



Artículo de revisión

Virus de inmunodeficiencia humana: un desafío en las cárceles en Colombia

Human immunodeficiency virus: A challenge in prisons in Colombia

Vírus de Imunodeficiência humana: um desafio nas cadeias colombianas

Recibido: 02 | 07 | 2018

Aprobado: 10 | 09 | 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2493>

Resumen

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana es un problema de salud pública que ha afectado a millones de personas alrededor del mundo. Particularmente, en Colombia y para el año 2017, la prevalencia fue de 0,12 por 100 habitantes.

En los centros carcelarios, esta infección ha tomado gran fuerza y se ha convertido en una amenaza para las personas privadas de la libertad, según los datos suministrados por la *International Association of Providers of AIDS Care*, IAPAC, quienes reportan una tasa de HIV de 5 a 7 veces mayor entre los internos que en la población general. Para el 2015, en el país, había 555 personas privadas de la libertad con HIV, lo que correspondía al 0,91 % del total de personas con HIV.

Lo anterior se explica, en parte, por factores como las inadecuadas condiciones de vida (hacinamiento, alimentación precaria, exposición a abusos sexuales y uso de sustancias psicoactivas, entre otras) y a los pocos programas implementados para la prevención de esta enfermedad en los centros de reclusión.

Una vez la persona privada de la libertad ha adquirido el virus, el centro carcelario no garantiza un adecuado control o seguimiento de la enfermedad, ni mucho menos el acceso al tratamiento antirretroviral apropiado y oportuno para el control de la infección, lo cual conlleva un rápido deterioro de la salud y la continuidad de la transmisión del virus entre esta población.

Será necesario, entonces, modificar los factores determinantes estructurales e intermedios de la salud de las personas privadas de la libertad, y procurar que la normatividad, las políticas, los programas y las estrategias que ya se encuentran desarrolladas, se implementen sin barreras y oportunamente.

Palabras clave: infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida, grupos de riesgo, poblaciones vulnerables, estrategias, prisiones.

Edna Tatiana Calonje Londoño

orcid.org/0000-0003-1874-5329

Diana Norella Córdoba Rojas

orcid.org/0000-0002-6587-9568

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia

Correspondencia: tatiana.calonjel@gmail.com

Abstract

Infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a public health problem that has affected millions of people around the world. In Colombia on 2017, the prevalence was 0.12 per 100 inhabitants.

In prison, this infection has taken a great deal of force and has become a threat to people deprived of their liberty, according to the data provided by the International Association of Providers of AIDS Care, who report an HIV rate among prisoners is 5 to 7 times higher than the general population. By 2015, in Colombia, there were 555 prisoners with HIV, which corresponded to 0.91% of the total number of people living with HIV.

This is partly explained by factors such as living conditions (overcrowding, precarious nutrition, exposure to sexual abuse, as well as the use of psychoactive substances, among others) and the few implemented programs for the prevention of this disease in prisons.

Once the prisoners acquires the virus, the prison does not guarantee an adequate control or monitoring of the disease, much less access to appropriate and timely antiretroviral treatment for the control of this infection, which leads to a rapid deterioration of health and the continuity of transmission of the virus among the population.

It will be necessary to make changes in the structural and intermediate determinants of the health of prisoners, and ensure that the regulations, policies, programs and strategies that are already developed are implemented without barriers and in a timely manner.

Key words: HIV infections, HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS, risk groups, vulnerable populations, strategies, prisons.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (*Human Immunodeficiency Virus*, HIV) se considera uno de los principales problemas en salud pública, el cual ha afectado a 78 millones de personas, desde el comienzo de la epidemia hasta el año 2015, según cifras del programa ONUSIDA - Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV y el Sida; en este mismo año, 36,7 millones de personas en el mundo (0,49 % de la población mundial) estaban infectadas, de las cuales, hasta junio de 2016, solo 17 millones (el 46,3 %) estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (1).

En 2014, en el África subsahariana, hubo 1,4 millones de nuevas infecciones por HIV, habiendo disminuido en 41 % desde el año 2000. En Europa y Norteamérica,

Resumo

A infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) é um problema de saúde pública que tem afetado milhões de pessoas ao redor do mundo. Particularmente na Colômbia em 2017 a prevalência foi de 0,12 por 100 habitantes. Nas cadeias esta infecção é prevalente, chegando a se tornar uma ameaça para as pessoas ali internadas. Segundo dados da Associação Internacional de Provedores de Atenção ao SIDA, existe entre os presos uma taxa de infectados de 5 a 7 vezes maior do que a população geral. Em 2015 o país tinha 555 PPL com VIH, correspondendo a um 0,91% do total de pessoas que vivem com VIH. Más condições de vida, superlotação, alimentação precária, exposição a abuso sexual, uso e abuso de substâncias psicoativas, etc. Mesmo como falta de programas de prevenção de esta doença e outras doenças de transmissão sexual nas prisões. Uma vez o preso tem se infectado com o vírus a instituição não garante controle adequado ou seguimento à doença e nem acesso ao tratamento antirretroviral apropriado e oportuno da infecção, levando assim ao doente a um rápido deterioro da saúde e favorecendo a propagação do vírus. É necessário realizar modificações nos determinantes estruturais e intermédios da saúde dos presidiários para favorecer que a normatividade, políticas, programas, estratégias existentes sejam implementadas oportunamente.

Palavras chave: infecções por VIH, VIH, síndrome de imunodeficiência adquirida, SIDA, grupos de risco, populações vulneráveis, estratégias, prisões

la incidencia en el año 2000 fue de 87.000 nuevas infecciones, situación similar al año 2014. con un total de 85.000 nuevas infecciones por HIV. Se estima que, en Asia y el Pacífico, las infecciones por HIV se redujeron en 31 %, puesto que se registraron 500.000 infecciones para el año 2000 y descendieron en el 2014 a 340.000 infecciones. En el caso de Latinoamérica, la reducción no fue tan significativa en comparación con otras regiones del mundo, puesto que, para el año 2000, se estimó un total de 100.000 infecciones nuevas y 87.000 en el año 2014, lo cual representa una reducción del 17 % (2).

