



La presente obra está bajo una licencia:
Atribución 2.5 Colombia (CC BY 2.5)
Para leer el texto completo de la licencia, visita:
<http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/co/>

Usted es libre de:

- Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra
- hacer obras derivadas
- hacer un uso comercial de esta obra



Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).

La realidad del VIH-SIDA en Colombia. Una reflexión sobre el marco jurídico existente para la protección de los derechos de los pacientes, las políticas de prevención y la atención para esta enfermedad en el actual Sistema de Seguridad Social.

Paula Alejandra Pérez Medina ¹

Resumen.

El VIH-SIDA es una enfermedad de alto costo que requiere de una atención especializada, inmediata y eficaz con el fin de garantizar una mejor calidad de vida para las personas que la padecen. La anterior, es una situación que requiere de una regulación normativa por parte del Estado, la cual debe garantizar la eliminación de las barreras para el acceso a los tratamientos necesarios. Adicional a ello, se hace indispensable el desarrollo y ejecución de políticas públicas que propendan por la prevención, partiendo desde la educación sexual y reproductiva, hasta la comprensión de los riesgos de infección y consecuencias de la enfermedad. Algo a lo que Colombia le ha apuntado en las últimas décadas con el objetivo de cumplir con las metas propuestas por la ONU, aunque aún falta mucho por hacer, puesto que las medidas tomadas hasta el momento no han sido totalmente efectivas.

Palabras Clave: VIH, SIDA, Derechos Fundamentales, Sistema de Seguridad Social, Discriminación, Marco Normativo.

Abstract.

HIV-AIDS is a high-cost disease that requires specialized, immediate and effective care in order to guarantee a better quality of life for people who suffer from it. The previous one is a situation that requires regulatory regulation by the State, which must guarantee the elimination of barriers to access the necessary treatments. In addition, it is essential to develop and implement public policies that promote prevention, starting with sexual and reproductive education, to understanding the risks of infection and the consequences of the

¹ Estudiante de Derecho de la Universidad Católica de Colombia, Programa de Pregrado. Artículo Reflexivo para optar al título de abogada, correo electrónico. paperez22@ucatolica.edu.co. Directora: Dra. Johana Barreto Montoya, Profesora titular en la cátedra

disease. Something to which Colombia has pointed in recent decades with the aim of meeting the goals proposed by the UN, although there is still much to be done, since the measures taken so far have not been fully effective.

Keywords: HIV, AIDS, Fundamental Rights, Social Security System, Discrimination, Normative Framework.

Sumario.

Introducción. **1.** Breve aproximación histórica del VIH-SIDA. **2.** La realidad actual del VIH-SIDA en Colombia. **2.1.** Marco Normativo referente a asuntos concernientes al VIH-SIDA en Colombia. **2.2** El Sistema de Seguridad Social colombiano con respecto al VIH-SIDA. **2.3.** El VIH/SIDA como factos de discapacidad **3.** Políticas Públicas establecidas por el Estado Colombiano para la prevención del VIH-SIDA. **4.** El VIH-SIDA ¿un factor de discriminación? Conclusiones. Referencias.

Introducción.

El VIH-SIDA es una enfermedad que afecta en el mundo a aproximadamente 36.9 millones de personas; esto, según cifras de la Organización de las Naciones Unidas en adelante ONU², de las cuales unas 83 mil se encuentran en Colombia (Cuenta de Alto Costo, 2018). Esta es una infección incurable que requiere de un tratamiento oportuno para poder extender la vida del paciente y procurar que el mismo obtenga una calidad de vida digna en la mayor medida posible. No obstante, su tratamiento es costoso; por consiguiente, esta enfermedad trasciende de un problema de salud pública, puesto que afecta las finanzas del Estado, ya que se supone que este, a través de su Sistema de Seguridad Social debe atender de forma oportuna las

² Estas citas pueden consultadas en la Página web de ONUSIDA. <http://www.unaids.org/es>

necesidades que el paciente con el virus tenga, especialmente, en cuanto a la atención médica y hospitalaria necesaria para tratar y/o paliar el padecimiento.

Sin embargo, lo anterior no se presenta de esta forma ya que las personas que sufren enfermedades catastróficas, las cuales se definen como “aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento y en la modificación del pronóstico” (Lopera, 2017, p. 123), se ven en la obligación de acudir a vías legales para acceder a los tratamientos necesarios.

Estas vías legales en la mayoría de los casos se materializan en acciones de tutela por medio de las cuales se busca que un Juez de la República proteja los derechos fundamentales, prerrogativas que se encuentran “íntimamente relacionadas con los derechos humanos” (Llano y Velasco, 2016, p. 39).

La anterior, es una situación que no debería presentarse, ya que se supone como bien indicó la Corte Constitucional citada por López (2010) que “el Estado social de derecho, ligado a los derechos sociales, resumidamente, garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad” (p. 178).

Lastimosamente, la realidad para muchas de las personas que en Colombia viven con VIH-SIDA y que no cuentan con los suficientes recursos económicos que les permitan cubrir su tratamiento, es que el Estado los coloca prácticamente en una situación de caridad y menester, puesto que sus derechos no son respetados conforme a los tratados internacionales debido al costo que implica tratar la enfermedad.

Adicional a ello, estas personas padecen otras situaciones adversas como la discriminación, una circunstancia que se presenta en casi todos los escenarios en los que el individuo se desenvuelve socialmente, por lo que a la luz de un marco normativo moderno es que se deben catalogar a estos individuos como sujetos a los que se les debe brindar una especial protección constitucional.

Es por ello, que se busca reflexionar acerca de la eficacia del marco normativo y de las políticas públicas colombianas con respecto a la prevención del VIH-SIDA y en cuanto a la

protección de los derechos fundamentales de las personas que viven con el virus. Lo anterior, con el fin de identificar si las acciones ejecutadas por el Estado se encuentran conformes a las recomendaciones emitidas por las diversas organizaciones internacionales tales como la ONU o como el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

De esta forma, es como surge dentro de esta investigación un problema jurídico ¿Las políticas públicas actuales junto con el marco normativo existente en Colombia son lo suficientemente eficaces conforme los lineamientos y políticas establecidos por los diversos Organismos Internacionales para garantizar los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH-SIDA?

Por otro lado, se planteará como objetivo general el analizar si las personas que viven con VIH-SIDA pueden acceder a la atención hospitalaria y a los tratamientos necesarios que les permitan asegurar la protección de sus derechos fundamentales y a la obtención de unas condiciones de vida digna en la mayor medida posible a través de las políticas de prevención, las cuales se acompañan de un marco normativo especialmente destinado en regular aspectos concernientes a esta enfermedad.

Ahora bien, con el fin de desarrollar el problema jurídico planteado y el objetivo general propuesto, se acudirá a la realización de una recopilación literaria escrita sobre la materia; es decir, a la doctrina, a la jurisprudencia y a la norma existente para que a través de un método analógico y descriptivo se logre reflexionar acerca de la situación actual del VIH-SIDA en Colombia, sobre todo, realizar un análisis reflexivo referente a la eficacia de las políticas establecidas hasta el momento para su prevención y control.

1. Breve aproximación histórica del VIH-SIDA.

El virus del VIH-SIDA comenzó a describirse a principios de los años 80 cuando fueron detectados los primeros casos de la enfermedad, los cuales se presentaron en individuos masculinos que eran homosexuales y sexualmente activos. Es así, como el 5 de junio de 1981 se dio a conocer a la opinión pública el caso de 5 pacientes quienes padecían de neumonía, candidiasis, sarcoma de Kaposi y disminución de los linfocitos T y que lastimosamente y a pesar de haber recibido tratamiento médico intensivo fallecieron prontamente (Grmek 2004).

Durante algunos años, se sostuvieron muchas teorías sobre la posible causa de la enfermedad, siendo las principales las de que el contagio se presentaba por tener una alta actividad sexual con diferentes parejas y por el uso de drogas intravenosas. No obstante, la mayor culpa o señalamiento de esta situación se les atribuyó principalmente a las personas homosexuales.

Lo anterior, se enfatizó gracias al nombre que se le dio al virus por parte de la prensa, quienes en un comienzo lo llamaron “la peste rosa”, pero este nombre era debido a las manchas rojizas que se presentan en el cuerpo de los infectados, sin embargo, esta denominación fortaleció la estigmatización de una forma más profunda hacía los individuos pertenecientes a la comunidad homosexual.

