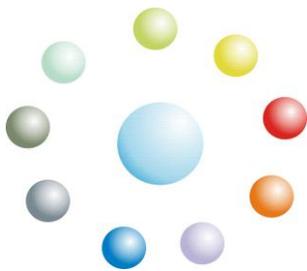


# Informe GARPR - 2014

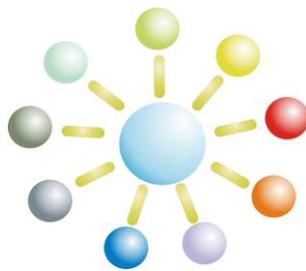
Seguimiento de la Declaración de compromiso  
sobre el VIH/sida

## INFORME NACIONAL

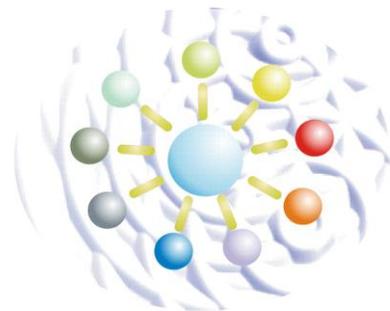
República de Colombia



**EXISTENCIA**



**COMUNICACIÓN**



**RESPUESTA**



Libertad y Orden

Ministerio de Salud y Protección Social  
República de Colombia

Abril, 2014



Ministerio de Salud y Protección Social  
República de Colombia

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**  
Viceministro de Protección Social

**FERNANDO RUÍZ GÓMEZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación  
de Servicios

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
Secretario General

**ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA**  
Director de Promoción y Prevención

**MARTHA LUCIA OSPINA MARTÍNEZ**  
Directora de Epidemiología y Demografía

## LISTADO DE INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INFORME.

### ***INSTITUCIONES DEL GOBIERNO NACIONAL***

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

### ***AGENCIAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL***

ONUSIDA  
OPS/OMS  
UNFPA  
UNODC  
OIM

### ***DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD***

Secretaria Departamental de Salud de Boyacá  
Dirección Departamental de Salud de Amazonas  
Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca  
Secretaria de Salud Departamental del Atlántico  
Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla  
Secretaria de Salud Distrital de Bogotá  
Dirección Territorial de Caldas  
Departamento Administrativo de Salud Distrital de Cartagena  
Secretaria de Salud Departamental de Casanare  
Secretaria de Desarrollo de la Salud del Magdalena  
Instituto Departamental de Salud de Nariño  
Secretaria Departamental de Salud de Putumayo  
Secretaria de Salud Departamental de Santander  
Secretaria Departamental de Salud del Cesar  
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

### ***EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS)***

EPS-C COLPATRIA

EPS-C COMFAMILIAR

EPS-C COOMEVA

EPS-C MALLAMAS

EPS-S AMBUQ

EPS-S ASMED SALUD

EPS-S CAPRESOCA

EPS-S COMFACOR

EPS-S COMFAMILIAR HUILA

EPS-S COMFAORIENTE

EPS-S COMFASUCRE

EPS-S CONVIDA

EPS-S COMFACHOCO

EPS-S DUSAKAWI

EPS-S ECOOPSOS

EPS-S EMDISALUD

EPS-S COMFANORTE

EPS-S NUEVA

EPS-S CAFAM

EPS-S COLSUBSIDIO

EPS-S SALUDTOTAL

### ***ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES***

**Fundación François Xavier Bagnoud.** Victoria Alicia Manjarrés Barros.

**Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia, RASA.** Gustavo Adolfo Campillo Orozco.

**ASMUBULI.** Fidelia Suarez Tirado

**Mecanismo social de apoyo y control en VIH MSACV.** Oswaldo Rada.

**Red nacional de mujeres populares Tejiendo vida.** Liliana Restrepo Amortegui

## PARTICIPANTES DEL TALLER NACIONAL DE VALIDACIÓN.

**ASMUBULI.** Fidelia Suarez Tirado

**UNFPA.** Patricia Belalcázar.

**Instituto Nacional de Salud.** Norma Constanza Cuellar.

**Cuenta de Alto Costo.** Patricia Sánchez.

**OIM.** Martha Márquez

**DISAN – PONAL.** Mauricio Sánchez

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN.** Lina María Herrera.

**COMPENSAR.** Andrea Wilches

**Instituto Nacional de Salud.** Esther Cristina Barros.

**Instituto Nacional de Salud.** Jenny Carolina Peralta.

**NUEVA EPS.** July Marcela Torres Caicedo.

**COLSUBSIDIO IPS.** Ingrid Cárdenas Muñoz

**COLSUBSIDIO IPS.** Andrea Milena Bermúdez

**OPS.** Bertha Gómez

**SALUD TOTAL.** Mayerli Camacho Rojas

**ONUSIDA.** Luis Ángel Moreno

**ALIANSA SALUD.** Hilda Constanza Tobón

**CAFAM EPS – S.** Lilibian Cuervo

**ASMUBULI.** Gina González

**Ministerio de Salud.** Lilia Edith Torres

**Fundación Apoyarte.** María Luisa Vanegas

**Gobernación del Magdalena.** Andrea Palacios.

**EPS – AMBUQ.** Ady Luz Palacios

**Ministerio de Salud.** Sidia Caicedo.

**Sanidad Militar.** Carolina Marín

Luis Leonardo Moreno

**COMFAORIENTE EPS – S.** Ingrid Yurley Carreño

**COMFAORIENTE EPS – S.** Oscar Cancino Bautista.

**Ministerio de Salud.** Diego Alberto Cuellar.

**Fundación Procrear.** Juan Carlos Celi

**Ministerio de Defensa.** German Buitrago.

**Defensoría del Pueblo.** Hernan Redondo

**Ministerio de Salud.** Liliana Andrade

**OPS-** Diana Restrepo

**Ministerio de Salud.** Ricardo Luque.

***REDACCIÓN***

**Convenio de Cooperación Técnica N° 310 entre Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social:** Clara Ángela Sierra Alarcón

***DESARROLLO DE CONTENIDOS***

**Consultor de Economía y Finanzas** Leonardo Moreno Moreno

**Instituto Nacional de Salud:** Norma Constanza Cuellar.

**Ministerio de Salud y Protección Social:** Sidia Caicedo

**Ministerio de Salud y Protección Social:** Liliana Andrade

**Ministerio de Salud y Protección Social:** Diego Cuellar

**Ministerio de Salud y Protección Social:** Bertha Montoya

**Ministerio de Salud y Protección Social:** Ricardo Luque Núñez

**Convenio de Cooperación Técnica N° 310 entre Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social:** Clara Ángela Sierra Alarcón

**ONUSIDA:** Luis Ángel Moreno

**OPS-** Diana Restrepo

**OPS.** Bertha Gómez

**UNFPA.** Patricia Belalcázar.

**OIM.** Martha Márquez

***APOYO LOGÍSTICO VALIDACIÓN INFORME***

Sandra Liliana Sierra Alarcón

**Convenio de Cooperación Técnica N° 310 entre Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y protección Social:** Diana Restrepo

***AGRADECIMIENTOS A QUIENES COMENTARON EL DOCUMENTO***

## Contenido

Tabla de contenido de tablas .....	12
Tabla de contenido de mapas .....	13
INFORME DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL VIH / SIDA COLOMBIA 2014 (GARPR) .....	14
1. CONTEXTO DE COLOMBIA.....	14
2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE VIH EN COLOMBIA.....	18
2.1. MORBILIDAD .....	18
2.1.1. Modo de Transmisión del VIH (MoT) (VERGEL, 2013). .....	26
2.1.2. Transmisión materno - infantil (CAICEDO, 2014).....	29
2.2. PREVALENCIAS.....	32
2.2.1. Mujeres Trans.....	32
2.2.2. Mujeres trabajadoras sexuales .....	33
2.2.3. Población Habitante de Calle .....	34
2.2.4. Población Privada de la Libertad .....	35
2.3. MORTALIDAD .....	36
2.4. ESTIMACIONES .....	42
2.4.1. Prevalencia de VIH en población entre 15 y 49 años de edad .....	42
2.4.2. Población estimada de personas con VIH .....	43
2.4.3. Número estimado de nuevas infecciones de VIH por sexo y quinquenios .....	43
2.4.4. Número estimado de muertes por Sida .....	44
2.4.5. Necesidad total de terapias anti – retrovirales.....	44
2.4.6. Número estimado de nuevas infecciones en niños debido a la transmisión madre - hijo	45
3. RESPUESTA NACIONAL.....	46
3.1. PREVENCIÓN .....	46
3.2. ATENCIÓN.....	48
3.3. TRATAMIENTO Y APOYO .....	49
3.4. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	51
4. INDICADORES .....	53
4.1. Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015.....	53
4.1.7. Profesionales del sexo. Programas de prevención.....	53
4.1.8. Profesionales del sexo. Uso del preservativo.....	55
4.1.9. Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo.....	57

4.1.10. La prevalencia de VIH entre los profesionales del sexo.....	59
4.2. Erradicar los nuevos casos de infección por VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con Sida.....	61
4.2.1. Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno infantil .....	61
4.2.2. Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que son sometidos a una prueba virológica de VIH durante los dos primeros meses de vida.....	61
4.2.3. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.....	62
4.3. Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral vital para el 2015.....	62
4.3.1. Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral	62
4.3.2. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar el tratamiento antirretroviral .....	62
4.4. Objetivo 5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015.....	63
4.4.1. Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para TB como para el VIH. ....	63
4.5. Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios .....	63
4.5.1. Gasto Nacional e Internacional relativo al SIDA por categorías y fuentes de financiación (Moreno, 2014).....	63
5. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DEL INFORME.....	69
6. DOCUMENTOS CITADOS .....	71

## Tabla de contenido de Gráficas

Gráfica 1. Número de Casos notificados de VIH - Sida en Colombia entre el año 1985 y el año 2013. ....	18
Gráfica 2. Porcentaje de casos notificados según el estadio VIH o SIDA en Colombia entre el año 1985 y el año 2013. ....	19
Gráfica 3. Número de Casos notificados de VIH en Colombia entre el año 1985 y el año 2013 según el sexo.....	19
Gráfica 4. Número de Casos notificados de SIDA en Colombia entre el año 1985 y el año 2013 según el sexo. ....	20
Gráfica 5. Número de Casos notificados de VIH/SIDA en Colombia entre el año 1985 y el año 2013 según el sexo por 100.000 habitantes. ....	20
Gráfica 6. Distribución porcentual del número de casos notificados de VIH/SIDA en Colombia en el año 2012.....	21
Gráfica 7. Distribución porcentual del número de casos notificados de VIH/SIDA según el sexo en Colombia en el año 2012.....	21
Gráfica 8. Número de casos notificados de VIH/SIDA por 100000 habitantes según entidad territorial en Colombia en el año 2012. ....	23
Gráfica 9. Distribución porcentual de incidencia y tasa de incidencia por 100,000 personas por poblaciones clave en el modelo, MoT Colombia, noviembre 2013 .....	27
Gráfica 10. Rango de incertidumbre para la distribución porcentual de incidencia por grupos de riesgo y mecanismo de transmisión en el modelo MoT Colombia, noviembre 2013.....	28
Gráfica 11. Prevalencia cruda de infección por VIH en mujeres trans de cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	33
Gráfica 12. Prevalencia cruda de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012. ....	34
Gráfica 13. Prevalencia cruda de infección por VIH según el sexo de una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	35
Gráfica 14. Prevalencia cruda de infección por VIH de la población privada de la libertad de ocho establecimientos penitenciarios de Colombia, 2012. ....	36
Gráfica 15. Tasa de mortalidad por SIDA en Colombia en el periodo comprendido entre 1991 y 2012.....	37
Gráfica 16. Tasa de mortalidad por SIDA en Colombia en el periodo comprendido entre 1998 y 2012 según sexo.....	38
Gráfica 17. Número estimado de nuevas infecciones por VIH por sexo y quinquenios de edad en Colombia en el año 2013.....	43
Los departamentos con la cobertura más baja son Boyacá (77,9%), Vichada (80%) y Meta (80,16%), como se puede observar en la Gráfica 18.....	50
Gráfica 19. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida por departamento, Colombia, 2011 .....	51
Gráfica 20. Proporción de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y recibió condones gratis el último año en cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	53
Gráfica 21. Proporción de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y recibió condones gratis el último año por grupo de edad en cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	54

Gráfica 22. Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que recibió condones gratis el último año de cinco ciudades de Colombia, 2012.....	54
Gráfica 23. Proporción de mujeres trabajadoras sexuales por grupo de edad que recibió condones gratis el último año de cinco ciudades de Colombia, 2012.....	55
Gráfica 24. Proporción de uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente de las mujeres trans trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	55
Gráfica 25. Proporción de uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente de las mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia por grupo de edad, 2012.....	56
Gráfica 26. Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que uso el condón en la última relación sexual con un cliente de cinco ciudades de Colombia, 2012. ....	56
Gráfica 27. Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que uso el condón en la última relación sexual con un cliente por grupo de edad de cinco ciudades de Colombia, 2012. ....	57
Gráfica 28. Proporción de mujeres trans trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	57
Gráfica 29. Proporción de mujeres trans trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	58
Gráfica 30. Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cinco ciudades de Colombia, 2012. ....	58
Gráfica 31. Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cinco ciudades de Colombia, 2012. ....	59
Gráfica 32. Prevalencia de VIH en mujeres trans trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia, 2012. ....	59
Gráfica 33. Prevalencia de VIH en mujeres trans trabajadoras sexuales por grupos de edad en cuatro ciudades de Colombia, 2012.....	60
Gráfica 34. Prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012.....	60
Gráfica 35. Prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales por grupos de edad en cinco ciudades de Colombia, 2012. ....	61
Gráfica 36. Distribución anual del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia, 2011 – 2013.....	64
Gráfica 37. Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia durante el 2011.....	65
Gráfica 38. Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia durante el 2012.....	66
Gráfica 39. Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia durante el 2013.....	67
Gráfica 40. Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia según la fuente de financiación para el periodo 2011 – 2013.....	67
Gráfica 41. Inversión per cápita en dólares para VIH en Colombia en el periodo 2011 - 2013.....	68

## Tabla de contenido de tablas

Tabla 1. Tiempos de medición del % TMI del VIH .....	29
Tabla 2. Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia, 2008 - 2011.....	30
Tabla 3. Porcentaje de Transmisión Materno - Infantil del VIH por entidad territorial desde la cohorte del año 2008 hasta la cohorte del año 2011. ....	31
Tabla 4. Tasa de mortalidad asociada a VIH/Sida por 100.000 habitantes, por Departamentos. Colombia. 1998-2011 .....	40
Tabla 5. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida según régimen, Colombia, 2011 .....	49
Tabla 6. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida según sexo, Colombia, 2011.....	49
Tabla 7. Proporción de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral en Colombia, total nacional y sexo, 31 de diciembre de 2012. ....	62
Tabla 8. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar el tratamiento antirretroviral .....	63
Tabla 9. Distribución anual en COP y USD del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia, 2011 – 2013. ....	63
Tabla 10. Distribución anual en COP y USD del Gasto por categoría para el año 2011 en Colombia. ....	64
Tabla 11. Distribución anual en COP y USD del Gasto por categoría para el año 2012 en Colombia. ....	65
Tabla 12. Distribución anual en COP y USD del Gasto por categoría para el año 2013 en Colombia. ....	66
Tabla 13. Distribución anual en COP y USD del Gasto por fuente de financiación para el periodo 2011 - 2013 en Colombia .....	67
Tabla 14. Inversión per cápita USD para el periodo 2011 - 2013 en Colombia .....	68

## Tabla de contenido de mapas

Mapa 1. Número de casos notificados de VIH en Colombia según departamento (lugar de residencia) para el año 2012. ....	24
Mapa 2. Número de casos notificados de Sida en Colombia según departamento (lugar de residencia) para el año 2012. ....	25
Mapa 3. Tasa de mortalidad por SIDA en Colombia según departamento (lugar de residencia) para el año 2011. ....	39

# INFORME DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL VIH / SIDA COLOMBIA 2014 (GARPR)

## 1. CONTEXTO DE COLOMBIA

Colombia con una superficie de 2.070.408 km<sup>2</sup>, de los cuales 1.141.748 km<sup>2</sup> corresponden a su territorio continental y los restantes a su extensión marítima, se encuentra ubicada latitudinalmente a 17º norte y 4º de latitud sur, en el meridiano 75º, lo cual corresponde a la zona tropical, región noroccidental de América del Sur.

Para el año 2014 se proyectó una población de 47.661.787 personas, distribuidos por sexo en 49% (23.531.670) de hombres y el 51% (24.130.117) de mujeres. Con relación a los grupos de edad, para este año, el 52% (24.891.347) de la población se encuentra entre los 15 y 49 años de edad, el 27% (12.872.589) tiene menos de 15 años y el 21% (9.897.851) es mayor de 49 años. En la distribución por sexo según grupos de edad, el 51% de las personas hasta los 24 años es de sexo masculino, el quinquenio de edad de 25 a 29 años según el sexo es 50% de hombres y el 50% de mujeres y de los 29 años en adelante predomina el sexo femenino con porcentajes que comienzan con 51% hasta el 59% en el grupo de edad de las personas de 80 años y más. (DANE - Proyecciones de la población, 2014)

Colombia está distribuida en 32 departamentos, con 1102 cabeceras municipales entre ellas 4 distritos (Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y Buenaventura) y el Distrito Capital de Bogotá, 20 corregimientos departamentales y 8.019 centros poblados que incluyen caseríos, corregimientos municipales e inspecciones de policía. (DANE - Información Estadística División Politico Administrativa, 2014).

En Colombia el modelo de aseguramiento, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene cuatro (4) mecanismos para que las personas pueden acceder a los servicios:

- a) Régimen contributivo: se encuentran afiliadas todas las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

- b) El Régimen Subsidiado: es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.
- c) Regímenes excepcionales: del cual hacen parte las personas que trabajan en el magisterio, así como las que trabajan en la Empresa Colombiana de Petróleos y en las Fuerzas Militares y de Policía.
- d) El Sistema de atención estatal que da cobertura al grupo de población no asegurada mediante la oferta de asistencia sanitaria pública.

Para el año 2013, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ascendió a 43.207.473, alcanzando una cobertura del 91,7%. La población afiliada al régimen contributivo fue de 20.150.266 (42,8%), al régimen subsidiado 22.669.543 (48,1%) y al régimen de excepción 387.664 (0,8%), quedando un remanente de población sin afiliación de 3.913.297 (8,3%); a esta última población se le garantiza el acceso a salud. (REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Sistema Integrado de información de la Protección Social –SISPRO- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2014).

Colombia con relación al VIH ha sido clasificada, como un país con una epidemia concentrada, “el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones pero aún no se ha extendido entre la población general. Típicamente su prevalencia es superior al 5% en las subpoblaciones e inferior al 1% en la población general,... En una epidemia concentrada del VIH, aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada”. (Orientaciones Terminológicas - ONUSIDA, 2014).

En el país el grupo de edad que tienen las proporciones más altas de casos notificados de VIH y Sida es el de 20 a 39 años de edad y los grupos en mayor estado de vulnerabilidad frente al VIH son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las mujeres transgénero, los habitantes de calle, los usuarios de drogas intravenosas, las mujeres trabajadoras sexuales y las personas privadas de la libertad, quienes presentan prevalencias de la infección superiores a 1%.

Teniendo en cuenta que el país es descentralizado, desde el 2006 año, por la Resolución 3442 de 2006, se adoptó el modelo de gestión programática para VIH, estructura de carácter horizontal en el cual se describen las competencias y los recursos disponibles para cada uno de los actores del sector salud para responder a la epidemia. Modelo que sigue vigente y tiene por objetivos:

- Contener la epidemia del VIH
- Detectar tempranamente la infección
- Detener la progresión de VIH a SIDA y la aparición de resistencia al TAR
- Monitorear y evaluar

En concordancia con el modelo, el actual Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, incluye la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, con el componente sobre prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos, que dentro de sus metas se encuentra:

- o) Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.
- p) Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno - infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.
- q) Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos por cada 1.000 nacidos vivos o menos, incluidos los mortinatos.
- r) Para el año 2021, lograr el acceso universal a terapia anti retroviral ARV para todas las personas que necesitan tratamiento.
- s) Para el año 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad).
- u) Para el año 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.

En esta Dimensión se ha definido como uno de sus estrategias fundamentales la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de la infección por VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad; para inclusión social y prevención del estigma y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género (hombres que

tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas privadas de la libertad, personas en situación de calle, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y víctimas de violencia) y el desarrollo de leyes y normas que garanticen los derechos de las poblaciones más vulnerables a la infección de por VIH/SIDA o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación. (VERGEL, 2013).

Para precisar las acciones que se van a realizar encaminadas a alcanzar las metas antes descritas se formuló el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH/SIDA Colombia 2014 – 2017, el cual comenzó su divulgación e implementación a mediados del mes de febrero del presente año.

## 2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE VIH EN COLOMBIA

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

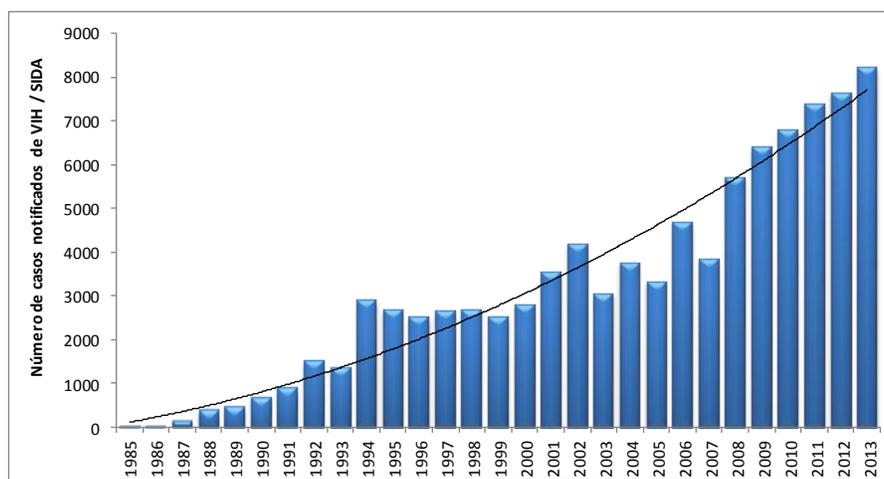
A continuación se presenta el panorama de la epidemia de acuerdo a los hallazgos de morbilidad, prevalencias, mortalidad y estimaciones en el periodo comprendido entre 1983 y 2013. Los datos de morbilidad corresponden a los registros individuales de los casos de notificación pasiva de VIH y Sida al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del país, que está a cargo de la entidad gubernamental: Instituto Nacional de Salud (INS). Los datos de mortalidad corresponden a los registros de los certificados de defunción que son recopilados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

El primer caso reportado en el país se presentó en una mujer de la ciudad de Cartagena en el año 1983, caso que fue notificado como muerto, en el año siguiente, 1984, los tres (3) casos presentados, igualmente, fueron notificados como muertos, por ello en el subcapítulo de morbilidad se excluyen los cuatro casos notificados como muertos por SIDA y se recopilan solo los casos desde el año 1985.

### 2.1. MORBILIDAD

Desde 1985 hasta el 31 de diciembre del año 2013, se han notificado 92.379 casos de VIH/SIDA, observándose una tendencia creciente de notificación (Gráfica 1). En el año 2012 se notificaron al sistema 7.624 casos, mientras que para el año 2013 se registraron en el SIVIGILA 8.208 casos. El sexo del 72% de los casos notificados de VIH y Sida para los años 2012 y 2013 fue hombre, para una razón de masculinidad de 2,6 hombres por una mujer con VIH/SIDA.

Gráfica 1. Número de Casos notificados de VIH - Sida en Colombia entre el año 1985 y el año 2013.

