



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

INFORME GENERAL

Identificando la normatividad relacionada con VIH/Sida que propician estigma y discriminación



JESSICA FAIETA
Representante Residente del PNUD y
Coordinadora Residente a.i. de la ONU en Colombia



PABLO RUIZ
Director País del PNUD



LINA ARBELÁEZ
Gerente Nacional del Área de
Reducción de la Pobreza e Inequidades



ALEJANDRO CÁCERES
Oficial de Programa Área de
Reducción de la Pobreza e Inequidades



MIYERLANDI FAJARDO
Consultora Senior Estadística Proyecto Transformando
Colombia: Objetivos de Desarrollo Sostenible



CRISTINA ESCOBAR CORREA
Consultora Proyecto Transformando
Colombia: Objetivos de Desarrollo Sostenible



DANIEL RUIZ ROMERO
Diseño y diagramación





ÍNDICE

06	1. Introducción
08	2. Estigma y discriminación
12	3. VIH/Sida en la Regulación Colombiana
14	4. Metodología
15	5. Compilación normativa sobre el VIH
16	6. Normas sobre el acceso a la prueba del VIH
20	7. Hallazgos
24	8. Limitaciones del Autotest en la regulación existente
25	9. Conclusiones
28	10. Bibliografía



1. INTRODUCCIÓN

EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ES UNO DE LOS RETOS MÁS GRANDES
QUE TIENE LA RESPUESTA DEL VIH/SIDA ALREDEDOR DEL MUNDO.



A través del Conpes 3918 de 2018, Colombia estableció la estrategia para la implementación de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). En este documento se comprometió a “poner fin a la epidemia del Sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas (...)”. En el 2017, Colombia reportó 82.856 personas con VIH. Sin embargo, ONUSida estima que hay 180.000 personas infectadas, y que por lo tanto solo el 45% de las personas que portan el virus conocen su estado (EL TIEMPO, 2018).

La detección precoz de la infección del VIH es crucial. Permite el acceso al individuo al tratamiento antirretroviral que impacta en su calidad y cantidad de vida. Adicionalmente, tiene un impacto favorable en la prevención primaria del VIH (Resolución 2338, 2013). De acuerdo con ONUSida, una de las razones por la cuales las personas no se realizan la prueba del VIH es el estigma y discriminación que rodea el VIH. El estigma y la discriminación se manifiestan a través de diferentes mecanismos. Uno de estos es la regulación engorrosa o abiertamente discriminatoria contra personas que viven con VIH o contra personas que quieren acceder a la prueba para lograr un diagnóstico.

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social garantiza el acceso a todas las personas a los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del VIH (Acuerdo 306, 2005; Acuerdo 029, 2011; Ley 972, 2005; T-579A, 2011). Adicionalmente, a través de la Resolución de 2338 de 2013, con miras a facilitar el acceso de las personas a las pruebas del VIH, poder practicar pruebas en diferentes centros médicos y acelerar el diagnóstico de la

infección, se abrió la posibilidad que personal médico diferente a bacteriólogos, como enfermeras y auxiliares de enfermería pudieran realizar pruebas rápidas del VIH a la población. Sin embargo, a pesar de la regulación existente y el acceso universal a la prueba del VIH, la realización de la prueba en Colombia sigue siendo baja.

El propósito principal de este informe es identificar las normas sobre el VIH/Sida que están propiciando estigma y discriminación. El informe se centrará en identificar cuáles normas institucionales, legales, administrativas y jurisprudenciales constituyen barreras a las pruebas del VIH, al diagnóstico y al inicio efectivo del tratamiento.

Adicionalmente, el informe identificará qué normas formales se contraponen a la inclusión del autotest del VIH en Colombia. Lo anterior, debido a la importancia que puede tener el autotest en el diagnóstico de VIH. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la inclusión del autotest podría aumentar el número de personas que accedan a la prueba y se evitarían barreras de estigma y discriminación en la etapa de conocimiento del estado serológico de los pacientes (OMS,2018).

La estructura de este informe es la siguiente: 1) Introducción, 2) Estigma y discriminación, 3) VIH/Sida en la Regulación Colombiana, 4) Metodología, 5) Compilación normativa sobre el VIH, 6) Normas sobre el acceso a la prueba del VIH, 7) Hallazgos, 8) Limitaciones del Autotest en la regulación existente, 9) Conclusiones, 10) Bibliografía.

2. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Esta sección está dividida de la siguiente manera: i) definición de los conceptos estigma y discriminación; ii) descripción de las fuentes del estigma y la discriminación en el VIH; iii) manifestaciones del estigma y la discriminación.

I. DEFINICIÓN ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Existen diferentes definiciones en la literatura sobre lo que constituye el estigma y la discriminación relacionado con las enfermedades (Parker, et al., 2012; Crocker, et al., 1998; Weiss, et al., 2006). De acuerdo con Crocker et al. (1998), el estigma se refiere a un grupo de personas que poseen (o creen que poseen) un atributo, o una característica que conlleva o representa una identidad social que es menospreciada en un contexto social particular. Weiss, et al. (2006) definen el estigma relacionado con las enfermedades como un “proceso social, experimentado o esperado, caracterizado por la exclusión, el rechazo, la culpa o la devaluación que resulta de la experiencia, la percepción o la expectativa razonable de un juicio social adverso acerca de una persona o grupos de personas. Este juicio se basa en una característica duradera de identidad conferida por un problema de salud o una condición relacionada con la salud, y el juicio es, de alguna manera, médicamente injustificado”¹ (Profamilia, 2016).

La discriminación es una consecuencia del estigma. Hay actos discriminatorios cuando en ausencia de una justificación objetiva, se realiza una distinción en contra de una persona que resulta en que la persona sea tratada de manera injusta por pertenecer o parecer pertenecer a un grupo particular (Mahajan, et al., 2008).

Existen diferentes tipos de discriminación: i) discriminación

autoimpuesta: se refiere a la auto discriminación que realiza una persona antes de que un acto discriminatorio suceda, por ejemplo, deja de acudir a un centro médico pensando en que si acude será discriminado; ii) discriminación individual: se refiere a actos discriminatorios que suceden entre dos personas; y iii) la discriminación estructural se refiere a prácticas institucionales que funcionan para estigmatizar grupos. (Mahajan, et al., 2008).

Se puede concluir que el estigma se refiere a un proceso social por el cual un grupo de personas es excluido y rechazado por tener una característica que es menospreciada y/o desvalorada por la sociedad. Frente a la discriminación se puede concluir que es consecuencia del estigma y que se refiere a las distinciones sin justificación objetiva que se hacen en contra de una persona por ser parte de un grupo estigmatizado.

