

GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS PACIENTES CON COINFECCIÓN DE VIH Y VHC. EL CASO COLOMBIANO*

GUARANTEE OF THE RIGHT TO HEALTH OF PATIENTS WITH HIV AND HCV COINFECTION. THE COLOMBIAN CASE

Karina Margarita García Cantillo, María Luisa Bravo Villa***, Elaine Gutiérrez Casalins******

RESUMEN: Este artículo examina las medidas adoptadas por el Gobierno de Colombia para atender las necesidades de la población diagnosticada con coinfección de los virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de hepatitis C (VHC), inclusive las personas privadas de la libertad, y de esa manera garantizar su derecho fundamental a la salud. Para verificar tales acciones, se realiza una revisión de las guías elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Cuenta de Alto Costo, en las que se aborda el panorama de estas enfermedades, así como los mecanismos legales para acceder al tratamiento. Los hallazgos indican que, si bien el Sistema de Salud en Colombia no es excelente, lo cierto es que se evidenció la gestión de los últimos gobiernos para implementar una política de prevención de tales enfermedades, así como, para destinar mayores recursos públicos que permitan una adecuada satisfacción de las necesidades sanitarias de este grupo vulnerable.

ABSTRACT: *This paper examines the measures adopted by the Colombian government to meet the needs of the population diagnosed with coinfection of human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C (HCV), including persons deprived of liberty. To verify such actions, this paper reviewed the guides prepared by the Ministry of Health and the High-Cost Account, in which these diseases have been studied, as well as the legal tools to access to the treatment. The findings indicate that although the Health System in Colombia is not excellent, the truth is the last governments introduced a prevention policy of these illness, besides, appropriated more financial resources that allow an adequate satisfaction of the health needs of this vulnerable group.*

PALABRAS CLAVE: virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis C (VHC), coinfección, derecho a la salud, tratamiento integral.

KEYWORDS: *human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis C virus (HCV), coinfection, right to health, comprehensive treatment.*

Fecha de recepción: 22/10/22

Fecha de aceptación: 05/12/22

doi: <https://doi.org/10.20318/universitas.2023.7406>

* Este artículo es producto del trabajo de grado de las autoras para obtener el título del Máster de Derechos Fundamentales de la Universidad Carlos III de Madrid, el cual fue calificado con la nota máxima.

** Abogada de la Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia). Magíster en Derecho Público para la Gestión Administrativa de la Universidad de los Andes (Colombia). E-mail: kmgarcia@gmail.com.

*** Abogada de la Universidad Autónoma (Colombia). E-mail: mluisabravov@gmail.com.

**** Abogada de la Universidad Libre (Colombia). E-mail: gutierrezelaineesther@hotmail.com.

1.- INTRODUCCIÓN

La Carta Política de 1991 contempló la obligación a cargo del Estado colombiano de garantizar a toda persona el acceso a “los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”¹.

El presente artículo examina las medidas adoptadas por el gobierno colombiano para atender las necesidades de la población diagnosticada con coinfección de los virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de hepatitis C (VHC), inclusive la población carcelaria, aunado a ello, pretende mostrar el panorama que este grupo de pacientes enfrenta a diario para recibir una atención integral que incluya el suministro de medicamentos de alto costo como el del VHC.

Cabe destacar que los mencionados virus tienen las mismas vías de transmisión, por lo tanto, la coinfección con VIH y VHC constituye una situación frecuente que puede generar un incremento del riesgo de cronicidad en la salud del paciente. La anterior circunstancia, pone de presente la necesidad de lograr una detección temprana del virus de la hepatitis C en las personas portadoras del VIH, pues ello, sin duda alguna, impactaría en la disminución de índices de morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional.

Respecto del tratamiento médico para combatir la coinfección señalada, los fármacos antivirales de acción directa (AAD) son los que usualmente han tenido una alta efectividad para manejar la infección en Colombia, entre los cuales, se destacan *velpatasvir/sofosbuvir* y *elbasvir/grazoprevir*. Estos medicamentos tienen un alto costo, particularidad que ha llegado a convertirse en una barrera para que los pacientes puedan recibir una atención integral y eficaz.

Sin perjuicio de lo anterior, la coinfección de tales patologías requiere de una acción oportuna y eficiente por parte del sistema de salud colombiano que reduzca el riesgo de muerte por causa hepática o por el VIH, de tal manera que la falta de atención médica oportuna no solo afecta, de manera intensa, el derecho a la salud de dichos pacientes, sino que también pone en grave riesgo su derecho a la vida.

Desde luego, las actividades de monitoreo continuo en la población con VIH representan una estrategia adecuada para lograr la detección oportuna de los casos de coinfección con VHC y, de ese modo, precaver el riesgo de cronicidad en la salud de estos pacientes y brindarles un tratamiento oportuno y adecuado que cure la infección diagnosticada.

¹ Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

2.- ESTRUCTURA

El contenido de este artículo se desarrollará a partir de la revisión de las distintas guías elaboradas por el Ministerio de la Salud y Protección Social y la Cuenta de Alto Costo, en las que se ha abordado la situación de la hepatitis C crónica y del VIH/SIDA en Colombia, las cuales, además, presentan un análisis de datos y gráficas que permiten tener una visión más detallada del panorama reciente de las personas afectadas con dichas enfermedades.

Luego, se efectuará un examen de las distintas normas jurídicas de carácter nacional, con el propósito de identificar las herramientas constitucionales y legales con las que cuenta un paciente con coinfección VIH y VHC para hacer efectivo su derecho fundamental a la salud ante la eventual falta de suministro del tratamiento respectivo.

Acto seguido, se identificarán las reglas jurisprudenciales creadas por la Corte Constitucional en materia de protección a los derechos fundamentales de estos sujetos de especial protección y, a manera de apoyo, se destacarán algunos casos en los cuales este tribunal ha proferido órdenes dirigidas a garantizar la atención integral de estas personas.

A su turno, se revisará el caso concreto de la población carcelaria diagnosticada con la precitada coinfección a fin de identificar si por su condición de privados de la libertad reciben algún trato discriminatorio en lo que a la atención en salud se refiere; para ello, se recurrirá a los medios electrónicos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) que cuentan con información valiosa que permiten conocer el *statu quo* al interior de esta población.

Por último, se plantearán algunos comentarios con la finalidad de tomar partido frente a aquellos aspectos que puedan representar un riesgo para la salud de los mencionados pacientes.

3.- PANORAMA SOBRE LA COINFECCIÓN ENTRE EL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) Y EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Previo a abordar el panorama de coinfección entre el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia, así como, el acceso al tratamiento respectivo, resulta menester diferenciar cada una de estas enfermedades para tener una mayor contextualización del grave riesgo que puede implicar para la salud del paciente el sufrir una coinfección de tales virus.

Por un lado, el virus de la hepatitis C (VHC) ha sido definido como un microorganismo que se encuentra principalmente en la sangre y en las células del hígado; la infección generada por aquel puede causar inflamación y formación de cicatrices en el órgano aludido. El proceso de

cicatrización más leve se denomina fibrosis y el de mayor gravedad es conocido como cirrosis. Este virus se transmite cuando la sangre de una persona ya infectada entra directamente al torrente sanguíneo de otro individuo².

Por el otro, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un agente infeccioso que ataca el sistema inmunitario del cuerpo humano, el cual, si no es tratado a tiempo, puede causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este virus se transmite por diferentes vías, a saber: *i) sexual*, que se produce durante las relaciones sexuales sostenidas con una persona portadora del VIH sin la protección respectiva, como por ejemplo, la falta de uso de preservativos (condones); *ii) perinatal*, la cual ocurre entre la madre y el bebé durante el embarazo; y, *iii) parenteral*, que tiene lugar cuando el contagio se da por el uso compartido de agujas, jeringas u otros elementos para la inyección de drogas³.