En Colombia, hay aproximadamente 150.000 personas con HIV y, en Bogotá específicamente, se registraron 19.052 casos hasta el 31 de diciembre de 2010,

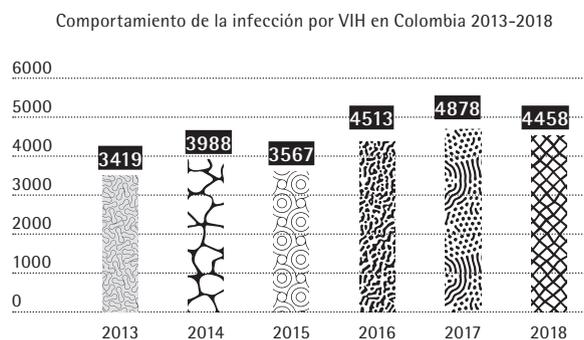
lo que representó el 15,1 % del total en el país (3)(4). De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo de HIV, en Colombia ha habido un aumento en la prevalencia del virus. En el 2014, la prevalencia era de 0,12 por 1.000 habitantes y, en el 2017, de 0,17 por 100 habitantes. La incidencia del virus también ha aumentado, en el año 2014 era de 11,59 por 100.000 afiliados y, en 2017, de 21,3 por 100.000 afiliados, lo que puede significar un aumento en el número de casos, una mejoría en el sistema de notificación o el fortalecimiento en el diagnóstico de esta infección (5).

Según el Instituto Nacional de Salud, desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2016, se reportó

“[...] un total de 124.723 casos de infección por HIV y sida y 13.661 fallecidos; esta cifra corresponde a los casos acumulados. Se observa un crecimiento sostenido en el número de casos notificados, con un comportamiento igual para hombres y mujeres. En el año 2016 se observó una participación de 78,4 % para hombres, 21,6 % para mujeres, con una razón de masculinidad que desciende de 10:1 en la década de los noventa a 3,6:1 en el 2016 [...]” (6).

Se podría hacer un acercamiento del comportamiento de la infección por HIV en Colombia, basándose en el número de casos confirmados reportados para la semana epidemiológica 20 de cada año, así: 3.419 en 2013, 3.988 en 2014, 3.567 en 2015, 4.513 en 2016 y 4.878 en 2017; para el 2018 se estimaron 4.458, no obstante, de acuerdo con los datos reportados, este número ascendió a 5.716. Se observa que, durante los últimos seis años, desde el 2013 hasta el 2018, ha aumentado en 67 % el número de casos reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (Figura 1) (7–10).

Figura 1. Comportamiento de la infección por HIV en Colombia, 2013-2018



Fuente: elaborada por las autoras a partir de datos del Boletín Epidemiológico Semanal (BES), Instituto Nacional de Salud, 2013-2018 (7–10).

En los centros carcelarios, la infección por HIV ha tomado gran fuerza y se ha convertido en una amenaza para las personas privadas de la libertad; su tasa en esta población es mayor que en la población general (6,11,12). Según datos de la *International Association of Providers of AIDS Care*, IAPAC, la tasa de HIV en la población privada de la libertad es cinco a siete veces mayor que en la población general, con predominio de la población afroamericana (13). Asimismo, según el informe final de la Consulta Regional para América Latina y Caribe sobre HIV/sida en el medio carcelario, realizada en Brasil en el 2008, la prevalencia en estos centros es de 30 a 40 veces mayor que en la población general; oscila entre el 24,4 y 65,2 %, lo que muestra la vulnerabilidad de esta población ante la infección por HIV (14–19).

De acuerdo con el reporte estadístico del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) de marzo de 2018, había 115.774 personas reclusas, 108.001 hombres y 7.773 mujeres, con aumento del 29,61 % en relación con agosto de 2010 y un hacinamiento del 21,9 %. Según la “Guía de prevención VIH/SIDA: población privada de la libertad” del Ministerio de la Protección Social de Colombia, el país no cuenta con estadísticas que integren la prevalencia del HIV o el sida en la población carcelaria, debido a que los informes exponen estadísticas no comparables, que limitan la comprensión global y fiable del fenómeno (20,21).

Es importante indicar que, en Colombia, según la Cuenta de Alto Costo, para el 31 de enero de 2015, había 555 personas privadas de la libertad con HIV, lo que correspondía al 0,91 % del total de aquellas con este virus: 71 (0,43 %) mujeres y 484 (1,09 %) hombres (22).

Según el Plan Nacional de Respuesta Ante las ITS-VIH/SIDA, 2014-2017, en el año 2012, los resultados preliminares de una muestra de 1.404 hombres y de 398 mujeres pertenecientes a la población carcelaria en siete establecimientos carcelarios, indicó una prevalencia de la infección por HIV de 0,5 % sobre el total de la muestra. Entre estos siete establecimientos, el único en el cual se encontró una prevalencia superior al 1 % sobre el total de la muestra fue la cárcel de La Picota en Bogotá, con 1,9 % (23). No obstante, estos datos no reflejan la realidad, debido a que su recolección ha sido inadecuada por varias razones. Algunas de ellas son: falta de reporte por parte de los internos que ya conocen su infección, falta de valoraciones a los internos sospechosos de tener la infección por HIV -las personas que han tenido relaciones sexuales o han compartido agujas o jeringas con pacientes positivos

para HIV (24)-, sistematización insuficiente, y manejo inadecuado de las estadísticas y de la información (25). Lo anterior permite indicar que es probable que haya un subregistro de la prevalencia y la incidencia de la infección por HIV en los centros carcelarios (25).

Concibiendo la magnitud de la epidemia, en este artículo se pretende valorar la dimensión del problema de la infección por HIV en las cárceles de Colombia, brindando información respecto a su situación, subregistro y los mecanismos normativos utilizados para su control. Inicialmente, se mencionan las principales formas de transmisión del HIV en las personas privadas de la libertad. Posteriormente, se aborda el tema de la salud en las cárceles, partiendo del sistema de seguridad social penitenciario en Colombia, y se enuncian algunas normas, políticas y estrategias utilizadas en nuestro país y alrededor del mundo para el control del HIV; además, se analizan cuáles son las falencias y qué prácticas podrían contribuir a mejorar el control de esta epidemia en los establecimientos penitenciarios.

Mecanismos de transmisión del HIV

El Instituto Nacional de Salud en Colombia, indicó en su informe del año 2015 que el principal mecanismo de transmisión del HIV en los casos notificados en la población general había sido las relaciones sexuales entre heterosexuales (64,9 %), seguido de las relaciones sexuales entre homosexuales (29,74 %) y las relaciones bisexuales (4,91 %). Otros mecanismos incluyen la transmisión perinatal (0,73 %), el uso de drogas intravenosas (0,26 %), los accidentes de trabajo (0,10 %) y las transfusiones (0,09 %) (14).

