

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE PERSONAS REFUGIADAS Y MIGRANTES VENEZOLANAS QUE VIVEN CON VIH EN BOGOTÁ



TABLA DE CONTENIDO

Siglas y acrónimos	1
1. Introducción	2
2. Resumen	3
3. Metodología	4
3.1. Limitaciones y aclaraciones	5
4. Contexto y riesgos de protección en la localidad Los Mártires	6
5. Marco normativo	10
6. Principales retos sobre el acceso al derecho	15
7. Protección internacional y VIH /SIDA	20
8. Conclusiones y recomendaciones	22

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

OACNUDH: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

AFA: Aid For Aids.

CDESC: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas.

Corte IDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos.

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

DESCA: Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales.

EAC: Entrevista de Actor Clave.

EAL: Equipo de ayuda legal.

EDDI: Escuela de Derechos PBC.

GC: Gestión de casos.

GF: Grupo Focal.

GIFMM: Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MAIS: Modelo Integral de Atención en Salud.

MdP: Monitoreo de protección.

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social.

NNAJ: Niñas, niños, adolescentes, jóvenes.

OMEG: Observatorio de Mujeres y Equidad de género.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA: Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA.

OSIEGCS: Orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales.

PAÍS: Política de Atención Integral en Salud.

PBC/CBP: Protección Basada en Comunidad.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

PEP: Permiso Especial de Permanencia.

Personas de interés para DRC: Refugiados, migrantes y colombianos retornados provenientes de Venezuela.

PNSP: Plan Nacional de Salud Pública.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

PPT: Permiso de Protección Temporal.

PTSB: Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C.

SC2: Salvoconducto de permanencia.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SI: Sesión Informativa.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIDH: Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

SSR: Salud sexual y reproductiva.

VBG: Violencia basada en género.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

Danish Refugee Council (DRC) Consejo Danés Para Refugiados

El Consejo Danés para Refugiados DRC es una Organización No Gubernamental “ONG”, fundada en Dinamarca, con más de 7,000 empleados y 8,000 voluntarios en todo el mundo. Nuestra visión incluye asistencia para garantizar una vida digna para las personas refugiadas, migrantes y desplazadas por motivo de conflictos y violencia.

I. INTRODUCCIÓN

Las personas refugiadas y migrantes venezolanas que viven con VIH en Bogotá tienen necesidades específicas de protección asociadas a su condición de salud, su acceso a servicios, y en algunos casos, asociadas a ser sobrevivientes de VBG o personas con orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales (OSIEGCS) diversas en riesgo. Además, esta población enfrenta múltiples barreras para acceder a servicios que garanticen el cuidado de su salud, por lo cual DRC resalta la importancia de abordar este tema desde una perspectiva de protección que reconozca los derechos de esta población.

En el marco de su trabajo con refugiados y migrantes, la Unidad de Protección¹ de DRC en Bogotá elaboró este informe que busca, en primer lugar, identificar las barreras para el acceso al derecho a la salud de personas refugiadas y migrantes que viven con VIH, y en segundo lugar, visibilizarlas ante las autoridades locales y las organizaciones comunitarias y de cooperación internacional, para mejorar el acceso

DRC brinda asistencia a las personas que huyen de su país de origen y a personas que se ven forzadas a abandonar su hogar dentro de su propio país, así como a la comunidad de acogida. En cooperación con las comunidades locales, buscamos soluciones responsables y sostenibles.

Marzo de 2022 - Todos los derechos reservados DRC

a la oferta de servicios de salud y mitigar o superar los obstáculos y riesgos identificados. Además, el informe provee un decálogo de recomendaciones para el Distrito de Bogotá, con relación a la implementación del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y el acceso integral a salud de la población refugiada y migrante proveniente de Venezuela.

El informe está estructurado de la siguiente manera: en el primer capítulo se presenta el contexto; el segundo capítulo contiene el marco normativo que rige el acceso a salud por parte de personas que viven con VIH en Colombia; el tercer capítulo expone los principales retos en el acceso al derecho a la salud por parte de esta población; el cuarto capítulo expone perfiles que requieren protección internacional a causa de su condición médica de VIH/SIDA, el riesgo para su vida y la vulneración de sus derechos en Venezuela, y el quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones.

¹ Los Equipos que integran la Unidad de Protección de DRC son: Monitoreo de protección (MdP), Asistencia Legal (EAL), Protección Basada en Comunidad (CBP), Gestión de Casos (GC).

Finalmente, se presentan tres anexos de este documento, que sintetizan avances legislativos, normativos y jurisprudenciales a nivel nacional y regional, con respecto al acceso a la salud de personas que viven con VIH en Colombia, los cuales son aplicables a población refugiada y migrante. El primer anexo

contiene el marco normativo de acceso a salud de personas con VIH en Colombia, el segundo contempla la jurisprudencia constitucional sobre VIH y el tercero refiere las medidas relevantes en los sistemas regionales de Derechos Humanos. (Ver Anexos).

Este informe fue elaborado por la Unidad de Protección de DRC en Bogotá y Cundinamarca

2. RESUMEN

El presente informe parte de la necesidad de visibilizar las barreras para acceder a salud que enfrentan las personas refugiadas y migrantes venezolanas que viven con VIH en Bogotá. Con esta motivación, la Unidad de Protección de DRC en Bogotá y Cundinamarca realizó un diagnóstico con la participación de refugiados y migrantes venezolanos, organizaciones comunitarias, organizaciones de cooperación internacional y funcionarios de instituciones distritales. Se llevaron a cabo 19 grupos focales en las localidades de Engativá, Santa Fe, Los Mártires, Kennedy, Suba y Teusaquillo, y en el municipio de Soacha. Así mismo, se realizaron 16 entrevistas a actores clave y dos recorridos de observación directa en los barrios Santa Fe y Samper Mendoza de la localidad de Los Mártires. La metodología también incluyó revisión documental y el estudio de casos individuales sobre barreras de acceso a derechos y perfiles de protección internacional por vulneración de los derechos humanos.

Como resultado, el documento expone una serie de barreras que enfrenta la población refugiada y migrante que vive con VIH para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a los servicios de salud en general. Estas son: 1) la situación migratoria

irregular en Colombia; 2) la discriminación por parte de funcionarios del distrito hacia personas con OSIEGCS² diversas; 3) mitos relacionados a la salud sexual y reproductiva, la prevención de ETS y los roles de género; 4) el limitado acceso a la información sobre la documentación válida y el proceso para la afiliación; 5) el desconocimiento de los funcionarios de la normatividad vigente relacionado con el derecho a la salud y la exigencia de requisitos no contemplados en la ley, y 6) los obstáculos administrativos para acceder a servicios de salud y mantener la afiliación activa de los solicitantes de refugio.

Otro hallazgo importante es la existencia de personas venezolanas con VIH/SIDA que tienen necesidad de protección internacional porque a raíz de la crisis del sistema de salud en Venezuela hay una escasez de medicamentos y limitaciones en la atención médica en salud.

Con base en estos hallazgos, se hacen recomendaciones a las autoridades distritales para reducir las barreras identificadas en la atención en salud para la población refugiada y migrante Venezuela para proteger su derecho fundamental a la salud.

² Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género, y Características Sexuales.

3. METODOLOGÍA

Para la construcción del presente informe se recurrió a métodos cualitativos de recolección de información, que consistieron en grupos focales de discusión, observación directa y entrevistas a actores clave entre julio y diciembre de 2021. También se incorporó al análisis la información obtenida en las actividades de la Unidad de Protección, como las sesiones informativas, protección basada en comunidad (PBC)³, la asistencia legal y la gestión de casos durante el mismo período.

Se realizaron 19 grupos focales con refugiados y migrantes venezolanos en las localidades de Engativá, Santa Fe, Los Mártires, Kennedy, Suba, y Teusaquillo, y en el municipio de Soacha. En estos participaron 241 personas, de las cuales 43 (17,2%) son hombres y 198 (82,2%) son mujeres. Un 5% de estos participantes (12 personas) se identificaron como población con

OSIEGCS diversas y otro 5% se identificaron como personas que viven con VIH⁴. El objetivo principal de estos grupos focales fue recabar información sobre el acceso al derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en las percepciones y experiencias asociadas al VIH en la población mayor de 18 años.

Se llevaron a cabo 8 entrevistas con personas que tienen diagnóstico de VIH, de las cuales 4 son hombres (3 de ellos reportaron ser personas con OSIEGCS diversas) y 4 son mujeres⁵. Así mismo, se entrevistó a 16 actores claves institucionales, comunitarios y de organizaciones de cooperación internacional que implementan acciones dirigidas a la población de interés, con un enfoque en acceso a la salud, salud sexual y reproductiva, y VIH.

ACTORES CLAVE ENTREVISTADOS	
TIPO DE ORGANIZACIÓN	N' DE ACTORES
Institución pública nacional	1
Institución pública distrital	5
ONG Internacional	2
ONG Nacional	3
Organización comunitaria / ONG Nacional	3
Organización comunitaria	1
Entidad privada	1
TOTAL	16

³ Una de las actividades principales de PBC de DRC es la Escuela de Derechos este es un proceso formativo y participativo dirigido a personas en el rol de Puntos Focales Comunitarios (PFC). En este proceso tienen lugar el diálogo de saberes, la identificación de riesgos de protección y el análisis sobre el acceso a servicios y la garantía de derechos humanos para la población refugiada, migrante, retornada y las comunidades de acogida. Su objetivo es brindar herramientas normativas y estrategias para el trabajo comunitario que sean de utilidad para los participantes en la defensa de los Derechos Humanos en su comunidad.