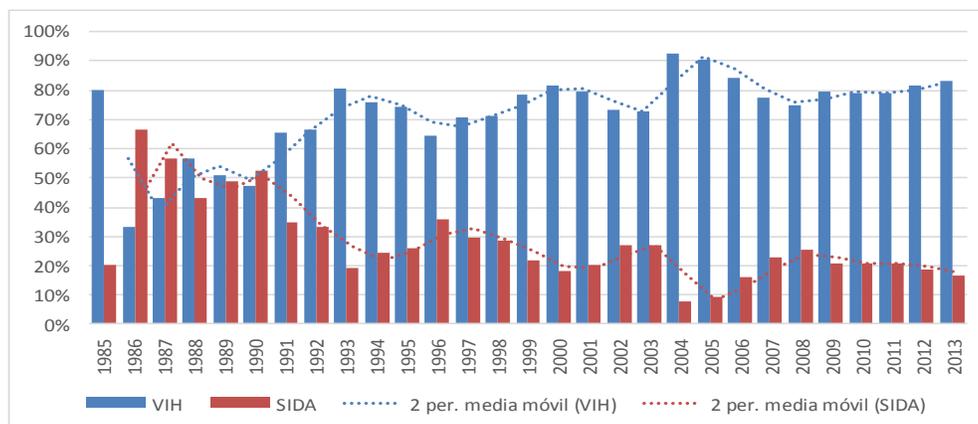


Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 1983-2013

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

En el acumulado de casos notificados de VIH/SIDA al sistema de vigilancia el 78% de los casos se encontraban en el momento de la notificación en estadio VIH y el 22% en estadio SIDA. Como se observa en la Gráfica 2, la proporción de notificación de casos en estadio SIDA ha venido disminuyendo desde el año 1986, y a su vez aumenta ligeramente la notificación de casos en estadio VIH, en el año 2012 el porcentaje de casos en estadio VIH fue del 81% y en el año 2013 fue del 83%.

**Gráfica 2.** Porcentaje de casos notificados según el estadio VIH o SIDA en Colombia entre el año 1985 y el año 2013.

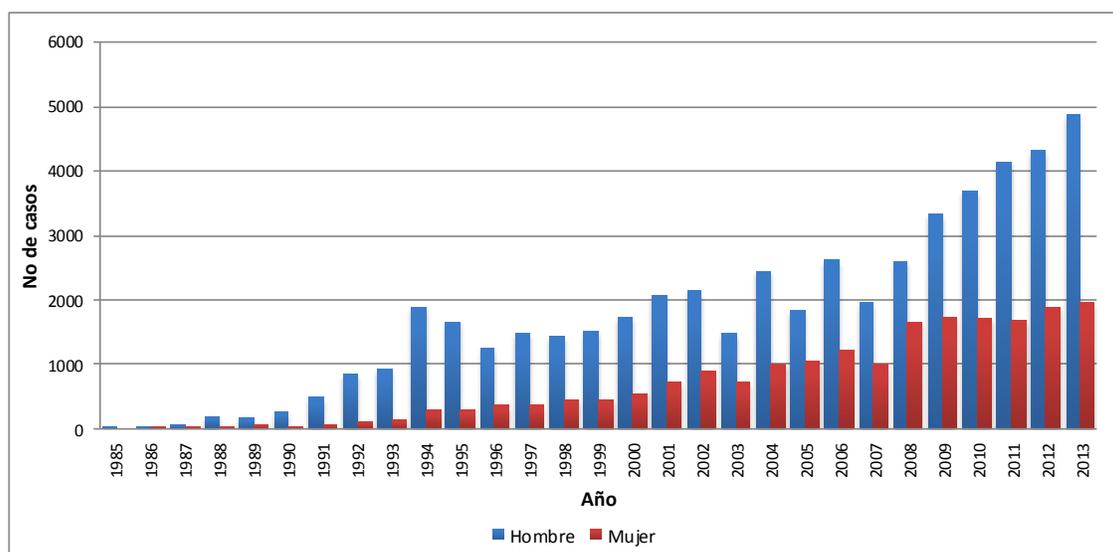


Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 1983-2013

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

La razón de masculinidad de los casos notificados de VIH pasó de 27,5 en el año 1987, a 2,5 hombres por una mujer con VIH en el año 2013 (Gráfica 3). Con relación a los casos de SIDA la razón de masculinidad paso de 14,2, en el año 1987, a 3,7 hombres por una mujer en estadio SIDA, en el año 2013 (Gráfica 4).

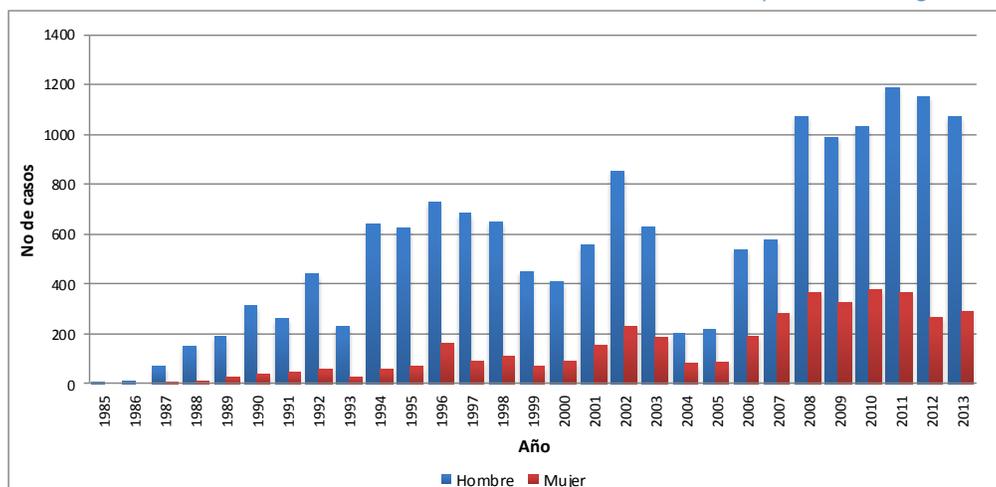
**Gráfica 3.** Número de Casos notificados de VIH en Colombia entre el año 1985 y el año 2013 según el sexo.



Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 1983-2013

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

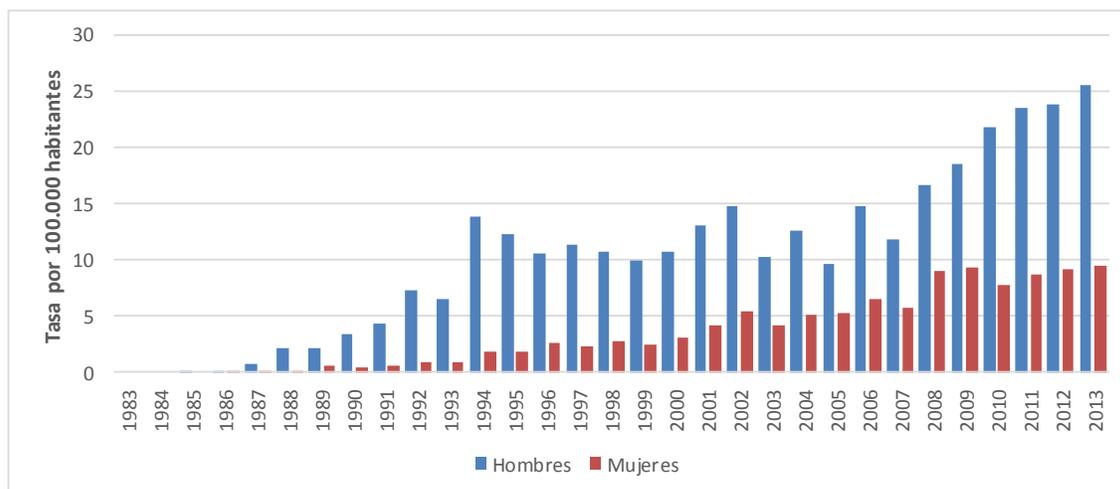
**Gráfica 4.** Número de Casos notificados de SIDA en Colombia entre el año 1985 y el año 2013 según el sexo.



Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 1983-2013  
 Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

El número de casos por cada 100.000 habitantes en el país ha aumentado progresivamente desde que se notificó el primer caso de VIH/SIDA en 1985, mostrando un tendencia ascendente sin ninguna caída en la notificación desde el año 2007, año en el cual se notificaron 11,8 casos de VIH/SIDA por cada 100.000 habitantes hombres y 5,7 casos por cada 100.000 habitantes mujeres, para culminar el periodo, año 2013, con 25,6 casos por 100.000 habitantes hombres y 9,4 casos de VIH/SIDA por 100.000 habitantes mujeres.

**Gráfica 5.** Número de Casos notificados de VIH/SIDA en Colombia entre el año 1985 y el año 2013 según el sexo por 100.000 habitantes.

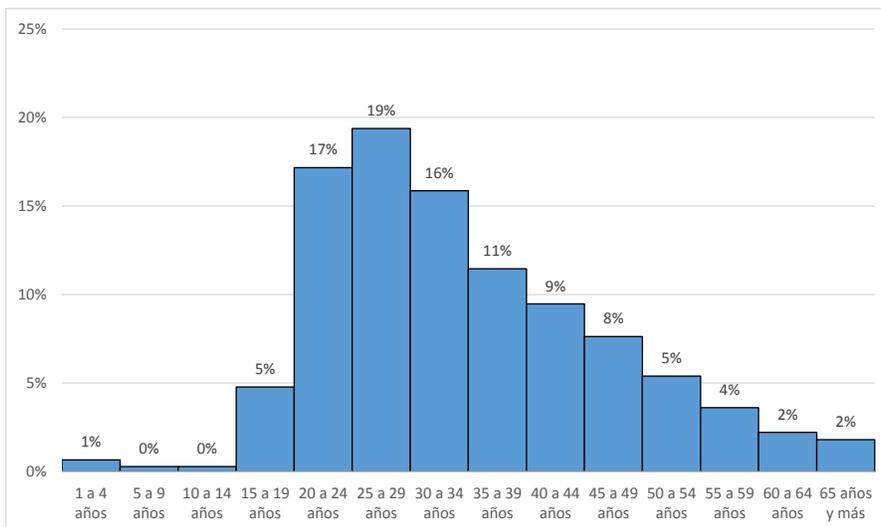


Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 1983-2013 – DANE Proyecciones de poblaciones  
 Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

El grupo de edad con el mayor número de casos notificados de VIH/Sida durante el año 2012 fue el de 25 a 29 años de edad con cerca del 20% de los casos, le sigue el grupo de edad de las personas entre 20 y 24 años y en tercer lugar el grupo de edad de 30 a 34 años,

estos tres grupos de edad abarcan una buena proporción de la población económicamente productiva del país.

**Gráfica 6.** Distribución porcentual del número de casos notificados de VIH/SIDA en Colombia en el año 2012.

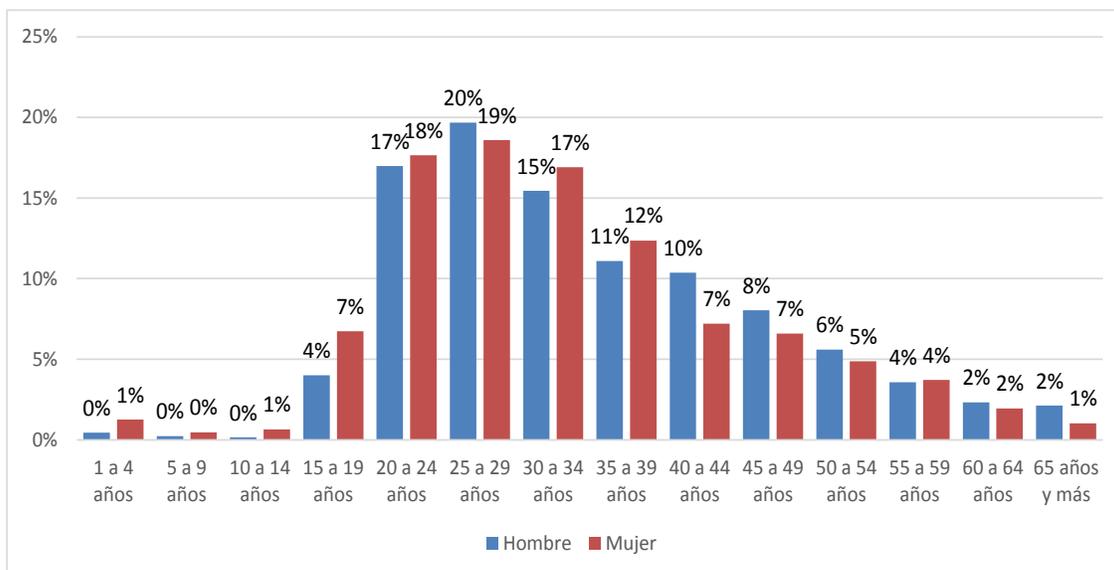


Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 2012

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

Como se observa en la Gráfica 7 los grupos de edad de 15 a 19, 30 a 34 y 35 a 39 años, la proporción de mujeres notificadas con VIH/Sida es ligeramente superior a la proporción de hombres notificados, apreciación que debe ser interpretada con cautela, puesto que la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil se focaliza en la tamización de mujeres embarazadas.

**Gráfica 7.** Distribución porcentual del número de casos notificados de VIH/SIDA según el sexo en Colombia en el año 2012.

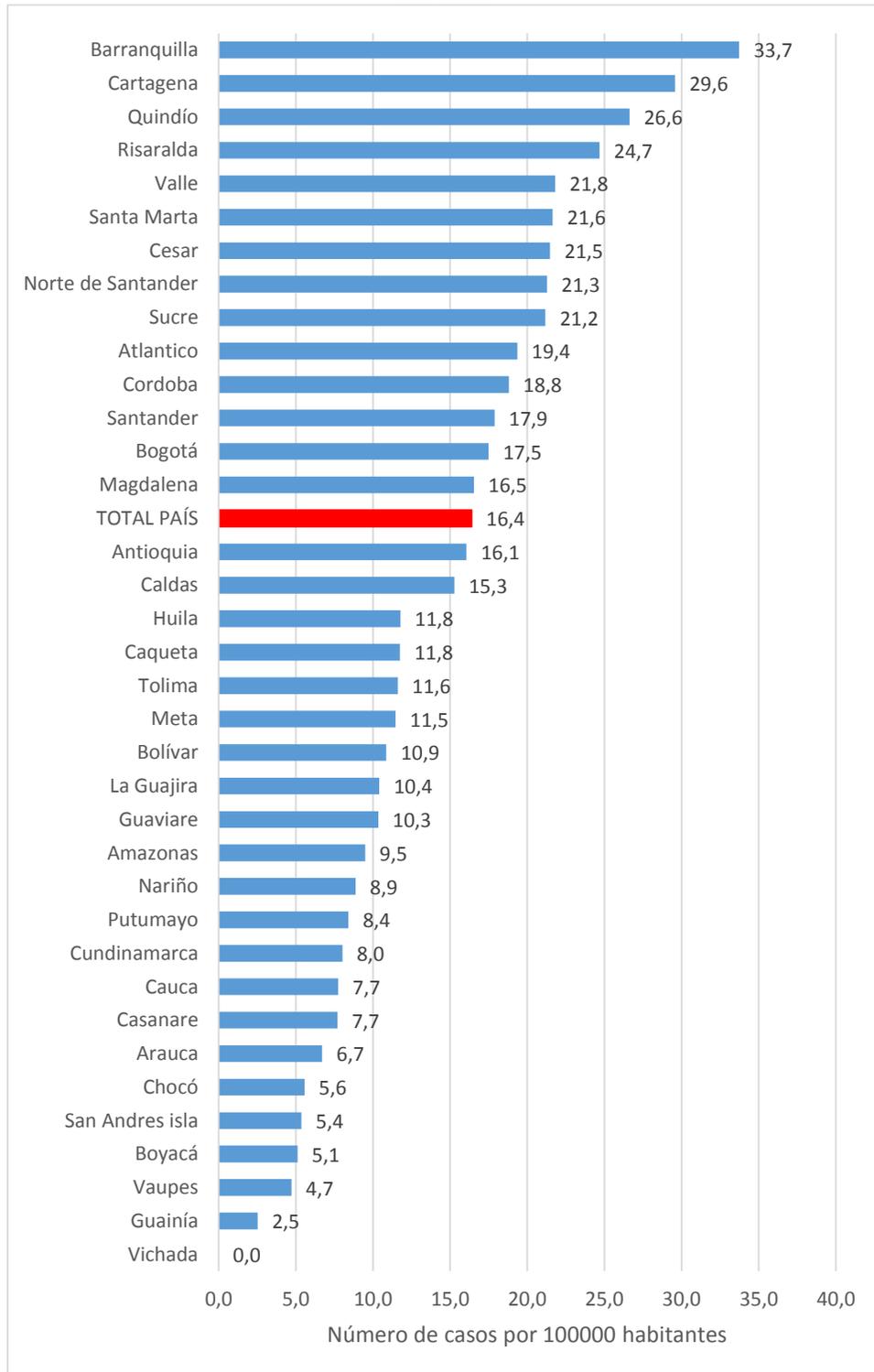


Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 2012

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

El número de casos notificados de VIH/Sida por 100.000 habitantes en el año 2012 para el país fue de 16,4 casos por 100.000 habitantes, Barranquilla presentó 33,7 casos por 100.000 habitantes, Cartagena, Quindío y Risaralda presentaron más de 25 casos por 100.000 habitantes, a continuación en orden descendente se encuentran Valle del Cauca, Santa Marta, Cesar, norte de Santander y Sucre.

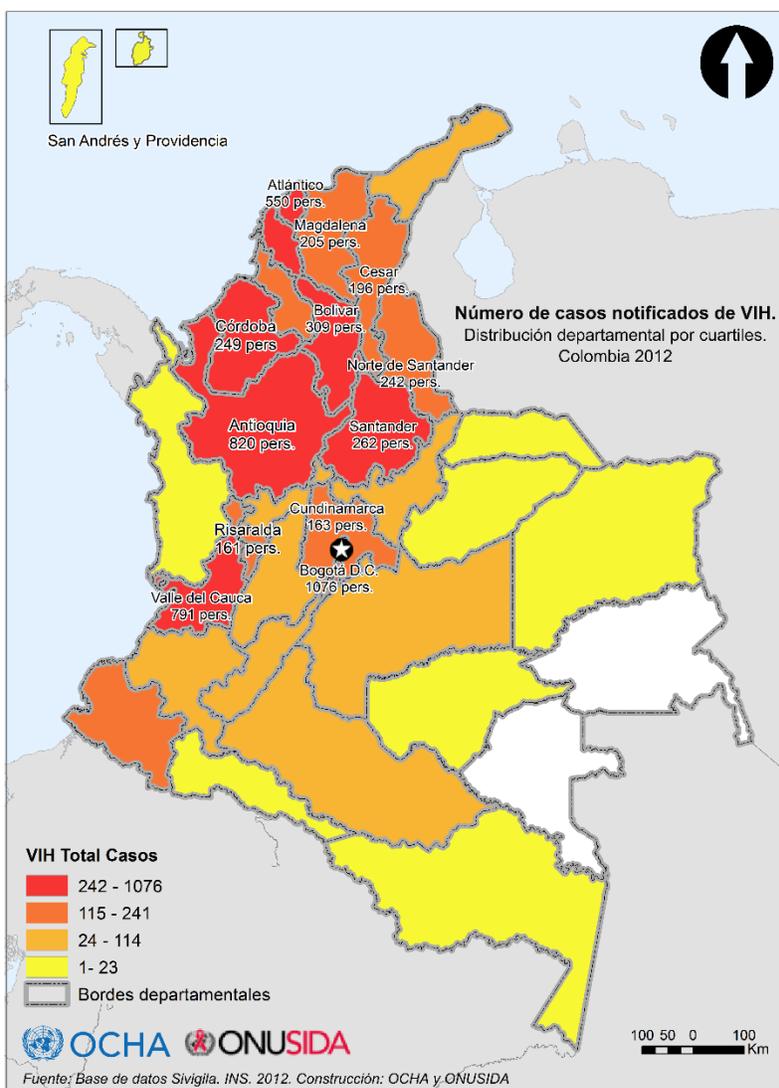
**Gráfica 8.** Número de casos notificados de VIH/SIDA por 100000 habitantes según entidad territorial en Colombia en el año 2012.



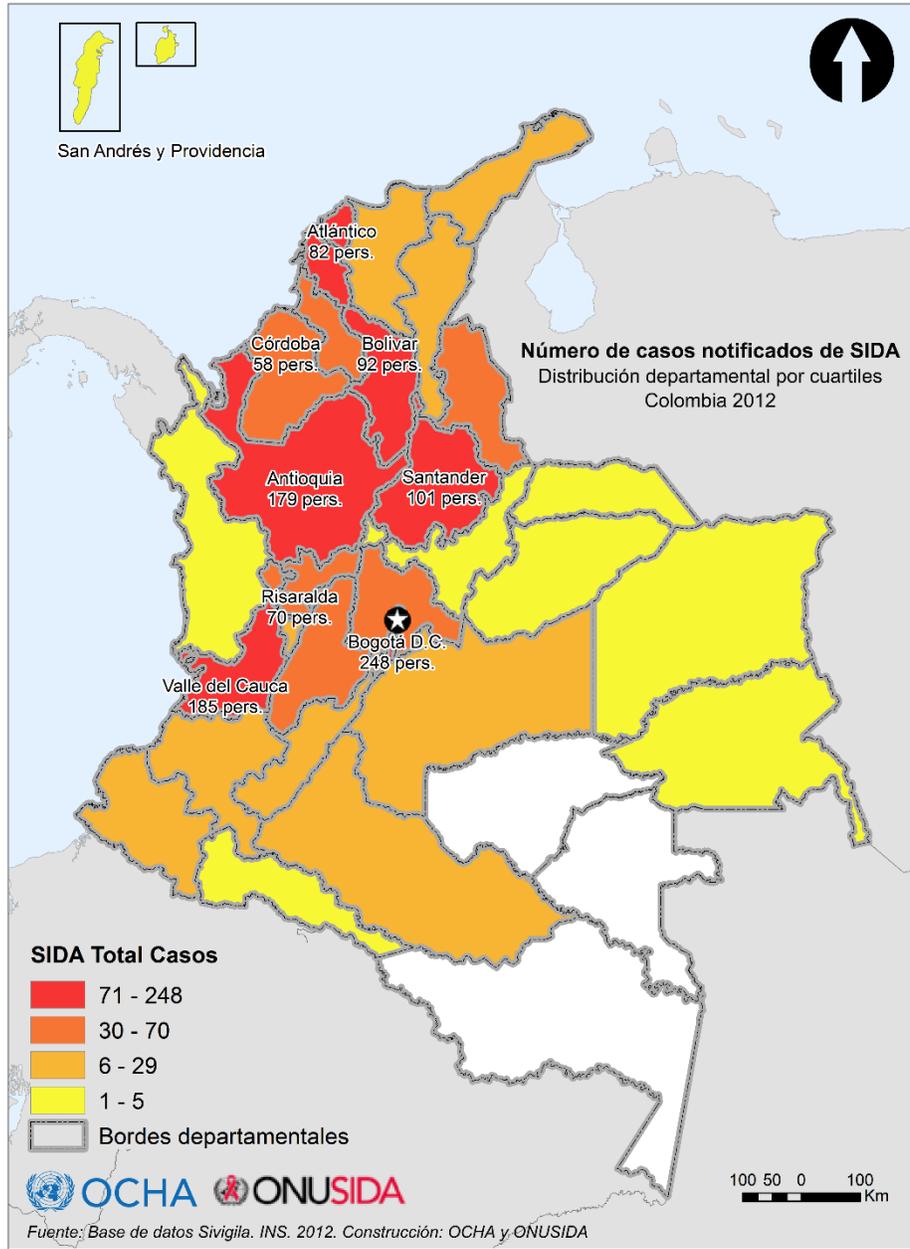
Fuente: Base de datos SIVIGILA\_INS 2012 – DANE Proyecciones de poblaciones  
 Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

En el Mapa 1 se puede observar el número de casos notificados de VIH por entidad territorial, las entidades territoriales con el mayor número de casos notificados son Antioquia, Valle del Cauca, Córdoba, Bolívar, Atlántico, Magdalena, Santander, Norte de Santander y Bogotá.

Mapa 1. Número de casos notificados de VIH en Colombia según departamento (lugar de residencia) para el año 2012.



Mapa 2. Número de casos notificados de Sida en Colombia según departamento (lugar de residencia) para el año 2012.



