

# Informe UNGASS - 2010

Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida

## INFORME NACIONAL

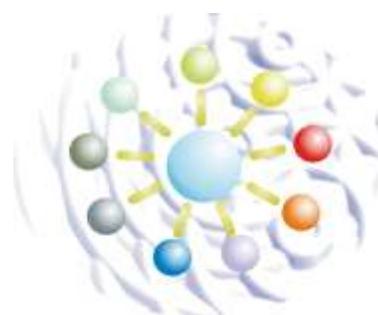
República de Colombia.



*EXISTENCIA*



*COMUNICACIÓN*



*RESPUESTA*



Libertad y Orden

**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia





**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de la Protección Social

**CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO**

Viceministro Técnico

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

Viceministro de Salud y Bienestar

**RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI**

Viceministro de Relaciones Laborales

**CLARA ALEXANDRA MENDEZ CUBILLOS**

Secretaria General

**LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ**

Director General de Salud Pública



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

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

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

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

ONUSIDA  
UNFPA  
OPS/OMS  
UNICEF  
ACNUR

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

### ***EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO***

### ***EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO***

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

**Asociación Amigos Posi+ivos.** Eduardo M. Pastrana S.  
**Asociación de Usuarios Programa ISS.** Néstor Álvarez.  
**Asociación Vida Salud y Bienestar.** Piedad Cárdenas.  
**Asociación Vida Salud y Bienestar.** Ros Mary Rincón.  
**Fundación Arenosa Vive “FUNDARVI”.** Heriberto Mejía Mercado.  
**Fundación Casa Gami - ICW Latina.** Angélica Chávez.  
**Fundación Esperanza es Vida.** Rosa María Brito Rodríguez.  
**Fundación François Xavier Bagnoud.** Victoria Alicia Manjarrés Barros.  
**Fundación GEPS - Grupo de Estudiantes para la Prevención del SIDA.** Francisco José Hernández.  
**Fundación Gestión Cultura.** Raúl Mariano Roldán Pérez.  
**Fundación Henry Ardila.** Luz Marina Umbassía.  
**Fundación Hoasis el Refugio.** Sandra María Díaz.  
**Fundación María Fortaleza.** María Helena Arturo D´Vries.  
**Fundación Nacional de Mujeres Positivas “Proyecto Girasol”.** Erlency Scarpeta Mosquera.  
**Fundación para la protección de la Vida PRÓVIDA.** Nicolás Salazar Bautista.  
**Fundación Proyecto Gente.** Aristóbulo Garaviño Malagón.

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

**Fundación Santa María.** Pedro Julio Pardo.

**Fundación Santa María.** Valentina Riascos.

**Fundación Seroestatus.** Luis Augusto Rivera.

**Fundación Solidaridad Caribe. – FSC.** Bedel Oliveros.

**Fundación Unidos por la Vida – FUNVIHDA.** Ignacio Failach Villadiego.

**Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida.** Jorge Pacheco.

**PROCREAR.** Juan Carlos Cobos.

**Proyecto Girasol.** Nancy González.

**Tejedores de Vida.** Martín Alonso Hernández.

## **PARTICIPANTES DEL TALLER NACIONAL DE VALIDACIÓN.**

**ACNUR.** Diana Peñarete.  
**Amigos Positivos.** Eduardo Pastrana.  
**Asmetsalud Nacional.** Patricia E. Sánchez.  
**Cafesalud.** Luis Alberto Soler Vanoy.  
**Colmedica EPS.** Ivonne Díaz.  
**Compensar EPS.** Luz Mireya Rojas.  
**Cruz Blanca.** Luis Alberto Soler Vanoy.  
**Dadis Cartagena.** Claudia Velásquez.  
**Dasalud Chocó.** Ana Betza Palacios.  
**EPS Humanavivir.** Bettsey Neira Rincón.  
**EPS-S Colsubsidio.** María Yolanda Jaimes Castillo.  
**Famisanar.** Andrés Caicedo.  
**Fundación François Xavier Bagnoud.** Victoria Manjarrés.  
**Fundación Hoasis.** Sandra María Díaz.  
**Fundación María Fortaleza.** María Elena Arturo.  
**Fundación Solidaridad Caribe.** Bedel Oliveros.  
**Humanavivir EPS.** Mónica Fontecha Navas.  
**ICBF.** Elizabeth Brausin Vargas.  
**Instituto Departamental de Salud de Nariño.** Jorge Garzón.  
**Mallamas EPS.** Geovanny Enríquez V.  
**MPS.** Germán Gaitán.  
**MPS.** Isabel Cristina Idárraga.  
**MPS.** Liliana Andrade.  
**MPS.** Luis Ángel Moreno.  
**MPS.** Ricardo Luque Núñez.  
**Nueva EPS.** Luz Amanda Morales.  
**ONUSIDA.** Bertha Inés Montoya.  
**ONUSIDA.** Nayibt Salom.  
**OPS/OMS.** Jerry Jacobson.  
**Proyecto Girasol.** Nancy González.  
**S.D.S. Bogotá.** Carmen Rosa Gallego.  
**Salud Total.** Mario Santacruz.  
**Saludcoop.** Luis Alberto Soler Vanoy.  
**Santamaría Fundación.** Valentina Riascos.  
**Seccional de Salud Quindío.** Cruz Helena Montoya.  
**Secretaría de Salud Atlántico.** Jaime Muñoz Ayala.  
**Secretaría de Salud Atlántico.** Rosario Hadechni Meza.

**Secretaria de Salud Boyacá.** Ruth Jael Robles.

**Secretaria de Salud de Bogotá.** Manuel González.

**Secretaria de Salud de Bolívar.** Ramón Ariza Ríos.

**Secretaria de Salud de Cundinamarca.** Jesús Alberto Chacón.

**Secretaria de Salud del Casanare.** Duby Mora.

**Secretaria de Salud Departamental de Córdoba.** Carmen Ana Madrid Villalba.

**Secretaria de Salud Departamental de Putumayo.** Cristina Marin S.

**Secretaria de Salud Departamental del Cesar.** Yulibeth Almágrales.

**Secretaria de Salud Risaralda.** John Gerardo Moreno.

**Secretaria Departamental de Magdalena.** Karina Herrera.

**Secretaria Departamental de Salud de Santander.** Patricia Caicedo.

**Secretaria Departamental de Salud del Valle.** Martha Castaño.

**Secretaria Distrital de Salud de Santa Marta.** Ana Grace Tejada.

**Selvasalud EPS.** Yaritza Montero.

**UNFPA.** Claudia Lily Rodríguez.

**UNFPA.** Francisco Sierra.

**UNFPA.** Martha Lucía Rubio.

## **GRUPO TÉCNICO.**

### **REDACCIÓN**

**MPS.** Luis Ángel Moreno Díaz.

### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

**INS.** Amparo Sabogal. Referente Vigilancia Epidemiológica en VIH.

**MPS.** Diva Moreno. Consultora Servicios Amigables para Adolescentes.

**MPS.** Germán Gaitán. Consultor Sistemas.

**MPS.** Isabel Cristina Idárraga. Consultora ITS.

**MPS.** Liliana Andrade. Consultora Modelo de Gestión Programático.

**MPS.** Luis Ángel Moreno Díaz. Consultor Observatorio Nacional de Gestión en VIH.

**MPS.** Ricardo Luque Núñez. Asesor Dirección General de Salud Pública.

**MPS.** Sidia Caicedo. Consultora Prevención Transmisión maternoinfantil VIH.

**ONUSIDA.** Bertha Montoya. Consultora Técnica.

**ONUSIDA.** Lucía Torres Cortés. Consultora Sistemas.

**ONUSIDA.** Luis Leonardo Moreno Moreno. Consultor Matriz financiera.

### **APOYO LOGÍSTICO**

**ONUSIDA.** Alberto Miguel Peña. Consultor Logístico.

### **AGRADECIMIENTOS A QUIENES COMENTARON EL INFORME.**

**Join Team de Naciones Unidas en Colombia.**

**Ricardo Luque Núñez.**

**Martha Lucía Ospina.**

**Inés Elvira Ordóñez.**



**TABLA DE CONTENIDOS.**

<b>SITUACIÓN ACTUAL</b> .....	3
<b>PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA.</b> .....	6
<b>MORBILIDAD</b> .....	6
<b>MORTALIDAD</b> .....	21
<b>ESTIMACIONES Y PROYECCIONES.</b> .....	26
<b>RESPUESTA NACIONAL</b> .....	31
<b>PREVENCIÓN.</b> .....	32
<b>ATENCIÓN.</b> .....	34
<b>TRATAMIENTO.</b> .....	36
<b>APOYO.</b> .....	38
<b>CAMBIO EN EL CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO</b> .....	38
<b>MITIGACIÓN DEL IMPACTO.</b> .....	46
<b>INDICADORES UNGASS 2010</b> .....	48
<b>GASTOS</b> .....	48
<b>INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL</b> .....	55
<b>INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO</b> .....	60
<b>INDICADORES DE IMPACTO</b> .....	64
<b>PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS.</b> .....	66
<b>LOS PROGRESOS</b> .....	66
<b>LOS PROBLEMAS</b> .....	68
<b>LAS MEDIDAS CORRECTORAS.</b> .....	70
<b>APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.</b> .....	71
<b>SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.</b> .....	72
<b>ANEXO 1. PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME.</b> .....	82

<b>ICPN Parte A</b> .....	82
<b>ICPN Parte B</b> .....	84
<b>ANEXO 2. ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL</b> .....	86
<b>ICPN. PARTE A</b> .....	86
ICPNA -Anexo 1.....	107
ICPNA -Anexo 2.....	119
<b>ICPN. PARTE B</b> .....	120
Parte B.I. Derechos Humanos .....	121
Parte B.II. Participación de la sociedad civil.....	133
Parte B.III. Prevención.....	138
Parte B.IV. Tratamiento, Atención y Apoyo .....	140
ICPN B - Anexo 1 .....	144
ICPN B - Anexo 2.....	148
ICPN B - Anexo 3.....	152
ICPN B - Anexo 4.....	154
ICPN B - Anexo 5.....	158
ICPN B - Anexo 6.....	160
ICPN B - Anexo 7.....	161
<b>ANEXO 3. TABLAS DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE</b> .....	162
<b>ANEXO 4. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE PREVALENCIA</b> .....	173
<b>ANEXO 5. METODOLOGÍA MATRIZ FINANCIERA</b> .....	183
<b>ANEXO 5. DOCUMENTOS CITADOS</b> .....	186

## ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1. PREVALENCIA GLOBAL DE VIH/SIDA. ....	18
TABLA 2. PREVALENCIA DE VIH EN GESTANTES. ESTUDIOS CENTINELA. ....	19
TABLA 3. PORCENTAJE DE CASOS DE VIH EN GESTANTES TAMIZADAS. OBSERVATORIO. ....	21
TABLA 4. CASOS DE MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA ....	22
TABLA 5. COBERTURA DE TAR PARA VIH/SIDA 2007 ....	36
TABLA 6. INDICADORES DE COBERTURA DE TAR. ....	37
TABLA 7. POBLACIÓN ENTRE 18 Y 69 AÑOS (%) QUE SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ UNA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH ....	39
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN (%) SEGÚN SU CALIFICACIÓN RESPECTO AL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH. ....	39
TABLA 9. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SOBRE LA EDAD QUE CONSIDERAN QUE ES APROPIADA POR SU FAMILIA PARA COMENZAR A TENER RELACIONES SEXUALES. ....	40
TABLA 10. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SOBRE LA EDAD QUE CONSIDERAN ES APROPIADA PARA QUE UNA MUJER O UN HOMBRE COMIENZE A TENER RELACIONES SEXUALES. ....	41
TABLA 11. GASTO TOTAL PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA ....	48
TABLA 12. GASTO EN VIH POR CATEGORIA PARA EL AÑO 2007 ....	49
TABLA 13. GASTO EN VIH POR CATEGORIA PARA EL AÑO 2008 ....	50
TABLA 14. GASTO EN VIH POR CATEGORIA PARA EL AÑO 2009 ....	51
TABLA 15. GASTO EN VIH POR FUENTE DE FINANCIACIÓN ....	52
TABLA 16. PORCENTAJE DEL GASTO EN VIH POR FUENTE DE FINANCIACIÓN ....	52
TABLA 17. PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN VIH DE LAS FUENTES PÚBLICAS ....	53
TABLA 18. PORCENTAJE DE PARTICIPACION DEL GASTO EN VIH DE LAS FUENTES PÚBLICAS ....	53
TABLA 19. GASTO PER – CAPITA EN VIH ....	54
TABLA 20. PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE DONADA QUE SE ANALIZA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH CON CRITERIOS DE CALIDAD ASEGURADA. ....	55
TABLA 21. PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH AVANZADA QUE RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA. ....	55
TABLA 22. PORCENTAJE DE EMBARAZADAS VIH-POSITIVAS QUE RECIBIERON FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL. ....	56
TABLA 23. NÚMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES CON INFECCIÓN POR EL VIH QUE RECIBÓ TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL. ....	56
TABLA 24. PORCENTAJE DE CASOS ESTIMADOS DE CO-INFECCIÓN POR EL VIH Y TUBERCULOSIS QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH. ....	57
TABLA 25. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE SE SOMETIÓ A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS. ....	58
TABLA 26. PORCENTAJE DE MTS QUE CONOCE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO .....	58
TABLA 27. PORCENTAJE DE MTS QUE CONOCE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO .....	59
TABLA 28. PORCENTAJE DE MTS QUE CONOCE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO .....	59

TABLA 29. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS –MTS- AL QUE LLEGAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH.....	60
TABLA 30. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS.....	61
TABLA 31. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS. ....	61
TABLA 32. PORCENTAJE DE HSH QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS.....	62
TABLA 33. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LOS 15 AÑOS.....	62
TABLA 34. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ....	62
TABLA 35. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVO MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL.....	63
TABLA 36. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO MUJERES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE.....	63
TABLA 37. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO HOMBRES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE.....	64
TABLA 38. PORCENTAJE DE VARONES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE EL ÚLTIMO COITO ANAL CON UNA PAREJA MASCULINA.....	64
TABLA 39. PORCENTAJE DE MTS INFECTADAS POR EL VIH.....	65
TABLA 40. PORCENTAJE DE LACTANTES INFECTADOS POR EL VIH QUE NACIÓ DE MADRES INFECTADAS.....	65
TABLA 41. SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL. ....	75
TABLA 42. SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL.....	76
TABLA 43. SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL.....	77
TABLA 44. INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH.....	79
TABLA 45. INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH.....	80
TABLA 46. INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH.....	81

## ÍNDICE DE GRÁFICAS.

GRÁFICA 1. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTES.....	7
GRÁFICA 2. PROMEDIO DIARIO DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE. ....	8
GRÁFICA 3. NÚMERO DE CASOS NOTICADOS DE VIH/SIDA. PIRÁMIDE POBLACIONAL.....	9
GRÁFICA 4. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE VIH Y SIDA POR 100.000 HAB. ....	10
GRÁFICA 5. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE CASOS REPORTADOS DE VIH/SIDA. SEXO Y EVENTO.....	10
GRÁFICA 6. RAZÓN DE VIH/SIDA, DE LA PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE CASOS REPORTADOS. ....	11
GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE. EDADES QUINQUENALES. ....	13
GRÁFICA 8. CASOS NOTIFICADOS DE VIH. SEXO Y EDAD QUINQUENAL. ....	14
GRÁFICA 9. CASOS NOTIFICADOS DE SIDA. SEXO Y EDAD QUINQUENAL. ....	15
GRÁFICA 10. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA EN MENORES DE 15 AÑOS. SEXO. ....	15
GRÁFICA 11. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA EN MENORES DE 15 AÑOS. PROYECCIÓN.....	15
GRÁFICA 12. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 15 A 49 AÑOS. SEXO. ....	16
GRÁFICA 13. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 15 A 49 AÑOS. PROYECCIÓN.....	16
GRÁFICA 14. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 50 Y MÁS AÑOS. SEXO. ....	17
GRÁFICA 15. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 50 Y MÁS AÑOS. PROYECCIÓN.....	17
GRÁFICA 16. TASA DE MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA. ....	23
GRÁFICA 17. PROMEDIO DIARIO DE MUERTES ASOCIADAS CON VIH/SIDA. ....	24
GRÁFICA 18. CASOS DE MORTALIDAD ASOCIADA CON VIH/SIDA. ESCOLARIDAD.....	25
GRÁFICA 19. CASOS DE MORTALIDAD ASOCIADA AL SIDA. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL.....	25
GRÁFICA 20. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE VIH/SIDA. COLOMBIA HASTA 2014. MODELAJE EPP. ....	27
GRÁFICA 21. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE VIH/SIDA POR POBLACIONES VULNERABLES. COLOMBIA HASTA 2014. MODELAJE EPP. ....	28
GRÁFICA 22. NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH. COLOMBIA 2013. PROYECCIÓN SPECTRUM.....	29
GRÁFICA 23. PROYECCIONES DE POBLACIÓN CON VIH. COLOMBIA 2013. PROYECCIÓN SPECTRUM. ....	30
GRÁFICA 24. GASTO TOTAL PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA. 2007 A 2009.....	48
GRÁFICA 25. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2007.....	49
GRÁFICA 26. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2008. ....	50
GRÁFICA 27. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2009.....	51
GRÁFICA 28. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2007 A 2009 – FUENTE DE FINANCIACIÓN .....	52
GRÁFICA 29. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2007 A 2009 – FUENTES PÚBLICAS.....	53
GRÁFICA 30. GASTO PER CÁPITA PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH. COLOMBIA 2007 A 2009. ....	54

## ABREVIATURAS.

APB	Administradoras de Planes de Beneficios, entendidas como EPS para el Régimen Contributivo, ARS para el Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción para los trabajadores del Magisterio Nacional, ECOPETROL y las Fuerzas Militares y de Policía y las DTS para la atención de la población no asegurada.
ARV	Antirretrovirales (medicamentos).
CDC	( <i>Center of Disease Control USA</i> ). Centro para el Control de las Enfermedades. EUA.
CRIS	( <i>Country Response Information System</i> ) Sistema de Información para la Respuesta de los Países.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DGSP	Dirección General de Salud Pública.
DoC	( <i>Declaration of Commitment on HIV/AIDS</i> ) Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida - Naciones Unidas.
DTS	Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
ELISA	<i>Enzyme Linked Immuno Assay</i> .
EPS-C	Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo.
EPS-S	Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.
ICPN	Índice compuesto de política nacional.
INS	Instituto Nacional de Salud.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
ITS	Infección de Transmisión Sexual. (Plural)
MPS	Ministerio de la Protección Social.
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
PAB	Plan de Atención Básica.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
POSS	Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado.
PVVS	Personas con VIH o sida.
Regímenes de Excepción	Corresponden a los trabajadores del Magisterio Nacional, ECOPETROL y las Fuerzas Militares y de Policía.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
Sisben	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales.
Sivigila	Sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud.
TAR	Tratamiento antirretroviral de combinación.
UNFPA	(Fondo de Población de Naciones Unidas
UNGASS	( <i>United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS</i> ) Asamblea Especial de Naciones Unidas para VIH/sida.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
WB	Western Blot.

## SITUACIÓN ACTUAL

Colombia es un país localizado en América del Sur, su población proyectada para el año 2009 era de 44.977.758 personas con una distribución por sexo de 22.203.234 hombres y 22.774.524 mujeres. El grupo de niños de 0 a 14 años totaliza 13.073.904 (29.1%) del total poblacional. Las personas de 15 a 49 años eran 23.651.446 (52.6%) del total poblacional. El grupo de 50 y más años estaría conformado por 8.252.408 personas (18.3%). Su distribución general es muy similar entre hombres y mujeres, existiendo un leve predominio de hombres hasta los 24 años, de este grupo en adelante, el predominio es de las mujeres. El porcentaje global de participación de hombres es de 49.4% y en mujeres el 50.6% complementario. (DANE)

Esta población se encuentra distribuida en 32 departamentos, 1.101 municipios, 10 distritos, incluido el Distrito Capital de Bogotá, 20 corregimientos departamentales y 8.059 centros poblados que incluyen caseríos, corregimientos municipales e inspecciones de policía municipales y departamentales. La población nacional se distribuye en los 1.141.748 kilómetros cuadrados que conforman la geografía nacional. Consecuentemente, se encuentran 39 personas por kilómetro cuadrado. La superficie total de Colombia, incluida la soberanía marítima de 928.660 kilómetros cuadrados, es de 2'070.408 kilómetros cuadrados(DANE). El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia está estructurado a partir de un modelo de aseguramiento que cuenta con 4 mecanismos a través de los cuáles las personas pueden acceder a los servicios: a) El régimen contributivo en el cuál se reciben los aportes de las personas que tienen trabajos propios como dependientes o independientes. b) El régimen subsidiado que está orientado a cubrir las necesidades de las personas sin ingresos, más pobres y vulnerables del país, cuyo financiamiento se realiza mediante distintas fuentes de gobierno nacional y local. c) Los regímenes de excepción 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, y d) El Sistema de atención estatal que da cobertura al grupo de población no asegurada mediante la oferta de asistencia sanitaria pública.

Estas precisiones son importantes para ofrecer claridad al lector en relación con la forma como se realizó el proceso de convocatoria a los diferentes actores nacionales que participaron en el proceso de redacción del informe. Se realizó una difusión a los diferentes actores involucrados en la respuesta nacional al VIH de manera que se cubrieran tanto los organismos gubernamentales, como no gubernamentales y las entidades de aseguramiento en el país. De manera concurrente, se solicitó el apoyo a las agencias de Naciones Unidas quienes igualmente participaron del proceso.

De acuerdo con los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 25 a 35 años. Al ser concentrada las poblaciones de mayor vulnerabilidad, las mismas son las más afectadas por la morbilidad y mortalidad.

El país ha desarrollado un documento de planificación que corresponde a la respuesta programática que se conoce como "Plan Nacional de Respuesta al VIH/sida 2008-2011" (Ministerio de la Protección Social, 2008). Éste documento define el consenso de las acciones a ser realizadas por los diferentes actores en el país, para responder a la epidemia de VIH / SIDA. Se tiene previsto hacer una valoración de su cumplimiento en el año 2012.

A diferencia de otros países, la estructura y funcionamiento del Estado y en particular del Ministerio de la Protección Social, como entidad rectora del orden nacional, no permite que en Colombia se cuente con una estructura administrativa de carácter vertical que se denomine Programa Nacional de Sida. Sin embargo, se ha planteado una estructura descentralizada de carácter horizontal para la respuesta programática las ITS – VIH/SIDA. Con el propósito de clarificar las competencias y los recursos disponibles a cargo de cada uno de los actores del sector salud, se formuló el modelo de gestión programática para VIH, el cual se adoptó mediante la Resolución 3442 de 2006 y está vigente en el país. En el presente documento se ofrecerán algunos resultados y retos a partir de la evaluación de la gestión programática de los diferentes actores en los años recientes. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

Los objetivos de este modelo son:

- Contener la epidemia del VIH
- Detectar tempranamente la infección por el VIH
- Detener la progresión de VIH sida y la aparición de resistencias al TAR
- Monitorear y evaluar.

A partir de estos objetivos se desarrollan las líneas estratégicas de acción, se definieron las poblaciones a las cuales se debe dar cobertura, se formuló una serie de actividades específicas y se clarificaron las competencias de las entidades responsables de su ejecución.

Dada la multiplicidad de actores en un sistema de aseguramiento en salud, la implementación del modelo de gestión programática genera diversos retos, principalmente en lo relacionado con las tareas de seguimiento y evaluación. Por lo mismo, una vez planteada la necesidad de conocer el desempeño de los diferentes actores del sistema, se diseñó un instrumento que valora de manera general las acciones de las líneas estratégicas contempladas en el modelo. Este documento fue preparado por el Observatorio nacional de gestión en VIH con el propósito de ofrecer información consolidada de los diferentes grupos de aseguramiento. Para dar cumplimiento a lo planteado en la Resolución 3442, se hace necesario valorar la respuesta del país en los años 2007 a 2009. La orientación técnica de las acciones de atención a las personas se fundamenta en la guía de atención integral, y en el modelo de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. No obstante, se tiene identificada la necesidad de actualizar la guía de adultos y adoptar una guía pediátrica.

Debido a su alto potencial epidémico el sida está considerado como una prioridad de salud pública y dado el alto costo que implica su atención, todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control están contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen contributivo, para el régimen subsidiado (POSS) y para los regímenes de excepción los mismos contenidos del POS. Estos servicios no son sujetos al cobro de copagos o cuotas moderadoras para el paciente.

Para el año 2008, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ascendió a 39.719.476, creciendo con respecto al año inmediatamente anterior en un 2.87%. La distribución de los afiliados en el régimen contributivo fue de 17.234.265 (38.77%) y para el subsidiado fue de 22.485.211 (50.59%). Se informa de una cobertura total del 89.36% frente a la población total. (Ministerio de la Protección Social, 2009)

La población general en el Régimen Subsidiado corresponde a la población pobre y vulnerable identificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN, así como los segmentos de población identificados mediante instrumentos diferentes a la encuesta SISBEN, definidos en el Acuerdo 244 modificado mediante el Acuerdo 331 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como son la población infantil abandonada, personas de la tercera edad en protección de ancianos, población rural migratoria, recién nacidos, población del área rural, población con discapacidad, población ROM y artistas. (Ministerio de la Protección Social, 2009)

Por lo anteriormente descrito se valora positivamente el incremento del aseguramiento en salud en el país y los servicios que ofrecen las Direcciones Territoriales de Salud en lo relativo a las necesidades de atención de la población pobre no asegurada. El desarrollo de las actividades asistenciales para los eventos de alto costo, incluido el VIH/sida, se encuentran incluidos en la normatividad vigente.

## PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA.

La epidemia de VIH en Colombia se puede definir como concentrada, dado que la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad [hombres que tienen sexo con hombres] supera el 5% mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es superior a 1%.

Este capítulo hace referencia a la situación de la epidemia de VIH / SIDA en Colombia en el periodo comprendido entre 1983 y 2009. El primer caso se reportó en el país en la ciudad de Cartagena, en 1983 y fue un caso de muerte en una mujer joven. A partir de tal año se inició el proceso de notificación de casos individuales de VIH, sida y muerte. Inicialmente este registro se hizo en el Ministerio de Salud, (hoy Ministerio de la Protección Social) y a partir del año 2000, el seguimiento lo viene realizando Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social. El panorama general de la epidemia se presenta de acuerdo con los hallazgos de morbilidad, mortalidad, estimaciones y proyecciones.

### MORBILIDAD

Existen dos perspectivas de tiempo a considerar en el aspecto morbilidad que hacen referencia a la incidencia y a la prevalencia de la infección por el VIH y el sida. La morbilidad se presenta a partir de los datos obtenidos de los registros individuales de notificación pasiva de casos que está a cargo del Instituto Nacional de Salud. Dada la dificultad para identificar los casos incidentes se presentan los datos anuales de casos notificados y las proporciones de incidencia de notificación. La clasificación de casos para efectos de notificación al Sivigila es la propuesta por CDC en 1993.

Se han reportado un total de 71.509 casos notificados de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos. Esta cifra corresponde a los casos acumulados desde 1983 con corte al 31 de diciembre de 2009. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento anual del número de casos notificados, situación que se comporta igual para hombres y mujeres. Existe en el acumulado de la epidemia una participación del 75.3% para hombres, 24.0% para mujeres y el 0.7% de registros sin dato de sexo.

La tendencia general es de incremento en la frecuencia de casos notificados que puede obedecer a varios factores:

- ⊕ El crecimiento de casos de infecciones recientemente adquiridas.
- ⊕ Mayor acceso a la asesoría y pruebas voluntarias.
- ⊕ Oferta masiva al grupo de gestantes.
- ⊕ Mayor demanda de servicios diagnósticos.
- ⊕ Disminución de barreras administrativas para autorización de servicios.

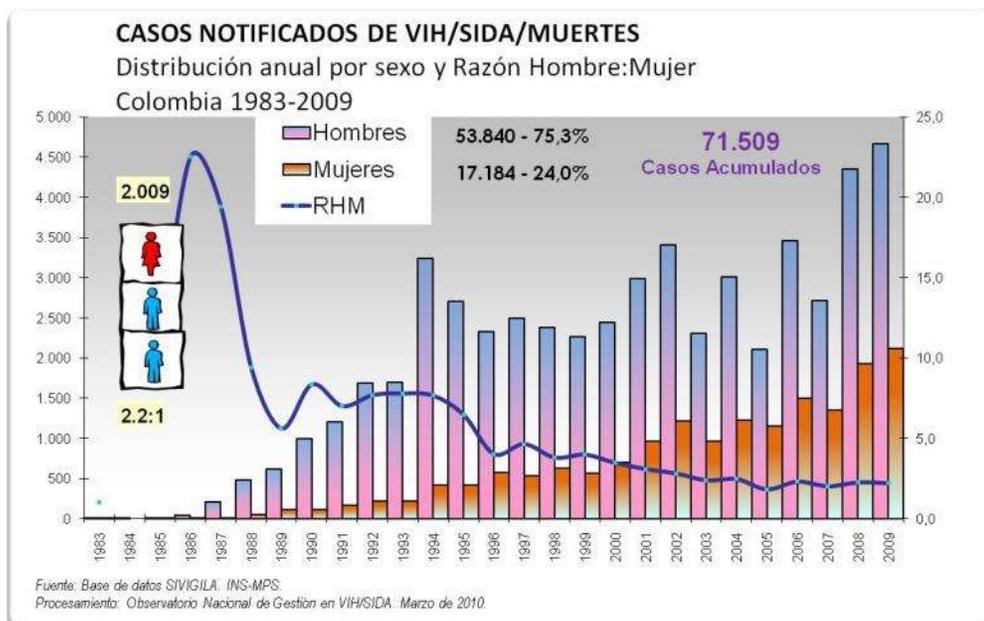
Considerando que el mecanismo probable de mayor participación es el sexual, el crecimiento natural de la epidemia continúa. En la Encuesta Nacional de Salud de 2007 para las personas entre 18 y 69 años, la utilización del condón en la primera relación sexual fue del 18% y en la última relación sexual fue del 19%. Lo que indica que su utilización en general podría considerarse baja y esto aumentaría la probabilidad de adquirir la infección del VIH entre otras ITS.

El proceso diagnóstico de la infección por el VIH se encuentra debidamente reglamentado y está disponible para toda la población independientemente de su situación de aseguramiento. La disponibilidad de recurso humano capacitado en la técnica de asesoría pre y post prueba para VIH, mayor disponibilidad de los métodos de laboratorio para tamizaje, diagnóstico y seguimiento, mayor utilización de las pruebas rápidas, en conjunto explican el mejor acceso diagnóstico.

La necesidad de disminuir efectivamente la aparición de nuevos casos de VIH en neonatos ha propiciado el fortalecimiento de la estrategia de prevención materno-infantil. En su desarrollo se han identificado casos en gestantes y se han establecido las condiciones de acceso al tratamiento profiláctico y en la etapa posterior al embarazo se le garantiza el TAR en las mismas condiciones de todas las personas que tengan los criterios necesarios de tratamiento. Los neonatos reciben los servicios de seguimiento médico, entrega de fórmula láctea de reemplazo para los 6 primeros meses de vida, exámenes de laboratorio para establecer la presencia de la infección, exámenes de seguimiento y los medicamentos que se requieran.

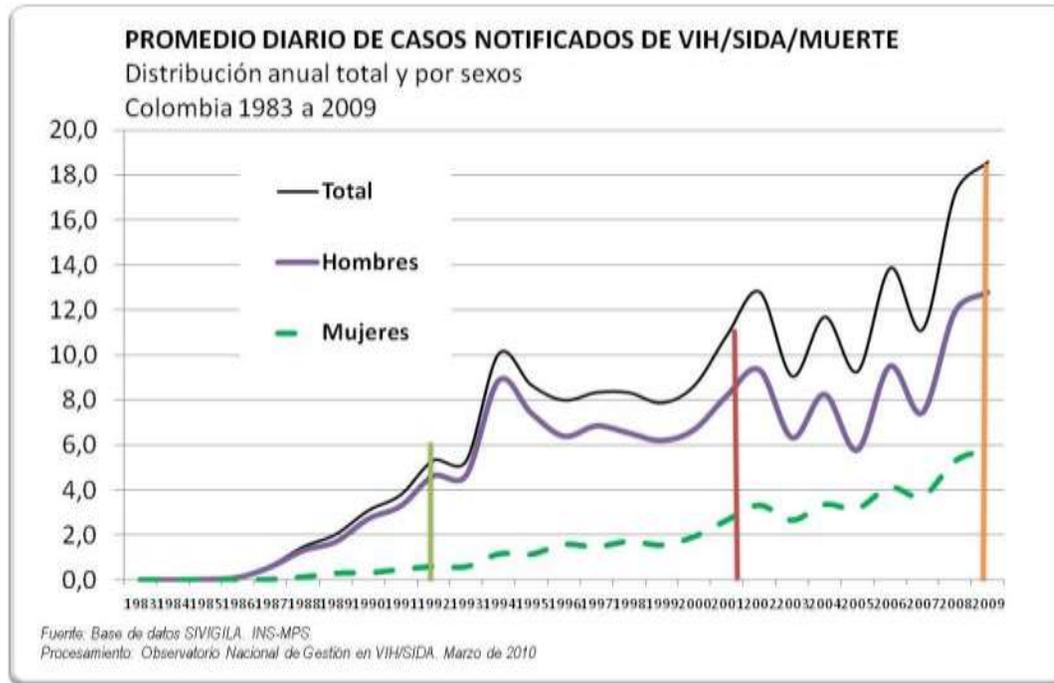
Progresivamente se han realizado los ajustes institucionales para disminuir o agilizar los trámites administrativos que garantizan las acciones indicadas en el Modelo de gestión programático y la guía de atención.

### GRÁFICA 1. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTES.



Considerando la notificación de los tres eventos (VIH/sida/muerte), el promedio diario de notificación de casos ha aumentado de 11 en el año 2000 a 18 en 2009. Este es un indicador independiente al tamaño poblacional que valora la distribución fija de los días en el año, por lo que es de interés para hacer un seguimiento de la frecuencia relativa de casos en el tiempo. De continuar esta tendencia de crecimiento hace prever que este indicador se duplicará antes del 2020.

**GRÁFICA 2. PROMEDIO DIARIO DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE.**



Para el año 2009 se reportaron 6.780 personas con VIH/sida o muerte por el SIVIGILA, de los cuales 4.664 fueron hombres [68,8%] y 2.116 mujeres [31,2%]. La distribución por sexo y grupos etarios quinquenales ofrecen la perspectiva poblacional de afectación por los casos notificados de morbilidad. La participación es mayoritaria en todas las edades para los hombres, con excepción en el grupo de 15 a 19 años en el cual hay predominio femenino.

Varias reflexiones se pueden hacer en este sentido para responder a esta situación. Se puede plantear un enfoque de vulnerabilidad en el cual las niñas son más afectadas por las violencias, en especial la violencia sexual. Se pueden tener mayores presiones sociales y económicas que pueden influir en la vulneración de sus derechos y con el inicio de relaciones sexuales, en muchas ocasiones sin utilización de condón, con compañeros ocasionales y de mayor edad. Desde la perspectiva de riesgo, este último factor es muy importante por cuanto la probabilidad de transmisión es mayor en razón al mayor tiempo de “exposición” a relaciones sexuales no protegidas de los hombres y a la mayor probabilidad de transmisión del hombre a la mujer.

Estas ideas no son exclusivas para el grupo de 15 a 19 años, podrían ser aplicables en general a las mujeres y consecuentemente se generaría mayor presión en los factores condicionantes de nuevas infecciones.

**GRÁFICA 3. NÚMERO DE CASOS NOTICADOS DE VIH/SIDA. PIRÁMIDE POBLACIONAL.**



En el acumulado de la epidemia el 67.0% de los casos reportados se clasificaron como VIH [47.898], el 20% como sida [12.328] y el 13% como fallecidos [9.283]. Para el año 2009 se reportaron al Sivigila 4.960 casos de VIH [73,2%], 1.281 casos de sida [18.9%] y 539 casos de fallecidos [7.9%]. Estas frecuencias se deben hacer relativas a la población de cada año generando el cálculo de las proporciones de incidencia que se representan a continuación. En la valoración de la morbilidad para VIH/sida no se utilizan tasas por cuanto se desconoce el tiempo de exposición en años al factor o factores desencadenantes.

Se aprecia un predominio de casos notificados de VIH lo cual puede hablar de un mayor número de casos en relación con casos de sida, lo cual se apoya en la historia natural de la enfermedad, mayor acceso a diagnóstico, mayor sensibilidad individual para valorar su condición de infección, entre otros factores.

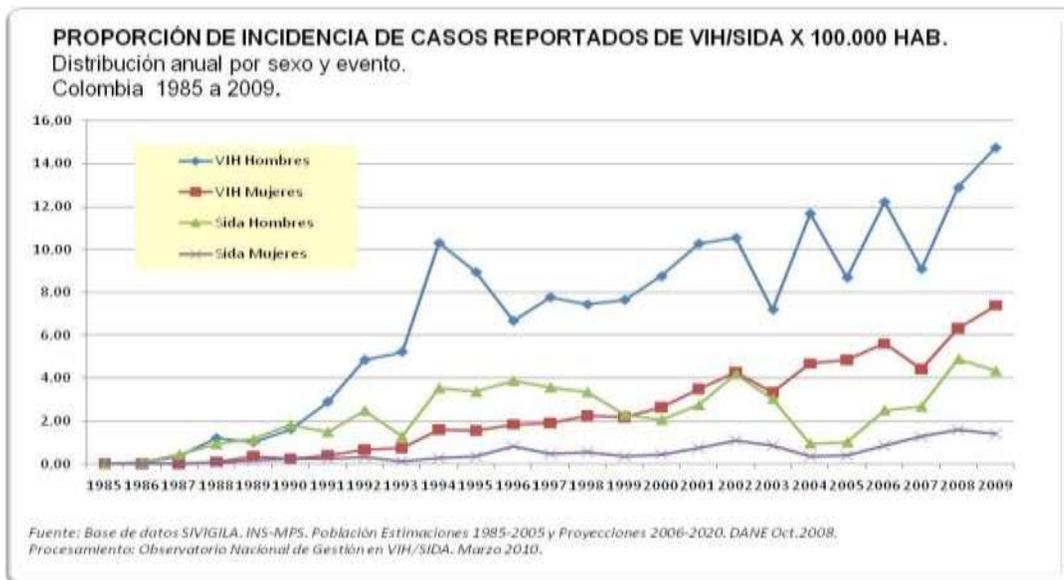
Es de aclarar que se tienen muchos casos de diagnóstico en condición de sida lo que puede obedecer a diagnósticos tardíos, baja percepción de riesgo y vulnerabilidad, temor por estigma y discriminación, como hipótesis explicativas.

**GRÁFICA 4. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE VIH Y SIDA POR 100.000 HAB.**



En relación con la proporción de incidencia diferenciada por sexo, la tendencia general es de crecimiento, hay mayor participación del evento VIH que del evento sida. Se aprecia en 2009 una mayor proporción de incidencia de VIH en hombres [14.76 x 100.000], seguido por la de VIH en mujeres [7,39 x 100.000]. En otros términos la probabilidad de recibir una notificación de un caso de VIH en hombres es dos veces mayor que para una mujer. Esta situación podría explicarse por que las mujeres reciben una mayor oferta diagnóstica, tienen una mayor percepción de la importancia del autocuidado y acuden a los servicios de salud para APV.

**GRÁFICA 5. PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE CASOS REPORTADOS DE VIH/SIDA. SEXO Y EVENTO.**

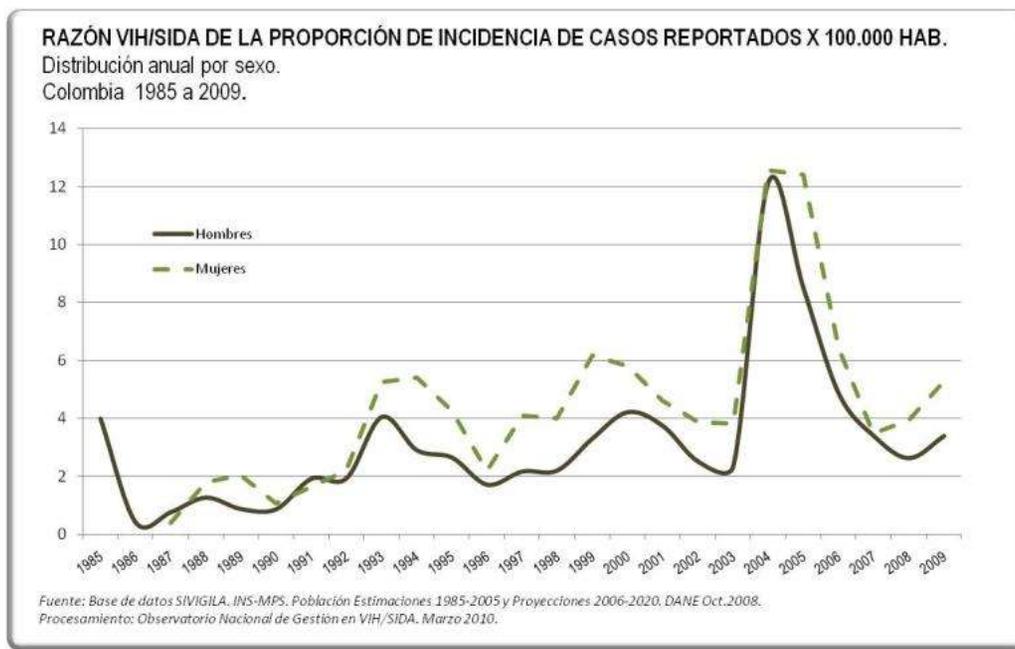


Para el evento sida, la proporción de incidencia en hombres fue de [4.34 x 100.000] y para mujeres fue de [1.40 x 100.000], consecuentemente para cada mujer notificada como caso sida, se notificaron tres hombres. Esto apoya las posibles explicaciones para la situación de VIH. Adicionalmente se considera factible que los hombres tengan mayores barreras de acceso, negación de las condiciones de riesgo y vulnerabilidad, falta de información, temor por el estigma y la discriminación entre otras opciones explicativas.