Como bien explicó Sánchez (2014):

Debido a las lesiones dérmicas que también se apreciaban en los pacientes, la prensa le dio la denominación de “peste rosa”, término que sugería que se trataba de una enfermedad exclusiva de homosexuales, pero el tiempo se encargaría de desmentir esto al encontrarse que también se daba en adictos a drogas inyectables, inmigrantes haitianos y pacientes que recibían transfusiones sanguíneas (pp. 70-71).

Quiere decir esto, que la discriminación y el VIH-SIDA desde siempre han estado intrínsecamente unidos, pues se considera erróneamente al portador del virus como una persona promiscua, homosexual y/o drogadicta que debe ser excluida y marginada de la sociedad, siendo una enfermedad marcada por fuertes prejuicios morales y sociales e incluso religiosos que no tienen mayor sustento ni fundamento. En palabras de López (2004):

El sida no es sólo una enfermedad producida por un virus, es también una construcción producida por los discursos que la determinan. Freud nos enseña en sus Lecciones introductorias al psicoanálisis (1915) que «las palabras primitivamente formaban parte de la magia y conservan todavía en la actualidad su antiguo poder. Por medio de palabras puede un hombre hacer feliz a otro o llevarle a la desesperación (...) las palabras provocan emociones y constituyen el medio para la influencia recíproca de los hombres». El sida es un padecer de individuos infectados por el VIH, pero es además el paradigma de enfermedad construida

socialmente, lo que la caracteriza no es sólo su virulencia sino el peso de los significados simbólicos que comporta. (p. 21)

Por ello, se hace tan imprescindible la educación que se pueda brindar con respecto al entendimiento y comprensión del VIH-SIDA como un asunto que lamentablemente convive con el hombre en la actualidad, pero que se puede prevenir y evitar partiendo desde el cuidado propio y desde la responsabilidad de nuestros actos, nociones que deben ser tenidas en cuenta principalmente en el ejercicio del derecho a la libertad sexual.

Ahora bien, en un principio no se lograba comprender el por qué estos pacientes adquirirían estas enfermedades tan extrañas que hoy en día se conocen como “enfermedades oportunistas” y del porqué de aquella baja tan significativas de los linfocitos T, tan necesarios para combatirlos. La respuesta llegaría cuando se pudo aislar el virus, es decir, hasta que fue “descubierto en 1983 por el equipo de los Doctores Françoise Barré-Sinoussi, Jean-Claude Chermann y Luc Montagnier en el Instituto Pasteur” (Plata, 1988, p. 282).

A partir de este momento se comenzó a comprender de mejor manera la enfermedad, se entendió como esta actuaba y se le dio al nombre de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se pudo comprobar que el contagio se presentaba por contacto con la sangre y por cierto tipo de fluidos corporales propios de los actos sexuales como por ejemplo el semen, líquido preseminal y fluidos vaginales que entraban en contacto directo con los órganos sexuales, el ano, la boca y demás superficies mucosas.

Por consiguiente, se pudo evidenciar que la enfermedad se transmite al tener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección con una persona infectada (vía sexual), por compartir agujas con alguien que porte el virus, por transfusiones de sangre, por contacto de una herida con sangre de un individuo infectado (vía sanguínea) y por transmisión de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia (vía vertical) (Grupo de Trabajo Sobre Tratamientos del VIH, 2016, P. 7).

Frente a la transmisión del VIH-SIDA por vía sanguínea, Garzón, Vivas y Woolcott (2017) indicaron lo siguiente:

No cabe duda de que el descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) impactó de manera decisiva el proceso de transfusión de sangre a partir de la década del ochenta, pues desencadenó el SIDA. La aparición de este virus tomó desprevenido al sector salud mundial frente a los riesgos de contagio en la distribución de la sangre, porque no se contaba con los exámenes para su detección. Ese contexto abrió paso a escándalos sobre sangre contaminada con VIH en los bancos de sangre. (p. 30)

Sin embargo, el origen de la enfermedad hasta hoy es un misterio, pero se cree que tuvo su comienzo en África. Además, se pudo comprobar que los chimpancés son portadores de un virus muy similar denominado Virus de Inmunodeficiencia del Simio (VIS), por lo tanto, se considera al VIH como una derivación de este. ¿Pero cómo se transmitió a los humanos?

Existen varias teorías que tratan de explicar esta circunstancia, dentro de las cuales se encuentra la teoría del Cazador, la cual dice que el virus se transmitió debido a que algunas tribus en África cazaban y consumían chimpancés o que la sangre del chimpancé tuvo contacto con alguna herida abierta que el cazador tenía en su momento. En palabras de Boza (2016):

Desde finales de los años 80 se inició la búsqueda del origen animal del VIH-1, pero no es sino hasta finales de los años 90, en que investigadores que se trasladaron a África occidental y central, lograron aislar e identificar un virus de chimpancés al que se denominó VIS como el ancestro más cercano del VIH-1. Así por medio de estudios filogenéticos de las cepas aisladas lograron ubicar cuándo y dónde aproximadamente ocurrió el salto interespecie de este virus. Es posible que cazadores de chimpancés en esa zona se contaminasen del VIS al cazar y destazar monos para consumo humano. (p. 545)

Otra teoría planteada tiene que ver con la vacuna contra el Polio, la cual fue producida en los Estados Unidos y en donde se usaron riñones de simios para producirlas, la hipótesis indica que posiblemente estas vacunas se encontraban contaminadas con el Virus de Inmunodeficiencia del Simio y a través de su aplicación se transmitió a los humanos. (Martínez, 2006).

A la fecha, no se cuenta con una vacuna definitiva ni con una cura para el VIH-SIDA. Lo que existe son ensayos que se encuentran en fase de prueba y estudio lo que sería posiblemente la vacuna curativa y preventiva³, pero llegar a la afirmación de que existe no es posible, puesto que ninguna de las Federaciones Medicas a nivel Mundial que están detrás de los estudios lo han confirmado, pero si existen métodos de prevención de la enfermedad y en cuanto al ámbito clínico también se han desarrollado antirretrovirales que hacen que la parte catastrófica del virus (el SIDA), tarde más tiempo en manifestarse. En palabras de Ramiro (2013):

Los logros realizados en los últimos años en relación con el control de la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Estos avances se han producido fundamentalmente en tres áreas: el desarrollo de fármacos antirretrovirales, la disminución de la mortalidad y la desaparición virtual de la transmisión materno-infantil, y la identificación de los correlatos de protección inmunológica. (19)

Es así, como desde el momento en el que se diagnosticaron los primeros casos han sido contagiadas con VIH-SIDA a 2017 un total de 77.3 millones de personas y han fallecido por causa de ello unas 35.4 millones de personas en todo el mundo. En la actualidad existen unas 36.9 millones de personas infectadas, de las cuales 21.7 millones viven con bajo tratamiento antiretrivico.⁴

2. La realidad actual del VIH-SIDA en Colombia.

El primer caso de VIH-SIDA en Colombia se registró en el año 1983, desde esa fecha el número de individuos infectados ha aumentado como normalmente ha ocurrido a nivel global. Hoy en día y según datos reportados por la Cuenta de Alto Costo (2018, p. 37), existen en el país a corte del 31 de enero de 2017 unas 82.856 personas que viven con VIH, de las

³ Esta información puede ser consultada en la página web de InfoSIDA del programa y proyecto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, DHHS) <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/1371/vacuna>

⁴ Cifras tomadas de la página web del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONU SIDA), disponible en <http://www.unaids.org/es>

cuales 2.184 pertenecen a población joven comprendida entre los 0 y los 19 años. Es decir, que estas cifras nos muestran un alto número de menores de edad contagiados con el virus.

Con respecto al SIDA en Colombia, el Instituto Nacional de Salud (2018, p. 3) indicó lo siguiente:

Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento.

Por otro lado, el mismo reporte de la Cuenta de Alto Costo (2018) indica que el grupo poblacional con mayor incidencia de contagio del VIH es el masculino, con un 74,6% del total de individuos diagnosticados. Mientras que, la ciudad con mayores casos de VIH es Bogotá. D. C., con un total de 19.743 casos reportados, de los cuales 2.063 son casos nuevos.

Mientras que, en cuanto al rango de edad, la misma Cuenta de Alto Costo (2018), señala el de mayor incidencia que ha sido reportado es el de los 30 a 34 años para los individuos de sexo masculino y los 38 a los 39 años en el caso de las mujeres, existiendo una prevalencia de VIH en Colombia de 0.17 por cada 100 mil habitantes.

Ahora bien, en cuanto a la mortalidad por VIH-SIDA, el informe de la Cuenta de Alto Costo (2018) indica que para el corte del 31 de enero de 2017 se presentaron 845 muertes en total, 196 muertes de sexo femenino y 649 de sexo masculino, individuos que se encontraban en un rango de edad de entre los 25 a 49 años, siendo los departamentos con mayor mortalidad Risaralda, Magdalena y Meta.