Particularmente en las cárceles, la transmisión es más frecuente por contacto sexual y por el uso de drogas intravenosas (25). Algunos países niegan que esto suceda dentro de sus cárceles; sin embargo, se ha verificado este hecho en casi todas las naciones. En virtud de lo anterior, se ha propuesto la entrega de preservativos, agujas y jeringas, estrategias que han generado gran controversia, pues algunos gobernantes consideran que es una forma de incentivar a esta población a tener relaciones sexuales y a la drogadicción. No obstante, es una práctica enfocada en la reducción del daño (15) que ha demostrado disminución de la transmisión de infecciones, protegiendo la salud de los internos (4,16,17,25). Esta reducción del daño hace referencia al uso de políticas, programas y prácticas que tratan de

reducir los daños asociados con el uso de drogas psicoactivas sin el requisito necesario de la terminación de uso. Algunos lugares de Europa del Oeste, Australia y Nueva Zelanda, han implementado estas medidas con el fin de evitar o revertir epidemias de HIV. En Latinoamérica, los programas de aguja y jeringa están disponibles en cinco países, aunque la gran mayoría opera en Brasil y Argentina. México posee una substancial diferencia en el consumo de heroína, más que en otras naciones de Latinoamérica. De hecho, es el único estado que prescribe terapia de sustitución de opiáceos, aunque la cobertura es baja (15).

Aún existe mucha desinformación en la población general acerca de los mecanismos de transmisión. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia del 2015, este hecho depende del grado de escolaridad, pues las mujeres que tienen un mejor nivel educativo son las que mayor conocimiento tienen del tema (15). Específicamente en los centros de reclusión, la mayoría de la población no cuenta con estudios formales, lo que podría relacionarse, en parte, con la desinformación acerca de la infección por HIV y sus mecanismos de transmisión. Algunos documentos mencionan cómo este hecho se ha usado para amedrentar a los privados de la libertad y agudizar el ambiente de temor que se vive en las prisiones, pues parte del personal carcelario aún cree que compartir cubiertos o usar el mismo sanitario puede transmitir la infección. Además, por el estigma que cargan los pacientes, se emplea la infección como un arma de protección cuando, por ejemplo, en ocasiones, los reclusos se cortan para intimidar a los otros, quienes por miedo a infectarse no entran en contacto con ellos (15,17,25).

Sistema de salud penitenciario

En los centros penitenciarios, la población privada de la libertad puede estar afiliada al régimen contributivo, subsidiado o a regímenes de excepción, siempre y cuando cumplan con las condiciones de cada uno para la afiliación, según lo dicta el Decreto 1141 del 1° de abril del 2009, que reglamenta la afiliación de la población reclusa al SGSSS (26). El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) son los entes que aseguran a los internos con recursos propios, debido a que hacen parte de los regímenes de excepción del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS); es así como contratan a un asegurador del régimen subsidiado para prestar servicios de salud a la población privada de la libertad (27). Según el INPEC,

el decreto reglamentario 1141 expedido el 1° de abril de 2009 indica que las personas que tienen algún tipo de seguridad social en salud, ya sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado, conservarán esta afiliación, siempre y cuando cumplan con los requisitos previstos para la permanencia en el régimen al que están adscritos y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que los afilian pagarán por los servicios requeridos. La población que no cuente con ningún tipo de seguridad social en salud, será “asegurada por el INPEC con recursos propios a través de una EPS del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional” (28).

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Resolución 5512 expedida el 16 de noviembre de 2016, modificó algunas disposiciones en relación con las condiciones de afiliación para las personas en prisión o detención domiciliaria y estableció que quienes no cumplan o pierdan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, serán inscritas en el régimen subsidiado. Esta selección y el trámite de afiliación ante la EAPB subsidiada los hará el interno mediante el diligenciamiento del formulario único de afiliación. Asimismo, el INPEC certificará su condición de persona privada de la libertad en prisión o detención domiciliaria. Es importante resaltar que, una vez el INPEC determine la cantidad de personas que cumplen con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, entregará el listado censal a la EAPB seleccionada que será, finalmente, aquella que tenga mayor número de afiliados en el municipio de residencia de esta población. De igual forma, “establece que aquellas personas privadas de la libertad o en detención domiciliaria que no se encuentren afiliadas al SGSSS y que cumplan con las condiciones para afiliarse al Régimen Contributivo, adelantarán las respectivas gestiones para hacer efectiva dicha afiliación ante la EAPB de su elección” (29).

Dentro del plan de beneficios establecido mediante la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección HIV/sida en adolescentes y adultos, se contempla el diagnóstico y manejo de los pacientes con infección por HIV y con sida, y brinda orientaciones en la atención a los pacientes, en el diagnóstico, la valoración inicial y el seguimiento clínico, que incluye exámenes de laboratorio, acceso al tratamiento antirretroviral y manejo oportuno de las complicaciones.

Para el caso del tratamiento antirretroviral, el Observatorio Nacional de VIH reportó que, para el 2010, en

Colombia se tenía una cobertura del 80 % (30) y, en Bogotá, del 90,4 % (31). No obstante, se debe aclarar que estas cifras dan cuenta de información parcial, debido a que el reporte no lo hacen todas las instituciones (solo 4, en el caso de Bogotá) y se basan en estimaciones hipotéticas del número de casos para el país, asumiendo que todas las personas con HIV se encuentran en algún programa de atención para esta infección (32) y que los que reciben tratamiento lo hacen de forma ininterrumpida. Es importante anotar que la cobertura del tratamiento antirretroviral varía según el régimen, lo que deja entrever inequidades que se pueden correlacionar con la estratificación social: 87,6 % en régimen contributivo, 62,2 % en el subsidiado y 69,6 % en población no asegurada (3,31).

Estrategias para el control del HIV y el sida

En relación con los establecimientos carcelarios, el programa Onusida y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en 1998, dictaron los “Lineamientos Internacionales sobre VIH/Sida y los Derechos Humanos”, indicando algunas de las acciones que se deben llevar a cabo en las cárceles para proteger a las personas privadas de la libertad.

“[...] Las autoridades carcelarias, incluyendo el personal penitenciario, deben tomar todas las medidas apropiadas, incluso disciplinarias, para proteger a los privados de libertad víctimas de violación, violencia sexual y coerción. Las autoridades carcelarias deben brindar a los privados de libertad (y al personal carcelario, en la medida que sea necesario), acceso a información sobre prevención del VIH, educación, análisis voluntario y apoyo, medios de prevención (preservativos, lejía y elementos de inyección limpios), tratamiento, asistencia y participación voluntaria en pruebas clínicas relacionadas con el HIV, así como asegurar la confidencialidad; también deberían prohibir los análisis obligatorios, la segregación y la denegación del acceso a las instalaciones carcelarias, privilegios y programas de liberación de privados de libertad cuyos análisis han sido positivos para el HIV. Se debe considerar la liberación anticipada por causas humanitarias de privados de libertad que vivan con el sida [...]” (33).