II. FUENTES DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN EL VIH/SIDA

Diferentes razones hacen que el estigma y la discriminación deba ser una problemática considerada al momento de evaluar el acceso a servicios médicos y la calidad del servicio que rodean el VIH. De acuerdo con Weiss, et al., (2006), el impacto emocional de la discriminación contribuye a la carga física, psicológica y social de cualquier enfermedad de varias maneras. Por ejemplo, argumenta Weiss, et al. (2006), el estigma puede retrasar la búsqueda de ayuda o puede influir en la terminación de un tratamiento en problemas de salud como el VIH que son tratables.

El estigma y la discriminación en el VIH está relacionado con la preexistencia de estigmas y discriminaciones asociadas

¹ Cita de Weiss, et al. (2006) traducido por Profamilia (2016) en la Encuesta Nacional de Demografía.

con la sexualidad, el género, la raza y la pobreza. Estos estigmas confluyen con los miedos preexistentes que rodean la enfermedad y su forma de contagio que a su vez están muy arraigados a metáforas sobre la muerte, la culpa y el castigo (Parker, et al., 2012). Cabe aclarar que los estigmas y discriminaciones preexistentes, así como los miedos existentes sobre el VIH varían según el contexto (país, ciudad, cultura).

Parker, et al. (2012), plantean cuatro categorías de estigma y discriminación preexistentes que confluyen con el VIH:

- Sexualidad: la discriminación y estigma por VIH/Sida está relacionado con el estigma sexual. El VIH es una enfermedad de transmisión sexual que inicialmente se propagó en poblaciones de identidad sexual diferente de la norma. Por lo tanto, el VIH ha reforzado y se ha apropiado del estigma sexual que existe en contra de la homosexualidad, promiscuidad, prostitución y otras desviaciones sexuales y su relación con las enfermedades de transmisión sexual. Las creencias de que los homosexuales son culpables de la epidemia del VIH y/o que son el único grupo en riesgo de la enfermedad siguen siendo comunes. Así mismo, el comportamiento sexual promiscuo también se cree que es el responsable de la epidemia heterosexual del VIH. Estos estigmas ignoran y desconocen la realidad de la epidemia.

- Género: la discriminación y estigma por VIH/Sida también está relacionado con el estigma de género. Por ejemplo, en escenarios en que la transmisión heterosexual es alta, la propagación del virus se asocia a la promiscuidad de la mujer. Por ejemplo, se culpa a la prostitución del VIH.

- Raza y etnicidad: La etnicidad racial y étnica también interactúa con el estigma y la discriminación relacionada con el VIH/Sida. La epidemia se ha caracterizado por prejuicios racistas sobre

la sexualidad africana. El estigma racial y étnico contribuye a la marginalización de los grupos minoritarios y vulnerables, incrementando su vulnerabilidad hacia el VIH/Sida que a su vez incrementa su estigmatización y discriminación.

- Clase: Existe un estigma previo que está relacionado con las divisiones de clase en las sociedades. La epidemia del VIH se desarrolló en la época de una rápida globalización y en donde nuevas formas de exclusión social se reforzaron. Entonces hoy en día dependiendo del contexto del país la epidemia puede estar asociada con la pobreza, con la habitabilidad en calle y otras categorías.

Como se estipuló los estigmas y discriminaciones preexistentes se relacionan con el miedo existente asociado a la enfermedad. Parker, et al., (2012), plantean que esta interacción crea un círculo vicioso de estigma y discriminación que funciona de dos maneras:

a) El VIH se asocia con comportamientos y grupos marginalizados y todas las personas que tiene VIH/Sida se asume que hacen parte de un grupo marginalizado y unos empiezan a hacer estigmatizados como antes lo habían sido. Por ejemplo, en algunos contextos los hombres pueden tener miedo de revelar su estado del VIH porque se asumirá que son homosexuales. De igual forma, las mujeres pueden también tener miedo de revelar su estatus porque serán catalogadas como promiscuas o prostitutas y estigmatizadas según esa característica.

b) El VIH/Sida profundiza la estigmatización de los individuos o grupos que ya se encuentran marginalizados y/o oprimidos. Adicionalmente, incrementan su vulnerabilidad frente al VIH/Sida ya que pueden ser más estigmatizados por esta condición.

III. MANIFESTACIONES DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

El estigma y discriminación se manifiesta a través de diferentes formas y mecanismos. Es importante identificar cómo y a través de qué mecanismos se manifiesta para hacer intervenciones puntuales con el fin de eliminar el estigma y la discriminación y sus consecuencias.

De acuerdo con Parker, et al., 2012, el estigma y la discriminación se puede manifestar en contextos políticos y legales; en contextos institucionales como los colegios, los lugares de trabajo, el sistema de salud, las instituciones religiosas; en contextos comunitarios, que se refiere a la manera en que una comunidad puede tener sus propias creencias culturales que enfatizan el estigma que rodea el VIH; y contextos familiares, que es como las relaciones familiares pueden profundizar el estigma y la discriminación de un miembro que viva con VIH/Sida.

Para el propósito de este reporte se profundizará en el contexto político y legal:

- Contexto político y legal: El estigma y la discriminación en el contexto político y legal se puede presentar en tres escenarios:

i) legislación abiertamente discriminatoria, como por ejemplo leyes que obliguen a realizarse pruebas de VIH, restricciones al derecho de confidencialidad, prohibición que personas portadoras del VIH trabajen en cierto tipo de ocupaciones, entre otras (Parker, et al., 2012).

ii) regulaciones engorrosas que ponen trabas a las personas para acceder al sistema de salud, por ejemplo solicitar autorizaciones médicas para realizar pruebas del VIH, tener que acudir a lugares específicos para realizarse pruebas de VIH, esperar mucho tiempo por los resultados, etc.

iii) legislación que proteja los derechos de las personas portadoras del virus del VIH pero que en la práctica se incumpla. (Tomasevski, 1992).

Una vez definido que se entiende por estigma y discriminación en el VIH, cuáles son sus fuentes y como la legislación puede ser una fuente de estigma y discriminación en el VIH, este informe procederá con una introducción al contexto legal de Colombia, seguido de la identificación de las normas sobre el VIH/Sida y de los hallazgos encontrados sobre qué normas pueden estar propiciando estigma y discriminación en Colombia.



3. VIH/SIDA EN LA REGULACIÓN COLOMBIANA

A continuación, se presenta el contexto regulatorio del VIH/Sida en Colombia. En primer lugar, se establece cual es el contexto con relación al estigma y la discriminación que rodea el VIH. Y, en segundo lugar, brevemente se describen las normas principales (leyes, decretos, guías) que regulan la prestación de servicios en relación con el VIH/Sida en Colombia.