### 2.1.1. Modo de Transmisión del VIH (MoT) (VERGEL, 2013).

De acuerdo al documento MODOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH -MoT- Modelo para el análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH en los grupos de exposición en Colombia, el MoT está basado en un modelo matemático epidemiológico que permite calcular la incidencia esperada de la infección por VIH a corto plazo en poblaciones vulnerables, con base en la prevalencia actual de la infección, el número de personas con exposiciones especiales y las tasas de estas exposiciones, creado por iniciativa del grupo de referencia en estimaciones, modelación y proyecciones de ONUSIDA, en colaboración con expertos mundiales en modelación de la epidemia de VIH.

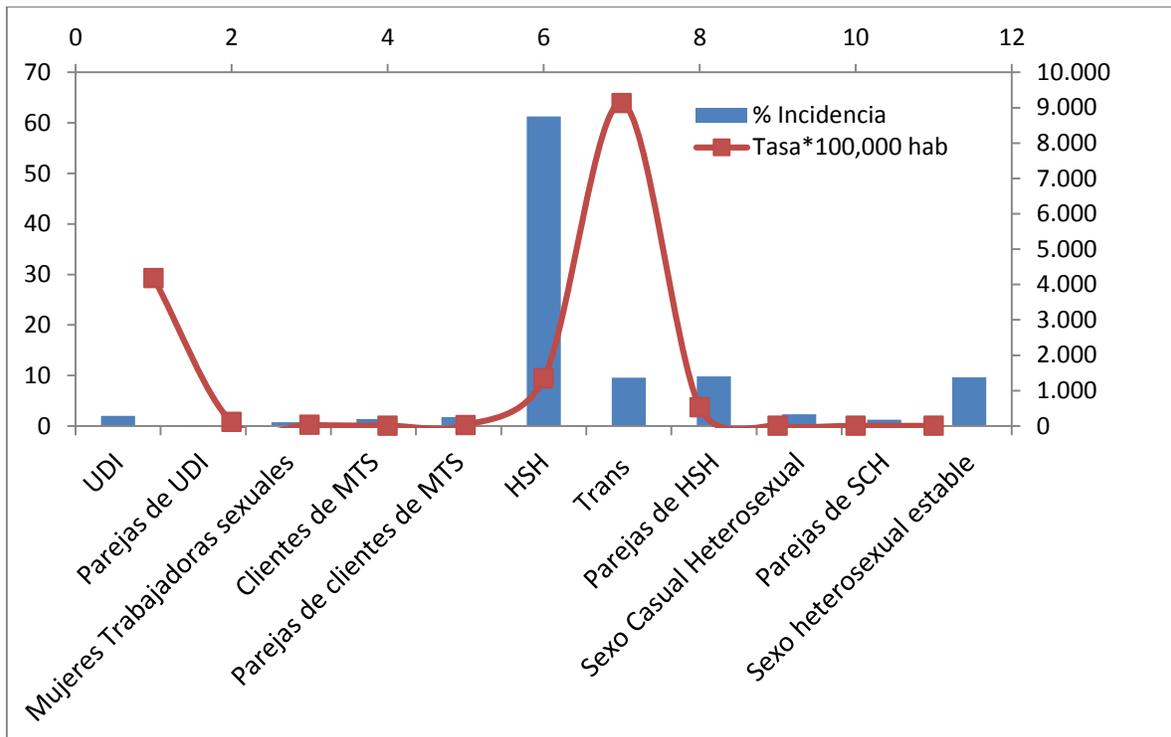
El modelo de incidencia utiliza información disponible sobre tamaños poblacionales, prevalencias de VIH e ITS y parámetros de comportamientos de riesgo, tales como tasa de recambio anual de parejas sexuales, número de actos por pareja por año y proporción de actos protegidos con condón. Igualmente, el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

Este ejercicio en Colombia obtuvo como resultado que, de manera consensuada con representantes de las poblaciones vulnerables, entidades oficiales, expertos locales y los organizadores de esta iniciativa en el país, la presentación de los resultados de la estimación desagregada de la incidencia en HSH y mujeres transgénero, considerando la importancia que tiene este último grupo en Colombia; puesto que se contaba con la información necesaria para estimar la incidencia en este grupo y que se querían reflejar las particularidades en cuanto a comportamiento sexual y prevalencia de VIH en esta población.

El modelo estima un total de 10.210 nuevos casos (tasa de incidencia de 42 casos por 100,000 habitantes de la población vulnerable), distribuidos de la manera siguiente: la población de HSH es la población más afectada con la mayor cantidad de casos nuevos con un 61.46%, seguidos por parejas féminas de HSH (9,87%), sexo heterosexual de bajo riesgo (9,65%), mujeres transgénero (9,61%), el sexo casual heterosexual (2,35%) UDI (2%), parejas de clientes (1,76%), parejas de SCH (1,27%), clientes de MTS (1,08%), mujeres trabajadoras sexuales (0,77%), inyecciones médicas (0,16%), parejas de UDI (0.01%) y transfusiones sanguíneas (0%). (Gráfica 9).

La distribución porcentual de incidencia que se ve en barras equivale al número total de casos en cada población clave en el modelo sobre el número total de infecciones estimadas por el modelo para Colombia en 2013 (10.210). Estas proporciones están relacionadas directamente con el tamaño de la población vulnerable, así que es necesario observar también la incidencia por 100.000 personas. La línea de la gráfica corresponde a la tasa de incidencia por 100.000 personas, este cálculo nos indica realmente el riesgo de transmisión en cada grupo de interés, independientemente de su talla poblacional.

Gráfica 9. Distribución porcentual de incidencia y tasa de incidencia por 100,000 personas por poblaciones clave en el modelo, MoT Colombia, noviembre 2013



Fuente: Vergel JC. MODOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH -MoT- Modelo para el análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH en los grupos de exposición en Colombia. ONUSIDA. 2013.

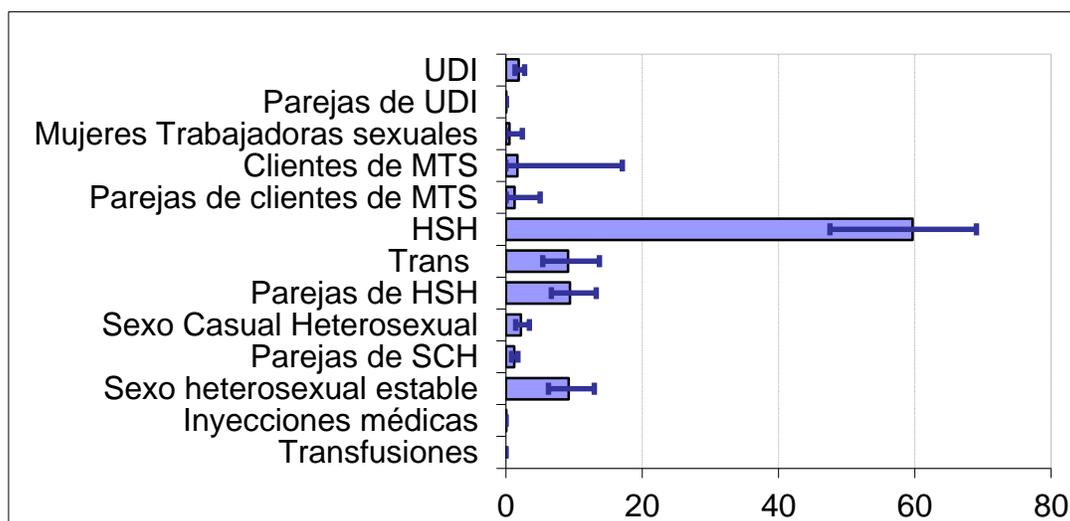
El hecho de que sea una tasa quiere decir que existe una tasa de cambio para cada población, es decir, que por ejemplo los HSH se van a infectar a una tasa de 0,0134 por año. Si lo multiplicamos por 100.000 queremos decir que si la población de HSH fuera de 100,000 tendríamos una tasa de infección de 1.345 nuevos casos en un año. De esta manera se ajustan los resultados por la talla poblacional haciendo las poblaciones comparables y proveyendo una estimación sencilla del riesgo implícito de transmisión dentro de cada población.

En el caso de la población de mujeres transgénero, la proporción de incidencia corresponde al 9,61%, pero si vemos la tasa por 100.000 personas vemos que sería de 0,091 por año. Esto quiere decir que si la población total de mujeres transgénero fuera en Colombia tan grande como 100.000, tendríamos 9.131 nuevos casos en un año, es decir, una epidemia liderada por mujeres transgénero, situación que avocaría al desarrollo de estrategias específicas para este grupo poblacional toda vez que sus conductas y comportamientos difieren de los de los HSH lo que requiere ahondar en la investigación de comportamientos frente al VIH en este grupo y realizar una planeación de las acciones de promoción y prevención, toda vez que existe un alto crecimiento de la incidencia de las poblaciones que amplían las redes de intercambio como son las que mantienen comportamientos de carácter bisexual.

La tendencia de la tasa de incidencia por 100,000 habitantes (línea roja en la Gráfica 9) deja claro que la población con mayor vulnerabilidad ante la infección por el VIH son las mujeres transgénero, seguidas por los UDI y los HSH. Si el aporte de estos dos primeros no es mayor, se debe entonces a su pequeño tamaño poblacional.

Los rangos de incertidumbre se encuentran de la manera siguiente: en el grupo de HSH (47,5 % a 69,06%), sexo casual heterosexual (1,43% a 3,43%) y UDI (1,35% a 2,72%). Para el grupo de mujeres transgénero se estimó una incidencia plausible entre 5,41% y 13,70%, como se observa en la Gráfica 10.

Gráfica 10. Rango de incertidumbre para la distribución porcentual de incidencia por grupos de riesgo y mecanismo de transmisión en el modelo MoT Colombia, noviembre 2013.



Fuente: Vergel JC. MODOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH -MoT- Modelo para el análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH en los grupos de exposición en Colombia. ONUSIDA. 2013.

La contribución elevada de casos dentro del mecanismo sexual heterosexual es preocupante para el país, pues releja en principio el escape de nuevos casos desde los grupos de alta transmisibilidad a las poblaciones con mediano y bajo riesgo, a través de poblaciones que amplían las redes de intercambio como clientes de trabajadoras sexuales y los comportamientos bisexuales. Este fenómeno se ve reforzado por una tendencia general a un bajo uso del condón dentro de parejas estables, lo cual facilita el rompimiento de la barrera epidemiológica entre poblaciones clave.

La participación en la incidencia del grupo de mujeres trabajadoras sexuales no es muy alta y puede reflejar el empoderamiento de sus integrantes en prácticas seguras. En contraste, se observa un altísimo riesgo de transmisión dentro del grupo de mujeres transgénero y una alta contribución con nuevos casos, relativo a su tamaño poblacional. Esto hace pensar en la importancia de llevar a cabo las mismas actividades que han sido exitosas dentro de la población de mujeres trabajadoras sexuales, en el grupo de mujeres transgénero, el cual se sabe tiene características de comportamiento similares al de las mujeres trabajadoras sexuales.

Es necesario llamar la atención sobre la participación de los usuarios de drogas inyectables, grupo que era prácticamente inexistente o desconocido en nuestro contexto hace unos años, pero que cobra fuerza y tiene una alta potencialidad para convertirse en un grupo líder de transmisión si no se vigila y se exploran intervenciones de reducción de las condiciones de vulnerabilidad en este grupo.

La participación del grupo heterosexual estable, obedece a su tamaño poblacional amplio y a una baja tasa de uso de condón.

Con respecto al análisis de incertidumbre, es importante mencionar que las estimaciones de rangos de plausibilidad reflejan la calidad de la información recolectada. En este ejercicio se identificaron brechas en el conocimiento de la epidemia local, con especial importancia en los parámetros de comportamiento sexual en las diferentes poblaciones vulnerables.

### 2.1.2. Transmisión materno - infantil (CAICEDO, 2014)

El porcentaje de transmisión materno-infantil, que mide el porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno-infantil con respecto al total de niñas y niños expuestos (hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación) en un periodo determinado, tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud para dar acceso al diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en los programas de control prenatal..

La fórmula del metadato para calcular el porcentaje de TMI es:

$$TMIVIH = \frac{NNIVIH}{TNNEVIH} * 100$$

Donde:

*NNIVIH = Número de niños(as) <2 años infectados con VIH perinatal en el período a medir.*

*TNNEVIH = Total de niños(as) expuestos al VIH en el período a medir.*

La cohorte se establece con todas las hijas o hijos de gestantes diagnosticadas con infección por VIH que nacieron en el año o período de reporte. Lo recomendado es esperar como mínimo 18 meses desde el nacimiento, hasta la consecución de la información. Cada año se informará la cohorte de 2 años atrás de la siguiente manera:

**Tabla 1. Tiempos de medición del % TMI del VIH**

Año a medir	Año en que se hace la medición
2009	2011
2010	2012
2011	2013

2012	2014
2013	2015

Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Ficha metadato.

Colombia presenta un porcentaje de transmisión materno infantil para el período del 2010 del 5.3%, si bien es cierto que con referencia al porcentaje del 2009 que es del 4.9%, se observa un incremento en este período; pero cabe aclarar que existen varios factores que inciden en este indicador.

- Aumento de la notificación de los casos de VIH materno infantil a través del SIVIGILA y del sistema de información propio de la estrategia.
- Mejoramiento de la calidad del dato reportado
- Mejor acceso al diagnóstico de las niñas y niños expuestos en los primeros 17 meses de vida, lo cual garantiza acceso a TAR, mejor calidad de vida y disminución de la mortalidad por Sida.

De acuerdo a los casos reportados de transmisión materno infantil del VIH a través del SIVIGILA y del sistema de información de la estrategia; se encuentra que las niñas y niños reportados con VIH en el 2008 y que nacieron ese año, al 63.4% se le realizó el diagnóstico antes de los 2 años de edad, en el 2009 al 76.9% y en el 2010 al 90.4%.

La realización del diagnóstico antes de los 2 años de edad ha permitido mejorar la calidad del dato del numerador y el fortalecimiento del uso de la ficha de seguimiento clínico del binomio madre hijo del VIH ha permitido aumentar la captación del dato de gestantes del período a evaluar y por ende conocer la existencia de su hijo expuesto al VIH (denominador), aunque persisten debilidades por algunas entidades territoriales y aseguradores en los procesos de asistencia técnica y seguimiento.

En el año 2011 el país tuvo una estimación de 915.835 gestantes. Al cierre del año 2011 la estrategia registró 630.524 gestantes tamizadas para VIH, lo que equivale a una cobertura del 69%. Se considera que el porcentaje de cobertura debe ser más alto y que el subregistro está a expensas de una deficiente notificación del dato.

**Tabla 2. Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia, 2008 - 2011.**

Año/Cohorte	Nº Niñas y niños expuestos al VIH	Nº Niñas y niños infectados con VIH <2 años	% TMI del VIH en niñas y niños <2 años
<b>2008</b>	416	24	5.8%
<b>2009</b>	566	28	4.9%
<b>2010</b>	717	38	5.3%
<b>2011</b>	849	39	4,6%

Fuente: MSPS. BD Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

Como se observa en la siguiente tabla las entidades territoriales con mayor porcentaje de transmisión materno infantil son Casanare con el 20%, Huila 16.7%, Tolima 14.3%, Atlántico

12%, seguidas por Quindío con 10.5%, Bolívar 8.3% y Santa Marta 8%. Cabe resaltar que los departamentos de Boyacá y San Andrés no presentaron casos de transmisión materno - infantil del VIH al 100% de las niñas y niños se les realizó los exámenes pertinentes y se clasificaron sanos, sin infección por VIH.

**Tabla 3.** Porcentaje de Transmisión Materno - Infantil del VIH por entidad territorial desde la cohorte del año 2008 hasta la cohorte del año 2011.

Entidad territorial	% TMI del VIH <2 Años 2008	% TMI del VIH <2 Años 2009	% TMI del VIH <2 Años 2010	% TMI del VIH <2 Años 2011
Amazonas	ID/NSC	ID/NSC	50%	ID/NSC
Antioquia	ID/NSC	1.8%	2.1%	3,4%
Arauca	0,0%	NGVIH	0,0%	ID/NCS
Atlántico	ID/NSC	ID/NSC	5.0%	12,0%
Barranquilla	11.8%	5.0%	5.7%	5,6%
Bogotá	14.3%	ID/NSC	2.6%	6,7%
Bolívar	ID/NSC	ID/NSC	21.4%	8,3%
Boyacá	ID/NSC	0,0%	ID/NSC	0,0%
Caldas	7.1%	6.3%	ID/NSC	ID/NCS
Caquetá	ID/NSC	20,0%	8.3%	ID/NCS
Cartagena	14.3%	4.0%	0,0%	5,0%
Casanare	ID/NSC	0,0%	11.1%	20,0%
Cauca	7.7%	ID/NSC	8.3%	ID/NCS
Cesar	7.7%	20,0%	6.3%	2,4%
Chocó	ID/NSC	25,0%	33.3%	ID/NCS
Córdoba	ID/NSC	17.6%	9.8%	7,0%
Cundinamarca	14.3%	ID/NSC	8.3%	ID/NCS
Guainía	NGVIH	NGVIH	NRG	IG- NRG
Guaviare	50,0%	ID/NSC	0,0%	ID/NCS
Huila	5.9%	9.1%	ID/NSC	16,7%
La Guajira	5.0%	20,0%	ID/NSC	4,8%
Magdalena	15,0%	ID/NSC	7.1%	ID/NCS
Meta	7.7%	5.9%	12.5%	4,3%
Nariño	7.7%	15.4%	4.5%	5,0%
Norte de Santander	14.3%	ID/NSC	5.9%	7,7%
Putumayo	ID/NSC	ID/NSC	ID/NSC	ID/NCS

Quindío	ID/NSC	0,0%	0,0%	10,5%
Risaralda	15.4%	14.3%	33.3%	4,8%
San Andrés	NRG	ID/NSC	0,0%	0,0%
Santa Marta	9.5%	8.7%	9.5%	8,0%
Santander	18.2%	4.2%	ID/NSC	ID/NCS
Sucre	ID/NSC	12.5%	3.8%	ID/NSC
Tolima	20,0%	5.9%	ID/NSC	14,3%
Valle	2,3%	3.4%	1.2%	ID/NCS
Vaupés	ID/NSC	NGVIH	100%	IG - NRG
Vichada	ID/NSC	ID/NSC	ID/NSC	IG - NRG

Fuente: MSPS. BD Estrategia para la eliminación de la TMI del VIH.

\* No reporta gestantes con VIH, no se sabe dato de tamizaje de gestantes (NRG)

\* No reporta gestantes con VIH, si hubo tamizaje de gestantes para VIH (NGVIH)

\* Información deficiente/niños sin clasificación (ID/NSC)

\* Se conoce Información de tamizaje de gestantes, no reporta gestantes con VIH (IG - NRG)

## 2.2. PREVALENCIAS

Las prevalencias de los grupos poblacionales en mayor estado de vulnerabilidad se estimaron en el marco de desempeño de la propuesta aprobada al país por el Fondo Mundial en Ronda 9, que estableció para la medición de líneas de base, la realización de cuatro (4) estudios de seroprevalencia y comportamiento sexual en los siguientes grupos poblacionales: Mujeres trabajadoras sexuales, Población Transgénero, Población Habitante de calle y Población privada de la libertad.

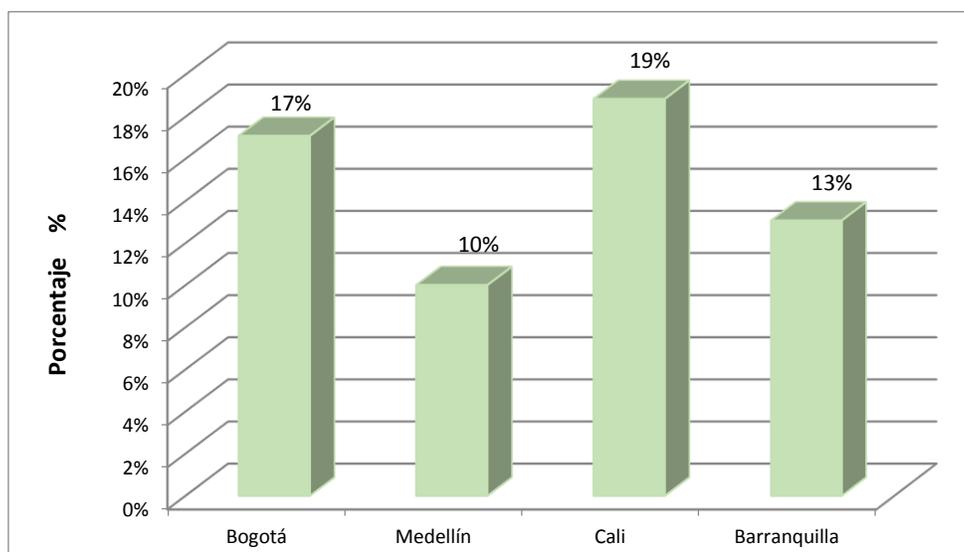
Estos estudios se desarrollaron durante el primer año de ejecución del proyecto, 2012, las prevalencias calculadas se presentan a continuación para plasmar la situación de la epidemia en los grupos poblaciones estudiados del país. Es importante aclarar que aunque el grupo poblacional de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es un grupo prioritario para el país, no se realizó ningún estudio en el marco del Proyecto del Fondo Mundial, puesto que los resultados del estudio realizado en el 2010 y reportado en el anterior informe UNGASS, fue utilizado como la línea de base de dicho proyecto.

### 2.2.1. Mujeres Trans

Se realizó un estudio de corte, la población del estudio estuvo conformada por personas de 18 años o más, que al momento de nacer les asignaron el sexo “hombre”, se auto identifican con el género femenino y se encontraban entre julio y septiembre de 2012 en alguna de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Se conformó una muestra de 972 mujeres trans. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013).

La mediana de la prevalencia cruda de infección por VIH en las cuatro ciudades del estudio fue 15%. En Cali y Bogotá se observan las prevalencias más altas mientras que Medellín presenta una prevalencia del 10%. Los resultados arrojados por este estudio son similares a las prevalencias a nivel mundial, en promedio del 19% (IC 95% 17.4-20.7). En América Latina, estudios de mujeres trans en El Salvador y Uruguay han encontrado prevalencias entre el 18% y 19%, y estudios en Argentina, Brasil y el Perú han sido más altas, entre el 29% y 34%, lo que sugiere que la epidemia en mujeres trans en Colombia podría aumentar más si no se fortalecen las acciones preventivas de manera inmediata. (Cooperative Housing Foundation CHF - Mecanismo Coordinador de País MCP - Consultor Gerald Owen Jacobson, 2013).

Gráfica 11. Prevalencia cruda de infección por VIH en mujeres trans de cuatro ciudades de Colombia, 2012.



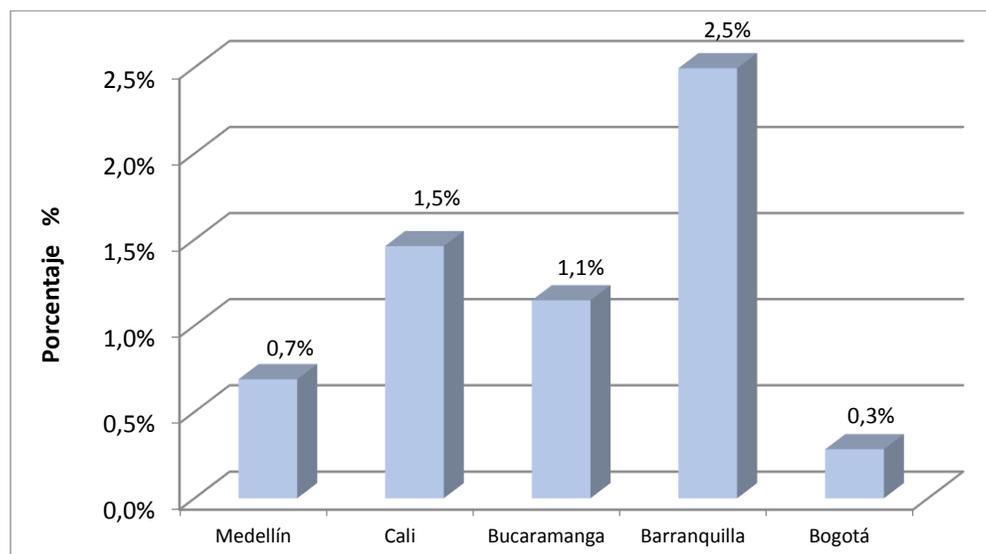
Fuente: Resultados líneas de base estudios de comportamiento sexual y evaluación rápida. Proyecto VIH Colombia. Fondo Mundial Ronda 9.