Una forma de valorar si los diagnósticos son oportunos en términos de la historia natural de la infección es la de comparar la notificación de eventos de VIH con los casos notificados de sida. La manera más fácil es calcular la razón de estos dos eventos, sin embargo tiene la imprecisión dada por no considerar la relación de los casos con la población de hombres y mujeres. Por lo anterior se calcula la razón de VIH y sida, a partir de la proporción de incidencia de casos notificados de los eventos diferenciados por sexo. Su interpretación está orientada a valorar la oportunidad de la notificación de casos, se parte del hecho de que la infección por VIH tarda varios años en establecerse como sida. De acuerdo con lo anterior entre más alto sea el valor de esta razón, se entiende que hay mayor oportunidad en la notificación de casos de VIH en comparación con los casos notificados de sida.

Los resultados obtenidos de este cálculo presentan una tendencia irregular, con tres picos en los años 1993, 2000 y 2005, lo que se explica por las campañas de oferta de APV y los esfuerzos para mejorar la notificación de casos. Para el año 2009 se tiene una razón VIH : sida de la proporción de incidencia de casos notificados de 3:1 en hombres y de 5:1 en mujeres. En otros términos, hay más oportunidad diagnóstica en las mujeres.

#### GRÁFICA 6. RAZÓN DE VIH/SIDA, DE LA PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE CASOS REPORTADOS.



Esta situación debe ser validada en relación con la oferta diagnóstica, para lo cual el indicador disponible es el de número total de ELISAS procesados en el país. Se recibieron datos de 59.750 exámenes en hombres, 294.939 en mujeres y 218.343 sin sexo identificado. **Fuente especificada no válida.** Lo anteriormente descrito indica que la oferta en mujeres es aproximadamente de 5 veces mayor a la oferta en hombres. Continuando el proceso explicativo y con los resultados de casos notificados en los que se duplica el número de casos en hombres que en mujeres, se evidencia claramente la diferencia en los resultados (aproximadamente 10 órdenes de magnitud), argumento valioso para explicar el fenómeno del crecimiento en los casos notificados en mujeres. Se concluye que hay mayor oferta diagnóstica en mujeres y mayor notificación de casos en hombres por lo que no se puede hablar de feminización de la epidemia, se puede inferir que a mayor búsqueda en el grupo de mujeres, consecuentemente hay mayor probabilidad de su diagnóstico y notificación.

Del total de casos registrados, 27.456 no tienen identificado un mecanismo probable de transmisión [38.4%], de los cuales en su mayoría son hombres 21.266 [77%] lo que podría explicarse por el temor a revelar su comportamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presentan subsecuentemente al diagnóstico.

En los 44.053 [61.6%] casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 63% corresponde al comportamiento heterosexual [27.861] y el 34% homosexual y bisexual [14.802]. Total de mecanismo sexual es de 97%. De los 31.738 hombres con dato de Mecanismo Probable de Transmisión (MPT), 16.962 reportaron prácticas heterosexuales y 14.776 prácticas homo/bisexuales. Se debe reconocer que este valor se puede afectar por procedimientos inapropiados en la forma como se obtienen los datos en el momento de registrar el caso.

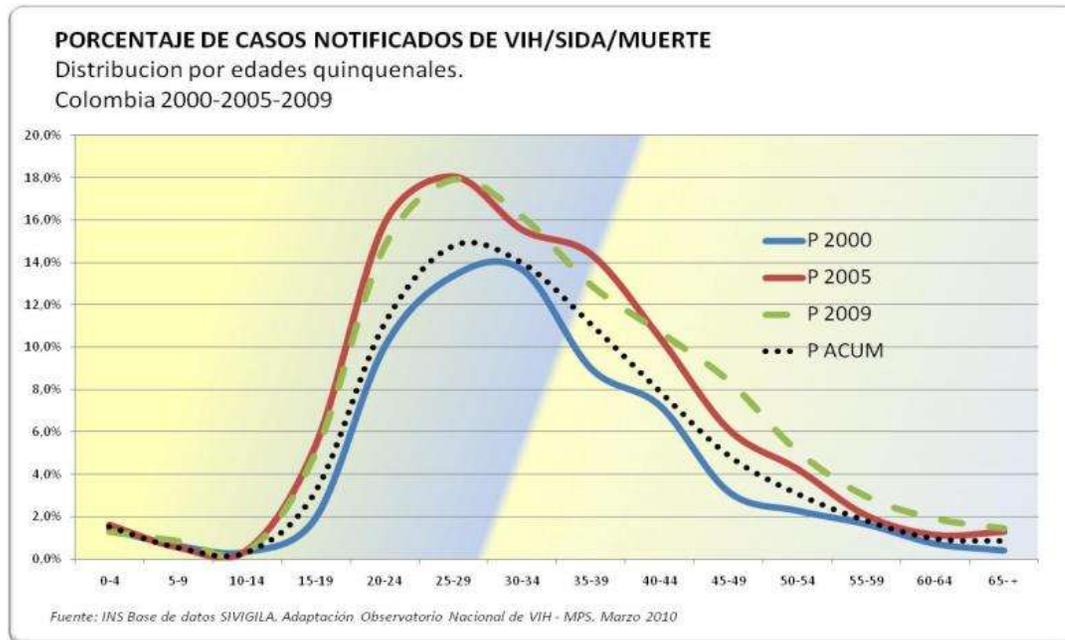
En los 54.499 [76.2%] casos en que se reportó la edad, el grupo poblacional más afectado agrupado por grupos quinquenales, es el de 25 a 29 años con 10.571 personas equivalentes al [19.4%], seguido muy de cerca con 10.002 registros de 30 a 34 años de edad [18.4%].

La distribución de casos notificados en su presentación como porcentaje acumulado de la epidemia (P ACUM) para los quinquenios de edad al momento de la notificación describen un patrón predominante en adultos, con una mayor afectación en los grupos de 20 a 39 años. Al referenciar este patrón con el de los años 2000 (P 2000), 2005 (P 2005) y 2009 (P2009), se observan algunos cambios. En los últimos años se amplía la magnitud proporcional de casos en los grupos etarios predominantes, la curva de casos notificados es mayor en los cinco primeros años en comparación con los quinquenios de 5 a 9 y de 10 a 14 años. Esta situación se puede explicar por los resultados de la Estrategia de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Lo anterior como consecuencia de un mayor número de gestantes que han recibido APV para VIH y como resultado se ha incrementado la detección de casos en la población pediátrica.

Es necesario mencionar que se presenta una mayor participación en los grupos de 45 y más años. Esto último podría explicarse por cambios en los patrones de comportamiento sexual, por efecto de la historia natural de la enfermedad o por efecto combinado que ocasiona infecciones nuevas en poblaciones de 35 o 40 años y más.

Se considera importante valorar los factores que explican el que las personas en estas edades, asuman comportamientos sexuales protegidos, con el propósito de orientar acciones específicas de prevención.

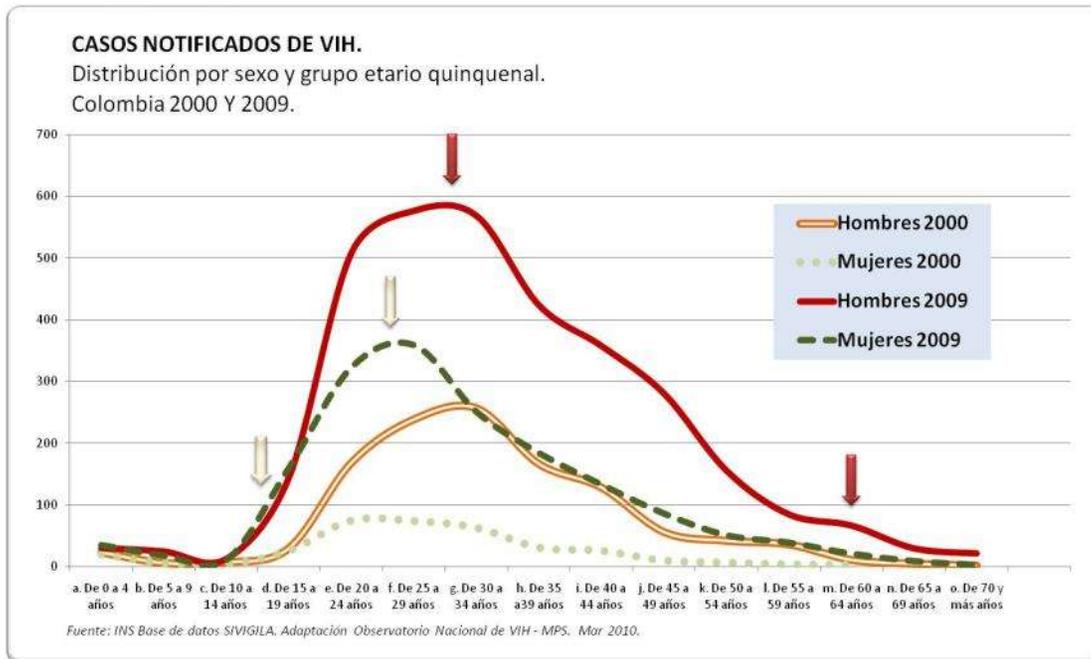
**GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE. EDADES QUINQUENALES.**



A partir de esta estructura poblacional de afectación por grupos etarios quinquenales, surge la inquietud de conocer la diferencia de presentación de casos notificados de acuerdo con el evento VIH ó sida, su variación por sexo y la comparación en dos momentos de tiempo (se seleccionaron los años 2000 y 2009, por permitir un periodo de valoración adecuado para observar las diferencias), situaciones que aportan al conocimiento de las dinámicas epidémicas en el país. Se exceptúan de esta representación los casos que no tienen reportado sexo o edad.

Para el evento de VIH se evidencia un patrón unimodal (con un grupo predominantemente afectado de 20 a 44 años) con una mayor participación en los hombres con tres situaciones que llaman la atención. El valor más alto de casos se notifican en el grupo de 30 a 34 años, se hace visible el aumento en los casos en personas de 60 y más años, y hay una ampliación general de casos en el grupo de 20 a 55 años. En el caso de las mujeres se aprecia un incremento general con énfasis en el grupo de 25 a 29 años (a edades más tempranas) y con mayor participación que los hombres en el grupo de 15 a 19 años. (Gráfica 8)

Esta situación hace prever un mayor riesgo para la transmisión maternoinfantil del VIH. Se plantearon opciones explicativas de este fenómeno que deben ser valoras por las diferentes instituciones que tienen potencialidad de minimizar la afectación directa de esta población con alta vulnerabilidad social y económica.

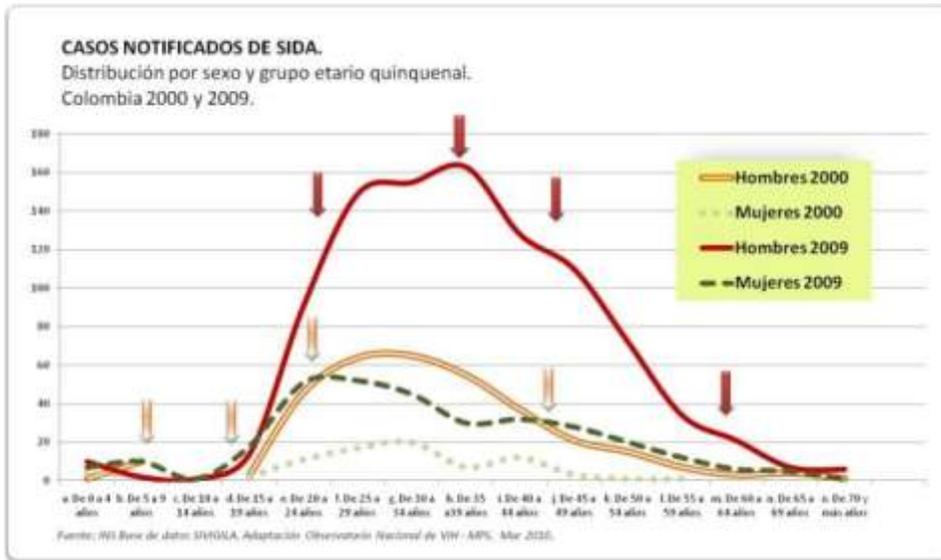
**GRÁFICA 8. CASOS NOTIFICADOS DE VIH. SEXO Y EDAD QUINQUENAL.**

En referencia al evento sida que se ha notificado en los mismos periodos, se presenta un patrón unimodal con afectación predominante del grupo de 25 a 54 años, lo cual es consistente con la historia natural de la enfermedad. Los hombres tienen una cifra máxima en el grupo de 30 a 34 años y se ha ampliado notoriamente la afectación del grupo de 25 a 64 años. Esto último llama la atención sobre la oportunidad en el acceso al diagnóstico, la edad temprana de inicio de la infección y de los posibles resultados del TAR, considerando que se ha desplazado la notificación a edades mayores.

Para las mujeres el patrón es similar, aclarando que la magnitud es menor. Se presentan dos situaciones que deben ser valoradas cuidadosamente y refuerzan la necesidad de trabajar con grupos de niñas y jóvenes. Se presentan más casos de mujeres con sida en los grupos de 5 a 9 años y de 15 a 24 años. Esto indica que la exposición a la infección se presenta en edades muy tempranas, consecuentemente sin diagnóstico ni tratamiento la progresión a sida se manifiesta a edades juveniles.

Otra posible explicación es que sean poblaciones de progresoras rápidas, situación que debe ser valorada mediante estudios clínicos y de biología molecular. Otra alternativa es que hayan variado las cepas virales y tengan una manifestación de mayor agresividad, lo cual aceleraría el deterioro inmunitario y la presentación de un estadio temprano de sida.

**GRÁFICA 9. CASOS NOTIFICADOS DE SIDA. SEXO Y EDAD QUINQUENAL.**



La presentación casos de VIH/sida en el grupo de menores de 15 años tiene un comportamiento creciente, no hay diferencia de presentación entre los sexos, aun cuando hay que resaltar un mayor número de casos en mujeres en los últimos dos años. Las posibles explicaciones ya fueron planteadas, por lo que resta hacer un ejercicio de expectativa de casos futuros. Se realizaron pruebas con varios modelos y el que representó un mejor valor explicativo es el polinómico, que indica que el 86% del comportamiento futuro se explica por los casos existentes. En conclusión la tendencia es creciente hacia los próximos años.

**GRÁFICA 10. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA EN MENORES DE 15 AÑOS. SEXO.**

**GRÁFICA 11. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA EN MENORES DE 15 AÑOS. PROYECCIÓN.**

Gráfica 10.



Gráfica 11.



Para la población considerada en general como en edad reproductiva, la presentación es predominante en hombres con una clara tendencia al crecimiento. Un factor explicativo es el de los esfuerzos por aumentar la oferta de la capacidad diagnóstica, las campañas de información y sensibilización para el diagnóstico en las mujeres embarazadas. Se debe reconocer que es necesario fortalecer los procesos de motivación al diagnóstico oportuno en poblaciones de alto riesgo y vulnerabilidad.

En este grupo es necesario reflexionar sobre la presentación predominante de casos notificados en hombres, reconociendo limitaciones en las acciones de sensibilización para el proceso de diagnóstico en la población de hombres con mayor riesgo y vulnerabilidad. El modelo de proyecciones que representó un mejor valor explicativo es el polinómico, que indica que el 81% del comportamiento futuro se explica por los casos existentes. En conclusión la tendencia es creciente hacia los próximos años.

#### GRÁFICA 12. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 15 A 49 AÑOS. SEXO.

#### GRÁFICA 13. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 15 A 49 AÑOS. PROYECCIÓN.

Gráfica 12.



Gráfica 13.



En el grupo de personas notificadas con VIH/sida de 50 y más años, se aprecia un crecimiento progresivo, sin embargo su comportamiento desde 2004 es de rápido crecimiento. En los últimos cinco años ha aumentado en cinco órdenes de magnitud. El modelo de proyecciones que representó un mejor valor explicativo es el polinómico, que indica que el 87% del comportamiento futuro se explica por los casos existentes. En conclusión la tendencia es creciente hacia los próximos años.

Es necesario valorar las condiciones que explican este comportamiento, las cuales pueden obedecer a mayor oferta diagnóstica, mayor presentación de casos, cambios en los patrones de comportamiento sexual, mejor registro de casos y mayor demanda de servicios diagnósticos. Estos factores generales se interrelacionan para generar los efectos que se aprecian. Se considera necesario realizar una valoración territorial de este patrón general con el propósito de valorar la pertinencia de realizar procesos de investigación cualitativa que permitan conocer los elementos

que influyen en esta tendencia y a partir de estos resultados hacer propuestas de intervenciones preventivas.

#### GRÁFICA 14. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 50 Y MÁS AÑOS. SEXO.

#### GRÁFICA 15. CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA – 50 Y MÁS AÑOS. PROYECCIÓN.

Gráfica 14.



Gráfica 15.



A manera de resumen, se tienen grupos poblacionales que tienen tendencias crecientes, hay mayor número de casos en todas las edades y se observa una creciente participación del grupo de mujeres. En relación con la situación de los niños es importante resaltar que el esfuerzo de la Estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, ha generado la identificación de casos nuevos. Se tiene que mejorar en el seguimiento a los mismos y en la valoración de coberturas reales de oferta activa de APV, mejorar la oferta de medicamentos en formulaciones pediátricas y generar una guía de atención integral para el grupo pediátrico.

El 56.5% de los casos notificados al SIVIGILA, se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad [30.796], sin desconocer que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en los grupos mayores de 45 años con el 15.2% de la participación [8.282 casos].

Igualmente, sobre los casos reportados con edad, se puede afirmar que el 4.7% [2.563 casos] son menores de 18 años, 3.3% [1.818 casos] son menores de 15 años, 87.9% [47.898 casos] están entre 15 y 49 años y 8.8% [4.783 casos] son de 50 y más años.

A partir de las curvas que representan la afectación en tres grupos etarios, es evidente la tendencia al crecimiento de los casos notificados.

De los 1.022 casos registrados con mecanismo probable de transmisión perinatal, el 67.4% se clasificaron como VIH, el 20.8% de sida y el 11.8% de muertes.

El grupo que ha sido más afectado es el de Hombres que tienen Sexo con Hombres - HSH, que mediante los estudios de seroprevalencia realizados, se han encontrado tasas de que fluctúan entre el 10,18% y el 19,5% lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en HSH.

La prevalencia es el segundo aspecto a cubrir en morbilidad y para efectos de disponer de datos cercanos a la realidad, se tienen varias alternativas de cálculo.

La forma más adecuada para valorar la prevalencia nacional es a través de estudios transversales con representación muestral por entidad territorial, sexo, grupos etarios y condición de aseguramiento. Este es un escenario ideal que no se aplica en la mayoría de países por los recursos financieros y técnicos necesarios para emprender esta labor. Consecuentemente, se deben valorar otras alternativas.

Una segunda alternativa es mediante el tamizaje en periodos cortos durante todo el año en algunos hospitales o clínicas que se consideran sitios centinela para la vigilancia epidemiológica de la prevalencia del VIH. Esta es una alternativa que requiere menores recursos económicos y puede ser una alternativa a valorar en el futuro. Como ventaja adicional tiene la inclusión de hombres y mujeres, aun cuando se debe valorar el control de sesgos relacionados con la asistencia a los servicios sanitarios de los hombres, la cual tiene patrones de consulta que podrían afectar las conclusiones.

El país ha definido hacer un seguimiento cada 4 a 6 años de los valores de prevalencia a través de los estudios centinela en el grupo de gestantes, jóvenes y consultantes por medicina general como poblaciones de bajo riesgo, y para las poblaciones de alto riesgo se han considerado MTS, HSH y consultantes por ITS. Cuando se incluyen solamente las gestantes se presenta la limitante de inferir a la población de hombres, esta es la de mayor preocupación, sin embargo, existe consenso técnico de su valor, en países con epidemias concentradas, como es el caso del país.

En relación con la definición del tamaño muestral y la participación geográfica, en los estudios realizados se han utilizado los métodos de Muestreo por Garantía de Lotes y Muestreo Aleatorio Simple de Elementos (MAS) para estimaciones generadas a partir de variables cualitativas o binomiales. Han sido estudios anónimos no ligados. Los estudios de prevalencia han tenido en cuenta la necesidad de calcular muestras para cada Municipio o Departamento seleccionado, de forma tal que se pudieran hacer inferencias para cada uno y en el caso de no obtener el tamaño muestral calculado, no se afectara el resultado nacional.

#### **TABLA 1. PREVALENCIA GLOBAL DE VIH/SIDA.**

Estudios Centinela varias subpoblaciones. Colombia 1988 a 2009.

<b>Estudio</b>	<b>Año</b>	<b>Ciudades</b>	<b>Muestra</b>	<b>Prevalencia</b>
<b>I</b>	1.988	1	4.085	0.02%
<b>II</b>	1.991	6	7.025	0.10%
<b>III</b>	1.994	6	12.044	0.30%
<b>IV</b>	1.996	5	7.037	0.40%
<b>V</b>	1.999	12	22.069	0.49%
<b>VI</b>	2.003	11	3.239	0.65%
<b>VII</b>	2.009	13	18.934	0.22%

Fuente: Observatorio Nacional de VIH. Ministerio de la Protección Social. Febrero 2010.

Estos resultados globales indican los valores de las prevalencias obtenidas en las subpoblaciones incluidas en los estudios centinela. Los datos del primero y último estudio de prevalencia, incluyeron únicamente a gestantes. Por esta razón, los datos presentados en la anterior tabla, no deben ser empleados para hacer una valoración que concluya en la disminución de la prevalencia de la epidemia en Colombia.

Considerando lo anterior, se presentan los datos de los resultados de los estudios de prevalencia para la subpoblación de gestantes, los cuales excluyen los valores de otros subgrupos.

**TABLA 2. PREVALENCIA DE VIH EN GESTANTES. ESTUDIOS CENTINELA.**

Distribución por año.

Colombia, varias ciudades 1988 a 2009.

Estudio	Año	Muestra	Confirmados	Prevalencia
I	1988	4.085	1	0,02%
II	1991	10.825	4	0,04%
III	1994	11.265	23	0,20%
IV	1996	8.739	19	0,22%
V	1999	8.690	21	0,24%
VI	2003	1.548	10	0,65%
VII	2009	18.934	42	0,22%

Fuentes: *Infección por VIH y sida en Colombia. Ministerio de Salud y ONUSIDA. 1999. pp.95.*

*V Estudio Centinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1. Colombia 1999. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Publicado en 2000. pp.10.*

*VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Informe Final. Instituto Nacional de Salud. Agosto de 2004. pp.7.*

*Infección por VIH y sida en Colombia. 2000-2005. Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA. 2006. pp.67-69.*

*VII Estudio Nacional Centinela de VIH en Gestantes. Informe de resultados. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Diciembre 2009. pp. 14.*

*Adaptación: Observatorio Nacional de VIH. Ministerio de la Protección Social. Marzo 2010.*

De acuerdo con estos datos, se aprecia la diferencia en la presentación de los valores muestrales, los casos confirmados y los resultados obtenidos. La prevalencia en este grupo que es considerado de bajo riesgo en epidemias concentradas, se observa un comportamiento estable a partir de 1994, sin embargo hay un valor que supera en tres órdenes de magnitud a los demás estudios y corresponde al estudio del año 2003. Esta cifra contrasta notoriamente con los valores previos y el del reciente estudio de prevalencia.

Se deben considerar varios elementos que orientan la valoración de la situación epidémica. En primer término está el tamaño de muestra efectiva, el cual presenta una cifra muy baja en comparación con los demás estudios (entre 5 y 12 órdenes de magnitud en relación con los estudios de 1999 y 2009 respectivamente). Más allá del valor de la muestra se tienen que valorar el efecto del error muestral que se ocasiona y la variabilidad en los intervalos de confianza.

Otros elementos fundamentales en la valoración de los resultados de 2003 incluyen la forma de asignación de muestras en el trabajo de campo, la selección de instituciones de salud, (hospitales o clínicas y su distribución geográfica) de segundo o tercer nivel de atención en donde se pueden concentrar las personas con mayores condiciones de riesgo y vulnerabilidad, cuyo efecto es el de

concentración de casos con mayor probabilidad de tener la infección por VIH que pudieron ser remitidas desde otros hospitales o clínicas con diagnósticos presuntivos. Situaciones que no se aclaran suficientemente en el informe de resultados por lo que se tienen las dudas anteriormente expresadas. Por lo anterior se ha desestimado el uso de el VI Estudio centinela. En el anexo 4 se presentan las tablas con los valores de manera detallada.

Para las personas entre 15 y 49 años la prevalencia estimada es de 0.22%, de acuerdo con los datos del VII Estudio Centinela de 2009. Es importante aclarar que dadas las condiciones de la epidemia en el país, la participación de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad tiene un valor superior.

La meta planteada en los objetivos del milenio para el 2015 es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. Esta meta se encuentra aún cumplida considerando los resultados del VII Estudio nacional centinela. (Ministerio de la Protección Social., 2010)

El Ministerio de la Protección Social desde 2003, con apoyo financiero inicial de la Comunidad Económica Europea y apoyo de la Oficina de ONUSIDA en Colombia, ha desarrollado la Estrategia de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. (EPTMI). Teniendo en cuenta la necesidad de valorar la respuesta en el país se ofrecen los datos generales en la siguiente tabla. Se observa un número de gestantes tamizadas creciente y los resultados del porcentaje de casos de VIH en gestantes tamizadas, ofrece valores muy cercanos a los resultados generales de los estudios de prevalencia en gestantes.

A partir de 2007 el Ministerio de la Protección Social a través de la Estrategia de Seguimiento y Evaluación que desarrolla el Observatorio Nacional de Gestión en VIH, ha desarrollado en conjunto con los actores de aseguramiento en salud y las Direcciones territoriales de salud (DTS), la valoración de 11 indicadores asistenciales prioritarios, los cuales incluyen el seguimiento a la oferta de APV y el diagnóstico de gestantes con VIH. Con los avances en la gestión de la EPTMI, a partir de 2010, estos datos serán enviados de las aseguradoras y DTS a la EPTMI, quien a su vez se convierte en Observatorio satélite para los indicadores relacionados con VIH y embarazo.

A continuación se presentan los resultados del tamizaje y los casos identificados de VIH en gestantes, por todos los actores del SGSSS que enviaron los indicadores asistenciales al Observatorio Nacional de VIH.

De acuerdo con estos datos, los cálculos resultantes de los datos recibidos directamente al Observatorio presentan cifras del Porcentaje de gestantes identificadas como VIH, un poco menores a las de la EPTMI y menores a las del VII Estudio Centinela.

**TABLA 3. PORCENTAJE DE CASOS DE VIH EN GESTANTES TAMIZADAS. OBSERVATORIO.**

Distribución anual.

Colombia 2005 a 2009.

Año	Gestantes tamizadas	Gestantes con VIH	Porcentaje de VIH
2005	316.229	395	0,12%
2006	268.109	567	0,21%
2007	557.900	813	0,15%
2008	581.215	923	0,16%
2009	510.923	757	0,15%

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. MPS. Marzo 2010.

En conclusión, a partir de los resultados del Estudio Centinela la prevalencia para 2009 es de 0,22%. Los valores que presenta la EPTMI y el Observatorio corresponden a un periodo anual y aportan cifras de 0.14% y 0.15% respectivamente. Los valores mantienen estabilidad en los últimos cinco años y permiten asegurar que la epidemia se encuentra concentrada en el país.

## MORTALIDAD

La mortalidad asociada con la infección por el VIH y el sida, proviene de los registros de certificados de estadísticas de defunción a cargo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Esta fuente de información, si bien es la más confiable por las características del tipo de registro, presenta limitaciones en relación con la oportunidad de la oferta de datos.

Otra fuente de datos es la recibida a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), los datos que se recogen de la notificación pasiva tienen mayor oportunidad que los datos generados por el DANE a partir de las estadísticas vitales, sin embargo, su nivel de subregistro es muy elevado. Para el año 2006 el DANE reportó 2.343 muertes asociadas con VIH/sida y en el mismo periodo el Sivigila recibió 385 casos notificados. En otros términos, se calcula un subregistro en el Sivigila del 84%. Este es el principal argumento para considerar oficiales los datos de fuente DANE. De manera complementaria se tiene que considerar el subregistro y el subdiagnóstico que se puede presentar en los registros oficiales, asociados a varios factores, aun cuando se destaca el esfuerzo para disponer de datos de buena calidad.

En el contexto de la epidemia por VIH/sida, la mortalidad permite valorar indirectamente la velocidad de las defunciones asociadas mediante el cálculo de la tasa de mortalidad por cien mil personas. La tendencia que se representa de este valor es valiosa para contestar si la epidemia está estable o continúa con bajos niveles de oportunidad diagnóstica o terapéutica. Se puede utilizar como indicio de situaciones de multiresistencia en las cuales se aprecia incremento en la mortalidad, a pesar de disponer de diagnósticos oportunos y acceso a TAR. Situación que de ser percibida, debe estar apoyada por estudios de biología molecular.

En la siguiente tabla se presentan los datos que presentan una tendencia estable con un crecimiento lento. La diferencia de casos de 2006 con respecto al año 2001 fue de 231 casos en el quinquenio, lo que equivale a una variación del 9,8%. El incremento promedio anual fue de 1,9%.

**TABLA 4. CASOS DE MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA**

Distribución anual de frecuencias, tasa de mortalidad por 100.000 Habitantes Colombia 1991 a 2006

Año.	Mortalidad por el VIH (SIDA).1	Población. 2	Tasa por 100.000 Hab.
1991	262	34.833.548	0,75
1992	637	35.530.177	1,79
1993	849	36.208.244	2,34
1994	1.117	36.862.626	3,03
1995	1.326	37.489.666	3,54
1996	1.479	38.076.638	3,88
1997	1.467	38.646.043	3,80
1998	1.444	39.201.321	3,68
1999	1.713	39.745.714	4,31
2000	1.907	40.282.217	4,73
2001	2.112	40.806.313	5,18
2002	2.115	41.327.459	5,12
2003	2.205	41.847.421	5,27
2004	2.430	42.367.528	5,74
2005	2.305	42.888.592	5,37
2006	2.343	43.405.387	5,40
2007	2.489	44.450.260	5.60
Acumulado	28.200		

Fuente 1: Bases de datos de mortalidad. DANE. Selección de Causa Homologada de Muerte '009' =VIH/SIDA

Fuente 2: Población, Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por Sexo y Edad. DANE Oct.2008.

Procesamiento: Observatorio Nacional de Gestión en VIH/SIDA. Junio de 2008.

De acuerdo con los datos presentados hay valores cercanos a las 2.500 personas que anualmente se registran con muerte asociada al VIH/sida en el país.

El promedio de crecimiento en el mismo quinquenio de casos notificados de VIH fue de 1.127 casos, lo que equivale a una variación del 28,7%. El incremento promedio anual fue de 5,3%.

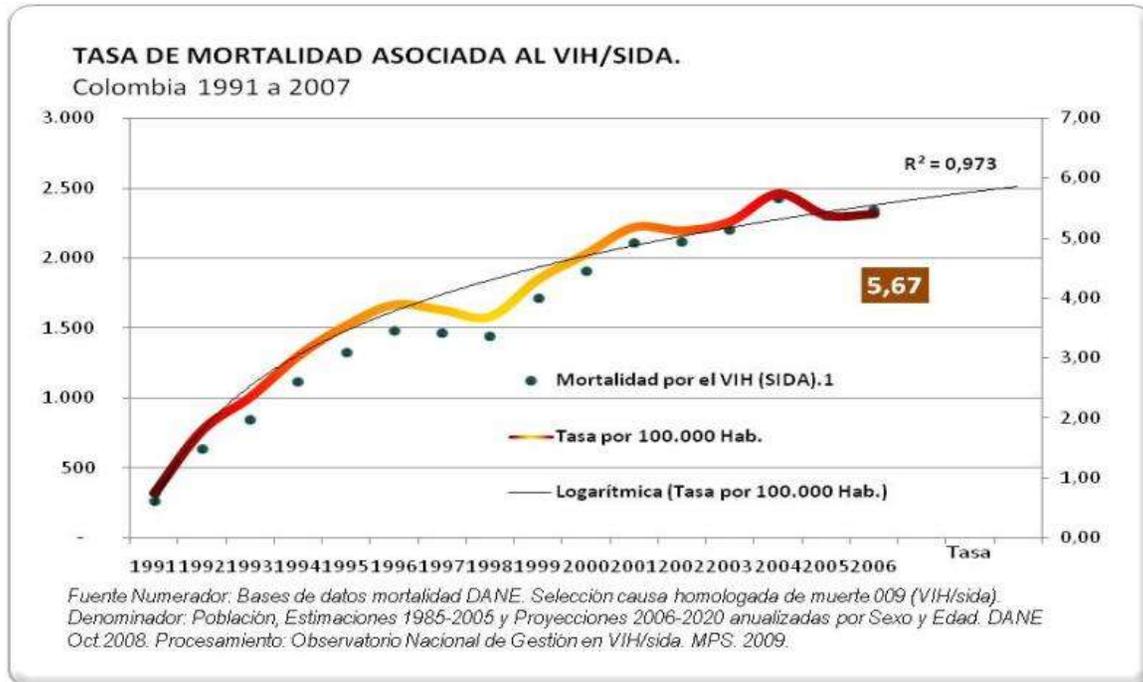
El promedio de crecimiento en el mismo quinquenio de casos notificados de sida fue de 30 casos, lo que equivale a una variación del 4,0%. El incremento promedio anual fue de 0,8%.

Considerando estas cifras, que la epidemia en Colombia está creciendo a expensas de casos de morbilidad clasificados como VIH. Si se considera la variabilidad media anual del quinquenio de los

eventos de muerte comparados con morbilidad, se tienen aproximadamente tres órdenes de magnitud de morbilidad por cada evento de mortalidad.

Se observa la tendencia creciente de mortalidad asociada al VIH/sida. El valor disponible para 2007 es de 5,6 por cien mil habitantes. En julio de 2010 estará disponible el informe de mortalidad hasta 2008. La mortalidad se distribuye predominantemente en el grupo de hombres en todas las edades. (Ministerio de la Protección Social., 2008)

**GRÁFICA 16. TASA DE MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA.**



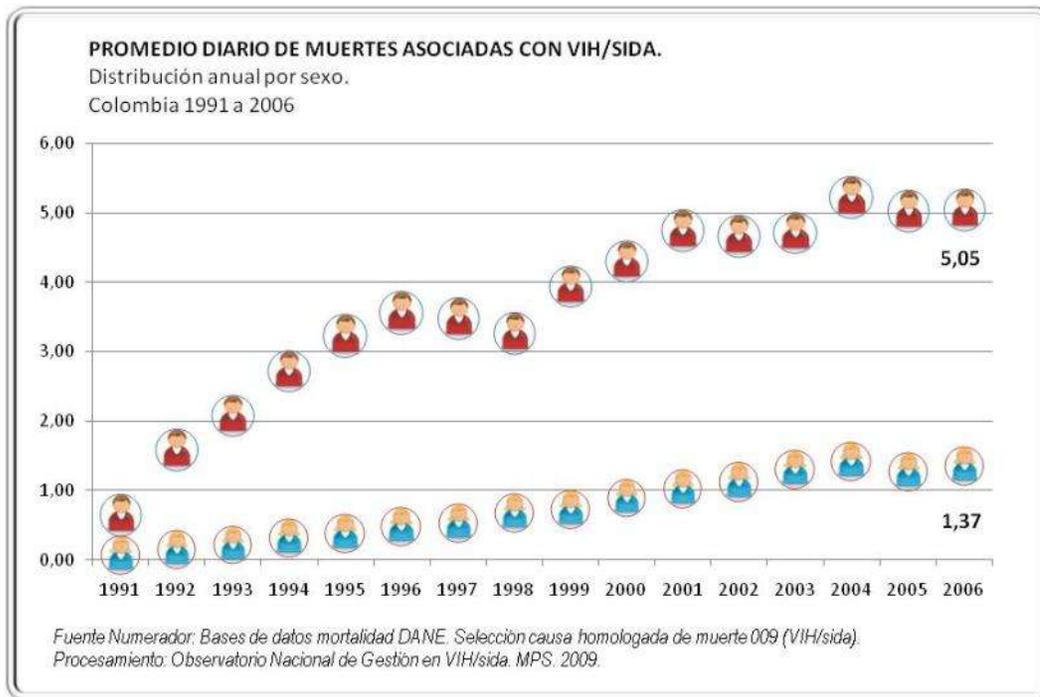
La mortalidad se puede asociar a diagnósticos tardíos (en etapa sida avanzado), que puede deberse a dificultades para el acceso al diagnóstico, al TAR y a baja percepción de riesgo o vulnerabilidad, que pueden hacer que las personas consulten en condiciones de gran deterioro. Todas estas posibilidades 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.

Otro elemento importante a considerar en la valoración de la mortalidad es el efecto del acceso a TAR. En la medida en que las personas reciban los medicamentos y tengan buena adherencia terapéutica, la mortalidad disminuye de manera sostenida. Las cifras no llegarán a cero por cuanto los tratamientos no son curativos y el deterioro inmunológico y la presentación de patologías oportunistas y en particular la tuberculosis, generan casos de mortalidad.

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.

Otra forma de valorar los cambios de magnitud de la afectación por mortalidad se calcula sobre un denominador fijo que no se afecte por los valores poblacionales. Como resultado de este ejercicio para el 2006 se notificaron diariamente en promedio 6 personas muertas asociadas con VIH/sida, de las cuales 5 fueron hombres y 1 mujer. Al valorar la variación en el último quinquenio, desde 2001 se aumentó en 0.33 personas-día para hombres y 0.36 personas-día para mujeres. De acuerdo con este cálculo se puede afirmar que la variación anual es muy baja.

#### GRÁFICA 17. PROMEDIO DIARIO DE MUERTES ASOCIADAS CON VIH/SIDA.

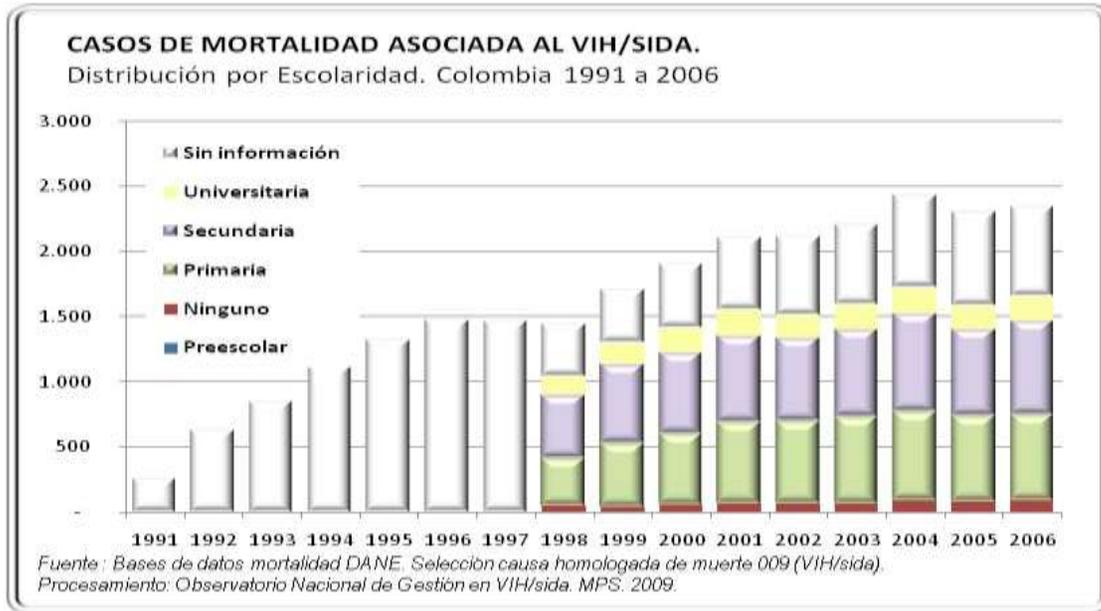


En este momento se debe orientar la búsqueda de datos e información a las condiciones asociadas a un comportamiento estable. Se deben incluir los condicionantes positivos como mayor oportunidad de diagnóstico, mayor acceso a la atención, mejores resultados de adherencia terapéutica y fortalezas del sistema de registro de estadísticas vitales del DANE, entre los principales. De otro lado, los condicionantes negativos podrían corresponder a retraso en el diagnóstico, baja oferta de APV, adherencia al TAR sin modificaciones, subdiagnóstico, subnotificación, entre otros.

La variable de escolaridad se encuentra disponible desde 1998. A partir de ese año se aprecia una distribución predominante de primaria, secundaria y sin información. Para el año 2006 se reportaron 722 casos con educación secundaria, 690 sin dato, 655 primaria, 186 universitaria, 88 sin educación y 2 en preescolar.

