

VIH/SIDA Y EL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA*

*He aquí que yo les traeré sanidad y medicina;
y los curaré, y les revelaré abundancia de paz y de verdad (Jer., 33:6)*

Consideraciones previas⁵¹

La relación entre la expansión de la pandemia del VIH/sida y los conflictos armados por el Comité Internacional de la Cruz Roja ha sido estimada como directa (CICR, 2003). Tal consideración parte de las condiciones que el conflicto provoca o acentúa, entre las que se encuentran la pauperización de los sistemas de salud, la exposición de la población a ataques sexuales en zonas en conflicto y el riesgo de violaciones sexuales en campos de refugiados o desplazados internos, debido a la disposición de una gran campaña militar en las zonas.

Para algunos expertos en seguridad internacional, la pandemia del VIH/sida puede llegar a considerarse como posible causa de los conflictos armados en el

*Este capítulo contiene resultados del proyecto de investigación "La convencionalización del derecho: el caso del ordenamiento jurídico colombiano desde la justicia multinivel y el posconflicto", que forma parte de la línea de investigación Fundamentos e implementación de los derechos humanos, del grupo de investigación Persona, instituciones y exigencias de justicia, registrado en Colciencias con el código COL0120899 y vinculado al Centro de Investigaciones Sociojurídicas (Cisjuc). Proyecto adscrito y financiado por la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia.

51 La investigación sobre el VIH/sida y el conflicto armado en Colombia presentada aquí fue desarrollada bajo la dirección de la profesora Tania Giovanna Vivas Barrera en colaboración con Diana Carolina Ávila Cruz, estudiante de Derecho de la Universidad Católica de Colombia, miembro del semillero de investigación Observatorio en justicia constitucional y derechos humanos, adscrito al grupo de investigación Personas, instituciones y exigencias de justicia. Agradecemos su apoyo investigativo y su valiosa intervención en la discusión de la temática. Correo electrónico: dcavila39@ucatolica.edu.co

futuro (Gordon, 2001). Esa posibilidad ha sido vista por algunos como una posición bastante alarmista (De Waal *et al.*, 2010); sin embargo, se ha constatado que una alta de tasa de infección afecta gravemente la dinámica de los conflictos y la atención humanitaria (Mateos, Urgell y Villellas, 2015) en etapa de posconflicto (Carballo *et al.*, 2010) y en procesos de desarme (Marwah, Delargy y Tabac, 2010).

Aunque no es desconocido el impacto de la degradación de los conflictos armados internos sobre los índices de infección del VIH/sida, poco se conoce sobre esta situación en Colombia. El conflicto involucra varias fuerzas irregulares, entre las que se destacan varios grupos guerrilleros, grupos paramilitares, fuerzas armadas regulares, un cuerpo policial y de Policía Judicial. A pesar de que para los años 2015 y 2016 Colombia se ubicaba como el segundo país con mayor número de personas en desplazamiento forzado interno en el mundo, luego de Siria (IDMC, 2015), poco o nada se sabe sobre el estado de infección del VIH/sida por causa del conflicto armado. Son muy escasos los estudios sobre el tema y la información sobre el control del contagio en las Fuerzas Armadas es casi nula, al igual que el desconocimiento de la situación entre la población desplazada, dado el subregistro.

Ante la pobre información oficial, con la investigación se intentó conocer de primera mano los registros de la infección ante el Ministerio de Salud, la Fiscalía General de la Nación y la Cruz Roja Colombiana mediante derechos de petición de información, que no fueron respondidos. Por ello, los datos se basarán en los pocos estudios publicados sobre el país, los informes oficiales del Ministerio de Salud y los reportes de Onusida Colombia.

En un principio, el descubrimiento de la pandemia causada por la expansión del VIH/sida generó en el mundo reacciones guiadas por la ignorancia y el miedo (Onusida, 2008) y ocasionó que más de 81 países desarrollaran políticas antimigración. Hoy, la política antidiscriminación y la exigencia de amplia cobertura en salud es internacional y estatalmente deseada, pero en situaciones de conflicto abierto o de posconflicto la situación ha sido otra.

Revisión histórica de la atención de la epidemia de contagios VIH/sida en el mundo

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)⁵² ha sido la enfermedad del siglo XXI. Se convirtió en una epidemia de importancia mundial, debido al “aumento inusual de nuevos casos de una enfermedad en la población humana” (Onusida, 2015b, p. 3), que se ha expandido por el mundo desde sus inicios en 1981. Algunos historiadores sostienen que a cada siglo o era le acompaña una enfermedad epidémica, como la lepra en la Edad Antigua, la peste negra en la Edad Media y el VIH/sida en la nuestra (Miranda y Nápoles, 2009).

Esta enfermedad tuvo su origen en 1981, como una extraña y terrible afección. En ese año, dos médicos de nacionalidad estadounidense, Michael Gottlieb y Alvin Friedman, “descubrieron en jóvenes pacientes homosexuales dos enfermedades, conocidas pero raras, que se presentaban con una frecuencia anormalmente elevada” (Daudel, Montangnier y Benítez, 2003, p. 7).

Los padecimientos que encontraron en estos pacientes fueron una neumonía llamada neumocistosis y la otra, un tipo de cáncer en la piel y en los órganos llamada sarcoma de Kaposi. La neumocistosis es atribuida a un “organismo mono celular, un protozoo que vive como parásito, suele encontrarse en personas cuyo sistema inmunitario está debilitado” (Daudel *et al.*, 2003, pp. 7-8). El sarcoma de Kaposi se estimó como un tipo de cáncer que suele manifestarse “en los occidentales originarios de Europa Central o de las costas del Mediterráneo cuya edad rebasa los 60 años. Se presenta asimismo en África en sujetos más jóvenes” (Daudel *et al.*, 2003, p. 8).

Los pacientes que fueron examinados por los doctores Gottlieb y Friedman no eran provenientes de aquellas regiones y tampoco se trataba de personas mayores de 60 años de edad; al contrario, eran pacientes jóvenes y no se hallaba explicación del porqué de su deficiencia inmunológica.

.....
 52 Según una definición epidemiológica basada en los signos y síntomas clínicos, el sida suele describirse como una enfermedad incurable y mortal, pero esto crea mucho temor y solo sirve para aumentar el estigma y la discriminación. Asimismo, se ha descrito como “una enfermedad crónica, tratable, similar a la hipertensión o la diabetes”, aunque esto puede llevar a las personas a creer que no es tan serio como pensaban. Es preferible usar la siguiente descripción: el sida es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana. El VIH destruye la capacidad del organismo para combatir la infección y la enfermedad, lo que puede llevar a la muerte. Los medicamentos antirretrovíricos o antirretrovirales hacen más lenta la reproducción vírica y pueden mejorar la calidad de vida, mas no eliminan la infección por el VIH. Debe evitarse uso de “deficiencia inmune” (Onusida, 2011a, p. 25).

Las particularidades de estos individuos fue lo que llamó la atención de los médicos y luego el Centro de Control de las Enfermedades de Atlanta (CDC, por su nombre en inglés, Center for Disease Control and Prevention):

[...] publicó a partir de junio de 1981 los primeros datos acerca de este nuevo padecimiento. Desde entonces y hasta diciembre de 1982, dos mil (2.000) casos análogos fueron descubiertos, la mayoría de ellos en Los Ángeles, San Francisco y Nueva York, aunque también se encontraron algunos en Europa (Daudel, *et al.*, 2003, p. 8).