De lo anterior, se podría deducir, que en las ciudades con un mayor desarrollo y mejor calidad de vida como Bogotá y/o Medellín, la expectativa de una supervivencia más extensa después de diagnosticado el virus en una persona es mucho más alta y, por consiguiente, la aparición de enfermedades oportunistas se retrasa considerablemente. Permitiéndole a los individuos que viven con VIH, llevar una vida normal por un periodo de tiempo más largo.

También cabe resaltar, que la mortalidad general causada por el VIH-SIDA para el año 2017 disminuyó considerablemente, puesto que se ubicó en 10.2 muertes por cada 100 mil habitantes en comparación con las cifras reportadas en el año 2016 en donde este factor se situó en 11.3 muertes por cada 100 mil habitantes. (Cuenta de Alto Costo, 2018)

Lo anterior, quiere decir, que se logró detectar a tiempo la infección a más personas y muchos más sujetos lograron acceder al tratamiento antiretroviral, lo que implica una mejor calidad de vida de los individuos que viven con VIH ya que los antirretrovirales retrasan la aparición de la parte crítica de la enfermedad y, por consiguiente, las enfermedades oportunistas como se mencionó previamente no suelen manifestarse tan pronto. Como bien indicó Trejos (2017), “el tratamiento antirretroviral (ARV) o terapia ARV para el VIH debe continuar durante toda la vida para evitar la progresión a sida, la etapa más avanzada de la infección.” (p. 30).

No obstante, vale la pena mencionar que, de los 82.856 casos reportados en Colombia con VIH, el 49 por ciento, es decir 40.461 individuos se encontraban en la etapa crítica del virus y se había desarrollado en ellos enfermedades oportunistas con las que se suele definir el SIDA, tales como, Síndrome de Desgaste asociado al VIH, Tuberculosis, Toxoplasmosis Cerebral, Candidiasis, Neumonía, Herpes, entre otras más (Cuenta de Alto Costo, 2018). Esto indica, que actualmente existen un número significativo de personas que se encuentran en riesgo de fallecer por consecuencia del SIDA.

Si bien cierto que las cifras citadas previamente muestran una disminución en cuanto a la tasa de mortalidad asociada con el VIH-SIDA, especialmente, debido a que la cobertura con respecto al acceso a Tratamiento Antirretroviral se ha incrementado del 91.51% del año 2016 (Cuenta de Alto Costo, 2017) al 92.2% en el año 2017 (Cuenta de Alto Costo 2018), superando de esta manera la meta de ONUSIDA, la cual manifiesta que el 90% de las personas con VIH deben estar en tratamiento; lo cierto es, que, el número de casos nuevos ha aumentado considerablemente.

Lo anterior se sustenta en los reportes realizados por la Cuenta de Alto Costo (2017), que en su página 49 informa de un total de 8.209 casos nuevos reportados en el año 2016, mientras que para el año 2017 se presentaron un total de 9.399 casos nuevos diagnosticados (Cuenta de Alto Costo, 2018).

Por ende, la realidad del SIDA en Colombia es dramática, puesto que al aumentar el número de casos diagnosticados con VIH-SIDA, el país se aleja mucho más de la meta planteada por las Naciones Unidas en cuanto al propósito de acabar con esta enfermedad para el año 2030⁵.

Por otro lado, existe un grupo poblacional muy alto que no sabe si ha adquirido el virus del VIH, de acuerdo con la Cuenta de Alto Costo (2018, p. 26), existe una brecha del 55% de las personas que viven con VIH que desconocen esta situación. Lo que implica un mayor riesgo de contagio y, por ende, un aumento en los casos nuevos.

El desconocer un posible contagio, repercute en un aumento de la tasa mortalidad asociada al VIH-SIDA, ya que un individuo al no ser diagnosticado a tiempo no podrá acceder a los tratamientos antirretrovirales y, por consiguiente, su expectativa de vida será mucho más corta. Todo esto se aleja de la Meta 90-90-90, que implica como objetivo para contribuir al fin de la enfermedad, que un 90% de personas se encuentren diagnosticadas, un 90% en tratamiento y un 90% con supresión viral para el año 2020 (ONU SIDA, 2016).

Todo lo anterior, se acentúa mucho más si se tiene en cuenta que Colombia es un país en donde la cobertura del Estado Social de Derecho no es del 100%, por lo tanto, existen muchas poblaciones que no logran acceder al Sistema de Seguridad Social de una forma efectiva. Así las cosas, los individuos pertenecientes a estos grupos poblacionales, especialmente, indígenas, afrodescendientes y campesinos, no pueden acceder a campañas de prevención y educación sexual, factores trascendentales que permiten de alguna manera disminuir los indicadores de nuevos casos de VIH-SIDA.

Adicional a ello, los problemas de corrupción y la violencia tan inherente de este país no permiten desarrollar y ejecutar más y mejores políticas públicas con el fin de prevenir nuevos contagios, ni tampoco permite lograr una mayor cobertura en cuanto a diagnósticos y tratamientos para las personas que viven con VIH.

A juicio de esta Autora, el problema de Colombia radica es en la eficacia del diseño, desarrollo, implementación y ejecución de las políticas públicas destinadas a la prevención y

⁵ Sobre este propósito mundial se puede leer directamente en la página de la ONUSIDA.ORG. <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/business-action-aids-response>

al tratamiento del VIH-SIDA, puesto que en materia de cobertura para quienes ya han sido diagnosticados si ha mejorado.

No obstante, como existe una brecha muy alta en los porcentajes de personas que no han sido diagnosticadas pero que muy probablemente viven con VIH en Colombia, implica que los riesgos de nuevos contagios sean muy altos y esto lo demuestra el comparativo de las cifras citadas previamente, mediante las cuales se puede evidenciar al realizar un breve parangón entre los años 2016 y 2017, que el aumento de casos nuevos diagnosticados y reportados fue superior a mil.

2.1. Marco Normativo referente a asuntos concernientes al VIH-SIDA en Colombia.

Ahora bien, a continuación, se relacionará el marco normativo que ha sido establecido en Colombia con respecto al VIH-SIDA. Esto, con el fin de establecer qué medidas se han instituido a nivel legislativo con relación a esta situación en el país.

- Decreto 559 de 1990 “Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, HIV, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y se dictan otras disposiciones sobre la materia.”: es la primera reglamentación en cuanto a esta materia. Así las cosas, mediante esta norma se establecieron por primera vez el carácter confidencial del diagnóstico, la voluntariedad del individuo al momento de realizarse la prueba de serología y la necesidad de contar con personal especializado y capacitado con el fin de hacer frente a la epidemia. Adicional, a ello, el Decreto dispone que el Estado deberá fomentar y apoyar la investigación relacionada con el VIH/SIDA.
- Decreto 1543 de 1997, “por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”: dentro de los aspectos más relevantes de este Decreto, se encuentra el de regular lo

concerniente a las acciones y procedimientos para la promoción, prevención, asistencia y control del VIH-SIDA.

El Decreto fue promulgado en su momento debido al incremento en los casos diagnosticados y a través de este, se estableció la obligación de prestar los servicios de salud a los individuos diagnosticados con VIH, sin que el personal médico se pueda negar a ello (Art. 8). Es decir, que la negación del servicio de salud puede dar lugar a una responsabilidad médica.

Así mismo, la norma estableció en su artículo 9º la obligación de prestar una atención integral en salud para las personas que viven con VIH, incluyendo el suministro de medicamentos eficaces para mejorar la calidad de vida de las personas contagiadas.

Igualmente, a través de este decreto se promovió la ejecución de políticas públicas enfocadas en educación, servicios sociales y la no discriminación y respeto por los derechos humanos (Arts. 13,14, 16, 17).

Como se puede observar, es un Decreto que busca actuar de manera integral en este aspecto, puesto que dispone asuntos médicos, sociales y de investigación relacionados con la prevención y tratamiento del VIH-SIDA en Colombia.

- Conpes 91 de 2005 “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – (2005 – 2015)” :a través de este documento se trazó la meta de reducción de la epidemia del VIH-SIDA proyectando el objetivo al año 2015 y que consistía en mantener la prevalencia por debajo de 1.2% en la población general de entre 15 a 49 años, reducir la mortalidad por causa del virus en un 20% entre el 2010 y 2015, disminuir la transmisión de madre a hijo en un 20% y aumentar la cobertura de terapia antirretroviral en 15%.
- Ley 972 de 2005 “por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o

catastróficas, especialmente el VIH/Sida”: a través de esta norma se adoptaron medidas concernientes al mejoramiento de la atención por parte del Estado hacia las personas con enfermedades catastróficas, especialmente, para aquellas que padecen VIH/SIDA.