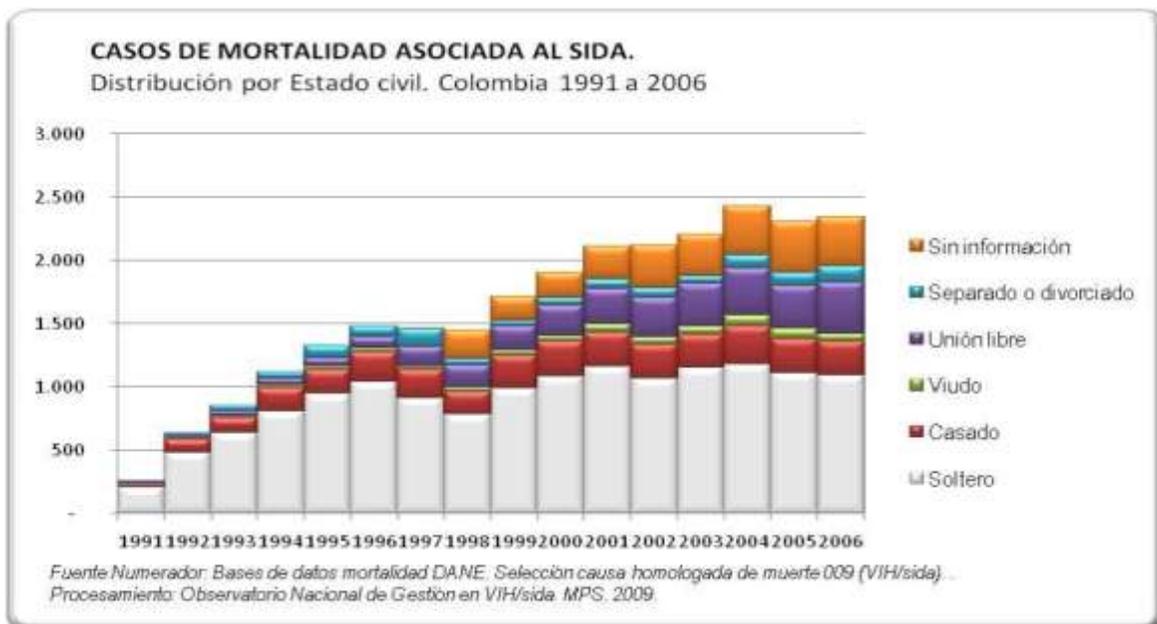
Estos datos indican que el nivel educativo de secundaria y primaria es el que manifiestan los registros de estadísticas vitales.

**GRÁFICA 18. CASOS DE MORTALIDAD ASOCIADA CON VIH/SIDA. ESCOLARIDAD.**



En cuanto a la distribución de la mortalidad, se observa predominio de las personas solteras, seguidos de unión libre y sin información. En general las proporciones son estables a través del tiempo.

**GRÁFICA 19. CASOS DE MORTALIDAD ASOCIADA AL SIDA. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL.**



## ESTIMACIONES Y PROYECCIONES.

En Colombia se adopta el procedimiento de estimaciones y proyecciones que recomienda ONUSIDA, el cual utiliza el software *Estimation Projection Package* (EPP) y el Spectrum.<sup>1</sup> Con el propósito de valorar este escenario de la epidemia, se realizó la adecuación de los datos que se ingresan al software de estimaciones EPP<sup>2</sup> que arrojan un valor de prevalencia para 2009 de 0.59% con un cálculo de 140.125 personas con VIH o sida en el país.

Es necesario realizar algunas precisiones de los datos disponibles y el método utilizado:

- Este cálculo se hizo con las versiones de software 2009 en febrero 2010.
- Los grupos poblacionales incluidos fueron HSH, MTS, clientes de MTS, Población privada de la libertad, remanente de mujeres y de hombres.
- A partir de la estructura poblacional estimada por grupo y los estudios de prevalencia por lugar se generan los escenarios de ajuste para una epidemia de tipo concentrado y de acuerdo con la respuesta del mejor modelo se generan los datos de estimaciones en el EPP.
- Se tienen limitaciones en la oferta de datos para las diferentes subpoblaciones incorporadas en el modelo.
- No se tuvo en cuenta la población de consumidores de drogas inyectables por falta de datos.
- Estos datos pueden variar de acuerdo con futuras estimaciones por cambio de datos, ajuste poblacional y modificación de software.
- Los datos de TAR son limitados y se incluyen desde 2005 por lo que esto afecta la representación en la gráfica.

A continuación se presentan las imágenes de la curva generada para el país, en donde se debe enfatizar que no se puede hacer una interpretación rápida de la curva nacional con afirmaciones tales como que la epidemia está en control o que se está disminuyendo.

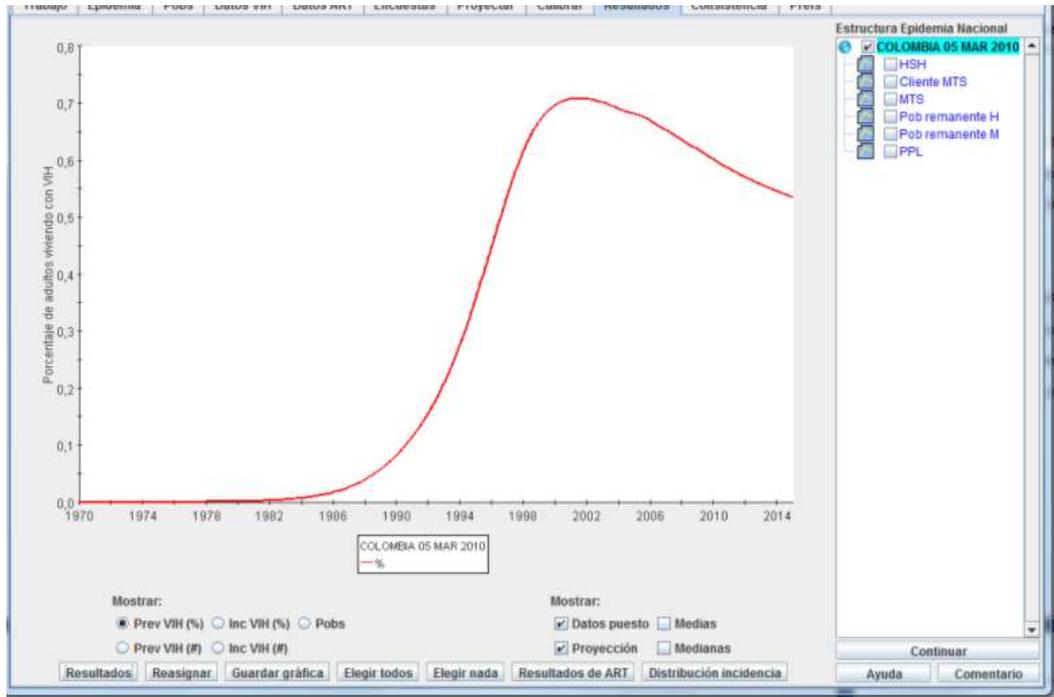
La representación gráfica se genera a partir del EPP con llama la atención que tiene una tendencia de rápido crecimiento con un pico en el año 2000 y luego un comportamiento decreciente rápido. La diferencia entre lo reportado y lo estimado principalmente se podría explicar a que muchas personas infectadas aún no acceden al diagnóstico por múltiples razones. Es importante recordar que el proceso de estimar la epidemia depende de los datos incorporados, los supuestos de cálculo y modelaje.

---

<sup>1</sup> Versión 3.37

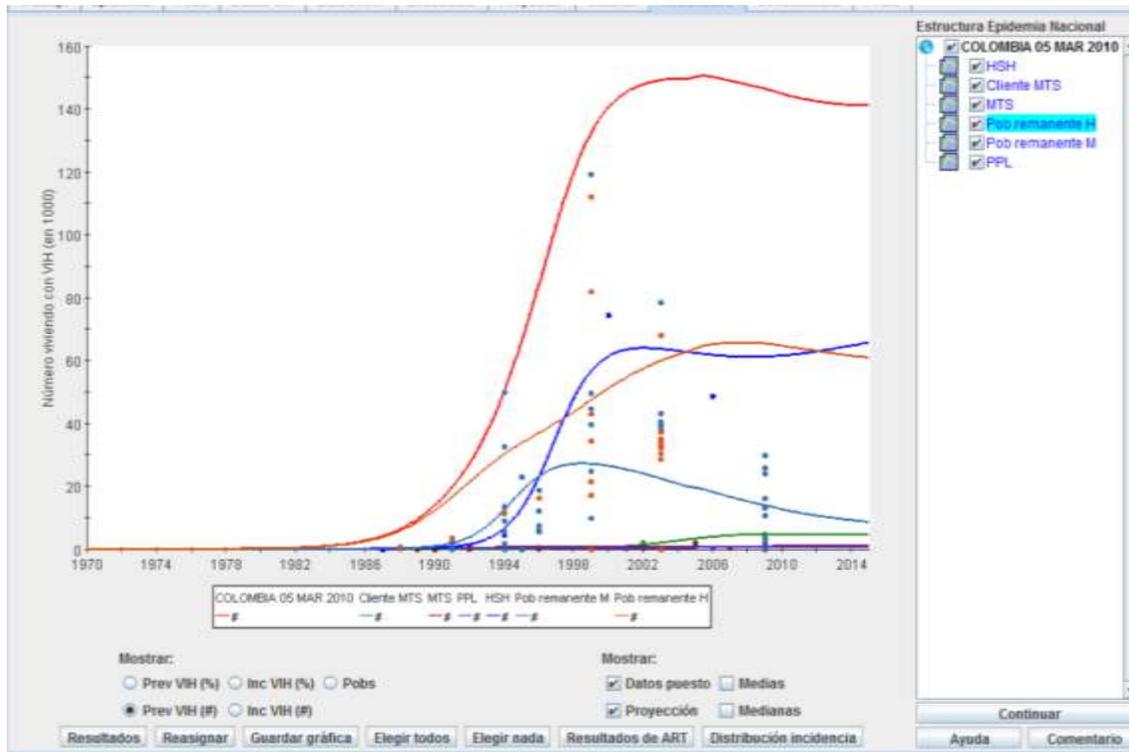
<sup>2</sup> Se utilizó la versión EPP 2009 Beta U.

**GRÁFICA 20. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE VIH/SIDA. COLOMBIA HASTA 2014. MODELAJE EPP.**



En relación a las curvas para cada subgrupo poblacional de los considerados en este modelaje, se aprecia un predominio notorio de HSH y población general de hombres. Esta representación llama la atención en lo pertinente al grupo de HSH por su magnitud, lo cual se explica porque la población de HSH es proporcionalmente pequeña, sin embargo su afectación en términos de número de personas estimadas con VIH es muy similar.

**GRÁFICA 21. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE VIH/SIDA POR POBLACIONES VULNERABLES. COLOMBIA HASTA 2014. MODELAJE EPP.**



En el proceso de modelaje de la epidemia, se genera un archivo especial desde el EPP que se exporta para ser utilizado en el Spectrum. Luego de importar este archivo, se hacen ajustes relacionados con aspectos de la terapia antirretroviral y las líneas de formulación. Este ajuste se hizo a partir de las recomendaciones del grupo de expertos de 2009. Es importante aclarar que no se dispone de información precisa de la forma como se requiere ni con la antecedencia temporal suficiente. Como consecuencia de estas debilidades, los resultados de las estimaciones ofrecen limitaciones de veracidad. Se están realizando procesos de apoyo a la Cuenta de Alto Costo con el propósito de formalizar el manejo estandarizado de una base nacional de la cual se puedan obtener datos precisos.

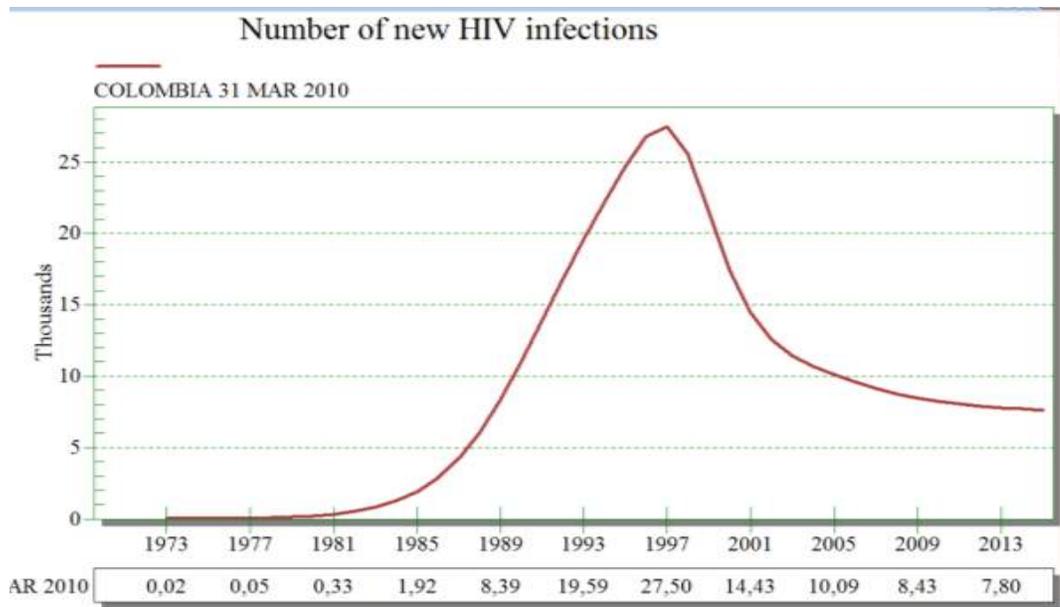
De acuerdo con los resultados de los estudios en diferentes ciudades y años, es claro que los valores más elevados de prevalencia se observan en el grupo de HSH y en el de MTS.

A partir del *software* de Spectrum se generaron las siguientes curvas de proyección. Se considera que las proyecciones de niños, huérfanos, requirientes de TAR y mortalidad son muy altas con relación a los datos disponibles y la percepción de los expertos clínicos.

Es necesario aclarar que la representación gráfica de las proyecciones de nuevas infecciones en el país, tiene una forma de crecimiento y decrecimiento rápido, con pico en 1997. Esta es una situación que se explica por la limitada disponibilidad de datos de TAR, lo cual afecta la estimación de crecimiento y consecuentemente, estas falencias hacia el futuro, pueden generar curvas con variación de su crecimiento.

En conclusión, se debe recalcar que no se puede interpretar la figura como un descenso o disminución de la epidemia en el país en relación con los casos incidentes estimados. Por otra parte, es importante valorar la cifra que presenta para 2009 con un estimado de 8.430 casos nuevos, situación muy posible de acuerdo con los datos de notificación y el comportamiento en el país para los años precedentes.

**GRÁFICA 22. NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH. COLOMBIA 2013. PROYECCIÓN SPECTRUM.**

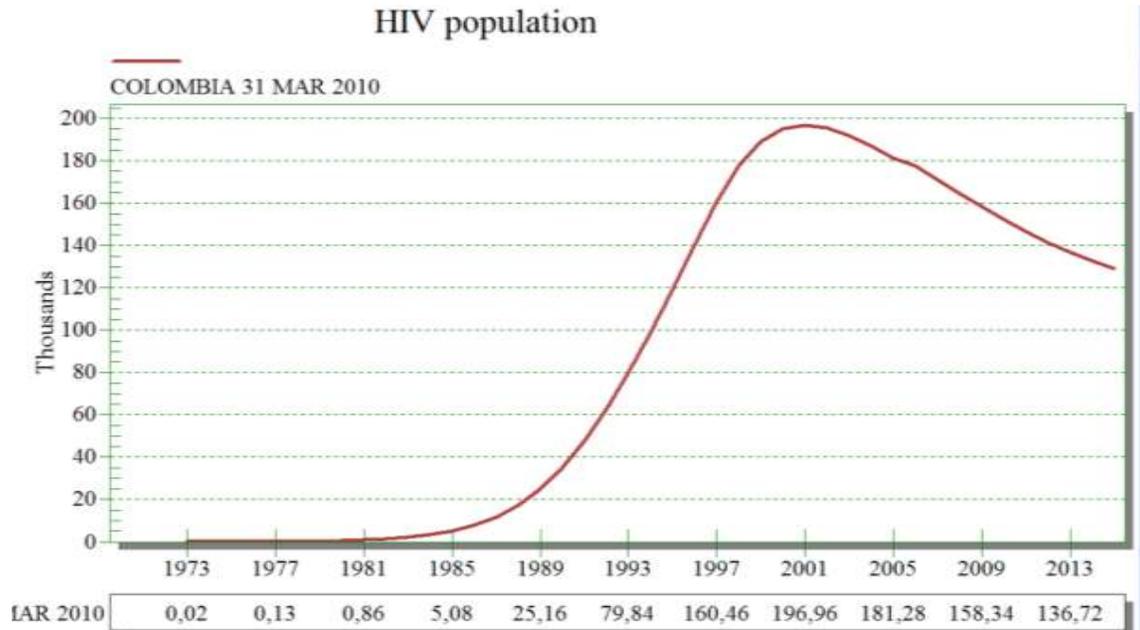


En relación con las proyecciones de población que vive con VIH o sida en el país, se genera el dato de 158.340 personas. Cifra que llama la atención porque es menor a datos previamente calculados. En este sentido hay que aclarar que la disponibilidad histórica de datos y las versiones de *software* han variado. Esto representa un avance en la precisión del modelo de cálculo. Es importante mencionar que los datos que se utilizan en el *software* provienen de estudios en África y Asia, por lo que esto podría afectar los valores de resultado.

La representación de esta curva tiene un menor grado de pendiente de crecimiento y el descenso es lento. Aquí es importante aclarar que como resultado del proceso de proyecciones, siempre se

observa una tendencia de disminución que no representa la realidad. Situación que se puede corroborar con los resultados de años anteriores cuando se ha utilizado este mismo procedimiento. Se debe aclarar que esta cifra se descompone entre las personas que conocen su diagnóstico y quienes aún lo desconocen.

**GRÁFICA 23. PROYECCIONES DE POBLACIÓN CON VIH. COLOMBIA 2013. PROYECCIÓN SPECTRUM.**



Como resultado del procesamiento en el *software*, se proyectaron 14.300 muertes para 2009, valor muy superior al resultado oficial de registros de mortalidad del Departamento Nacional de Estadística, que reporta de manera estable en los últimos años valores cercanos a los 2.500 casos por año. Esta situación se afecta por limitación de datos de TAR y prevalencias. Esta discrepancia también se observa en el modelaje de otros países Latinoamericanos. Esto debe continuar su valoración hacia el futuro.

En conclusión, la epidemia nacional es concentrada, con tendencia al crecimiento moderado, mortalidad estable y patrón de afectación principal en hombres y edades de 25 a 34 años.

Los grupos más afectados son los HSH, las personas transgénero y las MTS. Se considera necesario profundizar el conocimiento de prácticas y prevalencia en estas y otras poblaciones con condiciones de vulnerabilidad como consumidores de drogas inyectadas, jóvenes y población migrante.

## RESPUESTA NACIONAL

Las actividades que desarrollan los diferentes actores de la respuesta nacional, se orientan desde la perspectiva programática definida en la Resolución 3442 de 2006 y sus cuatro objetivos.

### **OBJETIVO 1. CONTENER LA EPIDEMIA DEL VIH.**

Desde este objetivo se realizan las acciones orientadas hacia la Promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención de la infección, la atención a grupos de mayor vulnerabilidad, el control del riesgo biológico y la bioseguridad.

### **OBJETIVO 2. DETECTAR TEMPRANAMENTE LA INFECCION POR VIH.**

Se orientan las acciones necesarias para hacer movilización social para aumentar la demanda de asesoría y pruebas voluntarias con enfoque de vulnerabilidad. De manera complementaria se promueve la garantía al acceso a la asesoría y pruebas voluntarias

### **OBJETIVO 3. DETENER LA PROGRESIÓN DE VIH A SIDA Y LA APARICIÓN DE RESISTENCIAS AL TAR.**

Se desarrollan actividades orientadas a prevenir la exclusión social de las personas con VIH/SIDA, esto mejora la posibilidad de auto reconocimiento de la vulnerabilidad y riesgo, lo que mejora la intención al diagnóstico y el cumplimiento de los esquemas terapéuticos. El manejo integral de la población con VIH/SIDA es fundamental para ofrecer las mejores condiciones de salud y limitar las situaciones que propician la resistencia a los tratamientos disponibles.

### **OBJETIVO 4. MONITOREAR Y EVALUAR.**

El concepto global involucra de manera complementaria el desarrollo de las acciones de Vigilancia en salud pública, la caracterización epidémica y el desarrollo de los sistemas de información.

Todas estas acciones se vienen adelantando desde los diversos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los desarrollos son variados en magnitud y coberturas. Estas acciones se encuentran en los Informes de avances del Modelo de gestión programático. Colombia 2007, 2008, 2009, los cuales presentan los progresos de los actores de aseguramiento para régimen contributivo, subsidiado y las Direcciones Territoriales de Salud.

#### **Aseguramiento.**

El aseguramiento en salud es un tema fundamental para garantizar la oportuna oferta de servicios en las diferentes áreas de respuesta. Es pertinente presentar los avances de la respuesta nacional en función de las coberturas de afiliación a los regímenes subsidiado y contributivo.

“La continuidad en la afiliación al Régimen Subsidiado con corte a 31 de diciembre del año 2007 ascendió a 21.606.812, de los cuales 20.373.977 correspondieron a subsidios plenos y 1.232.835 a subsidios parciales. Para la vigencia 2008 - 2009 con corte al 31 de marzo de 2009, las entidades

territoriales reportaron un total de 23.804.788 cupos contratados en el Régimen Subsidiado de los cuales 22.688.999 corresponden a subsidios plenos y 1.115.789 a subsidios parciales, observándose un decrecimiento de los parciales en cumplimiento de la política de transformación de subsidios parciales a plenos de 2008. Así, las entidades territoriales transformaron 178.147 subsidios parciales a plenos durante esta vigencia. De los 23.804.788 cupos contratados 2.230.375 corresponden a la ampliación de cobertura registrada en el país mediante subsidios plenos.

Con corte a 31 de marzo de 2009, la población indígena afiliada al régimen subsidiado era de 1.167.463. De este total, 87.429 correspondía a la ampliación de cobertura con recursos de la vigencia 2008.

La población desmovilizada del conflicto armado afiliada al Régimen Subsidiado, con corte 31 de marzo de 2009, era de 76.447 personas, este número de afiliados incluye al núcleo familiar. De este total, 5.500 corresponden a la ampliación de cobertura con recursos de la vigencia 2008. La financiación de la afiliación de esta población se realiza con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. Es importante resaltar que durante el año 2008, el CNSSS, a través del Acuerdo 384, puso a disposición de las entidades territoriales para la Población en Situación de Desplazamiento 852.549 nuevos cupos.

Evaluado el promedio anual de afiliados compensados para el año 2007 frente al mismo comportamiento del año anterior, se encuentra que los afiliados compensados en este régimen se incrementaron en un 6.09% pasando de 16.029.505 a 17.006.391.” (Ministerio de la Protección Social, 2009)

## **PREVENCIÓN.**

- Se han realizado las siguientes acciones de trabajo directo con grupos de mayor vulnerabilidad que incluyen el fortalecimiento del sistema de vigilancia en ITS - VIH / SIDA y desarrollo de la estrategia de reducción de la transmisión materno infantil del VIH, control de la sífilis gestacional y eliminación de la sífilis congénita.
- Se ha dado apoyo a proyectos de promoción, prevención y atención en áreas del Sistema de la Protección Social a hogares desplazados de municipios priorizados, talleres a profesionales de la salud sobre SSR, condiciones de vulnerabilidad, riesgo de infección por ITS y VIH/sida y prevención de la infección, educación en legislación vigente sobre VIH/sida y derechos humanos, sexuales y reproductivos y fortalecimiento de la capacidad de asesoría pre y post prueba y realización de pruebas de detección del VIH.
- Se han realizado acciones para el proyecto de atención lúdica, recreativa y logística como laboratorio piloto en la prevención de problemas en la sexualidad de los adolescentes
- Se ha brindado apoyo a la implementación, seguimiento y evaluación de la estrategias de la política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y en las direcciones territoriales de salud.

- Desde el año 2006, el Ministerio de la Protección Social asumió la tarea de financiar la estrategia de prevención de la transmisión perinatal del VIH que se inició con el apoyo de la Comunidad Europea y la gestión nacional del ONUSIDA. Actualmente, el Ministerio de la Protección Social implementa la estrategia, cuyo propósito es el de brindar diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en las mujeres gestantes en población vinculada. Los siguientes datos provienen de esta fuente.

En el periodo de 2003 a Diciembre de 2009 se han tamizado 1.260.050 gestantes, en el acumulado general de los siete años han resultando 2.261 gestantes diagnosticadas con el VIH, lo cual significa que como resultado global acumulado de la estrategia el 0.18% del total de gestantes tamizadas han tenido un diagnóstico confirmado. En el año 2009 se tamizaron 364.196 gestantes y se diagnosticaron con VIH 515 [0,14%] mujeres. Adicionalmente se identificaron 83 gestantes con diagnóstico previo de VIH, para un total de 598 gestantes en 2009.

Del total de gestantes tamizadas en 2009, 441 [73.7%] han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico. De las 198 gestantes con VIH tuvieron parto en 2009, se referenciaron 199 nacidos vivos, todos los cuales recibieron fórmula láctea para complementar las medidas de prevención de la adquisición de la infección en el posparto por vía de lactancia materna. Para el año 2009, de los 199 nacidos vivos hay 3 casos diagnosticados [1.5%], valor menor al del año 2008 [1,8%].

Con las intervenciones realizadas anteriormente y teniendo en cuenta que el porcentaje de niños que nacerían infectados de madres positivas sin ninguna intervención es del 28%, en el 2009 se esperarían 167 casos de neonatos con infección por VIH. En otras palabras se ha evitado en 2009, que 164 niños nazcan con el Virus del VIH.

En respuesta a la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, el Ministerio de la Protección Social, está trabajando en la revisión y ajustes finales del “Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Perinatal del VIH y la Sífilis Congénita en Colombia”, el cual será presentado al país, durante los días 6 y 7 de Mayo de 2010, en Bogotá.

- Adicionalmente, se incluyó dentro del Plan Obligatorio de Salud, la entrega de preservativos a las personas con VIH o ITS de acuerdo con la reglamentación vigente orientada a cortar la cadena de transmisión y la promoción de su uso.
- Se continúan las acciones que permiten ofrecer garantía de calidad en Bancos de Sangre y otros tejidos mediante la aplicación de estándares internacionales, lo que se apoya en la utilización adecuada del sello de calidad de sangre y hemoderivados. Acciones que se incluyen en los procesos de vigilancia de la calidad de la sangre que realiza el Instituto Nacional de Salud.
- Se dispone del marco normativo que permite garantizar la disponibilidad de normas de Bioseguridad en Instituciones de Salud y otras. Se han realizado acciones de difusión y favorecimiento de la Adopción de normas de bioseguridad vigentes.

- Las acciones de IEC a la población vulnerable, al personal de salud y trabajadores de otros establecimientos de riesgo, tienen un desarrollo heterogéneo en los diferentes Departamentos y Distritos. Se informa de acciones dirigidas al grupo de HSH, a las MTS, acciones contra la drogadicción y el consumo de sustancias psicoactivas, enfocadas en evidenciar el riesgo de sexo no protegido bajo sus efectos.
- Desde el año 2007 el Ministerio de Protección Social, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Plan Nacional de Salud Pública, desarrolló un Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, con el fin de reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y SSR a este grupo poblacional. El programa comparte con los desarrollos mencionados anteriormente un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, y se enfoca en el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del SGSSS y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual ajustados a sus necesidades.

El Modelo busca que las instituciones de salud se vuelvan “amigables” para los adolescentes y jóvenes, que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población y por ello favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios.

Los servicios de salud tienen la responsabilidad social de influir para que adolescentes y jóvenes comprendan y asuman su sexualidad de manera consciente y tomen decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas; para lo cual se requiere que las gerencias y direcciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud adopten políticas internas para reorientar los servicios de salud de adolescentes y jóvenes, reconociéndoles como personas sanas, en capacidad de mantener y aumentar su bienestar. (Ministerio de la Protección Social, 2010)

## **ATENCIÓN.**

Los diferentes actores del SGSSS han realizado jornadas de capacitación del personal de la salud sobre las indicaciones para la realización de profilaxis en casos de exposición de riesgo ocupacional y no ocupacional, ofrecimiento de asesoría y pruebas diagnósticas y la realización de profilaxis de acuerdo con los lineamientos de la guía de atención. Todas estas acciones están debidamente amparadas en la legislación vigente.

Una actividad importante como puerta de entrada a los compromisos de atención, lo constituyen las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), para sensibilizar a la población general, en las condiciones de vulnerabilidad para adquirir el VIH y de esta forma, motivar la demanda espontánea de pruebas diagnósticas. Se han capacitado los equipos de salud de las

diferentes IPS, para promocionar la oferta apropiada de asesoría y prueba para la detección de la infección por VIH/SIDA.

De manera complementaria, se han realizado acciones de capacitación de los equipos de salud de las diferentes IPS, para la captación de grupos vulnerables y la oferta apropiada de asesoría y prueba para la detección de la infección por VIH/sida. También se realizaron acciones de IEC para la promoción de asesorías y pruebas diagnósticas de VIH/sida voluntarias, confidenciales y consentidas.

Se han ofrecido jornadas de capacitación a las direcciones territoriales, los Administradores de Planes de Beneficios (APB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) sobre la normatividad vigente y los mecanismos para garantizar el fácil acceso a los procedimientos de detección de la infección por VIH, para evaluar la capacidad de la red de atención más cercana al usuario, para ofrecer asesoría pre y post test y calificar el esfuerzo de ajuste que es requerido. Acciones de comunicación para el asumir comportamientos socialmente responsables.

Acompañamiento a las DT en el proceso de evaluación de la oferta calificada para la prestación de servicios de asesoría y prueba a la población objetivo en la red de prestadores en salud existente. Estas actividades se acompañan del diseño de los contenidos de la capacitación, las metodologías y los mecanismos de evaluación de conocimientos y habilidades comunicativas de quienes estarían en capacidad de realizar estas actividades. Se considera que la calidad de los servicios es de interés común para los agentes involucrados.

Se han realizado acciones de capacitación a los trabajadores de la salud que participan en los procesos de detección de alteraciones del embarazo sobre la importancia de ofrecer a todas las mujeres la asesoría y prueba para la detección del VIH, la forma de hacerlo y los demás asuntos administrativos requeridos. Estas incluyen metodologías para la identificación de condiciones de mayor vulnerabilidad para la infección por VIH/sida y la oferta abierta de asesoría y prueba de detección a todas las personas en condición de vulnerabilidad.

En lo relativo a la atención integral de los adultos con VIH/SIDA se dispone de una guía de atención integral de 2006, la cual debe ser actualizada, se ha desarrollado la asistencia técnica a los equipos de salud, en la Guía de atención integral a PVVS adultas. Se ha apoyado la gestión ante la Comisión Nacional de precios de Medicamentos, quien redujo los precios de referencia para el medicamento Kaletra®.

Se han realizado las acciones necesarias para garantizar la oferta de la atención integral de la gestante viviendo con VIH/SIDA y manejo del recién nacido, mediante la definición del modelo de atención, apoyo en compra de insumos diagnósticos, medicamentos y fórmulas lácteas de suplencia, así como de un proceso de capacitación al personal de salud de la red de servicios de la APB, sobre las condiciones para la atención de la población con VIH/sida.

Para la atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH/SIDA se vienen desarrollando las acciones necesarias a cargo del personal sanitario que tiene experiencia en ese campo. Se debe

reconocer que no existe una guía nacional para este grupo poblacional. Se han apoyado esfuerzos de la OPS/OMS para adaptar una guía de atención integral basada en la evidencia para niños, niñas y adolescentes infectados con el VIH. Situación que está con un retraso por modificaciones recientes relacionadas con la construcción y utilización de guías.

En algunos lugares se ofrecen servicios de apoyo para facilitar el acompañamiento de familiares o cuidadores a las personas con VIH, en los desplazamientos para solicitar atención y en lo relacionado con la convivencia y los cuidados de todos. Se reconoce que es un área en la cual hay que mejorar la disponibilidad de información de seguimiento.

## TRATAMIENTO.

La normatividad establece que se debe garantizar la atención integral a las personas con VIH. Entre los medicamentos disponibles en el país se encuentran el Lopinavir+Ritonavir, Zidovudina+lamivudina, Efavirenz, Abacavir, Didanosina, Atazanavir, Tenofovir, Abacavir+Lamivudina, Saquinavir, Fosamprenavir, Ritonavir, Estavudina, Zalcitabina, Etravirina, Nevirapina, Amprenavir, Darunavir, Nelfinavir, Indinavir, Abacavir + Lamivudina + Zidovudina, Enfurtivide, Maraviroc y Raltegravir.

El sistema de gestión de medicamentos es descentralizado y directamente relacionado con las administradoras de planes de beneficios de acuerdo con el régimen de aseguramiento de las personas. Para las personas que requieren medicamentos que no estén incluidos en el plan obligatorio de salud, se autoriza mediante los comités técnicos científicos que existen en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Un área muy importante de la valoración del tratamiento, es la cobertura de oferta en la población con VIH.

Como antecedente se debe presentar la información del año 2007 la cual a partir de los datos obtenidos en el estudio de medición del gasto en SIDA, que se realiza cada dos años, de acuerdo con los compromisos adquiridos por el país, se dispone de los siguientes datos de cobertura global de terapia antirretroviral.

**TABLA 5. COBERTURA DE TAR PARA VIH/SIDA 2007**

Distribución por frecuencias y porcentajes.  
Colombia 2005 – 2007\*

Año	Población identificada VIH/SIDA	Pacientes en tratamiento ARV	% Global en tratamiento	% Global sin tratamiento
2005	20.697	16.500	79,7%	20,3%
2006	23.937	17.322	72,4%	27,3%
2007*	25.122	19.097	76,0%	24,0%

\* Información parcial población no asegurada

Fuente: Gasto Nacional en VIH/SIDA Colombia 2006-2007. ONUSIDA Colombia, Ministerio de la Protección Social y Procesum.

Es necesario aclarar que estas cifras corresponden a un estudio puntual que se desarrolló con el apoyo de ONUSIDA en Colombia.

De acuerdo con los datos oficiales que se han generado a partir de la Estrategia de Seguimiento y Evaluación del MPS, en el Observatorio Nacional de Gestión en VIH, se han recibido datos semestrales de los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, así como de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud quienes cubren a las personas no afiliadas. Las fechas de corte corresponden al último día de cada semestre a partir de lo cual se presentan datos de prevalencia de punto para estas variables. En relación con la diferencia de resultados de la Tabla 6 y la Tabla 7 para 2007, esta variación se explica por dos situaciones. En primer lugar son metodologías de recolección de datos diferentes y en segundo término se tienen diferentes coberturas de participación de entidades en las respuestas. Para los efectos de informes que requieran estas variables se adoptó el resultado que genera la Estrategia de seguimiento y evaluación del MPS.

En la siguiente tabla se presentan los datos referidos al cálculo de la Cobertura del Tratamiento Antirretroviral, para lo cual se estableció un método de aproximación donde el dato referido se obtiene de la sumatoria de las personas con sida y el ochenta por ciento de las personas con VIH. El numerador corresponde al número de personas que a final de cada semestre se encontraban recibiendo TAR y el denominador de personas requirientes de TAR. Esta cifra como ya se indicó, se calculó sumando el 80% de las personas con VIH en seguimiento y el total de personas con sida en seguimiento. Hay comparabilidad en el cálculo porque corresponde a los mismos periodos y oferentes de información. La debilidad se expresa en la variabilidad de respuestas recibidas por los Observatorios satélites en los diferentes momentos. El factor de cálculo de 80% de las personas con VIH que requieren tratamiento obedece a dos criterios: El primero mediante consulta de expertos clínicos de varias ciudades del país y el segundo a partir de lo informado en consultas con Chile y Brasil.

#### **TABLA 6. INDICADORES DE COBERTURA DE TAR.**

Distribución por año y mes de corte.  
Colombia 2005 a 2009

PERIODO	NPREC-TAR (1)*	NPV (2)*	NPS (3)*	NEPVREQ-TAR80 (4)*	PEC-TAR (5)*
2005 JUL	3.291	2.676	1.979	4.120	80%
2005 DIC	7.505	8.001	2.924	9.325	80%
2006 JUL	6.040	6.690	4.508	9.860	61%
2006 DIC	14.000	17.788	7.158	21.388	65%
2007 JUL	11.855	10.453	8.972	17.334	68%
2007 DIC	12.237	10.382	8.784	17.090	72%
2008 JUL	15.042	15.860	9.813	22.501	67%
2008 DIC	17.551	16.958	13.356	26.922	65%
2009 JUL	19.681	18.782	13.795	28.821	68%
2009 DIC	16.302	15.279	10.701	22.924	71%

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo de 2010. Nota: El cálculo de estimación de requirientes, se hizo a partir de la sumatoria del 100% de personas con sida y el 80% de personas con VIH.

(1) NPREC-TAR: Número de personas que reciben TAR. (2) NPV: Número de personas en seguimiento con VIH. (3) NPS: Número de personas en seguimiento con sida. (4) NEPVREQ-TAR80 Número estimado de personas que requieren TAR. (5) PEC-TAR Porcentaje estimado de cobertura de TAR.

Se están adelantando procesos de seguimiento orientados a mejorar la identificación de las poblaciones en el país, de forma tal que hacia el futuro, se dispongan de datos reales. En este propósito se encuentran directamente involucrada la oficina de la cuenta de alto costo quien tuvo la aprobación para iniciar las acciones de seguimiento de los servicios ofertados por las administradoras de planes de beneficio en el grupo de personas con VIH y sida.

Se espera que con el incremento de afiliaciones al SGSSS se logre la cobertura universal de terapia a todos aquellos pacientes identificados que la requieran y que la tomen adecuadamente.

Este indicador va a ser parte de los que va ofrecer la cuenta de alto costo del sistema general de seguridad social en salud.

## **APOYO.**

Formación al personal de salud de las instituciones prestadoras de servicios y los administradores de planes de beneficios, para evitar cualquier forma de discriminación en el proceso de atención, prevenir la exclusión social y promover la equidad de género.

En algunas secretarías departamentales y distritales de salud se han realizado convenios con sitios de albergue para apoyar el desplazamiento de personas con VIH y sus familiares, en aquellas circunstancias en que requieran la atención en un lugar distante a su sitio de residencia. Se reconoce que estos logros no son amplios en su oferta. Existen algunas iniciativas de apoyo para la capacitación e inclusión en algunos procesos productivos lo que se orienta a la promoción del desarrollo de servicios sociales de apoyo para PVVIH.

Se han realizado acciones de capacitación en la normatividad existente que favorece la difusión y garantía de Derechos Humanos, Sociales, Políticos y Económicos especialmente relacionadas con las PVVS.

## **CAMBIO EN EL CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO**

El país realizó en 2007 una Encuesta Nacional de Salud con la representatividad muestral necesaria para ofrecer datos que valoren la situación nacional. De este documento se seleccionaron los apartes que hacen referencia a los Conocimientos, actitudes y prácticas de las personas en relación con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, así como la autovaloración de riesgo para VIH. (Ministerio de la Protección Social y otros., 2009).

“El 88% de las personas entre 18 y 69 años dice conocer la existencia de enfermedades que pueden transmitirse sexualmente; y, el 92% de esta población, conoce que el uso del condón ayuda a prevenirlas.

Sin embargo, sólo el 18% de los que conocen las posibilidades de prevenir las enfermedades de transmisión sexual con el condón, admite haberlo utilizado en su primera relación sexual, porcentaje que no resulta diferente del 19% que refiere haberlo utilizado en su última relación sexual.

Si se le solicitase el uso del condón para tener relación sexual, el 71% de esta población lo atribuiría a que el o la solicitante se quiere proteger.

La población mayoritaria (más del 89%) conoce de la existencia del VIH-SIDA como enfermedad. El 15% de los hombres entre 18 y 69 años refiere haberse realizado la prueba para identificación del virus VIH; este porcentaje se eleva al 23,5% entre las mujeres del mismo grupo de edad. Al observar esta característica por nivel educativo máximo alcanzado se observa que la mujer muestra porcentajes superiores al hombre en prácticamente todos los niveles educativos excepto en posgrados.

**TABLA 7. POBLACIÓN ENTRE 18 Y 69 AÑOS (%) QUE SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ UNA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL VIH**

Distribución por sexo y máximo nivel educativo alcanzado.  
Colombia 2007.

Máximo nivel educativo	Hombre	Mujer
Ninguno	5,8	7,6
Preescolar o Básica Primaria	9,0	14,0
Básica Secundaria y Media	16,1	29,4
Técnico o Tecnológico	26,5	33,7
Universitario	22,6	28,7
Postgrado	49,1	23,3
General	15,2	23,5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Colombia 2007.

En cuanto al VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, el 0,7% de las personas entre 18 y 69 años ha sufrido alguna infección de transmisión sexual en el último año. De ellas señalan que el principal síntoma referido por estas personas es el ardor o dolor al orinar.

Por otra parte, el 5,3% de los hombres y el 5% de las mujeres de estas edades se autocalifican como de alto o muy alto riesgo de infectarse con el VIH. Esta auto calificación de alto riesgo para la infección se incrementa para los dos géneros en la medida en que aumenta el nivel educativo”.

**TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN (%) SEGÚN SU CALIFICACIÓN RESPECTO AL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH.**

Distribución por sexo y máximo nivel educativo alcanzado.  
Colombia 2007.