Este es el momento en el que por primera vez se escuchó hablar de una epidemia con el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o en inglés AIDS (acquired immune deficiency syndrome).

Pasaron quince años para que se otorgara real atención e importancia a esta enfermedad que, con el paso del tiempo, se convirtió en epidemia mundial: solo entre 1981 y 1996 veinte millones de personas en el mundo —que ese momento representaba un 0.3 % de la población— estaban contagiadas con el VIH. Una línea del tiempo realizada por Onusida con motivo de los veinte años del descubrimiento del VIH/sida identifica a 1994 como el año en el que se abrieron las primeras discusiones acerca de una terapia antirretroviral altamente activa. Cinco años más tarde, en 1999, Brasil fue el primer país en brindar la terapia antirretroviral mediante el sistema de salud pública (Cepal, 2001).

Pasaron dos décadas desde la aparición del VIH/sida y la intervención de Naciones Unidas se limitó a la concepción del programa de control sobre el sida (Control Programme on AIDS). En 1987, la Asamblea General de la ONU lo renombró Programa especial sobre el sida (Special Programme on AIDS), designó a la OMS como coordinadora de los esfuerzos de la ONU sobre el sida y reconoció por la primera vez que no se trataba de una emergencia temporal ni de corto plazo.

En enero de 1988, el Programa fue transformado como Programa global sobre el sida (GPA, por su nombre en inglés, Global Programme on AIDS) y se nombró como coordinador de todos los esfuerzos y las colaboraciones de todas las agencias de la ONU (Onusida, 2008). En diciembre de 1993, la publicación de un reporte sobre la situación del sida en el mundo dio lugar a una amplia y profunda discusión para fortalecer el Programa en la ONU. Más tarde, el Consejo

•VIH/sida y el conflicto armado en Colombia•

Económico y Social (Ecosoc) ordenó finalizar el programa y construir una respuesta de mayor impacto en el centro de la ONU (Onusida, 2008).

La discordia entre algunas agencias de la ONU y donantes dificultaron la creación de Onusida durante los años 1994 y 1995; sin embargo:

[...] la pandemia del sida se estaba extendiendo y los casos iban en aumento. La OMS estima que en 1993 hubo tres millones de nuevas infecciones por el VIH, más de 14 millones de personas vivían con VIH, más de 10 millones en el África subsahariana, seguido de casi 980.000 en el sur y sudeste de Asia (Onusida, 2008, pp. 24-25).

En julio de 1994, el Ecosoc (1994) aprobó la creación del Nuevo programa conjunto mediante la Resolución 1994/24, con seis objetivos principales:

- Proporcionar liderazgo global en respuesta a la epidemia.
- Lograr y promover un consenso mundial sobre políticas y programas.
- Fortalecer la capacidad para vigilar las tendencias y garantizar que las políticas y estrategias apropiadas y efectivas se implementen en cada país.
- Fortalecer la capacidad de los Gobiernos nacionales para adoptar estrategias nacionales integrales y aplicar medidas eficaces de lucha contra el VIH/sida.
- Promover una movilización política y social de base amplia para prevenir y responder al VIH/sida, para abogar por un mayor compromiso político mundial y nacional, que incluya la movilización y la asignación de recursos adecuados (Onusida, 2008)⁵³.

Los resultados de su inacción se hicieron más notables en el sur de África. En 1990, menos de un 1 % de los adultos vivía con VIH y diez años después aumentó a 16.1 %. La ausencia de políticas de acceso al preservativo —herramienta básica de prevención— en países donde la epidemia se estaba expandiendo con más rapidez fue determinante (Onusida, 2011b). Con la creación de Onusida, las

53 -To provide global leadership in response to the epidemic.

-To achieve and promote global consensus on policy and programme approaches.

-To strengthen the capacity to monitor trends and ensure that appropriate and effective policies and strategies are implemented at country level.

-To strengthen the capacity of national governments to develop comprehensive national strategies and implement effective HIV/AIDS activities.

-To promote broad-based political and social mobilization to prevent and respond to HIV/AIDS.

-To advocate greater political commitment at global and country levels including the mobilization and allocation of adequate resources (Onusida, 2008, p. 29).

Naciones Unidas prestaron importancia a la epidemia. Su objetivo principal fue, desde el inicio, brindar ayudas a los países para fortalecer su capacidad de afrontar el reto de la erradicación del VIH/sida, es decir, apoyar a cada Nación para afrontar la que sería la enfermedad del siglo XXI.

La creación de Onusida se produjo quince años después de los primeros casos reportados de personas infectadas, en un escenario complejo, pues además en ese año la epidemia alcanzó sus números más altos y dramáticos.

Junto con la OMS, diez organizaciones más forman parte de los copatrocinadores de Onusida y desde sus áreas específicas combaten la epidemia. Hoy en día, es dirigida y organizada por la Junta Coordinadora del Programa (en adelante, JCP), de la cual son miembros los socios o copatrocinadores y la Secretaría, con el fin de generar políticas y desarrollar y promover los derechos de todas las personas portadoras del virus.

Desde una perspectiva mundial, Onusida elabora las políticas y reúne los datos oficiales actualizados del contagio y los datos de atención al VIH/sida en el mundo. Este organismo no solo tiene alcance mundial general, sino que busca tener el control de toda información, reporte y estado de la situación en cada país, ya que cuenta con un equipo de apoyo regional en cada continente, con la función de brindar un apoyo más específico a cada equipo nacional que cuente con una de sus sedes.

Onusida se mantiene con los recursos de la Secretaría y once organizaciones que conforman el sistema de las Naciones Unidas y son socios o copatrocinadores⁵⁴. Además, según su área de trabajo, pretenden conseguir, de manera coordinada y responsable, “unir al mundo contra el sida” (Onusida, 2016b). Trabajan con la estrategia y el diseño de los objetivos de desarrollo del milenio (en adelante, ODM), ahora denominados objetivos de desarrollo sostenible (en adelante, ODS), en particular el ODS número 3 salud y bienestar y su respuesta al VIH/sida. Dicha respuesta, llamada enfoque de acción acelerada, apunta a llegar a cero nuevas infecciones, cero discriminaciones y cero nuevas muertes relacionadas con el sida.

Con el inicio de un nuevo milenio, la comunidad mundial se reunió en las Naciones Unidas en el 55 período de sesiones y adoptó la Resolución 55/2 del

54 Para mayor información sobre las organizaciones y copatrocinadores de Onusida, puede verse el cuadro analítico presentado en el Anexo 1.

13 de septiembre de 2000. En ella, 189 países miembros se comprometieron con principios de responsabilidad colectiva y valores que creyeron esenciales para el inicio del nuevo siglo, como libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad común. Plasma ocho objetivos para poner fin a la pobreza en sus diferentes dimensiones, es decir, social, económica, de educación, igualdad, etc. y son:

1. Combatir la pobreza y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el sida, la malaria y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

El VIH/sida adquirió relevancia evidente al consagrarse como un objetivo específico (ODM6) y para cumplirlo, Onusida se impuso las siguientes metas:

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50 % para 2015.
2. Reducir la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas en un 50 % para 2015.
3. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH en niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Llevar el tratamiento antirretrovírico de socorro a los 15 millones de personas que viven con VIH para 2015.
5. Reducir las muertes por tuberculosis en portadores de VIH en un 50 % para 2015.
6. Reducir las diferencias mundiales en los recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares en países de renta baja y media.
7. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH, con el fin de fortalecer la integración de la respuesta al sida en la salud global y en las iniciativas de desarrollo, así como para fortalecer los sistemas de protección social.

8. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes para protegerse a sí mismas frente al VIH.
9. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas con VIH o se ven afectadas por este, mediante la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.
10. Eliminar las restricciones relacionadas con el VIH sobre entrada, estancia y residencia.

Luego de dieciséis años del compromiso de las Naciones para cumplir con los ODM, Onusida reporta los resultados de la acción mundial⁵⁵. Como los más importantes encontramos que: de 2000 a 2015 hubo un aumento de 7.8 millones de personas que viven con VIH, para un total de 36.7 millones en 2015. Entre 2000 y 2015 hubo 2.1 millones de nuevos infectados, a diferencia de los 3.2 millones estimados para el año 2000; esto significa un control de expansión de la epidemia. En 2015, 17 millones de infectados tienen acceso a tratamientos médicos; gran avance respecto a los 770.000 que lo tenían en 2000 (Onusida, 2015a).

Desde que en 1983 y 1984 Luc Montagnier, del Instituto Pasteur y Robert Gallo, del National Institutes of Health (NIH), identificaron al VIH como causa posible del sida y fueron aceptados como principales vías de contagio la sangre y el semen (Onusida, 2008). Según la Conferencia de coordinación del Onusida para la región, llevada a cabo en Río de Janeiro en el año 2000, poco o nada se reporta sobre el impacto de los contagios por transfusiones de sangre. Indica que los programas de prevención coordinados por Onusida en América Latina deben focalizarse en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), pues alrededor de un 40 % de los nuevos contagios ocurrieron en ese segmento de la población. Establece que solo un 20 % del gasto público para el tratamiento del sida se ha definido en prevención, sin contar el costo de la prevención en los bancos de sangre (Onusida, 2008).

.....
⁵⁵ Para profundizar sobre los datos año a año de la actividad de Onusida en el mundo, puede verse el Anexo 2.

Atención y estado actual de la epidemia en Colombia

La respuesta en Colombia a la epidemia del sida ha estado determinada por la incorporación de planes de atención al sistema de salud nacional y a la adopción de guías de atención al paciente. Las escasas investigaciones desarrolladas sobre las políticas públicas de atención del VIH/sida en nuestro país focalizan el descuido a una atención integral y su estudio enfocado “desde la epidemiología del factor de riesgo y desde abordajes comportamentales, con limitada consideración a las vulnerabilidades culturales, sociales, estructurales y de los derechos humanos” (Useche, Alzate y Arrivillaga, 2009, p. 60). La desigualdad social y económica han sido escenario propicio para la expansión de la epidemia en la región; por ello, la orientación de los planes de salud no podrá reemplazar la atención sobre la situación de pobreza y exclusión social que permean a las grandes poblaciones de riesgo en Colombia.

La ausencia de pesquisas sobre la temática es una realidad que golpea al mundo académico, en especial de aquellas que analicen los estrechos lazos entre pobreza y propagación de la epidemia. Esto ha derivado en la concentración de estudios sobre la disponibilidad, universalidad y gratuidad de los planes de atención para pacientes de VIH/sida en el sistema nacional de salud. Igual comentario merece la escasez de estudios sobre lo que para otros contextos es considerada causal directa de la expansión de la epidemia del VIH/sida: la relación del conflicto armado interno y la expansión de la epidemia. En Colombia, tal lazo parece impensable.

Sistema de salud y control del VIH/sida en Colombia

Según los reportes presentados al Instituto Nacional de Salud (INS) por parte de varios agentes, entre ellos las empresas prestadoras de salud (EPS) que diagnostican y tratan al paciente, en el año 2000 había un estimado de 3.000 casos; en 2001 hubo un significativo aumento de 1.000 y se llegó a unos 4.200. Para el año 2002 hubo un nuevo incremento; sin embargo, en 2003 se reportaron cerca de 1.000 casos menos. La tendencia de aumento precipitado y su posterior descenso en el año siguiente se mantuvo para los años 2004 y 2005 y luego para los años 2009 y 2010. La situación se volvió alarmante a partir de 2013, pues el número de eventos notificados se duplicó, con unos 9.000; para 2014, los reportes arribaban

a 10.000 y llegaron a su tope en 2015 con 12.000 (Instituto Nacional de Salud, 2016a).

Sobre el comportamiento de la epidemia en razón del sexo, para el año 2000, de 3.151 casos, 2.441 correspondieron al sexo masculino y solo 704 al femenino. Diez años más tarde, había 1.333 reportes más de hombres y 899 más de mujeres. Para 2016, según reporte del INS (2016a), el número de casos contagiados en hombres ascendía a 4.207, cifra que duplica los índices de contagio en el período 2000 a 2010. En relación con las mujeres, la cifra crece en 604 respecto a 2010. El reporte permite analizar los resultados año a año; sin embargo, aquí solo se seleccionaron algunos representativos. Para mayor información, puede verse el Anexo 3. Cabe señalar que, según la información del INS, entre los años 2011 y 2015 no existe reporte por sexo.

Tabla 1. Control de la epidemia del VIH/sida en Colombia por sexo 2000-2016

Año	Total	Hombres	Mujeres
2000	3.151	2.441 (77.4 %)	704 (22.3 %)
2010	5.382	3.774 (70.1 %)	1.603 (29.7 %)
2016	10.188 Semana 41	7.981 (78.3 %)	2.207 (21.6 %)

Fuente: elaboración propia con base en Instituto Nacional de Salud (2016a)

De acuerdo con los datos recogidos en la Tabla 1, respecto al total de casos registrados en 2010, la prevalencia de la enfermedad disminuyó un 7.34 % en hombres, mientras que en las mujeres aumentó un 7.44 %. Paradójicamente, en 2016, los eventos reportados respecto al total en hombres tuvieron un incremento de 8.21 % frente a 2010, mientras que en las mujeres disminuyó un 8.12 %. A la fecha hay una prevalencia de la epidemia de 78.3 % en hombres y 21.6 % en mujeres, con un total de 10.188 registros.

El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), definió las poblaciones así: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trabajadoras sexuales (MTS), mujeres transgénero, habitantes de calle, población privada de libertad

(PPL) (Onusida, 2014). En el mismo documento se sostiene que la epidemia es concentrada, es decir, limitada a los grupos poblacionales (Onusida, 2014, p. 12).

Los reportes del Sistema de vigilancia en salud pública señalan que, en 2016, Bogotá fue la ciudad con más contagios notificados de VIH. Se entiende que es la ciudad con mayor población en el país, con 7.980.001 de habitantes; tiene 2.379 casos de VIH, que corresponden a un 16.3 % del total reportado hasta la semana 41 de ese año. La siguen los departamentos de Antioquia, Córdoba y Valle del Cauca con 1.580, 1.302 y 1.299 casos notificados respectivamente con porcentajes de 10.8 %, 8.97 % y 8.94 % (INS, 2016a).

El departamento con menos contagio es Guainía (4 casos que representan un 0.02 %); lo secundan San Andrés y Vichada, con 5 y 6 reportes respectivamente (0.03 % y 0.04 %) (puede verse el Anexo 4).