Ahora bien, según el reporte más reciente del organismo técnico no gubernamental denominado 'Cuenta de Alto Costo (CAC)'⁴, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC) tienen las mismas vías de transmisión, de tal manera que la coinfección es una situación frecuente que puede llevar a un aumento del riesgo de cronicidad debido a la insuficiente respuesta inmune citotóxica de los pacientes con VIH.

Las personas que padecen la coinfección presentan una progresión de la enfermedad por el VHC más agresiva y con un alto nivel de viremia, así como también un mayor riesgo de padecer cirrosis, insuficiencia hepática, hepatocarcinoma, descompensación de la cirrosis y morbimortalidad por causa hepática⁵.

El contexto colombiano no es ajeno a la señalada coinfección en vista de que se han identificado una serie de casos en los cuales personas diagnosticadas con VIH han adquirido, de manera concomitante, el VHC. A continuación, se trae a colación una tabla que muestra la tendencia del número de casos clínicos de coinfección según el sexo durante los

² Treatment Action Group, *Guía sobre la hepatitis C para personas con VIH: análisis, coinfección, tratamiento y apoyo*, 2009. <https://www.treatmentactiongroup.org/wp-content/uploads/2011/10/HCV-09updateESP.pdf>

³ Centros para el Control y la prevención de enfermedades, *Acerca del VIH*, 7 de septiembre de 2022, [https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html#:~:text=es%20el%20HIV%3F-,El%20VIH%20\(virus%20de%20la%20inmunodeficiencia%20humana\)%20es%20un%20virus,lo%20tiene%20de%20por%20vida](https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html#:~:text=es%20el%20HIV%3F-,El%20VIH%20(virus%20de%20la%20inmunodeficiencia%20humana)%20es%20un%20virus,lo%20tiene%20de%20por%20vida)

⁴ Cuenta de Alto Costo. *Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2020*, junio de 2021, [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3(1).pdf)

periodos 2017-2020, que fue elaborada por la Cuenta de Alto Costo (CAC)⁶.

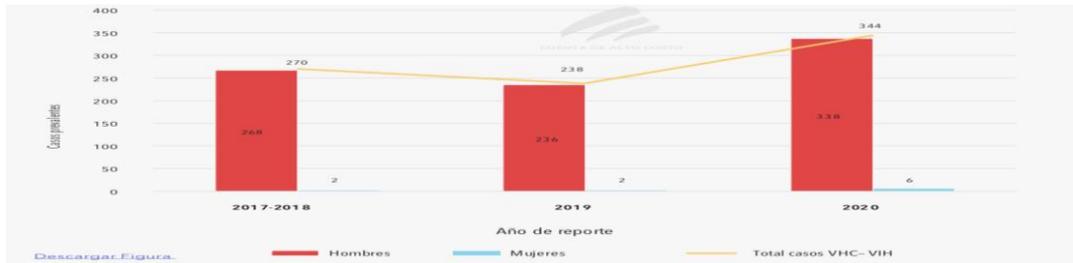


Tabla 1. Tendencia del número de casos por coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017-2020 (Cuenta de Alto Costo, 2020)⁷

La anterior gráfica evidencia que, para el año 2020, fueron reportadas 344 personas con diagnóstico de coinfección por VIH y VHC, esto es, 106 casos más de los detectados en el año 2019 y con mayor predominancia en el sexo masculino en los tres periodos analizados.

De igual modo, la Cuenta de Alto Costo elaboró el "informe de seguimiento de casos con hepatitis C crónica en el marco de la estrategia de negociación y compra centralizada de medicamentos – corte 30 de junio de 2020"⁸, en el cual se puntualizó que la proporción de casos de coinfección había aumentado en los últimos tres años, pasando de un 23,7% en la cohorte de 2017-2018 a un 49,4% en la cohorte reportada para el año 2020. Para mayor claridad y precisión, se dejará plasmado el gráfico que contiene la información estadística reseñada.

Cohorte	Total Inscritos con VHC	Pacientes con coinfección VIH	% pacientes con coinfección VIH por cohorte	Hombres con coinfección VIH	% hombres con coinfección VIH	Mujeres con coinfección VIH	% mujeres con coinfección VIH
2017-2018	1.142	271	23,7%	269	99,3%	2	0,7%
2019	634	239	37,7%	237	99,2%	2	0,8%
2020	326	161	49,4%	159	98,8%	2	1,2%

Tabla 2. Pacientes con coinfección hepatitis C crónica y VIH (Cuenta de Alto Costo, 2020)⁹.

⁶ Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020; Bogotá D.C. 2021.

⁷ Cuenta de Alto Costo. *Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2020*, junio de 2021, [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3(1).pdf)

⁸ Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC), *Informe de seguimiento de casos con hepatitis C crónica en el marco de la estrategia de negociación y compra centralizada de medicamentos*, 30 de junio de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/informe-seguimiento-hepatitisc-junio-2020.pdf>

⁹ Cuenta de Alto Costo. *Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2020*, junio de 2021, [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3(1).pdf)

En línea con lo anterior, se advierte que en Colombia los casos de pacientes con coinfección VIH y VHC se concentran principalmente en la ciudad de Bogotá y en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca, información que se aprecia con mayor detalle en el siguiente diagrama:

Departamento	2019		2020	
	n	%	n	%
Bogotá	315	49,7%	141	43,3%
Antioquia	95	15,0%	62	19,0%
Valle del Cauca	85	13,4%	31	9,5%
Atlántico	38	6,0%	24	7,4%
Cundinamarca	21	3,3%	10	3,1%
Risaralda	18	2,8%	14	4,3%
Magdalena	9	1,4%	6	1,8%
Boyacá	7	1,1%	3	0,9%
Bolívar	6	0,9%	2	0,6%
Caldas	5	0,8%	5	1,5%
Norte De Santander	5	0,8%	6	1,8%
Santander	5	0,8%	2	0,6%
Cauca	4	0,6%	2	0,6%
Meta	4	0,6%	2	0,6%
Quindío	4	0,6%	5	1,5%
Tolima	4	0,6%	5	1,5%
Huila	3	0,5%	2	0,6%
Casanare	1	0,2%	1	0,3%
Cesar	1	0,2%	0	0,0%
Córdoba	1	0,2%	1	0,3%
Nariño	1	0,2%	1	0,3%
San Andrés	1	0,2%	0	0,0%
Sucre	1	0,2%	1	0,3%
Total	634	100,0%	326	100,0%

Fuente: Elaboración propia según Resolución 1692 de 2017

Tabla 3. Pacientes con coinfección hepatitis C crónica y VIH por regiones (Cuenta de Alto Costo, 2020)¹⁰.