Nivel Educativo Riesgo al VIH	Hombres				Mujeres			
	Ninguna	Regular	Alta	Muy Alta	Ninguna	Regular	Alta	Muy Alta
Ninguno	68,0	26,9	3,4	1,7	69,6	26,1	2,5	1,8
Preescolar o Básica Primaria	59,3	37,1	2,9	0,8	66,1	29,4	3,2	1,3
Básica Secundaria y Media	50,0	43,5	5,1	1,4	57,3	37,7	4,0	1,0
Técnico o Tecnológico	43,5	49,4	6,3	0,8	52,8	41,0	5,0	1,2
Universitario	40,2	55,0	4,5	0,3	45,5	48,9	4,9	0,7
Postgrado	38,4	56,1	4,5	1,0	42,7	40,4	8,7	0,8
General	51,9	42,7	4,3	1,0	58,5	36,5	3,9	1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Colombia 2007.

Se presentan los resultados de un documento recientemente presentado que ofrece la caracterización de las normas sociales, actitudes, habilidades para la vida, intenciones y comportamientos relacionados con la posibilidad de ocurrencia de embarazos en adolescentes, mediante un estudio de línea de base cuantitativa y cualitativa. A continuación se presentan los aspectos más relevantes a los conocimientos sobre el VIH y los comportamientos de los jóvenes en el país. Proyecto del Fondo Global. (Informe final línea de base. Caracterización de comportamientos relacionados con la posibilidad de ocurrencia de embarazos en adolescentes., 2010). El documento es el segundo informe de los resultados de la línea de base y corresponde al análisis de las encuestas aplicadas en el periodo comprendido entre los meses de noviembre y diciembre de 2009 con adolescentes, una de las cinco poblaciones del estudio (niños y niñas de 8 a 11 años de edad, adolescentes de 12 a 19 años de edad, figuras parentales, personal y directivos docentes y personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud). Los resultados se presentan segmentados de acuerdo con el sexo, la edad y los departamentos en los que viven las personas encuestadas.

En el caso de las encuestas se calculó un tamaño de muestra para cada departamento considerándolos como poblaciones independientes, y a partir de allí se estratificó proporcionalmente de acuerdo al tamaño de los municipios, es decir, número de municipios con menos de 5.000 habitantes, entre 5.000 y 10.000 y más de 10.000 habitantes. Una vez estratificados los municipios se procedió a clasificar la muestra dentro de cada uno de ellos atendiendo los criterios de edad para niños y niñas (entre 8 y 11 años) y adolescentes (en grupos de entre 12 y 14, 15 y 17 y entre 18 y 20 años) utilizando los datos censales y el criterio de afijación proporcional.

En su mayoría, la población adolescente, con independencia de la edad y del sexo, percibe que su familia considera que las relaciones sexuales se deben comenzar entre los 18 y 20 años (28,4%). Además, se observa que en general, el 49,4% percibe que la edad adecuada para su familia está por encima de los 18 años

**TABLA 9. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SOBRE LA EDAD QUE CONSIDERAN QUE ES APROPIADA POR SU FAMILIA PARA COMENZAR A TENER RELACIONES SEXUALES.**

Distribución por sexo y edad. Colombia 2009.

En tu familia ¿A qué edad consideran que es apropiado comenzar a tener relaciones sexuales?	RANGO DE EDAD			SEXO		
	De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 20	Mujer	Hombre	Total
Antes de los 15 años	3,3%	2,2%	1,6%	3,0%	1,8%	2,4%
Entre 15 a 17 años	9,6%	11,6%	12,6%	12,5%	9,5%	11,1%
Entre 18 y 20 años	27,8%	28,3%	29,6%	27,5%	29,5%	28,4%
Más de 20 años	21,9%	21,8%	19,1%	20,0%	22,1%	21,0%
Cuando se haya casado	25,6%	25,8%	21,6%	25,3%	23,7%	24,5%
Cuando encuentre una pareja que quiera	11,7%	10,3%	15,4%	11,7%	13,4%	12,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Línea de base adolescentes y posible embarazo. Colombia 2009.

En relación con la percepción que tiene la población adolescente sobre la edad adecuada para el inicio de las relaciones sexuales, se observa que tanto para mujeres como para hombres, se presenta una mayor frecuencia en el rango de 18 a 20 años. En este sentido, se halla una asociación significativa por sexo y por edad. Por sexo, cuando se trata de hombres, con una mayor participación de los hombres (44%) en comparación con las mujeres (41%). Por edad, cuando se trata de hombres, para los rangos de edad de 18 a 20 años (46,2%), de 15 a 17 (43,5%) y de 12 a 14 (38,7%). Cuando se trata de mujeres, con mayor énfasis en el rango de 18 a 20 (51,8%) en comparación con los rangos de 15 a 17 (48%) y de 12 a 14 (41,2%)

**TABLA 10. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SOBRE LA EDAD QUE CONSIDERAN ES APROPIADA PARA QUE UNA MUJER O UN HOMBRE COMIENZE A TENER RELACIONES SEXUALES.**

Distribución por sexo y edad. Colombia 2009.

		RANGO DE EDAD			SEXO		
		De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 20	Mujer	Hombre	Total
<b>Mujer</b>	Antes de los 15 años	6,0%	4,2%	1,7%	5,1%	3,0%	4,2%
	Entre 15 a 17 años	14,4%	21,2%	22,1%	19,8%	17,7%	18,8%
	Entre 18 y 20 años	41,2%	48,0%	51,8%	46,3%	47,0%	46,6%
	Más de 20 años	38,4%	26,6%	24,4%	28,8%	32,2%	30,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Hombre</b>	Antes de los 15 años	10,7%	9,7%	8,5%	11,5%	7,9%	9,7%
	Entre 15 a 17 años	23,3%	31,7%	33,1%	31,0%	26,3%	28,7%
	Entre 18 y 20 años	38,7%	43,5%	46,2%	41,0%	44,0%	42,5%
	Más de 20 años	27,3%	15,1%	12,2%	16,5%	21,7%	19,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Línea de base adolescentes y posible embarazo. Colombia 2009.

#### Mujeres Trabajadoras sexuales.

Reconociendo la necesidad de mejorar la oferta de datos del grupo de mujeres trabajadoras sexuales y de hombres que tienen sexo con hombres, que permitan realizar propuestas de prevención y atención integral en estos grupos de mayor vulnerabilidad, se destinaron recursos para la realización de estudios de comportamientos y seroprevalencia para VIH en estas poblaciones. De igual manera a continuación se transcriben los resultados de la investigación en cuatro ciudades del país en relación con los comportamientos y la prevalencia para VIH en ésta población. (Ministerio de la Protección Social y UNFPA, 2008).

Más del 98% de las mujeres tiene conocimiento de los lugares en donde se pueden adquirir condones. Entre ellos, los más nombrados fueron: en primer lugar, y en general para las cuatro ciudades, la farmacia o la droguería; en segundo lugar, el bar/hotel/motel y, en tercer lugar, la tienda y el supermercado. Los otros lugares fueron mencionados en proporciones menores al 5%. Por otra parte, la mayoría de las mujeres, tanto de calle como de establecimiento, expresó que la persona con la cual pueden conseguir condones fácilmente es el administrador del negocio -con una proporción significativamente mayor en las de establecimiento en las cuatro ciudades-, en tanto que los vendedores ambulantes son mencionados con proporciones significativamente más altas por las mujeres que se ubican en la calle. Además de los dos anteriores, también se mencionó a las compañeras de trabajo, los amigos y los clientes.

El tiempo máximo requerido para conseguir un condón, si llegase a hacer falta, es menor a 30 minutos, y el lugar en donde suelen guardarlo las mujeres trabajadoras sexuales es el bolso o cartera. Esta información concuerda con lo descrito por los encuestadores, quienes al solicitar a las informantes que les mostraran la cantidad de condones que tenían en el momento de la encuesta, observaron que la mayoría los sacó del bolso o cartera.

La disponibilidad de condones para ejercer el trabajo sexual al momento de realizar la encuesta fue, en general, mayor al 47%. Sin embargo, en la ciudad de Barranquilla los porcentajes no superaron el 30%. La disponibilidad de condones fue mayor en las mujeres que trabajan en establecimiento en tres de las cuatro ciudades, identificando diferencias significativas sólo en Bucaramanga.

Aunque según el sitio de trabajo de las mujeres, se presentan diferencias en relación con el número de condones que manifestaron tener en el momento de la encuesta, la mediana de condones que manifestaron tener fue de entre cuatro y tres condones. Sin embargo, es claro que las actitudes frente al uso del condón no sólo dependen de la cantidad que manifiesten tener sino de la cantidad de condones que realmente lleven consigo para usarlos en el momento requerido. Aquí se encontró que la mediana de condones que llevaban consigo en el momento de la encuesta disminuye en las cuatro ciudades: el 90% de las mujeres llevaba consigo menos de diez condones. Las ciudades en donde se observan diferencias según el sitio de trabajo son Medellín y Bucaramanga. Entre el 30% y el 45% de las mujeres conoce el condón femenino, excepto en la ciudad de Barranquilla, que presentó porcentajes menores al 20%.

El costo promedio de los condones que compraron las mujeres trabajadoras sexuales la última vez osciló entre \$600 y \$2.000; el valor mínimo pagado por los condones fueron \$300 y el monto máximo fue de \$6.000, pero como lo demuestra la distribución de esta variable, en el percentil 90 se encuentran montos que van desde \$1.000 hasta \$2.500. También se puede observar que las mujeres de los establecimientos pagaron más por los condones que las mujeres que se ubican en la calle; estas diferencias son estadísticamente significativas en las cuatro ciudades. Las mujeres de Cali pagaron en promedio menos dinero por los condones mientras que las mujeres en Barranquilla, en promedio, fueron las que pagaron más dinero.

Al indagar en la encuesta por las infecciones de transmisión sexual, se encontró que la mayoría de las mujeres trabajadoras sexuales las conocen. El antecedente de alguna ITS en esta población se encuentra entre el 10% y el 35%, según lo referido por ellas mismas, siendo mayor para las mujeres que se ubican en la calle, con significancia estadística en las ciudades de Bucaramanga y Cali; en Barranquilla se encuentran los porcentajes más bajos. Al preguntar por cuál o cuáles fueron las ITS que les habían sido diagnosticadas por un médico, las más comunes resultaron ser la gonorrea, la sífilis y los condilomas; frente a estas ITS, entre el 85% y el 99% de las mujeres manifestó que recibió el respectivo tratamiento.

Entre el 30% y el 55% de las trabajadoras sexuales refirió no conocer ningún síntoma característico de las ITS en las mujeres. Del porcentaje de mujeres que manifestó conocer algún síntoma, la mayoría mencionó el flujo con olor fétido; en segundo lugar, la comezón en los genitales y, en menor proporción, el flujo vaginal y la irritación al orinar. Las úlceras en los genitales es otro de los síntomas recordado por las mujeres, aunque en proporciones mucho menores. En un rango porcentual similar, entre el 30% y el 45% de las mujeres refirió no conocer ningún síntoma característico de las ITS en los hombres, y entre aquellas que respondieron conocer algún síntoma,

la secreción con mal olor fue el más mencionado; en segunda instancia, se nombraron las úlceras o llagas en los genitales y la secreción genital, en tanto que los condilomas y la irritación al orinar se encuentran en tercer lugar, entre otros síntomas.

En Medellín, Barranquilla y Cali, el 99% de las mujeres trabajadoras sexuales ha oído hablar del VIH o SIDA. Otra es la situación encontrada en Bucaramanga, donde la proporción es menor al 95%, y menos del 90% de las mujeres que trabajan en la calle ha oído sobre esta infección o sobre la enfermedad. En las cuatro ciudades, los medios por los cuales las mujeres obtuvieron información sobre VIH o SIDA fueron, principalmente, las instituciones de salud, los medios masivos de comunicación y las campañas promovidas por alguna entidad. Sin embargo, como se puede observar en el anexo de cada ciudad, las frecuencias con que fueron mencionadas son diferentes y no se puede definir un orden para las cuatro ciudades. Además, algunas categorías de esta variable presentaron diferencias significativas según el sitio de trabajo; entre ellas, se encuentra que las mujeres que se ubican en la calle arrojaron proporciones significativamente más altas en el caso de los medios de comunicación en Barranquilla y Bucaramanga, mientras que en Cali fueron las mujeres de establecimiento las que mencionaron estos medios con mayor frecuencia. Las mujeres de las cuatro ciudades que trabajan en establecimiento nombraron con proporciones significativamente más altas las entidades de salud como medios a través de los que obtuvieron información sobre el VIH o el SIDA.

Entre el 30% y el 65% de las mujeres manifestó haber conocido a alguien infectado con el VIH o que había muerto de SIDA. En Medellín se identifican las proporciones más bajas y en Barranquilla las más altas. En las ciudades de Bucaramanga y Cali se encontró, con diferencias significativas, que las mujeres que trabajan en la calle presentaron proporciones más elevadas.

En relación con la participación en los últimos seis meses en actividades de información o educación sobre VIH o SIDA, menos del 40% de las mujeres manifestó haber participado en esta clase de actividades. En las cuatro ciudades, el hospital o centro de salud fue la entidad nombrada con mayor frecuencia al indagar sobre la institución o persona que les había brindado información sobre VIH o SIDA en los últimos seis meses. La Iglesia y las organizaciones no gubernamentales también fueron mencionadas, pero con proporciones menores al 50%, mientras que las clínicas y la Cruz Roja fueron nombradas con frecuencias menores al 20%. Sin embargo, en la ciudad de Bucaramanga esta última institución fue mencionada por el 28% de las mujeres que manifestó haber participado en actividades educativas en los últimos seis meses.

Al indagar sobre las creencias frente a la manera de prevenir la infección por VIH, se encontró, en primer lugar, que cerca del 90% de las mujeres trabajadoras sexuales piensa que ello se logra utilizando el condón de manera correcta y consistente; es decir, consideran que desde el principio hasta el final de cada una de las relaciones sexuales se puede prevenir el VIH.

En la ciudad de Barranquilla se identificaron las proporciones más altas de personas con este tipo de respuesta, con un 95% de acierto. En segundo lugar, cerca del 80% de las mujeres considera que para prevenir la infección debe evitarse la inyección con agujas ya utilizadas. En tercer lugar, se observó que casi el 70% de ellas cree igualmente que al abstenerse de tener relaciones sexuales se puede prevenir la infección, lo que se presenta con proporciones significativamente más altas entre las mujeres que trabajan en la calle en las ciudades de Cali, Bucaramanga y Barranquilla.

Por último, y con menos del 30%, las mujeres creen que teniendo sexo oral solamente, se puede prevenir la infección por el VIH; aquí se identificó una proporción significativamente más alta entre las mujeres que se ubican en la calle, de las ciudades de Medellín, Bucaramanga y Barranquilla; menos del 15% de las mujeres manifestó no saber al respecto al preguntarles sobre esta creencia. Barranquilla fue la única ciudad en donde se observaron diferencias significativas según el sitio de trabajo para estas cuatro creencias.

Las creencias acertadas frente a la prevención del VIH, como son el uso correcto y consistente del condón y el evitar usar agujas que otra persona ya utilizó, presentaron proporciones significativamente más altas en las mujeres que trabajan en establecimiento. Por el contrario, las mujeres de calle consideraron la abstinencia como creencia apropiada, en mayor medida que las que trabajan en establecimientos, pero, a su vez, en mayor proporción consideraron como adecuada una creencia errónea como lo es afirmar que una medida de protección es tener solamente sexo oral.

Más del 90% de las mujeres trabajadoras sexuales sabe que tener relaciones sexuales sin condón, compartir agujas y, de una mujer embarazada al hijo, son vías efectivas de transmisión del VIH. Por otra parte, entre el 60% y el 85% de las mujeres tiene conocimiento de que el virus se puede transmitir por la leche materna y que una persona que se ve sana puede tener la infección por VIH. Por otro lado, entre el 30% y el 50% considera que la picadura de un zancudo, compartir comidas o utensilios de cocina, usar servicios sanitarios públicos y dar un beso a una persona que tiene la infección son formas de transmisión del virus.

Sobre las creencias que existen alrededor de las formas de transmisión del VIH, más del 95% de las mujeres sabe que la principal forma de transmisión del virus es tener relaciones sexuales anales o vaginales sin condón; en Cali y Barranquilla las mujeres de establecimiento presentaron proporciones significativamente más altas. Así mismo, un poco más del 95% sabe que recibir una transfusión de sangre infectada es otra forma de adquirir el virus del VIH. Dentro de las otras posibles maneras de transmisión del virus mencionadas, se encontró que cerca del 90% de las mujeres trabajadoras sexuales cree que esto ocurriría al utilizar una aguja que ha sido usada previamente por alguien infectado; la ciudad con la proporción más alta entre las mujeres de establecimiento fue Bucaramanga alcanzando un 98%, mientras que la ciudad de Barranquilla reportó solo un 82%, siendo ésta significativamente más baja a la observada entre las mujeres que trabajan en la calle.

En Medellín cerca del 50% de las mujeres, tanto de calle como de establecimiento, cree que por la picadura de un zancudo se puede transmitir el VIH. En Barranquilla esta creencia se presentó en el 47% de las mujeres que se ubican en la calle; en Bucaramanga y Cali, para el mismo sitio de trabajo, se alcanzaron proporciones del 58% y 66% respectivamente, proporciones significativamente más altas a las observadas entre las mujeres de establecimiento. Es importante resaltar que más del 10% de las mujeres refirió desconocimiento frente a esta creencia en particular.

El compartir una comida con alguien infectado es otra creencia que existe sobre la manera como se puede transmitir el VIH, encontrando que entre las mujeres trabajadoras sexuales hasta un 35% cree que ello es posible. No obstante, en Barranquilla esta creencia errónea tiene las proporciones más bajas. Por el contrario, en las mujeres de calle de las ciudades de Bucaramanga y Cali se observaron las proporciones más altas de este tipo de creencia, siendo significativamente

diferentes a las encontradas entre las mujeres de establecimiento. Otra creencia relacionada con la forma de transmisión del VIH fue el compartir cubiertos o platos con alguien que vive con la infección, identificando que el 30% de las mujeres en Bucaramanga y Medellín cree erróneamente que el virus se transmite de esta manera; en Cali esta proporción fue del 24% y en Barranquilla fue del 12%.

Entre el 25% y el 45% de las mujeres cree que el VIH se puede transmitir por usar servicios sanitarios públicos. En Cali la proporción de mujeres con esta creencia errónea fue significativamente más alta entre las que trabajan en calle.

En esta misma ciudad un porcentaje importante de mujeres (20%) manifestó no saber qué responder. De las mujeres trabajadoras sexuales que trabajan en Medellín, Cali y Bucaramanga, el 4% cree que el virus del VIH se puede transmitir al dar la mano o abrazar a alguien infectado. En Barranquilla esta proporción fue del 6%, identificándose en general diferencias significativas según el sitio de trabajo de las mujeres.

Un rango del 30% al 50% de las mujeres considera que besar a una persona con la infección es otra manera de transmisión del virus. Se observa que las mujeres de calle de las ciudades de Bucaramanga y Cali presentaron las proporciones más altas para esta creencia, con diferencias significativas.

Cerca del 10% de las mujeres trabajadoras sexuales desconoce que el virus del VIH se puede transmitir de una mujer embarazada al bebé. En Bucaramanga la proporción de mujeres que cree que no se transmite el virus durante el embarazo fue la más baja, con el 4%, mientras que en Barranquilla esta proporción fue del 11%. En Medellín se encontraron diferencias significativas según el sitio de trabajo, siendo las mujeres de establecimiento las que manifestaron, con mayor frecuencia, que el VIH no se transmite al bebé durante el embarazo; cerca del 10% de las mujeres contestaron “no sé” a esta pregunta.

En total, un poco más del 15% de las mujeres no cree que el virus se pueda transmitir de una mujer con VIH o SIDA a su hijo, a través de la lactancia materna. En Barranquilla el nivel de desconocimiento fue del 7%; en Medellín y en Bucaramanga fue del 20%, y en Cali alcanzó porcentajes cercanos al 27%. Se identificaron proporciones significativas más altas en el sitio de trabajo “calle” en las ciudades de Cali y Bucaramanga.”

En relación con la investigación en HSH, se definió utilizar la metodología *Rapid Driven Sampling* (RDS), que tiene avances importantes en su desarrollo. El estudio se realiza simultáneamente en 7 ciudades del país. Esta investigación se encuentra en las etapas finales de planeación y se dispondrá de los resultados en el segundo semestre del 2010.

## MITIGACIÓN DEL IMPACTO.

Se han realizado acciones de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos tales como la difusión de los lineamientos para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la población y su relación con el VIH / SIDA.

Como parte de la respuesta ampliada desde el Ministerio de la Protección Social se han establecido vasos comunicantes entre el área programática en VIH / SIDA y otras áreas en Salud Sexual y Reproductiva: se han realizado acciones que conlleven a fortalecer la capacidad institucional y de actores de las direcciones territoriales de salud priorizadas, mediante:

- 1) La difusión y el desarrollo del modelo de servicios de salud amigables para los adolescentes.
- 2) La revisión, ajuste, construcción y difusión de las guías de abordaje sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual y sífilis gestacional y congénita y las guías de atención de las emergencias obstétricas.
- 3) La implementación, seguimiento y evaluación de la vigilancia de la morbilidad materna extrema.
- 4) La realización de estudios de prevalencia y comportamiento de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA en poblaciones vulnerables de: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y de vulnerabilidad en mujeres.
- 5) La prevención y control de los determinantes de la violencia doméstica y sexual.
- 6) El desarrollo de competencias institucionales para mejorar el acceso a servicios de asesoría en VIH en el marco de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Paralelamente, se desarrolló una estrategia de capacitación para los agentes educativos de los programas del ICBF (hogares comunitarios de bienestar, hogares Fami, clubes prejuveniles y juveniles, hogares gestores y educadores familiares), que tuvo como fin realizar un trabajo de promoción de los derechos sexuales y reproductivos con la población beneficiaria de los programas, que se orientó a las familias y la comunidad, haciendo énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes entre los 12 y 18 años y una búsqueda activa de mujeres jóvenes menores de 29 años que se encuentran en las mayores condiciones de vulnerabilidad para prevenir

Se han dado incentivos de los Gobiernos territoriales para el fomento de los derechos sexuales y reproductivos.

Las actividades de Movilización Social en Salud Sexual y Reproductiva han incluido la capacitación, asistencia técnica de actores y seguimiento a la gestión de las acciones de salud sexual y reproductiva de adolescentes, prevención y atención de ITS; VIH SIDA y de la violencia doméstica y sexual en los departamentos en los cuales se desarrolla del Proyecto de Promoción de derechos y redes constructoras de Paz.

Se ha complementado esta labor con la asistencia técnica para el seguimiento y evaluación a la difusión e implementación de modelos de gestión y estrategias de prevención y control de la mortalidad materna, implementación de modelos de gestión y estrategias de prevención y control de la sífilis gestacional y congénita, asistencia técnica y seguimiento a la implementación de la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH, asistencia técnica para la difusión e

implementación del modelo de gestión y estrategias para prevención y atención integral en VIH SIDA , en DTS priorizadas.

Se han realizado acciones para orientar el liderazgo de la red interinstitucional para apoyar y coordinar el desarrollo de intervenciones en el campo de la salud sexual y reproductiva y la prevención de la transmisión del VIH.

Se están adelantando las acciones definidas en la política de SSR dirigidas a poblaciones vulnerables específicas, incluyendo la elaboración e implementación de propuestas en VIH presentadas al Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria..

## INDICADORES UNGASS 2010

### GASTOS

A continuación se presenta un resumen del ejercicio financiero relacionado con la valoración del gasto asociado al VIH / sida en Colombia durante los años 2007 a 2009. Se aprecia en los resultados un incremento progresivo de la inversión en las diferentes categorías gasto.

**TABLA 11. GASTO TOTAL PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA**

Distribución anual en COP y USD  
Colombia 2007 a 2009.

AÑO	COP	USD	TRM PA
2007	\$ 182.849.521.500	USD 87.978.214,21	\$ 2.078,35
2008	\$ 253.407.994.923	USD 128.878.172,23	\$ 1.966,26
2009	\$ 292.904.699.343	USD 135.837.340,68	\$ 2.156,29

*Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010. 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: 5 Marzo 2010. COP= Pesos colombianos. USD Dólares de los Estados Unidos. TRM PA= Tasa representativa del mercado. Promedio año.*

**GRÁFICA 24. GASTO TOTAL PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA. 2007 A 2009**



**TABLA 12. GASTO EN VIH POR CATEGORIA PARA EL AÑO 2007**

Distribución anual en COP y USD  
Colombia 2007.

CATEGORIAS DEL GASTO	COP	USD	PORCENTAJE
1. Prevención	\$ 19.275.215.059	9.274.287	10,54
2. Atención y tratamiento	\$ 154.806.705.059	74.485.387	84,66
3. Huérfanos y niños vulnerables	\$ 275.601.108	132.606	0,15
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	\$ 3.468.533.426	1.668.888	1,90
5. Recursos humanos	\$ 1.975.944.538	950.728	1,08
6. Protección social y servicios sociales, excluidos huérfanos y niños vulnerables	\$ 153.008.663	73.620	0,08
7. Entorno favorable	\$ 2.098.762.446	1.009.821	1,15
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones que se incluye debajo	\$ 795.751.202	382.876	0,44

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010. TRM 1 USD = COP 2.078 (Banco de la República)

Se hace evidente para el año 2007, que el gasto mayoritario está la categoría de atención y tratamiento, seguida por la categoría de prevención y la de fortalecimiento de la gestión y administración de programas

**GRÁFICA 25. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2007**

**TABLA 13. GASTO EN VIH POR CATEGORIA PARA EL AÑO 2008**

Distribución anual en COP y USD  
Colombia 2008.

CATEGORIAS DEL GASTO	COP	USD	PORCENTAJE
1. Prevención	\$ 40.976.533.387	20.839.835	16,17
2. Atención y tratamiento	\$ 200.524.876.531	101.982.890	79,13
3. Huérfanos y niños vulnerables	\$ 269.682.593	137.155	0,11
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	\$ 7.070.017.662	3.595.668	2,79
5. Recursos humanos	\$ 2.097.333.341	1.066.661	0,83
6. Protección social y servicios sociales, excluidos huérfanos y niños vulnerables	\$ 158.957.250	80.842	0,06
7. Entorno favorable	\$ 1.503.959.940	764.884	0,59
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones que se incluye debajo	\$ 806.634.220	410.238	0,32

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010. TRM 1 USD = COP 1.966,26 (Banco de la República)

Para el año 2008, el gasto mayoritario tiene el mismo comportamiento del año inmediatamente anterior, encontrando que el mayor gasto se encuentra en la categoría de atención y tratamiento, seguida por la categoría de prevención y la de fortalecimiento de la gestión y administración de programas

**GRÁFICA 26. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2008.**

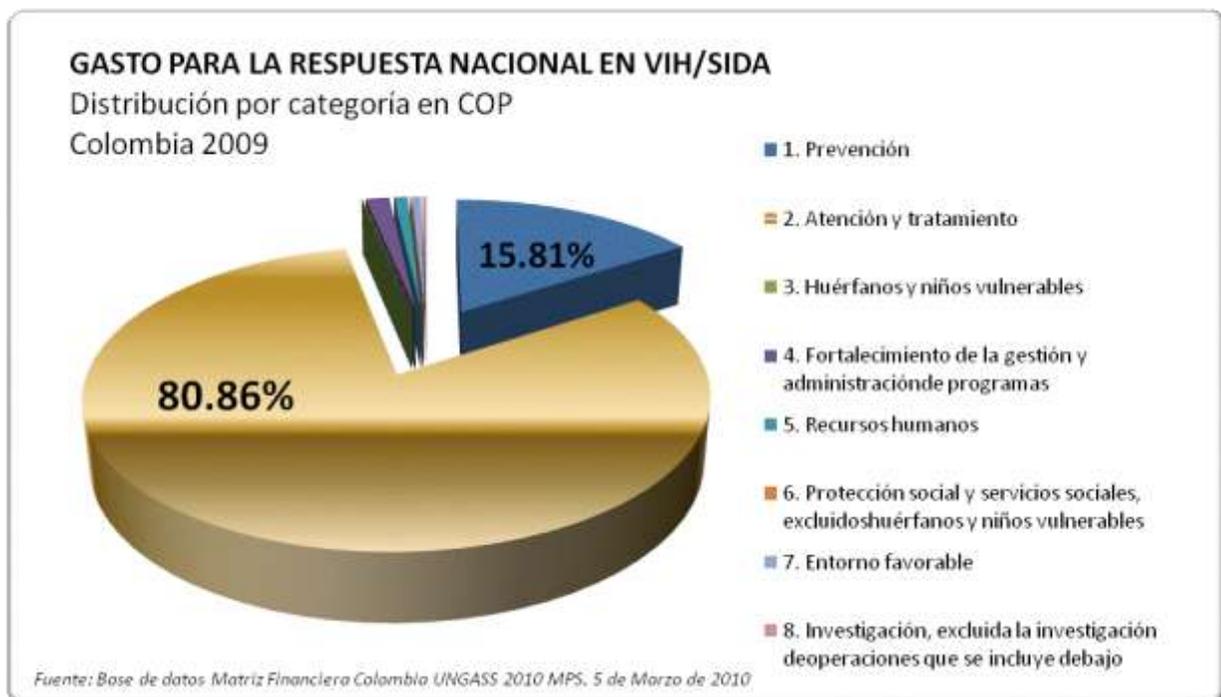
**TABLA 14. GASTO EN VIH POR CATEGORIA PARA EL AÑO 2009**

Distribución anual en COP y USD  
Colombia 2009.

CATEGORIAS DEL GASTO	COP	USD	PORCENTAJE
1. Prevención	\$ 46.314.877.030	21.478.965	15,81
2. Atención y tratamiento	\$ 236.855.174.775	109.843.840	80,86
3. Huérfanos y niños vulnerables	\$ 182.507.642	84.640	0,06
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	\$ 4.396.342.696	2.038.846	1,50
5. Recursos humanos	\$ 2.571.885.784	1.192.736	0,88
6. Protección social y servicios sociales, excluidos huérfanos y niños vulnerables	\$ 167.368.250	77.619	0,06
7. Entorno favorable	\$ 1.749.416.916	811.309	0,60
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones que se incluye debajo	\$ 667.126.249	309.386	0,23

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010. TRM 1 USD = COP 2.156,29 (Banco de la República)

Para el año 2009 el comportamiento es similar a los años anteriores.

**GRÁFICA 27. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2009**

**TABLA 15. GASTO EN VIH POR FUENTE DE FINANCIACIÓN**

Distribución anual en COP

Colombia 2007 a 2009.

AÑO	PUBLICAS	INTERNACIONALES	PRIVADAS
2007	142.603.976.674	1.346.965.837	38.898.578.989
2008	202.634.715.059	985.697.000	49.787.582.863
2009	233.398.352.260	1.188.548.000	58.317.799.083

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010.

Teniendo en consideración la organización de la estructura de aseguramiento y las fuentes de recursos para cubrir las necesidades en VIH, se hace evidente el predominio del gasto de las fuentes públicas.

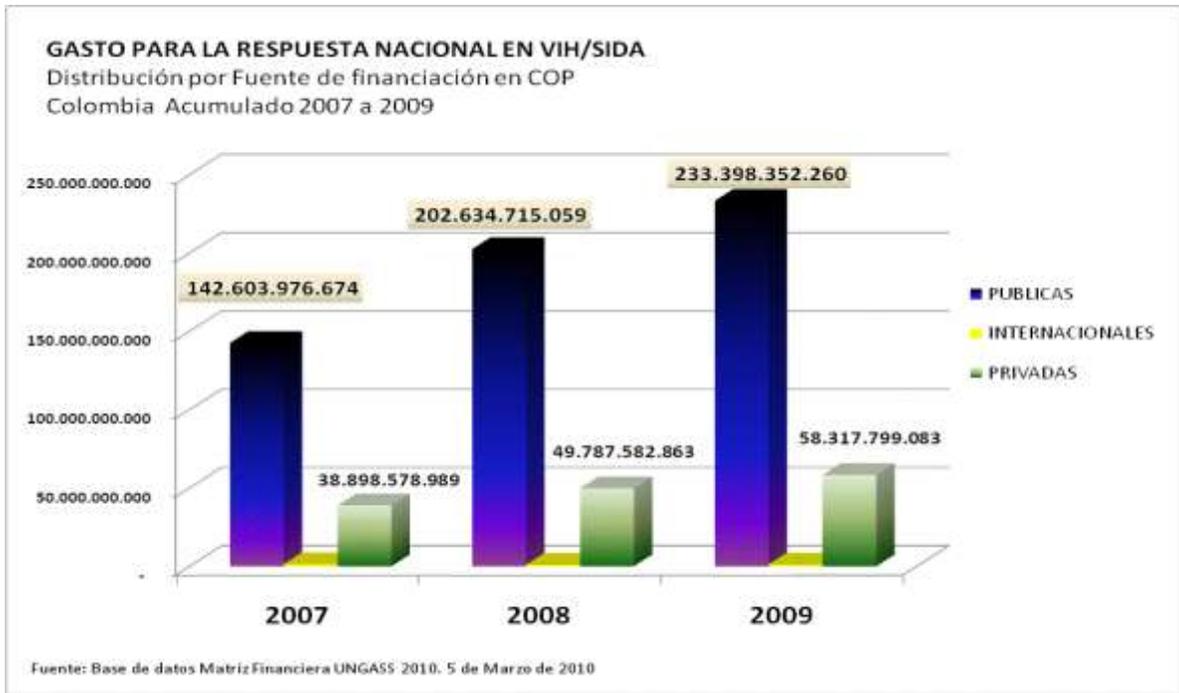
**TABLA 16. PORCENTAJE DEL GASTO EN VIH POR FUENTE DE FINANCIACIÓN**

Distribución anual.

Colombia 2007 a 2009.

AÑO	% PUBLICAS	%INTERNACIONALES	%PRIVADAS
2007	77,99	0,74	21,27
2008	79,96	0,39	19,65
2009	79,68	0,41	19,91

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010.

**GRÁFICA 28. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2007 A 2009 – FUENTE DE FINANCIACIÓN**

**TABLA 17. PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN VIH DE LAS FUENTES PÚBLICAS**

Distribución anual en COP. Colombia 2007 a 2009.

AÑO	TOTAL PUBLICAS	CENTRALES NALES	SUB-NACIONALES	SEGURIDAD SOCIAL
2007	142.603.976.674	2.997.557.579	24.331.120.459	115.275.298.636
2008	202.634.715.059	20.417.498.667	37.146.116.369	145.071.100.023
2009	233.398.352.260	13.499.163.014	36.026.010.180	183.873.179.066

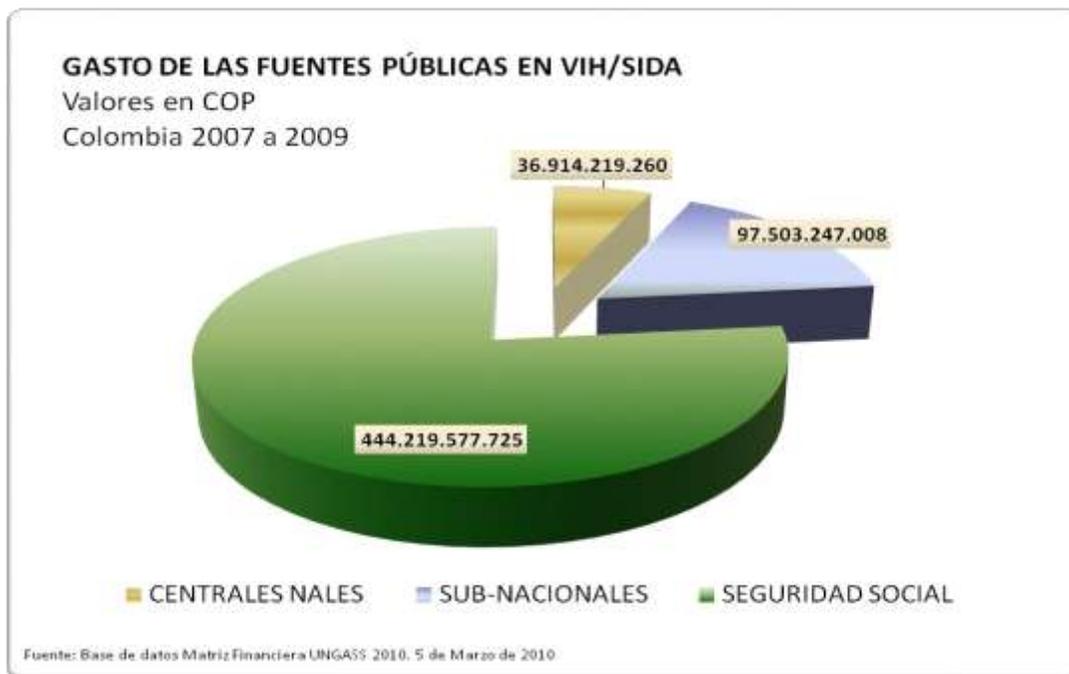
FUENTE GASTO: BASE DE DATOS MATRIZ FINANCIERA UNGASS 2010.

**TABLA 18. PORCENTAJE DE PARTICIPACION DEL GASTO EN VIH DE LAS FUENTES PÚBLICAS**

Distribución anual. Colombia 2007 a 2009.

AÑO	% CENTRALES NACIONALES	% SUB-NACIONALES	% SEGURIDAD SOCIAL
2007	2.10	17.06	80.84
2008	10.08	18.33	71.59
2009	5.78	15.44	78.78

Fuente Gasto: Base de datos Matriz financiera UNGASS 2010.

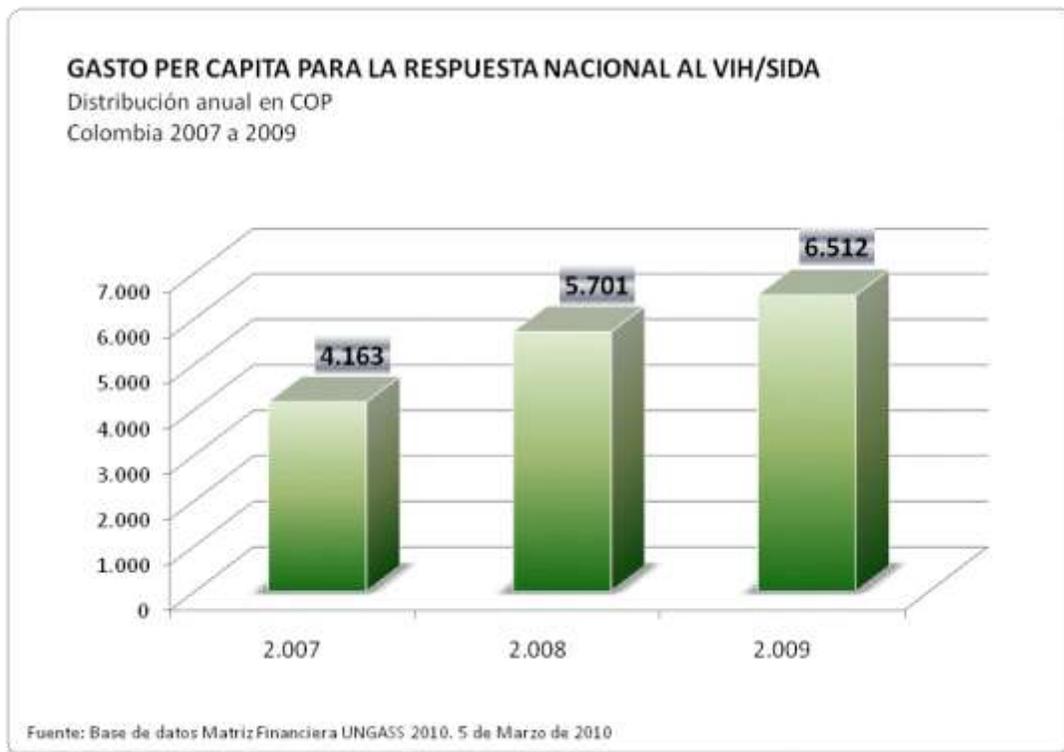
**GRÁFICA 29. GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA. 2007 A 2009 – FUENTES PÚBLICAS**

**TABLA 19. GASTO PER – CAPITA EN VIH**

Distribución anual en COP. Colombia 2007 a 2009.

AÑO	POBLACION	INVERSION	INVERSION PER-CAPITA
2.007	43.926.034	182.849.521.500	4.163
2.008	44.450.260	253.407.994.923	5.701
2.009	44.977.758	292.904.699.343	6.512

FUENTE GASTO: BASE DE DATOS MATRIZ FINANCIERA UNGASS 2010.

**GRÁFICA 30. GASTO PER CÁPITA PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH. COLOMBIA 2007 A 2009.**

## INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL

Seguridad Hematológica

### 3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.

**TABLA 20. PORCENTAJE DE UNIDADES DE SANGRE DONADA QUE SE ANALIZA PARA LA DETECCIÓN DEL VIH CON CRITERIOS DE CALIDAD ASEGURADA.**

Distribución anual  
Colombia 2007 a 2009.

ÍTEM	2007	2008	2009
Unidades de sangre analizadas sistemáticamente con criterios de calidad asegurada.	582.011	614.752	692.487
Unidades de Sangre Donadas	582.011	614.752	692.487
Porcentaje	100%	100%	100%

Fuente: Informe UNGASS 2010. INS. Marzo 2010.