Lo anterior es muy importante porque permite aterrizar la premisa de lo indispensable que es la transformación de los factores sociales determinantes que, al

modificarse, cambian la situación de salud de las personas. Sin embargo, en estos centros se sigue presentando hacinamiento, escasa ventilación y poca luz, medidas higiénico-sanitarias deficientes, falta de promoción de prácticas saludables y alimentación inadecuada; esto genera condiciones precarias de vida y aumento de múltiples infecciones y complicaciones, sobre todo para la población infectada con el HIV (33-35).

Algunos países se han comprometido con la protección de los derechos humanos de la población privada de la libertad. A manera de ejemplo, México en el 2012, en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, publicó un importante documento llamado los “Derechos humanos de las personas que viven con VIH o sida en reclusión”, en donde se establecen los derechos de las personas privadas de la libertad con respecto al HIV, los cuales se listan a continuación, con el objetivo de conocer los avances de este país en el reconocimiento de los derechos humanos en esta población (34);

1. El interno no debe sufrir ningún tipo de discriminación mientras se encuentre privado de su libertad. La ley protege a todos los individuos por igual; por lo tanto, el interno debe ser tratado con respeto.
2. Solo las personas afectadas pueden decidir si se les practica la prueba de detección del HIV y tienen derecho a que sus resultados sean manejados de manera confidencial. No se puede hacer una prueba obligatoria a su ingreso al reclusorio o prisión, ni tampoco durante su estancia o a su salida.
3. En ningún caso pueden ser ubicadas, sin su consentimiento, en un área aislada por el solo hecho de estar infectado con HIV o tener sida.
4. Por ningún motivo se les puede prohibir contraer matrimonio, ni podrán ser obligados a someterse a ninguna prueba de detección del HIV antes de contraer nupcias, ni en otro momento. Sin embargo, el interno, como cualquier otro ser humano, tiene la obligación moral de actuar con responsabilidad para cuidarse a sí mismo y a los demás, particularmente usando condón durante las relaciones sexuales.
5. Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre el HIV y sobre el sida, su prevención, sus consecuencias y los tratamientos médicos a los que pueden someterse por su propia voluntad.
6. No se debe impedir o limitar el derecho a la visita íntima. El ejercicio de su sexualidad es un derecho que a ninguna persona se le debe negar. Por lo anterior, es imprescindible que los centros de reclusión y de readaptación social proporcionen condones, a través de los servicios médicos, en las áreas de visita conyugal.
7. El sistema penitenciario se basa en el respeto a los derechos humanos, el trabajo y la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para la reinserción social, por lo que constituyen un derecho de los reclusos.
8. Tienen derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a grupos que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes son positivos para el HIV o sida o cualquier otro interés común.
9. Tienen derecho a recibir atención médica, psicológica y social digna, cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida y que su expediente se maneje de forma confidencial.
10. La pena de prisión no se verá afectada en el momento que al interno se le detecte el HIV o el sida, ni tampoco se verán limitados sus beneficios de libertad por lo anterior. Nos referimos a que no se puede aumentar la pena de prisión por ser positivo para el HIV o tener el sida una vez que la sentencia ha sido cumplida, pero sí es posible afectar la pena de prisión mediante la liberación anticipada o por situación de salud grave (como la etapa terminal del sida) (34).

Esta estrategia, en parte, da cuenta de los esfuerzos que se están haciendo en México para garantizar los derechos humanos en la población privada de la libertad, con el apoyo de las Naciones Unidas y la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

España es otro país en el que se han hecho grandes esfuerzos con el objetivo de mejorar la salud de los internos, por medio de la formación de sus profesionales “y equiparar su nivel de calidad asistencial al de otros servicios sanitarios extra penitenciarios”. Esto lo ha logrado la Administración Penitenciaria de este país (34). Asimismo, ha sido pionero en la puesta en marcha de medidas como la distribución preservativos a los internos, para prevenir la infección por HIV y otras enfermedades frecuentes que pueden darse en este tipo de contextos, como tuberculosis y hepatitis, entre otras (35).

El *Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD) en Argentina, impulsó y desarrolló el proyecto “Condiciones para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA en población penitenciaria” (36), cuyo objetivo principal se centró en modificar los hábitos de riesgo en la población y las prácticas institucionales que obstaculizan la prevención y el tratamiento que se requieren para el HIV y el sida en población privada de la libertad. Para llevar esto a cabo, se hizo un diagnóstico y se establecieron prioridades con las autoridades de cada centro de reclusión y con los privados de la libertad, para detectar las prácticas institucionales que obstaculizaban la prevención y el tratamiento adecuados de esta infección.

En los resultados se explica que hay posturas diversas en relación con el uso de programas y políticas de prevención, ya que se considera que este tipo de programas no son de utilidad y la única medida eficaz es la distribución de preservativos. Por el contrario, algunos funcionarios consideran que dicha distribución incentiva conductas riesgosas por la posibilidad de propiciar las relaciones sexuales entre los prisioneros; además, hay quienes refieren que estos programas o estrategias son poco útiles, puesto que las relaciones entre internos no son permitidas.

En cuanto a la categoría de conocimientos, se indica que, aunque las personas que se encuentran recluidas en estos centros tienen información respecto al modo de transmisión del virus y de la importancia del uso de preservativos, hay rechazo a su uso. Incluso pacientes que tienen un diagnóstico confirmado desconocen aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, lo cual genera mayor demanda de los servicios médicos.

Asimismo, encontraron que no hay un protocolo de bioseguridad para el manejo de pacientes con HIV, y no hay un uso consciente y constante de guantes durante la atención. Otro de los hallazgos de dicho estudio, fue la escasa confidencialidad e inadecuado manejo que se da de la información sobre los pacientes.

La información que se obtuvo permitió adaptar los talleres que se darían a los internos y funcionarios de las instituciones, con miras a fomentar la prevención de cualquier tipo de transmisión de esta infección. Finalmente, se entregó un documento a cada autoridad penitenciaria sobre un recopilado de las principales prácticas institucionales que debían ser modificadas con el fin de mejorar las condiciones de tratamiento y prevención de la infección por HIV y del sida (36).

Colombia ha reconocido la situación actual de la epidemia de HIV, por lo cual ha dictado diversas normas con las que se pretende proteger y dar tratamiento oportuno a la población infectada. Inicialmente, el SGSSS, creado a partir de la Ley 100 de 1993, indica acciones enfocadas al control de esta epidemia promulgando medidas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno. Partiendo de ello, se han desarrollado varias guías para el manejo de esta infección y del sida (37), algunas de ellas se mencionan a continuación.