⁴ Tres de las personas que viven con VIH tienen OSIEGCS diversas.

⁵ En estas entrevistas participaron personas refugiadas y migrantes provenientes de Venezuela, con residencia en distintas localidades de la ciudad de Bogotá. Entre ellas se encuentran personas que ingresaron a Colombia por razones de salud asociada a su diagnóstico de VIH y otras que por medio de organizaciones locales e internacionales conocieron de su condición de salud.

La observación directa se realizó en dos recorridos en los barrios Santa Fe y Samper Mendoza de la localidad de Los Mártires, en los cuales se obtuvo información sobre las condiciones de infraestructura y vivienda, además de las actividades económicas que se adelantan en las zonas de alto impacto⁶. Los Puntos Focales de Protección de DRC acompañaron estos recorridos y brindaron información sobre los riesgos de protección asociados a seguridad en estas zonas y el acceso oportuno a derechos fundamentales por parte de las mujeres refugiadas y migrantes venezolanas que habitan allí.

Por otro lado, en el marco de las actividades que la Unidad de Protección de DRC realiza periódicamente en Bogotá, se sostuvieron 22 sesiones informativas en las que participaron 302 personas refugiadas y migrantes provenientes de Venezuela, con y sin un diagnóstico de VIH (25,5% de sexo masculino y 73,5% de sexo femenino; 4,3% con OSIEGCS diversas). También se desarrollaron más de 14 sesiones de la Escuela de Derechos, en las que participaron entre 8 y 10 personas. En estas sesiones, los participantes no solo recibieron

información relevante, sino que compartieron sus opiniones y experiencias en torno al acceso a salud, entre otros temas. Adicionalmente, se tomó en cuenta la información recolectada en el desarrollo de 9 asesorías jurídicas y acompañamientos individuales a 5 hombres, 4 mujeres y un niño de 13 años con diagnóstico de VIH.

Finalmente, se realizó una revisión de informes especializados en salud sexual y reproductiva de la población migrante; documentos sobre VIH, migración y género; normatividad nacional e internacional sobre el derecho a la salud; las líneas jurisprudenciales adoptadas por la Corte Constitucional en cuanto a VIH, así como las medidas adoptadas por los sistemas regionales de protección en materia de salud.

Cabe aclarar que este informe adoptó un enfoque de derechos, focalizado en las obligaciones del Estado y las autoridades competentes para una respuesta integral a la población de interés. El diagnóstico no pretende formular recomendaciones de tipo médico ni de un ámbito diferente al de protección y derechos humanos.

3.1 LIMITACIONES Y ACLARACIONES

Una de las limitaciones que se presentaron en la recolección de datos fue la reserva de la población de interés para hablar acerca de VIH y la salud sexual y reproductiva, lo cual presentó dificultades para obtener información sobre sus condiciones médicas y las dificultades que enfrentan para acceder a atención en salud. Teniendo en cuenta que existen tabúes y prejuicios con respecto al VIH y las formas en que se transmite, así como un alto grado de estigmatización de las personas que lo han adquirido, se decidió no

realizar actividades colectivas específicamente dedicadas a personas que viven con VIH, a fin de no causar acción con daño. No obstante, se priorizó el acercamiento al tema a través de discusiones y sesiones colectivas sobre salud sexual y reproductiva, y en tres grupos focales se contó con la participación de personas que viven con VIH, bajo principios de confianza y en espacios seguros orientados a conocer las barreras que afronta este grupo para acceder a servicios de salud.

⁶ Según el POT (Plan de Ordenamiento Territorial) de Bogotá, los polígonos de alto impacto están asociados a usos de consumo y venta de licor en los que se genera un gran impacto por efecto del ruido, vibración, basuras, movilidad, entrada y salida de personas, y de la localización de vehículos a la salida de estos locales.

<https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/4-DOCUMENTO-TECNICO-DE-SOPORTE/Poligonos%20de%20alto%20impacto.pdf>

A las limitaciones se sumaron las restricciones de movilidad derivadas de la pandemia de Covid-19, así como las dificultades económicas para muchas de las personas refugiadas y migrantes venezolanas, que no pueden cubrir gastos de transporte intraurbano.

Finalmente, cabe precisar que el alcance de este informe está limitado a las zonas de intervención para las actividades de protección de DRC en la ciudad de Bogotá y el municipio de Soacha⁷, debido a la prevalencia de factores sociales que pueden acentuar el riesgo de exposición al VIH y la necesidad de atención en salud para la población de interés. El énfasis del

informe está en la localidad de Los Mártires, especialmente en el barrio Santa Fe, donde la Unidad de Protección de DRC en Bogotá y Cundinamarca desarrolla la estrategia local de Protección Basada en Comunidad. Según la Personería de Bogotá⁸, esta localidad tan solo alberga el 2% de la población refugiada, migrante y retornada que vive en Bogotá, sin embargo, se trata de un grupo poblacional con unas características particulares que influyen en la exposición a riesgos relacionados con el VIH, por lo cual este sector es clave en el desarrollo de acciones de protección para personas que viven con VIH.

4. CONTEXTO Y RIESGOS DE PROTECCIÓN EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES

Vulnerabilidad socioeconómica y pobreza

Según un informe de la Personería Distrital en 2020⁹, y observaciones directas realizadas por DRC en el territorio, la población refugiada y migrante venezolana enfrenta necesidades apremiantes de alojamiento a su llegada a Colombia. La población manifiesta tener poca información sobre los lugares para vivir de acuerdo con sus posibilidades económicas¹⁰, lo que ha conllevado a que se ubique en entornos no seguros. Tal es el

caso de la población que habita en los “pagadarios” o inquilinatos, que son el tipo de vivienda de bajo costo prevalente en el centro de la ciudad, especialmente en la localidad de Los Mártires¹¹. Los “pagadarios” en este sector generalmente son espacios compartidos y con acceso limitado a baños en condiciones de higiene dignas.¹²

⁷ Las zonas de intervención de la Unidad de Protección son las localidades de Engativá, Santa Fe, Los Mártires, Kennedy y Suba, y el municipio de Soacha. Ocasionalmente se implementan actividades en las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo.

⁸ Personería de Bogotá (2020), *Informe sobre la situación de las personas provenientes de Venezuela en Bogotá D.C.* <https://www.personeria-bogota.gov.co/informes/download/658-vigencia-2020/8072-informe-situacion-de-las-personas-provenientes-de-venezuela-en-bogota>

⁹ Ibidem.

¹⁰ EDDI_01, Localidad de Los Mártires, 7-septiembre-2021 – 17-septiembre-2021

¹¹ “En Los Mártires hay 169 paga diarios, en los que residen 3.378 personas, 764 de ellas menores de edad y 189 adultos mayores. Cerca de la mitad son migrantes.” Personería de Bogotá (2021) <https://www.personeriabogota.gov.co/sala-de-prensa/notas-de-prensa/item/911-personeria-pide-a-distrito-programas-sociales-reales-para-personas-en-actividades-sexuales-pagas-y-migrantes>

¹² GFI_18, Temática: Wash y saneamiento, Localidad de Los Mártires - Bogotá, 15-octubre-2021.

Los barrios Santa Fe y Samper Mendoza de la localidad de Los Mártires están ubicados en una de las zonas de tolerancia¹³ y de alto impacto de la ciudad. Un aspecto importante mencionado en las entrevistas con actores clave es que los pagadarios suelen ser lugares de vulneración de derechos por el cobro desproporcionado

de estadía, la negación de servicios públicos, el hacinamiento, y la exposición a acoso sexual, sexo por supervivencia y otras formas de VBG. Las personas entrevistadas también destacaron la permanencia de los niños, niñas y adolescentes en estos espacios por falta de acceso a la educación.

Población refugiada y migrante transgénero, sexo por supervivencia¹⁴ y explotación sexual¹⁵

En un informe de 2020, la Personería de Bogotá afirmó que el barrio Santa Fe es uno de los lugares donde habita un número importante de personas migrantes transgénero.¹⁶ Por décadas, esta zona ha sido un referente de estancia, habitad y trabajo para la población transgénero en la ciudad.

De acuerdo con una caracterización del Observatorio de Mujeres y Equidad de Género (OMEG), realizada en el 2017¹⁷, se estimaba que el 32,7% de la población involucrada en la explotación sexual (entre octubre y diciembre de 2017) provenía de otros países y la nacionalidad prevalente (99,8%) era venezolana. Así mismo, se identificó que, de las personas extranjeras que se encontraban en dinámicas de explotación

sexual o sexo por supervivencia en Bogotá, el 73,9% se insertaron en la actividad por primera vez en esta ciudad¹⁸, mientras que en su lugar de origen desempeñaban otras actividades económicas.

Según los representantes de organizaciones que fueron entrevistados¹⁹, la población trans en este barrio refiere que la discriminación sistemática y la exclusión social por su identidad y expresión de género les incentivó a migrar. Además, DRC ha identificado que es común que las personas transmigrantes estén en situación migratoria irregular y no cuenten con ningún documento de identidad, lo que acentúa las barreras de acceso a derechos y procesos de regularización migratoria²⁰.