Tratamiento del VIH: Terapia Antirretrovírica

### 4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica.

**TABLA 21. PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH AVANZADA QUE RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA.**

Distribución anual – Denominador por estimación poblacional.  
Colombia 2007 a 2009.

ÍTEM	2007	2008	2009
Número de personas en TAR.	12.237	17.551	16.302
Número estimado de personas que requieren TAR	17.090	26.922	22.924
Porcentaje de cobertura de TAR	72%	65%	71%

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Colombia. MPS. Marzo 2010.

## Prevencción de la Transmisión Materno infantil

**5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibieron fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.**

Para este indicador en particular, se hace necesario manifestar que éste es un cálculo realizado a partir de las indicaciones metodológicas de ONUSIDA, en las cuales el número estimado de gestantes corresponde al total nacional de acuerdo con los resultados de estudios de prevalencia en este grupo en particular. Su orientación es la de valorar la diferencia de cobertura real en referencia a la cobertura requerida estimada. La comparabilidad entre países se garantiza mediante esta formulación. Los valores de coberturas reales de la población, no con el número estimado sino con el número real de gestantes captadas y en seguimiento, son mayores.

**TABLA 22. PORCENTAJE DE EMBARAZADAS VIH-POSITIVAS QUE RECIBIERON FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL.**

Distribución anual  
Colombia 2007 a 2009.

ÍTEM	2007	2008	2009
Número de gestantes que recibieron TAR.	647	561	519
Número estimado de gestantes con VIH	1.638	1.660	1.681
Porcentaje de cobertura de TAR	39%	34%	31%

Fuentes: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Colombia. MPS. Marzo 2010. Estrategia de eliminación del VIH perinatal y la sífilis congénita. Colombia. MPS. Marzo 2010.

Denominador estimado según definiciones operativas del Manual de Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. UNGASS 2010.

**TABLA 23. NÚMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES CON INFECCIÓN POR EL VIH QUE RECIBÓ TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL.**

Distribución anual por esquema terapéutico.  
Colombia 2007 a 2009.

Año	2007		2008		2009	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
<b>1 Monoterapia profilaxis</b>	7	1%	5	1%	1	0%
<b>2 Biterapia profilaxis</b>	-	0%	-	0%	1	0%
<b>3 Triterapia profilaxis</b>	640	93%	556	87%	517	87%
<b>4 Terapia propia</b>	-	0%	-	0%	-	0%
<b>Sin TAR</b>	39	6%	77	12%	77	13%
<b>Subtotal con TAR</b>	647	94%	561	88%	519	87%
<b>Total Gestantes VIH</b>	686	100%	638	100%	596	100%

Fuentes: Estrategia de eliminación del VIH perinatal y la sífilis congénita. Colombia. MPS. Marzo 2010.

## Cogestión del Tratamiento de la Tuberculosis y el VIH

**6. Porcentaje de casos estimados de co-infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH.****TABLA 24. PORCENTAJE DE CASOS ESTIMADOS DE CO-INFECCIÓN POR EL VIH Y TUBERCULOSIS QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH.**Distribución anual  
Colombia 2007 a 2009.

Datos	2007	2008	2009
Número de personas con co-infección VIH-TB que están en tratamiento para las dos infecciones	215	343	Sin dato
Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH.	51	764	Sin dato
Porcentaje	422%	45%	No calculable

Fuente numerador: Grupo de TB. Dirección General de Salud Pública. MPS. Febrero 2010.

Fuente denominador: OMS (2009). Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/tb/country/en> Febrero 2010.

**NOTA AL RESULTADO:** De acuerdo con la metodología de cálculo indicada en las fichas técnicas, el denominador (51) se tomó de la publicación de OPS/OMS referida y citada en la anterior tabla. Se hizo la solicitud de aclaración de ese dato sin recibir respuesta, motivo por el cual se presenta el dato del denominador citado, aclarando que se considera que existe un error del mismo, motivo por el cual el valor calculado supera el 100%

Se espera respuesta de OPS en cuanto a la aclaración del denominador de 2007. Pendiente ajuste. Se consultaron los siguientes documentos.

Table A-2 Incidence, notification and case detection rates, all forms, 1990–2008. INCIDENCE HIV-POSITIVE

Table A-7 TB/HIV, 2000–2008 NUMBER OF TB/HIV PATIENTS. Esta es la fuente que entrega el dato errado.

## Las Pruebas del VIH en la Población General

**7. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.****TABLA 25. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE SE SOMETIÓ A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS.**

Distribución por sexo

Colombia 2007

Datos	Mujeres	Hombres
Número de encuestados de 15 a 49 años que se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado	3.769	1.713
Número de todos los encuestados de 15 a 49 años de edad.	10.384	7.714
<b>Porcentaje</b>	<b>22.2%</b>	<b>36.4%</b>

Fuente: Consulta a la Base de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007.MPS. Marzo de 2010.MPS.

## Las Pruebas del VIH en las Poblaciones más Expuestas

**8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.****TABLA 26. PORCENTAJE DE MTS QUE CONOCE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO**

Distribución por ciudad. Todas las edades.

Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	Muestra	Se hizo la prueba	Conoce el resultado	% de MTS que se han hecho la prueba	% de MTS quienes se hicieron la prueba que conoce el resultado	% de MTS que se han hecho la prueba y conocen el resultado
Medellín	1221	276	255	23%	92%	21%
Cali	1573	671	630	43%	94%	40%
Barranquilla	1024	638	619	62%	97%	60%
Bucaramanga	896	493	468	55%	95%	52%
<b>Total</b>	<b>4.714</b>	<b>2.078</b>	<b>1.972</b>	<b>44%</b>	<b>95%</b>	<b>42%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales. Varios. 2008 pp. 120-123.

**TABLA 27. PORCENTAJE DE MTS QUE CONOCE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO**

Distribución por ciudad. Menores de 25 años  
Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	Muestra	Se hizo la prueba	Conoce el resultado	% de MTS que se han hecho la prueba	% de MTS quienes se hicieron la prueba que conoce el resultado	% de MTS que se han hecho la prueba y conocen el resultado
Medellín	366	85	72	23%	85%	20%
Cali	460	161	161	35%	100%	35%
Barranquilla	285	199	195	70%	98%	68%
Bucaramanga	289	159	143	55%	90%	49%
<b>Total</b>	<b>1.400</b>	<b>604</b>	<b>571</b>	<b>43%</b>	<b>95%</b>	<b>41%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales. Varios. 2008 pp. 120-123.

**TABLA 28. PORCENTAJE DE MTS QUE CONOCE LOS RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE VIH EN EL ÚLTIMO AÑO**

Distribución por ciudad. Mayores de 25 años  
Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	Muestra	Se hizo la prueba	Conoce el resultado	% de MTS que se han hecho la prueba	% de MTS quienes se hicieron la prueba que conoce el resultado	% de MTS que se han hecho la prueba y conocen el resultado
Medellín	855	191	183	22%	96%	21%
Cali	1113	510	469	46%	92%	42%
Barranquilla	739	439	424	59%	97%	57%
Bucaramanga	607	334	325	55%	97%	54%
<b>Total</b>	<b>3.314</b>	<b>1.474</b>	<b>1.401</b>	<b>44%</b>	<b>95%</b>	<b>42%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales. Varios. 2008 pp. 120-123.

Poblaciones más Expuestas: Programas de Prevención

### 9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH.

**TABLA 29. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS –MTS- AL QUE LLEGAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH.**

Distribución por ciudad.  
Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	MTS que participaron en los últimos 12 meses en actividades de información o educación	MTS que no participaron en dichas actividades	Muestra	Porcentaje de las que participaron
Medellín	219	1.002	1.221	17.9%
Cali	326	1.247	1.573	20.7%
Barranquilla	133	891	1.024	12.9%
Bucaramanga	315	581	896	35.1%
<b>Total</b>	<b>993</b>	<b>3.721</b>	<b>4.714</b>	<b>21.0%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia 2008.

Apoyo a los Niños Afectados por el VIH y el Sida

### 10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil.

Sin dato

### 11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.

Sin dato

## INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

Los Huérfanos: Asistencia a la Escuela.

### 12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.

Sin dato

Los Jóvenes: Conocimiento sobre la Prevención del VIH.

**13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.**

**TABLA 30. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS.**

Bogotá D.C, 2007.

Grupo y pregunta	Conoce	Encuestados	Porcentaje
Jóvenes 14-26 años (Preg. 2)	476	567	84%
Jóvenes 14-26 años (Preg. 4)	415	567	73,2%

Fuente: Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá. Ligasida y otros. 2007 .

Poblaciones más Expuestas: Conocimiento sobre la Prevención de la Transmisión del VIH.

**14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.**

**TABLA 31. PORCENTAJE DE POBLACIONES MÁS EXPUESTAS QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS.**

Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	MTS que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las principales creencias erróneas*	MTS que tienen alguna creencia errónea	Muestra	Porcentaje que identifica en forma correcta
Medellín	235	986	1221	19.2%
Cali	261	1.312	1573	16.5%
Barranquilla	462	562	1024	45.1%
Bucaramanga	160	736	896	17.8%
<b>Total</b>	<b>1.118</b>	<b>3.596</b>	<b>4714</b>	<b>23.7%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia 2008.

\*el Instrumento utilizado en la encuesta de comportamiento no incluyo la pregunta ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?

**TABLA 32. PORCENTAJE DE HSH QUE IDENTIFICA CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZA LAS PRINCIPALES IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS.**

Bogotá. D.C. 2007.

Grupo y pregunta	Conoce	Encuestados	Porcentaje
Hombres 17-60 años (Preg. 1)	402	527	76,2%
Hombres 18-70 años (Preg. 2)	549	630	87,1%
Hombres 18-70 años (Preg. 3)	487	630	77,3%
Hombres 17-60 años (Preg. 4)	407	527	77,3%

Fuente: Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá. Ligasida y otros. 2007 .

Relaciones Sexuales antes de los 15 Años de Edad

### 15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años.

**TABLA 33. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LOS 15 AÑOS.**

Bogotá. D.C. 2007.

Grupo	Tuvieron RS antes de los 15 años	Encuestados	Porcentaje
<18 años	123	258	47,8%
18 +	85	309	27,5%
<b>Total 14-26 años</b>	<b>208</b>	<b>567</b>	<b>33,6%</b>

Fuente: Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá. Ligasida y otros. 2007 .

Relaciones Sexuales de Alto Riesgo

### 16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.

No hay datos para hombres debido a que la muestra para la ENDS no los incluye.

**TABLA 34. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

Colombia 2005.

Edad	%	Numerador	Denominador
De 15 a 49 años	3,4%	1.296	38.355
De 25 a 49 años	2,4%	679	28.096
De 15 a 24 años	4,8%	639	13.248
De 15 a 19 años	4,1%	283	6.902
De 20 a 24 años	5,6%	356	6.345

Fuente: ENDS 2005. Cálculos de MEASURE DHS Barrere Bernard L. [Bernard.L.Barrere@macrointernational.com](mailto:Bernard.L.Barrere@macrointernational.com).

## Uso del Preservativo Durante las Relaciones Sexuales de Alto Riesgo

**17. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.****TABLA 35. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVO MÁS DE UNA PAREJA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL.**

Edad	%	Numerador	Denominador
De 15 a 49 años	30,8%	399	1.296
De 25 a 49 años	26,5%	180	679
De 15 a 24 años	35,5%	227	639
De 15 a 19 años	34,5%	98	283
De 20 a 24 años	36,3%	129	356

Fuente: ENDS 2005. Cálculos de MEASURE DHS Barrere Bernard L. [Bernard.L.Barrere@macrointernational.com](mailto:Bernard.L.Barrere@macrointernational.com).

Los Profesionales del Sexo: Uso del Preservativo.

**18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.****TABLA 36. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO MUJERES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE.**

Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	MTS que uso el condón en la última relación sexual con un cliente	No uso condón con el último cliente	Muestra	Porcentaje de MTS que si usaron
Medellín	1.172	73	1.245	94.1%
Cali	1.517	71	1.588	95.5%
Barranquilla	1.001	32	1.033	96.9%
Bucaramanga	923	27	950	97.2%
<b>Total</b>	<b>4.613</b>	<b>203</b>	<b>4.816</b>	<b>95.7%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia 2008.

**Tabla 37. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL SEXO HOMBRES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO CON SU ÚLTIMO CLIENTE.**

Bogotá. 2007.

Grupo	Usó condón	Encuestados	Porcentaje
Hombres 18+	51	62	83,3%
Mujeres 18+	373	385	97%
Travestis 18+	72	76	94,7%
Total 18+	467	523	89,2%

Fuente: Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá. Ligasida y otros. 2007 .

Hombres que Tienen Relaciones Sexuales con Hombres: Uso del Preservativo.

**19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina.****TABLA 38. PORCENTAJE DE VARONES QUE DECLARA HABER USADO UN PRESERVATIVO DURANTE EL ÚLTIMO COITO ANAL CON UNA PAREJA MASCULINA**

Bogotá. 2007.

Grupo	Usaron condón en la última RS anal	Encuestados	Porcentaje
Hombres 17-60 años	423	527	80,3%

Fuente: Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá. Ligasida y otros. 2007 .

**20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.**

Sin dato

Consumidores de Drogas Inyectables: Prácticas de Inyección Seguras.

**21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.**

Sin dato

**INDICADORES DE IMPACTO**

Reducción de la Prevalencia del VIH

**22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH.**

Datos insuficientes.

Poblaciones más Expuestas: Reducción de la Prevalencia del VIH.

### 23. Porcentaje de MTS infectadas por el VIH.

**TABLA 39. PORCENTAJE DE MTS INFECTADAS POR EL VIH**

Distribución por ciudad.

Cuatro ciudades 2008.

Ciudad	N° de mujeres	Muestra	Porcentaje
Medellín	8	1.245	0,6%
Cali	13	1.588	0,8%
Barranquilla	23	1.033	2,2%
Bucaramanga	31	951	3,3%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>4.817</b>	<b>1,6%</b>

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales. Varios. 2008 pp. 104.

Tratamiento del VIH: Supervivencia Después de 12 Meses de Terapia Antirretrovírica.

### 24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica.

Datos insuficientes.

Reducción de la Transmisión Materno infantil

### 25. Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas.

**TABLA 40. PORCENTAJE DE LACTANTES INFECTADOS POR EL VIH QUE NACIÓ DE MADRES INFECTADAS**

Colombia 2007 a 2009

	2007	2008	2009
Lactantes VIH	9	10	3
Madres VIH	559	548	514
Porcentaje	2%	2%	1%

Fuente: Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH

## PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS.

### LOS PROGRESOS

El VIH sida es una de las principales prioridades en la Política Pública colombiana: Es una de las líneas de intervención de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y sus estrategias e intervenciones se desarrollan conforme a lo establecido en el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007), el Modelo de Gestión Programática, la guía de atención integral (Resolución 3442 de 2006), y un plan de respuesta Nacional a la epidemia 2008-2011. El Modelo de Gestión Programática específica las responsabilidades y acciones de los actores del Sistema General de Seguridad Social y las organizaciones de la sociedad civil en todos los niveles para prevenir la transmisión y mitigar el impacto de la epidemia.

#### **Mayor cobertura de aseguramiento.**

En el 2008, con una población de 44'450.260 habitantes, 17'198.673 (38,69%) personas estaban afiliadas al régimen contributivo y 22'951.361 (51,63%) personas al régimen subsidiado.

#### **Mayor acceso al diagnóstico.**

El número acumulado de casos de infección por VIH casos en estadio de sida y fallecidos registrados 2007 y 2009 fue 57.115 y 71.509 respectivamente.

Comparando el 2007 con el 2009, hubo un incremento en el diagnóstico de nuevos casos del 17,8%. (2007: 18.951 y 2009: 23.073 nuevos casos de VIH/ SIDA).

Estrategias como el Fortalecimiento de la Asesoría y Prueba voluntaria a través de la capacitación de los diferentes actores, aumentó el número de personas que accedieron realizarse la prueba para VIH.

#### **Mayor disponibilidad de medicamentos.**

En el 2007 el porcentaje de cobertura de TAR fue del 72% y en el 2009 se redujo al 71%.

A fines del 2009 en Colombia se contaba con los siguientes ARV cubiertos por el POS:

- Didanosina 25 mg tableta o cápsula
- Didanosina 100 mg tableta o cápsula
- Estavudina 30 mg cápsula
- Estavudina 40 mg cápsula
- Estavudina 1 mg/ml Solución oral
- Indinavir 200 mg tableta o cápsula
- Indinavir 400 mg tableta o cápsula
- Lamivudina 10 mg/ml Solución oral
- Lamivudina 150 mg tableta o cápsula
- Lamivudina+ Zidovudina 150mg+300mg Tableta
- Nelfinavir 250 mg tableta
- Nelfinavir 50 mg/ml solución oral
- Nevirapina 200 mg tableta
- Nevirapina 50mg/ml solución oral
- Ritonavir 80mg/ml jarabe
- Ritonavir 100 mg tableta o cápsula

- Zidovudina 100 mg tableta o capsula
- Zidovudina 300 mg tableta o cápsula
- Zidovudina 10 mg/ml solución oral
- Zidovudina 10 mg/ml solución inyectable.

Disponibles en Colombia pero no cubiertos por el POS: Zalcitabina, Etravirina, Amprenavir, Darunavir, Abacavir+ Lamivudina +Zidovudina, Enfuvirtide, Maraviroc y Raltegravir.

No disponibles en Colombia: Emtricitabina, Tenofovir y Tipranavir

Durante los años 2008 y 2009 se llevó a cabo el VII estudio de prevalencia al VIH en mujeres gestantes de 13 ciudades del país, con una inversión cercana a los 1.000 millones de pesos. Los resultados arrojaron una prevalencia de 0.22% que coincide con los datos obtenidos por vigilancia regular a través de la implementación de la estrategia de eliminación del VIH perinatal.

Igualmente, se adelantó un estudio multicéntrico en 5 ciudades del país y para determinar factores de vulnerabilidad en Mujeres a la par que se realizó un estudio de prevalencia ligado a comportamientos en mujeres trabajadoras sexuales en 4 ciudades del país. Adicionalmente, se están cerrando en este año—entre otras iniciativas de Vigilancia de segunda generación a la epidemia—, un estudio de prevalencia ligado a comportamiento en HSH en 7 ciudades del país y el estudio de coinfección TB-VIH.

En el año 2010 a través de la mesa intersectorial de adolescencia y juventud, donde participan la Consejería de Programas Especiales de la Presidencia de la República, los Ministerios de Educación y de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se trabaja en un proyecto por valor de 10.000 millones de pesos que apunta a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia, que incluye las acciones de vigilancia y asistencia técnica en las áreas de VIH / SIDA, ITS, Sífilis gestacional y congénita.

Igualmente, con los recursos mencionados se fortalecen paralelamente el Programa Nacional de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía y la Estrategia de Servicios Amigables para Adolescentes, con avances significativos en cobertura. Con esto se da cumplimiento al compromiso adquirido en el año 2008 en la reunión de Ministros de Salud y Educación celebrada en ciudad de México.

Por otra parte, siguiendo las recomendaciones del Auto 092 de 2008 de la Corte Constitucional, y a través de convenio con la OIM, en el año 2009 se desarrollaron estrategias dirigidas a población en condición de desplazamiento de 249 municipios priorizados y enfocadas al tamizaje de la situación psicosocial, la difusión del modelo de atención en crisis a equipos de Atención Primaria en Salud - APS, la dotación de kits de salud sexual y reproductiva que incluyen pruebas para la detección del VIH y medicamentos ARV para el manejo de la profilaxis post-exposición para los casos de violencia o abuso físico.

Como parte de la política de Salud Sexual y Reproductiva, el ICBF implementó la Estrategia Integral “Vive tus Derechos” para la promoción de la salud y formación para el ejercicio ciudadano desde los derechos humanos, sexuales y reproductivos en adolescentes, que contempla entre otros un componente Educativo, con el cual se formaron más de 1.100 personas durante el segundo

semestre de 2008 y se elaboraron dos documentos soporte para el proceso de expansión de este componente.

El Instituto Nacional de Salud, con el fin de fortalecer el sistema de vigilancia de sífilis gestacional y congénita ha desarrollado varias acciones tales como la implementación de una base de datos, asistencias técnicas a los departamentos y pruebas de detección inmediata de sífilis gestacional. Estas acciones permiten optimizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y contactos, la socialización del Manual de procedimientos técnicos y administrativos de la Estrategia para la Prevención y el Control de la Sífilis Gestacional y Congénita 2009-2015, elaborado conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social.

En general, podemos concluir que Colombia se ha preocupado por enmarcar la respuesta a la epidemia de VIH / SIDA como parte integral de los avances que se realizan en Salud sexual y reproductiva, dentro de un marco de derechos que procura garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud de calidad, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH sida.

La percepción de los adolescentes y jóvenes acerca de los servicios amigables que funcionan en el país sobre la accesibilidad, tiene un alto nivel de desarrollo, la institución es fácil de ubicar; los profesionales utilizan lenguaje claro y fácil de entender, el personal respeta la confidencialidad y asegura la privacidad. La realización de pruebas de embarazo y las asesorías sobre salud sexual y reproductiva lo perciben en nivel medio de desarrollo y el servicio de anticoncepción de emergencia lo califican con nivel bajo de desarrollo, lo que nos indica que a pesar que los servicios tienen disponible este servicio en su portafolio de servicios no lo ofertan a adolescentes y jóvenes.

## LOS PROBLEMAS

Las principales situaciones identificadas como problemáticas son:

- El impulsar los estudios de prevalencia ha sido una tarea ardua dadas las dimensiones de los mismos y los altos costos para la financiación de los mismos lo cual dificulta hacia futuro el garantizar las valoraciones periódicas de prevalencia, especialmente en poblaciones más vulnerables.
- El paradigma de respuesta a la epidemia aún es reactivo y se centra en garantizar las acciones de asistencia integral y suministro de medicamentos. Existe un rezago histórico en fortalecer las acciones de información y sensibilización a la ciudadanía, principalmente con acciones dirigidas a poblaciones vulnerables.
- Existe una alta rotación de personal entre los encargados de agenciar las acciones de salud pública así como en los encargados de la asistencia, lo que obliga a realizar un permanente proceso de capacitación al recurso humano.
- Los datos de mortalidad provienen del registro de estadísticas vitales del DANE que los reporta por lo general con 2 años de retraso, por lo que ha sido difícil establecer una línea de base para la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en 20%

Adicionalmente, los principales retos están en aumentar el acceso al diagnóstico, mejorar las condiciones de monitoreo y evaluación, verificar las coberturas de atención a gestantes y que se identifiquen oportunamente los casos, para incluirlos como beneficiarios de la Guía de Atención Integral en VIH / SIDA, iniciar tratamiento oportuno y así reducir costos que genera la incapacidad y muerte por sida. Sin embargo, el principal reto consiste en aumentar las coberturas de acceso a servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS, incluyendo la infección por VIH, focalizando acciones en aquellas poblaciones donde existen mayores factores de vulnerabilidad.

En Colombia, en los últimos diez años (1998-2008), la razón de incidencia de sífilis congénita pasó de 1 a 2.6 casos y la de sífilis gestacional, de 1 a 5.4 por cada 1000 NV.

- Estas deficiencias se relacionan básicamente con la calidad en la prestación del servicio que debe brindarse a la materna. Se ha encontrado que aún a pesar de que la gestante acude a los servicios de control prenatal, hay falta de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis gestacional. Lo anterior representa una deficiencia grave para el control de este evento, ya que la evidencia científica ha demostrado que el diagnóstico y tratamiento adecuado de la sífilis gestacional deben ser realizados tempranamente (antes de la semana 20 de gestación) lo cual evita la transmisión al bebé en un 80% de los casos.
- El seguimiento individual de los casos, es un tema prioritario para el país, en la medida en que sea mejorado se disminuirán las tasas de infección.
- Se reconocen las dificultades para la búsqueda y manejo de las parejas sexuales de las gestantes afectadas, dadas por la idiosincrasia, el estigma y la discriminación, que generan este tipo de enfermedades.
- Por otra parte, existen barreras geográficas que limitan el acceso oportuno de las gestantes a los servicios de salud.
- Este fenómeno – al igual que otros en salud pública – se debe a múltiples factores individuales y colectivos, que generan retos para el oportuno manejo de la sífilis gestacional y congénita.

#### **Transmisión por Uso de drogas IV**

La heroína ha sido una amenaza latente en el país desde que se detectaron cultivos internos en los años 90. La producción interna es un claro factor de riesgo para el surgimiento de mercados locales, aspecto que se ha venido en ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Santander de Quilichao, Armenia, Pereira, Cúcuta, entre otras. Los casos de sobredosis reportados por los servicios de urgencias en los últimos meses, así como la creciente demanda de servicios especializados para la desintoxicación y el tratamiento, así lo reflejan. Esto sin embargo, coexiste con lo que muestran estudios recientes, entre ellos el estudio Nacional de hogares (2008) cuyas cifras indican que este consumo es leve si se compara con sustancias como la cocaína, la marihuana o el éxtasis. No obstante, somos conscientes de las limitaciones de estas metodologías para explorar a fondo fenómenos emergentes como el del consumo de heroína, por tratarse de fenómenos ocultos que afectan principalmente a grupos de población “difíciles de alcanzar”.

El Ministerio es consciente del fuerte impacto en salud y en otras áreas que derivan de este tipo de consumos y de sustancias y por ello, junto con UNODC, viene también desarrollando acciones formativas para mejorar la capacidad técnica del personal de salud y de los centros de atención en drogadicción (CAD) (Taller Nacional de Formación en Heroína, 2009) para la atención de la

dependencia a la heroína, viene asistiendo técnicamente a las entidades territoriales más afectadas para que definan planes de acción específicos en la materia (Santander de Quilichao y Norte de Santander).

Para 2010 se tiene previsto avanzar hacia:

- a) La construcción de una Guía de Atención en Dependencia a la Heroína.
- b) La construcción de una agenda de acción conjunta entre Drogas y VIH.
- c) El desarrollo de un estudio de seroprevalencia en población de inyectores.
- d) El desarrollo de un Encuentro Internacional de Planeación y Formación en Drogas y VIH. para seguir mejorando la capacidad técnica de nuestras instituciones.

## LAS MEDIDAS CORRECTORAS

Para facilitar su implementación, el Gobierno Nacional ha concentrado su atención en las siguientes estrategias:

1. **Prevención de la transmisión perinatal del VIH sida.** En el año 2005 el 2% de los casos de SIDA reportados en Colombia correspondían a transmisión perinatal. Desde entonces el Ministerio de la Protección Social asumió la tarea de financiar una estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH que se inició con el apoyo de la Comunidad Económica Europea y la gestión de ONUSIDA y el Instituto Nacional de Salud. Esta estrategia se centra en el desarrollo de un programa de capacitación y dotación de los prestadores de servicios de salud e información a usuarios, para garantizar que la totalidad de las gestantes tengan acceso a las prueba de diagnóstico de VIH durante el control prenatal, así como a los protocolos internacionales de tratamiento para aquellas que resultan seropositivas.
2. **Vigilancia de la Transmisión Sanguínea:** El porcentaje de unidades de sangre donadas que se analizan para la detección del VIH con estándares internacionales de calidad asegurada en Colombia es del 100%.
3. **Observatorio Nacional de VIH sida.** Estrategia de seguimiento de la cobertura nacional a través de la cual se realiza el monitoreo y la evaluación de la respuesta del país a la epidemia y se desarrollan los estudios epidemiológicos en poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.
4. **Servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes.** El área de VIH / SIDA coordina acciones con la estrategia de servicios de salud amigables para jóvenes que se orienta a reducir las barreras de acceso a los servicios de esta población. Se basa en el desarrollo de servicios de salud que respondan a las necesidades psicosociales jóvenes y adolescentes en respuesta a los compromisos internacionales asumidos por Colombia en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas y responde a los compromisos establecidos en la reunión de ministros de salud y educación realizada en México en Agosto de 2008, a efectos de prevenir las ITS / VIH y promover la Salud Sexual y reproductiva. Esta estrategia se desarrolla en articulación con el proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía del Ministerio de Educación Nacional.

5. **Estrategia INTEGRADA**, dirigida a fortalecer la oferta y el acceso a la asesoría y prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH. Esta estrategia se ejecuta en coordinación con cinco agencias de Naciones Unidas, (ONUSIDA, ACNUR, UNFPA, OPS y UNICEF) y ha permitido disminuir la brecha diagnóstica en términos de acceso y de oportunidad.
6. **Estrategias de información educación y comunicación** para reducir factores de riesgo y potenciar factores protectores relacionados con uso del condón, la asesoría y prueba voluntaria, así Como el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.
7. **Acceso universal a terapia ARV**. A través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, más del 71% de los pacientes seropositivos identificados reciben tratamiento antirretroviral. El Plan Obligatorio de salud Colombiano cuenta con el paquete de servicios que define el estándar internacional para diagnóstico y seguimiento (CD4, Carga viral y Genotipificación), y tratamiento integral de portadores de VIH y enfermos de SIDA, incluyendo las fórmulas lácteas para los hijos de madres infectadas, entre otros tipos de atención.
8. **Propuesta al Fondo Mundial**: Finalmente, adicional a la inversión que el país realiza anualmente en el programa y que se acerca a los 250 mil millones de pesos (USD\$ 120 millones) y reconociendo la persistencia de brechas en el acceso al tratamiento integral en poblaciones vulnerables, Colombia tiene aprobada una propuesta de fortalecimiento de la intervención a estos grupos al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria titulada “Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios preventivos y de salud de calidad, la reducción de la morbi-mortalidad y la vulnerabilidad asociadas al VIH/Sida en grupos clave priorizados” por un valor de 42 millones de euros que se ejecutarán en un horizonte de 5 años.

## APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.

El grupo temático de ONUSIDA, con la participación de OPS, UNICEF, UNFPA, ACNUR, PMA, UNODC, y el PNUD junto con otras agencias intergubernamentales de cooperación tales como OIM realiza acciones programadas de acuerdo con el UNDAF (*United Nations Development Action Frame*), para apalancar el cumplimiento de las Metas del Milenio, específicamente en lo relacionado con el objetivo 6 que apunta a detener la expansión del VIH / SIDA. Las acciones se realizan de acuerdo con la división del trabajo

El objetivo específico del UNDAF en el área de VIH / SIDA apunta al logro del Acceso universal y mejoramiento de la calidad de la prevención y atención en salud, mediante:

- El pleno acceso a la salud pública
- La afiliación universal al Sistema de Seguridad Social en Salud y, por consiguiente, el acceso de toda la población al Plan Obligatorio de Salud
- La prevención del VIH/SIDA, la atención integral de personas enfermas o portadoras y la promoción de respeto a sus derechos.

## SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.

Se disponen de los datos de notificación obligatoria de casos través del Sistema de vigilancia epidemiológica – SIVIGILA a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS). Este sistema tiene ciertas limitaciones de cobertura y calidad de datos, debido al diagnóstico tardío, el sub-registro, las fallas de digitación, validación de datos y el retraso en la notificación. Esta afectación es común a todos los sistemas de registro de casos; sin embargo, se han venido haciendo actualizaciones anuales y un gran esfuerzo de asistencia técnica desde el año 2007, los cuales ofrecen mayor consistencia de los datos presentados.

Otro sistema de vigilancia lo constituye la realización periódica de estudios centinela para VIH en las principales ciudades del país. Éste es un esfuerzo importante de los diferentes actores del sistema con el propósito de valorar de la mejor manera posible la prevalencia en gestantes durante un periodo de dos a tres meses en la recolección de muestras. Es importante aclarar que este estudio no sólo utiliza dos pruebas de Elisa, sino que además confirma la positividad de esas muestras mediante la prueba de Western Blot.

De acuerdo con lo establecido en la estrategia de seguimiento y evaluación que lidera el Ministerio de la Protección Social, hasta el año 2009 se han realizado las siguientes actividades:

- Generación de los informes nacionales y los requeridos por las Agencias de Naciones Unidas
- Asistencia Técnica a los Observatorios satélites para su desarrollo al interior de las entidades.
- Capacitación en Seguimiento y evaluación en VIH.
- Capacitación en el modelo de fase 1 que terminó en 2009.
- Sensibilización a varios Secretarios de Salud en la necesidad de utilizar las ventajas de la aplicación de los indicadores de gestión para tomar decisiones asertivas.
- Diseño de la propuesta de indicadores de la fase 2 que inicia en 2010.
- Presentación y consenso de los indicadores de fase 2 en una reunión en Junio de 2009.
- Realización de los Boletines semestrales de los indicadores del Observatorio.
- Procesamiento y entrega de los datos requeridos en los procesos de construcción de las propuestas para solicitar apoyo del Fondo Global.
- Realización de los informes de mortalidad asociada al VIH/sida.
- Realización de los informes de seguimiento a los ODM.
- Desarrollo de las estimaciones y proyecciones de la epidemia con los aplicativos de MOT, EPP y *Spectrum*.
- Informes a demanda.
- Apoyo a la planeación del VII estudio centinela en gestantes.
- Apoyo a los proceso de investigación del convenio con el UNFPA y MPS, tales como el de Comportamientos y seroprevalencia en MTS y en HSH.

En el proceso de construcción de los informes UNGASS 2010 y de Acceso Universal, se diseñaron varios instrumentos que permiten construir bases de datos a partir de las respuestas entregadas y como utilidad directa a los ofertantes de datos, se disponía de un informe para sus entidades. Estos son los archivos que adicionalmente están disponibles en la página Web del Ministerio de la Protección Social, Gestión Programática en VIH 2007, 2008 y 2009, Indicadores UNGASS para DTS 2010, Indicadores UNGASS para EPS 2010, actividades del día mundial del VIH 2009 y por supuesto

los informes de los indicadores de seguimiento del Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Estas actividades se lograron por el apoyo financiero del MPS, ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y GTZ - Brasil.

El conocimiento de la epidemia ha mejorado en los últimos años a partir del desarrollo de las acciones incluidas en la vigilancia de segunda generación tales como la Vigilancia Biológica, en donde se ha ampliado la red de oferta de servicios diagnósticos en tres grupos poblacionales que demandan estos servicios. Se le ha garantizado el proceso de seguimiento de calidad a las diferentes entidades que realizan procesos diagnósticos.

Se realizó una valoración cualitativa relacionada con los factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, que fue financiado por el Ministerio de la Protección Social y se desarrolló en el marco de un convenio con el Fondo Población de las Naciones Unidas. Este trabajo fue realizado por investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta investigación ofrece una revisión conceptual de la vulnerabilidad, los contextos sociales y geográficos, así como los aspectos de género, sexualidad, el sistema de salud y las políticas públicas relacionadas con el VIH su desarrollo se hizo mediante los análisis cualitativos en grupos focales y entrevistas semi-estructuradas en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.

Para el mes de mayo de 2010 se tiene previsto realizar por parte del observatorio nacional una reunión nacional de capacitación en los indicadores de la fase dos, un taller de análisis de los datos disponibles y la construcción de informes dirigidos a los tomadores de decisiones, orientados a la generación de cambios de acuerdo con las responsabilidades y los hallazgos obtenidos.

A partir de estos resultados se tendrá la posibilidad de generar un plan de trabajo en seguimiento y evaluación por parte de los responsables en las direcciones territoriales de salud, las empresas promotoras de salud para el régimen contributivo, régimen subsidiado y los regímenes de excepción. Éste plan será acompañado de un sistema de seguimiento a las acciones y resultados esperados del mejoramiento de la oferta y utilización de datos en VIH para el país.

De igual manera, se ofrecen los datos de los indicadores de seguimiento del Observatorio Nacional de Gestión en VIH / sida del grupo de estrategias establecidas por el Ministerio de la Protección Social. Hasta finales de 2009 se ha recuperado información semestral desde el año 2005. Se reconoce sin embargo, la dificultad para lograr el envío de los datos por parte de varios observatorios satélites, en particular las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado y algunas direcciones territoriales de salud. De igual manera, es necesario resaltar el esfuerzo de las EPS del régimen contributivo quienes han desarrollado un uso de los datos interior de sus entidades que les ha permitido corregir algunas situaciones.

Se han mantenido los procesos de asistencia técnica y desarrollo de habilidades orientadas al fortalecimiento de los observatorios de la gestión en VIH/SIDA en las direcciones territoriales. Se continúan haciendo esfuerzos para promover el uso de estos indicadores con el propósito de priorizar acciones de seguimiento y apoyo financiero para las actividades pertinentes.

A continuación se presentan las tablas de seguimiento de oferta de datos por los distintos observatorios satélite están definidas en el país de igual manera se presentan los resultados agregados de los indicadores asistenciales que se están empleando en la fase uno del observatorio de gestión en VIH.

**TABLA 41. SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL.**

Observatorios de las Direcciones Territoriales de Salud  
Colombia 2005 a 2009 por semestres.

OBSERVATORIO	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	SI									
DEPARTAMENTO ATLANTICO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI
DISTRITAL DE BOGOTA	NO	NO	SI							
DEPARTAMENTO BOLIVAR	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
DEPARTAMENTO BOYACA	SI									
DEPARTAMENTO CALDAS	NO	NO	SI							
DEPARTAMENTO CAQUETA	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
DEPARTAMENTO CAUCA	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
DEPARTAMENTO CESAR	SI	NO	SI	SI						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI
DEPARTAMENTO CHOCO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DEPARTAMENTO HUILA	SI	NO								
DEPARTAMENTO MAGDALENA	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
DEPARTAMENTO META	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO
DEPARTAMENTO NARIÑO	SI	NO	SI	SI						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	SI									
DEPARTAMENTO RISARALDA	SI	NO	NO	SI						
DEPARTAMENTO SANTANDER	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
DEPARTAMENTO TOLIMA	NO	NO	SI	NO						
DEPARTAMENTO VALLE	NO	NO	SI							
DEPARTAMENTO ARAUCA	SI	NO	NO	NO						
DEPARTAMENTO CASANARE	SI									
DEPARTAMENTO SAN ANDRES	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
DEPARTAMENTO AMAZONAS	SI	NO								
DEPARTAMENTO GUAINIA	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
DEPARTAMENTO GUAVIARE	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI
DEPARTAMENTO VICHADA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DISTRITAL DE BARRANQUILLA	SI	NO								
DISTRITAL DE CARTAGENA	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DISTRITAL DE SANTA MARTA	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO

01=primer semestre 2005, 02= Segundo semestre 2005, 03=primer semestre 2006, 04= Segundo semestre 2006, 05=primer semestre 2007, 06= Segundo semestre 2007, 07=primer semestre 2008, 08= Segundo semestre 2008, 09=primer semestre 2009, 10= Segundo semestre 2009.

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo 2010.

**TABLA 42. SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL.**

Observatorios de las EPS del Régimen Contributivo  
Colombia 2005 a 2009 por semestres

OBSERVATORIO	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
COLMEDICA EPS.	SI									
SALUD TOTAL S.A. EPS	NO	NO	SI							
CAFÉSALUD EPS	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
SANITAS S.A. EPS.	SI									
SEGURO SOCIAL	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COMPENSAR EPS.	SI									
COMFENALCO ANTIOQUIA	SI	NO								
COMFENALCO ANTIOQUIA EPS	NO	SI								
EPS SURA	SI									
COMFENALCO VALLE EPS.	SI	NO	SI							
SALUDCOOP EPS	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
HUMANA VIVIR EPS	SI	NO								
SALUD COLPATRIA EPS.	SI									
COOMEVA EPS. S.A.	SI	NO								
EPS FAMISANAR LTDA	NO	NO	NO	SI						
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	SI									
CRUZ BLANCA EPS S.A.	NO	NO	NO	SI						
SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD EPS	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO
SALUDVIDA EPS. S.A.	SI	NO								
SALUD COLOMBIA	NO	SI	NO							
SALUDCOLOMBIA	NO	SI								
RED SALUD ATENCIÓN HUMANA EPS. S.A.	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NUEVA EPS	NA	SI	SI	SI						
MULTIMEDICA EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
GOLDEN GROUP EPS	NA	SI	SI	SI						

01=primer semestre 2005, 02= Segundo semestre 2005, 03=primer semestre 2006, 04= Segundo semestre 2006, 05=primer semestre 2007, 06= Segundo semestre 2007, 07=primer semestre 2008, 08= Segundo semestre 2008, 09=primer semestre 2009, 10= Segundo semestre 2009. NA= No aplica.

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo 2010.



OBSERVATORIO	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	NO	SI								
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. "EMDISALUD"	SI									
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. "COOSALUD E.S.S."	NO	SI								
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA "ASMET SALUD"	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ ARS	SI									
ECOOPOSOS EMPRESAS SOLIDARIA DE SALUD	SI	NO								
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS	SI									
ESS COMPARTA	NO	SI								
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO

01=primer semestre 2005, 02= Segundo semestre 2005, 03=primer semestre 2006, 04= Segundo semestre 2006, 05=primer semestre 2007, 06= Segundo semestre 2007, 07=primer semestre 2008, 08= Segundo semestre 2008, 09=primer semestre 2009, 10= Segundo semestre 2009.

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo 2010.

