *Resilience among women with HIV: Impact of silencing the self and socioeconomic factors*. Sex Roles. 2014; 70(5-6): p. 221-31.
160. International HIV/AIDS Alliance. Integración del VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos: guía de buenas prácticas. [En línea].; 2010 [acceso 2018 octubre 3. Disponible en :: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/promocion_de_la_SSR/a.Promocion%20de%20la%20SSR/Integracion_SSR_VIH.pdf.
161. Amnistía Internacional. Sea quien sea y viva donde viva, las decisiones que afecten a mi cuerpo deberían ser mías. [En línea].; 2018 [acceso 2018 octubre 9. Disponible en :: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-sexuales-reproductivos/>.
162. Perspectivas Sistémicas. El pensamiento de Boris Cyrulnik- Sobre resiliencia. [En línea].; 2019 [acceso 2019 agosto 6. Disponible en :: <http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm>.
163. Karoly P, Ruehlman L. *Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings : a national community sample*. Pain. 2006; 123(1-2): p. 90-7.

-
164. Tashakkori A, Teddlie C. *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage publishers; 1998.
 165. Fondo de las Naciones unidas en la lucha contra el VIH/sida (ONUSIDA). Impactos socio-económicos de la infección por VIH. [En línea].; 2018 [acceso 2019 abril 4. Disponible en :: <https://www.thebody.com/article/iii-socio-economic-impacts-hiv-aids>.
 166. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*. 2013 sept; 18(5): p. 134-45.
 167. Chavez M. Percepciones culturales sobre embarazos no planeados en mujeres conviviendo con VIH. *Rev. Chil Salud Pública*. 2016; 20(1): p. 29-35.
 168. van Dijk M, Wilson K, Silva M, Contreras X, Fukuda D, García S. Health care experiences of HIV-infected women with fertility desires in Mexico: a qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2014; 25(3): p. 224-32.
 169. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género. [En línea].; 2012 [acceso 2017 nov 12. Disponible en :: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=9-derechos-humanos-y-salud&alias=445-informe-de-situacion-sobre-vih-y-violencia-basada-en-genero&Itemid=518.