Colombia es un estado social de derecho cuya norma superior es la Constitución Política de 1991. La Constitución, establece como principio rector la dignidad humana y como derecho fundamental de todas las personas la igualdad ante la ley y la no discriminación. En ese sentido, el artículo 13 establece que “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación (...)”. Adicionalmente, establece que el Estado promoverá “las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados (...), y que protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltrato que contra ellas se cometan”.

A partir de esta norma, la Corte Constitucional, ente rector de la integridad y la supremacía de la Constitución, ha establecido una doctrina jurisprudencial para las personas que viven con VIH/Sida. En ese sentido, la Corte ha determinado que

las personas que viven con VIH/Sida son sujetos de especial protección ya que tienen una enfermedad que causa el deterioro progresivo de la salud y que hace exigible un trato igualitario, solidario y digno ante la circunstancia de debilidad manifiesta en que se encuentran (Corte Constitucional T-48 de 2008). Adicionalmente, ha planteado que el Estado colombiano tiene un deber para adoptar todas las medidas indispensables para garantizar su inclusión en la sociedad y protegerlos en los distintos niveles en los que suelen ser discriminados. Así mismo, la Corte ha sido enfática en establecer que las personas que viven con VIH o que padecen Sida no pueden ser objeto de ninguna discriminación y/o arbitrariedad debido a su situación, y ha tildado de “ilógico”, que se atente en contra de la integridad física y/o emocional de una persona que viva con VIH.

La Corte ha tenido dos líneas grandes de pronunciamientos relacionados con el VIH. La primera, en donde a través de diferentes pronunciamientos (T-687 de 2004 de 2004; T-245 de 2006; T-067 de 2005; T-505 de 1992; T-375 de 2016) ha reestablecido y protegido el derecho a la salud de las personas que viven con VIH/Sida. En estos pronunciamientos ha dejado claro que la salud es un derecho, y que el sistema de salud, sin importar el tipo de paciente y su forma de aseguramiento debe ser atendido por las entidades y se le debe dar continuidad a su tratamiento. La segunda línea, hace referencia a los pronunciamientos de la Corte sobre casos en que personas que viven con VIH han sido discriminados, en diferentes ámbitos

como, recintos penitenciarios, hospitales y/o en su trabajo. En esta línea la Corte se ha pronunciado sobre la constitucionalidad de diferentes normas. Por ejemplo, en el 2012, a través de la sentencia (T-248 de 2012), estableció que el Ministerio de Salud debía modificar los criterios para la donación de sangre ya que restringía a los homosexuales de donar sangre debido a su orientación sexual. La Corte determinó que esa medida evaluaba una calidad íntima de la identidad del donante más no los comportamientos sexuales riesgosos, que eran los que realmente estaban expuestos a la transmisión del VIH.

Una vez dicho lo anterior, es claro que, en Colombia, hay una constitución garantora de los derechos de las personas, que ha establecido como derecho fundamental la no discriminación, y así mismo que ha otorgado una protección especial constitucional a las personas que viven con VIH/Sida.

Ahora bien, específicamente sobre la regulación del VIH/Sida, se puede establecer que hay diferentes normas de diferentes niveles jerárquicos, leyes, decretos, resoluciones y circulares provenientes de diferentes entes reguladores: Congreso, Ministerios, secretarías, entre otros. Sin embargo, como normas principales se destacan, la ley 100 de 1993 que es la norma rectora que organiza el sistema de salud de Colombia, y que, por lo tanto, fija las bases del aseguramiento a los pacientes incluidos los pacientes que viven con VIH/Sida. El Decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección del VIH y en

donde se establecen los principios y las normas pilares sobre el manejo del VIH, tales como el consentimiento informado, la confidencialidad y la no discriminación.

Adicionalmente, regula todo lo relativo con el diagnóstico, las pruebas de VIH, la entrega de resultados, entre otros puntos cardinales de la atención en VIH. La Ley 972 de 2005, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida, en donde se establece un mandato explícito a todas las entidades del SGSS de no poder negar la asistencia médica u hospitalaria a cualquiera paciente de VIH/Sida que padezca de alguna enfermedad ruinosa y catastrófica. La Resolución 3442 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.

La Resolución 2338 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 para el entrenamiento en pruebas rápidas, sífilis y otras ITS. Finalmente, la Resolución 0459 de 2012, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

4. METODOLOGÍA

Este documento es un estudio sobre cuáles normas formales propician estigma y discriminación contra las personas que viven con VIH o que quieren ser diagnosticadas. Es un estudio cualitativo que analiza los textos normativos (constitución, Leyes, Decretos, circulares) para indagar si están o no fomentando estigma y discriminación. Para cumplir con este objetivo, se utilizan fuentes secundarias de información como son las normas. Adicionalmente, para poder dar un juicio de valor sobre que norma puede estar creando estigma y discriminación se utilizan artículos académicos o reportes de organizaciones internacionales.

Frente a las normas se decidió incluir todas las normas que tuvieran relación con el VIH, y se clasificaron por temas. Adicionalmente, se tomaron todos los textos normativos sin identificar la vigencia de cada uno de los artículos. Sin embargo, en los hallazgos los debates se realizan sobre la normativa vigente.

La búsqueda normativa se realizó acudiendo a las páginas web de las entidades del sector salud (Invima, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Salud) y a través de navegadores generales como Google y específicos como LexBase, adicionalmente se consultó con expertos en el tema del VIH para completar la información obtenida y establecer si el índice de las normas estaba completo.

5. COMPILACIÓN NORMATIVA SOBRE EL VIH

En el anexo 1 se encuentra la normativa general sobre el VIH, su objeto, los artículos destacados y el tópico que regulan en relación con el VIH. Este cuadro se ordena de manera cronológica.

(Anexo 1)

6. NORMAS DEL VIH RELACIONADAS CON EL ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

• Decreto 1543 de 1997: “Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y las otras enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”. Es importante tener en cuenta que este documento introduce los parámetros generales que guían la realización de pruebas de VIH, tanto pruebas rápidas como pruebas de laboratorio ELISA. Este Decreto establece que las pruebas de diagnóstico del VIH se realizan con cuatro propósitos principales:

- a) La confirmación de sospecha clínica de la infección por VIH por parte de un profesional de la medicina.
- b) El estudio de investigación del comportamiento epidemiológico de la infección por VIH.
- c) Para atender la solicitud individual de la persona interesada.
- d) Para descartar la presencia del VIH en material biológico humano.

Adicionalmente, establece como requisitos previos a la prueba, realizar consejería previa a los pacientes y tener el consentimiento informado por escrito por parte del paciente (artículo 2). De igual forma, este decreto deja claro que la entrega de resultados se debe dar personalmente por personal de salud con consejería (artículo 6).