El referenciado documento identificó las vías de transmisión en pacientes con coinfección y, por ende, arribó a la conclusión de que en el lapso 2019-2020 el mecanismo de transmisión predominante era desconocido y, el de transmisión sexual fue el que se distinguió con mayor frecuencia al interior de esta población de riesgo. Para una mejor ilustración se dejará expuesta la siguiente gráfica:

Mecanismo de Transmisión	Total	2019			2020			
		Total	% Hombres	% Mujeres	Total	% Total	% Hombres	% Mujeres
Desconocido	300	47,3%	48,8%	45,1%	104	31,9%	27,6%	41,8%
Hemotransfusión	179	28,2%	15,3%	47,5%	72	22,1%	13,2%	42,9%
Transmisión Sexual	125	19,7%	32,2%	1,2%	124	38,0%	51,8%	6,1%
Equipo Inyección								
Contaminada	7	1,1%	1,6%	0,4%	11	3,4%	4,4%	1,0%
Evento Adverso	12	1,9%	0,8%	3,5%	4	1,2%	0,9%	2,0%
Exposición Ocupacional	1	0,2%	0,3%	0,0%	3	0,9%	0,0%	3,1%
Otras Formas Sanguíneas	6	0,9%	0,8%	1,2%	7	2,1%	2,2%	2,0%
Transmisión materno infantil	2	0,3%	0,3%	0,4%	1	0,3%	0,0%	1,0%
Sin dato en historia clínica	2	0,3%	0,0%	0,8%	-	0,0%	0,0%	0,0%
Total	634	100%	100%	100%	326	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia según Resolución 1692 de 2017

Tabla 4. Distribución de mecanismos de transmisión cohorte hepatitis C crónica 2019-2020 (Cuenta de Alto Costo, 2020)¹¹.

En lo atinente al tiempo de diagnóstico con coinfección VIH y VHC, el pluricitado informe dio cuenta de que en los tres lapsos estudiados la

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

mayoría de los pacientes tenían menos de un año de diagnosticados con VHC, en los siguientes términos:

Tabla 16. Tiempo de diagnóstico en pacientes con coinfección VHC – VIH 2017-2020

Tiempo de diagnóstico virus hepatitis C	2017-2018		2019		2020	
	# Casos	%	# Casos	%	# Casos	%
< 1 año	147	54,2%	181	75,7%	121	75,2%
1 a 4 años	94	34,7%	51	21,3%	35	21,7%
Entre 5-9 años	6	2,2%	4	1,7%	2	1,2%
>= 10 años	5	1,8%	-	0,0%	-	0,0%
Sin Dato	19	7,0%	3	1,3%	3	1,9%
Total	271	100%	239	100%	161	100%

Fuente: Elaboración propia según Resolución 1692 de 2017

Tabla 5. Tiempo de diagnóstico en pacientes con coinfección VIH y VHC 2017 2020 (Cuenta de Alto Costo, 2020)¹².

Por último, la Cuenta de Alto Costo distinguió que entre la población reportada con coinfección VIH y VHC un 11,5% padecía fibrosis hepática, así:

Cohorte	Pacientes con coinfección VIH	Pacientes con coinfección VIH y fibrosis hepática	% fibrosis en pacientes con coinfección
2017 - 2018	271	33	12,2%
2019	239	18	7,5%
2020	161	15	9,3%
Total	574	66	11,5%

Fuente: Elaboración propia según Resolución 1692 de 2017

Tabla 6. Proporción de fibrosis hepática en pacientes con coinfección VIH y VHC (Cuenta de Alto Costo, 2020)¹³.

Dilucidado lo anterior, a continuación, se describirá cuál ha sido el tratamiento médico que el gobierno colombiano ha considerado idóneo para curar la infección de VHC en este grupo poblacional.

En efecto, el informe denominado "*situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2020*" elaborado por el organismo técnico Cuenta de Alto Costo (CAC) explicó que el tratamiento de la hepatitis C crónica se fundamenta en un esquema simplificado de medicamentos pangenotípicos denominados antivirales de acción directa (AAD), que persigue curar la infección u obtener una

¹² *Ibídem.*

¹³ *Ibídem.*

respuesta viral sostenida, esto es, la normalización de las funciones hepáticas y una regresión de la inflamación, daño o fibrosis del tejido hepático¹⁴.

Particularmente, los principales fármacos antivirales de acción directa (AAD) prescritos en Colombia son *velpatasvir/sofosbuvir* y *elbasvir/grazoprevir*; la duración del tratamiento suele estar comprendida entre las 8 y 24 semanas con una frecuencia de una (1) tableta diaria.

De otro lado, el "informe de seguimiento de casos con hepatitis C crónica en el marco de la estrategia de negociación y compra centralizada de medicamentos – corte 30 de junio de 2020" advirtió que la efectividad de los antivirales de acción directa en los pacientes con coinfección era menor a la eficacia que usualmente se tiene al interior de toda la población con hepatitis C crónica.

Este reporte explicó que en casos de coinfección las combinaciones más utilizadas eran *ledipasvir/sofosbuvir* y *velapatasvir/sofosbuvir*. A manera de referencia, se expondrá un esquema que da cuenta del porcentaje de curación según la mezcla de medicamentos en pacientes con coinfección.

Medicamentos	# Pacientes curados	# Pacientes prescritos	% efectividad
Ledipasvir - Sofosbuvir	192	208	92,3%
Velpatasvir/Sofosbuvir	171	181	94,5%
Daclatasvir - Sofosbuvir	24	25	96,0%
Velpatasvir/Sofosbuvir - Ribavirina	2	2	100,0%
Simeprevir - Sofosbuvir	1	2	50,0%
Ledipasvir - Sofosbuvir - Ribavirina	1	1	100,0%
Simeprevir - Ritonavir	1	1	100,0%
Interferon - Ribavirina	1	1	100,0%
Simeprevir - PEG - Ribavirina	1	1	100,0%
Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasabuvir - Ribavirina	1	1	100,0%
Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasabuvir	1	1	100,0%
Total	396	424	93,4%

Fuente: Elaboración propia según Resolución 1692 de 2017

Tabla 6. Porcentaje de curación según combinación de medicamentos en pacientes con coinfección VIH y VHC (Cuenta de Alto Costo, 2020)¹⁵.

Respecto del financiamiento y distribución de los antivirales de acción directa, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1692 de 2017 por medio de la cual estableció los criterios para llevar a cabo la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica, así como, el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología.

¹⁴ Cuenta de Alto Costo. *Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2020*, junio de 2021, [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3(1).pdf)

¹⁵ *Ibidem*.

La motivación de dicho acto administrativo dejó constancia de que, gracias a los tratamientos con fármacos antivirales de acción directa, el virus de hepatitis C era considerado una enfermedad prevenible y controlable, sin embargo, su alto costo comprometía la sostenibilidad financiera de la atención a esta patología.

En ese orden, la mencionada normativa, en su artículo 5, determinó los criterios para que la señalada cartera ministerial a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) efectuara la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C crónica.

En tal sentido, determinó que tal adquisición debe hacerse con cargo a los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- (hoy ADRES), destinados a la financiación de los recobros por servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y a los recursos que los entes territoriales dispusieran o autorizaran para tal fin, según corresponda a los regímenes contributivo y subsidiado.

A propósito de lo anterior, se destaca que en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social reposa la última orden de compra (no. 68 de 5 de febrero de 2021)¹⁶ elaborada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en cuya virtud se autorizó la suma de \$15.360'000.000 de pesos colombianos para la compra del número de tratamientos contra el VHC que se pudieran adquirir con este monto de dinero. Esta autorización distinguió las especificaciones de los medicamentos que se comprarían, así:

Medicamento	Equivalencia Según Presentación			Vida útil del medicamento	Presupuesto disponible
	Presentación	Botella	Cantidad de botellas por tratamiento*		
[VELPATASVIR] 100mg/1U ; [SOFOSBUVIR] 400mg/1U	Comprimidos	28 comprimidos cada una	3 botellas	3 años	\$15.360.000.000

*1 tratamiento equivale a 3 cajas en presentación de 28 comprimidos cada una.