En el Acuerdo 0011 de 1995 y en algunas sentencias judiciales, se establece que debe haber un equipo interdisciplinario en cada establecimiento, que elabore y desarrolle un cronograma de actividades de salud preventiva y saneamiento ambiental, en el cual se incluya acceso a agua, alimentación saludable, higiene, salubridad, seguridad, servicios sanitarios y asistencia médica, entre otros. Algunos autores consideran que estas acciones, aunque son básicas para la calidad de vida de la población privada de la libertad, aún son escasas o simplemente imperceptibles en la mayoría de las cárceles (17,40,41).

En 1997 se expidió el Decreto 1543 por el cual se reglamentó el manejo y tratamiento de la infección por HIV, el sida y otras infecciones de transmisión sexual. Aquí se incluyen los medicamentos antirretrovirales requeridos para controlar la infección por el HIV y el sida, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas infectadas (38).

En 2005, mediante la Ley 972, se adoptaron normas para mejorar la atención en salud por parte del Estado colombiano, de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el HIV/sida; los esfuerzos se enfocaron contra la infección por HIV y se determinó que todas las personas deben recibir, entre otras cosas, los medicamentos necesarios para el tratamiento de la infección, haciéndose énfasis en que las personas diagnosticadas no deben ser discriminadas y deben tener una vida digna (39).

En el 2006, mediante la Resolución 3442, se adoptó la guía para el manejo del HIV y del sida, en la cual se incluyen formas de prevención y diagnóstico temprano (40).

En 2008, se elaboró el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2008-2011, el cual tuvo como finalidad contribuir al logro del acceso universal a los servicios de promoción, prevención, atención,

tratamiento, apoyo y seguimiento de los pacientes infectados por HIV y con sida, y que se desarrolló en cuatro ejes temáticos: eje I, promoción y prevención; eje II, atención integral; eje III, apoyo y protección social, y eje IV, seguimiento y evaluación de la respuesta. Se enmarca en dos ejes transversales, que fueron los derechos humanos y la equidad de género (20,45).

El segundo objetivo de este plan estaba relacionado directamente con poblaciones vulnerables, como la de privados de la libertad, para la cual se enunció la necesidad de promover factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con las infecciones de transmisión sexual, el HIV y el sida.

En relación con este objetivo, en la población carcelaria se plantearon las siguientes metas: para los años 2009 y 2011, la prevalencia de HIV y sida sería inferior al 1 % en población carcelaria, y para el 2010, por lo menos, 40 % de los departamentos del país deberían implementar estrategias preventivas de acuerdo con los resultados de estudios de comportamiento y estudios de prevalencia enfocados hacia poblaciones vulnerables. No obstante, en este plan no se hizo alusión a los ejecutores de la propuesta, ni a las acciones por desarrollar en estos centros para la atención de las personas con la infección (7,15,25).

Posteriormente, el Ministerio de la Protección Social estableció un nuevo Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/SIDA, Colombia 2014-2017, el cual tuvo diez objetivos y cuatro ejes. Se hizo énfasis en la población privada de la libertad mediante la garantía de una atención integral en salud, apoyo y protección social, promoción y prevención, y seguimiento y evaluación de las acciones que se establecen para dar respuesta a esta infección (23).

Además, en el 2011 en Colombia, se elaboró la Guía de Prevención del VIH/sida en Población Privada de la Libertad, diseñada en un trabajo conjunto entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que pretendía que las personas comprendieran los conceptos básicos de la infección por HIV, reconocieran el papel que juegan los derechos sexuales y de la reproducción, conocieran, asimismo, los estigmas generados alrededor de esta infección, la normatividad en Colombia en torno a esta enfermedad y, por último, la situación actual de la infección en la población privada de la libertad, para, finalmente, aportar a la construcción de la estrategia para la transformación de la vulnerabilidad del contexto carcelario ante el HIV (21).

El Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, tiene en cuenta todas las enfermedades transmisibles de mayor impacto, como el HIV y el sida. Indica algunas estrategias relacionadas con la generación de políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promueven el ejercicio de los derechos sexuales y de la reproducción desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los factores sociales determinantes de la salud para erradicar la violencia de género y la violencia sexual, prevenir las ITS (HIV y sida) y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género. Asimismo, promueven el acceso universal a programas de prevención y atención integral en ITS (HIV y sida) en población vulnerable, como la de los privados de la libertad. Para el año 2022, este plan plantea como meta el aumento del porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional, en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, como la privada de la libertad (41).

Como se puede observar, se han generado varios documentos, guías, normas y legislación, con el fin de prevenir y mitigar las consecuencias de la infección por HIV, entre las que se encuentran, además, la declaración de compromisos ante el HIV por parte de Naciones Unidas en 2001, la conferencia del G8 en 2005, el Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud en 2006, el modelo de gestión programática VIH, la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por HIV/sida en adolescentes (de 13 años o más de edad) y adultos en 2014, entre otros, los cuales se actualizan periódicamente.

Desafíos y propuestas

El programa Onusida se propuso un objetivo ambicioso pero alcanzable para el 2020, el cual indica que el 90 % de las personas con infección por HIV conozcan su estado serológico respecto a la enfermedad, que el 90 % de las personas con diagnóstico de HIV reciban tratamiento antirretroviral continuado y que el 90 % de quienes lo reciben tengan supresión viral (42).

La Corte Constitucional, por medio de la Sentencia T-762 del año 2015, abordó los principales problemas que afectan a la población privada de la libertad, los cuales han llevado a que hoy en día exista una “crisis carcelaria” ocasionada por problemas de orden estructural. Específicamente, en cuanto a salud, menciona que el hacinamiento, la ausencia de servicios de salud adecuados, las demoras en la atención, el represamiento de solicitudes de procedimientos y autorización de

medicamentos, entre otros, representan violaciones a los derechos fundamentales que tiene esta población. Por lo tanto, la Corte indica que se debe garantizar el seguimiento al cumplimiento de las órdenes de la sentencia, delegando a la Defensoría del Pueblo para tal objetivo, y dicta algunas bases sobre cómo debía ser una política criminal “coherente, razonable, proporcional y sostenible” (43).

Es necesario reconocer que las cárceles están ocupadas por población principalmente de escasos recursos y clase socioeconómica baja: “en la distribución socioeconómica de la población penitenciaria, predominan los estratos 1, 2 y 3 con un 79,4 %” (44), las cuales podrían también ser las más afectadas por el HIV (20).