Desde 2005, la tendencia de los casos notificados es creciente, con 3.976 en 2005 y 11.987 hasta la semana 41 de 2016. Pese a la adopción de campañas de prevención, el crecimiento del número de casos es alto; aunque no sobrepasa las tasas de países centroamericanos, en 11 años el número de contagios notificados aumentó en 8.000.

El *Análisis de situación de salud* (en adelante, ASIS), expedido por el Ministerio de Salud (2016) para el período 2005-2014, muestra la mortalidad por enfermedades transmisibles tanto en hombres como en mujeres de la siguiente forma:

- La mayor incidencia en hombres corresponde a las infecciones respiratorias agudas, seguidas por el VIH/sida. Las tasas ajustadas disminuyeron en un 15 % y alcanzaron un valor de 8.14 para el último año; en términos absolutos, la disminución corresponde a 1.93 muertes menos por cada 100.000 hombres en 2014 en comparación con 2005. En tercer lugar aparece la tuberculosis, con una tasa oscilante de aproximadamente 1.03 por cada 100.000 habitantes; es casi la mitad de la tasa de las muertes causadas por el VIH/sida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- En el caso de las mujeres, el VIH también se sitúa como la segunda causa de mortalidad para el período 2005-2014. La tasa de oscilación está en torno a 2.22 y 2.65 mujeres por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2014):

El país presenta una epidemia concentrada, como ya se mencionó, en las poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad, como lo son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las mujeres transgénero, los habitantes de la calle, presentan prevalencias superiores al 5 %, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior al 1 % (pp. 18-19).

Pese a las muertes masculinas por VIH/sida, existe una variación de casos notificados de nuevos contagios en mujeres:

La razón de masculinidad de los casos notificados como VIH en Colombia ha presentado un descenso del mismo, siendo en 1987 de 27.5 hombres por 1 mujer a 2.5 en el año 2013.

Para este periodo la razón de masculinidad se encuentra en 2.7, no existiendo variación respecto al corte anterior (año 2014). Los cambios en dicha razón podrían corresponder en Colombia a la infección en mujeres que mantienen relaciones heterosexuales (Cuenta del Alto Costo, 2015, p. 38).

En Colombia, la prevalencia del VIH en las mujeres se acerca a la tendencia mundial hacia una feminización de la pandemia. Advierten los expertos que estudian varias regiones de África que:

[...] va mucho más allá de las cifras de contagio y mortalidad y tiene que ver con el impacto que ésta tiene en la vida cotidiana de muchas mujeres. Así, estudios recientes mostraban cómo sólo el 57 % de las mujeres tanzanas infectadas recibían la comprensión y el apoyo de sus parejas, mientras que en Uganda, una de cuatro viudas era despojada de sus propiedades tras la muerte de su marido. El hecho de que en muchos casos sean las mujeres las primeras a las que se les detecta el virus, hace que sean acusadas de propagar el virus a otros miembros de la familia, y ello incrementa el riesgo de que sufran “violencia física, expulsión del hogar u ostracismo social” (Mateos *et al.*, 2015, p. 10).

Pese al fenómeno colombiano de feminización de la pandemia, una investigación demostró la débil atención en las políticas pública en salud del VIH en la mujer precisa:

No son visibles aún servicios diseñados en función de las necesidades de las mujeres. Su atención cobra valor y se traduce en cuidado especial durante la gestación, con fines de prevención de la transmisión vertical y en casos de exposición a violencia

•VIH/sida y el conflicto armado en Colombia•

sexual; no en reconocimiento de su condición de desigualdad histórica y estructural. La atención y tratamiento integral requiere una serie de servicios esenciales de apoyo, que hasta ahora son, en gran medida, inadecuados (Useche *et al.*, 2009, p. 69).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2012a) define las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de salud pública directamente relacionados con el alto costo. Para ello, se ha creado la Cuenta de Alto Costo de Colombia (CAC) que:

[...] además de ser un Fondo Inter-EPS autogestionado, que estabiliza el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo, es un organismo técnico no gubernamental del SGSSS que constituye un frente común para el abordaje del alto costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de sociedades científicas, instituciones prestadoras, asociaciones de pacientes y Aseguradoras, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y la creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados (p. 43).

El VIH/sida es considerada una enfermedad de alto costo; por eso, está bajo seguimiento de este fondo y sometido a las condiciones técnicas que defina el organismo no gubernamental, lo que supeditó la protección universal al examen de costo-beneficio y técnico de un organización de las prestadoras de salud en Colombia.

Según el DANE (2016), Colombia tiene una población proyectada al 30 de junio de 2016 de 48.940.039 habitantes, de los cuales 24.069.035 son hombres y 24.678.073 son mujeres. La población cubierta por el SGSSS para el año 2015 “pasó de 46.04 millones a 47.05 millones con una cobertura de 97.6 % que corresponde 57.9 % al régimen contributivo y 40.24 % al régimen subsidiado y un 5 % a los regímenes especiales y un 0.02 % de excepción” (Cuenta de Alto Costo, 2015, p. 33), lo que deja un 2.4 % de la población sin cobertura en salud, lo que equivalente a 174.561 habitantes. La cifra de las personas que viven con VIH es mayor en el régimen contributivo, es decir, vinculadas al Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) (Cuenta de Alto Costo, 2015).

Modos de transmisión del VIH MoT

La medición de los modos de transmisión del VIH ha sido uno de los grandes focos de interés del control y de la vigilancia de la epidemia de sida y así ha sido traducido en Colombia con la adopción del modelo de Onusida, denominado MoT, para determinar las nuevas infecciones. Este mecanismo de medición está basado en:

[...] un modelo matemático epidemiológico que permite calcular la incidencia esperada de la infección por VIH a corto plazo en poblaciones vulnerables, con base en la prevalencia actual de la infección, el número de personas con exposiciones especiales y las tasas de estas exposiciones, creado por iniciativa del grupo de referencia en estimaciones, modelación y proyecciones de Onusida, en colaboración con expertos mundiales en modelación de la epidemia de VIH.

El modelo de incidencia utiliza información disponible sobre tamaños poblacionales, prevalencias de VIH e ITS y parámetros de comportamientos de riesgo, tales como tasa de recambio anual de parejas sexuales, número de actos por pareja por año y proporción de actos protegidos con condón. Igualmente, el modelo tiene en cuenta la transmisión por uso de drogas inyectables, transfusiones sanguíneas e inyecciones médicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 26).

Según los modos de transmisión de VIH definidos por el Ministerio de Salud, el mecanismo de transmisión en el modelo MoT Colombia para 2013 estima un total de 10.210 nuevos eventos (tasa de incidencia de 42 casos por 100.000 habitantes de la población vulnerable), distribuidos así: la población de HSH es la más afectada, con la mayor cantidad de casos nuevos (61.46 %), seguidos por parejas féminas de HSH (9.87 %), sexo heterosexual de bajo riesgo (9.65 %), mujeres transgénero (9.61 %), sexo casual heterosexual (2.35 %), usuarios de drogas inyectables (UDI) (2 %), parejas de clientes de prostitución (1.76 %), parejas de sexo casual heterosexual (SCH) (1.27 %), clientes de mujeres trabajadoras sexuales (MTS) (1.08 %), trabajadoras sexuales (0.77 %), inyecciones médicas (0.16 %), parejas de UDI (0.01 %) y transfusiones sanguíneas (0 %) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El otro informe sobre situación del sida en Colombia para el mismo período es de la Cuenta de Alto Costo (CAC) (2015). Según la medición realizada el 31 de enero de 2015, los modos o mecanismos de transmisión del VIH son la vía sexual

(88.12 %), materno infantil (1.70 %), transfusión (0.28 %), accidente ocupacional (0.11 %), uso de agujas (0.10 %) y abuso sexual (0.08 %).