Finalmente, este decreto establece como deberes del personal médico la confidencialidad del estado serológico de las personas y la no discriminación a pacientes viviendo con VIH o pacientes del que se sospeche un estado serológico positivo (artículo 2).

• Resolución 3442 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”.

Esta Resolución introduce la guía práctica clínica para el VIH/Sida y establece que será de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH y con enfermedad renal Crónica por parte de Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (artículo 1). Referente a la prueba del VIH, la guía establece (página 163) que la confidencialidad y el consentimiento informado por escrito son principios generales que deben respetarse para realizar la asesoría. Sobre el consentimiento informado, se plantea que debe ser voluntario, libre de coerción, debe usar lenguaje sencillo y debe ser fácil de entender.

Adicionalmente, se establece que la asesoría debe ser realizada por un trabajador en el sector salud que esté capacitado, entrenado y que este certificado. La asesoría debe ser acorde al sexo, edad, orientación sexual y cultural del individuo. La asesoría se debe dar en forma de entrevista y procurar tener material audiovisual o escrito. Sobre el tiempo y la metodología la guía recomienda que se hagan dos sesiones pretest y post-test de 30 a 45 minutos. Sobre el contenido, la guía establece que se deben explorar los comportamientos de riesgo del individuo y la manera

de disminuirlos. Adicionalmente, establecen cuales pruebas han sido aprobadas por INVIMA¹. Y establece los algoritmos usuales que se deben emplear para el diagnóstico del VIH. Finalmente, la guía recomienda que en donde la prevalencia sea superior al 1% se realice asesoría y oferta generalizada de la prueba. Adicionalmente, se establece esa misma recomendación en caso de mayor prevalencia de ciertos grupos poblacionales con mayor prevalencia de VIH tales como HSH, pacientes renales crónicos, trabajadores sexuales y usuarios de drogas.

- Circular 063 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la “Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH”.

En esta circular se establece que las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/Sida son obligatorias y deben estar garantizadas en todos los casos por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes EPS y las entidades adaptadas,

- Resolución 0459 de 2012²: “Por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual”.

Frente a la prueba del VIH en caso de las víctimas de violencia sexual este protocolo establece que se debe realizar consejería pre y post por el personal de la salud debidamente capacitado para realizar la prueba del VIH a las víctimas de violencia sexual independientemente del tiempo que haya transcurrido desde el hecho de violencia.

- Resolución 2338 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”.

Esta Resolución abre la posibilidad de que personal médico diferente a bacteriólogos realicen pruebas rápidas de VIH (artículo 3). Adicionalmente, establece el alcance de las pruebas rápidas, estableciendo que son presuntivas y que en caso de arrojar un resultado reactivo se deberá remitir al paciente a los laboratorios clínicos para confirmar el diagnóstico de acuerdo con los algoritmos vigentes (artículo 4).

Igualmente, a través de la guía técnica que dispone dicha Resolución se establece que el uso de las pruebas rápidas se “sustenta el uso de las pruebas rápidas no solo en condiciones en las que el resultado sea requerido con premura sino también en condiciones en las que la infraestructura de laboratorio sea limitada”. En consecuencia establece que las pruebas rápidas se realizarán cuando i) en los sitios se presenten limitaciones técnicas para realizar pruebas convencionales; ii) Cuando se necesiten en regiones de difícil acceso que tengan barreras de orden social o económico que impidan a las personas acercarse a un laboratorio; iii) cuando la persona presente dificultades para regresar por el resultado de una prueba convencional; iv) en personas que hayan presentado exposición de riesgo al VIH y que consulten dentro de las 72 horas después de lo ocurrido el hecho y v) en mujeres que se encuentren en cualquier trimestre de gestación sin antecedentes de control prenatal que ingresen a una IPS en trabajo de parto o en expulsivo. Adicionalmente, sobre la asesoría esta resolución establece que personal diferente al de salud puede realizar la asesoría, siempre y cuando participen en proceso de capacitación (artículo 2). Y sobre las capacitaciones se establece que corresponde a las direcciones territoriales de salud ofrecerlas de forma permanente.

¹ Red Dot HIV+ 2; Hema Strip; Prueba VIH 1 VIH 2; Smart Check HIV ; HIV 1/2 One Step; HExagon HIV 1/2; DobleCheckGold HIV 1&2; Core HIV &2; HIV 1/2 Rapid tests

² Esta es una obligación tanto en pruebas diagnósticas que deban ser solicitadas 2 en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual, en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual y en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual.

dictan otras disposiciones”.

Esta resolución define los estándares y criterios de la habilitación de los servicios médicos. En el caso específico de las pruebas de VIH, se establece que, si se ofrece prueba de asesoría voluntaria de VIH, se debe contar con formato de consentimiento de realización de prueba voluntaria.

Adicionalmente, específicamente en los servicios que ofrezcan urgencias de baja complejidad, se establece que deben contar con kit de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. De igual forma, en cuanto a servicios específicos para consumidores de sustancias psicoactivas de establecer que el prestador debe tener establecido y documentado guías o procedimiento o normas para el manejo y atención de usuarios del VIH. Adicionalmente, esta resolución establece la regulación para la habilitación de salud en la modalidad extramural.

El artículo 15 establece que los prestadores de servicios de salud podrán ofertar servicios de salud en espacios destinados a salud o espacios de salud en áreas de difícil acceso. Se debe habilitar la modalidad extramural ante el Ministerio. Sin embargo, si la actividad extramural prestará sus servicios de manera esporádica no requiere la habilitación del servicio en esa modalidad, solo requiere informar por escrito a la Entidad Departamental o Distrital de Salud.





7. HALLAZGOS

A continuación, se presentan los hallazgos normativos que se consideran barreras para el acceso a la prueba del VIH/ Sida en Colombia y otras normas o disposiciones que causan discriminación.

I. ASESORÍA:

Sobre la asesoría, la regulación vigente (Código Penal Colombiano; Decreto 1543 de 1997), establece como uno de los requisitos previos a realizar cualquier tipo de prueba del VIH asesorar a los pacientes. La asesoría se debe dar antes de la realización de la prueba y con la entrega de los resultados. La guía técnica de la Resolución 3442 de 2006 establece que esa asesoría debe durar entre 30 a 45 minutos. Adicionalmente, establece que la asesoría previa la puede realizar personal diferente a personal médico, siempre y cuando participen en procesos de capacitación. Y sobre las capacitaciones deja claro que corresponde a las direcciones territoriales de salud ofrecerlas de forma permanente.