Velpatasvir/Sofosbuvir (400mg): etiquetas inglés/español; fabricante: Gilead/Patheon; origen: Irlanda. 75% de su vida útil a la fecha de embarque. En caso de no poder cumplirse con el 75% por situaciones de la casa productora y que estén amenazando la continuidad del tratamiento en Colombia, se aceptarán siempre y cuando el fabricante se comprometa a reintegrar la cantidad de producto que se pudiese llegar a vencer en un plazo estipulado.

Tabla 7. Características de medicamentos a adquirir con presupuesto disponible (Ministerio de Salud y Protección Social)¹⁷.

Una vez tales fármacos se encuentran en custodia del gobierno colombiano, un operador logístico debe encargarse de su distribución y su entrega a las entidades promotoras de salud (EPS) se llevará a cabo

¹⁶ ADRES, *Orden de Compra No. 68, 5 de febrero de 2021*, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/orden-compra-medicamentos-hepatitis-2021.pdf>

¹⁷ *Ibíd.*

en atención de los casos de VHC notificados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- y confirmados por tales entidades, según lo dispone el artículo sexto de la Resolución 1692 de 2017.

La mencionada decisión administrativa señaló, de manera expresa, que las entidades promotoras de salud (EPS) tienen el deber de garantizar, entre otros aspectos, la entrega e ingesta diaria de los medicamentos a los pacientes, la cual debe ser supervisada por el personal de salud a cargo de la atención.

En materia de políticas públicas, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adoptado planes nacionales de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la coinfección tuberculosis y VIH y las hepatitis B y C, a fin de establecer directrices que permitan reducir los riesgos y evitar la transmisión de dichas infecciones.

En efecto, se resalta que el "Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021"¹⁸ cuya finalidad principal consistió en contar con un marco integral de reacción ante la situación de salud individual y colectiva, que permitiera viabilizar el cumplimiento de la estructura normativa del sector salud, enfocado en la garantía de los derechos de las personas afectadas por las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH, la coinfección tuberculosis/VIH y la hepatitis B y C.

Este plan de acción pretendía la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, por medio del fortalecimiento de mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo, lo cual incluye la prevención y control de la transmisión de las patologías, el diagnóstico y atención integral, la gestión de la salud pública y del conocimiento y el desarrollo de capacidades para la sostenibilidad de la respuesta.

Ciertamente, el eje de gestión de salud pública del plan aludido identificó como un problema la debilidad en los procesos de monitoreo y evaluación, estandarización, vigilancia y control del avance de la respuesta nacional a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, las hepatitis B y C. Frente a dicho problema, el gobierno colombiano se planteó el objetivo de generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis B y C y de la efectividad de las respuestas instauradas y, de manera concreta, precisó que en el año 2021 el país elaboró e implementó el plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica de dichas enfermedades.

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social, *Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>

De manera reciente, se expidió el plan nacional correspondiente al periodo 2022-2025¹⁹ cuya finalidad principal consiste en establecer una hoja de ruta para la gestión integral del riesgo poblacional frente a tales enfermedades, plan que inició su ejecución bajo una nueva realidad provocada por la pandemia COVID-19.

El citado instrumento destaca que las acciones de respuesta al VIH se caracterizan por el cambio de paradigmas y normas sociales frente a la enfermedad, así como también por la generación de conciencia alrededor de la prevención mediante la promoción de comportamientos saludables, asesorías en reducción del riesgo, educación sexual integral, programas de educación entre pares y campañas de marketing social para el uso del preservativo.

Aunado a ello, el referido documento dispuso que la fase de monitoreo y evaluación tenía, entre otros, el objetivo de realizar seguimiento y verificar el cumplimiento de las metas propuestas en cada una de las líneas operativas del "*Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025*".

4.- DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

Esclarecida la situación de acceso de los pacientes con VIH al tratamiento de VHC, resulta conveniente referirse al derecho que principalmente se ve involucrado en este escenario como lo es el derecho fundamental a la salud y, de manera particular, a la atención integral que debe brindársele a pacientes con VIH, tal como se describirá a continuación:

4.1.- Perspectiva constitucional y legal

El preámbulo de la Constitución Política de 1991 consagró los propósitos que deben alcanzarse dentro de un marco jurídico, democrático y político, entre los cuales, se destaca el de asegurar la vida a cada uno de los integrantes del pueblo colombiano y, como complemento de ello, su artículo 1º definió que Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en el respeto de la dignidad humana.

En ese orden, la norma fundamental instituyó como un principio fundante del Estado colombiano la salvaguarda de la vida y dignidad humana, circunstancia que indefectiblemente exige que el derecho a la salud de cada ser humano deba ser garantizado de manera integral en aras de que dicho objetivo sea alcanzado.

¹⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, *Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025*. https://es.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/plan-nacional-de-respuesta-ante-las-its-el-vih-la-coinfeccion-tb-vih-y-las-hepatitis-b-y-c-20222025

Ciertamente, el artículo 49 constitucional dispuso que el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y, con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se categorizó a la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable²⁰. Por su parte, el artículo 47 contempló la necesidad de adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes debe prestárseles la atención especializada que requieran.

Este último precepto normativo constituye una herramienta de protección constitucional para las personas portadoras del VIH, pues, sin duda alguna hacen parte de un sector de la población que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, tal como lo ha considerado la jurisprudencia de la Corte Constitucional y, por consiguiente, requieren del Estado una atención integral e idónea que les garantice una vida digna.

Con la expedición del Decreto 1543 de 1997²¹ se impuso la obligación a las instituciones de salud de prestar la atención que requiera una persona infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) asintomática o enferma del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Asimismo, la normativa referenciada precisó que la atención integral podía ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y, como es natural, señaló que esta debía incluir los medicamentos requeridos para controlar la infección, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

Más adelante, el Congreso de la República expidió la Ley 972 de 15 de julio de 2005²², por medio de la cual se declaró de interés y prioridad nacional para la República de Colombia la atención integral estatal a la lucha contra el VIH y el SIDA y, por consiguiente, tanto el Estado como el Sistema de General de Seguridad Social en Salud debían garantizar el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos

²⁰ Ley 1751 de 2015, artículo 2: *“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la innegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.*

²¹ Decreto 543 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).

²² Ley 972 de 2005, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas.

Por su parte, el Ministerio de Salud -hoy denominado Ministerio de Salud y Protección Social- profirió la Resolución 5261 de 5 de agosto de 1994, en cuya virtud catalogó al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como una enfermedad ruinosa o catastrófica que se caracteriza por una alta complejidad técnica *"en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento"*.

De igual manera, se destaca el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como una expresión concreta de una política de Estado que pretende la búsqueda de la equidad en salud, dado que reconoce a la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano. El citado plan identificó ocho dimensiones prioritarias, entre ellas, la dimensión 5 denominada *"sexualidad, derechos sexuales y reproductivos"* y la dimensión 6 conocida como *"vida saludable y enfermedades transmisibles"*, esta última propone como estructura de trabajo un modelo de intervención transectorial llamado estrategia de gestión integral²³.

Por último, se resalta la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 como una herramienta para posicionar la dimensión de "sexualidad" dentro del discurso y la práctica de los derechos humanos y, además, para proponer las acciones del Estado, tales como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación²⁴.

4.2.- Perspectiva jurisprudencial

La Corte Constitucional colombiana, encargada de la integridad y supremacía de la Constitución Política de 1991, no ha sido indiferente a las necesidades de las personas portadoras del VIH y, en consecuencia, las ha considerado como sujetos de especial protección, en la medida en que esta enfermedad las convierte en vulnerables a *"todo tipo de segregación social, sexual, económica y laboral, convirtiéndolos en una población propensa a ver vulnerada su dignidad y sus derechos a la igualdad, intimidad, salud, seguridad social y trabajo"*²⁵.