Así mismo, la Ley declaró de prioridad nacional la lucha contra el VIH/SIDA. Todo, mediante una atención gubernamental, asegurando que el Estado a través del Sistema de Seguridad Social garantice el suministro de medicamentos necesarios e imprescindibles para el tratamiento y a su vez, dispuso que la atención médica para las personas infectadas con VIH/SIDA sea de obligatorio cumplimiento sin que haya lugar a que se niegue la prestación del servicio por ninguna razón (Arts. 1 y 3).

- Conpes 140 de 2011 “modificación a Conpes social 91 del 14 de junio de 2005: (metas y Estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de Desarrollo del milenio-2015)”: mediante este documento se actualizaron las metas propuestas a través del Conpes 91 de 2005, por consiguiente, se ajustó en un 1% la meta de prevalencia de la epidemia entre la población de entre 15 a 49 años y la meta de transmisión de madre a hijo se ajustó de un 20% a un 2%.

El Conpes Social 140, es la modificación y/o actualización de los indicadores⁶ planteadas en el Conpes Social 91., estimando una reducción en las cifras o extremos establecidos inicialmente en el Conpes 91, que fue establecido a fin de dar la aplicación de la “Declaración del Milenio”.

Que dicha Declaración, fue aprobada en el año 2000 por 189 Estado miembros de las Naciones Unidas, con el propósito de tener un mundo pacífico, más próspero y más justo para todos los habitantes. Se acordaron ocho (8) objetivos claves, conocidos como los "Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM". A lo cual, Colombia con el fin de ratificar lo acordado en la Cumbre del Milenio desarrollo el Conpes Social 91,

⁶ Indicadores establecidos en el CONPES SOCIAL 140 de 2011. Sobre estos indicadores, se pueden leer directamente en la página del DNP.GOV.CO <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx#>

el cual fue modificado por el Conpes Social 140 de 2011, estableciendo nuevos indicadores y ajustes en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados en el Conpes Social 91.

- Resolución 3442 de septiembre de 2006 “Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica”: A través de esta Resolución se adoptaron las guías de práctica clínica para la atención de pacientes con VIH-SIDA, las cuales deberán ser revisadas y ajustadas cada dos años, con el fin de adaptar las recomendaciones sobre los modelos de Gestión Programática VIH/SIDA.
- Resolución 4725 de 2011 “Por la cual se define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar a la Cuenta de Alto Costo, relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)” y Resolución 783 de 2012 “Por la cual se efectúan unas modificaciones y se corrigen unos yerros al Anexo Técnico de la Resolución 00004725 de 2011”: mediante estas resoluciones se establecieron la periodicidad, forma y contenido de la información que debe ser reportada a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Entidades Promotoras de Salud con respecto a la infección por VIH-SIDA. Las cuales deberán efectuarse dos (02) veces al año y mediante el aplicativo de la Pagina Web de la cuenta de Alto Costo.

Igualmente, determinaron que la información a suministrar debe contener los siguientes factores: Tipo de Identificación del paciente, Estado clínico al momento del diagnóstico, número de condones suministrados en los último 3 meses, tipo de Discapacidad funcional, sexo del paciente, si al inicio del tratamiento antirretroviral recibió medicamentos como Tenofovir o Emtricitabina, método de planificación familiar, fecha de Inicio del tratamiento, entre otros datos más.

- Circular 016 de abril de 2006 “lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH”, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social: a través de esta circular se reiteraba la meta específica del ODM 6 "Reducir por debajo del 2% los casos de transmisión materno-infantil del VIH". (MinSalud, 2013, p. 4).
- Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013: a través de esta Resolución se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, un instrumento que contiene la Política Estatal con respecto a la prevención y control de la epidemia por infección del VIH en Colombia.
- Resolución 2338 del 28 de junio de 2013 “Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS” emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social: a través de esta Resolución se establecieron directrices para facilitar el diagnóstico de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Así como la capacitación al personal idóneo para la atención y la aplicación de las pruebas rápidas para la identificación de la población infectada.

Esta normativa buscó impactar de manera positiva en la reducción de las transmisiones del virus, puesto que una detección precoz mejora la oportunidad de acceso a tratamiento antirretroviral de forma temprana y, por consiguiente, se puede lograr una supresión viral y obtener una mejor calidad de vida por mucho más tiempo.

Así como la detección temprana y el inicio del tratamiento de manera rápida reducen el costo de la enfermedad para el Sistema de Seguridad Social, ya que su detección tardía genera importantes sobrecostos. De acuerdo con una investigación de la Universidad del Norte (2017, p. 1), se identifica que “un diagnóstico tardío incrementa en 11% los costos del tratamiento.”.

Estas son entonces, las normas que componen el marco jurídico colombiano por medio del cual se propende por la prevención, tratamiento investigación y control del VIH-SIDA. Todo esto, de acuerdo con los objetivos planteados por las Naciones Unidas, los cuales tienen como finalidad el erradicar la enfermedad a futuro. Como se puede observar, es un marco normativo que busca abarcar cada uno de los aspectos en lo que se desenvuelve el virus.

Es por ello, que a juicio de la autora, el marco normativo instituido se considera suficiente, pues abarca temas relacionados con la atención médica, con el manejo clínico y con el control que se debe tener de la enfermedad, situaciones todas que se hacen imprescindibles en el momento en el que el paciente ha sido diagnosticado con la infección, ya que el servicio de salud fue establecido como obligatorio para los individuos que viven con VIH sin importar su condición económica y social. Lo anterior, permite lograr un mayor control sobre la propagación del virus.

Adicionalmente, las normas propenden por la educación y responsabilidad sexual, por la ejecución de políticas públicas de prevención, la investigación y la capacitación médico-profesional, algo que permite enfrentar al virus de una manera mucho más eficaz. Todo esto, en pro de lograr los objetivos trazados por las Naciones Unidas; es decir, acabar con la enfermedad de aquí al año 2030.

Que estas normas relacionadas previamente se complementan con otros preceptos existentes dentro del ordenamiento jurídico colombiano, a través de los cuales se busca regular la política en cuanto a salud sexual y reproductiva. Ejemplo de ello es la Ley 9 de 1979 “Por la cual se dictan Medidas Sanitarias”, que establece que toda persona tiene derecho a recibir de los funcionarios competentes toda la información concerniente a las acciones y prácticas que le permitan protegerse de enfermedades transmisibles con el objetivo de conservar su salud sexual (Art. 599).

Por otro lado, la ley 1232 de 2008 establece una protección especial para la mujer cabeza de familia “promoviendo la equidad y la participación social con el propósito de ampliar la cobertura de atención en salud sexual y reproductiva” (Art. 2). En el mismo sentido, el artículo 6º de la Ley 823 de 2003 estableció que es deber del Estado mejorar e incrementar

el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva. Entre otras normas más.

2.2. El Sistema de Seguridad Social colombiano con respecto al VIH-SIDA.

De acuerdo con la Corte Constitucional, a las personas que viven con VIH se les debe brindar una atención integral en salud, independientemente de que las prestaciones requeridas estén incluidas o no dentro del Plan de Beneficios que se encuentra contenido al interior del Sistema de Seguridad Social⁷. En palabras de la Corte:

La enfermedad que padecen los demandantes es una enfermedad catastrófica o de alto costo según la Ley 972 de 2005 y que, según lo reseñado, esta Corporación ha dispuesto que tratándose de personas que sufran este tipo de enfermedades se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas esté excluidas o no de los planes obligatorios (Corte Constitucional, sentencia T-113 de 2011)

Lo anterior, es de suma importancia con el objetivo de controlar y disminuir los índices de transmisión del virus y que, por lo tanto, los casos diagnosticados años tras año disminuyan, encaminándose de esta manera hacia las metas propuestas por las Naciones Unidas en cuanto al hecho de acabar con la enfermedad en el año 2030 como plazo máximo. Es por ello, que se hace necesario un Sistema de Seguridad Social sólido para la consecución de estos fines.

Ahora bien, en el caso de Colombia y de acuerdo con la Cuenta de Alto Costo (2018, p. 84), para el año 2017 que son las últimas cifras oficiales que se tienen disponibles por el momento, de los 82.856 casos diagnosticados con VIH, 80.063 personas están afiliadas al Sistema de Seguridad Social. Quiere decir esto, que un 92,2% del total de casos reportados en el país se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral, una situación que supera la meta propuesta por la ONU, que es del 90% de individuos recibiendo tratamiento para el año 2020.