La asesoría (previa y posterior) podría constituirse como una barrera de acceso a los pacientes por las siguientes razones: i) tiempo de la asesoría; ii) falta de capacidad institucional para dar capacitaciones a personal para que realice las pruebas de VIH.

a) Tiempo de la asesoría:

El tiempo de la asesoría es de 30 a 45 minutos promedio. A ese tiempo toca sumarle el tiempo de espera para ser atendido y asesorado. Es menester pensar en escenarios en el que el paciente ya se realizado antes la prueba del VIH y/o lo realiza como un procedimiento rutinario para determinar si se debería o no hacer una asesoría previa de ese tiempo y con ese contenido.

b) Falta de capacidad institucional para dar capacitaciones a personal para que realice las pruebas del VIH:

La Resolución 2338 de 2013, establece que las direcciones territoriales de salud deberán ofrecer en forma permanente al talento humano en salud y personas sin formación relacionada con ciencia de la salud, procesos de capacitación en Asesoría y Prueba Voluntaria o avalar procesos de entrenamiento apoyados en universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud e instituciones privadas con experiencia en el tema. En este punto cabe cuestionarse si existe suficiente capacidad institucional de parte de las direcciones territoriales de salud para ofrecer capacitaciones para la prueba del VIH.

II. ENTREGA DE RESULTADOS:

Sobre la entrega de resultados la normativa establece que la entrega de resultados del VIH se debe dar acompañada de asesoría posterior, y que se debe entregar de manera personal (Decreto 1543 de 1997). En ese sentido cabe resaltar que la normativa puede estar creando una barrera de acceso a un diagnóstico efectivo ya que puede generar que muchas personas no reclamen sus resultados por diferentes razones, distancia al centro médico, horarios del centro de atención del centro médico, falta de recursos económicos para acercarse al centro, entre otras razones. En ese sentido, en Australia se realizó un estudio en donde el 31.3% de los hombres entrevistados que ya habían tomado la prueba consideraron que era irritante tener que recoger los resultados de manera personal, mientras que el 20.5% de los hombres que nunca se habían realizado la prueba no consideraron que era irritante (Martin , et al., 2015) .

III. DIAGNÓSTICO:

Frente a la indicación de pruebas el artículo 4 del Decreto 1543 de 1997 establece que “Las pruebas de laboratorio para el apoyo

diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) están indicadas con los siguientes propósitos: (...) Confirmación a sospecha clínica de la infección por VIH por parte de un profesional de la medicina, con el consentimiento informado por la persona (...)” (Subrayado fuera del texto). Este requisito limita a que otros profesionales de la salud como los profesionales de enfermería puedan cuando tengan sospecha clínica sugerirle al paciente la toma de una prueba diagnóstica de VIH. Lo que implica esto es que hay una barrera a un diagnóstico efectivo limitando la sugerencia de una prueba al personal médico.

Adicionalmente, aunque establezca como indicación de la prueba de VIH la solicitud individual de una persona interesada, siempre que una persona quiera realizarse una prueba bajo el Sistema de Seguridad Social en Salud tendrá que tener una cita con un médico para solicitarle la orden de la prueba. Sin autorización médica dentro del SGSSS una persona no puede realizarse una prueba para VIH/Sida.

IV. CRIMINALIZACIÓN:

El artículo 36 del Decreto 1543 de 1997 establece que la persona informada de su condición de portadora de VIH o que haya desarrollado Sida y conozca tal situación, está obligada a informar dicho evento a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio de asistencia. Adicionalmente, el artículo 41 del mismo decreto establece que la persona informada de su condición de VIH deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas. En ese sentido, estos artículos establecen los deberes de información y de no infectar de las portadoras del VIH. Así pues, el artículo 55 del

mismo decreto establece que las personas que incumplan dichos deberes podrán ser denunciadas para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia, violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal.

En ese sentido, el Código Penal Colombiano establece en el artículo 369 del Título XIII De los Delitos Contra la Salud Pública que “el que propague epidemia, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años. Adicionalmente, el artículo 370 del mismo título establece que “El que después de haber sido informado de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la hepatitis B, realice prácticas mediante las cuales pueda contaminar a otra persona, o donde sangre, semen, órganos o en general competentes anatómicos incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Dichos artículos están formulados de una manera amplia, ya que simplemente establecen una posible responsabilidad penal de una persona que contagie a otra, sin tener en cuenta de qué manera se produce el contagio y sin considerar la intencionalidad (dolo y/o culpa) en la acción. De acuerdo con ONUSida (2017), la penalización amplia de la exposición al VIH genera un impacto negativo a la salud y viola los derechos humanos y constitucionales de las personas (ONU Sida, 2017). Esta criminalización puede generar que las personas no quieran conocer su estado serológico y generar aún más estigma alrededor del VIH¹. Adicionalmente, a pesar de que Colombia permite el porte de una dosis mínima de ciertas drogas, aún criminaliza su uso. De acuerdo con ONU Sida (2017), una aproximación de reducción de daño para el consumo de drogas podría llegar a reducir el contagio del virus entre los consumidores de drogas intravenosas.

¹ Se sabe que en Colombia sí han sido condenados personas por contagiar el virus del VIH a otras personas. Para más información se puede leer esta noticia: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/noticias/condenado-por-contagiar-de-vih-a-su-esposa/>

V. BANCOS DE SANGRE:

El Manual de Normas Técnicas y Administrativas y de Procedimientos para Bancos de Sangre adoptada por medio de la Resolución No.0091 de 1996, establecía en sus numerales 3.2.2, 3.5 y 9.1.8 criterios de exclusión y autoexclusión de donantes de sangre. El numeral 2.2.2 establecía como criterio de exclusión que el donante hubiese tenido relaciones homosexuales en los últimos 15 años; el numeral 3.5 establecía como criterios de autoexclusión tener relaciones homosexuales, y el numeral 9.1.8 establecía que en casos de emergencia de los bancos de sangre se continuarían utilizando como criterio de exclusión la homosexualidad. En el 2012, la Corte Constitucional en sentencia de constitucionalidad T-248, exhorto al Ministerio de Salud y Protección Social revisar la reglamentación vigente sobre recepción, extracción y suministro de las donaciones con el fin de eliminar los criterios de selección de donantes basados en la orientación sexual. En ese sentido, el Ministerio bajo Resolución 00312 de 2018, modificó dichos numerales. Frente al numeral 3.2.2 estableció como criterios para diferir la donación de sangre de hombres o mujeres, que en los últimos 12 meses hayan tenido una serie de conductas sexuales de riesgo, entre los cuales se incluyó “haber tenido relaciones sexuales (vaginal, anal u oral) con personas pertenecientes a alguna de las poblaciones con prevalencia de infección por VIH superior al 1% definidas en los lineamientos técnicos para la Selección de Donantes de Sangre”. El numeral 3.5 también se modificó y estableció como criterio de autoexclusión haber tenido relaciones sexuales con personas pertenecientes a las poblaciones con prevalencia de infección por VIH.