**TABLA 44. INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH.**

Colombia 2005 a 2006 por semestres.

indicador	JUN 05	DIC 05	JUN 06	DIC 06
Número de personas con VIH.	6.276	8.001	6.690	17.788
Número de personas con sida.	1.979	2.924	4.508	7.158
Número de PVVS en tratamiento ARV.	3.291	7.505	6.040	14.000
Número total de mujeres gestantes.	225.669	272.395	336.920	366.015
Número de mujeres gestantes, a quienes se les hizo asesoría pre prueba y ELISA para VIH.	142.668	173.561	121.986	146.123
Número de mujeres gestantes con VIH/sida.	223	163	198	364
Número de las mujeres gestantes infectadas por el VIH, que han recibido TAR preventivo completo para reducir el riesgo de TMI.	103	120	187	292
Número de niños/as nacidos de madres infectadas con VIH que recibieron fórmula láctea hasta los seis meses de edad.	47	121	115	170
Número de casos diagnosticados de VIH en menores de 2 años.	32	37	71	86
Número de ELISAS para VIH realizados.	55.397	70.153	108.975	217.647
Número de WB para VIH realizados.	773	1.442	4.283	3.556

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo 2010.

**TABLA 45. INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH.**

Colombia 2007 a 2008 por semestres.

indicador	JUN 07	DIC 07	JUN 08	DIC 08
Número de personas con VIH.	10.453	10.382	15.860	16.958
Número de personas con sida.	8.972	8.784	9.813	13.356
Número de PVVS en tratamiento ARV.	11.855	12.237	15.042	17.551
Número total de mujeres gestantes.	336.237	419.315	484.512	377.761
Número de mujeres gestantes, a quienes se les hizo asesoría pre prueba y ELISA para VIH.	239.965	317.935	298.211	283.004
Número de mujeres gestantes con VIH/sida.	390	407	452	389
Número de las mujeres gestantes infectadas por el VIH, que han recibido TAR preventivo completo para reducir el riesgo de TMI.	272	300	397	291
Número de niños/as nacidos de madres infectadas con VIH que recibieron fórmula láctea hasta los seis meses de edad.	223	296	343	302
Número de casos diagnosticados de VIH en menores de 2 años.	66	41	106	74
Número de ELISAS para VIH realizados.	281.407	214.268	345.616	340.744
Número de WB para VIH realizados.	3.325	3.273	6.114	3.638

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo 2010.

**TABLA 46. INDICADORES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH.**

Colombia 2009 por semestres.

indicador	JUN 09	DIC 09
Número de personas con VIH.	18.782	15.279
Número de personas con sida.	13.795	10.701
Número de PVVS en tratamiento ARV.	19.681	16.302
Número total de mujeres gestantes.	384.177	344.048
Número de mujeres gestantes, a quienes se les hizo asesoría pre prueba y ELISA para VIH.	281.546	229.377
Número de mujeres gestantes con VIH/sida.	362	354
Número de las mujeres gestantes infectadas por el VIH, que han recibido TAR preventivo completo para reducir el riesgo de TMI.	285	259
Número de niños/as nacidos de madres infectadas con VIH que recibieron fórmula láctea hasta los seis meses de edad.	284	241
Número de casos diagnosticados de VIH en menores de 2 años.	84	70
Número de ELISAS para VIH realizados.	349.556	223.476
Número de WB para VIH realizados.	4.142	7.066

Fuente: Observatorio Nacional de Gestión en VIH. Marzo 2010.

## **ANEXO 1. PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME.**

### **ICPN PARTE A**

Proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN A.

En el mes de octubre de 2009 se revisaron los contenidos necesarios para la aplicación de esta parte del informe UNGASS 2010. De acuerdo con la orientación de las preguntas se identificó que la persona idónea para presentar las respuestas era quien realizaba las acciones de la dirección programática de la respuesta nacional al VIH en el Ministerio de la Protección Social. De manera complementaria se consultó a los integrantes del grupo técnico que trabaja en las diferentes áreas de VIH, en calidad de consultores del convenio del Ministerio la Protección Social con el Fondo de Población de Naciones Unidas– UNFPA.

A partir de las respuestas ofrecidas se generó un documento en el mes de diciembre de 2009 que fue revisado con el propósito de disponer los ajustes necesarios, de forma tal que se pudiera presentar en una reunión de consenso y validación nacional de los contenidos del informe UNGASS y del informe de acceso universal.

Las actividades realizadas en dicho taller que se realizó en el mes de marzo de 2010, incluyeron la entrega de este archivo con las instrucciones pertinentes para su revisión por parte de los asistentes. Posteriormente se adecuaron los comentarios recibidos y se presenta el documento del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) en su parte “A” debidamente revisado y validado, con representación de las entidades que hacen parte del sistema de seguridad social, la sociedad civil organizada y las agencias de Naciones Unidas con representación en el país.

Adicionalmente, a los procesos descritos, se envía por correo electrónico una copia de este documento y las instrucciones para hacer seguimiento de la inclusión de indicadores en la página Web de ONUSIDA, a los miembros del Consejo Nacional de Sida – CONASIDA y al grupo de revisión, para sus comentarios finales. Considerando la forma como está diseñado el procedimiento de captura en el servidor de Internet de ONUSIDA en Ginebra, se iniciará paralelamente el proceso de carga, de manera tal que se garantice que antes de la fecha límite se disponga de todos los datos e información apropiadamente organizados.

Proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas.

Durante el taller nacional de consenso y validación, se apoyó el trabajo realizado en cada uno de los grupos de forma tal que, en la medida en que se presentaban diferencias, se hacía una discusión orientada a presentar la respuesta más representativa de la realidad nacional. Para el caso de personas que manifestaran no estar de acuerdo con el consenso, se incluiría una nota en el texto que expresara la posición en contrario.

## Cuestiones relacionadas con los datos finales del ICPN presentados

De acuerdo con las revisiones y los comentarios de los diferentes actores involucrados en el proceso, la presentación de los argumentos y de las fuentes de datos, así como las limitaciones que se presentaban al momento de realizar el presente informe, se puede concluir que la información más aproximada a la realidad en Colombia.

## Entrevistados para el ICPN Parte A

## ICPN - PARTE A (para que respondan los funcionarios gubernamentales)

Entrevistados para la parte A		Partes se ha preguntado a cada encuestado				
Organización	Nombre/Cargo	A.I	A.II	A.III	A.IV	AV
Ministerio de la Protección Social	Ricardo Luque Núñez Asesor Dirección General de Salud Pública	X	X	X	X	X
Ministerio de la Protección Social - UNFPA	Liliana Andrade Consultora Modelo de Gestión – Integra.	X	X	X	X	X
Ministerio de la Protección Social - UNFPA	Sidia Caicedo Consultora Prevención TMI VIH	X	X	X	X	X
Ministerio de la Protección Social - UNFPA	Isabel Cristina Idárraga Consultora Prevención Sífilis Congénita	X	X	X	X	X
Ministerio de la Protección Social - UNFPA	Luis Ángel Moreno Díaz Consultor Seguimiento y Evaluación VIH	X	X	X	X	X

En el anexo 1 se presenta el listado de invitados al taller nacional de consenso y validación. En el anexo 2 se presenta en listado de participantes de las mesas de trabajo que participaron en el Taller Nacional de Consenso y Validación de los informes de UNGASS y Acceso Universal 2010.

En el anexo 3 encuentra listado de personas invitadas realizar comentarios finales de los documentos validados.

## ICPN PARTE B

Proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN B.

En el mes de octubre de 2009 se revisaron los contenidos necesarios para la aplicación de esta parte del informe UNGASS 2010. De acuerdo con la importancia que representa el hecho de obtener el mayor número de personas que respondieran este cuestionario, se elaboró un archivo en formato PDF que permitiera a cada persona responder la totalidad del mismo.

En la reunión de aprestamiento del mes de noviembre de 2009 se entregó este archivo a los asistentes, con la instrucción de diligenciarlo y enviarlo por correo electrónico. De manera complementaria se hizo una búsqueda y actualización de directorio de organizaciones no gubernamentales y agencias de Naciones Unidas con representación en el país que se utilizó para enviar el archivo. Se definieron fechas para su entrega en el mes de enero de 2010, debido a la baja respuesta se dio un plazo mayor al 15 febrero y finalmente otro plazo al 26 febrero. A partir de las respuestas obtenidas de los archivos enviados, se construyó una base de datos a partir de la cual se seleccionaron las respuestas para cada una de las preguntas y se organizó un documento para validación. Este documento se presentó en las mesas de trabajo del taller nacional de consenso y validación que se realizó en la ciudad de Bogotá los días 8 y 9 marzo 2010.

Se facilitó un salón para que los representantes de las organizaciones no gubernamentales se reunieran de manera privada y generarán las discusiones de consenso. Como producto de esta reunión se recibió un archivo con los cambios generados de este consenso a partir del cual, se redactó el informe final.

Se definió la necesidad de generar un comité de revisión el cual se reunió en la segunda semana de marzo, quienes no hicieron comentarios a las respuestas ofrecidas.

Adicionalmente, a los procesos indicados, en la última semana de marzo se envió por correo electrónico una copia de este documento y las instrucciones para hacer seguimiento de la inclusión de indicadores en la página Web de ONUSIDA, a los miembros del Consejo Nacional de Sida y al grupo de revisión, para sus comentarios finales. Considerando la forma como está diseñado el procedimiento de captura en el servidor de Internet de ONUSIDA en Ginebra, se iniciará paralelamente el proceso de carga, de manera tal que se garantice que antes de la fecha límite se disponga de todos los datos e información apropiadamente organizados.

Proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas.

Durante el taller nacional de consenso y validación, se apoyó el trabajo realizado en el grupo de forma tal, que en la medida en que se presentaban diferencias, se hacía una discusión orientada a presentar la respuesta más representativa de la realidad nacional. Para el caso de personas que manifestaran no estar de acuerdo con el consenso, se incluiría una nota en el texto que expresara la posición en contrario.

De acuerdo con las revisiones y los comentarios de los diferentes actores involucrados en el proceso, la presentación de los argumentos y de las fuentes de datos, así como las limitaciones que se presentaban al momento de realizar el presente informe, se puede concluir que la información más aproximada a la realidad en Colombia. De igual manera, se da constancia de la participación de la sociedad civil en los diferentes momentos del proceso.

ICPN - PARTE B (Corresponde a las organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas que enviaron el instrumento respondido)

Entrevistados para la parte B		Partes se ha preguntado a cada encuestado			
		A.I	A.II	A.III	A.IV
Organización	Nombre/Cargo				
UNICEF	Paola Pineda Oficial de VIH	X	X	X	X
Fundación Esperanza es Vida	Rosa Brito Representante Legal	X	X	X	X
Fundación François Xavier Bagnoud	Victoria Manjarrés Directora	X	X	X	X
Fundación GEPS	Francisco Hernández Director General	X	X	X	X
Fundación Henry Ardila	Luz Umbasia Directora	X	X	X	X
Fundación María Fortaleza	Sandra Arturo Directora	X	X	X	X
Fundación Proyecto Gente	Aristóbulo Garavino Presidente Consejo de Dirección	X	X	X	X
Liga Colombiana de Lucha contra el sida	Jorge Pacheco Coordinador General	X	X	X	X

Para ver los participantes de la reunión de validación, este se presenta en el Anexo 5.

## **ANEXO 2. ÍNDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL.**

### **ESTADO DE DESARROLLO Y APLICACIÓN DE POLÍTICAS**

#### **ICPN. PARTE A.**

##### Introducción

En el contexto mundial de la respuesta a la epidemia por VIH/sida y teniendo en consideración los compromisos adquiridos en la sesión especial de las Naciones Unidas en 2001, que definió por consenso el marco de trabajo de la respuesta de los países, se establece la necesidad periódica de valorar lo actuado. De manera consecuente con los esfuerzos de integración de las acciones de los diferentes actores que construyen la respuesta de cada país y que permitirá disponer de datos e información de manera estandarizada, se prepara por parte de ONUSIDA el manual de guía de la valoración de las respuestas nacionales, a partir de las cuales se consolidará el informe mundial que se presentará a la opinión mundial en el primer semestre de 2010.

El presente informe tiene cobertura de valoración hasta 2009, por lo que debe hacerse la evaluación de los resultados en los últimos años. Para este requerimiento y con el ánimo de estandarizar la información recibida a nivel nacional, se diseñó este instrumento.

**Se agradece a las personas e instituciones que participaron.**

##### Objetivo

Presentar la información que permita representar las opiniones y percepciones de la realidad, de los actores de gobierno central, en relación con la respuesta ante la epidemia del VIH/sida en el país, en lo relacionado con el Índice Compuesto de Política Nacional – Parte A.

Este documento se construyó a partir de las respuestas, consensos y revisiones de los funcionarios del Ministerio de la Protección Social, Las EPS-S, las EPS-C, las ONG y las Agencias de Naciones Unidas del país. La estructura corresponde a lo establecido en el Índice Compuesto de Política Nacional – Parte A- en el informe Colombia UNGASS 2010.

## Parte A.I. Plan Estratégico

1. ¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

**Si Período cubierto: 2008-2011**

*Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas 1.1a1.10; de lo contrario, pase a la pregunta 2.*

1.1 ¿Desde cuándo tiene el país una estrategia multisectorial?

**Número de años: 14.**

1.2 ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades?

Sectores	Incluido en la estrategia	Presupuesto asignado
Salud	<b>Si</b>	<b>Si</b>
Educación	<b>Si</b>	<b>Si</b>
Trabajo	<b>Si</b>	<b>No</b>
Transporte	<b>No</b>	<b>No</b>
Ejército/Policia	<b>Si</b>	<b>Si</b>
Mujeres	<b>Si</b>	<b>Si</b>
Jóvenes	<b>Si</b>	<b>Si</b>
Otros:*[especificar]	<b>No</b>	<b>No</b>

\*Cualquiera de los siguientes sectores: agricultura, finanzas, recursos humanos, justicia, minería y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

1.3 La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

Poblaciones destinatarias

- a. Mujeres y niñas **Si**
- b. Jóvenes de ambos sexos **Si**
- c. Consumidores de drogas inyectables **Si**
- d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres **Si**
- e. Profesionales del sexo **Si**
- f. Huérfanos y otros niños vulnerables **Si**
- g. Otras subpoblaciones vulnerables específicas **Si**

Entornos

- h. Lugar de trabajo **Si**
  - i. Escuelas\* **Si**
  - j. Prisiones **Si**
- Asuntos interrelacionados
- k. VIH/SIDA y pobreza **Si**
  - l. Protección de los derechos humanos **Si**
  - m. Participación de las personas que viven con el VIH **Si**
  - n. Tratamiento del estigma y la discriminación **Si**
  - o. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos **Si**

\*Comentario. En escuelas. Se debe tomar como todas las escuelas de formación, incluyendo la universidad. Si se deja solo como primaria.

1.4 ¿Fueron identificadas las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación de necesidades? **No**

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó esta evaluación de necesidades?

Año: **No aplica.**

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se identificaron las poblaciones destinatarias?

*La identificación se realizó a partir del contexto epidémico nacional y de acuerdo con los comentarios recibidos por parte de los diferentes actores en el tema.*

*Identificar poblaciones vulnerables como grupos donde se requiere focalizar acciones en lo teórico es fácil. Al momento de hacer estudios para dimensionar estas poblaciones, se encuentran muy diversos obstáculos, por lo cual la definición de denominadores se hace en valores estimados de acuerdo con los referentes locales. Esta situación amerita un gran esfuerzo económico, técnico y logístico. Los resultados a la fecha se han logrado mediante el trabajo integrado de diferentes actores sociales, especialmente las ONG para lo relacionado con el trabajo de campo.*

1.5 ¿Cuáles son las poblaciones del país a las que van destinados los programas del VIH?

*HSH, mujeres y hombres que ejercen el trabajo sexual, mujeres en edad reproductiva, adolescentes y jóvenes, personas privadas de la libertad, poblaciones en situación de desplazamiento, niños, niñas y personas viviendo con el Virus, fuerzas militares y policías, consumidores de dólares inyectables entre otras.*

1.6 ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo? **Si**

1.7 ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:

- |    |  |           |
|----|--|-----------|
| a. | Objetivos formales del programa?   | <b>Si</b> |
| b. | Metas o hitos claros?  | <b>Si</b> |
| c. | Un desglose de los costos de cada área programática?                                 | <b>Si</b> |
| d. | Una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa? | <b>Si</b> |
| e. | Un marco de vigilancia y evaluación?   | <b>Si</b> |

1.8 ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de las sociedad civil<sup>3</sup> en el desarrollo de la estrategia multisectorial? **Participación moderada**

Si la participación es activa, explique brevemente como se organizó:

Si la participación es NULA o MODERADA, explique brevemente porque:

*El proceso de construcción de Plan Intersectorial Nacional de Respuesta en VIH/sida, fue de un año, periodo durante el cual se realizó una reunión nacional, con el apoyo de la Oficina de ONUSIDA en Colombia, con el propósito de discutir los ejes de referencia y establecer en un primer momento los objetivos, metas y estrategias. En dicha reunión hubo buena participación de la sociedad civil. En las subsecuentes reuniones, de manera progresiva, la participación en las reuniones de discusión fue paulatinamente menor.*

1.9 ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados externos para el desarrollo (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial? **Si**

1.10 ¿Han ajustado y armonizado los asociados externos para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial? **Si, algunos asociados**

---

<sup>3</sup> La sociedad civil incluye entre otros: las redes de personas que viven con el VIH; las organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios relacionados con el SIDA, de base comunitaria, de grupos de afectados clave (incluidos los VSV, los profesionales del sexo, los CDI, los migrantes, los refugiados y poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera por separado.

Si lo han hecho ALGUNOS o NINGUNO, explíquelo brevemente

*La GTZ, Plan Internacional, Save the children y Médicos sin Fronteras, realizan actividades bien orientadas pero sin coordinación con lo establecido a nivel nacional. Sin embargo, el Plan de Respuesta Nacional, se considera que permite a estas organizaciones identificar sus escenarios de labor, situación que sería deseable para conocer los resultados de los esfuerzos que se vienen desarrollando por su parte.*

2. ¿Ha integrado el país el VIH y el SIDA en sus planes de desarrollo general, tales como: a) el plan de desarrollo nacional, b) la evaluación nacional común / el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, c) la Estrategia para la reducción de la pobreza, y d) el enfoque sectorial? **Si**

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué planes de desarrollo está integrado el apoyo político al VIH y el SIDA?

a. Plan de desarrollo nacional	<b>Si</b>
b. Evaluación nacional común / Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo	<b>Si</b>
c. Estrategia para la reducción de la pobreza	<b>No</b>
d. Enfoque multisectorial	<b>Si</b>
e. Otros: [especificar]	<b>Si</b>

a) Documento CONPES 091 de 2005.

b) Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

c) UNDAF

d) Plan Nacional de Salud Pública Decreto 3039 de 2007

e) Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

f) Plan nacional de respuesta para el VIH 2008 - 2011

2.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?

Área relacionada con el VIH incluida en el/los plan/es de desarrollo	
Prevención del VIH	<b>Si</b>
Tratamiento de las infecciones oportunistas	<b>Si</b>
Terapia antirretrovírica	<b>Si</b>
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)	<b>Si</b>
Alivio del impacto del VIH	<b>Si</b>
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	<b>Si</b>
Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	<b>Si</b>
Reducción del estigma y la discriminación	<b>Si</b>
Mayor poder económico de las mujeres (por ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	<b>Si</b>
Otras:[especificar]	<b>No</b>

3. ¿Ha evaluado el país el impacto del VIH en su desarrollo socioeconómico a efectos de planificación? **No**

*Comentario. Se debe realizar un estudio económico que demuestre el impacto de la epidemia en la economía del país, así como estructurar un estudio con una base científica que permita conocer el gasto de bolsillo realmente realizado por las PVVIH, por regiones sabiendo que existen zonas de difícil acceso con unos costos de transporte muy altos.*

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué grado ha incidido en las decisiones de asignación de recursos?

**No aplica.**

4. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales, (incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.)?

**Si**

4.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de los siguientes programas se han puesto en marcha más allá de la fase piloto para llegar a una proporción significativa de uno o más cuerpos uniformados?

Comunicación de cambio de comportamientos	<b>Si</b>
Suministro de preservativos	<b>Si</b>
Asesoramiento y pruebas del VIH*	<b>Si</b>
Servicios de ITS	<b>Si</b>
Tratamiento antirretrovíricos	<b>Si</b>
Atención y apoyo	<b>Si</b>
Otros: [especificar]	<b>No</b>

\*Si se proporciona asesoramiento y pruebas del VIH a los servicios uniformados, describa brevemente el enfoque que se ha adoptado a ese respecto ( p. ej., indique si la prueba del VIH es voluntaria u obligatoria, etc.)

*En Colombia se tiene definida la asesoría pre y post prueba y su carácter es voluntario. Para el caso concreto de las fuerzas militares y de policía, en aquellos casos en que la incorporación es voluntaria, previa asesoría y considerando que las condiciones de violencia, se tiene probabilidad de estar en situación de combate, se constituye en requisito para acceder profesionalmente a los cuerpos armados.*

5. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones que protejan específicamente de la discriminación a las poblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables? **Si**

5.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué poblaciones?

a. Mujeres	<b>Si</b>
b. Jóvenes	<b>Si</b>
c. Consumidores de drogas inyectables	<b>Si</b>
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<b>Si</b>
e. Profesionales del sexo	<b>Si</b>
f. Internos en prisiones	<b>Si</b>
g. Migrantes/poblaciones móviles	<b>Si</b>
h. Otros: [especificar]	<b>No</b>

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

*Las normas en este sentido son amplias y claras en lo relativo a la discriminación por cualquier caracterización personal, de raza, sexo, género, edad, credo o enfermedad. Obedecen a la carta de derechos prescrita en el ordenamiento constitucional.*

Comente brevemente en qué medida están aplicándose en la actualidad dichas leyes:

*En términos generales, se podría considerar aceptable.*

*Todas las normas se pueden exigir y su cumplimiento se ampara por otros mecanismos jurídicos como las veedurías ciudadanas y la acción de tutela entre otros escenarios administrativos y judiciales.*

6. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las subpoblaciones vulnerables? **No**

6.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué subpoblaciones?

- a. Mujeres **NA**
- b. Jóvenes **NA**
- c. Consumidores de drogas inyectables **NA**
- d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres **NA**
- e. Profesionales del sexo **NA**
- f. Internos en prisiones **NA**
- g. Migrantes/poblaciones móviles **NA**
- h. Otros: [especificar] **NA**

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, los reglamentos o las políticas: **No aplica**

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo: **No aplica**

7. ¿Ha realizado el país el seguimiento de los compromisos adquiridos con el fin de alcanzar el acceso universal y adoptados durante la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de junio de 2006? **Si**

7.1 ¿Se han revisado la estrategia nacional y el presupuesto nacional para el VIH en consecuencia? **Si**

7.2 ¿Se han actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria? **Si**

7.3 ¿Hay estimaciones fiables de necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica? **Solo estimaciones de necesidades futuras**

7.4 ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH? **Si**

*Se debe entender para esta respuesta, que el término de cobertura se refiere a la del TAR suministrado.*

(a) Si la respuesta es afirmativa, ¿se vigila la cobertura por sexo (varones, mujeres)? **Si**

(b) Si la respuesta es afirmativa, ¿se vigila la cobertura por subgrupos de población? **No**

(c) Si la respuesta es afirmativa, ¿se vigila la cobertura por zona geográfica? **Si**

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué niveles (provincial, de distrito, otros)?

*Distritos y Departamentos. Se realizan informes periódicos para socializar la información epidemiológica a nivel de país, departamentos y distritos.*

7.5 ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, los recursos humanos y las capacidades, y los sistemas logísticos de suministro de fármacos? **Si**

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica en los programas relacionados con el VIH en 2009 ?



Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*A partir de la evaluación del Plan 2004 a 2007, se hicieron las discusiones que permitieron organizar los elementos de planeación para mejorar la respuesta nacional en el documento de planeación vigente hasta el año 2011, es importante aclarar que a la fecha de presentación de este informe no se ha realizado una valoración de los resultados obtenidos en el plan nacional de respuesta en un periodo de mediano plazo.*

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

*Desarrollar mayor disponibilidad de datos relacionados con la atención integral. Integrar mayor participación de los múltiples actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. Incrementar los desarrollos locales*

## Parte A.II. Apoyo Político

1. ¿Los altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos contra el VIH en los grandes foros locales por lo menos dos veces por año?

Presidente/jefe del gobierno	<b>No</b>
Otros altos cargos	<b>Si</b>
Otros funcionarios regionales y/o de distrito	<b>Si</b>

2. ¿Dispone el país de un órgano de gestión/coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente? (Consejo Nacional del SIDA o equivalente) **Si**

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo fue creado? Año: **1997**

2.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿quién es el presidente?

Nombre: **DIEGO PALACIO BETANCOURT** Cargo/Función: **Ministro de la Protección Social**

2.3 Si la respuesta es afirmativa, el órgano de coordinación multisectorial nacional del sida:

¿Tiene atribuciones?	<b>Si</b>
¿Tiene liderazgo y participación activos del gobierno?	<b>Si</b>
¿Tiene una composición definida?	<b>Si</b>
¿Incluye a representantes de la sociedad civil?	<b>Si</b>
¿Incluye a personas que viven con el VIH?	<b>Si</b>
¿Incluye al sector privado?	<b>Si</b>
¿Tiene un plan de acción?	<b>No</b>
¿Tiene una secretaría en funcionamiento?	<b>Si</b>
¿Se reúne por lo menos trimestralmente?	<b>No</b>
¿Revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual?	<b>No</b>
¿Promueve activamente decisiones políticas?	<b>Si</b>
¿Concede la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones?	<b>Si</b>
¿Fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	<b>No</b>

*El número de integrantes que componen el CONASIDA es de 22 personas, y 4 de ellos son representantes de la Sociedad Civil. Hay 2 representantes de personas con el virus y dos ONG que trabajan en VIH.*

3. ¿Cuenta su país con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado y la sociedad civil para ejecutar programas y estrategias relativos al VIH? **Si**

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los principales logros:

*Se discutieron las dificultades presentadas por la redistribución normativa de personas con VIH/sida que estaban a cargo de las aseguradoras. Considerando las situaciones presentadas, se asumió por parte de los representantes de las aseguradoras el compromiso de mejorar lo observado.*

*En referencia a la dificultad para el suministro de TAR luego de que las personas terminaran un contrato laboral, el Estado garantiza la continuidad de tratamiento con la red pública de prestadores de servicios en salud.*

*Por discusiones de interpretación en el régimen subsidiado, la mayoría de dichas aseguradoras daban instrucciones de no cubrir los costos de los diagnósticos y sólo aceptaban a las personas con VIH/sida, luego de que ellas presentaran un resultado de laboratorio confirmatorio. Se emitió una circular del Señor Ministro haciendo suficiente claridad al respecto.*

*Se dieron instrucciones a la Superintendencia Nacional de Salud (Órgano Nacional de control en Salud), para que estuviese muy pendiente de las quejas de las personas para dar oportuna solución, según sea el caso.*

Describa brevemente los principales problemas:

*Mantener el seguimiento a las diferentes recomendaciones y aumentar el número de reuniones en el año.*

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?

Porcentaje: **0%**

*En el Sistema General de Seguridad Social en Salud los recursos para estas labores se encuentran descentralizados, motivo por el cual esos recursos de financiación se encuentran en las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*

5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional de Sida (o equivalente) a las Organizaciones de la Sociedad Civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?

Información sobre las necesidades y servicios prioritarios	<b>Si</b>
Orientación técnica	<b>No</b>
Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros	<b>No</b>
Coordinación con otros asociados de ejecución	<b>Si</b>
Desarrollo de las capacidades	<b>No</b>
Otros:	<b>No</b>

*El CONASIDA es un órgano Asesor del Señor Ministro de la Protección Social. A diferencia de otras organizaciones nacionales en otros países, que tienen en su mandato el compromiso de realizar acciones directamente.*

6. ¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del SIDA? **Si**

6.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del SIDA? **Si**

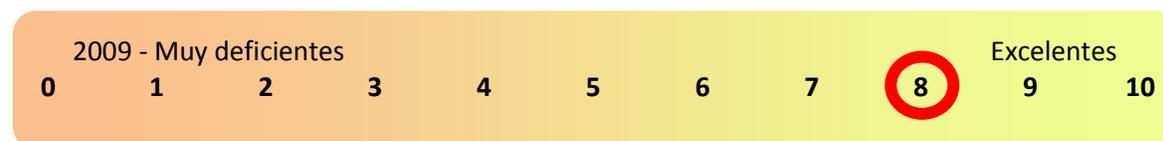
Si la respuesta es afirmativa, enumere las políticas/ leyes y describa como se enmendaron

*Se realizó una circular aclaratoria para lo relativo a la oferta de pruebas de tamizaje en la población afiliada al régimen subsidiado por cuanto se malentendidas de la legislación vigente, que hasta tanto la persona no tuviera un examen confirmatorio de laboratorio, no se le brindaría asistencia integral.*

Enumere y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/ legislación y las políticas de control nacional del sida:

*Para el grupo de población asegurada por el régimen subsidiado, se les negaba el acceso a las pruebas diagnósticas por una mala interpretación de la normatividad.*

En general, ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2009 ?



Desde 2007 ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*Se han realizado procesos de asistencia técnica a nivel nacional para capacitar sobre la reglamentación vigente y sensibilizar a los diferentes actores del tema de seguridad social en la aplicación y desarrollo de los contenidos acordados en la Resolución 3442 de 2006 que hace referencia a la guía atención integral y en particular al modelo de gestión programáticos. Las particularidades que se han observado en lo referente a las acciones previamente realizadas en el mismo sentido, corresponden a la rotación de personal técnico, la carga laboral y las múltiples responsabilidades que tienen las personas, todo lo cual influye negativamente en la aplicación de muchas de las acciones contempladas en el modelo de gestión programática. Adicionalmente se tienen limitaciones de recursos económicos para apoyar el desarrollo local de estas iniciativas.*

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

*Las particularidades que se han observado en lo referente a las acciones previamente realizadas en el mismo sentido, corresponden a la rotación de personal técnico, la carga laboral y las múltiples responsabilidades que tienen las personas, todo lo cual influye negativamente en la aplicación de muchas de las acciones contempladas en el modelo de gestión programática. Adicionalmente se tienen limitaciones de recursos económicos para apoyar el desarrollo local de estas iniciativas.*

### Parte A.III. Prevención

1. ¿Tiene establecido su país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población en general? **Si**

1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente.

Abstinencia sexual	
Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	<input checked="" type="checkbox"/>
Fidelidad	
Reducción del número de parejas sexuales	<input checked="" type="checkbox"/>
Uso sistemático del preservativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Práctica de relaciones sexuales seguras	<input checked="" type="checkbox"/>
Evitar las relaciones sexuales remuneradas	
Abstenerse del consumo de drogas inyectables	
Uso de equipo de inyección estéril	
Combatir la violencia contra las mujeres	<input checked="" type="checkbox"/>
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	<input checked="" type="checkbox"/>
Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	<input checked="" type="checkbox"/>
Circuncisión masculina bajo supervisión médica	
Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH.	<input checked="" type="checkbox"/>
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.	<input checked="" type="checkbox"/>
Otros: [especificar]	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Derechos sexuales y reproductivos.</b>	
Valores personales y sociales.	

1.2 ¿Ha efectuado el país una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación? **Si**

*Comentario. Se están transmitiendo cuñas únicamente en el canal institucional, en el canal capital, pero no en los canales privados que son los que se ven con mayor frecuencia y deben estar en horario familiar.*

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecida para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes? **Si**

2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

- Las escuelas primarias? **Si**
- Las escuelas secundarias? **Si**
- La formación de maestros? **Si**

*Comentario. Si existen los planes y la voluntad, pero falta sensibilización de algunos docentes para que sean capaces de ofrecer información en SSR a los niños y adolescentes. Además, se deben incluir otros niveles de educación formal o no formal como universidades, institutos, etc.*

2.2 ¿Proporciona la estrategia/plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos? **Si**

2.3 ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados? **No**

*Comentario: teniendo en cuenta la situación económica y política del país es posible que la población no escolarizada va en aumento por lo tanto se debería crear estrategias de IEC en la los sitios de socialización de los jóvenes, así como en las brigadas realizadas.*

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables? **Si**

3.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué subpoblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?

Marque la política/estrategia incluida

	CDI	HSH	Profesionales del sexo	Cientes de los profesionales del sexo	Internos de prisiones	Otras subpoblaciones* [especificar]
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Reducción del estigma y la discriminación		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Promoción del preservativo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asesoramiento y pruebas del VIH		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las ITS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reducción de la vulnerabilidad (por ej., generación de ingresos)						<input checked="" type="checkbox"/>
Terapia de sustitución de drogas						
Intercambio de jeringas y agujas						

*Otras poblaciones incluidas son las de jóvenes, mujeres embarazadas y población desplazada.*

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2009?



Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*Hasta el 2007 se tuvo una experiencia muy favorable con el proyecto del Fondo Global con jóvenes en contextos de desplazamiento y las estrategias amplias para la reducción de la vulnerabilidad y fue aprobada la propuesta de novena ronda. El mecanismo coordinador de país continúa sus labores para propiciar el desarrollo adecuado de las actividades incluidas en el proyecto que ha sido aprobado, con la expectativa de que a final de 2010 se inicie el apoyo económico del fondo global para los proyectos en poblaciones de alto riesgo y vulnerabilidad.*

*A pesar de no haber tenido éxito en las anteriores propuestas de proyectos, el Gobierno nacional ha destinado recursos para apoyar diferentes acciones en materia de salud sexual y reproductiva que incluyen el VIH en sus estrategias definidas en el orden modelo de gestión programática. Se tiene la estrategia de apoyo al desarrollo del modelo de gestión programática por parte de las divisiones territoriales de salud y los diferentes actores del sistema de seguridad social en el país, se tiene la estrategia "integral" que tiene como propósito garantizar la asesoría y pruebas voluntarias para los el acceso al diagnóstico para VIH en las condiciones definidas por la ley*

*Se tiene la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH que cubre los diferentes grupos de aseguramiento en el país y que ha desarrollado un proceso de seguimiento de casos, posibilitando la disponibilidad de información de mejor cobertura y calidad, así como facilitar los reactivos para la población no asegurada de forma tal, que se garantice la real disponibilidad y el acceso de las gestantes de manera voluntaria, a las pruebas de laboratorio y de ser necesario el tratamiento durante la gestación. Luego del parto se garantiza la entrega de terapia antirretroviral profiláctica para los neonatos, fórmula láctea durante seis meses y la orientación de la mujer hacia los servicios asistenciales para ofrecer la atención integral definida el país. Los diferentes regímenes de aseguramiento, cumplen los mismos servicios. Está la estrategia de servicios amigables para la población juvenil de adolescente que pretende fortalecer las estructuras asistenciales desde el primer nivel de atención, para orientar las acciones hacia esta población de alta vulnerabilidad de manera tal que en los diferentes temas de interés en salud pública, y en particular de salud sexual y reproductiva, se ofrezcan servicios atractivos para esta población que permitan aumentar la posibilidad de el autocuidado y la percepción de riesgo en relación con la adquisición de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.*

*Se ha venido desarrollando la estrategia de seguimiento y evaluación en VIH sida a partir del observatorio nacional de gestión, se dispone de las bases de datos de los indicadores priorizados en el país, la cual incluye a los diferentes actores del aseguramiento en el país. De igual manera se ha apoyado todo el proceso de gestión del conocimiento en particular, lo relacionado con las investigaciones en mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, el séptimo estudio centinela, y las estimaciones y proyecciones de la epidemia, entre otras actividades. De manera complementaria con las funciones establecidas normativamente se ha orillado el trabajo internacional de salud en lo relativo a los datos de vigilancia pasiva que se maneja con registros individuales. Se han desarrollado los informes nacionales e internacionales de manera oportuna. Se han apoyado los procesos de definición del sistema de seguimiento para VIH perinatal, así como para la sífilis gestacional y congénita. Como resultado de esto la estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, se encarga desde 2008 de proveer los datos referidos a los indicadores particulares.*

*Se tiene previsto en mayo de 2010 hacer la presentación del plan de eliminación de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita, que integra los elementos anteriormente descritos.*

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en ese campo?

*Lograr defender acciones preventivas con el mismo éxito que a la fecha, de manera que se puedan continuar las actividades que se han venido desarrollando. Se tiene la expectativa de generar nuevos procesos en los grupos de mayor vulnerabilidad como HSH, MTS, HTS, personas Trans, CDI entre otros. Disponer de mayor*

información de los múltiples actores del sistema de seguridad social en los temas relacionados con la prevención.

4. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH? **Si**

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

*Mediante los procesos de asistencia técnica que se desarrollan desde el ministerio de la protección social, a partir de las acciones previamente definidas en el plan intersectorial de respuesta y en el modelo de gestión programática.*

4.1. ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

Componente de Prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso
Seguridad hematológica	<i>De acuerdo</i>
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	<i>De acuerdo</i>
Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.	<i>De acuerdo</i>
IEC sobre reducción del riesgo.	<i>De acuerdo</i>
IEC sobre reducción del estigma la discriminación.	<i>En desacuerdo</i>
Promoción del preservativo.	<i>De acuerdo</i>
Asesoramiento y pruebas del VIH.	<i>De acuerdo</i>
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables.	<i>En desacuerdo</i>
Reducción del riesgo para los varones que tienen relaciones sexuales con varones	<i>En desacuerdo</i>
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	<i>En desacuerdo</i>
Programas para otras subpoblaciones vulnerables	<i>En desacuerdo</i>
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las ITS	<i>De acuerdo</i>
Educación escolar sobre el SIDA para jóvenes	<i>De acuerdo</i>
Programas para jóvenes no escolarizados	<i>N/C</i>
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	<i>En desacuerdo</i>
Otros [especificar]	

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2009?



Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*En estos tres años se ha garantizado por parte del Instituto Nacional de Salud, la aplicación de los protocolos internacionalmente aceptados para el manejo seguro de la sangre. Es muy valioso resaltar en esta oportunidad existe un 100% de cumplimiento de este indicador.*

*Todas las instituciones que prestan servicios de salud disponen de los insumos que garantizan la atención de los protocolos de bioseguridad para evitar el riesgo de exposiciones laborales en personal sanitario. Para el*

*personal no sanitario de servicios generales y otras áreas que pudieran tener exposición, el sistema general de riesgos profesionales ha definido las normas en lo particular.*

*La estrategia prevención de la transmisión materno infantil continúa siendo considerada exitosa en su aplicación, sin embargo subsisten dificultades en garantizar el seguimiento en el post parto a las gestantes y a los neonatos. Se han realizado esfuerzos importantes de asistencia técnica y sensibilización de los responsables de la aplicación de los protocolos establecidos.*

*Las acciones de información en educación y comunicación han tenido desarrollos heterogéneos en las diferentes entidades y departamentos del país, se continúa orientando la acción sobre el eje transversal de garantía de los derechos sexuales y reproductivos en todos los habitantes del país. Actualmente se vienen desarrollando procesos de apoyo en campañas dirigidas a este tema.*

*La estrategia de apoyo al desarrollo del modelo de gestión programático mediante la Estrategia INTEGRAL, ha realizado capacitaciones en varias regiones del país, generando un mayor número de personal de salud capacitado para realizar la asesoría pre y post pruebas del diagnóstico para VIH, en condiciones apropiadas de acuerdo con la reglamentación vigente en el país. Es importante comentar que la alta rotación del recurso humano limita la efectividad de esta acción por cuanto todos los años se tienen nuevas personas a cargo de estos procesos que no han sido capacitadas. Por este motivo en el 2009 se consideró necesario generar procesos de formación de formadores los cuales se van a implementar en el 2010.*

*El grupo de personas consumidoras de drogas inyectables tiene un alto riesgo y vulnerabilidad frente al tema del VIH, se han desarrollado acercamientos entre los grupos técnicos de los dos temas que han permitido definir la necesidad de realizar estudios específicos de tipo exploratorio considerándolas imitaciones de acceso a estas personas y las consideraciones éticas y metodológicas particulares.*

*Durante el año 2009 se desarrollaron investigaciones en varias ciudades del país referidas a las mujeres en edad reproductiva y su vulnerabilidad frente al VIH así como un estudio de comportamientos y seroprevalencia en mujeres trabajadoras sexuales. Estos trabajos se consideran que aportan una información valiosa para que las autoridades en los diferentes niveles territoriales generen procesos más amplios de coberturas en acciones preventivas para estos y otros grupos de mayor vulnerabilidad.*

*El país ha desarrollado progresos en la cobertura del Proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía del Ministerio de Educación Nacional. Este proyecto continúa su expansión realizando visitas de gestión a las Secretarías de Educación de Arauca, Cali, Valle, Popayán, Cauca, Neiva, Huila, Putumayo, Antioquia, Floridablanca, Chocó, Cundinamarca, Villavicencio y Meta. Estas visitas tienen como propósito identificar las acciones desarrolladas por las secretarías en el tema de educación para la sexualidad, presentar el Programa y concertar un plan de trabajo para conformar un equipo técnico regional que lidere la implementación del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía en los establecimientos educativos de dichas entidades territoriales.*

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en ese campo?**

*Teniendo en cuenta la diversidad de actores en el país, la asignación de responsabilidades y recursos financieros, es necesario motivar a todos los actores del sistema para fortalecer las acciones preventivas en los grupos de mayor vulnerabilidad. Es de igual manera necesario apoyar el trabajo en el grupo trans, que casi siempre se mantiene oculto pero tiene una gran connotación de riesgo y vulnerabilidad. Se deben reforzar las acciones sobre el personal sanitario de manera que se aumente el estándar de calidad en los servicios evitando procesos administrativos innecesarios, acciones discriminatorias y falta de oportunidad - cobertura de los servicios en algunos lugares.*

## Parte A.IV. Tratamiento, Atención y Apoyo

1. ¿Tiene establecido el país una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH? **Si**

1.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las mujeres? **Si**

1.2. Si la respuesta es afirmativa, ¿se presta suficiente atención a los obstáculos que afectan a las poblaciones más expuestas? **Si**

2. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH? **Si**

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron?