¹³ Concepto tomado del fallo de tutela 2000 – 0672 del Juzgado 31 Penal Municipal y que hace referencia a las zonas de la ciudad destinadas por norma a la ubicación de establecimientos de alto impacto ligados a la prostitución.

¹⁴ Sexo por supervivencia: “Intercambio de sexo para la obtención de recursos económicos, materiales y/o sociales que se realiza de forma esporádica y viene dada por una situación personal y social inestable o precaria en un momento puntual de la vida” Ballester (2013), citado en Federación de Mujeres Progresistas (2018) *Feminización de la supervivencia y prostitución ocasional*, Madrid, p. 45.

¹⁵ Explotación sexual: “Obtención de beneficios financieros o de otra índole de la participación de otra persona en la prostitución, la servidumbre sexual u otros tipos de servicios sexuales, incluidos actos pornográficos o la producción de material pornográfico”. UNODC (2010) *Análisis de algunos importantes conceptos del Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños (...)*.

¹⁶ Personería de Bogotá (2020). Informe sobre la situación de las personas provenientes de Venezuela en Bogotá D.C.

¹⁷ Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG) – Secretaría Distrital de la Mujer (2019) *Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contexto de prostitución*, Bogotá D.C.

<http://omeg.sdmmujer.gov.co/phocodownload/2019/analisis/Libro%20caracterizacion%20ASP.pdf>

¹⁸ Ibidem., p.155.

¹⁹ EACI_11, Bogotá – Los Mártires, 16-junio-2021 y EACI 10, Bogotá – Los Mártires, 12-julio-2021

²⁰ EDDI_04, Bogotá – Los Mártires, 31-septiembre-2021

Estas barreras conllevan a que muchas migrantes venezolanas (cisgénero y transgénero) se vean obligadas a ejercer sexo por supervivencia y así cubrir sus necesidades más apremiantes. Muchas veces, estas personas deben someterse a las condiciones que algunos propietarios de establecimientos de trabajo sexual les imponen, sacando provecho de su situación de vulnerabilidad²¹.

En diálogo con un actor clave que hace parte de la institucionalidad local²², se señaló que las actividades sexuales por supervivencia y explotación sexual en Los Mártires son ejercidas en su mayoría por población refugiada y migrante venezolana, exponiéndose a riesgos como el contagio de Covid-19 y enfermedades

de transmisión sexual. En este sentido, una de las organizaciones comunitarias entrevistadas²³ afirmó que en Santa Fe existe una exposición permanente a enfermedades como VIH²⁴, tuberculosis y sífilis. La persona entrevistada afirmó, además, que el enfoque diferencial en la atención a la población trans y la población que realiza actividades de sexo por supervivencia en contextos de explotación sexual es limitado en los centros de salud de la zona. En general, las organizaciones señalan que hay estigmatización por parte de los profesionales de la salud con respecto a las personas que contraen enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Violencia basada en género (VBG) y presencia de redes de trata de personas con fines de explotación sexual

Actores de institucionales distritales reportaron en el Consejo de Seguridad para las Mujeres de la localidad de Los Mártires (en abril de 2021) que existen alertas urgentes de riesgo de feminicidio para migrantes²⁵. Sin embargo, las rutas de atención no siempre ofrecen respuestas oportunas ni integrales a las mujeres afectadas, por su situación migratoria irregular. Esto se evidencia en el hecho de que los servicios de protección (casas refugio) del Distrito no dan respuesta a las

sobrevivientes de VBG que no están afiliadas al SGSSS. Por otra parte, los actores clave entrevistados afirmaron que existen redes de trata de personas con fines de explotación sexual en la zona²⁶. Sin embargo, las alertas para la intervención y el rescate de mujeres migrantes que han liderado las instituciones del Distrito no han dado resultados exitosos²⁷. No es claro qué actores lideran las redes ni cómo las operan²⁸, incluso, muchas de las mujeres migrantes que llegan a Bogotá

²¹ Ibidem., p. 77

²² EACI_12, Bogotá - Los Mártires, 26-abril-2021

²³ EACI_11, Bogotá - Los Mártires, 16-junio-2021

²⁴ Esto lo confirman los datos del observatorio SaluData del distrito de Bogotá: en 2020 la ciudad tuvo una tasa de notificación de VIH/SIDA de 38,9 por cada 100.000 habitantes. Ese mismo año, la localidad de los Mártires presentó la segunda tasa más alta en Bogotá (11,9), después de la localidad de Santa Fe (20,9). <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/incidenciaymortalidadvih-sida/>

²⁵ EACI_13, Bogotá - Los Mártires, 22-abril-2021

²⁶ EACI_10, Bogotá - Los Mártires, 12-julio-2021, EACI_11, Bogotá - Los Mártires, 16-junio-2021, EACI_12, Bogotá - Los Mártires, 26-abril-2021, EACI_13, Bogotá - Los Mártires, 22-abril-2021, EACI_14, Bogotá - Los Mártires, 04-agosto-2021 y EACI_15, Bogotá - Los Mártires, 22-abril-2021.

²⁷ EACI_12, Bogotá - Los Mártires, 26-abril-2021

²⁸ EACI_11, Bogotá - Los Mártires, 16-junio-2021

a través de redes de trata, no las identifican como tales, sino como personas que les “ayudan” y les brindan “apoyo” para trabajar²⁹. Muchas de estas redes trabajan articuladas desde las fronteras, les quitan los documentos

a las víctimas, explotan a menores de edad, y prohíben la salida de las mujeres del lugar en donde practican la actividad³⁰.

Percepción sobre la salud sexual y reproductiva

Las personas participantes en los grupos focales y las sesiones informativas de DRC manifestaron que reconocen la salud como un derecho inherente a su condición humana, partiendo de que está asociada al bienestar físico, psicológico y emocional. No obstante, en primer lugar, se identificó que existen percepciones, creencias y barreras socioculturales al hablar sobre sexualidad y reproducción como un derecho. Segundo, se evidencia que la salud sexual y reproductiva (SSR) tiende a asociarse con la salud materna³¹, y a partir de allí se hace referencia al acceso a métodos anticonceptivos, educación sexual y prevención de prácticas de riesgo. Tercero, existe también un mayor grado de dificultad para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de perfiles con mayor grado de vulnerabilidad.

Con relación al primer punto, cabe señalar que el estigma, los estereotipos y los mitos en torno a la sexualidad se convierten en barreras para hablar sobre este tema y conllevan a prácticas de riesgo, como no usar condón en las relaciones sexuales³². Respecto al tercer factor identificado, los grupos focales permitieron reconocer algunos determinantes de los riesgos de vulneración del derecho a la SSR de los refugiados y migrantes venezolanos, entre ellos: la falta de orientación, educación sexual y acceso oportuno a servicios de SSR en Venezuela; así como la desinformación en Colombia, donde el sistema de salud tiene un funcionamiento diferente.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibidem.

³¹ En los espacios de grupos focales GFI_11 Suba - 23 de septiembre-, las personas expresaron mensajes asociados a la salud sexual y reproductiva como una acción. Una mujer mencionó: “la salud sexual y reproductiva es hacer hijos”. Otra persona, GFI_12 Mártires - 19 de octubre-, dijo que se refiere a “métodos anticonceptivos, embarazos, atención ginecológica y enfermedades de transmisión sexual”. Así mismo, en los GFI_14 Soacha - 24 de octubre- y GFI_15 Engativá - 20 de octubre de 2021-, las personas asociaron la salud sexual y reproductiva con prácticas de cuidado para “prevenir embarazos no deseados” y “acceso a planificación familiar en caso de querer tener una familia”.

³² Esto se puede evidenciar en las narrativas de las personas participantes de los grupos focales GFI_12 Mártires - 19 de octubre, GFI_15 Engativá - 20 de octubre y GFI_16 Suba - 22 de octubre de 2021.

5. MARCO NORMATIVO

Colombia ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)³³ de 2000, se afirma que la salud es un derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de los demás derechos, y que debe disfrutarse al más alto nivel posible, para lo cual se requiere la formulación de políticas públicas.

Por otra parte, como miembro de las Naciones Unidas, Colombia en 2006 se sumó a la Declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA³⁴, que exhorta a desplegar los esfuerzos necesarios para brindar una respuesta multisectorial de prevención, atención, tratamiento y apoyo en la lucha contra el VIH. En 2011, Colombia también suscribió la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas³⁵, que llama a los países miembros a hacer frente a la vulnerabilidad que experimenta la población migrante y móvil que vive con VIH. Más adelante, en 2016, Naciones Unidas publicó la Declaración política sobre el VIH y

el SIDA, reiterando la meta de “poner fin a la epidemia del SIDA para 2030”.³⁶

A nivel nacional, la Constitución Política de Colombia de 1991 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional han establecido que la salud se asocia a los derechos fundamentales a la vida como derecho inviolable,³⁷ a la intimidad personal y familiar³⁸, al derecho al trabajo³⁹ y a la seguridad social⁴⁰ como un servicio público obligatorio a cargo del Estado. Este derecho debe garantizarse a todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, sean nacionales o extranjeros⁴¹.