Igualmente, el mencionado tribunal constitucional reconoce que el tratamiento médico del VIH posee dos connotaciones especiales, a saber: *i)* tiene un alto costo y *ii)* es de carácter permanente, particularidades

²³ Ministerio de Salud y Protección Social, *Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ Corte Constitucional, sentencia T-469 de 2004, Magistrado Ponente Rodrigo Escobar Gil.

que, a juicio de dicha Corte, dan lugar a dos derechos para los usuarios contagiados con este virus, así: *i)* el derecho de acceso a todos los servicios que requieran, sin importar el costo de aquellos y *ii)* el derecho a que los servicios de salud sean suministrados de forma continua y permanente²⁶.

Asimismo, este tribunal ha señalado que el portador del VIH²⁷: *i)* requiere una atención particularmente especial por parte del Estado; y, *ii)* tiene unas condiciones de debilidad manifiesta que exigen una protección constitucional reforzada con el propósito de que se garantice su dignidad y no sea objeto de discriminación.

En punto de lo anterior, cabe destacar que la sentencia T-448 de 2019²⁸ del citado tribunal constitucional advirtió que la discriminación en contra de la población con VIH no puede permitirse bajo ninguna circunstancia, principalmente, por dos razones: *i)* el principio de dignidad humana impide que cualquier sujeto de derecho sea objeto de un trato discriminatorio y, *iii)* el derecho a la igualdad comporta el deber irrenunciable del Estado de proteger a quienes se encuentran en condiciones de inferioridad manifiesta, según lo dispone el artículo 13 de la Constitución Política.

4.3.- Protección del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad con coinfección VIH y VHC

En este apartado se destaca que las personas privadas de la libertad se encuentran en una condición de especial sujeción frente al Estado, la cual ha sido definida por la Corte Constitucional²⁹ como una relación jurídica en la que el predominio de una parte sobre la otra no impide la existencia de derechos y deberes para ambas partes. En ese orden, el aparato estatal ostenta una posición de garante frente a los reclusos que implica la garantía de sus derechos fundamentales a la vida, la integridad física y a la salud.

La mencionada relación de especial sujeción se caracteriza por la potestad que tiene la administración de suspender y/o restringir el ejercicio de ciertos derechos fundamentales que, según la jurisprudencia de la Corte Constitucional, acontece en el caso de la libertad personal, la libre locomoción y los derechos políticos, según se explicó en la sentencia

²⁶ Corte Constitucional, sentencia T-330 de 2014, Magistrada Ponente María Victoria Calle Correa.

²⁷ Corte Constitucional, sentencia T-426 de 2017, Magistrada Ponente Cristina Pardo Schlesinger.

²⁸ Corte Constitucional, sentencia T-448 de 2019, Magistrado Ponente Carlos Bernal Pulido.

²⁹ Corte Constitucional, sentencia T-596 de 1992, Magistrado Ponente Ciro Angarita Barón.

SU-122 de 2022³⁰, providencia que, de manera relevante, advirtió que los derechos cuyo ejercicio se mantiene incólume, pleno e inmodificable son la vida e integridad personal, la dignidad, la igualdad y la salud.

En armonía con lo anterior, el artículo 106 del Código Penitenciario y Carcelario (Ley 65 de 1993) contempla el deber de protección especial que la dirección del establecimiento penitenciario respectivo les debe prodigar a las personas privadas de la libertad portadoras de VIH, con enfermedades infectocontagiosas o con enfermedades en fase terminal con el objetivo de evitar su discriminación. Además, precisó que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC- tiene la facultad de establecer pabellones especiales con la única finalidad de proteger la salud de esta población.

Particularmente, la atención en salud de la población carcelaria está regulada en el Decreto 2245 de 2015³¹, el cual dispuso que la población privada de la libertad y los menores de tres años que convivieran con sus madres en los centros carcelarios, debían recibir obligatoriamente los servicios asistenciales a través del esquema de prestación de servicios de salud.

En efecto, el esquema de salud articula la afiliación de este grupo de personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud de quienes pueden conservar su afiliación a los regímenes contributivo, especiales o de excepción y al régimen subsidiado para la población domiciliaria que no pueda acceder a los anteriores regímenes³².

En esa medida, la garantía del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad se encuentra en cabeza de las entidades promotoras de salud (EPS), las entidades que administran otros regímenes y aquellos internos cubiertos por el Fondo Nacional de Salud³³. Cabe aclarar que el 91% equivalente a 88.776 reclusos cuenta con cobertura a salud a través del Fondo Nacional de Salud PPL. El restante 9% (equivalente a 8.839 internos) se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes contributivo y exceptuado, los cuales son atendidos por instituciones prestadores de servicios de salud a nivel nacional³⁴.

³⁰ Corte Constitucional, sentencia SU-122 de 2022. Magistrados Ponentes Diana Fajardo Rivera, Cristina Pardo Schlesinger y José Fernando Reyes Cuartas.

³¹ Por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC.

³² Ministerio de Salud y Protección Social, *Población privada de al libertad*, <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-poblacion-privada-de-la-libertad.aspx>

³³ Organismo Público encargado de otorgar protección y cobertura de salud a sus cotizantes y a todas aquellas personas que carecen de recursos.

³⁴ Información suministrada por el Comité para la Estructuración de las Normas Técnicas para la Privación de la Libertad, a la Corte Constitucional, en cumplimiento de lo

4.3.1.- Población carcelaria con coinfección VIH y VHC

Para efectos de tener un panorama actual de la población privada de la libertad en Colombia, resulta conveniente exponer la información estadística suministrada por la subdirectora de Atención en Salud del INPEC³⁵, en la cual se discrimina la cantidad de reclusos infectados con VIH y los contagiados con VIH y VHC, así:

Total privados de libertad en Colombia	172.170	100%
PPL infectadas con VIH	703	0.4%
PPL VIH coinfección VHC	12	0.0069%

Adicionalmente, la Dirección Regional Oriente del INPEC (Departamento de Santander) reportó la siguiente información acerca de la población privada de la libertad en el departamento de Santander a fecha de 11 de marzo de 2022³⁶:

Total Privados de la Libertad	9829	5.7%
PPL con diagnóstico VIH	72	0.04%
PPL VIH coinfección VHC	0	0%

Obsérvese que el porcentaje de coinfección a nivel nacional es realmente bajo, pues de los 172.170 privados de la libertad solo el 0.4% padecen VIH y tan solo el 0.0069%, coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC); en tanto que a nivel regional (departamento de Santander), no existe población con coinfección.

Comparativamente, para el año 2021, la USPEC³⁷ reportó 789 casos de personas privadas de la libertad contagiadas con VIH; el 93,28% correspondía a hombres, de ellos el 94.014% tuvo acceso a la terapia antirretroviral³⁸, lo que quiere decir que entre el 2021 y el 2022 hubo una reducción del 11% de casos de reclusos con VIH.

De otro lado, se destaca que la IPS Salud Llanos y Salud Vida es la entidad encargada de prestar los servicios de salud a la población privada de la libertad, según lo manifestó la subdirectora de Atención en Salud del INPEC. Dicha funcionaria también expresó que esta institución de salud le ha garantizado la atención integral en forma mensual a reclusos

ordenado por esta el 10 de septiembre de 2021 en su Sala Especial de Seguimiento a las Sentencias T-388 de 2013 y T -762 de 2015.

³⁵ La tabla es de creación de las autoras.

³⁶ La tabla es de creación de las autoras.

³⁷ Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios -USPEC-.

³⁸ Situación del VIH y SIDA en Colombia 2021, página 55.

diagnosticados con VIH/SIDA en los Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON).