*Cada una de las entidades responsables de los servicios de atención integral para VIH, de acuerdo con el perfil de aseguramiento que tienen, realizan la identificación de las personas en atención integral, a partir de lo cual realizan los presupuestos pertinentes. Para la población no asegurada que se encuentra a cargo las direcciones departamentales y distritales de salud, hay mayor dificultad para garantizar un conocimiento pleno de las personas a su cargo por cuanto el recurso humano es limitado y con alta rotación. Adicionalmente la atención está cubierta mediante contratos con coberturas y tiempo de vigencia variables.*

2.1. En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

Servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso
Terapia antirretrovírica	<b>De acuerdo</b>
Atención nutricional	<b>N/C</b>
Tratamiento pediátrico del SIDA	<b>En desacuerdo</b>
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	<b>De acuerdo</b>
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	<b>N/C</b>
Atención domiciliaria	<b>N/C</b>
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	<b>En desacuerdo</b>
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	<b>En desacuerdo</b>
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	<b>N/C</b>
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	<b>En desacuerdo</b>
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	<b>En desacuerdo</b>
Profilaxis con clotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	<b>N/C</b>
Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación)	<b>En desacuerdo</b>
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	<b>N/C</b>
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	<b>N/C</b>
Otros programas: [especificar]	

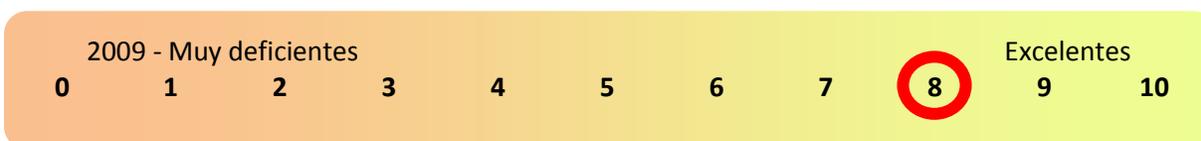
*Comentario: Teniendo en cuenta que como distrito se entiende departamento o distrito especial, en lo referente a suministro de TAR, se garantiza que en todos, tienen al menos un centro de atención integral para la entrega de terapia, al igual que el apoyo social, igual sucede con la profilaxis con clotrimoxazol*

3. ¿Dispone el país de una política para el desarrollo/uso de medicamentos genéricos o para la importación paralela de medicamentos para el VIH? **Si**

4. ¿Tiene el país mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales, como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución? **Si**

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos? [especificar]

*Se generan canastas de medicamentos para implementar negociaciones regionales a través de los países del área andina. Lopinavir+Ritonavir, Zidovudina+Lamivudina, Efavirenz, Abacavir, Didanosina, Atazanavir, Tenofovir, Abacavir+Lamivudina, Saquinavir, Fosamprenavir y Ritonavir. Además de los medicamentos mencionados estos son otros que se encuentran en Colombia: Estavudina, Zalcitabina, Etravirina, Nevirapina, Amprenavir, Darunavir, Nelfinavir, Indinavir, Abacavir + Lamivudina + Zidovudina, Enfurtivide, Maraviroc y Raltegravir.*



Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*Se ha aumentado la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para VIH, al aumentar las coberturas de aseguramiento se facilitan las acciones pertinentes para garantizar la atención integral de acuerdo con lo establecido en la reglamentación. Al mejorar el acceso a los medicamentos el personal médico dispone de lo necesario para garantizar una atención acorde con las necesidades particulares de las personas. Esto es importante para evitar la progresión a cepas de mayor resistencia. Acciones complementarias de adherencia al tratamiento son fundamentales para garantizar el uso correcto de los medicamentos, la no observancia de los regímenes terapéuticos indicados podría convertirse en un riesgo para la resistencia futura.*

*Se están adelantando procesos liderados por el Instituto Nacional de Salud, la Organización Panamericana de Salud y el ministerio de la protección social encaminados a iniciar el seguimiento de los indicadores de alerta temprana para las resistencias del VIH.*

*En septiembre de 2009 se entregaron las certificaciones de cumplimiento de los diferentes módulos de capacitación en atención especializada de VIH que se realiza en curso online, como parte de las acciones del proyecto ESTHER, que lidera el gobierno español. Adicionalmente se ofreció un curso intensivo de atención integral a cargo de los expertos del gobierno español. Este proceso de capacitación a médicos responsables de la atención de personas que viven con el virus se continuará en los siguientes años.*

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

*Se deben mejorar las coberturas de capacitación al personal sanitario en los procesos de consejería de VIH, cuidados médicos, estigma y discriminación. Aún se tiene dificultad para disponer de información nacional relacionada con la clasificación clínica de las personas de acuerdo con las necesidades de inicio de tratamiento, así como la secuencia de esquemas terapéuticos a través del tiempo. La Asociación Colombiana de Infectología está liderando un proceso de asistencia técnica y cesión de uso de una base de datos desarrollada originalmente por la Universidad de Stanford, para uso en las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo que permitiría desarrollar procesos estandarizados de seguimiento clínico a los pacientes atendidos. A partir de ahí se tiene la expectativa de generar una cohorte de pacientes en Colombia.*

5. ¿Tiene el país una política o estrategia para hacer frente a las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables? **Si**

5.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿hay en el país alguna definición operativa para huérfano y niño vulnerable? **Si**

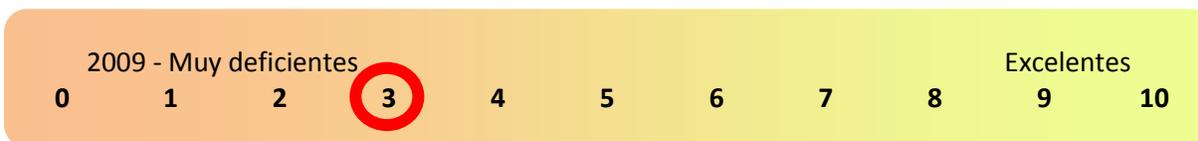
5.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿Tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables? **Si**

5.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes? **No**

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se llega?

**No aplica**      % [especificar]

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?



Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*Se incluyó la variable de hijos menores de 18 años para los casos nuevos identificados en el sistema de vigilancia epidemiológica. SIVIGILA, que recibe las notificaciones de fichas de registro individual de casos. Lo anterior ha permitido ofrecer datos que para el informe anterior no estaban disponibles. Se hace la claridad que se informan de los casos relacionados con los casos reportados. Dicha situación varía en la población actualmente infectada y afectada.*

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

*Se requiere mejorar el proceso de identificación de niños huérfanos relacionados con el VIH. En el país la reglamentación de protección al menor garantiza las mismas oportunidades sin diferencia de raza, credo o alguna enfermedad en particular. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar está realizando las acciones necesarias al interior de su entidad en referencia a los niños que están a cargo del Estado.*

## Parte A.V. Vigilancia y Evaluación

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E)? **Si**

1.1. Si la respuesta es afirmativa, años cubiertos: **2006 a 2009**

1.2. Si la respuesta es afirmativa, ¿el plan ha contado con el respaldo de los asociados clave de vigilancia y evaluación? **Si**

1.3. Si la respuesta es afirmativa, ¿se elaboró el plan de vigilancia y evaluación en consulta con la Sociedad Civil y las personas que viven con el VIH? **Si**

1.4. Si la respuesta es afirmativa ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación? **Sí, la mayor parte de los asociados**

2. ¿Incluye el plan de vigilancia y evaluación lo siguiente?

Una estrategia para la recopilación y análisis de datos	<i>Si</i>
Si la respuesta es afirmativa, ¿comprende esta:	
Vigilancia sistemática del programa?	<i>Si</i>
Encuestas comportamentales?	<i>Si</i>
Vigilancia del VIH?	<i>Si</i>
Evaluación / estudios de investigación?	<i>Si</i>
Un grupo bien definido y normalizado de indicadores	<i>Si</i>
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos	<i>Si</i>
Una estrategia para evaluar la calidad de los datos (validez, fiabilidad)	<i>No</i>
Una estrategia de análisis de los datos	<i>Si</i>
Una estrategia de divulgación y uso de los datos	<i>Si</i>

3. ¿Existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación? *Si*

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué porcentaje de la financiación total del programa de VIH se ha destinado a actividades de evaluación y vigilancia en el presupuesto? *1 %*

<i>Presupuesto M&amp;E</i>	<i>\$ 70.000.000</i>
<i>Gasto total en VIH MPS</i>	<i>\$ 13.254.209.102</i>
<i>Porcentaje de M&amp;E</i>	<i>0,53%</i>

3.2. Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha conseguido la financiación completa? *Si*

*Es importante aclarar el plan de seguimiento y evaluación contempla dos áreas, la primera de funcionamiento que corresponde a un contratista que se encarga de coordinar todas las actividades del área y la segunda que define un presupuesto de actividades para reuniones, asistencia técnica, desplazamientos a las ciudades priorizadas y publicaciones. Estas actividades se han financiado con apoyo de las agencias de cooperación internacional en particular, ONUSIDA, OPS y UNFPA.*

3.3. Si la respuesta es afirmativa, ¿está realizándose un seguimiento de los gastos en vigilancia y evaluación? *Si*

4. Las prioridades de vigilancia y evaluación, ¿se han determinado a través de la evaluación del sistema nacional de vigilancia y evaluación? *Si*

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente con qué frecuencia se lleva a cabo una evaluación nacional de la vigilancia y evaluación, y en qué consiste.

*De acuerdo con el protocolo establecido se tienen definidos períodos de cada dos años para ser evaluados los desarrollos y resultados del sistema de seguimiento y evaluación del país. En junio de 2009 se realizó una reunión de expertos con el propósito de valorar los resultados del observatorio nacional de gestión en VIH a la fecha. De igual manera se discutieron las modificaciones en el grupo de indicadores que se van a utilizar desde el año 2010 hasta el año 2012.*

5. ¿Existe una unidad funcional nacional de vigilancia y evaluación? *Si*

5.1. Si la respuesta es afirmativa, la unión nacional de vigilancia y evaluación:

¿Está ubicado en la CNS o su equivalente?	<i>No</i>
¿En el Ministerio de Salud?	<i>Si</i>
¿En otra parte? (especificar)	

5.2. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos y qué tipo de profesionales permanentes o temporales trabajan en la unidad nacional de vigilancia y evaluación?

Número de empleados permanentes: **0**.

Número de empleados temporales: **2**.

Cargo: *Consultor para monitoreo y evaluación en VIH. Jornada completa. Desde el 2006.*

Cargo: *Técnico en sistemas. Media jornada. Desde 1 febrero 2010.*

5.3. Si la respuesta es afirmativa, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes / datos a la unidad de vigilancia y evaluación para incluirlos en el sistema nacional de vigilancia y evaluación? **Si**

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos.

*Se tienen diseñados los instrumentos en formato de MS Excel para captura de datos por parte de todos los observatorios satélites (oferentes de datos). Se han realizado procesos de capacitación y asistencia técnica desde 2006 para generar un grupo de personas en todo el país que puedan desarrollar las acciones de recolección, validación de datos, organización de informes, envío de datos al observatorio nacional.*

*El proceso de monitoreo valoración en VIH se apoya en la Resolución 3442 que define el modelo de gestión programática en VIH, cuyo cuarto objetivo corresponde a esta estrategia de igual forma se encuentra amparado en la gestión de conocimiento definida en el plan nacional de salud pública. No existe una norma particular que defina la obligatoriedad de la entrega de datos para el observatorio de gestión en VIH.*

¿Cuáles son las principales dificultades?

*Por políticas de austeridad en el gasto público no es posible crear los cargos necesarios para este propósito. Se están desarrollando otras alternativas de funcionamiento en particular las reuniones de capacitación y las publicaciones.*

*Las dificultades de no entrega de datos radica en la escasa disponibilidad de personas para recolectar los indicadores de manera adecuada y con la periodicidad requerida. Se debe incrementar el compromiso en las instancias de gobierno sectorial de las entidades territoriales y finalmente continuar los procesos de capacitación y asistencia técnica.*

6. Existe un grupo o comité de trabajo de vigilancia y evaluación que se reúna periódicamente para coordinar las actividades de vigilancia y evaluación? **No**

6.1 ¿Tiene representación de la sociedad civil? **No aplica**

7. ¿Existe una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH? **Si**

7.1 Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente la base de datos nacional y quien la gestiona

*Los Instrumentos y datos se encuentran en formato Excel. Los Instrumentos desarrollados para este informe y otras actividades de gestión están desarrollados en Acroforms.*

*La Base de datos del Observatorio está desarrollada en MS Access.*

*En esta base de datos se encuentran los datos registrados desde el año 2005 de conformidad con los acuerdos realizados en el año 2006. Es importante mencionar que el trabajo de diseño se realizó en el año 2006 y se inició la implementación en el año 2007. La recolección de datos se hizo de manera retrospectiva con el propósito de disponer en lo posible de datos desde el año 2000 - 2005. La modificación se realizó en 2009 y los nuevos indicadores comienzan a ser recolectados desde 2010.*

*La base de datos es manejada por el consultor de monitoreo y evaluación del observatorio nacional de gestión en VIH, la cual es una estrategia de la Dirección General de Salud Pública, del Ministerio de la Protección Social en Colombia.*

7.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de las actividades programáticas, así como sobre las organizaciones ejecutoras? *Si, pero sólo información sobre contenido y cobertura geográfica.*

7.3 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?\*

En el Nivel nacional *Si*

En el Nivel subnacional *Si*

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué nivel(es)? [especificar]

*Departamentos y Distritos*

Departamental y Distrital.

(\*Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles.)

8. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH? *Si*

*Los informes que se realizan se encuentran disponibles en formato electrónico. No se han tenido publicaciones de los mismos.*

9. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación

9.1. para el desarrollo / la revisión de la estrategia nacional contra el sida?



Proporcione un ejemplo específico:

*Gasto público, privado y de Agencias de cooperación internacional.*

*Seguimiento de casos vivos de VIH/sida*

*Coberturas de prevención de la transmisión perinatal.*

*Coberturas de TAR en los subsistemas.*

*Datos de vigilancia epidemiológica. Entre otros.*

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

*No todos los generadores de datos, han entregado los indicadores solicitados.*

*Falta recurso humano adicional para construir informes.*

*En 2009 se están haciendo los procesos de verificación de representatividad poblacional de los indicadores, lo que permitirá disponer de un dato que valore objetivamente el interés y capacidad de oferta de datos por parte de los actores del sistema general de seguridad social en salud. Existe una gran cantidad de entidades que gestionan datos, el recurso humano es limitado en número, tiempo, conocimiento en monitoreo de evaluación y habilidades para gestionar el uso de los datos. Hay una alta rotación de personal que hace complejo el proceso de seguimiento, recolección de datos y generación de informes que puedan ser utilizados*

9.2 dificultades para asignación de recursos:



Proporcione un ejemplo específico:

*En las direcciones territoriales de salud se han utilizado los datos del observatorio para tratar de preservar presupuesto en VIH. En las aseguradoras en salud se ha previsto la necesidad de mejorar los sistemas de seguimiento para optimizar los pagos a las clínicas que prestan servicio de las personas que viven con el virus.*

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

*Existen recursos limitados y hay una gran competencia en el presupuesto con todas las necesidades de atención integral para los diferentes grupos de personas y patologías.*

9.3. dificultades para mejorar los programas?



Proporcione un ejemplo específico.

*Los indicadores han sido importantes para valorar la magnitud de las poblaciones a cargo de cada una de las entidades responsables del aseguramiento del régimen contributivo y subsidiado, así como para las direcciones territoriales de salud, encargadas de la población no asegurada.*

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

*Se ha visto la dificultad para generar datos desde el origen, es decir las IPS (servicios de salud, clínicas, hospitales), tienen limitados recursos para hacer gestión de los datos de seguimiento a los pacientes.*

10. ¿Existe un plan para aumentar la capacidad humana en el ámbito de la vigilancia y evaluación a nivel nacional, subnacional y de prestación de servicios? ***Si, a todos los niveles***

10.1. ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación?

¿A nivel nacional?	<b><i>Si</i></b>
Si la respuesta es afirmativa, Número de personas capacitadas:	<b><i>25</i></b>
¿A nivel subnacional?	<b><i>Si</i></b>
Si la respuesta es afirmativa, Número de personas capacitadas:	<b><i>40</i></b>
¿A nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?	<b><i>Si</i></b>
Si la respuesta es afirmativa, Número de personas capacitadas:	<b><i>220</i></b>

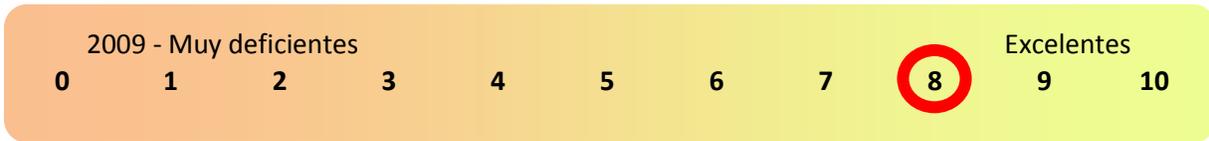
10.2. ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de capacidades en vigilancia y evaluación aparte de la capacitación? ***Si***

Si la respuesta es afirmativa, describa qué tipo de actividades.

*Se realizaron reuniones de revisión de los sistemas de monitoreo y evaluación propuestos para llevarse a cabo en la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Se hicieron mesas de trabajo con el recurso humano de las direcciones territoriales de salud para apoyar las iniciativas de estimaciones y proyecciones de la epidemia a nivel nacional. Se hizo una reunión de presentación de resultados del observatorio y de validación de los indicadores que van a ser utilizados a partir de 2010.*

*Se diseñó el instrumento para valorar la gestión de acuerdo con lo establecido en el modelo de gestión programática en el país, para ser desarrollado por las direcciones territoriales de salud, las empresas aseguradoras en salud para el régimen contributivo, para el régimen subsidiado y para el régimen de excepción.*

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH en 2009?



Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

*Definición de indicadores para la fase 2, elaboración de la propuesta de manuales de referencia fase 2, sensibilización y capacitación en lo pertinente.*

*Actualización permanente de las bases de datos del Observatorio.*

*Generación de Boletines semestrales del Observatorio.*

*Una actividad a fortalecer es el desarrollo de análisis de datos y su utilización en los diferentes niveles.*

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

*Continuar los esfuerzos de capacitación de nuevo recurso humano que incluyan procesos de sensibilización frente al uso potencial y las necesidades de disponer de datos válidos y confiables, que puedan ser utilizados para mejorar la gestión de todas las funciones relacionadas con la atención integral de las personas que bien con el virus del VIH. Mejorar la capacidad de registro y seguimiento individual de casos en todos los grupos de prestación de servicios.*

*Desarrollar un plan de análisis y difusión de datos que permita integrar a los diferentes actores del sistema, incluida la sociedad civil. Desarrollar archivos interactivos que permitan multiplicar las oportunidades de acceso a información en monitoreo y evaluación, así como en la construcción de conocimientos y habilidades para las diferentes personas en el sistema general de seguridad social en salud. Utilizar los resultados de estos procesos de análisis para generar foros nacionales y nacionales de discusión en la temática del VIH sida en el marco de la prioridad en salud pública que tiene.*

ICPNA -ANEXO 1.

Listado de personas y entidades que se invitaron a participaron en la reunión de validación en  
Marzo de 2010.

Señor

**GUSTAVO ADOLFO CAMPILLO OROZCO**  
Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia, RASA  
Medellín

Señor

**BEDEL OLIVEROS**  
Fundación Solidaridad Caribe – FSC  
Barranquilla

Señora

**SANDRA PATRICIA ARTURO D'VRIES**  
Fundación María Fortaleza  
Pasto

Señora

**ROSA MARIA BRITO RODRIGUEZ**  
Fundación Esperanza es Vida  
Riohacha

Señora

**ERLENCY SCARPETA MOSQUERA**  
Fundación Nacional de Mujeres Positivas “Proyecto  
Girasol”  
Pereira

Señor

**RAUL MARIANO ROLDÁN PÉREZ**  
Fundación Gestion Cultura  
Medellín

Señor

**NÉSTOR ALVAREZ**  
Ass Usuarios Programa ISS  
Bogotá

Señora

**SULMA ISABEL MANCO GOMEZ**  
Cormujer  
Bogotá

Señor

**LUIS AUGUSTO RIVERA**  
Fundacion Seroestatus  
Bogotá

Doctora

**VICTORIA ALICIA MANJARRÉS BARROS**  
Fundación Francois Xavier Bagnoud  
Barranquilla

Señor

**EDUARDO M. PASTRANA S.**  
Asociación Amigos Posi+ivos  
Cartagena

Señor

**PEDRO JULIO PARDO**  
Santa Maria Fundación  
Cali

Señor

**RICARDO VILLAMIZAR GOYENECHÉ**  
Fundación Hoasis el refugio  
Cúcuta

Señora

**LIGIA LÓPEZ RIVAS**  
Fundación Casa Gami - ICW Latina  
Cali

Señor

**GERMAN RINCÓN PERFETTI**  
Asociación Lideres en Acción  
Bogotá

Señora

**MYRIAN COSSIO**  
Coalicion de lideres viviendo con VIH  
Bogotá

Padre

**BERNARDO VERGARA**  
Eudes "Fundación"  
Bogotá

Señor

**JORGE CERÓN**  
Fundamor  
Bogotá

Doctora  
**LUZ MARINA UMBASIA BERNAL**  
Henry Ardila " Fundación "  
Bogotá

Señor  
**RAFAEL SANDOVAL**  
Indetectable  
Bogotá

Señora  
**SUSANA FERGUSSON**  
Procrear  
Bogotá

Señor  
**JAVIER LEONARDO VARÓN**  
Recolvih- Comunicacion positiva  
Bogotá

Doctora  
**ELIA GÓMEZ**  
Coordinadora ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud Departamental de Amazonas

Doctora  
**PATRICIA SÁNCHEZ**  
Referente VIH/SIDA  
Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca

Doctora  
**ROSARIO HADECHI MEZA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL  
ATLANTICO

Doctor  
**RAMIRO QUINTERO**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla

Doctora  
**CLAUDIA VELÁSQUEZ AGUAS**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Departamento Adiministrativo de Salud Distrital

Señora  
**SANDRA GARCÍA**  
Hope Woldwide/prevensida  
Bogotá

Señora  
**CLAUDIA AYALA**  
Liga Colombiana De Lucha Contra El Sida  
Bogotá

Señor  
**JUAN SIMBAQUEBA**  
Recolvih  
Bogotá

Doctor  
**CESAR GALLO**  
Tejedores de Vida  
Bogotá

Doctora  
**ANGELA MARÍA CASTAÑEDA**  
Coordinadora ITS/VIH/SIDA  
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE  
ANTIOQUIA

Doctora  
**LIZETH PÉREZ CARRILLO**  
Profesional VIH/Sida  
Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca

Doctor  
**HERNÁN LENIN VALLE CALDERÓN**  
Médico Ginecólogo que hace acompañamiento en  
VIH  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL  
ATLANTICO

Doctor  
**JAIME MUÑOZ AYALA**  
Profesional Responsable VIH/Sida  
Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla

Doctor  
**RAMÓN ARIZA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría departamental de salud

Doctora  
**RUTH JAEL ROBLES**  
Coordinadora ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud de Boyacá

Doctora  
**DIODESMIRA GUTIÉRREZ LÓPEZ**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Instituto Departamental de Salud del Caquetá

Doctora  
**NANCY STELLA OLAYA REY**  
Coordinadora ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud de Casanare

Doctora  
**YULIBETH ALMARALES**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud Departamental del Cesar

Doctora  
**CARMEN ROSA GALLEGO**  
Coordinador Programa VIH / SIDA  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Doctora  
**NELBY ROSADO DE LUQUE**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud de la Guajira

Doctora  
**DANNY QUINTERO DE PERDOMO**  
Coordinadora Programa VIH / SIDA  
Secretaría de Salud del Huila

Doctora  
**KARIN HERRERA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud del Magdalena

Doctora  
**DEISY SARELLY VINASCO RAMOS**  
Contratista SSR con labores enfocadas a VIH  
Secretaría Seccional de Salud del Meta

Doctor  
**JORGE GARZÓN MERA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Instituto Departamental de Salud de Nariño

Doctora  
**OLGA LUCÍA CORRALES**  
Coordinadora ITS/VIH/SIDA SSR  
Secretaría Departamental de Salud Caldas

Doctora  
**DUBY MORA MORALES**  
Coordinación VIH SIDA  
Secretaría de Salud de Casanare

Doctor  
**HECTOR MAURICIO MONTILLA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Dirección Departamental de Salud del Cauca

Doctora  
**ANA BETZA PALACIOS**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud del Chocó

Doctor  
**EDWIN OMAR OCHOA GELVEZ**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud del Guainía

Doctor  
**MARCO TULIO SERNA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud del Guaviare

Doctora  
**VILMA CONSUELO MOYANO VARGAS**  
Contratista SSR con labores enfocadas a VIH  
Secretaría de Salud del Huila

Doctora  
**STELA MARINABUELVAS RAMIREZ**  
Responsable VIH/Sida  
Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta

Doctora  
**MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Seccional de Salud del Meta

Doctora  
**MARIA ELENA PABÓN**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud del Putumayo

Doctor  
**DENIS ALEXANDER PRIETO MEDELLÍN**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Instituto Seccional de Salud del Quindío

Doctora  
**JULIANA JESSIE MARTINEZ**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud de San Andrés  
Islas

Doctor  
**JORGE EMILIO ALCALÁ BERTEL**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaria Departamental de Salud de Sucre

Doctora  
**MARTHA CECILIA CASTAÑO PARRA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaria Departamental de Salud

Doctora  
**VERA CAROL PALOMEQUE**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaria Departamental de Salud del Vichada

Doctora  
**NOHORA CORREDOR**  
Oficial de Salud y Nutricion  
UNICEF

Señor  
**ALFREDO MEJÍA**  
Asesor Nacional en VIH  
PMA

Doctora  
**CLARA SIERRA**  
Consultora de Investigación en VIH  
UNFPA

Señora  
**ELIN BOS**  
Coordinadora Proyectos de VIH  
OIM

Doctora  
**DIANA PEÑARETE**  
Asesora Nacional en VIH y Sida  
ACNUR

Doctor  
**JHON GERARDO MORENO GÓMEZ**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud de Risaralda

Doctora  
**PATRICIA CAICEDO HIGUERA**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría de Salud de Santander

Doctora  
**MELBA ORTIZ SANTOS**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA y Referente SSR  
Secretaria Departamental de Salud del Tolima

Doctora  
**MARIA MÓNICA RUIZ BUITRAGO**  
Coordinador ITS/VIH/SIDA  
Secretaría Departamental de Salud del Vaupés

Doctor  
**ALEXIS JOSÉ GAINES ACUÑA**  
Coordinación de Epidemiología y Vigilancia en Salud  
Pública  
Secretaria Departamental de Salud de Córdoba

Doctora  
**PAOLA PINEDA**  
Asesora Nacional en VIH  
UNICEF

Doctora  
**MARTHA LUCÍA RUBIO**  
Asesora VIH y Sida  
UNFPA

Doctor  
**RAFAEL PARDO**  
Profesional Nacional del Área de VIH  
OPS

Doctora  
**CLAUDIA LILY RODRÍGUEZ**  
Consultora Gestión del Conocimiento  
Convenio MPS /UNFPA

Doctora  
**AMPARO LILIANA SABOGAL APOLINAR**  
Referente VIH  
Instituto Nacional de Salud

Doctor  
**MAURICIO BELTRÁN DURÁN**  
Coordinador Nacional de Bancos de Sangre  
Instituto Nacional de Salud

Doctora  
**MARIA CLARA ORTIZ**  
Subdirectora de Proyectos Intersectoriales

Doctora  
**LAURA CHARRY**  
Coordinadora Médica  
ACEMI

Doctor  
**ALFREDO MEJÍA**  
Coordinador Médico Alto Costo y Programas  
Especiales  
Nueva EPS

Doctora  
**ARLETH MERCADO**  
Coordinadora de Salud  
Gestarsalud

Doctor  
**JOSÉ RENÁN TRUJILLO**  
Superintendente  
Superintendencia Nacional de Salud

Doctor  
**RAFAEL PARDO**  
Oficial Nacional para VIH/SIDA  
OPS/OMS

Doctora  
**ALEXANDRA ORJUELA**  
Asesora Programa de Salud  
Defensoría del Pueblo

Doctora  
**SIDIA CAICEDO**  
Consultora SSR  
MPS/UNFPA

Doctora  
**ELVIRA FORERO HERNÁNDEZ**  
Directora  
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF

Doctor  
**JUAN MANUEL DIAZ-GRANADOS ORTIZ**  
Presidente  
ACEMI

Doctor  
**HECTOR JOSÉ CADENA**  
Presidente  
Nueva EPS

Doctora  
**ELISA TORRENEGRA CABRERA**  
Directora Ejecutiva  
Gestarsalud

Brigadier General  
**LUIS EDUARDO PÉREZ ARANGO**  
Director General  
SANIDAD MILITAR

Doctora  
**BERTHA GÓMEZ**  
Oficial Regional para VIH/SIDA  
OPS/OMS

Doctor  
**JERRY JACOBSON**  
Asesor Subregional en Epidemiología del VIH  
OPS/OMS

Doctora  
**MARTHA LUCÍA OSPINA**  
Directora Cuenta de Alto Costo  
Cuenta de Alto Costo

Doctora  
**ISABEL CRISTINA IDÁRRAGA**  
Consultora SSR  
MPS/UNFPA

Doctora  
**LILIANA ANDRADE**  
Consultora SSR  
MPS/UNFPA

Doctora  
**MARIA INÉS DE ARANGO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMFAMA - ANTIOQUIA

Doctor  
**ALFONSO GALLO ESPINOSA**  
DIRECTOR  
COMFAMILIAR CAMACOL -

Doctor  
**RICARDO SIERRA CARO**  
DIRECTOR  
COMFENALCO ANTIOQUIA

Doctor  
**MARIO FERNANDO CALLE URIBE**  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMFENALCO ANTIOQUIA EPS

Doctora  
**ANA EUGENIA VELÁSQUEZ**  
JEFE DE UNIDAD  
EPM -

Doctor  
**GABRIEL MESA NICHOLLS**  
DIRECTOR NACIONAL DE SALUD  
SUSALUD EPS

Doctor  
**MAURICIO TORO BRIDGE**  
GERENTE  
SUSALUD EPS

Doctor  
**RICARDO F. SIERRA CARO**  
GERENTE  
E.P.S. PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA  
ANTIOQUIA

Doctor  
**GERMAN MADERO**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI  
ATLÁNTICO

Doctor  
**GALO DE JESÚS VIANA MUÑOZ**  
GERENTE  
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA  
SOLIDARIA DE SALUD ESS

Doctor  
**FELIPE QUINTO MENDOZA ARIAS**  
DIRECTOR  
COMFAMILIAR CARTAGENA - CAJA DE  
COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA

Doctor  
**JAIME GONZÁLEZ MONTAÑO**  
GERENTE  
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO  
INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE  
CARTAGENA LTDA. "COOSALUD E.S.S."

Doctor  
**FELIPE MENDOZA ARIAS**  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMFAMILIARES EN SALUD UT

Doctor  
**JORGE ARMANDO GARCÍA VARGAS**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE  
BOYACÁ "COMFABOY"

Doctor  
**FABIO EDMUNDO ENRIQUEZ MIRANDA**  
GERENTE  
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS  
EPSI

Doctor  
**GUSTAVO MALAGÓN**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL  
CAQUETA

Doctora  
**LAURA ROSA MOJICA**  
GERENTE  
CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL  
CASANARE - CAPRESOCA - E.P.S.

Doctora  
**MARCIA NAQUIRA**  
GERENTE  
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I

Doctora  
**PATRICIA SÁNCHEZ**  
P Y P  
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA "ASMET  
SALUD"

Doctor  
**JOSÉ WADY CURE HOYOS**  
GERENTE  
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE  
QUIBDO AMBUQ ARS

Doctor  
**JAVIER CASTRO**  
GERENTE  
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. "EMDISALUD"

Doctora  
**MARTHA LUCÍA DÍAZ GUTIÉRREZ**  
Directora de Alto Costo  
CONVIDA "A.R.S. CONVIDA"

Doctor  
**ALVARO JOSÉ COBO SOTO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
Asocajas

Doctor  
**LUIS GONZALO GIRALDO MARÍN**  
DIRECTOR  
CAFAM - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Doctor  
**ANIBAL RODRÍGUEZ GUERRERO**  
GERENTE  
CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA S.A

Doctora  
**LIDA BRIGIT CARRILLO**  
JEFE GESTION DE SERVICIOS  
CAFAM ARS

Doctor  
**GUSTAVO ADOLFO AGUILAR VIVAS**  
GERENTE  
ASOCIACION MUTUAL "ASMET SALUD"

Doctor  
**VICTOR LOPERENA**  
GERENTE  
"DUSAKAWI A.R.S.I." ASOCIACIÓN DE CABILDOS  
INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA

Doctora  
**YOLANDA RENTERÍA CUESTA**  
DIRECTORA  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMFAMILIAR CHOCO

Doctor  
**LUIS A. HOYOS CARTAGENA**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE  
CORDOBA COMFACOR

Doctor  
**RAFAEL ANTONIO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**  
REPRESENTANTE LEGAL  
ASFAMILIAS - CAJA DE COMPENSACION  
FAMILIAR

Doctor  
**MIGUEL UPRIME**  
ASESOR DE SALUD  
ASOCAJAS

Doctora  
**PATRICIA GUZMÁN TOVAR**  
JEFE DEPARTAMENTO DE REGIMEN  
SUBSIDIADO CAFAM ARS

Doctor  
**CARLOS TADEO GIRALDO GÓMEZ**  
GERENTE  
CAPRECOM -

Doctor  
**ANIBAL RODRÍGUEZ GUERRERO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
CAFESALUD EPS

Doctor  
**CARLOS ALBERTO CARRILLO BRAVO**  
GESTIÓN Y ANÁLISIS DEL RIESGO  
CAPRECOM

Doctor  
**SANTIAGO SALAZAR**  
PRESIDENTE  
COLMÉDICA EPS

Doctor  
**HÉCTOR ROJAS**  
COORDINADOR PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
COLMÉDICA EPS

Doctora  
**ANA MARÍA RODRÍGUEZ PINZÓN**  
DIRECTORA NACIONAL DE RIESGO Y P Y P  
COLPATRIA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctora  
**SANDRA PATRICIA ZERRATE**  
COORDINADORA P Y P  
COLSUBSIDIO

Doctor  
**CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ PARRA**  
DIRECTOR  
COMFACUNDI-ARS CAJA DE COMPENSACIÓN  
FAMILIAR DE CUNDINAMARCA UNICAJAS

Doctora  
**MARTHA SOFIA GIRALDO DE TRUJILLO**  
SUBDIRECTORA DE SALUD  
COMPENSAR E.P.S.

Doctora  
**LUZ MIREYA ROJAS DELGADO**  
REFERENTE VIH  
COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Doctora  
**SANDRA PATRICIA GARCÍA HERNÁNDEZ**  
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN  
Y ESTUDIOS EN SALUD  
ECOOPSOS

Doctor  
**FERNANDO ROBLEDO QUIJANO**  
DIRECTOR  
COLMEDICA E.P.S.

Doctora  
**IVONNE ANDREA GARCÍA**  
COORDINADORA SALUD PÚBLICA  
COLMÉDICA EPS

Doctora  
**AMPARO POLANÍA GUARÍN**  
PRESIDENTA EJECUTIVA  
COLPATRIA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctor  
**JOSÉ ANTONIO CHÁVEZ**  
GERENTE EPSS  
COLSUBSIDIO

Doctor  
**LUIS CARLOS ARANGO VÉLEZ**  
DIRECTOR GENERAL  
COLSUBSIDIO

Doctor  
**NESTOR ALFONSO FERNÁNDEZ DE SOTO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMFENALCO - CUNDINAMARCA CAJA DE  
COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO

Doctor  
**NÉSTOR RICARDO RODRIGUEZ ARDILA**  
DIRECTOR GENERAL  
COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Doctor  
**JAIRO BELTRÁN GALVIS**  
GERENTE  
CONVIDA "A.R.S. CONVIDA"

Doctora  
**MARÍA FERNANDA ISAACS CABRAL**  
GERENTE  
CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD S.A.

Doctora  
**MARIA FERNANDA ISAACS**  
GERENTE  
CRUZ BLANCA EPS S.A.

Doctor  
**MAURICIO BERNAL BERNAL**  
SUBDIRECTOR NACIONAL  
MULTIMEDICA EPS

Doctora  
**MARIA MAGDALENA FLÓREZ RAMOS**  
GERENTE  
ECOOPSOS ESS-ARS Entidad Cooperativa  
Solidaria de Salud

Doctor  
**FABIO MÉNDEZ RIVERA**  
GERENTE EPSS  
EPS HUMANA VIVIR

Doctor  
**EDILSON SANDOVAL**  
GERENTE  
ESS COMPARTA

Doctor  
**JUAN CARLOS FERNÁNDEZ MANOTAS**  
GERENTE  
FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO  
(EPS Privada) - ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctor  
**MAURICIO VELANDIA**  
DIRECTOR DE PROYECTOS  
FEDECAJAS

Doctor  
**DANILO VEGA**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
FEDECAJAS

Doctora  
**ARLETH CRISTINA MERCADO ARIAS**  
COORDINADORA DE SALUD.  
GESTAR SALUD - Ecoopsos

Doctor  
**ALEJANDRO BUSTOS RAMÍREZ**  
GERENTE GENERAL  
GOLDEN GROUP EPS  
Cra. 14N°96-25  
BOGOTÁ - CUNDINAMARCA

Doctora  
**RUBY PATRICIA ARIAS**  
COORDINADORA CENTRO ASOCIADO CLAP  
GRUPO SALUCOOP

Doctora  
**NOHORA MÉNDEZ RIVERA**  
GERENTE  
HUMANA VIVIR EPS

Doctor  
**HELBERT ARÉVALO**  
EPIDEMIÓLOGO  
HUMANA VIVIR EPS Y ARS

Doctor  
**FABIO MÉNDEZ RIVERA**  
GERENTE GENERAL  
HUMANA VIVIR S.A. EPS ARS

Doctor  
**JAIRO REINALES**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
MULTIMEDICA EPS

Doctor  
**HÉCTOR JOSÉ CADENA**  
PRESIDENTE  
NUEVA EPS

Doctor  
**HUMBERTO NAVARRO**  
DIRECTOR PLANEACIÓN  
NUEVA EPS

Doctora  
**CARMEN DEYANIRA ORDOÑEZ DE GODOY**  
GERENTE  
RED SALUD ATENCIÓN HUMANA E.P.S. S.A.

Doctor

**JUAN JOSÉ ZAMORA**

VICEPRESIDENTE DE SALUD  
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctor

**CAMILO SANZ ALVAREZ**

GERENTE  
SALUD COLPATRIA E.P.S.

Doctora

**NAYIVE ALEXANDRA CANTOR BARÓN**

COORDINADORA NACIONAL DE POAS Y  
PROGRAMAS ESPECIALES  
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctor

**HENRY GRANDAS OLARTE**

PRESIDENTE  
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctor

**MILTON NUÑEZ PÁEZ**

GERENTE SALUD  
SALUDVIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD

Doctora

**GLORIA OSORIO**

DIRECTORA NACIONAL DE PROMOCION Y  
PREVENCION  
SALUDCOOP

Doctor

**CARLOS GUSTAVO PALACINO ANTÍA**

PRESIDENTE EJECUTIVO.  
SALUDCOOP

Doctor

**JUAN CARLOS LÓPEZ AGUILAR**

GERENTE  
SALUDVIDA E.P.S. S.A.

Doctora

**IVINNE ALAYON CALDERÓN**

PROFESIONAL P Y P  
SALUDVIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD (EPS Privada)

Doctor

**LUIS FERNANDO RESTREPO MONTOYA**

GERENTE  
SANITAS S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Doctor

**JUAN PABLO CURREA TAVERA**

GERENTE  
SANITAS S.A. E.P.S.

Doctora

**BEDA MARGARITA SUÁREZ AGUILAR**

GERENTE GENERAL  
ANAS WAYUU EPS INDIGENA

Doctor

**JESUS ANGEL QUINTERO MAZENETT**

DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA  
GUAJIRA

Doctor

**ARMANDO ARIZA QUINTERO**

DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE HUILA-  
COMFAMILIAR HUILA

Doctora

**SANDRA ELIZABETH PATIÑO**

DIRECTOR  
COMFAMILIAR NARIÑO - Caja de Compensación  
Familiar de Nariño

Doctor

**CARLOS FAJARDO PABÓN**

REPRESENTANTE LEGAL  
EMSSANAR - Asociación Mutual Empresa Solidaria  
de Salud de Nariño

Doctor

**ALEXANDER RODRÍGUEZ TORO**

GERENTE  
SELVASALUD S.A. EPS ARS

Doctor

**FABIO HENRRIQUEZ MIRANDA**

GERENTE EPSS  
EPS-I MALLAMAS

Doctora  
**CLAUDIA CECILIA URIBE RANGEL**  
DIRECTORA  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE  
DE SANTANDER- FAMISALUD COMFANORTE  
A.R.S.