### 2.2.2. Mujeres trabajadoras sexuales

Se realizó un estudio de corte, la población del estudio estuvo conformada por mujeres de 18 años o más que reconocen ejercer el trabajo sexual y se encontraban entre abril y junio de 2012 en alguna de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. Se conformó una muestra de 2586 mujeres, la técnica de recolección de la muestra fue Time Location Sampling TLS. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013).

La prevalencia mediana de infección por VIH en la población de mujeres trabajadoras sexuales fue de 1.1%, en la ciudad de Barranquilla se encontró la prevalencia más alta, Bucaramanga y Cali presentaron prevalencias superiores al 1%, mientras que Bogotá y Medellín, tuvieron prevalencias menores al 1%. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013).

Gráfica 12. Prevalencia cruda de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012.



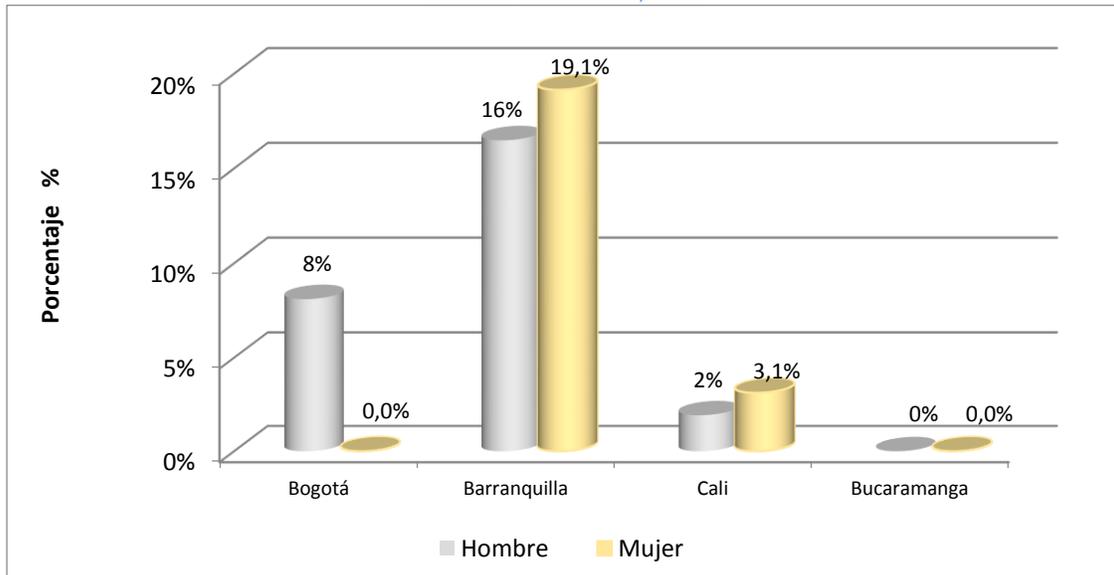
Fuente: Resultados líneas de base estudios de comportamiento sexual y evaluación rápida. Proyecto VIH Colombia. Fondo Mundial Ronda 9.

### 2.2.3. Población Habitante de Calle

Se realizó un estudio de corte, la población del estudio estuvo conformada por personas de 18 años o más, que se identificaron a sí mismos como habitantes de calle, y que de manera visible se pudieron catalogar como habitantes de calle del área urbana de alguna de las siguientes ciudades: Bogotá, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. La muestra definida para el estudio en las cuatro ciudades fue de 507 habitantes, la técnica de selección de la muestra fue no probabilística, por conveniencia o intencional. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013).

La media o promedio como medida de resumen de la prevalencia cruda de infección por VIH de la muestra de habitantes de calle de las cuatro ciudades del estudio fue 6.6%, y la mediana fue de 4.4%. La prevalencia más alta fue 17% y corresponde a la muestra de habitantes de calle de la ciudad de Barranquilla, le sigue la prevalencia de Bogotá con el 7%, y Cali tuvo una prevalencia del 2%. En Bucaramanga no se encontró ningún caso de habitante de calle que viviera con VIH, y haya participado en el estudio. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013). Es importante recordar, como se mencionó previamente que la técnica de selección de la muestra fue por conveniencia, por lo tanto no se pueden generalizar los resultados y siempre se debe mencionar que los resultados hacen referencia a una muestra.

Gráfica 13. Prevalencia cruda de infección por VIH según el sexo de una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012.



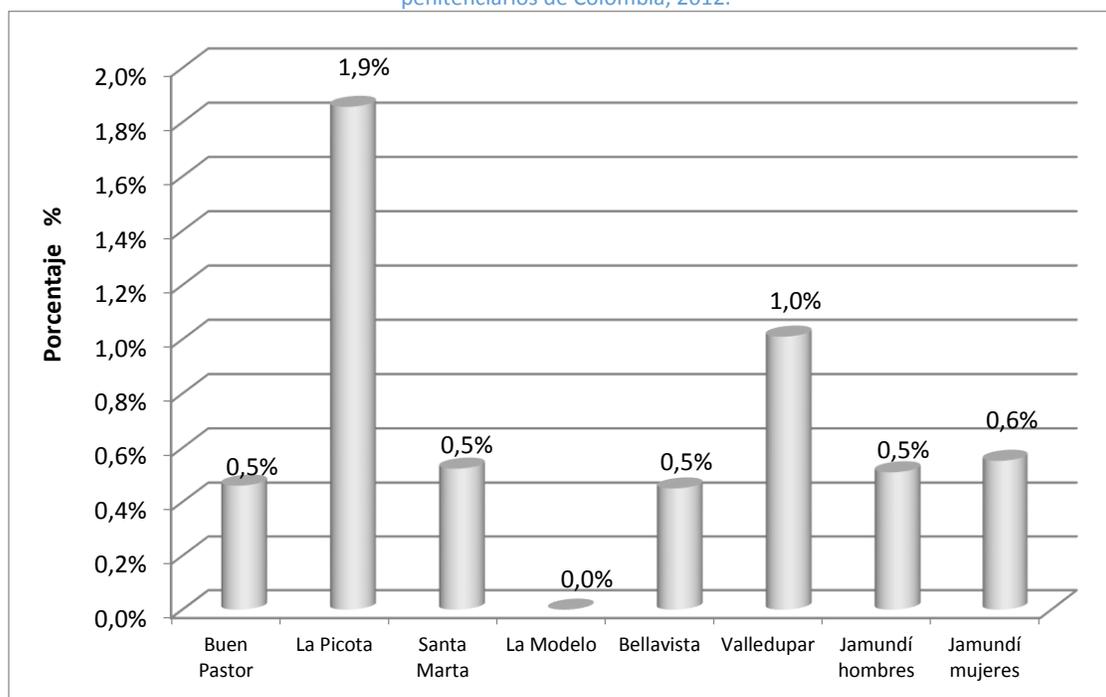
Fuente: Resultados líneas de base estudios de comportamiento sexual y evaluación rápida. Proyecto VIH Colombia. Fondo Mundial Ronda 9.

#### 2.2.4. Población Privada de la Libertad

Se realizó un estudio de corte, la población del estudio estuvo conformada por todas las personas privadas de la libertad que se encontraran en alguno de los ocho establecimientos penitenciarios definidos por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia – INPEC, desde el mes de julio hasta el mes de octubre del 2012. Se alcanzó una muestra de 1803 internos distribuidos por establecimiento penitenciario, la técnica de muestreo fue probabilística: multietápica estratificada con asignación proporcional al tamaño del patio. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013).

La mediana de la prevalencia cruda de la infección por VIH para la población privada de la libertad masculina y femenina de seis y dos establecimientos penitenciarios de Colombia, respectivamente, fue 0.5%. El único establecimiento con una prevalencia mayor al 1% fue La Picota de la ciudad de Bogotá con una prevalencia de 1.95%, Valledupar tiene una prevalencia de 1%, en cinco (5) establecimientos penitenciarios la prevalencia fue menor o igual a 0.6% y en el establecimiento penitenciario de La Modelo la prevalencia fue cero, prevalencia que se explica por el tipo de muestreo implementado. (Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela, 2013).

**Gráfica 14.** Prevalencia cruda de infección por VIH de la población privada de la libertad de ocho establecimientos penitenciarios de Colombia, 2012.



Fuente: Resultados líneas de base estudios de comportamiento sexual y evaluación rápida. Proyecto VIH Colombia. Fondo Mundial Ronda 9.

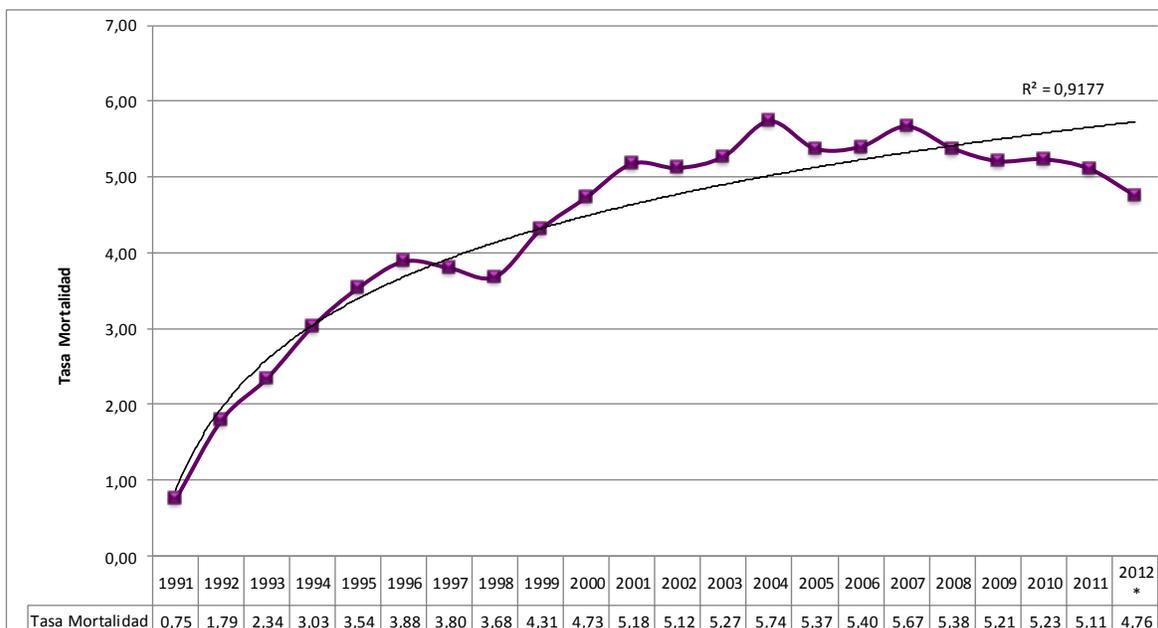
### 2.3. MORTALIDAD

La información relacionada con la mortalidad en Colombia es oficialmente presentada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, quien se encarga de recolectar todos los certificados de defunción del país y hace todo el proceso para depurar la información y emitir datos de mortalidad. Sin embargo, no hay que desconocer que esta fuente oficial para mortalidad presenta un subregistro y un subdiagnóstico, asociados a varios factores, aun cuando se destaca el esfuerzo para disponer de datos de buena calidad, y de ahí que la oportunidad de los mismos no sea la ideal, por lo tanto para este informe solo hay datos oficiales de mortalidad hasta el año 2011 y los datos presentados del año 2012 son preliminares.

El acumulado de muertes por SIDA desde el año 1991 a 2012 es de 39,886 defunciones. En el año 2011 se certificaron 2353 defunciones asociadas a Sida y en el año 2012 se tiene un informe preliminar de 2.216 muertes asociadas a este síndrome, que corresponden a unas tasas de 5,11 y 4,76 defunciones por 100.000 habitantes. En la Gráfica 15 se observa que desde el año 1991 la tasa de mortalidad asciende hasta el año 2004, con la tasa de mortalidad más alta que ha tenido el país asociada a este síndrome, 5,74 defunciones por 100.000 habitantes, entre el 2005 y el 2007 hay un leve ascenso, y desde el año 2008 la tasa de mortalidad empieza un descenso hasta alcanzar 5,11 defunciones por 100.000 habitantes, es importante aclarar que el DANE hasta la fecha, 31 de marzo de 2014, no ha

emitido los datos oficiales de mortalidad para el año 2012, y los datos presentados en este informe para ese año son preliminares.

Gráfica 15. Tasa de mortalidad por SIDA en Colombia en el periodo comprendido entre 1991 y 2012.



Fuente: DANE

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

La estabilidad del comportamiento de la mortalidad podría corresponder al efecto positivo de la atención integral y a la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para quienes lo necesiten, independientemente del sistema de aseguramiento en salud al cual pertenezcan. Por otra parte, la mortalidad también puede asociarse a diagnósticos tardíos (en etapa SIDA avanzado), por dificultades para el acceso al diagnóstico, al tratamiento antirretroviral y a la baja percepción de riesgo o vulnerabilidad, que pueden hacer que las personas consulten en condiciones de gran deterioro.

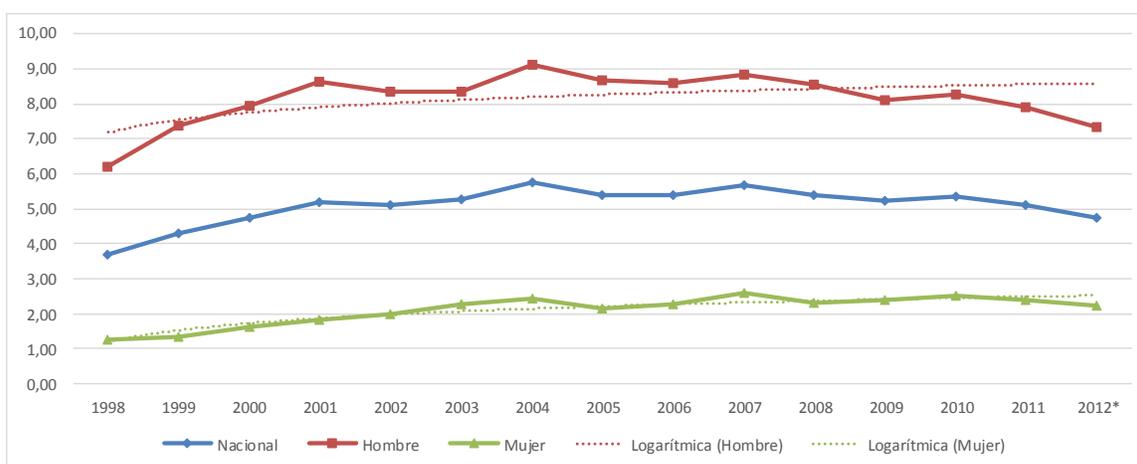
Todas estas posibilidades deben ser valoradas de manera individual con estudios de cohortes que incluyan otras opciones como fallas terapéuticas por baja adherencia al TAR o a infecciones con cepas resistentes, así como estudios de farmacorresistencia; se espera que la tasa de mortalidad continúe en descenso dado que el país cuenta con todas las herramientas para ofrecer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. (Ministerio de Salud y Protección Social - Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2011, 2013).

En el periodo de 1998 hasta el 2012, la tasa de mortalidad por Sida para la población de hombres comienza en 6,18 defunciones por 100.000 habitantes, alcanzando una tasa de mortalidad de 9,13 defunciones por 100.00 habitantes en el 2004, para comenzar un leve descenso, con algunos picos en los años 2007 y 2010, y finalizar el periodo analizado, año

2012, con una tasa de 7,35 defunciones asociadas a Sida por 100.000 habitantes de hombres.

Desde el año 1998 la tasa de mortalidad asociada a Sida en la población de mujeres presenta un aumento comenzando con 1,25 defunciones por 100.000 habitantes, en el año 2007 se presenta la tasa más alta con 2,58 defunciones por 100.00 habitantes, y desde ese año la tasa de mortalidad se mantiene en promedio con 2,4 defunciones por 100.000 habitantes por año. En el año 2012 la tasa de mortalidad en la población de mujeres fue de 2,23 defunciones por 100.000 habitantes. En la Gráfica 16 se observa el comportamiento de las tasas de mortalidad según sexo y la mortalidad general del país.

Gráfica 16. Tasa de mortalidad por SIDA en Colombia en el periodo comprendido entre 1998 y 2012 según sexo.

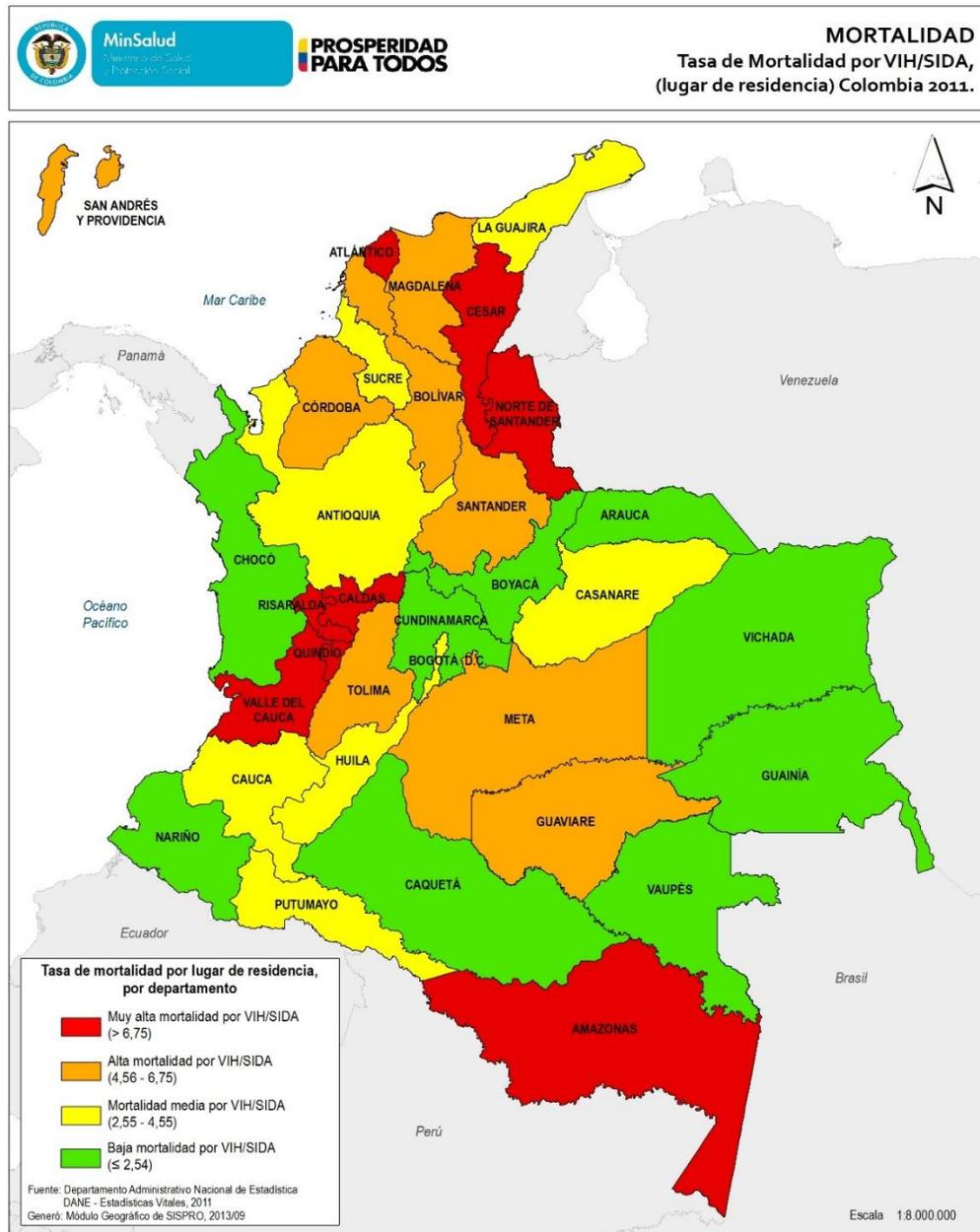


Fuente: DANE

Procesamiento: Observatorio de la Gestión Programática en VIH marzo de 2014

Para conocer el comportamiento de la tasa de mortalidad asociada a Sida entre departamentos y distritos especiales del país para el 2011, ésta se dividió por cuartiles, estableciendo un gradiente de impacto de la mortalidad por Sida a nivel territorial. Encontrando, como se observa en el Mapa 3, que en el año 2011, los departamentos del Amazonas, Valle del Cauca, Quindío, Risaralda, Caldas, Cesar, Norte de Santander y Atlántico presentaron tasas de mortalidad superiores a 6,75 defunciones asociadas a Sida por 100.000 habitantes.

Mapa 3. Tasa de mortalidad por SIDA en Colombia según departamento (lugar de residencia) para el año 2011.



Fuente. Estadísticas Vitales-DANE- 2011. Modulo geográfico SISPRO

Los departamentos que históricamente, como se observa en la Tabla 4, han presentado las tasas más altas de mortalidad son: Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Atlántico, desde el 2001 Norte de Santander y desde el año 2004 el departamento del Meta presentan tasas de mortalidad superiores a 6,0 defunciones por 100.000 habitantes.

Tabla 4. Tasa de mortalidad asociada a VIH/Sida por 100.000 habitantes, por Departamentos. Colombia. 1998-2011

Departamento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Antioquia</b>	3,90	4,95	4,52	5,12	4,06	4,14	4,55	4,40	4,71	5,09	4,53	4,66	4,37	4,10
<b>Arauca</b>	0,00	0,48	1,39	2,72	0,00	1,76	2,61	3,45	1,28	1,68	2,49	1,23	2,83	0,40
<b>Atlántico</b>	6,74	6,74	8,08	9,58	10,07	8,93	9,88	9,51	8,79	10,33	9,71	8,27	8,08	6,83
<b>Bogotá</b>	4,71	5,70	6,70	6,05	6,20	5,90	6,16	5,38	5,01	4,65	4,60	3,75	4,05	4,10
<b>Bolívar</b>	5,42	4,45	4,35	6,18	7,06	8,67	6,12	6,01	6,22	5,11	6,66	6,38	6,21	6,14
<b>Boyacá</b>	0,90	0,81	1,30	1,13	1,37	1,44	1,52	0,88	2,07	1,74	1,98	1,58	1,18	1,97
<b>Caldas</b>	2,82	3,24	4,06	5,82	4,36	6,01	5,28	5,88	6,70	5,96	6,88	6,96	6,75	6,94
<b>Caquetá</b>	2,55	1,52	1,50	1,49	3,69	3,41	2,41	4,04	3,05	5,10	4,35	4,52	4,47	2,43
<b>Casanare</b>	2,79	1,94	3,03	2,59	5,06	3,53	5,88	5,08	3,65	5,86	4,79	5,01	3,69	3,32
<b>Cauca</b>	0,76	1,25	1,48	1,38	1,53	1,28	2,07	1,89	2,03	2,56	3,62	2,68	2,50	3,53
<b>Cesar</b>	2,19	1,08	2,96	3,74	3,80	4,55	6,17	4,54	6,44	7,97	8,61	6,50	6,42	7,35
<b>Chocó</b>	0,00	0,93	1,38	0,91	1,13	0,67	1,56	1,54	0,44	1,95	1,50	2,12	2,73	2,29
<b>Córdoba</b>	1,29	2,39	3,74	2,75	4,42	4,21	5,67	4,90	4,63	4,37	2,21	4,88	5,31	4,73
<b>Cundinamarca</b>	1,05	1,33	2,50	2,45	2,96	2,95	2,77	2,76	2,93	3,10	2,71	2,63	3,43	2,54
<b>Grupo Amazonía</b>	2,36	1,15	1,87	4,02	2,51	3,87	5,88	4,09	5,02	4,28	5,18	2,23	5,65	4,01
<b>La Guajira</b>	1,78	1,14	1,82	1,74	1,34	1,60	1,99	2,93	2,82	4,21	3,54	2,78	2,81	2,72
<b>Huila</b>	2,86	4,01	4,37	5,56	5,27	5,19	7,02	3,95	5,75	7,88	5,03	5,52	5,17	4,28
<b>Magdalena</b>	2,67	3,74	2,90	3,59	2,94	3,54	4,12	3,48	4,05	6,24	5,76	6,30	5,49	6,27

Departamento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Meta</b>	2,56	1,76	2,29	4,48	5,19	6,94	9,79	7,02	8,87	7,09	6,46	7,03	9,07	6,75
<b>Norte de Santander</b>	3,43	4,24	4,12	6,25	6,69	5,73	7,38	7,32	6,62	6,56	5,02	5,60	6,47	7,03
<b>Nariño</b>	0,64	0,63	0,90	0,75	1,15	1,53	1,77	1,10	1,47	1,33	1,38	1,91	2,26	1,87
<b>Putumayo</b>	0,35	1,04	2,04	2,02	2,66	1,32	5,21	2,26	1,92	3,79	3,76	4,65	4,60	4,55
<b>Quindío</b>	8,37	11,99	12,89	15,69	9,33	11,36	14,11	11,04	11,91	12,58	12,51	12,62	10,73	16,28
<b>Risaralda</b>	6,99	9,14	7,47	8,80	8,63	8,02	9,31	10,92	10,74	10,79	10,61	10,22	8,65	8,92
<b>San Andrés</b>	4,51	7,45	8,87	7,33	2,91	7,22	5,72	4,25	0,00	1,40	5,54	2,75	4,09	5,41
<b>Santander</b>	3,94	3,70	3,78	4,85	4,41	4,49	5,03	6,03	4,57	5,86	5,88	5,75	5,82	5,15
<b>Sucre</b>	1,53	1,79	3,13	4,98	4,67	3,70	6,41	5,44	5,00	5,08	5,41	3,74	3,95	3,42
<b>Tolima</b>	2,34	2,33	2,39	3,43	2,97	4,50	3,09	4,91	4,74	5,24	5,15	5,78	7,35	6,11
<b>Valle</b>	5,98	7,81	8,46	8,15	8,33	8,98	9,37	9,11	8,99	8,92	8,06	7,93	8,30	8,38

Fuente. Estadísticas Vitales-DANE- 1998-2011.