Será importante, entonces, generar y establecer estrategias para reducir las inequidades basadas en la clase. Por lo tanto, es elemental incluir a todos los colectivos sociales cuando se van a desarrollar políticas, planes y proyectos en salud pública, para que, partiendo de sus conocimientos y experiencias, se fortalezcan estrategias que sean aplicables a toda la población y no solo a un grupo especial, como se hizo en el Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, y en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el sida, Colombia, 2008-2011, en los cuales hubo participación ciudadana (37).

Por otro lado, se indica que los centros penitenciarios son espacios reducidos en relación con el personal que albergan, con gran hacinamiento y malas condiciones de saneamiento, tal y como se referencia: “la desproporcionalidad entre el número de reclusos y la capacidad de cupos de los establecimientos penitenciarios produce, según la Corte Constitucional, un hacinamiento de una magnitud jamás antes experimentada” (43). Por lo anterior, las personas privadas de la libertad que allí se encuentran, no cuentan con áreas apropiadas para dormir, comer o realizar actividades de resocialización, ni para recibir visitas; asimismo, “los espacios tan reducidos favorecen la propagación de enfermedades y situaciones de ingobernabilidad y violencia” (43). Por tanto, sería importante iniciar con la adecuación estructural de las prisiones, para que esta población tenga condiciones dignas de vivienda, alimentación y atención en salud, tal y como se describe en varias normas y acuerdos nacionales e internacionales.

Además, para lograr disminuir la infección por HIV, será necesario diseñar e implementar un modelo preventivo que incluya la capacitación de los dirigentes, guardias, personal administrativo y, por supuesto, de

los privados de la libertad, en varios aspectos de prevención de las infecciones de transmisión sexual y uso de sustancias psicoactivas, ya que, como se ha señalado, estas son las principales fuentes de transmisión (35).

Incluyendo estas medidas, se reducirían también enfermedades como la tuberculosis, la cual es una infección oportunista con una alta prevalencia en las cárceles, en relación con la población general. El riesgo de enfermar de tuberculosis es 20 a 37 veces mayor en las personas con HIV y la tuberculosis, a su vez, acelera el curso del HIV, afectándose mutuamente por la situación de inmunosupresión que ocasionan en los individuos (45,46).

El Ministerio de la Protección Social, en la guía de prevención contra la infección de HIV/sida en población privada de la libertad, reconoce que “[...] no es reprimiendo la sexualidad como se previene el sida sino justamente lo contrario: generando los espacios para el ejercicio de una sexualidad plena y en libertad [...]” (35), por lo cual, en los centros de reclusión, los directores y gerentes, con ayuda del personal sanitario, médicos y enfermeros, deberán garantizar los derechos sexuales y de la reproducción, lo cual es de vital importancia para controlar la epidemia.

Lo anterior se podrá lograr mediante estrategias que incluyan, por ejemplo: talleres relacionados con autoestima y autorreconocimiento; conocimiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual; educación acerca de cuáles son los derechos sexuales y de la reproducción; talleres de fortalecimiento de capacidades y de toma de decisiones; jornadas de detección temprana de dichas infecciones, y espacios en donde esta población pregunte acerca de síntomas tempranos y exprese dudas relacionadas con estos temas. Estas y otras estrategias deben ser desarrolladas e individualizadas de acuerdo con la población de cada una de las cárceles.

Es importante resaltar estrategias que podrían ser usadas en nuestro país, como el patrocinio del uso de agujas estériles y preservativos, lo cual podría disminuir la incidencia de infecciones por HIV. Un ejemplo exitoso es un estudio llevado a cabo en una cárcel para mujeres en Suiza, en donde, después de un año de proveer agujas esterilizadas mediante dispensadores, no se reportó ningún caso nuevo de infección por HIV en este grupo (47).

Después de señalar algunas estrategias y programas de prevención, es importante mencionar los protocolos que se han diseñado en personas que ya han adquirido la infección. En Colombia, infortunadamente, una vez

adquirida la infección por HIV y habiendo desarrollado la enfermedad del sida, las personas no reciben una atención adecuada de su enfermedad; no cuentan con acceso a la terapia antirretroviral, no tienen seguimiento por laboratorio clínico o por especialistas en infectología y, en muchos casos, por medicina general (25,48)

“[...] las citas se programan de manera formal una vez al mes y en algunos centros penitenciarios la empresa realiza las acciones de visita interna para el control, conteo de CD4, carga viral –aunque no se realizan de manera periódica y no se garantiza la realización de estas por parte de la empresa–, y entrega de medicamentos; las personas reclusas pertenecientes a régimen contributivo reciben atención y tratamiento de la empresa prestadora de salud correspondiente, las citas deben ser gestionadas con 15 días hábiles de anticipación [...]” (49).

Debido al alto costo de los medicamentos y la poca claridad de la guía para el manejo de HIV/sida en cuanto a las necesidades y obligatoriedad del tratamiento, los antirretrovirales son constantemente negados y las personas con infección por el HIV deben recurrir a instancias judiciales de diferente tipo, especialmente la tutela. En el año 2004, se encontró que, en la población general, del 52 % de las tutelas que se interponen por la negación de servicios de salud, el 70 % corresponden a servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS); el 20 % de ellas se interponen por negación de exámenes: 25,3 % por negación de la carga viral y 11 % por la negación de la terapia antirretroviral (14,50). En 2010, se registraron 94.502 acciones de tutela en salud y, en 2014, 118.281 fue el número de acciones para reclamar por este derecho fundamental, lo que significa un aumento del 25,2 %. Por esto, la Defensoría del Pueblo hizo un llamado para que las entidades administradoras de planes de beneficio cumplan con su obligación legal y moral de prestar los servicios de salud a los colombianos (51). Asimismo, se encontró que la mayoría de las tutelas en salud se relacionan con acceso a tratamientos y, en segunda instancia, con entrega de medicamentos (52).

Pese a que la cobertura del tratamiento antirretroviral se ha incrementado en los últimos años, Colombia sigue sin cumplir las metas propuestas en la declaración de compromisos ante el VIH para algunos sectores de la población, sobre todo aquellos de mayor vulnerabilidad, entre los que sobresalen los pacientes de los centros penitenciarios y carcelarios (53). En Colombia, el cubrimiento de la terapia antirretroviral es de 72 %, lo cual debe analizarse a la luz del Plan Nacional de

Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2008-2011, en el cual se planteó para el 2011 una meta de cobertura del 96 %, con una línea base del 72 % (Ministerio de la Protección Social - Programa Onusida, 2008); esto demuestra que no hay avances en el cumplimiento de este indicador en el país (23,30).