Con respecto a la atención en salud para personas que viven con VIH, la legislación colombiana ha tenido un lento avance desde que se reportó el primer caso en el país en 1983. Cinco años después de este reporte se inició el primer estudio de seroprevalencia y más de una década después, en la Resolución 5261 de 1994⁴², se incluyeron las primeras pruebas diagnósticas en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

³³ Observación General No. 14 del Comité DESC. <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

³⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) Declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA. <https://undocs.org/es/A/RES/60/262>

³⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas (2011) Declaración política sobre el VIH y el SIDA. A/RES/65/277 95ª sesión plenaria 10 de junio de 2011. En esta declaración se hace referencia a las personas migrantes, sin embargo, Colombia también afirmó su compromiso en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA, en la que se incluye a las personas refugiadas y migrantes explícitamente. https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf

³⁶ En esta misma línea, el número 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) está orientado a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, contemplando que para 2030 se ponga fin a la epidemia del SIDA.

³⁷ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-161 de 2013.

³⁸ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-376 del 2019.

³⁹ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-256 de 1996.

⁴⁰ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-248 de 2019.

⁴¹ Constitución Política de Colombia. Artículos 49 y 100.

⁴² Ministerio de Salud de Colombia (2014) Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, VIH, SIDA (versión 2) <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2017/10/Protocolo-VIH-INS.pdf>

En 2004, el Acuerdo 260 del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) dispuso que las enfermedades como el VIH/SIDA se encuentran excluidas de copagos, lo cual se reafirmó en la Resolución 5521 de 2013, en la que se establece un listado de servicios de alto costo, como el diagnóstico y manejo de pacientes que viven con VIH/SIDA. Esto quiere decir que cuando la persona necesite con urgencia un servicio médico, pero carezca de capacidad económica, las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud deben garantizar el acceso del paciente asumiendo el valor correspondiente. Aunado a lo anterior, la Ley 972 de 2005 declaró de interés y prioridad nacional la lucha contra el VIH/SIDA, atribuyendo a Minsalud la coordinación de acciones de promoción y prevención para personas diagnosticadas con VIH/SIDA que se encuentren o no afiliadas al SGSSS.

Por otro lado, la Ley 1438 de 2011 reformó el SGSSS y estableció la obligatoriedad de un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población. El primer plan decenal (2012-2021) incluyó una estrategia intersectorial para la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, con un enfoque de género y diferencial para prevenir el VIH/SIDA. Además, la Ley 1751 de 2015⁴³ estableció el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, y señaló que comprende el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y de calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud,

bajo los principios de igualdad de trato y oportunidades. Como lo ha referenciado la Corte Constitucional⁴⁴ frente al derecho fundamental a la salud, se debe garantizar el acceso de personas migrantes que viven con VIH, incluso si no cumplen con los requisitos para afiliarse al SGSSS, porque son sujetos de especial protección constitucional.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la Ley 1753 de 2015 creó la política pública denominada Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MAIS), en conjunto con la Resolución 2626 de 2019 de Minsalud. Estas normas definen la estrategia de la política de salud, contemplando el enfoque de cuidado y diferencial de derechos que obliga al Estado a tener en cuenta a la población residente en el territorio colombiano, en particular a las personas refugiadas y migrantes que viven con VIH/SIDA, y a ofrecerles garantías especiales por tratarse de grupos expuestos a mayor riesgo de vulneración de los derechos fundamentales⁴⁵.

En el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C (2018-2021)⁴⁶, se priorizó a varios grupos poblacionales, incluyendo a las personas vulnerables por desplazamiento y migración. Sin embargo, no se priorizó a la población con necesidad de protección internacional, ni se hizo mención específica de un objetivo en relación con la población refugiada y migrante.

⁴³ Artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

⁴⁴ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-517 de 2020.

⁴⁵ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-438 de 2013.

⁴⁶ Ni en los objetivos generales ni específicos (página 43 y ss.) se desarrolla alguna estrategia encaminada a la población refugiada y migrante extranjera que atienda a sus necesidades específicas. Solo se hace mención genérica a la migración como factor determinante para las poblaciones prioritarias, pero no es claro si esta mención incluye a las migraciones internacionales que tienen como destino Colombia. *“Poblaciones prioritarias: Se refiere a las personas en situación de vulnerabilidad supeditadas a presiones de índole o circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a las infecciones; entre ellas, el VIH, las ITS, tales como la pobreza y marginalidad, factores sociales, culturales, condiciones de desigualdad por condiciones raciales o étnicas, por desplazamiento y migración”.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf> (página 43 y ss)

A nivel local, el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C.⁴⁷ estableció un programa de “prevención y cambios para mejorar la salud de la población”, e incluyó una meta⁴⁸ evaluable respecto de la vida saludable y las enfermedades transmisibles. La propuesta de la Alcaldía va de la mano con lo establecido por ONUSIDA en la estrategia mundial de acción acelerada⁴⁹, sin embargo, en la meta propuesta solo se contempla la población migrante, dejando por fuera a los solicitantes de refugio. Además, en este plan se indica que en 2024 se deberá diseñar una política para el abordaje en salud de la población migrante, sin especificar los diferentes tipos de migración que existen, por lo que en el momento no existe una política para esta población⁵⁰.

En suma, de la normatividad a nivel internacional y nacional se desprende que en los contextos de movilidad humana es necesario aplicar un enfoque diferencial y basado en los derechos humanos, garantizado por el Estado y sus instituciones, teniendo en cuenta la mayor vulnerabilidad de las personas refugiadas y migrantes, así como la no discriminación y la reacción eficaz en acceso a salud⁵¹. La Corte Constitucional hace un llamado a garantizar el derecho a la atención básica y de urgencias de extranjeros en situación migratoria irregular, incluyendo la estabilización de la salud del paciente, la preservación de su vida, la entrega de medicamentos como el tratamiento anti-retroviral, e incluso la realización de procedimientos o intervenciones médicas especializadas⁵².

⁴⁷ Secretaría de Salud Distrital de Bogotá (2020) Plan Territorial de Salud de Bogotá 2020-2024. 030 subredsuroccidente.gov.co

⁴⁸ La meta establecida en el Plan Territorial de Salud de Bogotá establece: “A 2024 alcanzar un 90% de personas que conviven con VIH y conocen su diagnóstico, un 90% que acceden al tratamiento y un 80% que alcanzan la carga viral indetectable”.

⁴⁹ Resolución 089 de 2021: La estrategia plantea alcanzar en 2021 un 86% de personas que conocen su diagnóstico, un 83% de personas que tienen acceso a tratamiento y un 71% de personas con carga viral indetectable.

⁵⁰ En el documento no se menciona la protección internacional, ni a los solicitantes de refugio. Se incluye la meta: “8.3.1.1. Programa: Mejora de la gestión de instituciones de salud” (...) “A 2024 diseñar e implementar un abordaje para la atención en salud para población migrante de conformidad con la normatividad vigente”.

<https://www.subredsuroccidente.gov.co/sites/default/files/planeacion/DOCUMENTO%20PTS%202020-2024%20%2027042020.pdf>

⁵¹ La salud debe contemplarse como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” según lo expresado en la Constitución de la Organización Mundial para la Salud (OMS).

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

⁵² Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-246 de 2020.

PERFILES POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE	REQUISITO	¿A QUÉ TIENE DERECHO?	DEBERES DE LAS AUTORIDADES DE SALUD FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VIH
Personas con estatus migratorio regular	<ul style="list-style-type: none"> + Para pertenecer a un régimen de salud en Colombia 1. Contributivo: + Tener capacidad de pago. + Tener un documento válido para afiliación: cédula de extranjería, pasaporte (para menores de 7 años), carné diplomático, salvoconducto de permanencia, Permiso Especial de Permanencia, Permiso de Protección Temporal, Registro Civil de Nacimiento o Certificado de nacido vivo. + Estar afiliado a una EPS. 1. Subsidiado: + Encuesta SISBEN (no requerida inicialmente para personas señaladas en el artículo 3 del Decreto 064 de 2020, numerales 14 y 18: población migrante colombiana repatriada o retornada, y migrantes venezolanos sin capacidad de pago, vulnerables y con Permiso Especial de Permanencia (PEP) vigente ⁵³). + Tener clasificación de nivel I o II de SISBEN. + Tener un documento válido para afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> + Accesibilidad sin discriminación. + Acceso a la información. + Prevención de infecciones de transmisión sexual (preservativos y educación). + Tratamiento farmacológico. + Disponibilidad de bienes y servicios de salud. + Toma de pruebas rápidas, pruebas de diagnóstico pre y post⁵⁴. + Atención integral (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)⁵⁵. + A que la EPS provea todas las necesidades básicas como alojamiento, pasajes y alimentación de la persona⁵⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> + Realizar acciones de promoción, prevención y asistencia para contener al VIH/SIDA. + Notificar los casos de infección por VIH/SIDA a las direcciones territoriales de Salud. + Brindar atención integral a las personas que viven con VIH en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminación y con sujeción a los protocolos establecidos. + Tratamiento ininterrumpido. + Mantener la confidencialidad y la reserva legal de los datos personales en las estadísticas⁵⁷.
Personas con estatus migratorio irregular	<ul style="list-style-type: none"> + Estar en territorio colombiano. + Contar con estas condiciones para ser atendido integralmente: (i) tener una enfermedad catastrófica; (ii) evidenciar el riesgo para la vida o integridad del paciente; y (iii) el concepto técnico del médico que justifica la necesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> + Salud en urgencias. + Tratamiento antirretroviral (generalmente por medio de acciones legales). + No discriminación en el trato y atención en salud. + Acceso a las pruebas voluntarias de VIH en casos de protocolo de urgencias/ código fucsia⁶⁰. + Ser considerado como un grupo que necesita garantías especiales. + Ser priorizado en los planes de salud por parte de las autoridades. 	<ul style="list-style-type: none"> + No discriminar por ningún motivo. + Garantizar el acceso a cobertura de servicios de salud y la realización de pruebas diagnósticas⁵⁸. + Garantizar el acceso del paciente a servicios, asumiendo el valor correspondiente. + Excluir del copago al paciente para tratamiento y servicio médico⁵⁹.