## 2.4. ESTIMACIONES

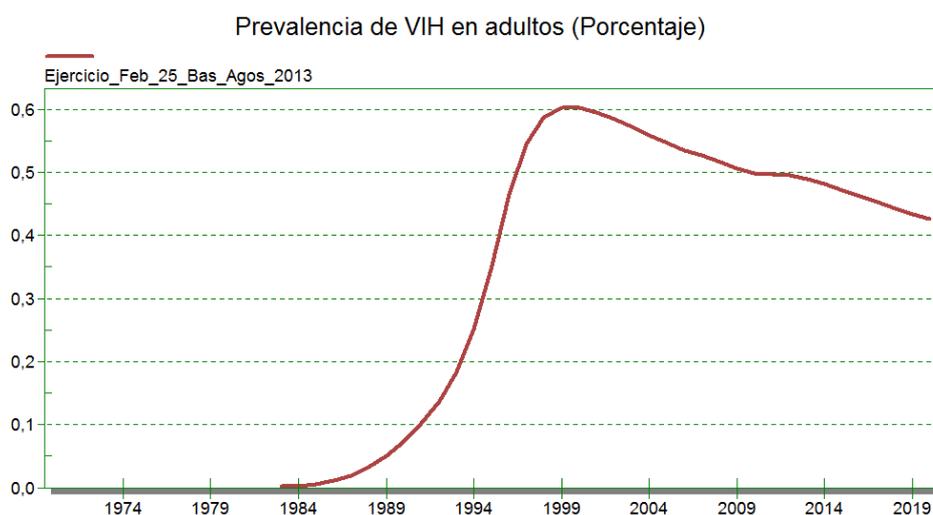
La metodología para determinar la prevalencia en un grupo poblacional es a través de la implementación de estudios de corte o transversales con representación muestral por entidad territorial, sexo, grupos etarios y condición de aseguramiento, sin embargo los recursos financieros y técnicos que se requieren son altos lo que hace inviable su práctica, por ello se recurre a las estimaciones, que se hacen con base en datos de otras fuentes de información como son las proyecciones demográficas, los estudios de los diferentes grupos poblacionales, la información sobre el tratamiento profiláctico en gestantes y la cobertura de tratamiento en la población, entre otra información.

El país estableció para el 2015 la meta de haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1% en población general de 15 a 49 años de edad, partiendo de una línea de base de 0,70% del año 2004; la prevalencia históricamente se ha registrado en 0.3 para 1990, subiendo a 0.4 para 1992 y posteriormente a 0.5 para 1994 donde se ha mantenido desde entonces.

Las estimaciones que se realizan y presentan a continuación utiliza el software Spectrum, impulsado por Onusida y aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### 2.4.1. Prevalencia de VIH en población entre 15 y 49 años de edad

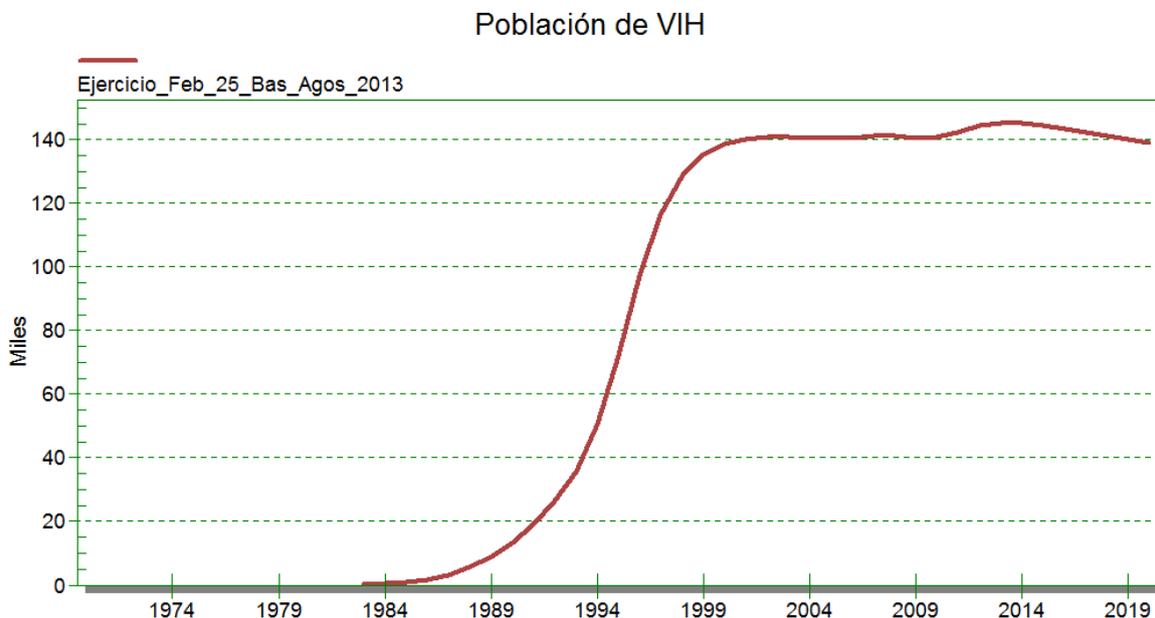
Desde la notificación del primer caso de muerte por Sida en el país la prevalencia estimada de la infección en población general, 15 a 49 años de edad, presentó un aumento acelerado hasta alcanzar un punto máximo de 0,60% en los años 90, periodo en el cual comienza un descenso y como se observa en la gráfica siguiente se espera siga esta tendencia y se cumpla la meta nacional establecida de tener una prevalencia menor al 1%. Desde el año 2010 la prevalencia estimada por el programa Spectrum es 0,50, en el año 2013 la prevalencia estimada es de 0,49.



Fuente: Spectrum Proyecto ajustado con datos hasta el 2012

### 2.4.2. Población estimada de personas con VIH

La población estimada de personas con VIH desde el 2001 es superior a los 140.000 casos, en el año 2012 se estimaron 144.447 casos y en el año 2013 se estima que hubo 145.367 casos, año en el cual se presenta la población estimada de personas de VIH más alta.

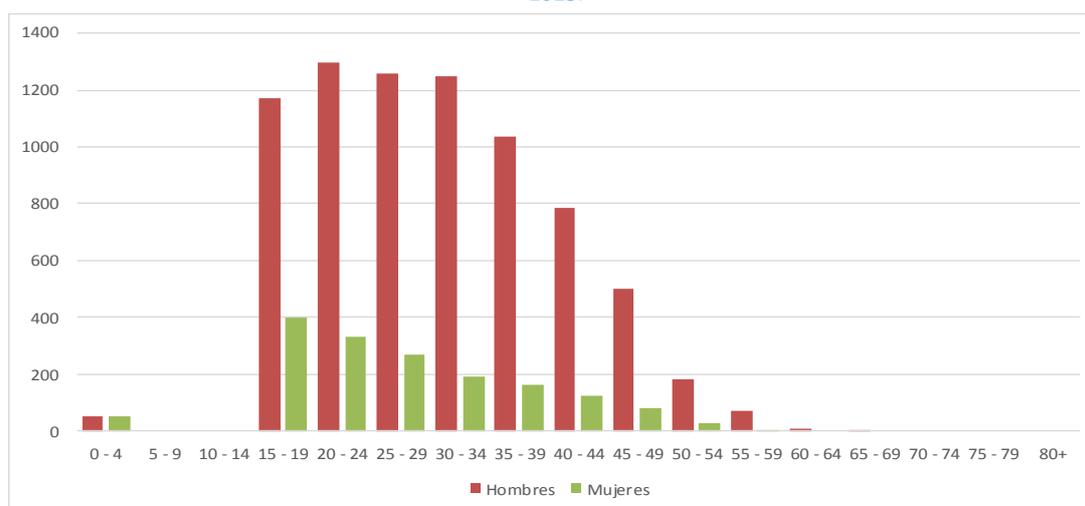


Fuente: Spectrum Proyecto ajustado con datos hasta el 2012

### 2.4.3. Número estimado de nuevas infecciones de VIH por sexo y quinquenios

El número estimado de nuevas infecciones en el año 2013 es de 9247 casos, 7613 nuevas infecciones en hombres y el resto en mujeres, el grupo de edad estimado más afectado es desde los 15 años hasta los 39 años de edad.

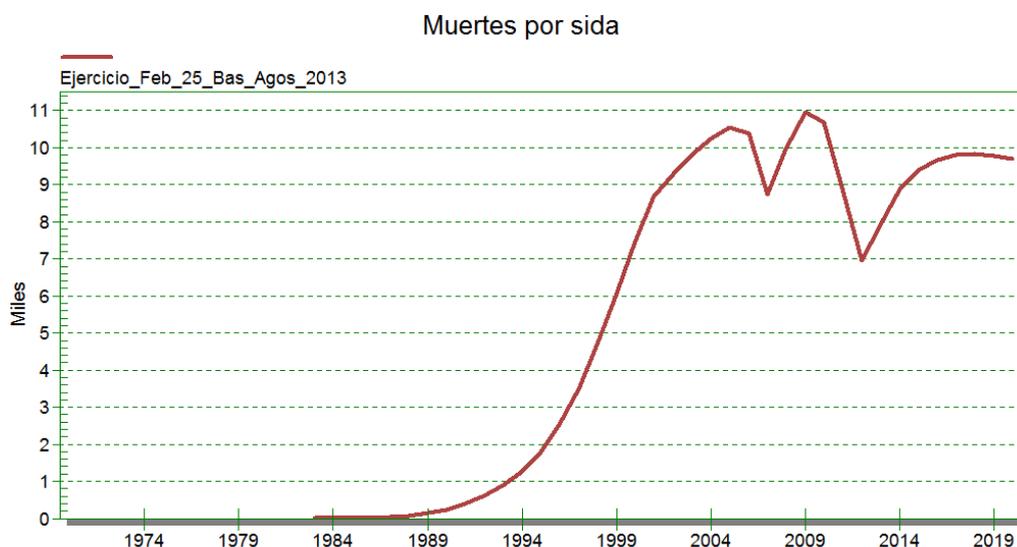
**Gráfica 17.** Número estimado de nuevas infecciones por VIH por sexo y quinquenios de edad en Colombia en el año 2013.



Fuente: Spectrum Proyecto ajustado con datos hasta el 2012

#### 2.4.4. Número estimado de muertes por Sida

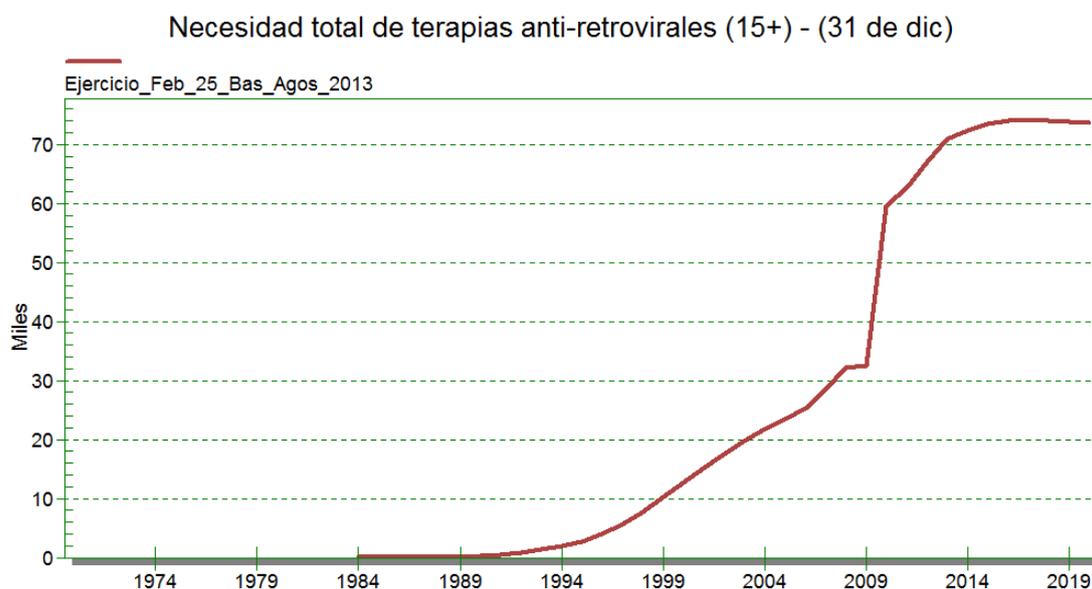
El número estimado de muertes asociadas a Sida en el 2012 es de 6960 defunciones y en el año 2013 es de 7924, estas estimaciones se realizan con base en los datos oficiales de mortalidad y los estudios de prevalencia en grupos poblacionales.



Fuente: Spectrum Proyecto ajustado con datos hasta el 2012

#### 2.4.5. Necesidad total de terapias anti – retrovirales

El programa Spectrum igualmente permite estimar que para el 2012 y el año 2013, 66.932 y 70.936 personas mayores de 15 años respectivamente requerían tratamiento antirretroviral, la necesidad total de terapia antiretroviral continuará en aumento hasta alcanzar cerca de 74.000 con necesidad de tratamiento antirretroviral.

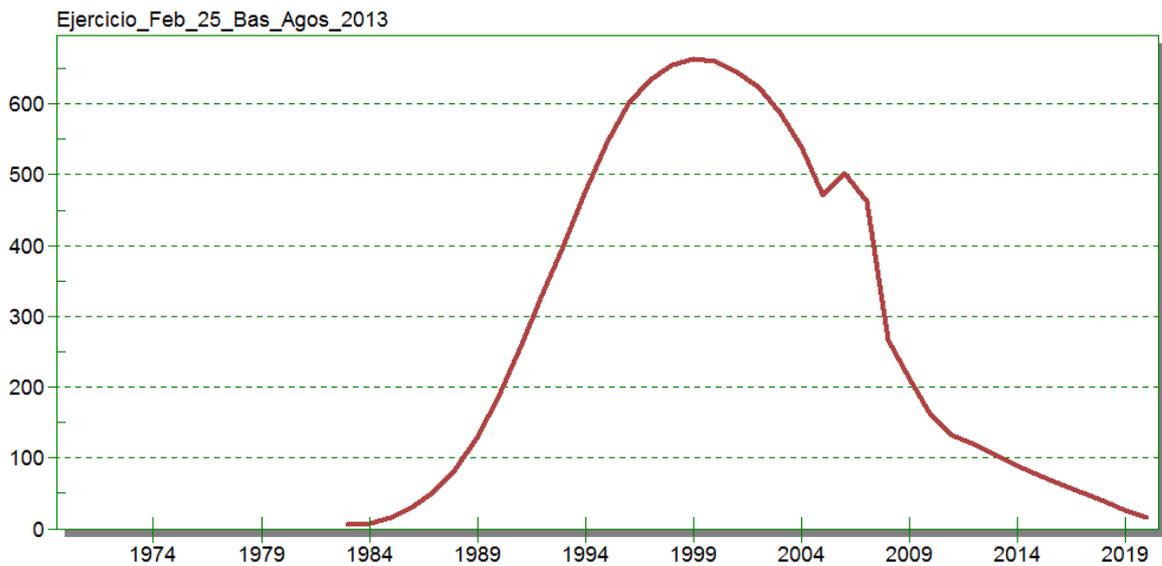


Fuente: Spectrum Proyecto ajustado con datos hasta el 2012

#### 2.4.6. Número estimado de nuevas infecciones en niños debido a la transmisión madre - hijo

Con relación al número estimado de nuevas infecciones de VIH en niños, por el programa Spectrum se estima que hubo 118 y 104 nuevas infecciones de VIH en niños en los años 2012 y 2013; como se observa en la gráfica el número de nuevas infecciones de VIH en niños tuvo un pico hasta el año 1996, año en el cual comienza un descenso.

Cantidad de nuevas infecciones en niños debido a la transmisión madre-hijo



Fuente: Spectrum Proyecto ajustado con datos hasta el 2012

### 3. RESPUESTA NACIONAL

#### 3.1 PREVENCIÓN

Con los resultados del ejercicio sobre el Modo de transmisión del VIH, MoT, en el país se sigue generando evidencia científica para la formulación de actividades de prevención focalizadas a los grupos vulnerables definidos en los Planes Nacionales de Respuesta al VIH e ITS, 2008 – 2011 y 2014 – 2017.

Con la información generada por las investigaciones de seroprevalencia y comportamiento sexual en las poblaciones de mujeres trabajadoras sexuales, mujeres trans, habitantes de calle, población privada de la libertad y la evaluación rápida sobre el uso del condón en personas privadas de la libertad ha brindado más herramientas para establecer la tendencia de la prevalencia de VIH en el país. Sin embargo es importante realizar estudios cualitativos complementarios para comprender la situación de la epidemia en cada grupo poblacional que se encuentra en mayor estado de vulnerabilidad frente a esta infección.

Con la puesta en marcha y continuidad del Proyecto de VIH en Colombia financiado por la Novena Ronda del Fondo Mundial se ha implementado todo el material elaborado previamente por los convenios de cooperación técnica realizados entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las agencias del Sistema de Naciones Unidas entre ellos las guías de prevención VIH/Sida en: mujeres en contexto de vulnerabilidad, población privada de la libertad, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, jóvenes en contextos de vulnerabilidad, mujeres trabajadoras sexuales y mujeres trans. Así como la publicación Pautas para la asesoría y prueba voluntaria para el VIH y el Rotafolio.

En este campo también el Ministerio de Salud ha utilizado el documento: “Adquisición, suministro y distribución de Condones en Colombia”, además de publicarlo y distribuirlo en todas las entidades territoriales.

En el marco de los convenios de cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas:

- Se ha divulgado por medio de un DVD al territorio nacional todo el material comunicativo elaborado, material que contiene las publicaciones, las piezas comunicativas, los recursos sonoros y audiovisuales sobre ITS/VIH/SIDA.
- Se adquirieron 2.000.000 de condones masculinos en el año 2012.
- Se actualizó la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica, para la atención integral de la Sífilis gestacional y congénita: según lineamientos de la guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud Colombiano.
- Se elaboró de la guía pediátrica y de adultos en VIH.
- Se realizó el Marketing Digital de la campaña dirigida a jóvenes bajo la sombrilla de Obvio: “Prevenir el VIH/Sida: Tu Derecho, Tu Decisión”.
- Se diseñaron piezas de comunicación para la prevención del VIH/Sida en poblaciones jóvenes en contextos de vulnerabilidad.

- Se produjeron 120.000 galletas de la fortuna que contenían los mensajes de prevención del VIH/Sida trabajados en la campaña dirigida a jóvenes “Prevenir el VIH: tú derecho, tú decisión”, en el marco de la campaña de Obvio.
- Elaboración de 120.000 imanes condón, para la campaña “Prevenir el VIH, tú derecho, tú decisión”
- Producción de 60.000 libretas y esferos ecológicos para la campaña "Prevenir el VIH/SIDA tu derecho tu decisión”
- Adquisición de 120.000 separadores de libros y 120.000 postales de referencia: “Prevenir el VIH/SIDA, tú derecho, tú decisión”

En el marco del convenio de cooperación con la OPS se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se obtuvieron los resultados finales del estudio de campo para el seguimiento a niños expuestos a transmisión materno - infantil del VIH y sífilis congénita.
- Se hizo la difusión del análisis de barreras de acceso de las gestantes vulnerables al SGSSS.
- Se desarrolló la herramienta multimedia para atención de la coinfección TB-VIH y para la capacitación en prueba rápida a través de los laboratorios departamentales de salud pública.
- Se diseñaron, reprodujeron y distribuyeron herramientas pedagógicas para la prevención del VIH. (Taller de formación nacional en reducción de daños)
- Se comienza la implementación del Plan estratégico de reducción de daños y la atención integral del VIH en Usuarios de Drogas Intravenosas.

En el marco del convenio de cooperación con la OIM se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se construyó una estrategia de inspección, vigilancia y control dirigida a empresas promotoras de salud, direcciones territoriales con enfoque de atención primaria en salud para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita”.
- Se diseñó e implementó una metodología para el seguimiento al acceso a los servicios de SSR por la población víctima con énfasis en mujeres.
- Se diseñó e implementó una estrategia para la prevención de ITS/VIH dirigida a mujeres víctimas del conflicto armado.
- Se identificó a las personas víctimas del conflicto armado que viven con VIH/Sida a través del análisis epidemiológico sistemático, con enfoque diferencial, de las bases de datos del MSPS, con un capítulo específico sobre mujeres víctimas del conflicto armado que viven con VIH/Sida.
- Se diseñó, piloteó, validó y socializó con los responsables de la implementación el plan nacional de choque para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia.
- Se elaboró un protocolo de Farmaco-resistencia transmitida al VIH-1 en personas que no han sido expuestas previamente a los medicamentos antirretrovirales.
- Se construyó la guía de prevención secundaria para personas que viven con VIH/sida: ruta de derechos y guía de autocuidado para PVVS, que se soportó y apoyó en el contenido de una taller que recopiló experiencias y testimonios

- Realización de una Reunión Nacional de Experiencias Demostrativas Movilización Social y Prevención de las Violencias de Género y Sexual por parte de los actores del SGSSS, con profesionales de los todos los departamentos del país y los cuatro Distritos Especiales, otros sectores como IPS-EPS y Organizaciones Comunitarias,
- Se encuentra en proceso el desarrollo de una Estrategia de movilización social, diseñada, para grupos, organizaciones y redes, que propicie la participación ciudadana, frente a la prevención del embarazo en adolescentes y las ITS-VIH/SIDA, SSR, DSR posicionando el tema en los adolescentes y jóvenes. Se han orientado más de (300) organizaciones juveniles y de adolescentes en la formulación del proyecto de iniciativas, juveniles como parte de una estrategia de prevención de embarazo en adolescentes a través de los (41) gestores locales contratados los cuales atenderán (27) departamentos y (131) municipios priorizados por el proyecto.