⁷ El plan de Beneficios en Salud se refiere a los beneficios a los que tienen derecho todos los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Colombia.

No obstante, de esas 80.063 personas tan solo 49.143 han alcanzado la supresión virológica⁸, es decir un 66,6% y la meta de la ONU en este aspecto es también del 90% al año 2020. Es decir, 24.669 individuos no han conseguido la supresión, quizás porque el diagnóstico realizado fue tardío y por consiguiente el tratamiento suministrado no ha logrado un efecto tan eficaz como en el que se presenta en los casos en los cuales el diagnóstico se realiza de forma temprana.

Es por esto, que se hace imprescindible que a través de las políticas públicas que implemente el Estado se logre una mayor conciencia en cuanto a la realización de la prueba gratuita a la que tienen derecho los ciudadanos colombianos. Con ello, cuando el diagnóstico sea positivo, el individuo pueda acceder inmediatamente al tratamiento que le permita lograr una supresión del virus y/o llevar una mejor calidad de vida.

Con respecto a la supresión viral, Tapia (2016, p. 46) indicó lo siguiente:

Lo ideal es que toda persona que inicia tratamiento, a los 6 meses, logre la supresión viral en plasma, o sea, cargas virales de menos de 50 copias/mL y obtengan un incremento sostenido del nivel de sus linfocitos CD+4 a partir de la cifra basal a su diagnóstico.

Así las cosas, tal y como se ha indicado anteriormente en el presente artículo; un diagnóstico realizado de forma tardía impacta negativamente en la eficacia de los resultados. De acuerdo con Cahn et al (2010, p. 454) “el diagnóstico en estados avanzados de la infección, en particular luego de ocurrida la progresión a sida, disminuiría la expectativa media de vida en unos 10 años con respecto al individuo que es diagnosticado antes de que esa progresión ocurra.”.

En Colombia una vez que ha sido diagnosticado un individuo con VIH, el mismo tiene derecho a una atención integral en salud que de acuerdo con el Plan de Beneficios contenido al interior del Sistema de Seguridad Social y que fue actualizado mediante la Resolución 5857 del 26 de diciembre de 2018, incluye la financiación del condón masculino (Art. 20),

⁸ La supresión viral implica la lograr que la cantidad de VIH en la sangre sea muy baja, llegando al punto de ser indetectable, lo cual ayuda a conservar la salud de mejor manera y poder conseguir una vida más longeva.

la formula Láctea para niños que se encuentren en una edad de hasta los 12 (doce) años y que sean hijos de mujeres diagnosticadas con VIH (Arts. 54 y 77).

Así mismo, las personas menores de 18 años diagnosticadas con VIH o que sean hijos de mujeres diagnosticadas con VIH, tendrán acceso a las tecnologías en salud contempladas en el Plan de Beneficios durante las diferentes etapas de la enfermedad (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) (Art. 76, 95 y 110).

Lo expuesto en los párrafos anteriores, se encuentra consagrado en el Plan de beneficios en salud modificado mediante la resolución previamente reseñada, donde estipula que los pacientes de alto costo como lo son aquellos que se encuentran infectados con el virus del VIH tanto del régimen subsidiado como del régimen privado, no pagarán el copago cuando se trate del diagnóstico y manejo del paciente⁹.

El Sistema de Seguridad Social incorpora dentro del Plan de Beneficios una serie de medicamentos que tienen como objetivo hacer frente a la infección por VIH y que de acuerdo con la Resolución previamente citada son: el Tenofovir que es el medicamento más utilizado y eficaz a la hora de tratar de reducir los niveles de VIH en la sangre, la vacuna contra la Hepatitis B, la vacuna contra el Neumococo y la Formula Láctea para niños hasta los 12 (doce) años como un suplemento nutricional.

De esta manera, se logra observar que el Estado Colombiano a través del Sistema de Seguridad Social ha realizado un esfuerzo considerable para cumplir con las metas propuestas por las Naciones Unidas, puesto que más del 90% de los individuos diagnosticados con VIH en el país se encuentran afiliados y recibiendo tratamiento no solo antirretroviral, sino que, además, reciben otra serie de beneficios que buscan evitar y disminuir la transmisión de la infección. Lo anterior, dando especial énfasis a los menores de edad, quienes pueden acceder a todas las tecnologías en salud establecidas en el Plan de Beneficios en cada una de las etapas de la enfermedad.

⁹ El copago se refiere a una parte del valor del servicio médico prestado que debe pagar el paciente cuando lo utilice, con la finalidad de ayudar a financiar el Sistema de Seguridad Social. En Colombia este valor porcentual solo lo deben pagar los beneficiarios del cotizante de acuerdo con el ingreso base de cotización.

Es por ello, que se hace necesario incrementar los esfuerzos para que un mayor número de personas que viven con VIH logren conseguir la supresión viral, ya que este factor junto con el componente de individuos diagnosticados y según han mostrado las cifras que se han citado dentro de esta investigación, distan un poco de las metas propuestas por la ONU. Como bien indicaron Álzate, Mora y Rubiano (2017):

Si bien es cierto, Colombia tiene una cobertura de afiliación en salud del 92% de la población, aún se identifican dificultades para la prevención del VIH por las barreras de acceso a los servicios integrales, por falta de aseguramiento, acentuado en la población considerada de mayor vulnerabilidad social, “población pobre”, sin estabilidad laboral y sin ingresos; además de las inequidades geográficas, situación que determina el acceso, la calidad y la continuidad de los servicios de prevención y tratamiento del VIH (p. 30).

Así las cosas, el punto clave para el éxito en la consecución de estos objetivos se haya en la aplicación y en la ejecución de forma eficaz de todas aquellas políticas públicas que el Estado colombiano decida implementar con relación a la prevención y al tratamiento del VIH/SIDA.

2.3. El VIH/SIDA como factor de discapacidad.

De acuerdo con la definición que se puede encontrar en la página web de la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad es un fenómeno que se encuentra intrínsecamente relacionada con las funciones y características del organismo y la forma y los ámbitos en los que la persona se desenvuelve en la sociedad.

Esto es así, debido a que el concepto de discapacidad de acuerdo con la OMS:

Abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. (OMS, 2019)¹⁰

¹⁰ Concepto de discapacidad de acuerdo con la OMS: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Del concepto precitado, y, teniendo en cuenta todos los adelantos científicos y médicos que se han dado en materia de tratamiento del VIH/SIDA, puede decirse que el virus sí y no se erige como un factor de discapacidad. Es decir, cuando una persona se infecta con el virus del VIH y de manera urgente e inmediata comienza su tratamiento con antirretrovirales, lo más seguro es que ese individuo viva una vida normal.

Situación que le permitirá a quien conviva con VIH ejercer sin ningún problema sus actividades y participar en situaciones vitales sin ningún tipo de limitación. Incluso, las afectaciones a estructuras o funciones corporales puedan que nunca se evidencien o materialicen, por lo tanto, bajo esta óptica podría decirse que la persona infectada con VIH no podría considerarse como una persona en situación de discapacidad.

No obstante, debido que el virus de todas formas se considera como una enfermedad catastrófica y de alto costo y que además de eso, es una enfermedad marcada por fuertes prejuicios discriminatorios, si debe considerarse a quien se encuentra infectado con VIH como una persona de especial protección constitucional.

Pues se convierte el individuo en un sujeto con debilidad manifiesta, por lo tanto, es un deber del Estado velar porque esa persona acceda a los tratamientos que permitan que no se presente un acelerado deterioro en la salud de quien se encuentre infectado. Bajo este entendido, no es que se considere al portador de VIH como una persona en situación de discapacidad, pues como ya se mencionó, el sujeto podrá seguir llevando una vida normal, sin problema alguno.

Pero, debido a que el individuo sí se encuentra en una situación de debilidad manifiesta por una afectación en su salud y a que es propenso a situaciones de discriminación, sí se considera como una persona que merece una protección especial por parte del Estado. Como bien indicó la Corte Constitucional en sentencia T-330 del 2014:

Tratándose de personas que sufren el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o se encuentran en la etapa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), por disposición constitucional y desarrollo legal, su derecho a acceder a los servicios de salud requeridos se protege de forma especial. El tratamiento médico del VIH tiene las características (i) de ser de alto costo y (ii) permanente. De esas características nacen dos derechos para los usuarios contagiados con dicho virus: (a) el derecho a

acceder a todos los servicios que requieran, estén o no contemplados en el POS, y sin que el factor económico sea en ningún caso un obstáculo para ello, y (b) los servicios de salud para las personas contagiadas por el VIH deben ser suministrados de forma continua y permanente por tratarse de una enfermedad catastrófica y progresiva, que produce un acelerado deterioro en el estado de salud de las personas que la padecen, por lo que el eventual riesgo de muerte se incrementa cuando estos no reciben el tratamiento adecuado de forma oportuna. Por consiguiente, es deber del Estado brindar protección integral a las personas afectadas. (Corte Constitucional, sentencia T-330 del 2014)

Así las cosas, a las personas con debilidad manifiesta las protege la ley 1618 de 2013, en el entendido de que es un deber del Estado y la sociedad en general el propender por la eliminación de todas las barreras que impidan el ejercicio de los derechos de quienes se encuentran infectados con el virus, garantizarles el acceso a medidas de rehabilitación integral y garantizar espacios de inclusión social.