Al contrastar los reportes del Ministerio y de la CAC, las variaciones son importantes: mientras el Ministerio distribuye los comportamientos en grupos sexuales de los cuales HSH representan un 61.4 %, la CAC lo estima en un 88.12 %. Para el primero, el reporte de afectación por transfusión de sangre se encuentra en 0 %, pero la CAC admite la existencia de un 0.28 %; además, la CAC integra como forma de transmisión al abuso sexual y a los accidentes ocupacionales. Lo que resalta es que en ningún documento se contabilizan los casos en la población desplazada, los contagios por violación en el marco del conflicto armado y tampoco los de las Fuerzas Armadas regulares.

El Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 consideró otros grupos poblacionales que, por sus condiciones socioeconómicas, se hallan en estado de grave vulnerabilidad y mayor riesgo de contagio; entre ellos se incluyen por primera vez las víctimas del conflicto armado (CAC, 2015).

La incorporación de las víctimas del conflicto armado con especial mención de la población desplazada dentro de los planes nacionales de salud pública del país es la primera alusión a las críticas señaladas por varios investigadores que veían la exclusión del grupo más vulnerable y con mayor riesgo. El precario servicio de salud de la población en desplazamiento interno que vivía Colombia —segundo país en el mundo con mayor cantidad de desplazados internos, luego de Siria— había excluido a toda población víctima del conflicto armado desde 1984, con el primer plan de atención al sida.

Los antecedentes más lejanos de la atención como política de salud se ubican en 1984. Su objetivo era la vigilancia y el control de la epidemia, más que la atención. Los programas, planes y las políticas públicas dirigidos al control del VIH/sida en Colombia entre 1987 y 2008 han sido entendidos como una adaptación a los lineamientos internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OPS, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida) y la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS, por su nombre en inglés) (Useche *et al.*, 2009). De acuerdo con una investigación realizada en 2009 por académicos vinculados a universidades colombianas, al diseño de los planes “difícilmente se integran experiencias locales de atención, lo que da la idea de una adaptación descontextualizada que

termina desconociendo las especificidades sociales y culturales, tan diversas en Colombia” (Useche *et al.*, 2009, p. 64). La tendencia reflejada en todos los programas ha sido proseguir sobre el “sistema de aseguramiento; infortunadamente, no se encuentra evidencia de algún hito histórico por intentar transformar las condiciones estructurales políticas, económicas y culturales en relación con la población de personas viviendo con VIH y la inequidad en salud” (Useche *et al.*, 2009, p. 64).

Sida y conflicto armado en Colombia

Como compleja ha sido calificada la relación entre los conflictos armados y la expansión de la epidemia del sida (Mateos *et al.*, 2015); para otros expertos, el conflicto es un catalizador de la epidemia (Hankins, Friedman, Zafar y Strathdee, 2002; Karkee y Shrestha, 2006; Oxfam Internacional, 2009, citados en Malagón, 2011) y otros más cuestionan sobre la influencia del conflicto armado en la expansión de la epidemia, pues alterar las condiciones de vulnerabilidad agrava las crisis humanitarias de un conflicto en proceso o en su estado posbélico.

El CICR (2003) manifestó que entre las emergencias que debe atender de la salud, el VIH/sida es una de las más alarmantes. Como organismo de atención humanitaria en estados bélicos y posbélicos, no solo centra su preocupación en una misión médica en campos de refugiados, sino en la batalla para romper los estigmas y dogmas construidos alrededor de la enfermedad y de los enfermos. Por eso, hace un llamado para que la lucha contra el VIH/sida no sea visualizada solo como una emergencia momentánea ni supeditada a tiempos de conflicto, en los cuales se requiere, entre otras medidas:

- Disponibilidad de preservativos.
- Difusión de normas universales para tratamientos médicos y transfusiones de sangre.
- Educación en materia de VIH/sida (tanto para los pacientes que reciben atención médica costeadas por el CICR como para el personal militar).
- Promoción del examen anónimo de detección.
- Protección de las víctimas de violencia sexual y de las personas que viven con el VIH/sida (CICR, 2013).

Desde que el Consejo de Seguridad dio lugar a la primera resolución sobre el VIH/sida asociado con los conflictos y la seguridad, se expandieron los análisis del lazo que unieran la expansión de la epidemia y la seguridad internacional (Onusida, 2000). Dentro de los programas desarrollados se encuentra el Programme ASCI (AIDS, Security and Conflict Initiative), ejecutado por Onusida en colaboración con varias universidades y centros de investigación. Durante tres años se vigiló y estudió la expansión de la epidemia en varios conflictos armados en curso, en especial en África. Las conclusiones más importantes fueron⁵⁶:

Los resultados del programa ASCI muestran que la teoría de los riesgos de la seguridad nacional ante la expansión de la epidemia es infundada. De igual modo, señalan el subanálisis de la expansión de la epidemia en situaciones de transición y posconflicto a causa del pobre control sobre los cuerpos de policía, administración penitenciaria y autoridades de la frontera.

- El VIH/sida amenaza la capacidad operacional de las Fuerzas Armadas, sobre todo táctica. Puede disminuir la eficacia de los combates, la cohesión de las unidades y la moral y disciplina de las tropas.
- Cuando los mecanismos de prevención son compartidos entre los servicios médicos y los mandos militares, puede lograrse un mayor control sobre los riesgos de infección del VIH entre las tropas, al igual que si se actúa sobre prevención de violencias sexuales con personal subalterno. El control de prevención debe ir más allá de procesos basados en comportamientos individuales y médicos y avanzar sobre controles de toda la organización militar y policial.
- Las actividades de prevención del VIH han descuidado los servicios de policía y los otros servicios del orden y de la aplicación de la ley, así como del servicio de aduanas, las fuerzas navales, los servicios de migración y la administración penitenciaria.
- Los riesgos de transmisión del VIH, sobre todo en caso de epidemia concentrada entre aquellos que utilizan drogas inyectables y trabajadores del sexo, están influenciados por las prácticas relativas a la aplicación de la ley y por el comercio de drogas, la trata de seres humanos y por los

.....
56 Original en francés. Las conclusiones se han tomado de una traducción no oficial.

individuos que controlan la industria del sexo: proxenetas, traficantes y clientes regulares.

- La transición del posconflicto es un período de vulnerabilidad ante la transmisión del VIH y un aspecto descuidado por políticas y programas referentes al VIH/sida.
- Las políticas deben prestar más atención a las situaciones de postconflicto, durante las cuales debe asegurarse una mejor continuidad de servicios, a fin de reaccionar a la movilidad creciente de población, a la desmovilización de combatientes, a las interrupciones de la asistencia humanitaria para las personas desplazadas en los campos y a las presiones excesivas ejercidas sobre los servicios sociales y sanitarios en las regiones de retorno.
- Los programas de desarme, desmovilización y reintegración (DDR) constituyen una faceta importante, pero son ignorados en la prevención de contagio por el VIH/sida y en intervenciones.
- Las relaciones sexuales forzadas aumentan el riesgo de transmisión del VIH —a causa del traumatismo genital— y las probabilidades de contagio de VIH con otras infecciones sexualmente transmisibles. A ello se suma la insuficiente atención en salud en los casos de posconflicto (De Waal *et al.*, 2010).