### 3.2. ATENCIÓN

Las actividades relacionadas con atención continuaron con base en la legislación del país entre ellas:

- El país cuenta con la estrategia de eliminación de la transmisión materno – infantil, que ha incorporado un sistema de seguimiento y evaluación con cobertura nacional que alimenta los datos del Observatorio de la Gestión Programática en VIH. Con las acciones de seguimiento implementadas se ha logrado el aumento de la notificación de los casos de VIH materno infantil al sistema así como al SIVIGILA. De otra parte la calidad del dato se mejora por el constante seguimiento que se realiza desde la estrategia. Todas las acciones de la estrategia de eliminación redundan en un acceso oportuno al diagnóstico de los niños (as) expuestos en los primeros 17 meses de vida que permite garantizar el acceso al TAR, mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad asociada al SIDA.

Con la implementación de la estrategia se capacitan a los profesionales de salud en la detección de alteraciones del embarazo en la importancia de ofrecer a todas las mujeres la APV, garantizar la atención integral a la gestante viviendo con VIH/sida y el manejo del recién nacido, así como a todas las personas en condición de vulnerabilidad.

Sin embargo es importante anotar que aún persisten debilidades en algunas entidades territoriales las cuales requieren un mayor acompañamiento desde el nivel central y un mayor compromiso desde las instancias de gobierno departamentales.

- Capacitación a los diferentes actores del SGSSS sobre las indicaciones para la realización de profilaxis en casos de exposición al riesgo ocupacional y no ocupacional.
- Capacitación a los equipos de salud para proporcionar una adecuada asesoría y prueba voluntaria para la detección de la infección por VIH/SIDA.
- Con la expedición del Decreto 2338 de 2013, se ha enfatizado a los profesionales de salud en la importancia de la asesoría y prueba voluntaria de VIH, así como

la capacitación en la misma para poder brindarla con calidad, puesto que la APV permite reflexionar frente a los comportamientos, la importancia de la prueba y el autocuidado, entre otros aspectos.

### 3.3. TRATAMIENTO Y APOYO

Según los datos obtenidos en el Observatorio Nacional para la Gestión de VIH/Sida, el porcentaje de cobertura de TAR en pacientes con VIH entre 2005-2010, ha oscilado en un rango de 61% a 80,5%. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Para el 2011 se presenta un cambio de fuente que muestra un porcentaje menor con respecto a la fuente que venía generando el indicador, pero que muestra un mayor número de personas con tratamiento antirretroviral.

Según los datos suministrados por la Cuenta de Alto Costo, con un nivel de confianza del 99% se evidenció una diferencia entre la cobertura de TAR entre la reportada para el régimen subsidiado y la reportada en el régimen contributivo. De forma similar se evidencia mayor cobertura de TAR entre hombres comparada con la cobertura reportada entre las mujeres. (

Tabla 5 y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**)

**Tabla 5. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida según régimen, Colombia, 2011**

Régimen	Casos		Indicador (%)
	Con TAR	Total casos con VIH/Sida	Con TAR
Contributivo	20.232	22.683	89,19
Subsidiado	12.365	14.335	86,26
Fuerzas Militares	267	307	86,97
Total	32.864	37.325	88,05

Fuente: CAC VIH, incluye régimen de Fuerzas. Medición 31 de enero de 2012 - Resolución 4725 / 2012

**Tabla 6. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida según sexo, Colombia, 2011**

Sexo	Casos		Indicador (%)
	Con TAR	Total casos con VIH/Sida	Con TAR
Femenino	8.555	10.059	85,05
Masculino	24.309	27.266	89,15
Total	32.864	37.325	88,05

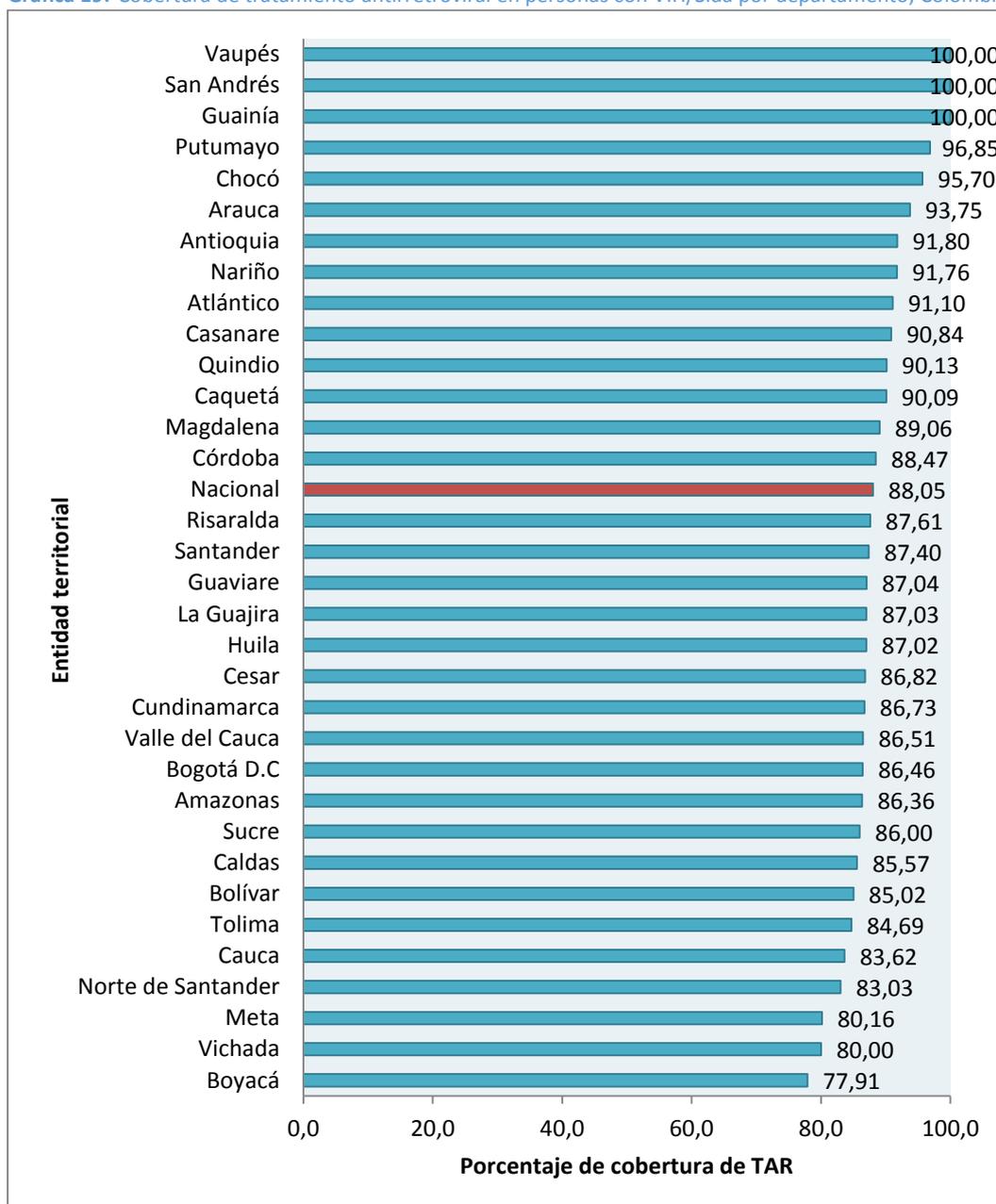
Fuente: CAC VIH, incluye régimen de Fuerzas. Medición 31 de enero de 2012 - Resolución 4725 / 2012

Los departamentos con la cobertura más baja son Boyacá (77,9%), Vichada (80%) y Meta (80,16%), como se puede observar en la Gráfica 18.

Los departamentos del Vaupés, San Andrés y Guainía presentaron la mejor cobertura de TAR con un 100% de cobertura de TAR cada uno. Es de resaltar que aunque no tienen una cobertura del 100%, los departamentos de Magdalena (89%), Caquetá (90%), Quindío (90%), Casanare (90%), Atlántico (91%), Arauca (93%), Chocó (95%) y Putumayo (96%), ya alcanzaron la meta definida para el 2015 del objetivo del milenio.

Se espera que con la cobertura universal de aseguramiento, la nivelación del POS, la inclusión de una buena cantidad de medicamentos antirretrovirales, la actualización del Plan Obligatorio de Salud y la normatividad existente, se logre alcanzar la meta propuesta de cobertura Universal de tratamiento antirretroviral para todas las personas que lo requieran.

Gráfica 19. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida por departamento, Colombia, 2011



Fuente: CAC VIH, incluye régimen de Fuerzas. Medición 31 de enero de 2012 - Resolución 4725 / 2012

### 3.4. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Dentro de la Estrategia de eliminación de la Transmisión de Materno – Infantil del VIH el proceso de seguimiento y evaluación ha permitido mejorar la calidad de los datos, se ha aumentado la notificación no solo al sistema de vigilancia sino también a la estrategia. Dentro del proceso de seguimiento se hace una confortación la información del sistema de vigilancia, la estrategia y la Cuenta de Alto Costo.

A pesar del esfuerzo que se hace desde la estrategia hay algunas entidades territoriales que requieren fortalecer los procesos de asistencia técnica para todos los actores del sistema y de esta manera mejorar la oportunidad en el acceso a la prueba de las mujeres gestantes, el seguimiento del binomio madre e hijo y facilitar acceso a servicios integrales, entre ellos la entrega de tratamiento profiláctico y el tratamiento para las mujeres con VIH.

El observatorio de la gestión programática debe retomar un plan de monitoreo y evaluación para las acciones establecidas en el Plan Nacional de Respuesta al VIH 2014 – 2017, que permita recoger los indicadores establecidos en el plan para valorar su progreso en el control de la epidemia.

Además debe implementar estrategias metodológicas como la triangulación para dar respuesta oportuna a preguntas de interés relacionadas con la epidemia por los actores que están involucrados en el plan nacional de respuesta al VIH.

## 4. INDICADORES

### 4.1. Objetivo 1. Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

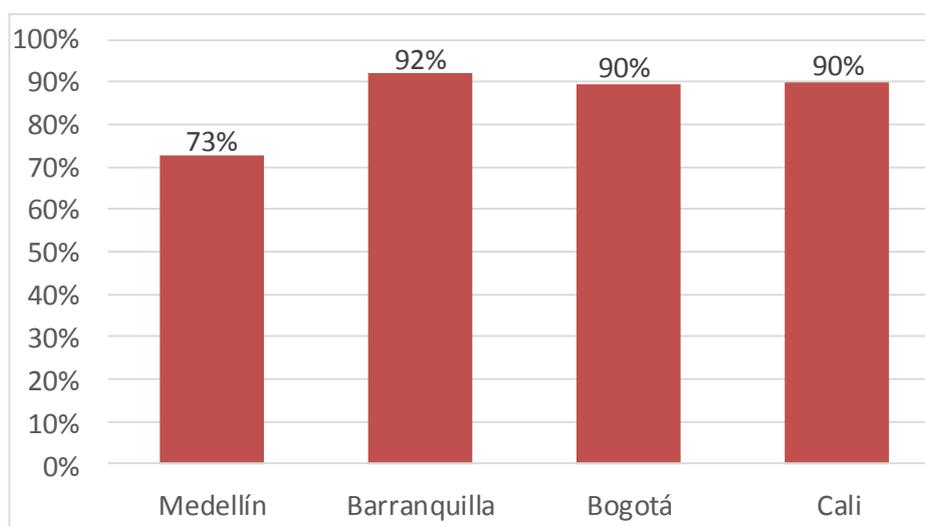
#### 4.1.7. Profesionales del sexo. Programas de prevención

Como se mencionó anteriormente en el año 2012 se realizaron estudios de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en poblaciones vulnerables como las mujeres trabajadoras sexuales, las mujeres transgénero, los habitantes de calle y la población privada de la libertad.

El indicador que se presenta a continuación solo muestra las proporciones de personas dedicadas al trabajo sexual que han recibido condones gratis en los últimos doce meses. La pregunta “¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba de VIH? No fue incluida en ninguna de las encuestas implementadas.

De la proporción de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual en Barranquilla, Bogotá y Cali más del 90% de las mujeres trans manifestó haber recibidos condones gratis el último año, en Medellín se observó que menos del 75% de las mujeres recibió condones gratis el último año.

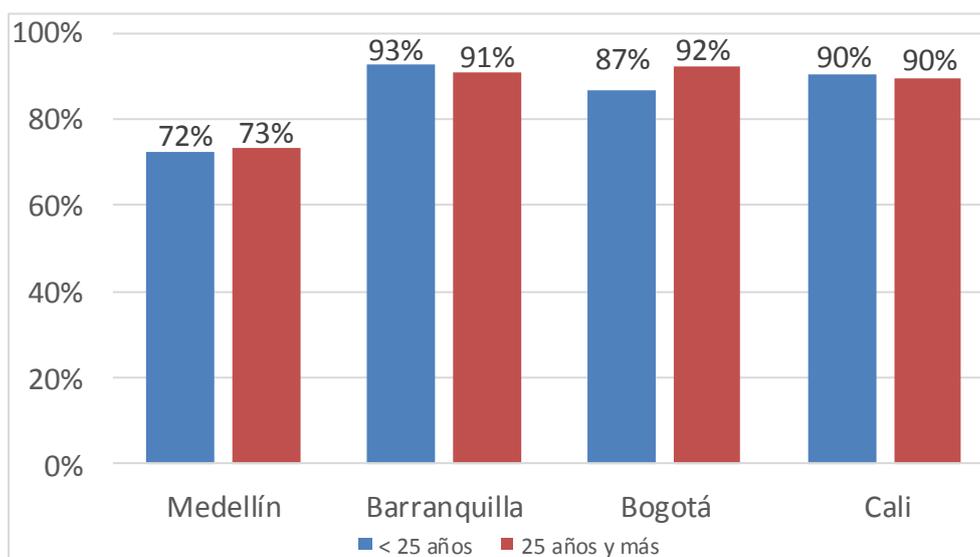
Gráfica 20. Proporción de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y recibió condones gratis el último año en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

Al desglosar el indicador por grupo de edad, menores de 25 años y de 25 años y más, no se observan diferencias entre las proporciones de mujeres que recibieron condones gratis el último año por grupos de edad.

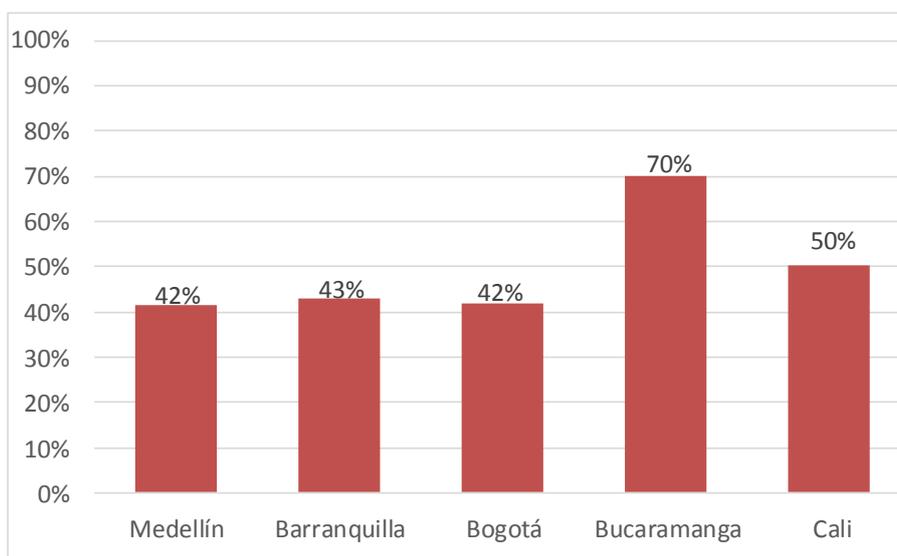
**Gráfica 21.** Proporción de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y recibió condones gratis el último año por grupo de edad en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

En la población de mujeres trabajadoras sexuales la proporción que recibió condones gratis el último año es menor al 45% en las ciudades de Medellín, Barranquilla y Bogotá. En Cali la mitad de las mujeres manifestó haber recibido condones gratis mientras que en Bucaramanga el 70% de las mujeres trabajadoras sexuales manifestó haber recibido condones gratis.

**Gráfica 22.** Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que recibió condones gratis el último año de cinco ciudades de Colombia, 2012.

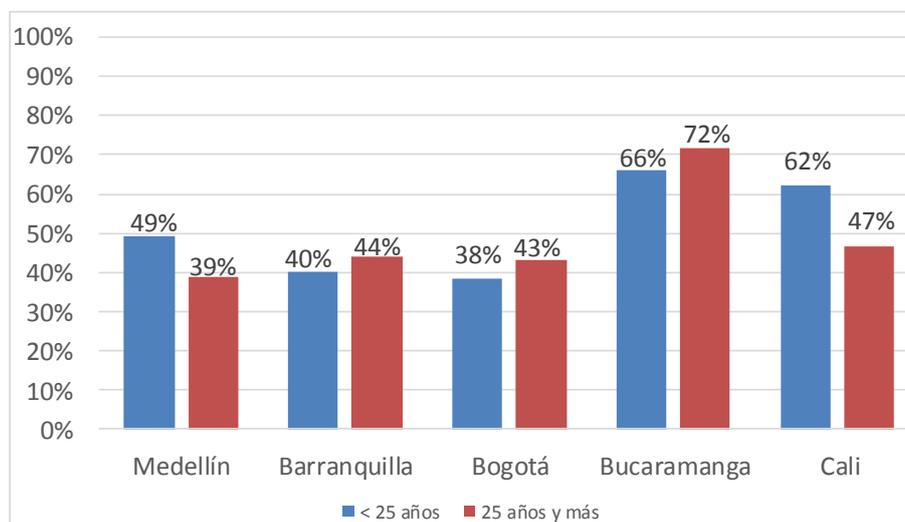


Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

Este indicador desglosado por dos grupos de edad, menores de 25 años y con 25 años de edad o más, presenta algunas diferencias entre los grupos de edad en cada ciudad, es más alta la proporción de mujeres con 24 años o menos en Medellín y sobre todo Cali que recibió condones gratis el último año. En Barranquilla, Bogotá y Bucaramanga se

observa lo contrario, aunque la diferencia es ligera, es superior la proporción de mujeres con 25 años o más que recibió condones gratis el último año.

**Gráfica 23.** Proporción de mujeres trabajadoras sexuales por grupo de edad que recibió condones gratis el último año de cinco ciudades de Colombia, 2012.

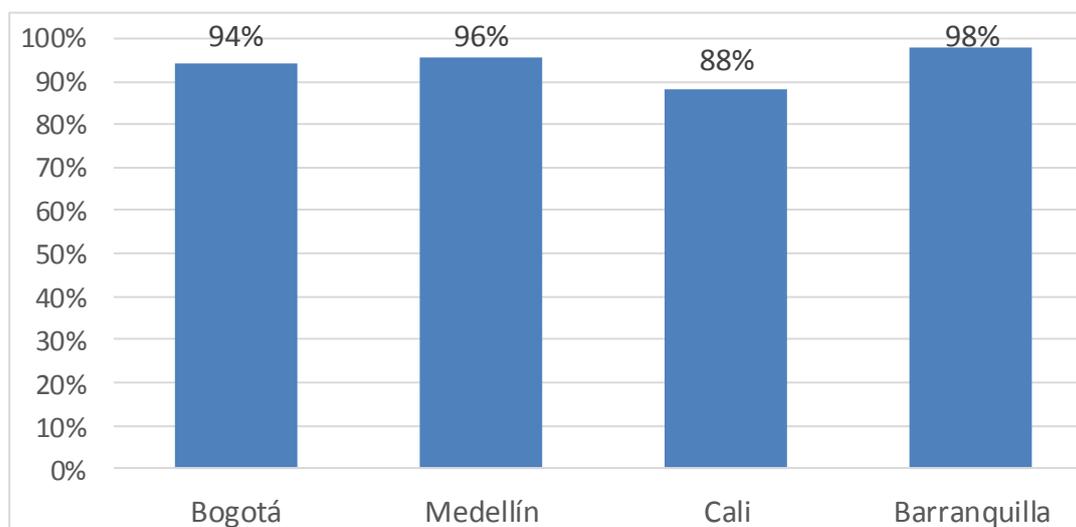


Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

#### 4.1.8. Profesionales del sexo. Uso del preservativo

La proporción de mujeres trans que manifestó haber usado el condón durante la última relación sexual anal con un cliente es superior al 90% en las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla, en esta última ciudad la proporción de mujeres trans que se dedican al trabajo sexual que usaron el condón con el último cliente fue del 98%. En contraste con estas tres ciudades, en la ciudad de Cali la proporción de uso del condón en la última relación sexual con un cliente es menor al 90%.

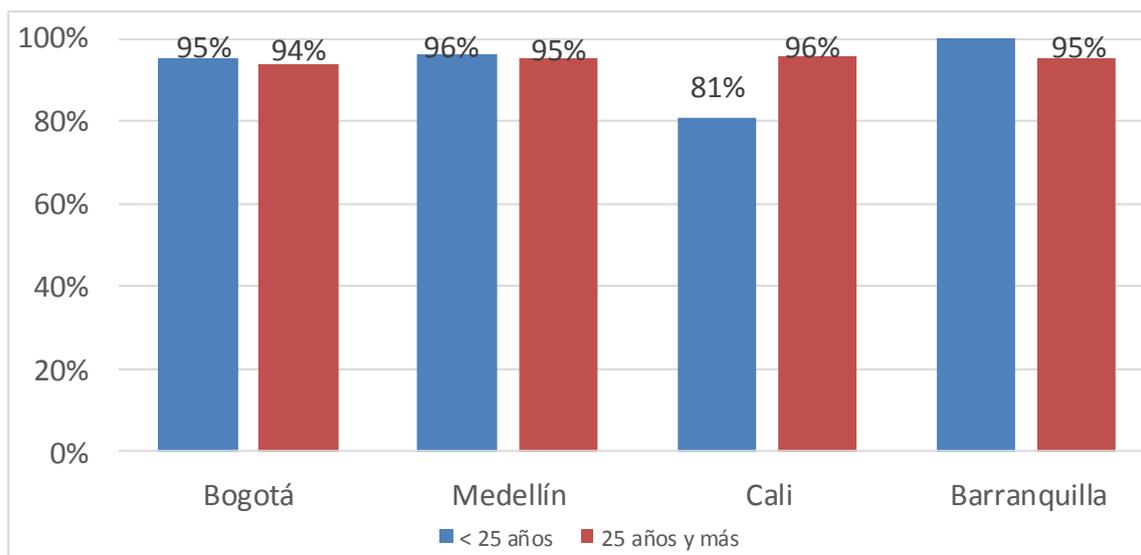
**Gráfica 24.** Proporción de uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente de las mujeres trans trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

Al desglosar este indicador por grupos de edad, menores y mayores de 25 años de edad, la proporción de uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente de las mujeres trans menores de 25 años de edad en la ciudad de Cali fue del 81%, mientras que la proporción de mujeres trans con 25 años o más que manifestó el uso del condón es similar a las proporciones de uso encontradas en las otras ciudades; en la ciudad de Barranquilla todas las mujeres con 25 años o menos que se dedica al trabajo sexual usó el condón en la última relación sexual anal con un cliente.

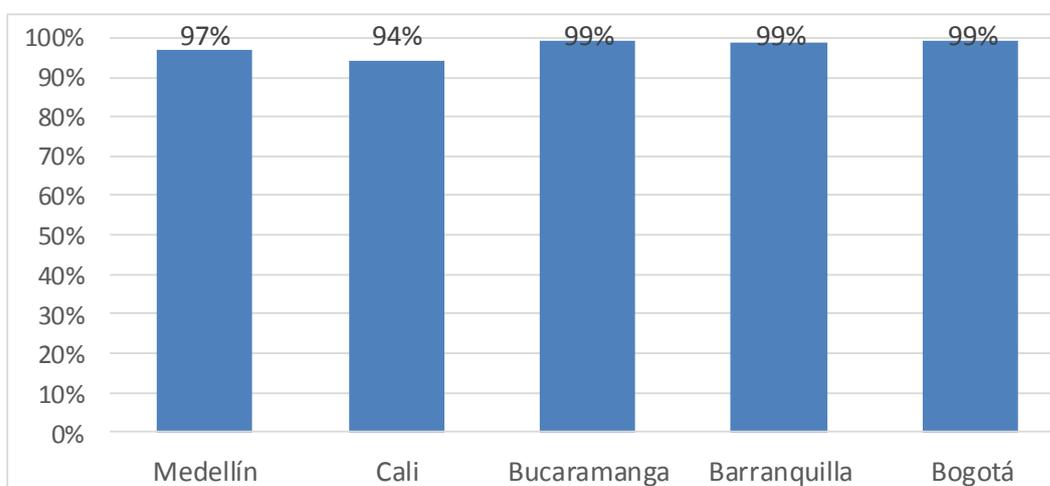
**Gráfica 25.** Proporción de uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente de las mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia por grupo de edad, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

En Bucaramanga, Barranquilla y Bogotá el 99% de las mujeres trabajadoras sexuales manifestaron haber usado el condón en la última relación sexual con un cliente, en Cali y Medellín este porcentaje es superior al 95%.