La referida atención integral incluye atenciones médicas e interdisciplinarias tales como: infectología, vacunación, toma de muestras de laboratorio, nutrición, psicología, trabajo social, entrega de medicamentos antirretrovirales y profilácticos, valoración, seguimiento y control a los hijos menores de tres años que conviven con sus madres VIH positivas.

Ahora bien, el manejo para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los reclusos con coinfección VIH y VHC SIDA debe hacerse de acuerdo con los parámetros establecidos en las Guías de Atención y Manejo para el VIH-SIDA diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social³⁹.

4.4.- Mecanismos para hacer efectivo el derecho fundamental a la salud de los pacientes con VIH que requieran tratamiento VHC

El ordenamiento jurídico colombiano ofrece a los pacientes herramientas que les permiten hacer efectivo el derecho fundamental a la salud en aquellos eventos en los cuales el sistema de salud impone barreras que impiden el acceso a servicios y/o tratamientos, entre los cuales, se destacan los siguientes:

4.4.1.- La acción de tutela

El artículo 86 de la Constitución Política consagró la acción de tutela como un mecanismo que tiene toda persona para reclamar ante los jueces, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de sus derechos fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública.

A propósito de lo anterior, la Corte Constitucional ha analizado una serie de casos en los cuales ciudadanos que padecen alguna enfermedad catastrófica, como el VIH/SIDA, han acudido a la acción de tutela, por considerar que su derecho a la salud se ha visto transgredido con ocasión de la falta de atención integral por parte de las instituciones de salud.

A manera de ejemplo, se trae a colación la sentencia T-113 de 2011⁴⁰ en la cual se estudió el caso de un ciudadano con diagnóstico de

³⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, *Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes*, 2 edición, 2021, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>

⁴⁰ Corte Constitucional, sentencia -113 de 2011, Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto.

VIH/SIDA que no fue atendido en la institución de salud a la cual se encontraba afiliado, por cuanto no contaba con el periodo mínimo de cotización (26 semanas) para recibir la atención integral requerida. Al respecto, el alto tribunal constitucional resolvió amparar el derecho fundamental a la salud de este paciente, porque estimó que, en casos de enfermedad y tratamientos permanentes comprobados, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio, toda vez que, por encima de la legalidad, se encuentra la vida como fundamento de todo el sistema.

Complementariamente, la citada corte señaló que los afiliados que no cuenten con los periodos mínimos de cotización y requieran ser tratados como consecuencia de una enfermedad catastrófica o ruinosa, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que le correspondería, tienen el derecho a ser atendidos y, de manera correlativa, las entidades de salud tienen el deber de prestarles una atención integral de acuerdo con su diagnóstico.

De otro lado, en la sentencia T-323 de 2011⁴¹ se advirtió que las personas que padecen VIH/SIDA se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y, por consiguiente, destacó la necesidad del especial tratamiento que se les debe brindar a esta clase de pacientes dado el carácter catastrófico y progresivo de la enfermedad y el hecho de no existir una cura en la actualidad. En el caso concreto, se analizó la situación de una persona "*habitante de calle*" que padecía VIH y otras "*enfermedades oportunistas*" desde el año 2009, quien adujo que no contaba con los recursos económicos para sufragar el tratamiento respectivo.

Lo que se destaca del asunto es que además de revocar la negativa de protección constitucional de los jueces de primer y segundo grado, la Corte amparó los derechos a la vida en condiciones dignas, salud y seguridad social del accionante y, aunado a ello, ordenó que se adoptaran las medidas necesarias para verificar la prestación del servicio de salud cuando el paciente requiriera un tratamiento en cualquier institución; del mismo modo, se ordenó la valoración de la situación del tutelante a fin de que fuera integrado a los planes de atención o beneficio del municipio en materia de vivienda u hogar de paso en el que pudiera estar aislado y recibir atención médica integral sin generar riesgos a quienes le rodean.

Ahora, especial mención merece la población privada de la libertad, que ha encontrado en la acción de tutela un instrumento idóneo y eficaz para hacer cesar la afectación del derecho a la salud y permitir el disfrute efectivo de los servicios respectivos. Ciertamente, con la expedición de la sentencia T 153 de 1998⁴² el referido tribunal, al conocer en revisión dos

⁴¹ Corte Constitucional, sentencia T-323 de 2011, Magistrado Ponente Jorge Iván Palacio Palacio.

⁴² Corte Constitucional, sentencia T-153 de 1998, Magistrado Ponente Eduardo Cifuentes Muñoz.

acciones de tutela interpuestas por internos de las cárceles “Bellavista” de la ciudad de Medellín y “Modelo” de la ciudad de Bogotá, declaró la existencia de un Estado de Cosas Inconstitucional, dada la flagrante afectación de sus derechos fundamentales, entre ellos, el de la salud a causa de la situación de hacinamiento que se vive en las cárceles del país.

A pesar de lo anterior, la situación continuó y, para el año 2013 con la sentencia de T-388 de 2013 la Corte Constitucional advirtió la configuración de un nuevo estado de cosas inconstitucional y, de manera específica, sostuvo que:

A la violencia en el encierro en la región, se suma la violación grave y sistemática del derecho a la salud. El estado de salud personal, que de por sí se ve amenazado por la reclusión, está expuesto a graves riesgos cuando, además, existen condiciones insalubres, sin higiene y con la posibilidad de sufrir agresiones a la integridad física y mental. La falta de protección a grupos especiales de la población como las mujeres, los hijos de mujeres en prisión o las personas extranjeras, también son un mal que afecta a la región latinoamericana. Los derechos de estos grupos diferenciales suelen ser desatendidos ante la falta de recursos y la incapacidad de atender, al menos, al grueso de la población. Las situaciones descritas a nivel regional guardan clara relación con los hechos que ocurren en varias cárceles de Colombia.

Aunado a lo anterior, la Corte precisó que, con ocasión de la situación de hacinamiento, los demás problemas estructurales del sistema no han sido atendidos, como lo es la prestación de servicios de salud, en el cual el problema es aún más dramático, circunstancia que llevó a que el Gobierno Nacional declarara la emergencia carcelaria.

Más tarde, al revisar varias acciones de tutela interpuestas por internos de diferentes cárceles del país, la sentencia T-762 de 2015⁴³ ratificó la existencia de un estado de cosas inconstitucional que desconocía las garantías contenidas en la Constitución Política de 1991, de manera particular, por la problemática estructural del sistema de salud.

En la señalada decisión se puso en evidencia aspectos tales como demoras en la atención a los pacientes, poco personal médico al interior de las cárceles y represamiento de las solicitudes de autorización de procedimientos y/o medicamentos. Como resultado de lo anterior, se adoptaron órdenes encaminadas a lograr la superación de tal estado, el cual es supervisado por la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional en colaboración con la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo.

⁴³ Corte Constitucional, sentencia T-762 de 2015, Magistrada Ponente Gloria Stella Ortiz Delgado.

4.4.2.- Petición, queja, reclamo o denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia de Salud es una entidad de carácter técnico adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social que tiene entre sus funciones la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que impongan condiciones especiales para la atención de nuevas patologías, inclusive las enfermedades catastróficas o de alto riesgo, según lo dispone el artículo 4 del Decreto 1080 de 2021.

De igual manera, la Dirección del Servicio al Ciudadano y Promoción de la Participación Ciudadana de esta entidad tiene a su cargo las labores de evaluación, gestión, dirección, trámite y respuesta de las peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias presentadas por los ciudadanos o usuarios.