⁵³ Decreto 064 de 2020, artículo 3, parágrafo 5: “Los migrantes venezolanos afiliados deberán acreditar su permanencia en el país, actualizando la información de su domicilio cada cuatro (4) meses ante la entidad territorial municipal donde se encuentren domiciliados. La entidad territorial deberá reportar esta información en el Sistema de Afiliación Transaccional”.

⁵⁴ Resolución 2338 de 2013.

⁵⁵ Resolución 5592 de 2015.

⁵⁶ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-920 de 2013.

⁵⁷ Resolución 4725 de 2011.

⁵⁸ Circular 63 de 2006.

⁵⁹ Acuerdo 260 del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud).

⁶⁰ Resolución 0459 de 2012.

PERFILES POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE	REQUISITO	¿A QUÉ TIENE DERECHO?	DEBERES DE LAS AUTORIDADES DE SALUD FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE VIH
<p>Niños, niñas y adolescentes⁶¹ nacidos en territorio colombiano, con madre y/o padre de nacionalidad Venezolana, o nacidos en Venezuela, con madre y/o padre de nacionalidad colombiana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Contar con Registro Civil de Nacimiento, certificado de nacido vivo o un documento de identificación válido. + No se debe contemplar el estatus migratorio de los padres ni la clasificación de SISBEN. + Declaración de los padres de no contar con condiciones para cotizar al régimen contributivo. + Declaración de los padres de no tener encuesta SISBEN. 	<ul style="list-style-type: none"> + Afiliación al SGSSS subsidiado. + Ser priorizado en los planes de salud por parte de las autoridades. + Prevención de infecciones de transmisión sexual (preservativos y educación para adolescentes)⁶². + Tratamiento farmacológico, si se requiere. + Disponibilidad de bienes y servicios de salud. + Accesibilidad sin discriminación. + Acceso a la información. + Toma de pruebas rápidas, pruebas de diagnóstico pre y post. + Atención integral (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación). 	<ul style="list-style-type: none"> + Prohibición de retención/privación de la libertad por falta de pago. + Ninguna EPS podrá negar la afiliación de un recién nacido por no contar con encuesta SISBEN.

⁶¹ De acuerdo con la Circular 023 del 2019 del Ministerio de Salud.

⁶² Resolución 2175 de 2015.

6. PRINCIPALES RETOS SOBRE EL ACCESO AL DERECHO

Regularización migratoria como requisito formal para acceder al derecho a la salud y protección social

Las barreras de acceso a derechos fundamentales como la salud y la seguridad social para personas refugiadas y migrantes se asocian principalmente a la irregularidad migratoria. La Ley colombiana exige que las personas venezolanas cuenten con documentos válidos de identificación⁶³ para su afiliación al SGSSS y el uso de los servicios que de este se derivan, tales como consultas médicas, medicina especializada, exámenes diagnósticos y medicamentos. El Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV) que entró en vigencia en mayo de 2021, busca facilitar la regularización migratoria para venezolanos, y por consiguiente, el acceso a servicios, incluyendo servicios de salud. Sin embargo, las personas que no cuentan con ningún documento de identificación, o que ingresaron de forma irregular al país después del 31 de enero de 2021 no pueden acceder al ETPV. La atención en salud para esta población está limitada a los servicios de urgencias, lo cual genera preocupación debido a que las personas con VIH requieren acceso constante a medicamentos, servicios y tratamientos específicos tanto para el VIH como

para las enfermedades o infecciones oportunistas⁶⁴. En el marco de sus actividades de protección, DRC evidenció que las mujeres gestantes en situación migratoria irregular enfrentan afectaciones particulares, ya que la falta de acceso a servicios de salud puede derivar en problemas de salud y mecanismos de adaptación que se constituyen en prácticas de riesgo, como la búsqueda de medios alternativos (por ejemplo, visitas a farmacias) para obtener orientación médica⁶⁵.

Pocas de las mujeres gestantes y lactantes que participaron en esta investigación habían podido acceder a exámenes diagnósticos de ETS durante los escasos controles prenatales.⁶⁶ Esto constituye un riesgo si se tiene en cuenta que, sin pruebas diagnósticas, la transmisión del VIH y otras ETS a neonatos no podrá ser prevenida ni se podrá garantizar su buen estado de salud en el momento del parto. En este sentido, los principios de igualdad y no discriminación para la detección y respuesta a las ETS no son respetados para las personas que se encuentran en situación migratoria irregular, lo cual puede tener un impacto de salud pública.

⁶³ De acuerdo con la Resolución 0974 de 2016, los documentos válidos para la afiliación de personas extranjeras al SGSSS son: cédula de extranjería, pasaporte (para menores de 7 años), carné diplomático, salvoconducto de permanencia y Permiso Especial de Permanencia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200974%20de%202016.pdf

⁶⁴ “Las enfermedades oportunistas en los portadores del VIH son el producto de dos factores: la falta de defensas inmunitarias a causa del virus, y la presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano” Entre las más comunes se encuentran la candidiasis, la neumonía y la tuberculosis. UNAIDS (1999) https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf

⁶⁵ GFI_14, Soacha – 20-octubre-2021: “Debemos recurrir a diferentes personas o lugares para que nos puedan atender, a veces vamos a farmacias para que nos recomienden que hacer cuando no nos encontramos bien”.

⁶⁶ EACI23 Bogotá- Barrios Unidos, 7-diciembre-2021

Con respecto a la situación migratoria irregular como barrera para acceder a salud, la Unidad de Protección de DRC en Bogotá gestionó varios casos en salud. En septiembre de 2021 se acompañó a una mujer venezolana de 22 años, quien tenía 18 meses de embarazo, que había ingresado a Colombia en marzo de 2021 y obtuvo un diagnóstico de VIH en junio.⁶⁷ Dado que esta persona se encontraba en situación migratoria irregular y no cumplía con los requisitos para aplicar al ETPV, le había sido imposible afiliarse al SGSSS, y por ende, recibir los servicios y tratamientos que requería.

En otro caso, se identificó que una persona de OSIEGCS diversa diagnosticada con VIH/SIDA no había podido acceder a tratamientos médicos o psicológicos. La razón también era su estatus migratorio irregular.⁶⁸

Esta persona reportó que no tenía posibilidad de acceder a un trabajo formal y que debía recurrir a sexo por supervivencia para cubrir sus necesidades básicas.

Estos casos reflejan cómo el acceso a salud se ha visto limitado pese a que la sentencia de la Corte Constitucional T-517 de 2020 reconoció que se debe garantizar el tratamiento antirretroviral, sin importar si la persona se encuentra afiliada al SGSSS o no.⁶⁹ Adicionalmente, la sentencia de la Corte Constitucional SU677 del 2017 indica que el Estado está en la obligación de prestar los servicios de salud materna relacionados con la gestación, el parto y el posparto a todas las mujeres que los requieran de forma gratuita, independientemente de que sean nacionales colombianas o extranjeras con permanencia regular o irregular.⁷⁰

Discriminación y xenofobia hacia personas con OSIEGCS diversas que viven con VIH/SIDA

En diálogo con personas refugiadas y migrantes venezolanas que tienen OSIEGCS diversas, DRC ha recibido reportes de discriminación contra personas que han tenido que recurrir al sexo por supervivencia. Según lo reportado por los participantes en actividades grupales, se presentan agresiones verbales contra esta población al momento de solicitar información para la afiliación al SGSSS, pruebas de VIH, medicamentos

y/o trámites administrativos concernientes al acceso al derecho a la salud.

Más específicamente, en las actividades realizadas en el barrio Santa Fe, se identificó que la población proveniente de Venezuela con OSIEGCS diversas no tiene un acceso efectivo a los servicios de salud, porque la constante discriminación se ha convertido en un

⁶⁷ Caso ASGCI_12: Localidad de Suba - Bogotá, 01-septiembre-2021. Tras su diagnóstico de VIH, esta persona recibió apoyo de la fundación EUDES. Por otra parte, AHF le ha suministrado tratamiento antirretroviral y asistencia legal, mientras que DRC le brindó asesoría en protección internacional y asistencia para acceder a citas médicas especializadas, controles prenatales, medicamentos y ecografías, entre otros servicios. Al cierre de este informe, la persona continuaba en situación irregular y dependía de la asistencia de organizaciones de cooperación para acceder a servicios de salud.

⁶⁸ EACI23 Bogotá-Barrios Unidos, 7-diciembre-2021: "Por ahora la barrera principal es que no he podido tener una documentación que me permita estar regularizada en Colombia, he asistido a diferentes charlas, las cuales me han ayudado a entender que por urgencias me pueden atender y que está en mis derechos poder exigir esto cuando me siento muy mal".