El Estado debe procurar implementar un modelo de salud enfocado en: proporcionar oportunamente la atención médica y el tratamiento antirretroviral; asignar responsabilidades al Ministerio de la Protección Social y a las entidades dirigentes del sistema penitenciario; y desarrollar actividades específicas de prevención, detección temprana, promoción y seguimiento de los pacientes, incluyendo la cobertura del tratamiento antirretroviral. Todo esto con el fin de evitar complicaciones y el aumento de la epidemia, ya que, como se menciona en el documento de “Diagnóstico sobre HIV y sida en el sistema penitenciario en Colombia”, el área de salud pública promueve acciones de prevención y promoción, pero ninguna de estas es puntual para el control de las infecciones de transmisión sexual, los comportamientos de riesgo o el contagio del HIV (25).

Conclusiones

La infección por HIV genera gran morbilidad en el mundo y afecta especialmente a las personas privadas de la libertad, en razón de la limitada prevención, los diagnósticos tardíos y el tratamiento inoportuno. En estos centros, las formas de transmisión más frecuentes son por contacto sexual y uso de drogas intravenosas.

Con el fin de mejorar esta situación, Colombia ha establecido normatividad y ha firmado acuerdos relacionados con vigilancia, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por HIV y el sida, mediante la atención de la población privada de la libertad por parte de equipos interdisciplinarios en cada establecimiento carcelario, quienes deben elaborar y desarrollar un cronograma de actividades de salud preventiva y saneamiento ambiental; en este se debe incluir, por ejemplo, acceso a agua, alimentación saludable, higiene, salubridad, servicios sanitarios y asistencia médica, entre otras. Estas acciones aún son insuficientes e imperceptibles en las cárceles, razón por la cual continúa en aumento la infección por HIV en esta población.

No obstante, la información consignada en este documento permite entrever que el Estado no ha logrado garantizar los derechos en esta población vulnerable; ha descuidado las condiciones básicas de saneamiento

en las cárceles y no ha provisto estos lugares de un sistema de salud eficiente, que sea capaz de controlar la epidemia y de mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de los reclusos.

La infección por HIV ha generado, desde sus inicios, un enorme estigma social y discriminación, situación que se recrudece en las cárceles. Sería conveniente, además de mejorar las condiciones de salubridad y atención en salud, enfocarse en “la pandemia de intolerancia que alimenta la epidemia del sida” que, como mencionan algunos expertos, incrementa las barreras de acceso y limita el acercamiento de los reclusos al servicio de salud (3,33). Teniendo en cuenta que los privados de la libertad tienen los mismos derechos que el resto de población y, de hecho, hacen parte de un grupo vulnerable, se requiere que el Estado se comprometa a velar por sus derechos y garantizarlos.

Finalmente, se reconoce que Colombia tiene el reto de apropiarse de estas estrategias y programas, con el fin de disminuir la incidencia de HIV, sida y sus complicaciones, y mejorar la calidad de vida de las personas privadas de la libertad que tienen esta infección. Entre los desafíos que tiene el país para mejorar la condición de salud de estas personas está, en primer lugar, mejorar la salubridad, por ejemplo, evitando el hacinamiento en los centros penitenciarios. En segunda instancia, se deben mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud, y que estos garanticen: la implementación de programas de prevención de infecciones de transmisión sexual y de reducción del daño para consumidores de sustancias psicoactivas, la atención y el diagnóstico oportunos, el acceso al tratamiento antirretroviral y el seguimiento de los pacientes. Igualmente, se debe propender por brindar información veraz y de calidad a funcionarios, guardias, familiares y reclusos, para evitar el aumento de la incidencia del HIV y la discriminación de esta población. Todo lo anterior debe estar enmarcado en el respeto de los derechos humanos, los sexuales y los reproductivos.

Conflictos de interés

Ninguno.

Referencias

1. Onusida. Hoja informativa, estadísticas mundiales, 2016. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS_FactSheet_es-noviembre-2.pdf.
2. Onusida. El sida en cifras, 2015. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf.
3. Osorio-Saldarriaga E, Luque-Núñez R, Ávila-Mira SP. Boletín epidemiológico, situación del VIH/SIDA en Colombia, 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO_VIH_1983-2012.pdf.
4. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. Estadísticas básicas | Información básica | VIH/SIDA | CDC, 2017. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>.
5. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH sida en Colombia. Bogotá, 2017. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Situacion_VIH_2017.pdf.
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe del comportamiento en la notificación de VIH-SIDA hasta el periodo epidemiológico III del año 2017. Bogotá, 2017. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe_de_Evento_Epidemiologico_VIH-SIDA_PERIODO_III_2017.pdf.
7. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal, semana 20. Vol. 20. Bogotá, 2016. Fecha de consulta: 13 de enero de 2018. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2016_Boletin_epidemiologico_semana_20.pdf.
8. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal, semana 20. Bogotá, 2015. Fecha de consulta: 13 de enero de 2018. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2015_Boletin_epidemiologico_semana_20.pdf.
9. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal, semana 20. Bogotá, 2017. Fecha de consulta: 13 de enero de 2018. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2017_Boletin_epidemiologico_semana_20.pdf.
10. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal, semana 20. Bogotá, 2018. Fecha de consulta: 14 de enero de 2018. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018_Boletin_epidemiologico_semana_20.pdf.
11. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC. VIH/SIDA en cárceles. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.unodc.org/ropan/es/PrisonReform/hiv-aids-in-prison/hiv-aids-in-prison-in-lac.html>.
12. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC. Observatorio sobre VIH/Sida. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.unodc.org/ropan/es/PrisonReform/hiv-aids-in-prison/observatory-on-hiv-aids.html>.