Las posiciones alarmistas y de desequilibrio e inseguridad internacional por la expansión de la epidemia han sido descalificadas por las conclusiones anotadas.

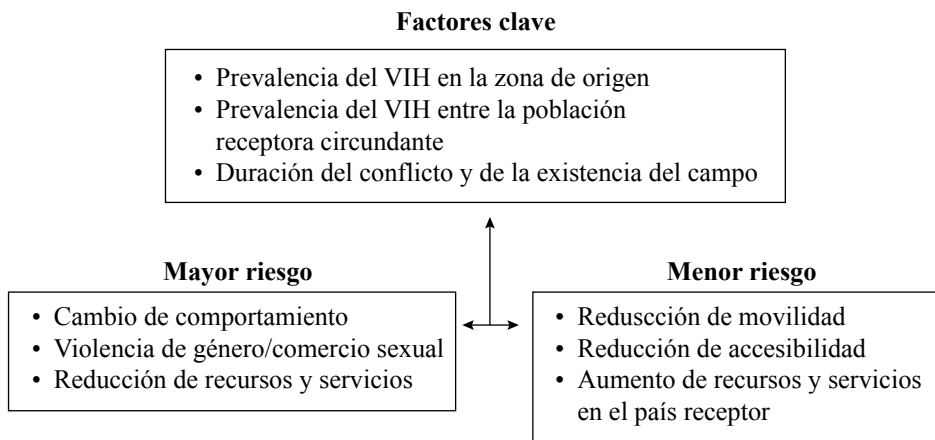
Los factores de riesgo del VIH/sida en conflictos armados y los riesgos de expansión de la epidemia en situaciones de posconflicto serán objeto de mayor profundización, para culminar con las lecciones extraídas de las experiencias desastrosas en otras latitudes a manera de recomendaciones para el proceso colombiano.

Factores de riesgo del VIH en conflictos armados

Uno de los factores más relevantes son los campos de refugiados y la existencia de grandes desplazamientos forzados de la población civil. Los factores clave

dentro de los campos de refugiados o zonas de concentración de desplazados forzados son la prevalencia de la enfermedad en el área de origen (zona de expulsión) o en la receptora y un factor definitivo es la duración del conflicto y la existencia o no de campos de refugiados. Según la Tabla 2, a los factores clave los acompañan otros de mayor o menor riesgo que podrían determinar más peligro de expansión de la epidemia; entre ellos figuran la violencia de género y el comercio sexual y el pobre acceso a recursos y servicios.

Tabla 2. Factores de riesgo de VIH en conflictos armados y en campos de personas desplazadas



Fuente: Mateos y otros autores (2015, p. 18)

Ante una crisis humanitaria cruenta, el acceso a recursos o servicios como agua, alimentos o medicinas determina las circunstancias para el sometimiento de una población, un grupo de personas o pocos individuos al comercio y al abuso sexuales. En un campo de refugiados se carece de los mínimos necesarios y los abusos sexuales contra mujeres y niños hacen proclive el aumento de casos de infección de todo tipo de virus, incluso del VIH.

[...] es crucial que los servicios en uniforme, como miembros de las fuerzas armadas y las tropas de mantenimiento de la paz sean objetivo de servicios relativos al VIH (siendo ellos mismos grupos de extrema movilidad) pero también siendo agentes de cambio a fin de combatir la violencia ligada al género y a la propagación del VIH (Kenny, Carballo y Bergmann, 2010, p. 3).

La inseguridad alimentaria es otro elemento con mayor impacto en la expansión del VIH, así catalogada por Onusida independientemente de encontrarse en un campo de refugiados o por fuera de él. La presión ante la escasez de alimentos puede provocar “conductas de riesgo” por acceso a alimentos:

La inseguridad alimentaria puede contribuir a que las personas sean más propensas a infectarse por el virus, y puede desembocar en que se adopten comportamientos para obtener alimentos que tengan efectos negativos, como la venta de bienes, la migración en busca de trabajo, retirar a los niños de la escuela, o implicarse en el comercio sexual. Aunque hay muchas personas que adoptan conductas que aumentan el riesgo de transmisión del VIH independientemente de su condición en cuanto a seguridad alimentaria, la inseguridad a este respecto puede incrementar la posibilidad de que se adopten estos comportamientos de riesgo (Onusida, 2010, p. 33).

Otro factor de riesgo de expansión de la epidemia es la degradación del respeto sexual a la mujer en medio del conflicto, ha sido definida como una situación sexo-específica, es decir, por razón del sexo. Tal impacto en la expansión de la epidemia tiene en cuenta los siguientes factores:

- Existe una naturaleza sexo específica de la pobreza provocada por los conflictos que exacerba los riesgos para las mujeres cabezas de familia y para aquellas que sirven en las Fuerzas Armadas (regulares o irregulares) o están asociadas con ellas.
- Muchas mujeres y niñas son forzadas a incorporarse a la transacción sexual como manera de sobrevivir y también a contraer un matrimonio precoz. Otras son víctimas de la trata ilegal de seres humanos y de esclavitud sexual.
- Para reaccionar a tal variedad de factores de riesgos sociales y psicológicos asociados con la violencia y la explotación sexual en situación de crisis y en Estados frágiles, deberá hacerse una gran inversión en cuidados de la salud reproductiva de urgencia y en la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles. Igualmente, deberán llevarse a cabo evaluaciones de riesgos de seguridad e intervenciones que sean sensibles a las diferencias entre hombres y mujeres, comunidades de desplazados, grandes zonas de frontera y regiones de retorno como en las zonas de mantenimiento de la paz (Delargy y Klot, 2010).

Expansión de la epidemia en situaciones posbélicas

El fenómeno de la expansión de la epidemia en el período posbélico o de posconflicto es una constante reconocida por Onusida y por el Consejo de Seguridad desde la Resolución SCR1308 de 2000. La mecánica de los combates en la fase de conflicto abierto impide el asentamiento de las tropas; su permanente desplazamiento y estado de alerta aleja a los combatientes de un contacto directo con la población civil e impide la expansión, a menos que la violación y la contaminación de sida sean utilizadas como arma de guerra, como sucedió en Ruanda y la antigua Yugoslavia, casos penados internacionalmente.

Otras razones explican el hecho:

- La frágil situación que suele vivirse en contextos posbélicos y circunstancias como el fin del aislamiento de un país, factor al que se ha aludido para explicar por qué en determinadas situaciones el conflicto supone un obstáculo para la difusión del VIH/sida.
- El retorno de población refugiada que sí se haya visto afectada por el VIH/sida durante el refugio.
- El aumento de la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual que tiene lugar en los contextos posbélicos.
- En algunos casos, como el de Ruanda, apenas después del fin del conflicto armado la población tiene conocimiento de que está afectada por la enfermedad (Mateos *et al.*, 2015).