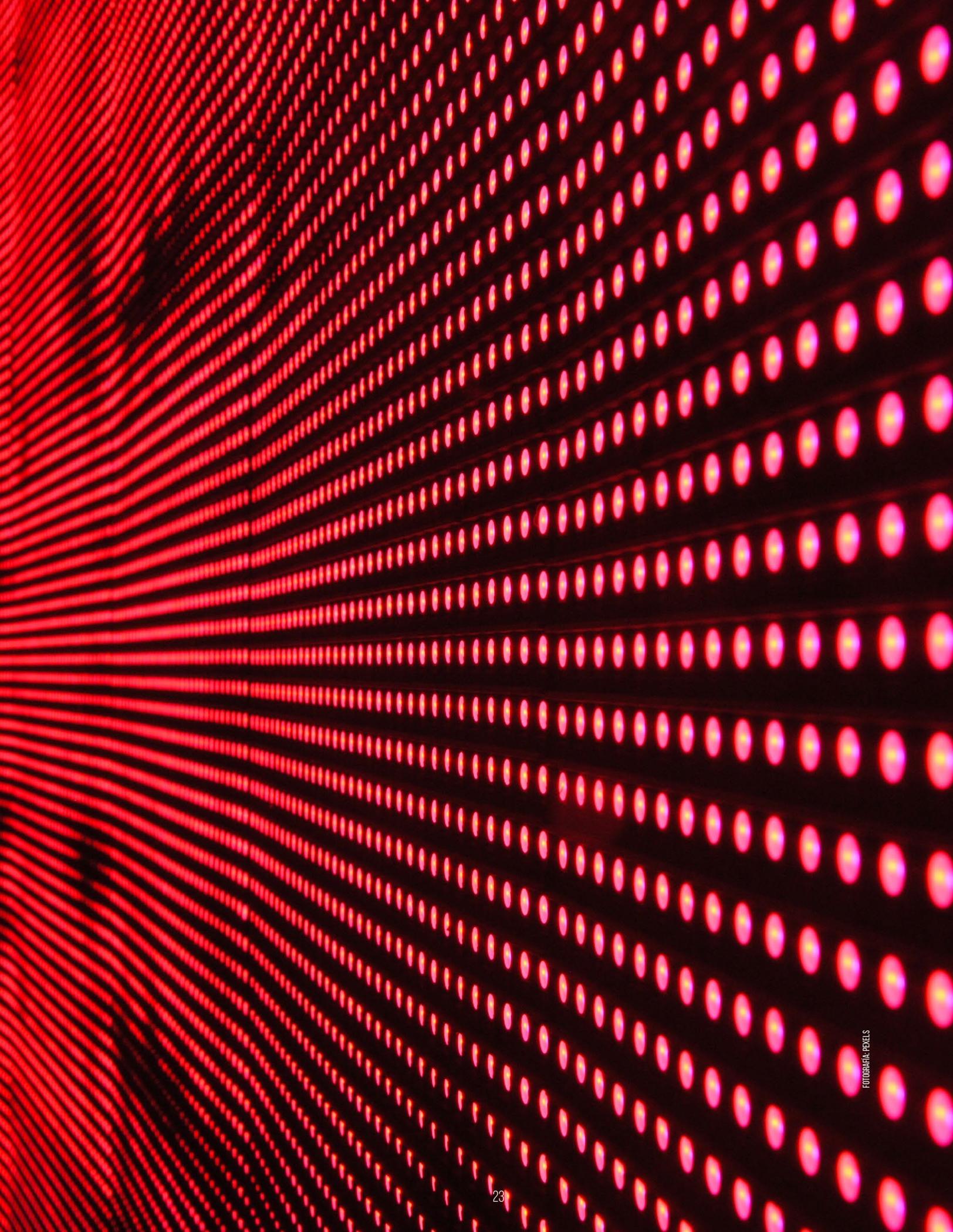
Finalmente, el numeral 9.8.1 se eliminó. Adicionalmente, la resolución estableció que las preguntas e información solicitada para evaluar la elegibilidad del donante de sangre deberán indagar sobre las conductas sexuales de riesgo y no sobre la

orientación sexual o identidad de género. Adicionalmente, estableció que el lenguaje utilizado durante el proceso de selección deberá estar fundamentado en el respeto por la dignidad humana, la confidencialidad y la protección de los derechos humanos, evitando cualquier actitud de estigmatización o discriminación.

Una vez establecido lo anterior, se considera que la modificación del Ministerio basa sus criterios de exclusión y autoexclusión de los donantes en criterios meramente científicos sobre conductas sexuales de riesgo y no sobre la identidad sexual. Hoy en día y debido a que durante mucho tiempo los criterios utilizados en la donación de sangre generaban estigma y discriminación, se siguen presentando circunstancias de estigma y discriminación en la donación de sangre. Sin embargo, ya no está relacionado con la normativa existente.

VI. HISTORIAS CLÍNICAS NO REQUIEREN IDENTIFICAR A LOS PACIENTES POR GÉNERO.

La Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, establece en su artículo 9 sobre la identificación del usuario que los contenidos mínimos que debe tener una historia clínica son: “datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio (...)” Esta Resolución no establece que se deba indagar sobre el género de los pacientes. Esto lo que puede fomentar en la práctica es que haya discriminación, y que las mujeres trans o hombres trans, que por ejemplo no han hecho una reasignación genital, tengan que ser clasificadas en hombre o mujer según sea su caso. Adicionalmente, en temas de datos crea un vacío, ya que para un análisis específico de historias clínicas de personas trans no existe la posibilidad de que de forma automatizada se sustraiga la información correspondiente solo de esas historias.



8. LIMITACIONES DEL AUTOTEST EN LA REGULACIÓN EXISTENTE

Se identificaron las siguientes barreras legales para la implementación del autotest en Colombia:

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Decreto 1543 de 1997 establece como requisito de la realización de una prueba diagnóstica del VIH el consentimiento informado de las personas por escrito luego de la consejería PrEPrueba (art 2, 4, 37).

Al introducirse el autotest, dependiendo su forma de distribución, ejemplo si es de venta libre en farmacias y/o si va a hacer distribuido por organizaciones de base comunitaria y/o por medio de hospitales se debe evaluar la modificación de este artículo o la inclusión de una excepción a la norma en cuanto se trate de autotest.