Así pues, se destaca que los pacientes que no reciben atención por parte de las entidades de salud cuentan con la posibilidad de acudir ante el organismo referido a fin de que pueda llevar a cabo el seguimiento respectivo de una posible denegación del acceso al servicio de salud.

En la práctica, el ciudadano interesado debe diligenciar un formulario destinado para las peticiones, quejas, reclamos y denuncias que se encuentra en un link⁴⁴ dispuesto en la página oficial de la entidad.

4.4.3.- Demanda ante la Superintendencia Nacional de Salud

Otra alternativa con la que cuentan quienes se sientan afectados por el sistema de salud colombiano es la formulación de una demanda ante la Superintendencia Nacional de Salud, pues, según la Ley 1122 de 2007 -modificada por la Ley 1949 de 2019- dicha entidad tiene funciones jurisdiccionales para pronunciarse, entre otros aspectos, sobre la cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del paciente.

El señalado procedimiento se caracteriza por su sumariedad, sumado a que la demanda no exige formalidad alguna, tan solo basta con que se expresen las circunstancias de tiempo, modo y lugar, las pretensiones, el derecho que se estima vulnerado, el nombre y domicilio del peticionario.

En efecto, la página web de la mencionada entidad pública cuenta con un link⁴⁵ que facilita la radicación de la demanda jurisdiccional por parte del usuario afectado.

⁴⁴ <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/pqrd>.

⁴⁵ <https://superargo.supersalud.gov.co/formularioWeb/jurisdiccional.php#>.

5.- DISCUSIÓN

A continuación, se exponen los principales hallazgos de esta investigación respecto del acceso de pacientes con VIH al tratamiento de VHC en Colombia, lo anterior, con el fin de proponer una posible solución que contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de aquellas personas que padecen coinfección de tales enfermedades.

5.1.- Ausencia de monitoreo continuo del diagnóstico de VHC en pacientes con VIH

El último reporte publicado sobre pacientes coinfectados con VIH y VHC dio cuenta de que en el año 2020 fueron diagnosticadas 344 personas con ambas enfermedades, no obstante, se observó que en las distintas guías elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social no se dejó constancia de la frecuencia con que se realizan a los pacientes con VIH pruebas de detección del VHC.

En esa medida, surge la inquietud de si la falta de información aludida pudiera obedecer a que tal vez no constituye una práctica habitual del sistema de salud colombiano llevar a cabo este tipo de exámenes debido a su costo, hipótesis que no resulta descabellada, toda vez que la Corte Constitucional, en varias oportunidades, ha analizado casos en los cuales se les ha negado, por razones de orden económico, la práctica de exámenes de carga viral y de VHC a pacientes portadores del VIH.

A título de ejemplo, se destaca la sentencia T-1305 de 2001 en la cual se analizó una petición de amparo de un ciudadano portador del VIH, a quien su EPS no le practicó los exámenes de carga viral (CD3, CD4 y CD8), toda vez que aquellos no se encontraban incluidos en el plan obligatorio de salud y, además, porque el empleador de aquel estaba en mora de pago de los aportes correspondientes.

En similar sentido, en la sentencia T-1015 de 2003 se estudió el caso de un ciudadano que era portador del VIH y del sarcoma de Kaposi, al cual su médico tratante le ordenó la práctica de los exámenes denominados carga viral y hepatitis C, no obstante, la EPS a la que estaba afiliado negó la realización de aquellos pues no estaban cubiertos por el plan obligatorio de salud.

Ante tal perspectiva, se evidencia que el factor económico podría ser una razón por la cual no se llevan a cabo de manera frecuente actividades de monitoreo para la detección de VHC en la población con VIH, circunstancia que resultaría reprochable toda vez que el derecho fundamental a la salud implica una atención integral que incluye, entre otras, las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Ahora, no se pasa por alto que el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó los "*planes nacionales de respuesta ante las infecciones de*

transmisión sexual, el VIH, la coinfección tuberculosis / VIH y las hepatitis B y C, (2018-2021) y (2022-2025)” como instrumentos de política pública para fortalecer la prevención y control de la transmisión de estas patologías, lo cual es muestra de que para el gobierno nacional tales fases tienen gran importancia para la salud pública en este país, no obstante dichos objetivos no sirven de mucho cuando no se ponen en marcha las labores necesarias para su materialización.

Así las cosas, no existe duda alguna de la necesidad de incentivar labores de seguimiento en la población con VIH con la finalidad de detectar de forma temprana la coinfección con el VHC, precaver el riesgo de cronicidad en la salud de estos pacientes y, además, suministrarles un tratamiento oportuno que cure la infección respectiva.

5.2.- Dificultad de acceso a tratamientos y atención en salud de los internos dada la grave situación de hacinamiento

Tal como se afirmó líneas atrás, las personas privadas de la libertad se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, por lo tanto, requieren de un tratamiento especial y, por qué no preferencial, en razón de las graves condiciones de hacinamiento en las que habitualmente viven, problemática que contribuye a la proliferación de distintas enfermedades y, en consecuencia, torna más difícil la fase de recuperación.

En términos generales existe poca información científica respecto de las condiciones de salud de la población carcelaria afectada con VIH y VHC, sin embargo, por conducto de los medios de comunicación⁴⁶ se han revelado las precarias condiciones en las que toda la población convive, como por ejemplo la superpoblación de reclusos, la cual llevó a que la Corte Constitucional decretara la existencia de un estado de cosas inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario, tal como se advirtió en el acápite de resultados. A partir de ese momento el gobierno colombiano adoptó algunas medidas con tal de superar dicho estado, mejorando especialmente el acceso a los servicios de salud de los reclusos.

A modo de ilustración de la preocupante situación que se presentó años atrás, se resalta el caso detectado por la Procuraduría de Santander en la visita especial practicada el 18 de mayo de 2016 al Establecimiento de Reclusión de Girón, en la cual se constató que desde el 4 de diciembre de 2015 se había suspendido el servicio médico por parte de la Unión Temporal UBA-INPEC ante la falta de pago de CAPRECOM EPS.

Sumado a lo anterior, la citada entidad advirtió, por un lado, que trece (13) internos con VIH no recibían atención integral desde el mes de

⁴⁶ El Tiempo, *¿Por qué hay que cerrar urgente la Cárcel Bellavista de Medellín?*, 4 de febrero de 2007, <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16810037>

enero de 2016 y, por el otro, que los reclusos con enfermedades catastróficas no gozaban de un tratamiento completo desde el mes de diciembre de 2015⁴⁷, por último, se constató que la situación de hacinamiento en algunos centros carcelarios superaba el 452%⁴⁸⁴⁹.

La anterior circunstancia, constituye sin atisbo de duda una grave afectación de los derechos fundamentales del grupo poblacional aludido y, por consiguiente, requiere la atención por parte del Estado colombiano y, si se quiere, la intervención inmediata del juez constitucional, con el fin de adoptar las medidas necesarias que conjuren la afectación intensa del derecho a la salud de estas personas en evidente situación de vulnerabilidad.

5.3.- Actitud proactiva del gobierno colombiano para financiar la adquisición del tratamiento contra la hepatitis C crónica

En este apartado debe destacarse que pese a que la Corte Constitucional, mediante la sentencia T-760 de 2008 puso de presente los graves problemas de cobertura universal del sistema de salud colombiano, lo cierto es que no se desconoce que en los últimos años el gobierno colombiano ha realizado un gran esfuerzo para garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios que aseguren la prestación de los servicios de salud.

En efecto, entre los años 2017 y 2022 el presupuesto de salud pasó de 23,3 a 41,9 billones de pesos colombianos⁵⁰, con lo cual se observa la prioridad que se le ha dado a este rubro, con el fin de alcanzar la superación del estado de cosas inconstitucional y, por consiguiente, lograr que cada persona goce del más alto nivel posible de salud, tal como se planteó en la providencia previamente aludida.