⁶⁹ La persona debe demostrar "(i) un estado catastrófico en el estado de salud derivado del VIH; (ii) el concepto de urgencia emitido por un médico tratante; y (iii) el riesgo para su vida o su integridad producto del no suministro de los medicamentos". Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-210 de 2018.

⁷⁰ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU677 del 2017.

desincentivo para acudir a estos. Además, en el desarrollo de la Escuela de Derechos, varios relatos arrojaron información relacionada con la ausencia de un enfoque diferencial en la atención en salud a la población con OSIEGCS diversas, específicamente a la población transgénero que adopta identidades de género femeninas. Por ejemplo, una mujer trans participante en la Escuela de

Derechos aseguró que en una ocasión estuvo internada en un hospital público de la zona y los profesionales de la salud no la llamaron nunca por su nombre identitario, a pesar de haberlo solicitado reiteradamente. Además, la ropa que le brindaron para que pudiera vestirse y permanecer en el hospital era de hombre.⁷¹

Mitos relacionados a la salud sexual y reproductiva, la prevención de ETS y los roles de género

Frente a los conceptos de derechos a la salud sexual y reproductiva (SSR) donde se enmarcan la prevención, el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, se identificaron estereotipos que indican que la sexualidad y la reproducción no son temas a discutir de manera pública,⁷² ni tampoco se construyen como prácticas asociadas a los derechos. En general, cuando se planteó el VIH como tema de discusión no se evidenció rechazo por parte de la población de interés, pero sí se observó incomodidad al hablar del tema,⁷³ precisamente porque existe estigma y prejuicios contra las personas que lo han adquirido, y porque usualmente se les asocia con prácticas de riesgo, promiscuidad y el ejercicio de actividades sexuales pagas (ASP).

El debilitamiento del sistema de salud pública en Venezuela es un factor que acentúa las disparidades en el goce efectivo de los derechos. Además, debido a las dificultades para que las personas se familiaricen con los conceptos y las rutas de acceso a derechos

fundamentales, se han creado imaginarios colectivos según los cuales el goce efectivo de la salud es solo una posibilidad prestacional y no una obligación por parte de los estados. La población de interés percibe la confianza y la estabilidad de las parejas como determinantes de prácticas sexuales seguras, pero tiene poco conocimiento sobre la prevención y el diagnóstico de ETS, lo cual se debe, entre otras cosas, a los bajos índices de educación sexual en Venezuela.

Durante las actividades grupales de recolección de datos para este informe se observó que hubo mayor participación por parte de las mujeres incluyendo mujeres trans y que ellas demostraron tener más información o conocimiento en relación a SSR y VIH, en comparación con los hombres. Aunque este conocimiento no es muy profundo o especializado, la diferencia puede deberse a que las mujeres asumen y reproducen roles de cuidado y su relacionamiento con los derechos está asociado a esos roles.

⁷¹ EDD_02, Bogotá – Los Mártires, 21 al 19-septiembre-2021.

⁷² GFI_04 Suba – 18-agosto-2021 Una mujer participante manifestó: “Muchas veces no hablamos de este tema porque genera incomodidad, pero es importante hablarlo, sobre todo nosotras como mujeres, porque somos muy propensas a agarrar cualquier infección”. Lo anterior haciendo referencia a los tabúes existentes sobre la sexualidad. En cuanto a la responsabilidad de replicar y compartir esta información, una mujer participante en el GFI_11 Suba – 23-septiembre-2021 comentó: “Los padres no comunican a sus hijos sobre temas de SSR”.

⁷³ GFI_15 – Engativá 20-octubre-2021. Parte del grupo manifestó que “las mujeres en situación de ASP son las que más riesgos pueden tener”, otros consideran que la “promiscuidad es una situación de los hombres”. En ningún caso se habla de los NNA. El grupo en general desconoce las prácticas de riesgo, solo en algunos casos manifiesta conocimiento sobre las ETS. En el grupo hubo personas de sexo masculino quienes expresaron actitudes machistas y conservadoras respecto al uso del preservativo.

Según un informe del Observatorio Colombiano de las Mujeres, “la conexión entre migración y género se explica a partir de cómo la migración puede influir en las relaciones de género, ya sea por la transformación de estas relaciones o porque se afianzan desigualdades y roles tradicionales”.⁷⁴ En el caso de las mujeres que migraron con su pareja y/o familia, se ha afianzado su rol tradicional de cuidado y tienden a ser responsables de obtener información sobre el cuidado de ellas mismas y los miembros de su hogar, y ponerla en práctica.

En cuanto a las personas transgénero que participaron en los grupos focales (5 mujeres transgénero), se pudo identificar que tienen una expresión de género femenina y asumen la responsabilidad de obtener información relacionada con SSR y ETS. Una de estas participantes expresó que estaba ejerciendo sexo por supervivencia y que tomaba medidas para prevenir la transmisión de ETS.⁷⁵

Acceso a la información sobre afiliación al SGSSS, desconocimiento de los funcionarios sobre la normatividad vigente y exigencia de requisitos no contemplados en la ley

DRC conoció casos en que a las personas refugiadas y migrantes venezolanas se les exigen presentar documentos de permanencia para acceder a atención en urgencias. Esta situación refleja el desconocimiento en algunas entidades e instituciones prestadoras de salud acerca de la normativa que sustenta el acceso de la población de interés a servicios de urgencias, sin importar su estatus migratorio (Ley 1751 de 2015).

Además, se identificó que incluso en casos donde haya sido superada la barrera de irregularidad migratoria, la población refugiada y migrante desconoce el proceso de afiliación al SGSSS, toda vez que la socialización de información por parte de las autoridades distritales y de los operadores de salud encargados de atender a la población refugiada y migrante es limitada. Gran parte de la población que vive con VIH/SIDA

desconoce que documentos como el PEP y el salvoconducto SC2 son válidos para la afiliación al SGSSS, lo cual pone en riesgo su acceso a tratamientos y medicamentos de forma continua. Esto exacerba las barreras de acceso a salud y protección social de estas personas que en su mayoría se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad.

A su vez, el desconocimiento y la desinformación de algunos médicos, trabajadores sociales y miembros del personal administrativo en las entidades de salud sobre los derechos de las personas refugiadas y migrantes derivan en situaciones de discriminación, estigma, xenofobia, negación del servicio, atención desigual e indicaciones incorrectas, y acrecientan los vacíos de información en la población de interés.

⁷⁴ Observatorio Colombiano de las Mujeres (2021). *La violencia contra las mujeres migrantes en Colombia*. Boletín Observatorio Mujeres. indd

⁷⁵ GF 79 Zona Centro 17-agosto-2021. Una mujer trans venezolana expresó “sé que existen unas enfermedades como el VIH, clamidia, herpes, y nos afecta a todos por igual. Por eso yo me cuido y cuido al otro porque no se cómo venga esa persona”.

Así mismo, a través de la gestión de casos individuales⁷⁶ se reportó que algunas afiliaciones o renovaciones de las afiliaciones al SGSSS se negaron por dos razones principales: primero, el desconocimiento de la validez del salvoconducto SC2 para la afiliación,⁷⁷ y segundo, el desconocimiento y la falta de aplicación del régimen de transición del PEP al PPT.⁷⁸ Con respecto a la segunda barrera, se identificó que se les exige a las personas que presenten el PEP con fecha de renovación

vigente si no tienen el PPT, lo cual no es un requisito contemplado por la ley, ya que la Resolución 0971 de 2021 prorrogó la vigencia de los PEP hasta el 28 de febrero de 2023. Además, se estima que el proceso de aplicación al ETPV -que culmina con la expedición del PPT- tarda aproximadamente 11 meses, lo cual implica que las exigencias indebidas durante ese periodo ponen en riesgo la salud de las personas que viven con VIH/SIDA.

Obstáculos administrativos para mantener la afiliación activa y para el acceso efectivo al servicio de salud

Una vez se supera la barrera de la documentación y las personas cumplen con los requisitos para afiliarse al SGSSS, las EPS deben cargar la información de los usuarios al Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). Este proceso se tarda en promedio un mes, periodo que los usuarios deben esperar para solicitar una cita médica. Además, la disponibilidad de citas médicas con especialistas en el corto plazo suele ser muy baja, por lo que las personas pueden verse obligadas a esperar varios meses para acceder a una consulta y/o un examen especializado.⁷⁹ Estos largos periodos de espera implican un grave riesgo para la salud de las personas que viven con VIH, dado que la falta de atención y tratamientos adecuados pueden llevar a que

la infección evolucione en SIDA o a que se contraigan infecciones oportunistas.

Por otra parte, los solicitantes de refugio que viven con VIH/SIDA y se afiliaron al SGSSS con un salvoconducto SC2 enfrentan una barrera adicional para mantenerse vinculados a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en particular, debido a que los SC2 deben renovarse cada seis meses. Este trámite se constituye en una carga adicional para poder acceder continuamente a los tratamientos y medicamentos requeridos. De igual modo, personas participantes en las actividades grupales refirieron que habían recibido negativas al momento de solicitar citas médicas en

⁷⁶ Casos ASGCI_03, 04, 05, 06, 07, 08, 09.

⁷⁷ EACI_19 Teusaquillo 20-noviembre-2021 “Yo comencé a hacer derechos de petición y tutelas porque no querían hacerme la visita del Sisbén para poder acceder a salud en Colombia en ese tiempo pese a tener el salvoconducto CS2”.