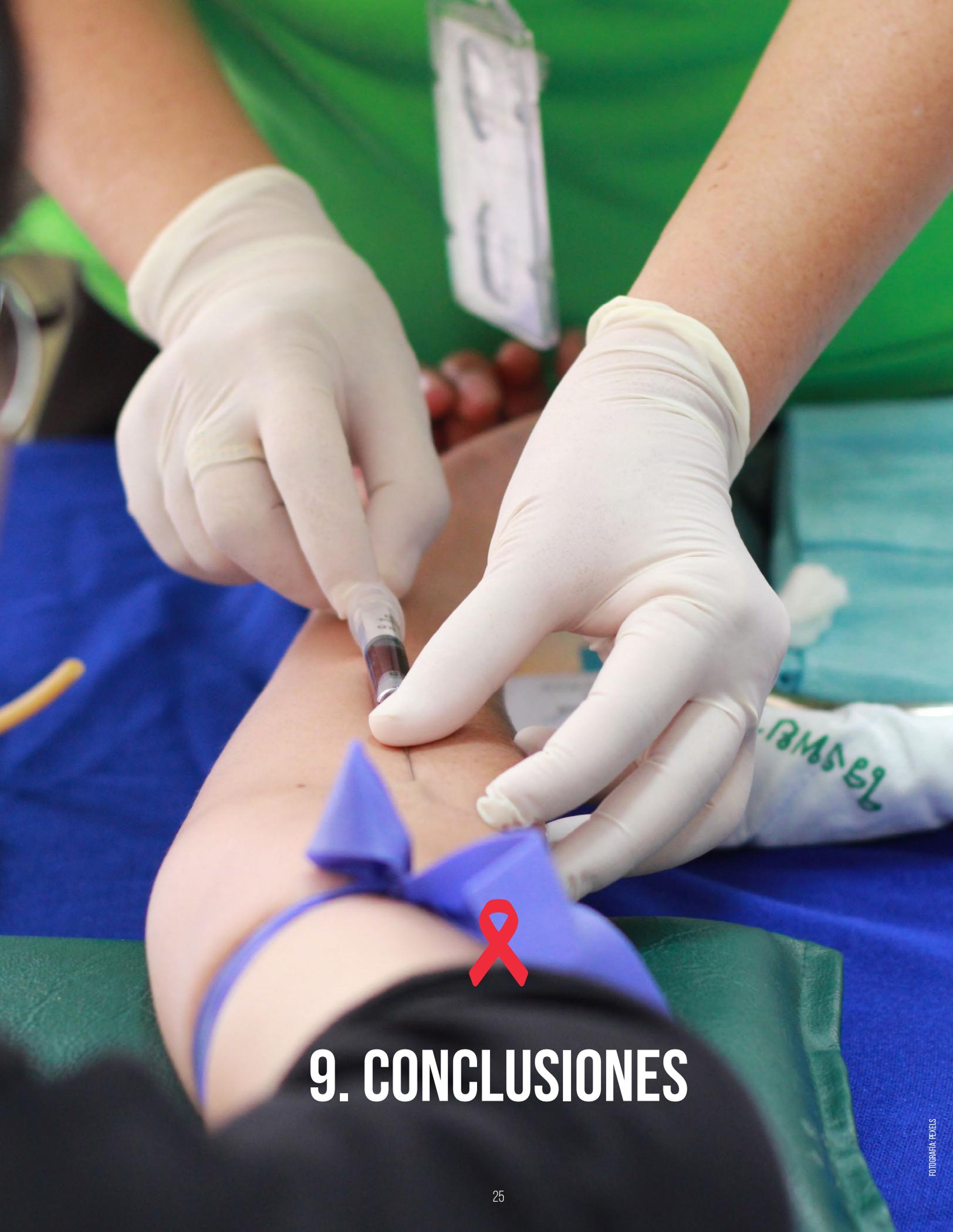
Cabe aclarar que aunque el consentimiento en el autotest se considere como tácito, se debe especificar este tipo de consentimiento.

II. ASESORÍA PREPRUEBA Y ASESORÍA POST PRUEBA

Según la regulación vigente se deben realizar dos asesorías personales al paciente que se realice cualquier prueba diagnóstica de VIH, una antes de la prueba y otra después de la prueba con la entrega de los resultados. Estas asesorías deben ser realizadas por personal capacitado y deben durar entre 30 a 45 minutos. Al introducirse el autotest, se debe modificar dicha norma y se deben contemplar otras formas de recibir las asesorías, bien sea de manera virtual, a través de un folleto y/o una aplicación.

III. INCLUSIÓN DE UN ALGORITMO ALTERNATIVO QUE CONTEMPLE EL AUTOTEST

Hoy en día el algoritmo usual emplea prueba de Elisa como Tamizaje y Western Blot o IFI como confirmatorias. Se recomienda entonces incluir algoritmos alternativos que incluyan el autotest.



9. CONCLUSIONES

Este informe identificó las normas generales del VIH/Sida que están propiciando estigma y discriminación. Se enfocó principalmente en la identificación de las normas que pueden constituir barreras a la prueba del VIH/Sida y a tener un diagnóstico efectivo del VIH/Sida. Adicionalmente, identificó otras normas que pueden causar estigma y discriminación a personas que viven con VIH o quieren acceder a servicios relacionados. Finalmente identificó barreras legales para la implementación del autotest en Colombia.

Frente a las normas sobre el acceso a la prueba del VIH y a un diagnóstico efectivo, se identificaron algunas normas que propician estigma y discriminación y que constituyen barreras principalmente por ser engorrosas. Por ejemplo, se encontró que, de acuerdo con las guías, la asesoría previa y posterior a la prueba dura entre 30 a 45 minutos promedio y debe ser proveída de manera personal por una persona del sector salud que esté debidamente capacitado. Se estableció que el tiempo es una barrera, ya que hay personas que se hacen la prueba como una prueba de rutina y ya han atendido a varias asesorías sobre el tema. Adicionalmente, se identificó que puede haber falta de capacidad institucional para las capacitaciones a personal del sector salud para que realicen la asesoría.

Adicionalmente, se identificó que la entrega de resultados que se debe dar de manera personal y que debe estar acompañada de una asesoría, puede constituir una barrera al diagnóstico debido a que hay personas que viven lejos del centro médico, los horarios de atención de los hospitales y/o centros médicos son restringidos, entre otras razones. En este punto específico se trajo a colación un estudio realizado en Australia en donde los hombres que se hacían rutinariamente la prueba del VIH consideraron que era irritante la entrega de resultados de manera personal.

Se identificó que el artículo 2 del decreto 1534 de 1997, establece que las pruebas de laboratorio para el apoyo diagnóstico del VIH están indicadas con el propósito de confirmar una sospecha de la infección por parte de un profesional de la medicina. Es decir, que el personal de enfermería, que muchas veces atienden pacientes que acuden por diferentes ITS, no pueden ordenar una prueba diagnóstica de VIH. Finalmente, se consideró como una barrera al diagnóstico necesitar autorización médica para realizarse la prueba.