Como muestra de lo anterior, se resalta el hecho de que en el año 2021 la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) emitió una orden de compra para la adquisición de medicamentos para el tratamiento del VHC por la suma de \$15.360'000.000, suma que no resulta nada despreciable y, por el contrario, da cuenta de la actitud proactiva de la administración nacional

⁴⁷ Auto de la Corte Constitucional de 13 de junio de 2016

⁴⁸ Información suministrada a la Corte Constitucional por la Defensoría del Pueblo con fecha 13 de febrero de 2017, se trata de EL EPMSC de Riohacha (Guajira)

⁴⁹ Ministerio de Justicia y del Derecho, *Observatorio de política criminal*, <https://www.politicacriminal.gov.co/Sentencia-T-762-de-2015/pager/3223/page/8>. En este link se puede encontrar toda la información respecto del cumplimiento de las tutelas T-388 de 2013 y T-762 de 2015

⁵⁰ Departamento Nacional de Planeación, *Aprueban presupuesto general de la Nación por \$350 billones de pesos*, 20 de octubre de 2021, <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Aprueban-Presupuesto-General-de-la-Nacion-por-350-billones-de-pesos.aspx>

en obtener los insumos necesarios para tratar la enfermedad producida por el virus de la hepatitis C.

En suma, aun cuando el Sistema de General de Salud y Seguridad Social en Colombia no es excelente, lo cierto es que se ha evidenciado la intención de los gobiernos de los últimos años de propender por una mayor destinación de recursos que faciliten la satisfacción de las necesidades sanitarias de cada uno de los habitantes de este país.

6.- CONCLUSIONES

1. Para el año 2020 se reportó en Colombia un total de 344 personas con diagnóstico de coinfección por VIH y VHC. El tratamiento que se le suministra consiste en la combinación de antivirales de acción directa (velpatasvir/sofosbuvir y elbasvir/grazoprevir) cuya eficacia, por lo general, es menor a la que se tiene entre la población con hepatitis C crónica. La mayoría de los casos de coinfección se encuentran concentrados en la ciudad de Bogotá y en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca.

2. En los años 2018 y 2022 el Ministerio de Salud y Protección Social publicó el Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021 y 2022-2025, respectivamente, cuyo propósito primordial consistía en reducir la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, mediante el fortalecimiento de mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo.

3. En sede administrativa, las personas diagnosticadas con las señaladas patologías cuentan con la posibilidad de formular quejas, peticiones y/o demandas jurisdiccionales ante la Superintendencia Nacional de Salud con el propósito de que esta entidad realice el correspondiente seguimiento a una posible denegación del acceso al servicio de salud.

4. En materia judicial, los pacientes con coinfección VIH y VHC tienen la posibilidad de hacer uso de la acción de tutela en aras de hacer efectivo su derecho fundamental a la salud, en aquellos eventos en los cuales el sistema de salud no les proporcione una atención y/o tratamiento integral que les permita contrarrestar los efectos negativos de tales enfermedades.

5. La Corte Constitucional se ha caracterizado por propender por el bienestar integral de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, pues, además de garantizarles el derecho a la salud, ha adoptado una serie de medidas encaminadas a que estos ciudadanos puedan sobrellevar su enfermedad en condiciones dignas.

6. No existe información concreta respecto de los eventuales problemas de acceso a tratamientos antirretrovirales que puedan tener los privados de la libertad que conviven con coinfección por VIH y VHC,

sin embargo sí es un hecho la grave situación de salud por la que ha transitado esta población, al punto que la Corte Constitucional intervino para que cesara la vulneración flagrante de sus derechos humanos y se les brindara la atención requerida para proteger la vida y dignidad humana de estos sujetos de especial protección.

7. En los últimos años, el Gobierno colombiano ha procurado una mayor destinación de recursos públicos para garantizar la prestación eficiente del servicio de salud, de tal manera que entre los años 2017 y 2022 el presupuesto de salud pasó de 23,3 a 41,9 billones de pesos colombianos.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Corte Constitucional, sentencia T-596 de 1992, Magistrado Ponente Ciro Angarita Barón.
- Corte Constitucional, sentencia T-153 de 1998, Magistrado Ponente Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Corte Constitucional, sentencia T-469 de 2004, Magistrado Ponente Rodrigo Escobar Gil.
- Corte Constitucional, sentencia T-113 de 2011, Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto.
- Corte Constitucional, sentencia T-323 de 2011, Magistrado Ponente Jorge Iván Palacio Palacio.
- Corte Constitucional, sentencia T-330 de 2014, Magistrada Ponente María Victoria Calle Correa.
- Corte Constitucional, sentencia T-762 de 2015, Magistrada Ponente Gloria Stella Ortiz Delgado.
- Corte Constitucional, sentencia T-426 de 2017, Magistrada Ponente Cristina Pardo Schlesinger.
- Corte Constitucional, sentencia T-448 de 2019, Magistrado Ponente Carlos Bernal Pulido.
- Corte Constitucional, sentencia SU-122 de 2022. Magistrados Ponentes Diana Fajardo Rivera, Cristina Pardo Schlesinger y José Fernando Reyes Cuartas.
- Cuenta de alto Costo – Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH y SIDA en Colombia, 2021. https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2022/02/CAC.Co_Libro_Sit_VIH2021_v8.pdf
- Cuenta de Alto Costo. Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2020. [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3(1).pdf)

- Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud: En la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales, 2003. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación, 2021. <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Aprueban-Presupuesto-General-de-la-Nacion-por-350-billones-de-pesos.aspx>
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo (CAC). *Informe de seguimiento de casos con hepatitis C crónica en el marco de la estrategia de negociación y compra centralizada de medicamentos*, 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/informe-seguimiento-hepatitisc-junio-2020.pdf>
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH ¿Qué debo saber sobre la coinfección por hepatitis C y VIH?, 2015. http://gtt-vih.org/files/active/0/Guia_que_debo_saber_coinfeccion_VHC.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018) Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022) Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025. https://es.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/plan-nacional-de-respuesta-ante-las-its-el-vih-la-coinfeccion-tb-vih-y-las-hepatitis-b-y-c-20222025 [Consultado 19-11-2022]
- Ministerio de Salud y Protección social. Guía de Prevención VIH/SIDA: Población privada de la libertad, 2011. https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/prevencion_poblaciones_vulnerables/a_poblaciones_vulnerables/PPL.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA). El VIH y las personas recluidas en centros penitenciarios y otros centros de reclusión, 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/06-hiv-human-rights-factsheet-prisons_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA). El VIH, y el estigma y la discriminación, 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA). El VIH y la cobertura sanitaria universal: Una guía para la sociedad civil, 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-uhc-guide-civil-society_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA). Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios, 2017.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_es.pdf

Ramiro Avilés, M. y Ramírez Carvajal, P. El acceso a los tratamientos farmacológicas de las personas con el VHC que están encarceladas.

https://formacion.tirant.com/learn/es/pluginfile.php/109977/mod_resource/content/1/MA%20Ramiro%2C%20P%20Ramirez%2C%20Acceso%20al%20tratamiento%20VHC.pdf

Superintendencia Nacional de Salud. <https://www.supersalud.gov.co/es-com>.

Treatment Action Group. Guía sobre la hepatitis C para personas con VIH: análisis, coinfección, tratamiento y apoyo, 2009.

<https://www.treatmentactiongroup.org/wp-content/uploads/2011/10/HCV-09updateESP.pdf>