13. International Association of Providers of AIDS Care, IAPAC. El VIH en las prisiones y cárceles. The AIDS InfoNet. 2014. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/615?lang=spa.
14. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud. Vigilancia en salud pública de las infecciones de transmisión sexual, 2016. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/vigilancia-its.pdf>.
15. Guerrero, M. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en población privada de la libertad. El caso de Cartagena. Universidad Nacional de Colombia; 2012. Fecha de consulta: 29 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10440/1/597698.2012.pdf>.
16. Ministerio de Salud de Brasil. Consulta Regional para América Latina y Caribe sobre VIH/SIDA en el Medio Carcelario. Informe final. Participación de las delegaciones representantes de la salud, de la gestión carcelaria y de la sociedad civil. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/Consulta_Regional_mayo_2008.pdf.
17. Magis C, Barrientos H. VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>.
18. Caballero J, Rojas O, García A, García A. Infección por VIH y factores de riesgo asociados en la prisión de Guadalupe. Libro de Ponencias y Comunicaciones. I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. León 1993.
19. Díez M. Situación de la infección por VIH en las Instituciones Penitenciarias. Libro de Ponencias y Comunicaciones. I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. León 1993. 179-84.
20. Lozano-Espitia GMF. Diagnóstico sobre VIH sida en el sistema penitenciario en Colombia, 2011. Fecha de consulta: 29 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/SU4282.pdf>.
21. Ministerio de la Protección Social. Guía de prevención VIH/SIDA, población privada de la libertad, 2011. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-poblacion-privada-libertad.pdf>.
22. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia, 2015. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018. Disponible en: www.cuentadealtocosto.org.
23. Ministerio de Salud y Protección Social, Onusida. Plan nacional de respuesta ante el VIH-sida Colombia, 2014-2017. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/colombia/plan-nacional-respuesta-its-2014-2017.pdf.
24. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Glosario de Términos Estandarizados del Sistema Penitenciario y Carcelario: General y de Colombia. Colombia. Actualizado: 20 de septiembre de 2018. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://www.inpec.gov.co/atencion-al-ciudadano/glosario>
25. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC. El VIH y el sida en los lugares de detención. Grupo de herramientas para los encargados de la formulación de políticas, gerentes de proyecto, funcionarios penitenciarios y proveedores de servicios sanitarios en las cárceles, 2012. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf.
26. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1141 de 2009. "Por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al SGSSS", 2009. Fecha de consulta: 29 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1141-de-2009.pdf>.
27. Defensoría del Pueblo. Explotó la bomba de la salud en las cárceles, 2016. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5186/Explotó-la-bomba-de-la-salud-en-las-cárceles.htm>
28. NPEC. Listado de respuestas a preguntas frecuentes relacionadas con la entidad. 9 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/ServiciosDeInformacionAlCiudadano/PreguntasFrecuentes>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N° 5512 de 2016. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5512-de-2016.pdf>.
30. Moreno-Chaves T. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/comportamiento_VIH_2010_TM.pdf.
31. Núñez RL, Paola S, Mira Á. Boletín Epidemiológico. Situación del VIH/Sida, Colombia, 2013. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO_VIH_1983-2012.pdf.
32. González-Mayorga MA. Evaluación del acceso a la terapia antirretroviral de las personas viviendo con VIH en el Distrito Capital desde una mirada crítica al sistema de salud colombiano. Universidad Nacional de Colombia; 2011. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6435/1/598227.2011.pdf>.
33. Arrivillaga-Quintero M, Alzate-Posada ML, Useche-Aldana B. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2001;8. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsa/article/view/1873>.

34. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o SIDA en reclusión, 2012. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/17_Cartilla_DH_VIHSida_Reclusion.pdf.
35. Parras-Vázquez F. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/170/381>.
36. Palmieri G, Plat G, Ales C, Borda R, Filippini L, Plazas F, et al. VIH/SIDA en el sistema penitenciario federal. Centro de Estudios Legales y Sociales, CELS, 2002. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2002/10/VIH-SIDA-en-el-sistema-penitenciario-federal.pdf>.
37. Ministerio de Protección Social. Plan nacional de respuesta ante el VIH-sida, Colombia, 2008-2011. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/normas_decretos_marco_nacional_VIH/PLANAL RTA VIH SIDA 2008-2011 COLOMBIA.pdf.
38. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1543 de 1997. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1543_1997.htm.
39. Congreso de la República. Ley 972 de 2005 - Protección enfermedades catastróficas, 2005. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_0972_de_2005.pdf.
40. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3442 de 2006. Guías de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA, 2006. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_3442_DE_2006.pdf.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan_Decenal_-_Documento_en_consulta_para_aprobación.pdf.
42. Onusida. 90-90-90: un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf.
43. Escobar-Vélez S, Medina-Escobar MR. Sentencia de la Corte Constitucional T-762 de 2015, de dieciséis (16) de diciembre de dos mil quince (2015), sobre estado de cosas inconstitucional en el sistema penitenciario y carcelario en Colombia. Nuevo Foro Penal, 2016;12(87):244-51. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/nuevo-foro-penal/article/view/4362>.
44. Grupo de Derecho de Interés Público- Facultad de Derecho, Universidad de los Andes. Informe relativo a las personas privadas de la libertad en Colombia, 2011. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <https://grupodeprisiones.uniandes.edu.co/images/stories/relatorias/PRISIONES-OCT2011/PRODUCTOSRELATORIA/informecidhpersonasprivadaslibertad.pdf>.
45. País MC. Guías rápidas de atención en VIH, con enfoque diferencial y de vulnerabilidad. Bogotá: editado por UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2015).
46. Escobar-Salinas JS. Epidemia dual: tuberculosis y VIH, un reto para la medicina en el siglo XXI. Paraguay, 2016. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/>.
47. Filippini L, Plat G, Plazas F. VIH/SIDA Los derechos de las personas privadas de la libertad. Normas jurisprudencia y prácticas en la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA, 2002. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/customMods/archiv e/8e4765c3bf88284c94455ac3b5321ddacad3058f.pdf>.
48. Møller L, Stöver H, Jürgens RG, Nikogosian H, Gatherer A, Nikogosian H. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. World Health Organization, 2007. Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107829/E90174.pdf;jsessionid=AFCFCC60345A79F87B251AE0ECF743CF?sequence=1>.
49. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Análisis comparado sobre VIH--/sida en los sistemas penitenciarios de Bolivia, Colombia y Perú. Proyecto sobre estrategias nacionales y diagnósticos sobre VIH y sida en medios penitenciarios. Fecha de consulta: 12 de junio de 2018. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/customMods/archive/0b18d007586466d93fce4a29b83748e00fb5e484.pdf>.
50. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2015. Fecha de consulta: 12 de junio de 2018. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS TOMO II.pdf>.
51. Defensoría del Pueblo. Sigue creciendo el número de tutelas en salud, 2015. Fecha de consulta: 12 de junio de 2018. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/3414/Sigue-creciendo-el-número-de-tutelas-en-salud-Tutelas-salud-Día-Mundial-de-la-salud-justicia-Plan-Obligatorio-de-Salud-Fallos-de-tutela-Derechos-Humanos-EPS.htm>.
52. Uprimny R, Durán J. Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia. Ser Políticas Soc. 2014;197:70. Fecha de consulta: 12 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/53503/EquidadyproteccionjudicialCOLOMBIA.pdf>.
53. Abadía CE, Oviedo DG. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. Soc Sci Med. 2009;68:1153-60.