⁷⁸ Migración Colombia. Resolución No. 0971 de 2021 (28 de abril de 2021) “Artículo 38. Transición del Permiso Especial de Permanencia (PEP) al Permiso por Protección Temporal (PPT). De conformidad con lo establecido en el artículo 19 del Decreto 216 del 1 de marzo de 2021, a partir de esta fecha no se expedirá ningún Permiso Especial de Permanencia (PEP) nuevo, y todos los Permisos Especiales de Permanencia cualquiera sea su fase de expedición, incluido el PEPFF, que se encuentren vigentes, quedarán prorrogados automáticamente hasta el 28 de febrero de 2023”.

⁷⁹ CasoASGCI_09 y CasoASGCI_11.

En el evento “Reunión equipo país Fondo mundial de lucha contra el VIH/SIDA y MCP Colombia 2022 – 2025”, el Ministerio de Salud y Seguridad Social presentó los resultados de una consultoría respecto al acceso a salud de la población migrante. Frente a las brechas en el tratamiento, se evidenció que la población de interés no puede iniciar un tratamiento de inmediato. La media de tiempo de inicio de un tratamiento contra el VIH/SIDA es de 34 días, sin barreras de acceso. No obstante, existe una diferencia de tiempos entre las diferentes IPS y EPS. Se puntualizó que existen barreras administrativas, financieras y geográficas que se manifiestan en demoras, falta de recursos, falta de insumos y presencia de las entidades en áreas rurales, tanto a nivel de IPS como de EPS (16 de noviembre de 2021).

sus EPS o IPS porque las personas de atención al usuario desconocen la validez del SC2 y les manifestaban que “no podían asignarles citas sin documentación legal.”⁸⁰

Considerando las barreras descritas, se debe aclarar que la Corte Constitucional⁸¹ establece que los procesos administrativos no son una excusa válida para negar o dilatar un tratamiento, ya que corresponden a la esfera interna de las EPS y las entidades territoriales,

es decir, estas instituciones tienen el deber de facilitar a los pacientes la prestación del servicio que requieran. De lo contrario, los pacientes se exponen a un riesgo de vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna. En particular, el principio de continuidad del servicio público de salud debe ser garantizado por el Estado, con el objetivo de que las personas continúen recibiendo un tratamiento o un medicamento.

7. PROTECCIÓN INTERNACIONAL Y VIH/SIDA

En los últimos años, en Venezuela se ha venido presentando una vulneración masiva del derecho a la salud. Según la Encuesta Nacional de Hospitales (2019), de noviembre de 2018 a febrero de 2019⁸² se reportaron 79 fallecimientos como consecuencia de las fallas del servicio eléctrico y 1.557 muertes a causa del desabastecimiento de medicamentos y suministros. Adicionalmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y REDESCA⁸³ alertaron en 2019 que más de 11.000 personas estaban en riesgo por los apagones en diferentes regiones de ese país.⁸⁴

La CIDH ha manifestado en repetidas ocasiones su preocupación por la situación precaria de las instalaciones hospitalarias en Venezuela y la falta de condiciones de higiene para los pacientes en los centros del sistema público de salud. Igualmente, ha llamado la atención sobre las barreras para el ejercicio

de los derechos sexuales y reproductivos de la población venezolana, como el desabastecimiento de preservativos y anticonceptivos, al afirmar: “esta situación ha provocado un incremento en el riesgo de contraer VIH y otras ETS (...) Sumado a esto, en junio de 2019 se reportó el desabastecimiento del 65% de antirretrovirales, afectando a por lo menos 70 mil personas con VIH registradas en el sistema público de salud. Dicha situación ha contribuido a la migración forzada de familias”.⁸⁵

En este sentido, la población refugiada y migrante con VIH que llega a Colombia desde Venezuela usualmente ha tenido que suspender su tratamiento antirretroviral y sus controles médicos desde antes de salir de su país. Asimismo, ha enfrentado una situación de precariedad socioeconómica que ha tenido un impacto en su estado de salud.

⁸⁰ CasoASGCI_04.

⁸¹ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-920 de 2013.

⁸² Médicos por la Salud. 11 de marzo de 2019. *Encuesta Nacional de Hospitales*.

⁸³ Relatoría sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Organización de Estados Americanos (OEA).

⁸⁴ CIDH (2019) Comunicado de Prensa No. 077/19. CIDH y REDESCA manifiestan su preocupación por la falta de servicio eléctrico y agua potable en Venezuela.

⁸⁵ Ibidem, página 526.

La Unidad de Protección de DRC en Bogotá ha identificado casos de personas que dejaron Venezuela específicamente por la necesidad de acceder a tratamientos médicos, y que no han logrado recibirlos. En uno de los casos más críticos atendidos por DRC, un hombre de 24 años que vivía con VIH/SIDA falleció durante el proceso de solicitud de refugio, debido a que no tuvo un diagnóstico temprano en su país y al llegar a Colombia su salud se deterioró rápidamente. En este caso, la crisis económica, política y social de Venezuela fue la principal razón para que la persona saliera de su país de origen, concretamente porque no podía acceder al sistema de salud ni ver garantizada su seguridad alimentaria. Por esa razón, el 17 de enero de 2018 ingresó de manera irregular a Colombia, radicándose en el municipio de Tumaco, Nariño, en donde se realizó las pruebas pertinentes que arrojaron un resultado positivo para el virus.

En la solicitud de refugio, esta persona manifestó: “no pude determinar si el contagio sucedió con anterioridad a mi llegada a Colombia, porque en Venezuela no pude acceder a una consulta médica o a exámenes diagnósticos que me brindaran claridad sobre mi estado de salud (...) Necesito realizarme exámenes médicos de manera constante para garantizar el correcto funcionamiento de mis órganos, a los cuales no puedo acceder en mi país de origen (...) motivo por el cual, si regresara a Venezuela mi vida estaría en grave riesgo”.⁸⁶

En este caso, la necesidad de protección internacional provenía del riesgo de regresar al país de origen y no poder recibir un tratamiento efectivo para VIH por la violación masiva del derecho a la salud en Venezuela.

En otro caso atendido por DRC, una mujer de 29 años

que salió de Venezuela en abril de 2019 presentó una solicitud de refugio fundada en su necesidad urgente de acceso a atención en salud.⁸⁷ En 2013, su expareja que había sido diagnosticada con VIH falleció, motivo por el cual ella decidió tomarse pruebas diagnósticas y recibió un resultado positivo para VIH. Debido que se encontraba en una situación de estrés y depresión, esta persona no tomó medidas inmediatas y aplazó su tratamiento hasta el año 2016. En 2017 se vio obligada a suspenderlo, pero lo retomó al quedar en embarazo, ya que en el sistema de salud venezolano existe prioridad para la entrega de medicamentos retrovirales a madres gestantes. No obstante, terminado su embarazo, la mujer dejó de recibir tratamiento médico y no pudo acceder a un examen diagnóstico para su hijo recién nacido.

Por lo tanto, ella y su núcleo familiar decidieron huir hacia Colombia, a donde ingresaron en 2019 por Cúcuta. Viajaron directamente a Bogotá con el objetivo de acceder a tratamientos médicos para ella, su hija mayor - quien tiene síndrome de Down-, y su hijo menor. Sin embargo, esta persona refiere que no ha sido posible acceder a salud y que retornar a su país solo empeoraría su situación: “No podemos regresar a Venezuela porque mi vida y la de mis hijos estaría en riesgo, puesto que no podríamos acceder a los controles, exámenes y seguimientos médicos que nuestras condiciones de salud requieren”.

Los casos descritos demuestran que la migración por afectaciones a la salud, especialmente en relación con VIH/SIDA, es forzada y no una decisión voluntaria y espontánea. En esta línea, las personas atendidas por DRC con diagnóstico de VIH/SIDA tienen un perfil común de necesidad de protección internacional debido a sus riesgos de salud y su condición médica.

⁸⁶ CasoASGCI_08

⁸⁷ Caso ASGCI_09

Además, han experimentado la vulneración de su derecho a la salud, por lo que se ven obligadas a huir de su país, y por este motivo pueden acogerse a la definición de refugiado contenida en la Declaración de Cartagena de 1984.⁸⁸ Cabe añadir que en algunos casos estos perfiles se entrelazan con otros tipos de

persecución reconocidos por la Convención de Ginebra de 1951, en particular, porque tuvieron que abandonar su país por amenazas a su vida o por temor fundado de persecución en relación a su pertenencia a un determinado grupo social, por ejemplo, al identificarse como personas con OSIEGCS diversas.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La garantía del derecho a la salud por parte del Estado colombiano a la población refugiada y migrante que vive con VIH tiene un alcance limitado. Aún con los recientes avances en regularización migratoria relacionados con el ETPV, no toda la población venezolana puede obtener un documento de permanencia, porque muchas personas no cuentan con documentos válidos de identidad, no cuentan con pruebas sumarias para demostrar su ingreso a Colombia antes del 31 de enero de 2021, o ingresaron irregularmente después de esta fecha. Estas personas que permanecen en situación migratoria irregular y viven con VIH encuentran barreras para acceder a servicios de salud más allá de urgencias, a pesar de que cuentan con especial protección constitucional, por lo cual se ven obligadas a recurrir a herramientas como la tutela para exigir que se garantice su derecho a la atención y los exámenes y tratamientos médicos que requieren.