Cuando una persona infectada con VIH se encuentra en alguna situación de discapacidad originada por una circunstancia en la que el virus no tiene nada que ver, o que producto de una enfermedad oportunista se llegue a la etapa SIDA y como secuela se genere una discapacidad de cualquier índole, con más razón tiene derecho a acceder a las medidas de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad, puesto que cuando un sujeto en situación de discapacidad se infecta con el VIH o producto del Virus desarrollo una discapacidad, su condición de vulnerabilidad se acentúa. Por tal razón, debe ser protegida con más ahincó por el Estado.

3. Políticas Públicas establecidas por el Estado Colombiano para la prevención del VIH-SIDA.

La política Pública con respecto al VIH-SIDA se encuentra contenida especialmente en la Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de esta resolución se “adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”. Esta normatividad contiene dimensiones prioritarias y componentes, dentro de los cuales está la Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, cuya definición la

consagra el numeral 7.5.1 del anexo técnico que acompaña a la Resolución previamente mencionada de la siguiente manera:

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades. (Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013)

El componente que hace referencia al asunto que le compete a esta investigación se consagra en el numeral 7.5.3.2 y siguientes del anexo técnico, el cual se refiere a la Prevención y atención en salud sexual y reproductiva desde el enfoque de Derechos. Es decir, que este instrumento normativo se encuentra muy enfocado en la dignidad humana, pues “hablar de Derechos Humanos implica hacer referencia a la Dignidad humana.”. (Ramírez, 2017, p. 9).

Así las cosas, esta política pública establecida por el Estado tiene como estrategia la prevención de las transmisiones de infecciones por causa de enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y propende por la no discriminación por razones de orientación sexual. Adicionalmente, busca promocionar una salud sexual y reproductiva sana y responsable en los adolescentes y garantizar una maternidad segura y saludable. (Numeral 7.5.3.1.4, literal A).

Esta Política Pública tiene como objetivo el de propender porque todos los entes que componen al Estado incluyendo la sociedad misma se inmiscuyan en los factores determinantes que inciden en la epidemia de infecciones por VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Promoviendo de esta forma, la garantía de acceso a la atención en salud integral para los sectores más vulnerables de la población colombiana (Numeral 7.5.3.2.2, literal E).

Así mismo establece, el deber del Estado de fomentar estrategias educativas para la prevención del VIH y la reducción de la discriminación en el entorno laboral. Otros objetivos propuestos por esta política pública es mantener la prevalencia de la infección por VIH en menos del 1% entre poblaciones comprendidas entre los 15 a los 49 años, mantener la

transmisión vertical, es decir, de madre a hijo en un 2% o menos y disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.

La política pública promueve la promoción de la demanda y la ampliación de la oferta y asesoría para la aplicación de las pruebas voluntarias que permitan diagnosticar la infección por VIH de manera temprana. Como ya se ha mencionado, esto incide de manera positiva en el control que se puede realizar de la epidemia para beneficio de la sociedad. Mientras que, a nivel individual, repercute en la posibilidad de acceso a un tratamiento antirretroviral oportuno que mejora la calidad y expectativa de vida de la persona que vive con el virus.

A su vez, el Minsalud (2018, p 43), estableció en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, (...) Colombia 2018-2021, el propósito de “fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, (...) a través de acciones de promoción de la salud, gestión Integral del riesgo y gestión en salud pública.” Estableciendo como metas las ya mencionadas previamente, pero adicionando el objetivo de incrementar al 25% el diagnóstico temprano de personas que viven con VIH y reducir al 17% o menos los casos de mortalidad (Minsalud (2018, p 43)

Dichas metas se pretenden alcanzar a través de la difusión que se realice en cuanto a información sobre el virus y los derechos y deberes que tienen los ciudadanos y la oferta institucional existente para hacer frente a la epidemia. Con ello, se busca lograr la estimulación de la demanda de servicios, especialmente, al interior de la población más vulnerable.

Por consiguiente, se busca acercar los servicios de salud y orientación a estas poblaciones, propendiendo por derrumbar todas las barreras de acceso y discriminación existentes que se presentan como obstáculos para la consecución de la meta 90-90-90 a 2020 de la ONU. Se establecen adicionalmente a ello, estrategias de prevención como lo son las siguientes:

- La identificación de contextos de vulnerabilidad.
- Garantizar el acceso y promover un mayor uso de insumos preventivos tales como, condones o kits de inyección segura.
- Fomentar un crecimiento del uso de estos elementos en las poblaciones más vulnerables a la infección por virus del VIH.

- Acceso a pruebas de tamizaje he incremento de personas que son tamizada para VIH y para otras enfermedades como tuberculosis cuando se tiene certeza del estado serológico para el virus. Igualmente, haciendo un mayor énfasis en las poblaciones más vulnerables al contagio y para aquellos quienes estén expuestos a riesgos biológicos.
- Incremento del número de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico para VIH. Entre otras más.

La Política Pública instituida en Colombia, como se puede observar, busca hacer frente a la epidemia por infección del VIH desde diversos escenarios. Buscando repercutir principalmente en las poblaciones más vulnerables al contagio como lo pueden ser la comunidad LGTBI, las mujeres dedicadas a la prestación de servicios sexuales, las madres cabeza de familia, las poblaciones ubicadas en lugares donde la presencia del Estado es poca o nula, etc.

Incluyendo de esta manera aspectos que son trascendentales para la prevención del contagio como lo es la educación en temas sexuales y de comprensión del virus, de cómo se transmite y de cómo se previene. Propendiendo entonces, por una difusión de dicha información de forma masiva con el fin de incentivar un mayor número de pruebas voluntarias que permitan tener diagnósticos tempranos con los cuales se puede conseguir un mayor control frente a la transmisión y propagación de la epidemia.

A través de la Política Pública establecida se busca acercar el Sistema de Seguridad Social a toda la población con el objetivo primordial de que los individuos más vulnerables puedan acceder a la atención médica integral necesaria, sean diagnosticados y puestos en tratamiento y/o reciban la información y asesoría correspondiente sobre métodos de prevención y demás.

Es así como con la Política Pública establecida se busca hacer frente a la discriminación por motivos de la enfermedad en todos los escenarios en los que una persona que vive con VIH se desenvuelve, de manera especial, en el ámbito laboral y en cuanto a la prestación de servicios médicos, los cuales no pueden ser negados bajo ninguna circunstancia.

Lo anterior dado a que una persona que vive con VIH pero que recibe un diagnóstico y un tratamiento antirretroviral de forma temprana puede seguir una vida normal y, por lo tanto, no debe haber lugar a ningún tipo de discriminación. En palabras de la Corte Constitucional:

Si bien en la actualidad no existe vacuna ni cura para este tipo de enfermedad, los tratamientos con distintos medicamentos como los antirretrovirales han permitido que las personas portadoras puedan integrarse a la sociedad de distintas maneras, en la cual se destaca como uno de los principales ejes la laboral. (Corte Constitucional, Sentencia T-554 de 2010)

Que a juicio de esta autora, la Política Pública establecida concuerda parcialmente con los objetivos propuestos por la ONU, los cuales buscan acabar con la enfermedad al año 2030. Se hace esta afirmación, ya que para que dicho fin se pueda lograr, es necesario que converjan diversos factores que lograrían la eficacia de la aplicación de todo lo que quedó estipulado en la normatividad; ejemplo de ello es el buen manejo de los recursos y la voluntad política de dar cumplimiento a las políticas públicas referentes.

Pues si bien, como se ha mostrado previamente, existe un marco jurídico suficiente y una política pública que busca abarcar los diversos escenarios en los que se desenvuelve esta epidemia, también es evidente que la efectividad en cuanto a la aplicación de estos mecanismos no es la más exitosa, puesto que los casos de nuevos contagios se han incrementado y la brecha existente de personas que no conocen su situación serológica es muy distante de las metas establecidas por la ONU. Lo anterior, aleja al país del objetivo final de erradicar la enfermedad para el año 2030.