Ahora bien, se encontraron otras normas que pueden estar propiciando estigma y discriminación en personas que viven con VIH/Sida y/o quieren acceder a servicios relacionados. Por ejemplo, se encontró que el artículo 55 del Decreto 1543 de 1997 establece que las personas que vivan con VIH y que conozcan de su condición y no revelen su estado a su pareja sexual y/o médico tratante o realicen actividades que conlleven riesgo de infectar a otras como donar sangre, semen, órganos etc., podrán ser denunciados para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia.

Además, se determinó que el código penal criminaliza de manera abierta la transmisión del VIH. Dichos artículos, están formulados de manera amplia, ya que no tiene en cuenta la manera en que se produce el contagio y si hay o no intencionalidad en el acto, son normas directamente discriminatorias en contra de las personas que viven con VIH. Lo anterior, se analizó frente a las recomendaciones de ONUSida (2017), que establece que este tipo de penalizaciones generan un impacto negativo a la salud y viola los derechos humanos y constitucionales de las personas.

También, se estableció que la criminalización del uso de drogas intravenosas en Colombia, puede fomentar el contagio entre los usuarios de drogas.

De igual forma, se analizó el cambio normativo que hubo sobre la donación de sangre. Se estableció que la Resolución 00312 de 2018, por la cual se modificó la Resolución No.0091 de 1996 cambio los criterios de exclusión y autoexclusión de los donantes de sangre, estableciendo criterios científicos basados no en la orientación sexual sino en la práctica de relaciones sexuales de riesgo. Se concluyó que hoy en día no existe criterios discriminatorios. Sin embargo, que aún en la práctica y debido a que el cambio es muy reciente se siguen presentando prácticas discriminatorias en la donación de sangre.

Finalmente, en cuanto a las barreras legales para la implementación del autotest en Colombia, se estableció que el consentimiento informado por escrito, como requisito previo a la realización de una prueba de VIH constituye una barrera jurídica a la introducción del autotest en Colombia. Lo anterior, debido a que posiblemente una de las formas de acceder al autotest sería a través de venta libre en droguerías, etc.

Adicionalmente, la exigencia de una asesoría previa y posterior personalizada también son barreras ya que van en contra de la naturaleza misma del autotest, que pretende ser más efectiva y que las personas puedan realizarse la prueba en su casa sin tener que acudir a un centro médico. También, se consideró que se debe incluir un nuevo algoritmo en Colombia en donde se contemple el autotest.



10. BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo 029 (2011).
- Acuerdo 306 (2005).
- Bedard, E., Ngangue, P., Vignon Zomahoun,, H., Payne-Gagnon, J., Fournier, C., Fournier, C., . . . Gagnon , M.-P. (2016). Returning for HIV Test Results: A Systematic Review of Barriers and Facilitators Patrice Ngangue. *International Scholarly Research Notices*, 1(1), 1-24.
- Circular 063 (2007).
- Código Penal Colombiano (2018).
- Colombia Diversa. (2012, 03 1). Concepto Tecnico de Colombia Diversa sobre Donacion de Sangre Homosexual_marzo 2012 (1). Retrieved 12 1, 2018, from <https://www.scribd.com/document/87599960/Concepto-Tecnico-de-Colombia-Diversa-sobre-Donacion-de-Sangre-Homosexual-marzo-2012-1>
- Conpes 3918 (2018).
- Constitución Política (1991).
- Constitutional Court. (2006). C-355/2006. Bogota: Constitutional Court.
- Corte Constitucional . (1992). T-505.
- Corte Constitucional . (2004). T-687.
- Corte Constitucional . (2016). T-375.
- Corte Constitucional. (2005). T-067.
- Corte Constitucional. (2006). T-245.
- Corte Constitucional. (2008). T-48.
- Corte Constitucional. (2011). T-579A.
- Corte Constitucional. (2012). T-248.
- Crocker, J., Major, B., & Steel, C. (1998). Social Stigma. In D. Gilbert, & S. Fiske (Eds.), *The handbook of social psychology*. (pp. 504-553.). Boston: McGraw-Hill.
- Decreto 1543 (1997).
- EL TIEMPO. (2018, 08 23). VIH en Colombia: 9.399 casos nuevos en el 2017 82.856 personas han adquirido el virus en el país, según reveló la Cuenta de Alto Costo. Retrieved 11 11, 2018, from <https://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-de-vih-en-colombia-en-el-2017-258960>
- Ley 100 (1993).
- Ley 972 (2005).
- Mahajan, A., Sayles, J., Patel, V., Remien, R., Szekeres, G., & Coates, T. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *NIH*, 22(2), 1-20.
- Martin , H., Couldwell, D., Smith, D., Davies, S., McNulty, A., Keen, P., . . . Conway, D. (2015). Barriers to HIV testing and characteristics associated with never testing among gay and bisexual men attending sexual health clinics in Sydney. *JIAS Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 1- 8.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2010). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Retrieved 04 02, 2018, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- OMS. (2018, 10 10). Autotest del VIH. Retrieved 11 2, 2018, from <http://www.who.int/hiv/topics/self-testing/es/>
- ONU SIDA. (2017, 1 1). Hacer frente a la discriminación Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Retrieved 11 10, 2018, from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf
- ONUSIDA. (2013, 1 1). Poner n a la penalización excesiva por la no relevación, exposición y transmisión del VIH: importantes consideraciones científicas, médicas y jurídicas. Retrieved 12 4, 2018, from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Guidance_Ending_Criminalisation_es_0.pdf
- OPS; OMS. (2018, 01 01). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Retrieved 12 5, 2018, from http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J., & Brown, L. (2012, 05). HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. Retrieved 10 20, 2018, from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46788549/HIV_and_AIDS-Related_Stigma_and_Discrimi20160625-22177-pjeh9s.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1540232848&Signature=n%2BDWZo7PGwQk4bODkBVqOqfgEvv%3D&response-content-disposition=inlin
- Profamilia. (2016). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Tomo 1. Bogota: Profamilia.
- Profamilia. (2016). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Tomo 2. Bogota: Profamilia.
- Resolución 00312 (2018).
- Resolución 0459 (2012).
- Resolución 1441 (2013).

Resolución 2338 (2013).

Resolución 3442 (2006).

Resolución 3918 No.0091 (1996).

T-579A (2011).

Tomasevski, K. (1992). AIDS and human rights. In J. Mann, D. Tarantola, & T. Netter (Eds.), *AIDS in the World*. Boston: Harvard University Press.

Torres-Bryon, A. D. (2013). Colombia: La Iglesia Católica y el Control de la Natalidad en los años sesenta. Retrieved 04 05, 2018, from <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5980/1/0461816-p.pdf>

Weiss, M., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health and Medicine*, 11(3), 277-287.





*Al servicio
de las personas
y las naciones*

INFORME GENERAL