A esto se suma la discriminación por parte de funcionarios y profesionales de la salud, especialmente cuando se trata de población con OSIEGCS diversas, y más específicamente, de personas transgénero. Esta

discriminación se basa en mitos relacionados con la SSR, la prevención de ETS y los roles de género, que asignan a las mujeres las tareas de cuidado, no solo de sí mismas, sino también de sus parejas y familiares.

Por otra parte, se identificó que el desconocimiento de la normatividad vigente en torno a la afiliación al SGSSS está presente tanto en la población de interés como en los funcionarios del sistema de salud, lo cual deriva en conceptos equivocados, por ejemplo, que el salvoconducto SC2 no es un documento válido para la afiliación. También se identificó la exigencia de requisitos no contemplados en la ley, lo que implica una vulneración del derecho a la salud y genera un desincentivo de acceso a este derecho para la población refugiada y migrante.

Con respecto a la protección internacional para personas refugiadas y migrantes que viven con VIH/SIDA, se expusieron casos que ilustran la necesidad del acceso a refugio para quienes se vieron obligados a dejar Venezuela por la vulneración de su derecho a la salud y el riesgo para su vida al no poder recibir

⁸⁸ La definición que se encuentra en la Declaración de Cartagena de 1984 se incorporó al marco jurídico colombiano a través del Decreto 1067 de 2015 del Ministerio de Relaciones Exteriores. La Declaración establece que debe reconocerse como refugiado a quien ha salido de su país de origen “porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión extranjera, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público”. P. 3.

la atención médica necesaria. En este sentido, cabe anotar que las obligaciones del Estado colombiano no solo requieren un reconocimiento formal oportuno de la condición de refugiado para las personas que

viven con VIH y cumplen con un perfil de protección internacional, sino también garantizar que no sufran de medidas discriminatorias y que se les brinde un acceso efectivo a los servicios de salud.⁸⁹

Decálogo de recomendaciones para el Distrito de Bogotá



Crear una mesa de trabajo con el objetivo de trazar una hoja de ruta para la atención integral a refugiados y migrantes con VIH/SIDA en Bogotá. Esto implicaría mantener un mecanismo de articulación permanente entre el Distrito, las entidades e instituciones prestadoras de salud, las organizaciones de cooperación internacional, las organizaciones comunitarias, la sociedad civil y los refugiados y migrantes, entre otros actores. Los espacios de coordinación interagencial del GIFMM desde los sectores locales de protección y salud pueden ser espacios propicios para dicho trabajo, así como su interacción con la Comisión intersectorial del Distrito Capital para la Atención e Integración de la Población proveniente de los Flujos Migratorios Mixtos.⁹⁰



Fortalecer las capacidades del Distrito para implementar acciones de tamizaje y diagnóstico de ITS (incluyendo el VIH), y para garantizar el acceso a servicios de salud, a través de afiliaciones de emergencia y priorizando a personas refugiadas y migrantes que viven con diagnóstico de VIH.



Garantizar un enfoque diferencial en la atención en salud para la población refugiada y migrante con VIH/SIDA, teniendo en cuenta su nivel de vulnerabilidad. Se hace necesario ampliar la atención y el acceso a tratamientos preventivos, curativos y paliativos para la población, en especial para las personas con OSIEGCS diversas, que están expuestas a estigma, discriminación y otras barreras para acceder oportunamente a los servicios que requieren.



Exhortar a las EPS e IPS y a los funcionarios del sistema de salud para que brinden un servicio de salud basado en la no discriminación de la población refugiada y migrante que vive con VIH/SIDA, y para que promuevan el buen trato y el acceso equitativo a la atención de calidad tanto para refugiados y migrantes como para la población de acogida. Con este fin, podrían implementarse sesiones de capacitación a los funcionarios y profesionales de la salud, campañas de sensibilización y mecanismos de retroalimentación por parte de los usuarios.



Incluir en el Plan Territorial de Salud de Bogotá metas y objetivos con respecto a la no discriminación de la población refugiada y migrante, la reacción eficaz en la atención, la respuesta integral (más

⁸⁹ El Artículo 23 de la Convención de 1951 establece que los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio del país anfitrión tienen derecho a recibir asistencia social y médica, en las mismas condiciones que los nacionales.

⁹⁰ Alcaldía de Bogotá, Decreto No. 510 del 14 de octubre de 2021.

allá del acceso a tratamientos antirretrovirales), la participación de la población de interés en la construcción de las políticas públicas y en su monitoreo. Así mismo, deben incluirse indicadores concretos que permitan hacer seguimiento a estos objetivos.



Adoptar un plan de prevención dirigido a la población refugiada y migrante en situación regular e irregular, con un enfoque diferencial que responda a sus necesidades específicas, ya que las autoridades nacionales y locales no priorizaron a esta población en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS VIH/SIDA (2018-2021) ni el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C. Este plan debería incluir a la población venezolana que no es elegible para aplicar al ETPV.



Integrar un enfoque comunitario y participativo en la respuesta institucional al VIH y los programas sociales relacionados. Las organizaciones comunitarias y de base son los principales referentes de redes de apoyo y entornos protectores para las personas refugiadas y migrantes venezolanas que viven con VIH. Por esta razón, es clave involucrarlas e incluir también a la población de interés a través de mecanismos de participación ciudadana, lo cual puede contribuir a mejorar los niveles de confianza hacia la institucionalidad y fortalecer la estrategia de salud pública en el Distrito.



Construir e implementar una estrategia de monitoreo de datos epidemiológicos, así como de la participación de la población de interés (personas refugiadas y migrantes con diagnóstico o probabilidad de portar VIH), sus condiciones de movilidad, los riesgos y barreras que enfrentan para acceder a servicios de salud, y sus condiciones de vida, a fin de formular respuestas humanitarias, multisectoriales e institucionales.



Implementar campañas informativas sobre derechos sexuales y reproductivos, prácticas de autocuidado y mitigación de riesgos de contraer VIH, dirigidas tanto a la población refugiada y migrante venezolana como a la población de acogida. Estas campañas deben ir acompañadas de una ruta de acceso efectivo al derecho a la salud y deben ser construidas con la población de interés para garantizar su participación en las decisiones que les conciernen, así como una mayor eficacia de los mensajes, los medios de difusión y los lugares donde las actividades vayan a realizarse.



Establecer mecanismos de protección integrales para la población con diagnóstico o probabilidad de portar VIH, incluyendo la distribución oportuna y periódica de los tratamientos, la profilaxis de emergencia y el acceso a servicios especializados de salud para tratar afectaciones subyacentes como las enfermedades oportunistas. Estos servicios deben ser complementados con servicios para el alojamiento y programas de educación y medios de vida a la población de interés.

Recomendaciones para el Estado Colombiano



Protección Internacional: facilitar el acceso a la información sobre este derecho, el procedimiento para aplicar y los derechos conexos en todas las etapas del proceso. Así mismo, priorizar la admisión y el estudio de las solicitudes de refugio de las personas que viven con VIH, y agilizar la renovación de los salvoconductos (SC2) de esta población para garantizar su acceso a derechos y el reconocimiento al derecho al trabajo. En esta vía, también es necesario asegurar que los funcionarios y las entidades del SGSSS reconozcan el salvoconducto SC2 como documento válido para la afiliación al sistema de salud.



ETPV: mantener un enfoque diferencial para el acceso a este mecanismo de regularización por parte de las personas migrantes que viven con VIH, en particular para personas con OSIEGCS diversas e implementar soluciones para las principales barreras de acceso (desconocimiento del mecanismo, falta de documentación y acceso a prueba sumaria, ingreso irregular después del 31 de enero de 2021, falta de acceso a medios tecnológicos y dificultad para utilizar la plataforma de registro). Además, priorizar la expedición del PPT para esta población.



Permisos de permanencia/visas por motivos humanitarios relacionados a salud: otorgar un permiso o visa que garantice el acceso a salud y empleo a aquellas personas con condiciones médicas serias que no pueden acogerse a mecanismos de protección internacional o al ETPV, de manera que el Estado colombiano observe sus obligaciones internacionales y nacionales en materia de salud, y tenga un rol activo en la prevención y mitigación de riesgos de protección para las personas de interés.

Recomendaciones para organizaciones socias del GIFMM



En coordinación con la institucionalidad, desarrollar programas de medios de vida con acompañamiento a la inserción en el mercado laboral y con un enfoque diferencial para las personas refugiadas y migrantes que viven con VIH. Este tipo de programas permitirían disminuir e incluso evitar la exposición de la población de interés a prácticas riesgosas o a la explotación laboral o sexual, mitigando el deterioro de su salud.



Generar espacios de articulación entre los sectores locales de protección y salud del GIFMM, para la socialización de hallazgos e intercambio de datos con respecto a la población refugiada y migrante que vive con VIH y su acceso a servicios de salud.



Promover la participación activa de organizaciones especializadas en VIH en las actividades del GIFMM y construir una estrategia de fortalecimiento técnico para las organizaciones que brindan atención a población que vive con VIH. El propósito de esta estrategia sería que las organizaciones estén capacitadas para lograr la identificación temprana de casos y la atención y respuesta con enfoque diferencial, implementando mecanismos efectivos de protección de datos.



DRC CONSEJO
DANÉS PARA
REFUGIADOS

· Estamos allí