4. El VIH-SIDA ¿un factor de discriminación?

Frente al desconocimiento y miedo que genera escuchar la palabra VIH o SIDA, se puede colegir que la infección por el virus sí se convierte en un factor de discriminación muy evidente dentro de la sociedad, pues la persona que ha sido diagnosticada positivamente pasa a estar en la mira de todos los que lo rodean, siendo considerada como un sujeto enfermo que puede transmitir una enfermedad que no queremos que nos afecte y posiblemente sea encasillada o juzgada por causa de su orientación sexual o por otros contextos que son derivados de prejuicios que carecen de sólidos fundamentos.

Con respecto a la discriminación, Diazgranados (2017, pp. 17-18) manifestó lo siguiente:

La discriminación es un fenómeno amplio que afecta a las personas en los distintos ámbitos sociales, y con ella disminuyen las posibilidades de inclusión social en las distintas esferas tanto educativas como laborales. La discriminación priva a las sociedades de contar con los aportes que puedan realizar las personas a la comunidad, dados los esquemas de exclusión soportados principalmente en el origen racial o étnico, el sexo, la orientación sexual, la religión o la discapacidad.

Por otro lado, la Corte Constitucional expresó lo siguiente:

Quienes padecen VIH son sujetos de especial protección, toda vez que se trata de una enfermedad que, por una parte, pone a quienes la padecen en la mira de la sociedad, exponiéndolos a discriminación a partir de los prejuicios existentes alrededor de este padecimiento y, por otra parte, implica un estado permanente de deterioro médico, de tal forma que son merecedores de un trato igualitario, solidario y digno ante las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran. (Corte Constitucional, Sentencia T-033 de 2018)

Sin embargo, en la actualidad es evidente que una persona que ha sido diagnosticada de forma temprana e inicia su tratamiento antiretroviral y recibe la asesoría necesaria para el manejo y control del virus, podrá llevar una vida prácticamente normal. Lo anterior, sin soslayar que el individuo que vive con VIH tiene una condición específica que lo hace merecedor de una especial protección constitucional.

Es por ello que la sociedad en general, así como todas las entidades estatales le deben proteger y solidarizarse con su condición, generando escenarios que permitan salvaguardar sus derechos fundamentales y sus derechos humanos, los cuales se encuentran íntimamente relacionados con la dignidad humana.

De acuerdo con la Honorable Corte Constitucional:

Al respecto y teniendo en cuenta las características específicas de esta enfermedad y sus nefastas consecuencias, esta Corporación ha señalado “(i) que el portador de VIH requiere una atención reforzada por parte del Estado, (ii) que no solo tiene los

mismos derechos de las demás personas, sino que las autoridades están en la obligación de ofrecerle una protección especial con el propósito de defender su dignidad y evitar que sean objeto de discriminación, y (iii) que su situación particular representa unas condiciones de debilidad manifiesta que lo hacen merecedor de una protección constitucional reforzada. Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido el especial tratamiento que se debe tener con estas personas, en ámbitos como la salud, el trabajo y la seguridad social, entre otros” (Corte Constitucional, Sentencia T-426 de 2017)

Se entiende que la persona que vive con VIH es un sujeto con debilidad manifiesta y que, a juicio de la jurisprudencia emitida por el máximo Órgano encargado de salvaguardar los derechos consagrados en la Constitución Política, merece una protección reforzada por parte de las autoridades. Por consiguiente, el Estado debe garantizarle el acceso al sistema de salud y atención integral. De acuerdo con lo expresado por el Tribunal:

Esta Corporación ha establecido la protección constitucional reforzada de la que son objeto aquellas personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, en razón a las evidentes circunstancias de debilidad manifiesta en las que se encuentran quienes padecen dichas enfermedades. De este modo, el enfermo de VIH-SIDA merece una protección constitucional reforzada que atiende a su condición de debilidad manifiesta y que exige del Estado garantizar el acceso al sistema de salud y la atención integral y gratuita, a fin de evitar que la ausencia de medios económicos sea un obstáculo para tratar la enfermedad y paliar el sufrimiento del paciente y su familia. (Corte Constitucional, Sentencia T-848 de 2010).

De igual manera y como ya se ha mencionado previamente, esta protección reforzada se aplica en todos los escenarios en los que se desenvuelve la persona que vive con VIH. Especialmente, en el ámbito laboral, en donde se puede aplicar el fuero de estabilidad laboral reforzado, el cual tiene “su fuente en la Constitución Política de 1991, pero también es aplicable por analogía a quienes se encuentran en situación de debilidad manifiesta por estar incapacitados.” (León et al, 2018, p. 74).

Sin embargo, vale la pena indicar que como todo derecho no es absoluto, por lo que se debe demostrar una justa causa y previa autorización del Ministerio del Trabajo para poder hacer efectivo un despido a una persona infectada con VIH/SIDA. En este sentido la Corte Constitucional manifestó lo siguiente:

Para garantizar dicha estabilidad, el empleador debe, para dar por terminado la relación laboral, (i) demostrar una causal objetiva y (ii) obtener del Ministerio de Trabajo la autorización de la desvinculación laboral del trabajador. En todo caso, debe resaltarse que esta protección no opera por el solo hecho de ser portador del virus, ni se hace absoluta o perpetua ni impone al empleador cargas exorbitantes. Para que exista vulneración de los derechos de los trabajadores en condición de debilidad manifiesta por ser portador de VIH es preciso que exista conexidad entre dicha condición y la desvinculación laboral. (Corte Constitucional, Sentencia T-426 del 2017)

En este mismo sentido, la Corte Constitucional se manifestó a través de la sentencia T-277 del 2017, mediante la cual expresó lo siguiente:

La estabilidad laboral reforzada en personas que padecen VIH/SIDA no es absoluta o perpetua. El empleador puede dar por terminado la relación laboral cuando (i) demuestre una causa objetiva y (ii) el Ministerio de Trabajo autorice la desvinculación laboral del trabajador. (Corte Constitucional, sentencia T-277 del 2017)

Así las cosas, se puede deducir que las personas que viven con VIH son vulnerables a situaciones de discriminación. Sin embargo, tanto el marco normativo existente como la jurisprudencia colombiana, la constitución y los mecanismos de protección constitucional como lo es la acción de tutela, se erigen como instrumentos sólidos de amparo y salvaguarda frente a dichas circunstancias.

Por tanto, es deber del estado y de la sociedad en general propender por la solidaridad y por la creación de espacios que permitan garantizar la protección de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA. No obstante, esta es una circunstancia que también se mejora a través de las políticas públicas enfocadas en la educación, prevención y control

de la enfermedad, dando a conocer que una persona bajo tratamiento puede vivir una vida normal y aportar a la comunidad.

Conclusiones.

Una vez que han sido analizadas las políticas públicas, el marco normativo y las cifras con respecto al VIH-SIDA en Colombia, se permite reflexionar sobre la eficacia de las acciones propuestas por el Estado colombiano encaminadas en la prevención y control de la epidemia. Indicando que, si bien es cierto, se han realizado importantes esfuerzos en la lucha por el cumplimiento de las metas establecidas por la ONU, aún falta mucho por realizar.

Es decir, que la Política Pública y demás acciones emprendidas por el Estado Colombiano no están siendo lo suficientemente eficaces para alcanzar los objetivos que propenden por lograr que un 90% de individuos conozcan su situación serológica, 90% de personas alcancen la supresión viral y 90% de sujetos estén recibiendo tratamiento antirretroviral. Pues como se logró observar y de acuerdo con las estadísticas suministradas por las autoridades competentes, tan solo el último indicador se está cumpliendo a cabalidad.

Lo anterior, se torna preocupante si se tiene en cuenta que los objetivos propuestos por las Naciones Unidas se proyectaron al año 2020 como plazo para cumplir con la meta 90-90-90, para que así mismo, se consiga lograr que al año 2030 se acabe con la enfermedad. Todo a pesar de que Colombia mantenga un porcentaje de prevalencia de la infección bajo con respecto a otros países.

Es por ello, que es deber del Estado Colombiano intensificar sus esfuerzos al momento de ejecutar las Políticas Públicas propuestas, las cuales son coherentes con los objetivos planteados por la ONU, sin embargo, a la hora de ejecutarlas no están siendo eficaces tal y como lo demuestran las cifras mostradas dentro de esta investigación.