La situación posterior al fin del conflicto permite entrever una sensación de bienestar, pero en realidad conlleva descuido en la atención social, económica y sanitaria de las zonas en transición posconflictual. De acuerdo con Spiegel (2010), tal descuido ha implicado un aumento acelerado de la epidemia.

[Cuando] las sociedades comienzan a levantarse del traumatismo causado por el conflicto, los factores que no existían durante el conflicto como la reconstrucción de infraestructuras y aceleración de la urbanización, una migración a gran escala y una mejora en la economía, pueden aportar un terreno fértil a la propagación del VIH. Durante esta etapa, como durante la fase de transición entre la situación de urgencia y las post urgencia, hay un momento donde puede producirse una interrupción de mecanismos de financiación sobre el VIH, el financiamiento apropiado y las inter-

venciones del control del VIH en situación postconflictual quedan como prioridades descuidadas (p. 9).

La desfinanciación de programas de prevención y atención del sida es un factor que no depende de las comunidades y que conlleva a un descuido de tales campañas; sin embargo, existen otros elementos que pueden “transformar los contextos de post conflicto en ambientes donde el riesgo de propagación del VIH es elevado” (Marwah, Delargy y Tabac, 2010, p. 12). Para Marwah y sus coinvestigadores es notorio que durante los conflictos armados la pérdida de acceso a servicios esenciales —salud, educación e información— deja a las comunidades sin los conocimientos o los medios necesarios para protegerse del VIH desde el momento en el que los combates finalizan. Sin duda, la población civil tiene una debilidad y un desequilibrio que la hace presa fácil de la expansión de la epidemia.

La incorporación a esas comunidades débiles de los excombatientes que se hallan en procesos de desarme, desmovilización y reintegración las hará aún más sensibles a la contaminación. Los reincorporados suelen llegar a entornos con economías debilitadas y que toman tiempo para levantarse. El seguimiento a varios procesos de posconflicto en África y Asia muestra que las nuevas esperanzas de paz y de reconstrucción coexisten con el desempleo, la indigencia y la desesperanza; a causa de estas situaciones, los individuos pueden aproximarse al alcohol, la toxicomanía y otros comportamientos de riesgo (Marwah *et al.*, 2010).

El retorno de los excombatientes a sus antiguos hogares, el reencuentro con sus parejas, quienes debieron tomar nuevas responsabilidades y el retorno en circunstancias de desempleo conforman el ambiente propicio para un aumento de la violencia conyugal.

Las Fuerzas Armadas y los grupos armados también son reconocidos como multiplicadores de la exposición a la infección. Las recomendaciones más importantes de las investigaciones sobre los procesos de desarme, desmovilización y reintegración (DDR) es que los actores sean conscientes de los peligros y que apunten a identificar y disminuir los riesgos de VIH, así como a reforzar los programas nacionales y locales de prevención, cuidados y apoyo a los antiguos combatientes para reintegrarse a la vida civil (Marwah *et al.*, 2010).

Otro elemento que debe tenerse en cuenta en la fase posbélica es el abuso señalado por varias ONG cometidos por las tropas que forman parte de las misiones de mantenimiento de la paz en varias zonas del mundo. Luego de años de constantes denuncias, la ONU emitió una Resolución el 11 de marzo de 2016 que condena los abusos sexuales cometidos por los cascos azules y prevé repatriar contingentes enteros de cascos azules en caso de sospecha de abusos sexuales, un problema recurrente y particularmente agudo en las Misiones de mantenimiento de la paz en Centroáfrica (Minusca) y en la República Democrática del Congo (Monusco). La propuesta de repatriación, presentada por Estados Unidos, tuvo catorce votos favorables y la abstención de Egipto; cuatro países (Rusia, Angola, China y Venezuela) apoyaron a este último, pero finalmente aprobaron la propuesta de Estados Unidos. Así, la Resolución fue adoptada por unanimidad, con una moción de Egipto (*France 24*, 2016).

En un reporte publicado, la ONU indicó haber recibido 99 denuncias de agresión y explotación sexuales en 2015 y 19 en 2014. Dos misiones acumulan la mitad de los casos: las misiones de mantenimiento de la paz en Centroáfrica (Minusca) y en República Democrática del Congo (Monusco). Desde el inicio de 2016 ya existían veintiséis nuevas acusaciones (*France 24*, 2016).

Para enero de 2016, Human Rights Watch documentó ocho casos de explotación y abuso sexual cometidos por soldados de la ONU en la República Centroafricana, incluidas la violación y la violación en grupo.

[Estos hechos] se han reportado desde la década del noventa respecto a las misiones de paz en Bosnia y Herzegovina, Camboya, la República Democrática del Congo, Timor Oriental, Haití, Liberia, Sierra Leona y Sudán del Sur, entre otras. Las tropas de Pakistán, Bangladesh, Sri Lanka, Uganda, Burundi, República del Congo y República Democrática del Congo se destacan entre las involucradas, aunque algunos de esos casos concernían a las fuerzas de mantenimiento de la paz dirigidas por la Unión Africana (Human Rights Watch, 2016).

La ausencia de documentación ha excluido este asunto de los índices sobre la expansión de la epidemia del VIH, pero dado que el período promedio de duración de las operaciones de mantenimiento de la paz es de diez años, el impacto podría ser aterrador, ahora que la ONU ha aceptado la revisión de los casos y su seguimiento en el área de influencia.

Situación de la epidemia del VIH/sida y el conflicto armado colombiano

Se sabe poco sobre el impacto de la crisis humanitaria por el desplazamiento forzado en Colombia en la expansión de la epidemia del VIH/sida en el país. Igual comentario merece el impacto, la responsabilidad y los índices del contagio en las Fuerzas Armadas regulares en Colombia. Tampoco se conocen programas previstos para atender, establecer y controlar el estado de contagio del VIH/sida entre los más de 7.000 combatientes en el proceso de desarme, desmovilización y reintegración de las FARC.

Pese a la ausencia de datos sobre los verdaderos estragos que ha causado el conflicto armado en la epidemia del sida en Colombia, los reportes internacionales de Onusida para 2003 veían dos situaciones con graves crisis humanitarias en América como focos de expansión de la epidemia del VIH/sida. En la Tabla 3 se aprecia a Colombia y a Haití como las referencias más relevantes. Señala 190.000 casos colombianos, con una prevalencia de 0.7 % de la enfermedad.

Sobre la relación entre conflicto armado y los índices de sida solo existe un documento publicado. Se trata del estudio sobre la desigualdad social, la salud y el conflicto armado en Colombia durante el período 2002-2008, realizado por Jeadran Nevardo Malagón Rojas (2011), experto de la Organización Panamericana para la Salud. Advierte acerca de la ausencia de vinculación del conflicto armado como un elemento determinante en la lucha contra la epidemia:

[...] para el caso colombiano es particularmente difícil el proceso de caracterizar la existencia de un vínculo entre el aumento de la incidencia de VIH/sida y el conflicto armado porque prácticamente todo el país había sido afectado por el conflicto armado (p. 267).

Según los resultados de la investigación:

La puesta en práctica de la política de salud para luchar contra el VIH/sida, como una estrategia de respuesta a los Objetivos de Milenio, ha mejorado la eficacia del sistema de vigilancia en un grupo de departamentos (manifiesto en altas coberturas en salud — >80 %— y alto IDH —> 0.75—) que presentaron las tasas más altas de incidencia de VIH/sida entre 2002 y 2008. Sin embargo, estos departamentos registraron las tasas de homicidio y masacres más altas del país, además del mayor número de ataques terroristas (Malagón, 2011, p. 268).