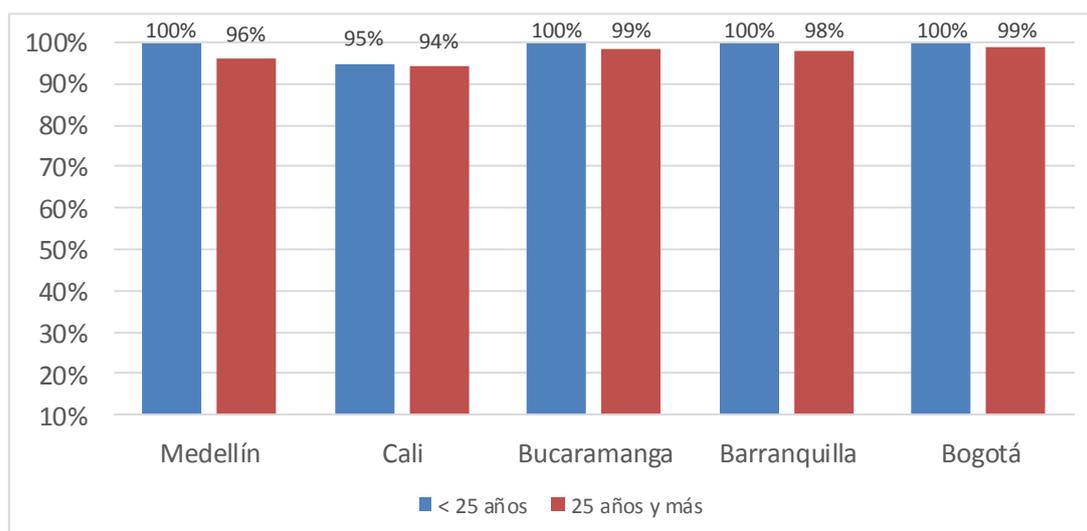
**Gráfica 26.** Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que uso el condón en la última relación sexual con un cliente de cinco ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

El indicador de uso del condón en la última relación sexual en mujeres trabajadoras sexuales desglosado por grupo de edad revela que todas las mujeres menores de 25 años de edad en Medellín, Bucaramanga, Barranquilla y Bogotá usaron el condón en la última relación sexual con un cliente, en Cali se mantiene el comportamiento las mujeres menores de 25 años de edad presentan una proporción más alta de uso del condón en la última relación sexual comercial.

**Gráfica 27.** Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que uso el condón en la última relación sexual con un cliente por grupo de edad de cinco ciudades de Colombia, 2012.

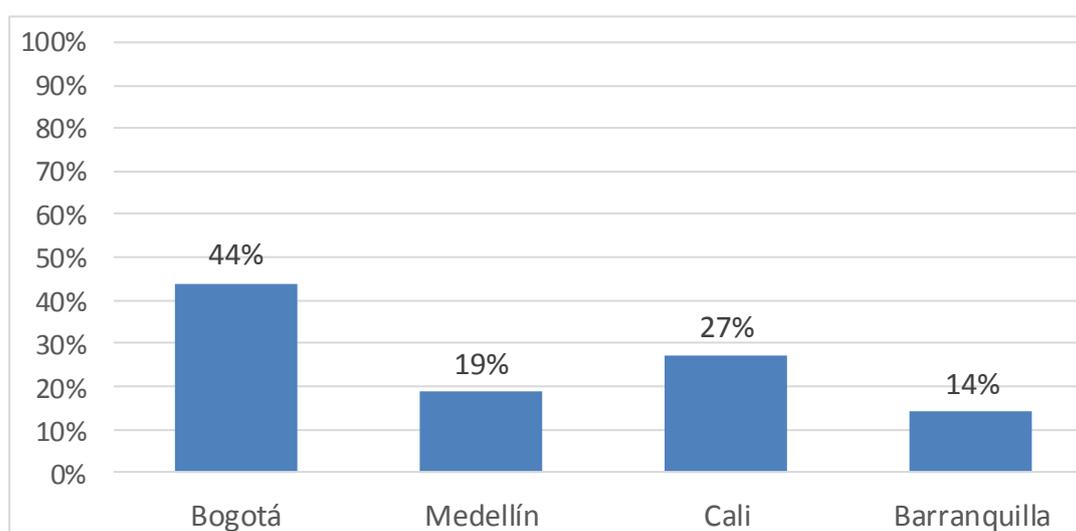


Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

#### 4.1.9. Las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo.

La proporción de mujeres trans que se ha dedicado al trabajo sexual que solicitó una prueba de VIH y recibió el resultado en los últimos doce meses es menor del 44% en Bogotá, en Cali es del 27% y en Medellín y Barranquilla esta proporción es menor al 20%.

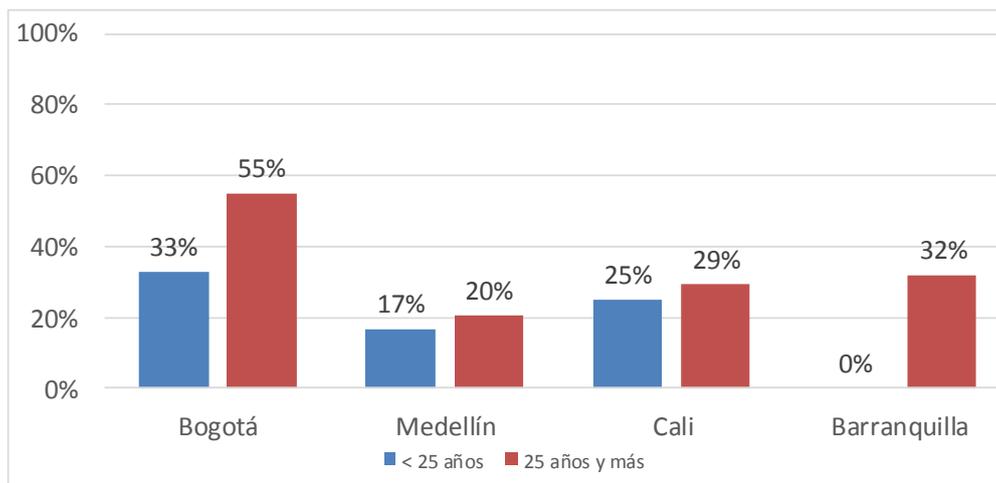
**Gráfica 28.** Proporción de mujeres trans trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

La proporción de solicitud de la prueba de VIH con el respectivo resultado en las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual de 25 años o más es superior a la proporción de mujeres menores de 25 años de edad que solicitaron y recibieron el resultado. En Bogotá un poco más de la mitad de mujeres trans mayores de 25 años de edad solicitó la prueba y reclamo los resultados en contraste con el 33% de mujeres trans menores de 25 años de edad. En Barranquilla ninguna mujer trans menor de 25 años de edad solicitó la prueba de VIH y reclamo el resultado en los últimos 12 meses.

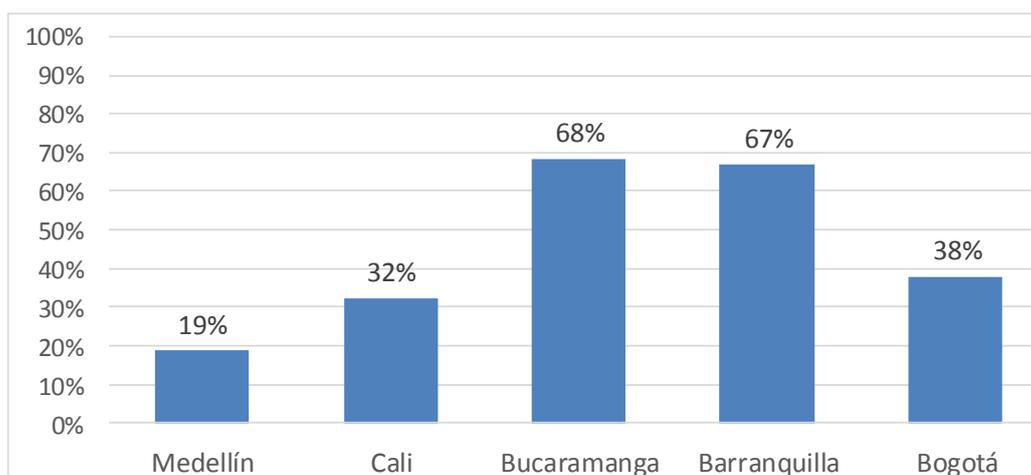
**Gráfica 29.** Proporción de mujeres trans trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

En Bucaramanga y Barranquilla más del 65% de las mujeres trabajadoras sexuales solicitó la prueba de VIH y recibió los resultados de la respectiva prueba en los últimos 12 meses, en Cali y Bogotá esta proporción oscila entre 30% y 40%, la ciudad con la proporción más baja de mujeres trabajadoras sexuales que solicitó la prueba fue Medellín, con menos del 20%.

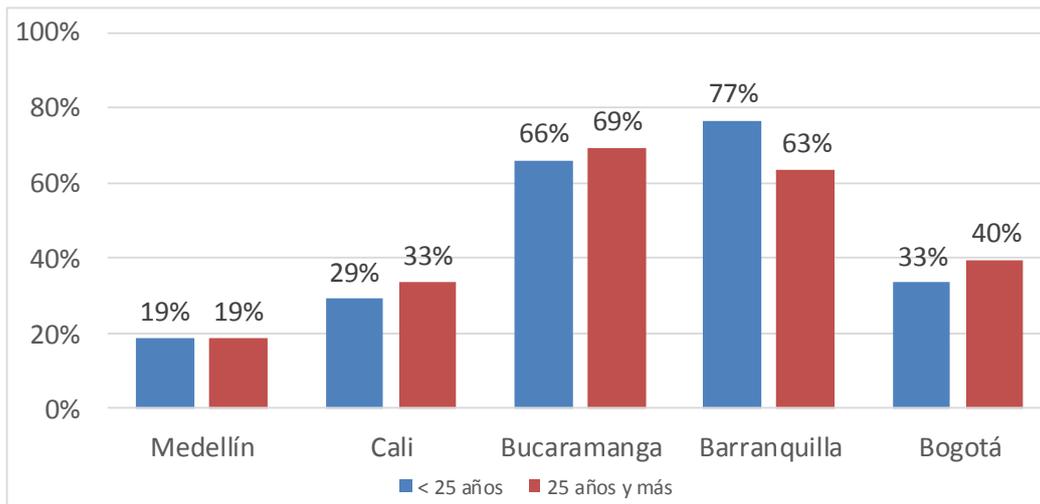
**Gráfica 30.** Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cinco ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

En cuatro de las cinco ciudades, la proporción de solicitud de la prueba y la recepción de los resultados por grupos de edad es mayor entre las mujeres trabajadoras sexuales de 25 años de edad y más es superior en comparación con la proporción de mujeres trabajadoras sexuales menores de 25 años, en Bucaramanga la proporción de solicitud de la prueba entre las mujeres menores de 25 años de edad es mayor en comparación con las mujeres trabajadoras sexuales mayores de 25 años de edad.

**Gráfica 31.** Proporción de mujeres trabajadoras sexuales que se hicieron una prueba de VIH y recibieron el resultado en los últimos doce meses en cinco ciudades de Colombia, 2012.

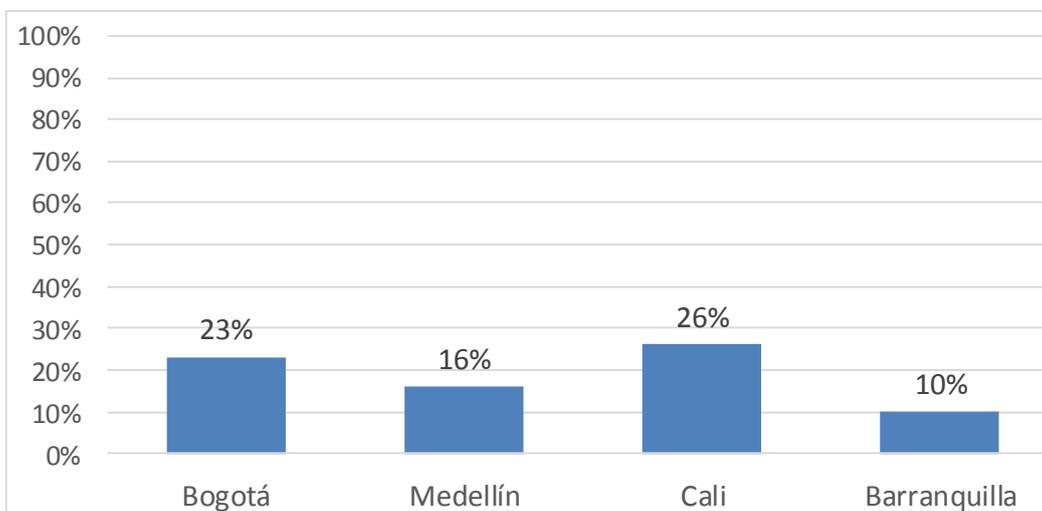


Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

#### 4.1.10. La prevalencia de VIH entre los profesionales del sexo.

La prevalencia general de VIH entre las mujeres trans oscila entre 10% y 20%, sin embargo como se observa en la Gráfica 32 la prevalencia de VIH en las mujeres trans que se dedican al trabajo sexual es superior en las cuatro ciudades del estudio, cali y Bogotá presentan prevalencias superiores al 20%, Barranquilla tiene la prevalencia de VIH más baja con 10%.

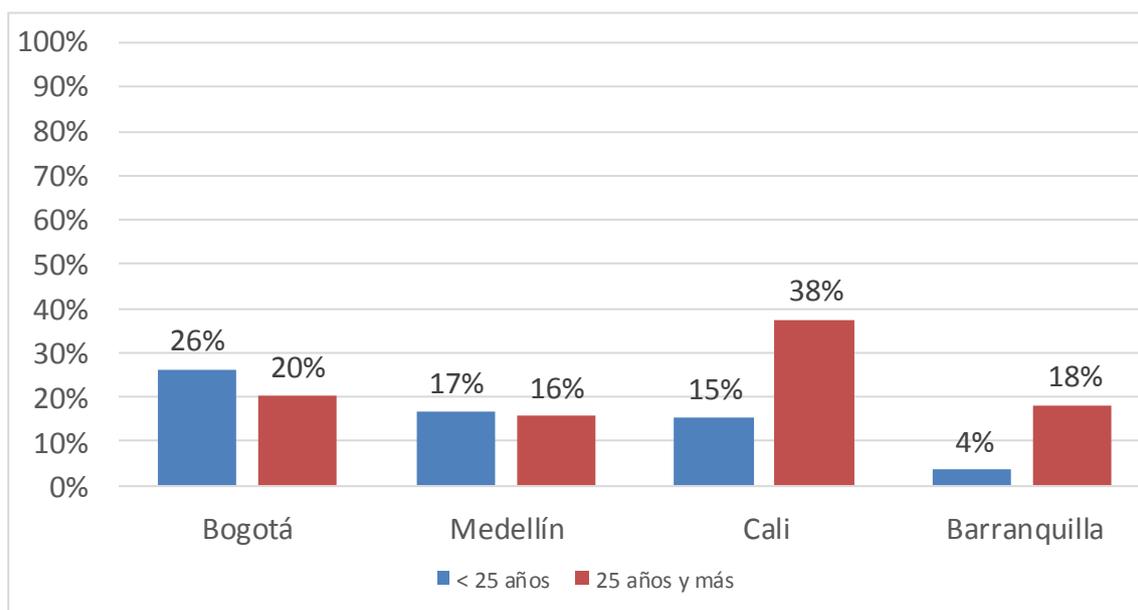
**Gráfica 32.** Prevalencia de VIH en mujeres trans trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

Con relación a la prevalencia de VIH en la población de mujeres trans dedicadas al trabajo sexual por grupo de edad se observa que en la ciudad de Cali y Barraquilla, la prevalencia de infección es superior en el grupo de mujeres con 25 años o más, no se observan diferencias entre las prevalencia de VIH por grupos de edad en las mujeres trans dedicadas al trabajo sexual en Medellín y en la ciudad de Bogotá son las mujeres menores de 25 años quienes presentan una proporción más alta en comparación con el grupo de edad de mujeres de 25 años de edad y más.

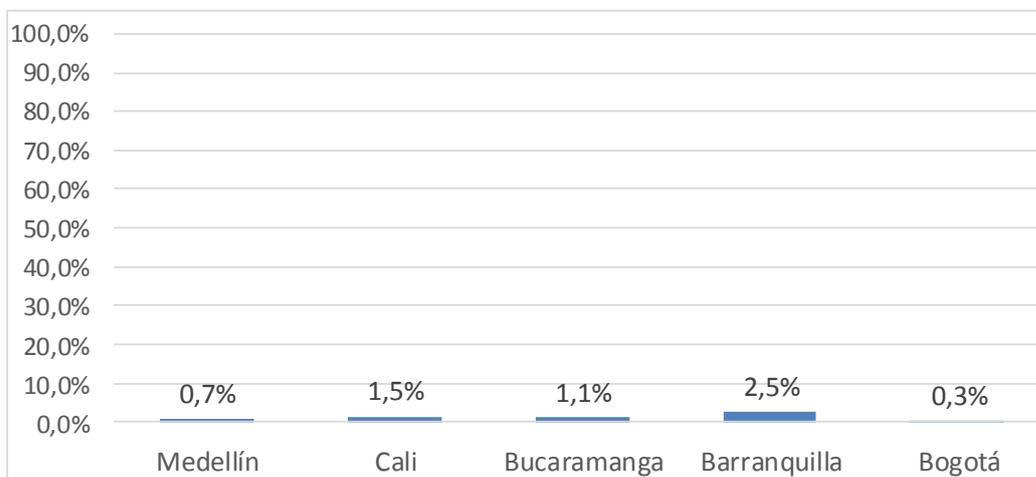
**Gráfica 33.** Prevalencia de VIH en mujeres trans trabajadoras sexuales por grupos de edad en cuatro ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

La prevalencia de infección por VIH en la población de mujeres trabajadoras sexuales es menor al 1% en Medellín y Bogotá, en Cali y Bucaramanga es del 1,5% y 1,1% respectivamente, Barranquilla es la ciudad que presenta la prevalencia más de 2,5%.

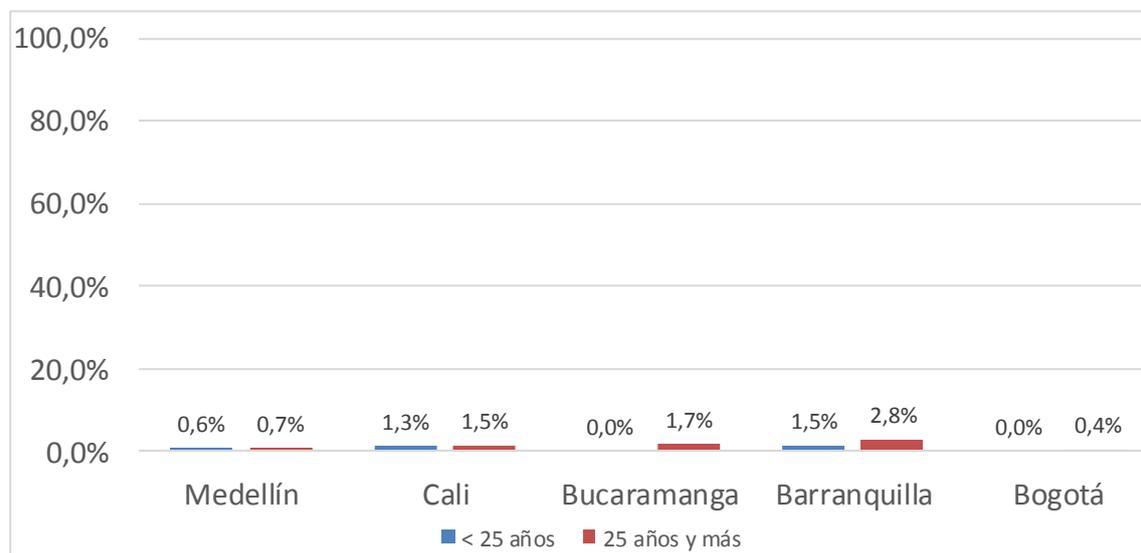
**Gráfica 34.** Prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

En las cinco ciudades la prevalencia de VIH es más alta en el grupo de edad de las mujeres de 25 años de edad y más como se observa en la Gráfica 35.

**Gráfica 35.** Prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales por grupos de edad en cinco ciudades de Colombia, 2012.



Fuente: Proyecto Fondo Mundial Novena Ronda

4.2. Erradicar los nuevos casos de infección por VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con Sida.

4.2.1. Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno infantil

Para estimar este indicador se tienen para el denominador que durante el año 2012 se **estima** que hubo 994 mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH que dieron a luz.

El numerado se componen del número de mujeres (447) que recibió tratamiento antirretroviral durante la gestación, las que recibieron tratamiento antes de la gestación (245) y por último el número de mujeres que recibió el tratamiento después del parto, de ahí que se obtienen para el numerador 695 mujeres.

Con la información descrita anteriormente se obtienen un porcentaje de **69,92%** de mujeres gestantes seropositivas que recibió tratamiento antirretroviral.

4.2.2. Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que son sometidos a una prueba virológica de VIH durante los dos primeros meses de vida.

Para estimar este indicador se tiene:

Numerador: Número de niños que recibieron una prueba del VIH en sus dos primeros meses de vida, durante el periodo de presentación de informes. (454 en el año 2012)

Denominador: Número de mujeres seropositivas embarazadas que dieron a luz en los últimos 12 meses. (800)

De la división se obtienen que el **56,75%** de los niños que nacen de mujeres seropositivas fueron sometidos a una prueba virológica (carga viral) en los primeros dos meses de vida durante el año 2012.

#### 4.2.3. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.

La estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil estableció que durante el año 2011 la proporción de transmisión materno infantil fue del 4,6%, estimación que se obtiene porque se presentaron durante ese año 39 niños(as) infectados con VIH menores de 2 años y para ese periodo de tiempo hubo 849 niños(as) expuestos al VIH.

#### 4.3. Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral vital para el 2015.

##### 4.3.1. Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral

Para estimar este indicador se utiliza:

Numerador: número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretroviral según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional.

Denominador: número total de casos de VIH/Sida

De lo cual se obtiene:

**Tabla 7. Proporción de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral en Colombia, total nacional y sexo, 31 de diciembre de 2012.**

Porcentaje	Total nacional	Hombres	Mujeres
		<b>88,0%</b>	<b>89,2%</b>
Personas con TARV	32864	24309	8555
Total de personas con VIH/Sida	37325	27266	10056

Fuente: Cuenta de Alto Costo corte 31 de enero de 2012.

##### 4.3.2. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar el tratamiento antirretroviral

Para estimar el siguiente indicador se utiliza información de la Cuenta de Alto Costo con corte a 31 de enero de 2012, indicador 3.8: % de personas viviendo con VIH/SIDA que permanecen con la primera línea de TAR inicial 12 meses

Numerador: Número de Personas que permanecen con la primera línea de TAR inicial 12 meses.

Denominador: Número total de Personas viviendo con VIH con primera línea de TAR al inicio.