Pues al momento de realizar un parangón entre los años 2016 y 2017 se evidenció un incremento en el número de casos nuevos y, además, la brecha existente entre personas que no conocen su situación serológica es muy distante de la meta establecida por la ONU. Algo que implica un riesgo de mayores contagios dentro de la población colombiana

Ahora bien, en cuanto a la protección de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH en Colombia, debe decirse que el país cuenta con un marco normativo sólido y con una amplia jurisprudencia emitida al respecto que presuponen una efectiva salvaguarda de las prerrogativas consagradas en la Constitución Política y en los diversos instrumentos internacionales.

Esto es así, ya que a través de estos instrumentos normativos se ha logrado garantizar la atención médica integral, la inclusión social y la no discriminación de quienes viven con VIH, lo cual implica una salvaguarda de las disposiciones de carácter superior que le corresponden a cada individuo por el simple hecho de ser persona, es decir, la dignidad, la igualdad, el mínimo vital, la salud, la seguridad social, la vida, entre otros reconocimientos más que son propios de todos quienes somos sujetos de derechos.

Sin embargo, al no existir una cobertura total en cuanto a seguridad social y presencial del Estado Social de Derecho, al existir poblaciones vulnerables y otros factores que se erigen como óbice para acceder a la oferta institucional en cuanto a educación, empleo y atención integral en salud. Puede decirse entonces, que dicha protección tampoco es efectiva, pues una cosa es lo que se vive una ciudad con mayores índices de desarrollo en donde se puede amparar más fácilmente las prerrogativas de categoría superior que lo que se vive en poblaciones o comunidades rurales, donde no existen las mismas posibilidades y/oportunidades. Algo que implica una mayor vulneración frente a situaciones como el contagio del VIH/SIDA se incrementa.

Por ende, se insiste en un mayor esfuerzo y voluntad política por parte del Estado colombiano para hacer efectivas y exitosas las acciones que se tomen con respecto a la prevención y control del VIH/SIDA en Colombia. De esto dependerá que el número de casos nuevos y la mortalidad por motivo de la infección disminuyan, acercándonos de esta forma a los objetivos propuestos por los organismos internacionales.

Que a juicio de esta Autora, el Estado Colombiano podría fortalecer las Políticas Públicas que se tienen y cumplir las metas establecidas, propendiendo con la búsqueda de mayores recursos económicos y la protección de los mismos, donde se evidencie su utilización de forma positiva., es decir, el aumento en las campañas de prevención y en jornadas de

diagnósticos tempranos, a fin de evitar que se conviertan en pacientes con poca adherencia a los tratamientos, con enfermedades oportunistas o en el peor de los casos, con una Discapacidad producto del desarrollo del VIH a la etapa SIDA. Lo que generarían mayores costos al Sistema de Seguridad Social actual, conllevando así a un mayor gasto del erario público en la materia, donde dicho capital se podría invertir en la creación de nuevas Políticas Publicas y subsanar otras necesidades de la sociedad Colombiana.

Referencias.

Bibliográficas:

Álzate, M.L., Mora, R.B. & Rubiano, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Colombia: brechas y realidades. *Rev Gerenc Polít Salud*, 16 (33), pp. 19-34. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n33/1657-7027-rgps-16-33-00019.pdf>

Boza, R. (2016). Orígenes del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6 (4), pp. 48-60. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr164g.pdf>

Cahn, P., Cesar, C., Dilernia, D., Krolewiecki, A., Monaco, D & Salomón H. (2010). La importancia del diagnóstico temprano en la supervivencia de los pacientes HIV positivos. *Revista de Medicina*, (70), pp. 453-456. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v70n5/v70n5a13.pdf>

Cuenta de Alto Costo (2017). Situación del SIDA en Colombia. Bogotá, Colombia: Autor: Recuperado de: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.Co_2017_06_13_Libro_Sit_VIH_2016_V_0.1.pdf.pdf

Cuenta de Alto Costo (2018). Situación del SIDA en Colombia. Bogotá, Colombia: Autor: Recuperado de: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Situacion_VIH_2017..pdf

- Diazgranados, L. A. (2017). Discapacidad: tratamiento laboral y protección social. Bogotá, Colombia: Editorial de la Universidad Católica de Colombia.
- Garzón, T. C., Vivas, T. G. & Woolcott, O. (2017). El problema de las transfusiones de sangre y la transmisión del VIH: realidad y respuesta del derecho para la protección de los pacientes. Bogotá, Colombia: Editorial de la Universidad Católica de Colombia.
- Grmek, M. (2004). Historia del SIDA. Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo XXI editores S.A. de C.V.
- Grupo de Trabajo Sobre Tratamientos del VIH. (2016). Transmisión sexual del VIH. Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales (2ª Ed.). Barcelona. España: Autor. Recuperado de: http://gtt-vih.org/files/active/0/GUIA_transmision_sexual_web_2Edi.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2018). VIH/SIDA. Colombia 2017. Bogotá, Colombia: Autor. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>
- León, I. P., Lizarazo, G., Niño, L. A. Ostau, F. R., Reyes, P. I., Rodríguez, R. A. & Vallejo, G. (2018). Trabajo, desarrollo y justicia social: 100 años de la OIT. Bogotá, Colombia: Editorial de la Universidad Católica de Colombia.
- Llano, J. V. & Velasco, N. (2016). Los derechos fundamentales: Un debate desde la argumentación jurídica, el garantismo y el comunitarismo. *Novum Jus, Revista de Derecho de la Universidad Católica de Colombia*, 10 (2), pp. 35-55. Recuperado de: http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/1317/1250
- Lopera, M. M. (2017). Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia. *Re. Gerenc. Polít. Salud*, 16 (32), pp. 120-137. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00120.pdf>
- López, J. O. (2010). La constitución de Weimar y los derechos sociales. La influencia en el contexto constitucional y legal colombiano a la luz de los derechos sociales

asistenciales a la seguridad social en salud. *Novum Jus*, Revista de Derecho de la Universidad Católica de Colombia, 4 (1), pp. 167-180. Recuperado de: http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/705/721

López, L. (2004). *¿Se puede prevenir el SIDA?* Madrid, España, Editorial Biblioteca Nueva.

Martínez, E.C. (2006). Los orígenes del VIH. *Cienciorama*, pp. 1-3, Recuperado de: http://www.cienciorama.unam.mx/a/pdf/155_cienciorama.pdf

Minsalud. (2013). Sistema Nacional de información en VIH/SIDA. Bogotá, Colombia: Autor. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONVIH_002_PPT%20sistema%20inf%20%20ITS%20VIHSIDA%20vs1%2012.08.2013.pdf

Minsalud. (2018). Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021. Bogotá: Colombia: Autor. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>

ONUSIDA. (2016). 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del sida. Autor. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

Plata, F. (1988). Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. *Biología de Virus de Inmunodeficiencia Humano*. *Acta Médica Colombiana*, 13 (4), pp. 282-299. Recuperado de: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/04-1988-10.pdf>

Ramírez, G. (2017). Los derechos humanos a debate. Perspectivas desde el derecho internacional. Bogotá, Colombia: Editorial de la Universidad Católica de Colombia.

Ramiro, M. A. (Ed.). (2013). VIH y accesibilidad en tiempos de crisis. Madrid, España: Editorial Dykinson.

Sánchez, M. D. (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el virus de Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77 (2), pp. 70-77. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372033986003.pdf>

Tapia, R. (2016). El manual de Salud Pública (3.Ed.). Ciudad de México, México: Intersistemas editores.

Trejos, A. M. (2017). *Promoviendo una vida positiva en niños y niñas con VIH/SIDA: guía de respuestas a preguntas de padres y cuidadores*. Barraquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.

Universidad del Norte (2017). ¿Cuánto cuesta tratar el sida en Colombia? Barranquilla Atlántico: Autor. Recuperado de: <https://www.uninorte.edu.co/documents/71261/0/Cu%C3%A1nto+cuesta+tratar+el+sida+en+Colombia/ecf0dc5c-2dee-4173-b029-e3c4888c9c3b?version=1.0>

Jurisprudenciales:

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-554 del 07 de julio de 2010, expediente: T-26280392. Magistrado Ponente: Jorge Iván Palacio Palacio. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión, Sentencia T-848 del 28 de octubre de 2010, expediente: T-2631552. Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, Sentencia T-113 del 24 de febrero de 2011, expediente T-2.2.817.449. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-277 del 28 de abril de 2017, expediente T-5.805.595. Magistrado Ponente: Aquiles Arrieta Gómez. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión, Sentencia T-426 del 06 de julio de 2017, expediente T-6.040.321. Magistrada Ponente: Cristina Pardo Schlesinger. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-033 del 12 de febrero de 2018, expediente T-6.122.722. Magistrada Ponente: Diana Fajardo Rivera. Bogotá, Colombia.