Tabla 3. Sobre los países en situación de crisis humanitaria e índices de VIH/sida 2003

Países que sufren una crisis humanitaria	Población adulta y menores que vivían con el VIH a finales de 2003 (estimación)	Prevalencia en adultos (15-49), final de 2003 (%) (estimación)	Países que sufren una crisis humanitaria	Población adulta y menores que vivían con el VIH a finales de 2003 (estimación)	Prevalencia en adultos (15-49), final de 2003 (%) (estimación)
África			América Latina y Caribe		
Angola	240.000	3,9%	Colombia	190.000	0,7%
Burundi	250.000	6,0%	Haití	280.000	5,6%
Congo	90.000	4,9%	Asia y Pacífico		
Côte d'Ivoire	570.000	7,0%	Afganistán	-	-
Eritrea	60.000	2,7%	Indonesia	110.000	0,1%
Etiopía	1.500.000	4,4%	Myanmar	330.000	1,2%
Guinea	140.000	3,2%	RPD Corea	-	-
Kenya	1.200.000	6,7%	Sri Lanka	3.500	0,1%
Lesotho	320.000	28,9%	Tayistán	< 200	< 0,1%
Liberia	100.000	5,9%	Europa		
Madagascar	140.000	1,7%	Georgia	3.000	0,1%
Malawi	900.000	14,2%	Rusia (Chechenia)	860.000	1,1%
Mozambique	1.300.000	12,2%	Serbia y Montenegro	10.000	0,2%
R. Centrafricana	260.000	13,5%	Oriente Medio		
RD Congo	1.100.000	4,2%	Iraq	< 500	< 0,1%
Rwanda	250.000	5,1%	Palestina	-	-
Sierra Leona	-	-			
Somalia	-	-			
Sudán	400.000	2,3%			
Swazilandia	220.000	38,8%			
Tanzania	1.600.000	8,8%			
Uganda	530.000	4,1%			
Zambia	920.000	16,5%			
Zimbabwe	1.800.000	24,6%			

Fuente: Mateos y otros autores (2015, p. 25)

Tras revisar los 32 departamentos del país, se aprecia que “un grupo de departamentos con una fuerte presencia de violencia armada, manifestada en las tasas de homicidio, matanzas e infracciones del DIH, mostraron una baja incidencia de VIH/sida” (Malagón, 2011, p. 268). Pese a considerar las cifras oficiales de los homicidios y las masacres, no es posible establecer la relación directa entre conflicto armado y la tasa de homicidios por departamento, debido a que un 50 % de

las muertes violentas registradas por el Instituto de Medicina Legal no está relacionado con ninguna causa o un motivo, lo que claramente revela “un subregistro de las muertes asociadas con el conflicto armado” (Malagón, 2011, p. 269).

El registro de víctimas del conflicto armado interno fue incluido en el Plan Nacional de Salud 2012-2021. No obstante, es en el informe de la CAC (2015) cuando aparece por primera vez el reporte de personas infectadas por VIH entre las comunidades desplazadas. Aunque la población en desplazamiento forzado por el conflicto no es la víctima exclusiva de la violencia, sí es la única que aparece consignada a partir de 2015; quedaron sin registro los años de mayor desplazamiento como también las otras víctimas del conflicto armado.

Tabla 4. Distribución PWIH⁵⁷ según grupos poblacionales 2015

Grupo poblacional	Mujeres	Hombres	Total
	n=	n=	n=
	%	%	%
Desplazado	384	334	718
	2.31%	0.75%	1.17%
No pertenece	16,163	43,738	59,901
	97.26%	98.16%	97.92%
Privado de la libertad	71	484	555
	0.43%	1.09%	0.91%
Total	16,618	44,556	61,174

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

En la Sentencia T-025 de 2004 se había ordenado el registro de las personas en condición de desplazamiento forzado, pero fue efectivo a partir de 2006. El registro y el control de la expansión de la epidemia en este grupo poblacional extremadamente vulnerable no ha tenido registro sobre la materia sino a partir de 2015.

En cuanto al caso de desplazamiento interno en Colombia, no existe suficiente evidencia para afirmar o negar que el desplazamiento haya sido un detonante de la epidemia [...] los registros de casos de VIH/sida en desplazados no existen antes del año 2006. Por otro lado, la incidencia de VIH/sida en esta población reportada de 2006 a 2008 refleja una incidencia del virus menor al promedio nacional (0.4 %) (Malagón, 2001, p. 269).

.....
57 PVVIH se refiere a la persona que vive con VIH (CAC, 2015, p. 3).

Aunque dirigía una investigación para la OPS, tanto para Malagón, en el año 2011 como para esta investigación no fue posible conocer los reportes de la epidemia en la Fuerzas Armadas, pese a la solicitud formal ante el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de la Defensa.

Como ya se mencionó, la inscripción de personas en situación de desplazamiento forzado, ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-025 de 2004, solo comenzó a efectuarse a partir de 2006. La tardía decisión de incorporar el registro de contagios de VIH/sida en la población desplazada en el Plan Nacional de Salud para los años 2012-2021 da cuenta de la ausencia de información sobre ese grupo y, por lo mismo, de la falta de control de la expansión de la epidemia en el foco poblacional de alto riesgo de contagio.

Según la Ley 1448 de 2011, denominada Ley de víctimas y de restitución de tierras, se estableció que el reconocimiento de víctimas solo contaría a partir del 1 enero de 1985, pues esta fue la época del inicio de los grandes desplazamientos a causa del conflicto armado y para la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), el desplazamiento aparece masiva y permanentemente en el país desde hace veinticinco años (Núñez y Hurtado, 2015).

De acuerdo con la investigación desarrollada por la OPS, la ausencia de registro no es evidencia:

[...] para afirmar o negar que el desplazamiento haya sido un detonante de la epidemia [...] los registros de casos de VIH/sida en desplazados no existen antes del año 2006. Por otro lado, la incidencia de VIH/sida en esta población reportada de 2006 a 2008 refleja una incidencia del virus menor al promedio nacional (0.4 %) (Malagón, 2011, p. 269).

En cuanto a la incidencia de la epidemia en las Fuerzas Armadas, para la investigación que desarrolló Malagón (2011) sobre la desigualdad social, salud y conflicto armado en Colombia, no fue posible conocer los datos de la epidemia en esta población, debido a la negativa de acceso a los datos por razones de seguridad. Aunque es una población de alto riesgo de contagio, la situación sobre las tasas actuales de contagio en las Fuerzas Armadas tampoco fue reportada en el informe del país a Onusida sobre el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a). Así, pues,

la ausencia de conocimiento sobre las condiciones actuales de la epidemia reduce las posibilidades del control de contagio y las medidas de atención.

Por otra parte, la ausencia de información y el subregistro de la epidemia en focos poblacionales reconocidos como de alto riesgo de contagio son circunstancias que rodean el panorama del estado actual de la enfermedad en un país que enfrenta una etapa de posconflicto. La importancia de adoptar medidas de control de la situación actual permitirá a excombatientes, fuerzas militares regulares y población civil que el proceso de reincorporación y desmilitarización sea menos traumático y minimice el impacto de la salida del conflicto.