**Tabla 8.** Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar el tratamiento antirretroviral

Porcentaje	Total nacional	Hombres	Mujeres
	<b>53,2%</b>	<b>54,0%</b>	<b>50,9%</b>
Personas con TARV que permanecen en primera línea 12 meses	12193	9088	3105
Personas viviendo con VIH con primera línea de TAR al inicio	22912	16817	6095

Fuente: Cuenta de Alto Costo corte 31 de enero de 2012.

4.4. **Objetivo 5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015.**

4.4.1. Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para TB como para el VIH.

En el numerador se encuentra el número de casos con VIH que reciben tratamiento para la tuberculosis, que para el año 2013 correspondió a 270 personas, y el denominador es el número *estimado* de casos incidentes de tuberculosis en personas que viven con VIH, estimación realizada por la OMS, que para Colombia en el año 2013 corresponde a 1500. Es importante resaltar que el numerador solo corresponde al 64% de la información del programa con corte a 31 de marzo de 2014.

Con esta información se estima que el **12%** de las personas que viven con VIH estaban recibiendo tratamiento para tuberculosis en el año 2013.

4.5. **Objetivo 6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios**

4.5.1. Gasto Nacional e Internacional relativo al SIDA por categorías y fuentes de financiación (Moreno, 2014).

A continuación se presenta un resumen del ejercicio financiero relacionado con la valoración del gasto asociado al VIH/sida en Colombia durante 2011-2013. La tabla y la figura presentan el valor total del gasto para el período.

Como se observa en la Tabla 9 y en la Gráfica 36 la inversión total del país para dar respuesta a la epidemia de VIH/Sida presentó un aumento entre el año 2011 y el 2012, sin embargo en el año 2013 la inversión no se mantuvo en aumento y el gasto en VIH en el año 2013 fue menor a la del año 2012 pero mayor a la inversión del 2011.

**Tabla 9.** Distribución anual en COP y USD del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia, 2011 – 2013.

AÑO	COP	USD	TRM PA
<b>2011</b>	\$ 176.498.830.399	USD 95.499.240,00	\$ 1.848,17
<b>2012</b>	\$ 241.130.039.553	USD 134.092.991,19	\$ 1.798,23
<b>2013</b>	\$ 223.351.022.589	USD 119.509.349,13	\$ 1.868,90

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera GARPR 2013

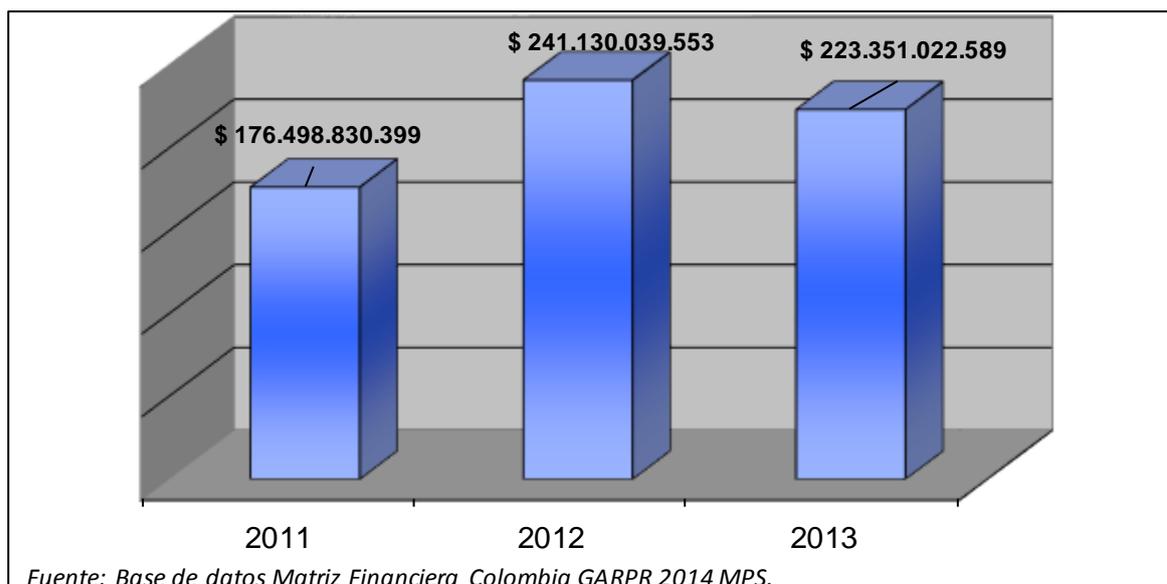
Fuente TRM: Banco de la República - Cotización del dólar de los Estados Unidos

Consulta en [www.banrep.gov.co](http://www.banrep.gov.co)

Fecha de corte: 24 de marzo 2013. COP= Pesos colombianos. USD Dólares de los Estados Unidos.

TRM PA= Tasa representativa del mercado. Promedio año.

**Gráfica 36.** Distribución anual del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia, 2011 – 2013.



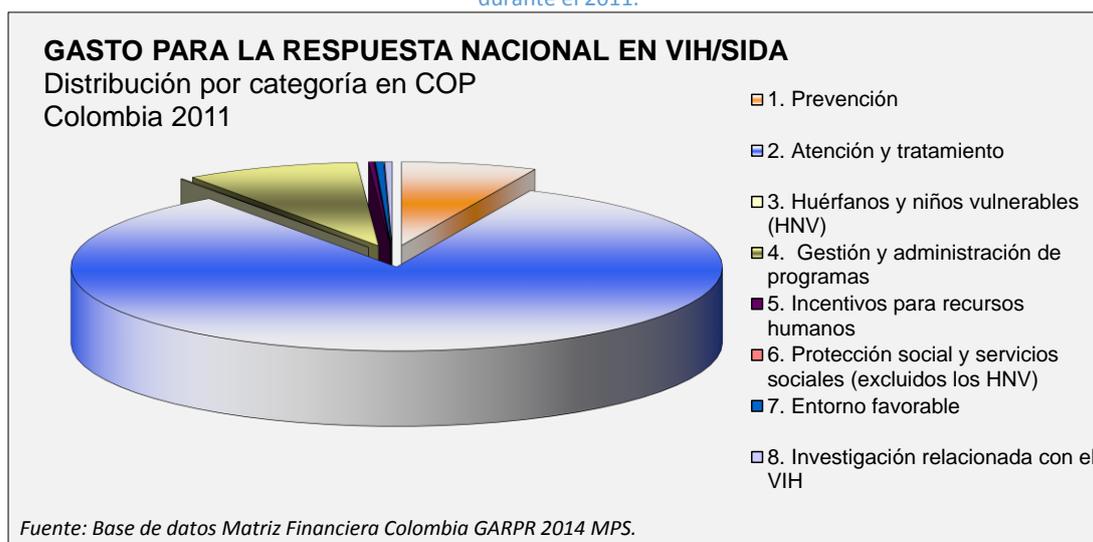
En el año 2011 la distribución del gasto de acuerdo con las categorías establecidas se concentra en la atención y tratamiento con mucho más del 50% de la inversión, en segunda instancia se encuentra la gestión administrativa de programas y con una proporción menos considerable la prevención, las otras categorías tienen proporciones aún más bajas como se observa en la

**Tabla 10.** Distribución anual en COP y USD del Gasto por categoría para el año 2011 en Colombia.

CATEGORIAS DEL GASTO	AÑO 2011	USD	PORCENTAJE DE PARTICIPACION
1. Prevención	\$ 7.615.547.542	USD 4.120.588	4,31%
2. Atención y tratamiento	\$ 94.411.168.140	USD 51.083.595	53,49%
3. Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	\$ 90.772.680	USD 49.115	0,05%
4. Gestión y administración de programas	\$ 9.762.909.174	USD 5.282.474	5,53%
5. Incentivos para recursos humanos	\$ 296.289.227	USD 160.315	0,17%
6. Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	\$ 28.513.061	USD 15.428	0,02%
7. Entorno favorable	\$ 462.840.816	USD 250.432	0,26%
8. Investigación relacionada con el VIH	\$ 417.196.515	USD 225.735	0,24%

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera GARPR 2014.

**Gráfica 37.** Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia durante el 2011.



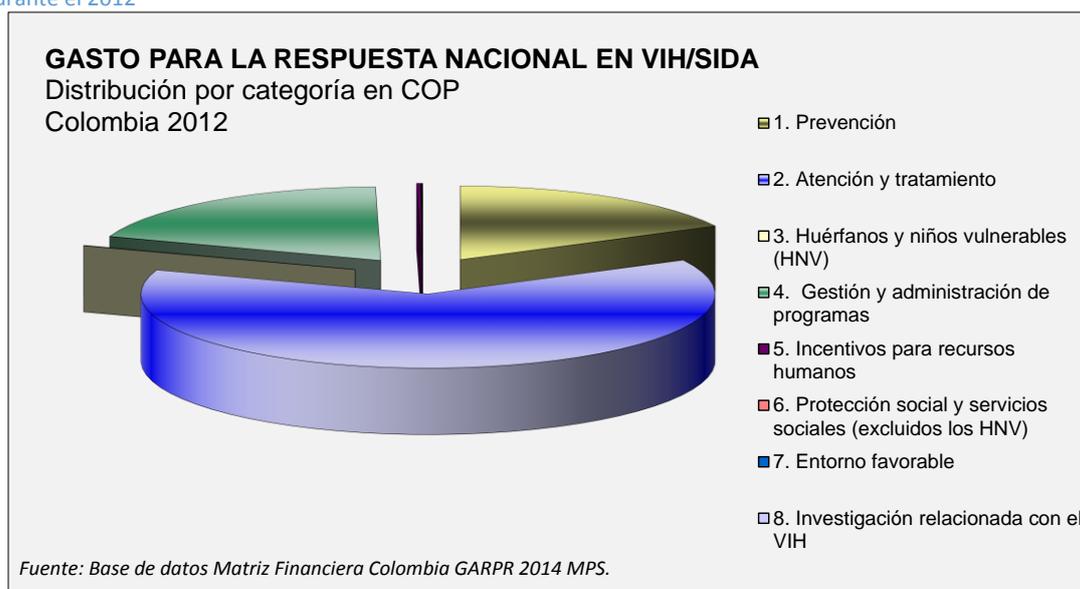
La Tabla 11 y la Gráfica 38, muestran la distribución del gasto de acuerdo con las categorías establecidas para el **2012**, la mayor concentración se encuentra en la categoría de Atención y tratamiento.

**Tabla 11.** Distribución anual en COP y USD del Gasto por categoría para el año 2012 en Colombia.

CATEGORIAS DEL GASTO	AÑO 2012	USD	PORCENTAJE DE PARTICIPACION
1. Prevención	\$ 30.963.535.051	USD 17.218.896	12,84%
2. Atención y tratamiento	\$ 111.472.927.021	USD 61.990.361	46,23%
3. Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	\$ 113.426.501	USD 63.077	0,05%
4. Gestión y administración de programas	\$ 34.418.497.489	USD 19.140.209	14,27%
5. Incentivos para recursos humanos	\$ 389.149.808	USD 216.407	0,16%
6. Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	\$ 30.421.986	USD 16.918	0,01%
7. Entorno favorable	\$ 52.417.600	USD 29.150	0,02%
8. Investigación relacionada con el VIH	\$ 59.451.375	USD 33.061	0,02%

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera GARPR 2014.

**Gráfica 38.** Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia durante el 2012



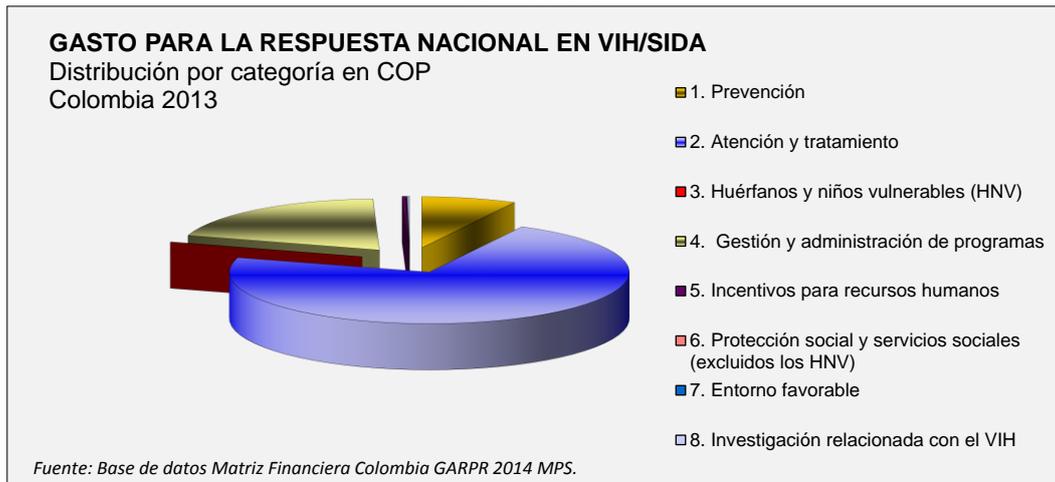
La Tabla 12 y la Gráfica 39, muestran la distribución del gasto de acuerdo con las categorías establecidas para el **2013**, como en los años anteriores la categoría con la mayor concentración se encuentra en la atención y tratamiento, en segundo lugar la gestión administrativa de programas y en tercer lugar la prevención.

**Tabla 12.** Distribución anual en COP y USD del Gasto por categoría para el año 2013 en Colombia.

CATEGORIAS DEL GASTO	AÑO 2013	USD	PORCENTAJE DE PARTICIPACION
1. Prevención	\$ 12.163.238.159	USD 6.508.234	5,45%
2. Atención y tratamiento	\$ 113.718.020.898	USD 60.847.569	50,91%
3. Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	\$ 121.722.851	USD 65.131	0,05%
4. Gestión y administración de programas	\$ 31.389.614.300	USD 16.795.770	14,05%
5. Incentivos para recursos humanos	\$ 434.288.375	USD 232.376	0,19%
6. Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	\$ 32.563.189	USD 17.424	0,01%
7. Entorno favorable	\$ 59.043.680	USD 31.593	0,03%
8. Investigación relacionada con el VIH	\$ 304.228.665	USD 162.785	0,14%

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera GARPR 2014.

**Gráfica 39.** Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia durante el 2013



A continuación se observa la distribución anual según la fuente de financiación el sector público es quien realiza la mayor inversión para la respuesta nacional, le sigue el sector privado del país y por último se encuentra la financiación internacional. (Tabla 13 y Gráfica 40)

**Tabla 13.** Distribución anual en COP y USD del Gasto por fuente de financiación para el periodo 2011 - 2013 en Colombia

AÑO	PUBLICAS	INTERNACIONALES	PRIVADAS
2011	114.691.443.246	-	61.807.387.153
2012	177.499.826.831	314.725.322	63.315.487.400
2013	158.222.720.117	571.831.519	64.556.470.953
TOTAL	450.413.990.194	886.556.841	189.679.345.506

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera GARPR 2014.

**Gráfica 40.** Distribución por categoría en COP del gasto total para la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia según la fuente de financiación para el periodo 2011 – 2013.

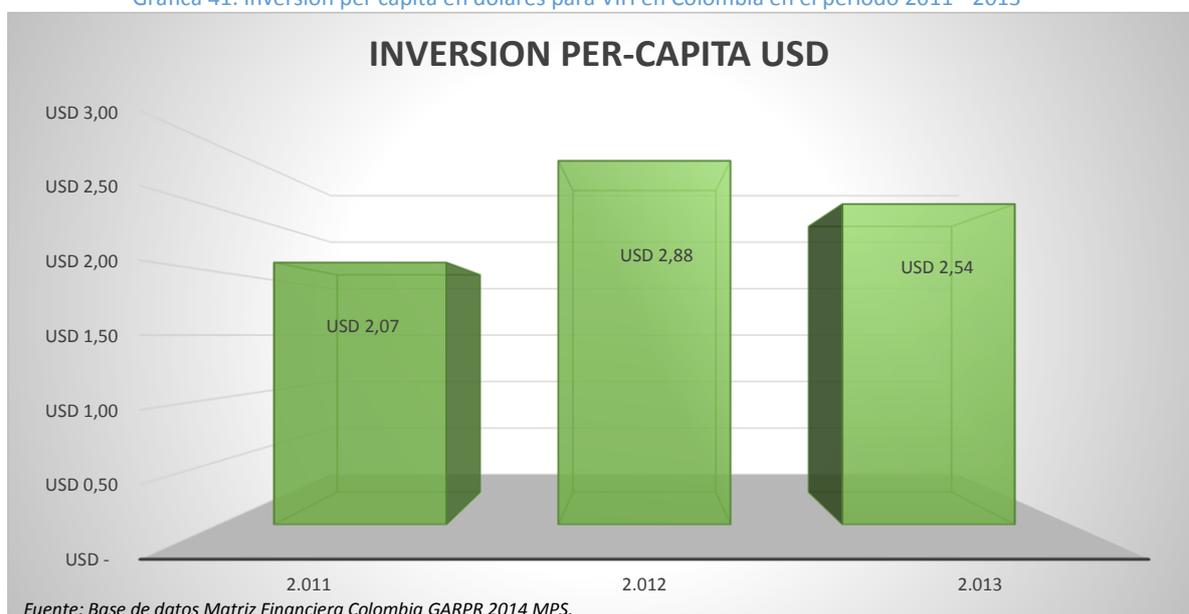


Con relación a la inversión per cápita se encontró que en el 2012, año en el cual se observa la mayor inversión fue de 5.176 pesos colombianos, es decir USD 2,88; en el año 2011 la inversión pre cápita fue de 3.833 pesos colombianos y en el año 2013 fue de 4.740 pesos colombianos, en la Tabla 14 se encuentra la población proyectada para el país, la inversión total y la inversión per cápita en dólares.

**Tabla 14. Inversión per cápita USD para el periodo 2011 - 2013 en Colombia**

AÑO	POBLACION	INVERSION	INVERSION PER-CAPITA COP	INVERSION PER-CAPITA USD
2.011	46.044.601	176.498.830.399	\$ 3.833	USD 2,07
2.012	46.581.823	241.130.039.553	\$ 5.176	USD 2,88
2.013	47.121.089	223.351.022.589	\$ 4.740	USD 2,54

**Gráfica 41. Inversión per cápita en dólares para VIH en Colombia en el periodo 2011 - 2013**



## 5. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DEL INFORME

La construcción del informe comienza a mediados del mes de febrero, con reuniones semanales entre la Dirección de Promoción y Prevención, la Dirección de Epidemiología y Demografía (dependencias) del Ministerio de Salud y Protección Social y Onusida. En la primera reunión se dan a conocer las indicaciones para elaborar este documento, entre ellas la importancia de validar la información del documento con todos los actores involucrados en la respuesta al VIH.

En segunda instancia se elaboró la tabla de contenido del informe que se elaboraría con base en la directrices para la construcción del informe así como los informes anteriores entregados por el país. En este listado se indica la fuente de la información, la entidad a persona a cargo de dicha información y la persona responsable de consolidarla para el posterior análisis.

Dentro del proceso de construcción del informe por invitación de Onusida dos delegados de las dos direcciones, mencionadas anteriormente, del Ministerio de Salud y Protección Social se asiste al “Taller de mortalidad, estimaciones con el programa Spectrum”, realizado en la ciudad de Panamá entre el 25 y 28 de febrero del presente año. En este taller se realizaron diferentes ejercicios para obtener diferentes proyectos de estimaciones que fueran más acordes a la realidad del país, con base en la información de las estadísticas vitales oficiales de cada país, analizar los datos ya introducidos observando su validez y aporte en el proceso de estimación. Producto de esta reunión se hicieron diferentes proyecciones de las estimaciones de mortalidad que están íntimamente relacionadas con la prevalencia estimada las cuales fueron dadas a conocer en dos reuniones a los asistentes en cuatro reuniones de trabajo realizadas con instituciones como el Instituto Nacional de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, Onusida, Global Communities, recepto principal del Proyecto de VIH del Fondo Mundial Novena Ronda, y jefes de las direcciones del Ministerio de salud involucradas en la construcción del Informe.

Las siguientes reuniones se dieron a conocer los temas y avances en la consecución de la información, así mismo se indican las instituciones que se invitan para la validación del informe, reunión que se establece para el jueves 27 de marzo de 2014.

La primera semana del mes de marzo se envía comunicación electrónica solicitando la información financiera ejecutada en los años 2011, 2012, 2013 con las matrices respectivas, así como la guía de diligenciamiento a:

- 32 entidades territoriales
- 4 distritos especiales
- 59 Empresas Prestadoras de Servicios de Salud del país relacionados en información de la Cuenta de Alto Costo.
- 7 delegados de las redes de la sociedad civil del país.

En esta solicitud se indica que el plazo para la recepción de dicha información era el 20 de marzo, solicitud que fue de nuevo realizada en la segunda semana del mes de marzo,

sin embargo el 20 de marzo la información recibida era inferior al 20% de las entidades a las cuales se solicita información. Se extiende el plazo a las entidades y se acepta información hasta el 25 de marzo, sin embargo en la socialización algunas entidades asistentes, indican que el envío de la información, de su respectiva institución, será antes de sábado 29 de marzo.

Onusida elabora y consolida la información relacionada con el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) de 2014 Formato Anexo B, formato que fue enviado por comunicación electrónica a los delegados de las 7 redes de la sociedad civil, sin ninguna retroalimentación. Sin olvidar que a las reuniones previas realizadas antes de la invitación fueron invitados sin recibir ninguna respuesta.

El 19 de marzo aprovechando la reunión de Sociedad Civil para dar informes sobre los avances del Proyecto VIH, el miércoles 19 de marzo de 2014, en la ciudad de Bogotá se entrega el formato en medio físico para su diligenciamiento, A pesar de utilizar diferentes mecanismos para dar a conocer la importancia de acompañar el proceso solo 5 personas de la sociedad civil diligencia el formato, información con la cual se diligencia la herramienta en línea. De las agencias del Sistema de Naciones Unidas y organizaciones internacionales se recibe información de 4 entidades.

Se hace la invitación a 140 contactos para el proceso de validación que se realizó el 27 de marzo de 2014, proceso de invitación que por inconvenientes administrativos se hace una semana previa, sin embargo el 25 y 26 se hacen las llamadas respectivas a los contactos para recordarles el proceso de validación.

A la validación asisten 35 personas de diferentes instituciones como Empresas Promotoras de Servicios de Salud, Instituciones gubernamentales, agencias del sistema de Naciones Unidas y Agencias Bilaterales, se reciben comentarios, sugerencias y retroalimentan algunos hallazgos presentados con relación a la morbilidad de la infección en el país, que son incluidos en el presente informe.

## 6. DOCUMENTOS CITADOS

- CAICEDO, S. (2014). *Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita*. Bogotá: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.
- Cooperative Housing Foundation - Consultor Sierra Alarcón, Clara Ángela. (2013). *Resultados líneas de base de estudios de comportamiento sexual y evaluación rápida Proyecto VIH Colombia Novena Ronda Fondo Mundial*. Bogotá: Cooperative Housing Foundation - Mecanismo Coordinador de País MCP.
- Cooperative Housing Foundation CHF - Mecanismo Coordinador de País MCP - Consultor Gerald Owen Jacobson. (2013). *Resultados del Estudio Comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia*. Bogotá: Acierto Publicidad & Mercadeo.
- DANE - Información Estadística División Politico Administrativa. (24 de MARZO de 2014). *Información Estadística División Politico Administrativa - DIVIPOLA - DANE*. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/Divipola/>
- DANE - Proyecciones de la población. (13 de Enero de 2014). *Proyecciones de la población - DANE*. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2011. (2013). *Informe - Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983 - 2010: Un Análisis de situación*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Moreno, L. L. (2014). *Resultados de la matriz financiera para el informe GARPR 2014*. Bogotá.
- Orientaciones Terminológicas - ONUSIDA. (24 de MARZO de 2014). *Orientaciones Terminológicas - ONUSIDA*. Obtenido de [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf)
- REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Sistema Integrado de información de la Protección Social –SISPRO- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (4 de MARZO de 2014). *RUAF*. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Aplicaci%C3%B3nNacimientosyDefunciones-RUAF.aspx>
- VERGEL, J. (2013). *Modos de transmisión del VIH - MoT Modelo para el análisis de la distribución de nuevas infecciones por el VIH en los grupos de exposición en Colombia*. Bogotá: ONUSIDA.