Doctor  
**CARLOS ALEXANDER BURBANO RUALES**  
GERENTE  
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A.  
ADMINISTRADORA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Doctor  
**JORGE CAMILO VERGARA GUZMÁN**  
REPRESENTANTE LEGAL  
CONVENIO COMFENALCO UT

Doctor  
**ENRIQUE GONZÁLEZ CUERVO**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE  
FENALCO DEL TOLIMA-COMFENALCO

Doctor  
**WILLIAM RODOLFO MARTÍNEZ SANTAMARÍA**  
DIRECTOR  
COMFASUCRE - CAJA DE COMPENSACION  
FAMILIAR DE SUCRE

Doctor  
**CESAR AUGUSTO GUEVARA BELTRÁN**  
DIRECTOR  
CAJASAN - CAJA SANTANDEREANA DE  
SUBSIDIO FAMILIAR

Doctor  
**LEONARDO ANGULO PRADA**  
GERENTE  
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE  
FENALCO SECCIONAL SANTANDER

Doctor  
**PATROCINIO PÉREZ**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL  
ORIENTE COLOMBIANO- COMFAORIENTE

Doctor  
**JULIAN SALAZAR ARIAS**  
DIRECTOR  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE  
FENALCO- COMFENALCO QUINDÍO

Doctor  
**JESÚS MAURIER VALENCIA HERNÁNDEZ**  
REPRESENTANTE LEGAL  
Caja de Compensación Familiar de Risaralda -  
COMFAMILIAR RISARALDA

Doctor  
**JOSÉ RENÉ DUCUARA**  
GERENTE  
PIJAOS SALUD EPSI

Doctora  
**EDILMA ISABEL HURTADO CARDONA**  
REPRESENTANTE LEGAL  
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE  
FENALCO DE TOLIMA COMFENALCO

Doctora  
**SIRIA PÉREZ RIONDO**  
GERENTE  
"MANEXKA" EPS INDIGENA - ASOCIACIÓN DE  
CABILDOS DEL RESGUARDO INDÍGENA ZENÚ  
DE SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO CÓRDOBA Y  
SUCRE

Doctor  
**SERGIO RUGELES LÓPEZ**  
GERENTE  
SOLSALUD S.A - SOLIDARIA DE SALUD  
SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Doctora  
**EILLEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR**  
REPRESENTANTE LEGAL  
Caja de Compensación Familiar de la Cámara de  
Comercio de San Andrés y Providencia - CAJASAI

Doctora  
**MARIELA ESTHER GÓMEZ DE BARAHONA**  
REPRESENTANTE LEGAL  
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE  
CARTAGO "COMFACARTAGO"

Doctora  
**ORIANA CARVAJAL**  
GERENTE  
CALISALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Doctor  
**FELICE GRIMOLDI REBOLLEDO**  
DIRECTOR  
COMFENALCO VALLE E.P.S.

Doctor  
**MILCIADES GARCÍA RODRÍGUEZ**  
GERENTE  
SALUDCOLOMBIA

Doctora  
**MARION ANDREA ARDILA PORRAS**  
DIRECTOR ADMINISTRATIVA  
CAFABA - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR  
DE BARRANCABERMEJA

Doctora  
**RUBIELA VARGAS S.**  
JEFE GESTIÓN SALUD PÚBLICA  
COMFENALCO VALLE E.P.S.

Doctor  
**OCTAVIO AYALA MORENO**  
GERENTE  
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS

Doctora  
**PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELÁEZ**  
GERENTE  
COOMEVA E.P.S. S.A.

ICPNA -ANEXO 2.

Listado de personas y entidades a quienes se les solicitó la revisión final de los documentos en  
Marzo de 2010.

Señor

**ALFREDO MEJÍA**

Referente VIH

PMA

Bogotá. D. C.

Señor

**BEDEL OLIVEROS**

Representante Legal

Fundación Solidaridad Caribe - FSC

Barranquilla - Atlántico

Doctora

**DIANA PEÑARETE**

Referente VIH

ACNUR

Bogotá. D. C.

Señor

**GUSTAVO ADOLFO CAMPILLO OROZCO**

Representante Legal

Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia,

RASA

Medellín – Antioquia

Doctor

**JERRY JACOBSON**

Asesor Subregional de Epidemiología de VIH

OPS/OMS

Bogotá. D. C.

Doctora

**MARTHA LUCÍA RUBIO**

Referente VIH

UNFPA

Bogotá. D. C.

Doctora

**PAOLA PINEDA**

Referente VIH

UNICEF

Bogotá. D. C.

Doctor

**RAFAEL PARDO**

Referente VIH

OPS/OMS

Bogotá. D. C.

Doctor

**RICARDO LUQUE NUÑEZ**

Asesor DGSP

Ministerio de la Protección Social

Bogotá. D. C.

**Miembros del CONASIDA.**

- Orden alfabético de nombre
- ONUSIDA no tiene referente técnico en el momento.

## ICPN. PARTE B.

### Introducción

En el contexto mundial de la respuesta a la epidemia por VIH/sida y teniendo en consideración el compromiso de la sesión especial de las Naciones Unidas en 2001, que definió el marco de trabajo por consenso de la respuesta de los países, se establece la necesidad periódica de valorar lo actuado. De manera consecuente con los esfuerzos de integración de las acciones de los diferentes actores que construyen la respuesta de cada país y que permitirá disponer de datos e información de manera estandarizada, se prepara por parte de ONUSIDA el manual de guía de la valoración de las respuestas nacionales, a partir de las cuales se consolidará el informe mundial que se presentará a la opinión mundial en el primer semestre de 2010.

El presente informe tiene cobertura de valoración hasta 2009, por lo que debe hacerse la evaluación de los resultados en los últimos años. Para este requerimiento y con el ánimo de estandarizar la información recibida a nivel nacional, se diseñó este instrumento.

**Se agradece a las personas e instituciones que participaron.**

#### Objetivo

Presentar la información que permite representar las opiniones y percepciones de la realidad de los diversos actores de la respuesta ante la epidemia del VIH/sida en el país, en lo relacionado con el Índice Compuesto de Política Nacional – Parte B.

Este documento se construyó a partir de las respuestas, consensos y revisiones de las ONG y Agencias de Naciones Unidas del país. La estructura corresponde a lo establecido en el Índice Compuesto de Política Nacional – Parte B- en el informe Colombia UNGASS 2010.

## PARTE B.I. DERECHOS HUMANOS

1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH? (P. ej., disposiciones generales contra la discriminación o disposiciones que mencionen específicamente el VIH, centradas en la escolarización, vivienda, empleo, atención de salud, etc.) **Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 2.

1.1 **Si la respuesta es afirmativa**, especifique si se menciona concretamente el VIH y de qué manera, o si se trata de una disposición general contra la discriminación:

Existe como precepto general de rango Constitucional y además Colombia ha legislado en aspectos específicos como la no discriminación laboral, y se han emitido diferentes leyes tal como la Ley 100 de Seguridad social, el Decreto 1543 que reglamenta la prevención y atención del VIH / SIDA, la Política Nacional de salud sexual y reproductiva, el Modelo de gestión programática ante el VIH/sida, el Plan Nacional de Salud Pública (decreto 3039 de 2007), Guías de atención Plan estratégico Nacional 2008-2011. Además Colombia ha suscrito acuerdos internacionales a nivel general convenios de derechos humanos y específicos como el Compromiso de UNGASS, iniciativa hacia el acceso universal, objetivos del Milenio. Esta legislación protege de manera directa e indirecta a las PVVs de la discriminación.

El Decreto 1543 de 1997, en varios de sus apartes hace referencia a los derechos y deberes de las personas con VIH o Sida y concretamente en su artículo 39 prohíbe la discriminación hacia las personas con esta condición de salud, y a sus hijos y familiares.

En su Art. 21.- solamente especifica la Prohibición para Realizar Pruebas en casos de: Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación, Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma, Ingresar o residenciarse en el país. Acceder a servicios de salud, Ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa.

En su Art. 35 hace referencia a que las personas que viven con el virus no están obligados a informar a sus empleadores de su condición de infectados por el VIH, en todo caso se garantizaran los derechos a los trabajadores de acuerdo a las disposiciones legales de carácter laboral correspondiente,

De igual forma, en el Art. 39 a las personas infectadas por el VIH sus hijos y familiares no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos públicos y privados asistenciales o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma no serán discriminados por ningún motivo.

La Ley 972 de 2005, garantiza la atención integral en salud a las personas con VIH o Sida y contempla sanciones para el personal de salud que se niegue a atender a las personas con VIH.

A pesar de la reglamentación vigente se considera que existen fallas en el seguimiento al cumplimiento de estas normas.

2. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a las poblaciones más expuestas y otras sub-poblaciones vulnerables?

NO podemos dar una respuesta generalizada debido que para algunas poblaciones si existen leyes y reglamentaciones.

Existen fallas en el seguimiento al cumplimiento de estas normas.

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 3.

2.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿a qué sub-poblaciones?

- |   |           |
|---|-----------|
| a. Mujeres  | <b>Si</b> |
| b. Jóvenes  | <b>Si</b> |
| c. Consumidores de drogas inyectables                 | <b>No</b> |
| d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | <b>No</b> |
| e. Profesionales del sexo                             | <b>No</b> |
| f. Internos en prisiones                              | <b>No</b> |
| g. Migrantes/poblaciones móviles                      | <b>No</b> |
| h. Otras  | <b>No</b> |

OBS. Existen fallas en el seguimiento al cumplimiento de estas normas. Hace falta normas y reglamentaciones para grupos sub-poblacionales vulnerables como las personas trans.

2.1.1. **Si respondió afirmativamente Otras**, Escriba a continuación las sub-poblaciones a las que hace referencia.

Las Niñas y niños, las mujeres, los habitantes de calle y las personas que viven con VIH y sida

2.1.2. **Si la respuesta es afirmativa**, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

El país cuenta con Organismos de vigilancia, inspección y control como: La Contraloría, la Procuraduría, las Superintendencias, y la Defensoría del Pueblo. Se considera importante fortalecer la acción de seguimiento al cumplimiento de lo incluido en las normas, así como las acciones sancionatorias cuando sean pertinentes, se considera aún insuficiente la respuesta. La Ley 1098 de 2007 Establece sanciones para los profesionales de la salud que no brinden atención adecuada a las gestantes para la disminución de la transmisión perinatal del VIH.

Dentro de los mecanismos para la aplicación de estas leyes, está el derecho que tienen estas poblaciones a recibir atención médica integral, a ser tratados como personas, a que se les respete su intimidad, derecho a la vida.

Existen entes de control como el Ministerio Público, la Defensoría y la Procuraduría, además mecanismos de participación ciudadana tales como derecho de petición, tutelas, desacatos

La tipificación del delito de acoso sexual, el agravamiento de penas para crímenes de lesiones personales y homicidio por razón de ser mujer, así como creación de medidas fiscales para facilitar alternativas económicas

para las víctimas de la violencia de género, son algunas de las innovadoras disposiciones de la nueva legislación que acaba de entrar en vigor en Colombia.

En el Valle del Cauca está definido el Comité departamental de VIH e ITS, comité que está oficializado pero no institucionalizado: Decreto número 0610 del 2008 De la Gobernación del Valle del Cauca.

### *2.1.3. Describa brevemente el contenido de esas leyes:*

El Congreso de la República aprobó una Ley para combatir la violencia contra las mujeres, que contempla el endurecimiento de las condenas y sanciones penales por acoso sexual.

La Ley 1098 del 2006 por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia, reforma al Código del menor.

La Constitución política habla del derecho universal a la salud y en su Art. 49 en uno de sus apartes dice " Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud, en Art. 50 dice de manera especial " Todo niño menor de un año que no esté cubierto por ningún tipo de protección de seguridad social tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del estado, la Ley reglamentará la materia.

Hay atención prioritaria a niñas y niños donde la salud es un derecho fundamental a diferencia de los adultos. Protección contra la transmisión de infecciones prevenibles durante la gestación como sífilis y VIH. En esta ley se contemplan sanciones para el personal de la salud que no brinde la atención adecuada.

En la Constitución Política, y el Código Penal y de procedimiento penal, que protegen a la población general, se tipifican conductas que atenten contra la integridad de la persona, y están específicamente el Código de infancia y adolescencia, que señala aspectos que propenden por la protección de la población referente. Están igualmente otras leyes contra el maltrato y violencia sexual contra la mujer, el Código civil, capítulo personas y familia y disposiciones emitidas para ser aplicadas específicamente a poblaciones desplazadas. Algunas de estas establecen mecanismos de protección específicos y otros mecanismos indirectos.

La Ley 2257 del 4 de diciembre del 2008. En los diferentes actos administrativos se destacan los derechos a "la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia; la estabilización de su situación conforme a los términos previstos en esta ley; y el derecho a decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo". Precisamente, es en materia de medidas de estabilización donde la ley crea alternativas para que las mujeres víctimas de violencias puedan salir del círculo de violencia, a la vez que establece un incentivo fiscal para las empresas que contraten víctimas y ordena la creación de oportunidades educativas. Igualmente, facilita soluciones para el alojamiento y manutención para que las víctimas tengan opciones de vivienda donde protegerse. También establece principios para su interpretación, como el de no discriminación por motivos de orientación sexual. "Todas las mujeres, con independencia de sus circunstancias personales, sociales o económicas tales como edad, etnia, orientación sexual, procedencia rural o urbana, o religión entre otras, tendrán garantizados los derechos establecidos en esta ley a través una previsión de estándares mínimos en todo el territorio nacional", dice el documento. VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. La ley también señala el principio de "atención diferenciada", que favorece a las mujeres víctimas del conflicto armado, que es uno de los grupos de mujeres colombianas que está en una mayor situación de vulnerabilidad y riesgo. Entre ellos se destacan los derechos a "la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia; la estabilización de su situación conforme a los términos previstos en esta ley; y el derecho a decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo".

Para el Departamento del Valle, en el Decreto número 0610 del 2008, en su Artículo 1 El Comité Departamental de Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, tiene el carácter de órgano de planificación, coordinación y asesoría de la administración Departamental para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/Sida, con carácter intersectorial, permanente y *ad honorem*. CAPITULO III FUNCIONES Artículo 4°. El Comité Departamental de Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, tendrá por objeto coordinar la dirección, orientación y control de la

respuesta departamental frente al VIH/ SIDA con base en lo decidido por el pueblo vallecaucano en los procesos de planificación desarrollados para tal fin, para lo cual desarrollara las siguientes funciones: **1-** Divulgar, cumplir y facilitar el cumplimiento de los Planes participativos de respuesta vallecaucana frente al VIH/Sida. **2-** Garantizar la continuidad de la respuesta Vallecaucana frente al VIH/ SIDA con base en lo decidido por el pueblo vallecaucano en los procesos de planificación desarrollados para tal fin. **3-** Garantizar la realización de un nuevo proceso participativo de la planificación la respuesta vallecaucana frente al VIH/ SIDA al terminar el **4-** plazo de implementación de cada plan. **5-** Coordinar la financiación de las actividades de la respuesta departamental frente al VIH/ SIDA. **6-** Gestionar la consecución de financiación nacional e internacional de actividades de la respuesta departamental frente al VIH/ SIDA. **7-** Proporcionar la orientación del desarrollo normativo frente al VIH/ SIDA **8-** Facilitar la normatividad, respeto al VIH/ SIDA. **9-** Formular las directrices para las intervenciones de reducción de la vulnerabilidad para el VIH/ SIDA. **10-** Formular las directrices para la reorientación del manejo de la sexualidad en los medios masivos de comunicación. **11-** Formar las directrices para la reorientación del manejo del VIH/ SIDA en los medios masivos de comunicación. **12-** Formular las directrices para la reorientación y fortalecimiento de los procesos educativos. **13-** Proponer las adaptaciones regionales al proceso de atención. **14-** Proponer estrategias de mejoramiento de la formación de los trabajadores de salud y de otras áreas sociales en la atención colectiva e individual del VIH/ SIDA. **15-** Coordinar la celebración anual del día mundial del VIH/ SIDA. **16-** Crear subcomités permanentes o transitorios y definir su composición. **17-** Las demás que los miembros del comité consideren pendiente en desarrollo del artículo 1° de la presente ordenanza **18-** Las demás que sean asignadas por la ley.

#### ***2.1.4. Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:***

Hasta el momento no se ha hecho efectiva ninguna sanción.

Es de anotar que a pesar que en Colombia existen infinidad de normas, decretos, leyes, resoluciones, etc., que brindan protección a las personas con diagnóstico de VIH estas solo se cumplen y existen de verdad en el papel ya que a diario se observa como a los PVVS se le están violando sus más mínimos derechos, "al llegar a las IPS públicas y privadas no sientes confianza en el equipo de salud para informar de su diagnóstico por temor al rechazo y a la estigmatización lo cual se ve reflejado en la atención que se le brinda, en algunos lugares son sometidos a las caminatas de la muerte, en los entes territoriales no son escuchadas sus quejas cuando estas las hacen de manera verbal y si las hacen escritas y no le hacen un seguimiento en la mayoría de los casos son engavetados, aun en los establecimientos del Estado encargados de velar por los derechos de los colombianos llámese Defensoría, Personería u otros en muchas ocasiones no son escuchados si no van en compañía de algún otro compañero u persona que tenga conocimiento de las normatividades.

Colombia ha avanzado de manera importante en el tema de políticas públicas y VIH-Sida, sin embargo y como pasa en muchos países de la región, los mecanismos para el seguimiento y control del cumplimiento de la legislación son débiles. Es difícil describir el grado de aplicación pues está afectado por factores tales como educación, ubicación geográfica, nivel socio económico, pero se evidencia definitivamente una falencia en la aplicación y garantía de ejercicio de los derechos.

Hasta el momento no se ha hecho efectiva ninguna sanción.

Es de anotar que a pesar que en Colombia existen infinidad de normas, decretos, leyes, resoluciones, etc., que brindan protección a las personas con diagnóstico de VIH estas solo se cumplen y existen de verdad en el papel ya que a diario se observa como a los pvvs se le están violando sus más mínimos derechos, "al llegar a las IPS públicas y privadas no sientes confianza en el equipo de salud para informar de su diagnóstico por temor al rechazo y a la estigmatización lo cual se ve reflejado en la atención que se le brinda, en algunos lugares son sometidos a las caminatas de la muerte, en los entes territoriales no son escuchadas sus quejas cuando estas las hacen de manera verbal y si las hacen escritas y no le hacen un seguimiento en la mayoría de los casos son engavetados, aun en los establecimientos del Estado encargados de velar por los derechos de los colombianos llámese Defensoría, Personería u otros en muchas ocasiones no son escuchados si no van en compañía de algún otro compañero u persona que tenga conocimiento de las normatividades.

Colombia ha avanzado de manera importante en el tema de políticas públicas y VIH-Sida, sin embargo y como pasa en muchos países de la región, los mecanismos para el seguimiento y control del cumplimiento de la legislación son débiles. Es difícil describir el grado de aplicación pues está afectado por factores tales como educación, ubicación geográfica, nivel socio económico, pero se evidencia definitivamente una falencia en la aplicación y garantía de ejercicio de los derechos.

El ICBF es el ente regulador y garante de la protección del menor.

3. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones más expuestas y otras sub-poblaciones vulnerables? **No**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 4.

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿para qué sub-poblaciones?

- |   |                  |
|---|------------------|
| a. Mujeres  | <b>No aplica</b> |
| b. Jóvenes  | <b>No aplica</b> |
| c. Consumidores de drogas inyectables                 | <b>No aplica</b> |
| d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | <b>No aplica</b> |
| e. Profesionales del sexo                             | <b>No aplica</b> |
| f. Internos en prisiones                              | <b>No aplica</b> |
| g. Migrantes/poblaciones móviles                      | <b>No aplica</b> |
| h. Otras  | <b>No aplica</b> |

3.1.1. Si respondió afirmativamente *Otras*, Escriba a continuación las sub-poblaciones a las que hace referencia.

**No aplica**

3.1.2. Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, reglamentos o políticas:

**No aplica**

3.1.3. Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

**No aplica**

4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en alguna política o estrategia relacionadas con el VIH? **Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 5.

4.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente de qué forma se mencionan los derechos humanos en dicha política o estrategia relacionadas con el VIH:

El Decreto 1543 de 1997 en su parte considerativa dice: Que la vulneración de los derechos fundamentales de las PVVS y que padecen el Sida son cada vez más frecuentes debido al temor infundado hacia las formas de transmisión del virus, por lo cual se hace necesario determinar los derechos y deberes de dichas personas y de la comunidad en general, por lo que se hace necesario regular las conductas, acciones, actividades y procedimientos para la promoción, prevención asistencia y control de la infección por VIH/SIDA.

El Decreto 1543 de 1997, en varios de sus apartes hace referencia a los derechos y deberes de las personas con VIH o Sida y concretamente en su artículo 39 prohíbe la discriminación hacia las personas con esta condición de salud, y a sus hijos y familiares.

El Artículo 2° de la Ley 975 de 2005 se menciona lo siguiente. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.

La Ley 972 de 2005, garantiza la atención integral en salud a las personas con VIH o Sida.

5. ¿Existe algún mecanismo para registrar, documentar y tratar casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras sub-poblaciones vulnerables? **No**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 6.

5.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente el mecanismo:

**No aplica**

6. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras sub-poblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH? **Si**

OBS. La participación de las personas con VIH y la sociedad civil se ha logrado por la incidencia política a nivel nacional, pero a nivel territorial son débiles.

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 7.

**Si la respuesta es afirmativa**, describa algunos ejemplos:

Hay participación de la sociedad civil en el CONASIDA, en el Mecanismo Coordinador País y en la construcción de los planes intersectoriales de respuesta al VIH, última versión 2008-2011.

Mediante la creación de talleres foros y eventos en los cuales se puede intercambiar diferente tipos de información sobre los temas que se están adelantando con la sociedad civil.

Participación de la reforma de la política distrital de VIH, Participación en el MCP Validación Manuales de nutrición para niños y adultos, Plan estratégico y guías de atención. Se permite participación pero en algunas ocasiones los documentos finales no reflejan la opinión de las poblaciones vulnerables o no la reflejan en su

totalidad, en otras ocasiones falta una mayor participación (en número) de la sociedad civil por tanto la representación es subjetiva

7. ¿Tiene establecida el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?:

- a. Prevención del VIH **Si**
- b. Tratamiento antirretrovírico **Si**
- c. Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH **Si**

Si respondió No o Sin información a todas, pase a la pregunta 8.

**Si la respuesta es afirmativa**, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, describa brevemente los pasos fijados para ejecutar estas políticas e incluya información sobre cualquier restricción u obstáculo en el acceso de las diferentes poblaciones:

7.1. Para prevención.

Las políticas están establecidas; sin embargo, hay barreras de acceso.

La atención no es gratuita, está contemplada dentro del sistema de seguridad social.

Las políticas de salud pública incluyen programas de prevención pero en ocasiones las acciones desarrolladas en este campo no son eficaces o no son oportunas y en ocasiones se realizan actividades por cumplir un requisito legal pero no tienen continuidad o falta coordinación y seguimiento.

Existen las políticas, pero no se hace prevención permanentemente, sino en fechas especiales.

Gratuidad para solicitar preservativos, sin embargo, las EPS sólo los entregan a las personas "de riesgo" por tener alguna ITS.

7.2. Para tratamiento.

La Guía de manejo para la atención integral en VIH, reglamenta la integralidad en la atención incluyendo entrega oportuna, calidad, cantidad e inmediata de los antirretrovirales. Esta guía debe ser seguida por los profesionales de salud para brindar un manejo adecuado.

La gratuidad en la entrega de antirretrovirales, es parte del servicio, pero existen barreras administrativas de acceso pues toman demasiado tiempo en corroborar cruce de información de las bases de datos entre los regímenes contributivo y subsidiada. Hay barrera cuando no hay continuidad en la contratación con la red de servicios, limita e interrumpe la entrega oportuna de los tratamientos.

La Guía de atención integral para la atención de las personas con VIH, esta guía debe ser seguida por los profesionales de salud para brindar un manejo adecuado y costo-efectivo a los pacientes. Hay inclusión de medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, POS.

El tratamiento no es entregado a tiempo lo que conlleva a la fatal resistencia y multi-resistencia a estos con su conllevada consecuencia.

Se le brinda el acceso a los medicamentos aquellas personas que no posean una afiliación al régimen subsidiado.

El tratamiento está incluido en el POS (Plan obligatorio de salud) pero las instituciones prestadoras de servicios acuden a la tramitología excesiva, lo que garantiza un porcentaje de falta de adherencia a los tratamientos por desgaste de los usuarios, que se ven obligados a acudir a mecanismos judiciales como la tutela, derechos de petición, descatos etc. Este mecanismo disminuye costos y las IPS se benefician a costa de los usuarios del servicio.

Política como tal no pero hay un decreto el 1543 el que se enmarcan los derechos y deberes de la PVVS. Existen las políticas, las han divulgado, pero no vigilan para que se cumplan.

Hay gratuidad en la entrega de antirretrovirales, pero existen barreras administrativas de acceso pues toman demasiado tiempo en corroborar cruce de información de las bases de datos entre los regímenes contributivo y subsidiado

### 7.3. Para atención y apoyo.

Aunque la guía de manejo contempla la integralidad, requiere de un equipo interdisciplinario sensibilizado, idóneo que brinde la atención y el apoyo con calidades humana. Pero no hay continuidad por el cambio constante del personal. La atención y apoyo no debe ser individual sino familiar y social.

Se debe promover los derechos y deberes de las PVVS para hacer exigir los mismos.

La Guía de atención integral. Contempla la atención por equipos interdisciplinarios.

La atención y apoyo es limitada y depende del compromiso calidad humana y empatía del profesional de turno ya que según los cambios jerárquicos así se da el cambio constante del talento humano en los diferentes entes territoriales trayendo esto graves consecuencias en la atención y apoyo para y hacia los PVVS.

Igualmente, se brinda atención a las personas que viven con esta enfermedad.

Las instituciones prestadoras de servicios acuden a la tramitología excesiva, lo que garantiza menos costos y los usuarios, que se ven obligados a acudir a mecanismos judiciales como la tutela, derechos de petición, desacatos etc. Los jóvenes no tienen acceso en algunas regiones del país especialmente aquellas más apartadas de las grandes ciudades.

El modelo de gestión programática para el VIH contempla la atención y el apoyo para la atención de la PVVS. Existen las políticas, las han divulgado, pero no vigilan para que se cumplan.

Hay gratuidad en la atención pero falta la atención oportuna y desconocimiento de los derechos y deberes de los funcionarios de salud frente al tema "Se ha incrementado la atención formal y en cantidad, pero falta mejorar la calidad de la atención. Todavía los diagnósticos y la atención son tardíos, con las funestas consecuencias que esto significa. En muchas ocasiones la atención se ha reducido a la parte médica sin desarrollarse la integralidad" (EVALUACION DEL PLAN INTEGRAL DE RESPUESTA VALLECAUCANA FRENTE AL VIH/SIDA 2003-2007)

8. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH? **Si**

8.1 En concreto, ¿tiene establecida el país una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del contexto del embarazo y el parto? **Si**

9. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas y/u otras sub-poblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH? **Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 10.

9.0. **Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente el contenido de dicha política:

EL Decreto 1543 de 1997 asegura el acceso, atención tratamiento de las PVVS y la Resolución 3442 de 2006 por la cual se adoptan las guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia y el modelo de atención integral en VIH. En lo referente al VIH/sida, esta Resolución reemplaza los contenidos de la Resolución 412.

En la actualidad en país viene adelantado una campaña con las mujeres embarazadas mediante la realización de la prueba de VIH durante el periodo de embarazo para detectar si padece la enfermedad o si vive con el virus para así reducir las posibilidades que el niño nazca con la infección.

Existen las políticas pero no está asegurado el ejercicio del derecho pues los mecanismos para el seguimiento y control del cumplimiento de la legislación son débiles.

En el Valle del Cauca se ha fortalecido la política de prevención y atención de la infección de VIH perinatal

9.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye dicha política diferentes tipos de enfoques para asegurar la igualdad en el acceso a las distintas poblaciones expuestas y/u otras sub-poblaciones vulnerables? **Si**

9.1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

La Resolución maneja diferentes enfoques para asegurar la igualdad del acceso a las mujeres y jóvenes abordado de forma integral para la prevención diagnóstico y tratamiento que contempla la atención por niveles de complejidad en el SGSSS, vale destacar que esta guía no contempla la atención integral a niños y niñas.

El sistema de seguridad social en el POS incluye la realización de la prueba de ELISA gratuita y el acceso universal a los medicamentos para las personas que no tengan ningún seguro médico.

Las políticas se encuentran diseñadas con base en preceptos constitucionales y pleno ejercicio de los derechos fundamentales y los conexos pero los mecanismos de seguimiento y control del cumplimiento de la legislación no son efectivos en todas las regiones del país.

10. ¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?

**Si**

11. ¿Tiene establecida el país una política que asegure que los protocolos de investigación del VIH en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité nacional o local de ética? **Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 12.

11.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿participan en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y personas que viven con el VIH? **Sin información**

11.1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa la eficacia de dicho comité de revisión:

Se tiene conocimiento de que existen Comités de Ética y Bioética pero no se tiene un conocimiento claro de su funcionamiento en las diferentes entidades.

12. ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos? **Si**

12.1. Existen instituciones nacionales independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH. **Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 12.2.

12.1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa algunos ejemplos:

Las Organizaciones de la sociedad civil ONGs, OBCs, las veedurías ciudadanas, Red de PVVS, Defensoría del Pueblo, Personerías Municipales-

12.2. Existen Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo que vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda. **Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 12.3.

12.2.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa algunos ejemplos:

Los entes territoriales de salud, Los organismos de control, Comités territoriales de sida en aquellas ciudades donde existen. Los organismos de control reciben las quejas indistintamente de la condición de salud de la persona.

En el Valle del Cauca está el "Comité Departamental de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA."

12.3. Existen Indicadores de desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH

**Si**

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 13.

12.3.1. **Si la respuesta es afirmativa**, describa algunos ejemplos:

Existen teóricamente pero en la práctica existe dificultad en la implementación.

13. En los últimos dos años, ¿se ha sensibilizado/capacitado a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que puedan surgir en el contexto de su trabajo? **Si**

14. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

14.1. Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH

**Sin información**

14.2. Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH **Si, Sin información**

El servicio se ofrece indistintamente de la condición de salud.

14.3. Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

**Si**

Desde la sociedad civil y en muchas ocasiones en colaboración con la empresa privada.

15. ¿Existen programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

**No**

Programa como tal no existe se trabaja en el tema de estigma y discriminación por parte de la sociedad civil.

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 15.5.

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué tipos de programas?

15.1. Medios de comunicación **No aplica**

15.2. Educación escolar **No aplica**

15.3. Intervenciones periódicas de personalidades **No aplica**

15.4. Otras: **Si**

15.4.1. Si respondió afirmativamente Otras, Escriba a continuación programas diseñados a los que hace referencia

Hay algunos programas privados establecidos por ONG's, empresa privada, grupos de apoyo y OBC's

15.5. En general, ¿cómo calificaría las *políticas, leyes y reglamentaciones* establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2009?

2009 - Muy deficientes  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Excelentes

8. Las políticas están bien redactadas, el problema es su aplicación.

15.5.1. Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Las nuevas guías de atención basadas en la evidencia, Plan Estratégico Nacional 2008-2011, Jurisprudencia Sentencia T-760 (Derecho a la salud como fundamental basado en principios de razonabilidad y proporcionalidad. Porque reconoce el Derecho a la salud como derecho fundamental).

Se tiene el Derecho al acceso a través de la seguridad social a recibir algunos medicamentos de segunda línea y exámenes especiales.

En el Valle del Cauca la formulación de un plan integral de atención en VIH, sida e ITS y la incidencia política que desde la REDVALLESIDA y RECOLVIH mediante el uso de derechos de petición y tutela se logró la reactivación del Comité Departamental de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA., mediante el decreto 0610 del 2008 emanado por la Gobernación del Valle del Cauca

15.5.2. ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

No existen mecanismos efectivos de vigilancia y control para las entidades que prestan servicios a personas con VIH. No se sancionan empresas que hayan negado el derecho al trabajo a personas con VIH. El personal

de salud y educación desconoce que los niños y niñas con VIH tienen los mismos derechos que los demás niños-

La cantidad de gestión y trámites para obtener los medicamentos y los tratamientos de la enfermedad que son bastantes complicados ya que las entidades en más de una ocasión, hay que presentar tutelas o recursos de apelación para el acceso y continuidad a estos.

Cumplimiento efectivo y oportuno de la legislación, en todo el territorio nacional y fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo y evaluación para seguimiento y control del cumplimiento de la legislación.

La falta de funcionamiento del Programa Nacional de Sida hace deficiente el manejo de la patología en el País.

Es importante destacar que hay que reactivar el programa nacional de sida y no un componente de la política de Salud Sexual y reproductiva.

La fragmentación de los servicios afecta la calidad.

15.6. En general, ¿cómo calificaría el *esfuerzo por hacer cumplir* las políticas, leyes y reglamentaciones existentes en 2009?



15.6.1. Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Los efectos de la Jurisprudencia Sentencia T-760 (Derecho a la salud como fundamental basado en principios de razonabilidad y proporcionalidad).

Las entidades del Estado tales como el Ministerio de la Protección Social está brindando acompañamiento a las personas en cuanto a los tramites y reclamaciones y está exigiendo un poco mas de cumplimiento a las entidades prestadoras de salud que brinden los servicios requeridos por estos.

Efectos de la Jurisprudencia Sentencia T-760 (Derecho a la salud como fundamental apoyado en principios de razonabilidad y proporcionalidad)

Se ha observado poco esfuerzo.

La formulación y aplicación de protocolos de atención

15.6.2. ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

Se requiere del fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo y evaluación para seguimiento y control del cumplimiento de la legislación

Falta mucho más compromiso por las entidades privadas y por parte del Estado seguir brindando más herramientas para que las personas que ya padecen esta enfermedad puedan tener acceso más rápido y eficaz a todo los tratamientos.

En necesario aumentar la Vigilancia y seguimiento del acceso para informar o denunciar cuando se violan los derechos de las personas, sin que teman por su vida y sean respaldadas por las instituciones del gobierno.

La incertidumbre que se ha generado a la luz de los decretos de emergencia en salud, que son un evidente deterioro en logros alcanzados y la violación de derechos en salud sexual y reproductiva se ha retrocedido en lo avanzado en los últimos 12 años.

## PARTE B.II. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

### Objetivo

Verificar y apoyar la participación de la Sociedad Civil la cual incluye, entre otros actores, redes de personas que viven con el VIH; organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios sobre el sida, de base comunitaria, de grupos clave afectados (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas inyectables, los profesionales del sexo, los emigrantes, las poblaciones refugiadas/desplazadas, las personas privadas de la libertad); organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc.

1. ¿En qué grado ha contribuido la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y la formulación de políticas/estrategias nacionales?



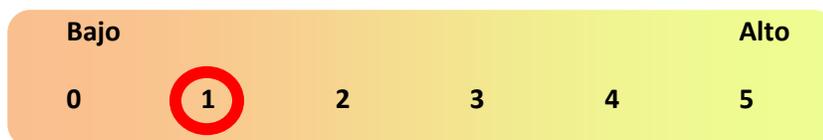
### Comentarios y ejemplos:

El constante accionar de Conasida, las ONG y organizaciones de base comunitaria, a través de diferentes actividades de Promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los factores de riesgo de la enfermedad dirigida a la población en general y población y subpoblación en conducción de vulnerabilidad. Actividades orientadas hacia la defensa y el eficaz ejercicio de los derechos humanos.

Gestión, implementación y desarrollo de proyectos de manera conjunto con organismos de cooperación nacional e internacional.

En el Valle del Cauca la REDVALLESIDA, iniciativa de la sociedad civil que agrupa a ONG's y activistas. en unión con la RED COLOMBIANA DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH Y SIDA "RECOLVIH" - VALLE logró que el Departamento y la Gobernación del Valle del Cauca cumpliera con su deber de restablecer el Comité Departamental de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA mediante el Decreto 0610 de 2008

2. ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de anteproyectos)?



### Comentarios y ejemplos:

No se ha tenido en cuenta a la sociedad civil en la planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH

3. Los servicios prestados por la sociedad civil en los ámbitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, ¿En qué grado se incluyen en...

a. La estrategia nacional del sida?



La única institución que trabaja en forma integral en la prestación de servicios en salud dirigida por una representante de la sociedad civil es la Fundación María Fortaleza en Pasto. Otras instituciones de la sociedad civil realizan actividades de Promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los factores de riesgo de la enfermedad dirigida a la población en general y población y subpoblación en conducción de vulnerabilidad.

b. El presupuesto nacional para el sida?



c. Los informes nacionales sobre el sida?



Comentarios y ejemplos:

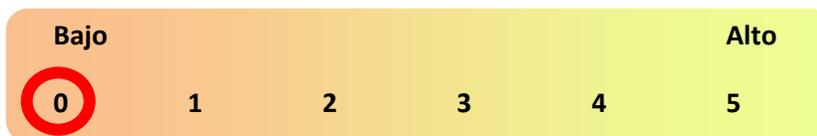
La calificación es 3, y los informes no reflejan la realidad del país.

Ya que no son suministrados a tiempo y la información contenida refleja inconsistencias.

No hay compromiso y el ente central no emite una orden de obligatoriedad para que la información llegue en forma real y oportuna.

4. ¿En qué grado se incluye a la sociedad civil en los aspectos relacionados con la vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH?

a. En el desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación.



b. Participando en el comité nacional de vigilancia y evaluación / grupo de trabajo encargado de coordinar las actividades de vigilancia y evaluación.



c. En los esfuerzos de vigilancia y evaluación a nivel local.



Comentarios y ejemplos:

La calificación es 4, porque la sociedad civil hace incidencia política, en las diferentes regiones.

En el ámbito nacional la participación es mucho más activa que en el campo local encontramos que en la actualidad tenemos un representante de la sociedad civil en la mesa de trabajo de Conasida pero en el campo de trabajo local en Cartagena somos muy apartados de las diferentes decisiones que se toman en la ciudad

La sociedad civil tiene la oportunidad de participar en formulación de algunas políticas y actividades de monitoreo y evaluación, como es el caso de la Red Distrital de VIH. De igual forma participa en este tipo de actividades a nivel Nacional.

Existe desinterés para convocar a organizaciones de la sociedad civil que velan por los derechos de los niños/as con VIH.

5. ¿En qué grado la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, organizaciones de profesionales del sexo, organizaciones basadas en la fe)?



Comentarios y ejemplos:

Creemos que es buena pero como siempre hay que realizar unos esfuerzos más grandes para que estas organizaciones desarrollen programas muchos más sostenibles en el tiempo.

Existe participación como ejemplos están la participación en el Mecanismo Coordinador de país, CONASIDA, Red locales de VIH. Además algunas organizaciones participan en las secretarías de salud locales.

6. ¿En qué grado la sociedad civil puede acceder al ...

a. apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?



b. apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?



Comentarios y ejemplos:

Falta mayor acceso tanto para apoyo técnico como financiero especialmente para organizaciones de base especialmente ubicadas en áreas rurales, pues no son visibilizadas.

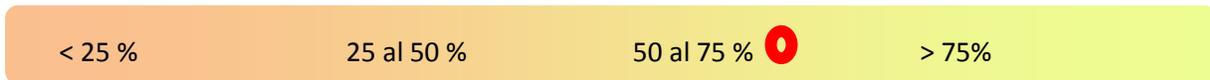
Desde el nivel central son austeros, lo cual no garantizan acciones que apoyen a la sociedad civil y si los hacen, se centralizan. Apoyo técnico es mucho más fácil acceder y esto también acompañado con las Agencias de las Naciones Unidas.

En varios Departamentos el apoyo por parte de las entidades tanto del orden nacional como departamental hacia las organizaciones de la sociedad civil es nulo a pesar que se le han presentado múltiples proyectos para adelantar campañas de educación en los jóvenes escolarizados y a la comunidad en los barrios esto no es posible ya que aducen tener un equipo de SSR, pero lo que no reconocen es que estos equipos por lo general o son inoperantes o los están cambiando con frecuencia lo que no permite darle continuidad a los procesos.

Una organización manifestó que hasta el momento se han desarrollado actividades pero con nuestro esfuerzo y sacrificio no hemos recibido ninguna ayuda de ningún ente del Estado y sabemos que los recursos para estos son buenos pero han estado apartados de la ejecución de estos recursos hasta el momento.

7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

**7.a. Prevención para jóvenes**

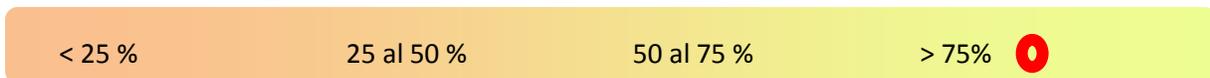


**7.b. Prevención para las poblaciones más expuestas**

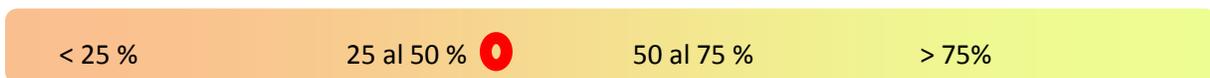
7.b.1.- Consumidores de drogas inyectables



7.b.2.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



7.b.3.- Profesionales del sexo



**7.c. Asesoramiento y pruebas**



### 7.d. Reducción del estigma y discriminación

< 25 %                      25 al 50 %                      50 al 75 % **0**                      > 75%

### 7.e. Servicios clínicos (IO\*/terapia antirretrovírica) \*IO = Infecciones oportunistas

< 25 %                      25 al 50 %                      50 al 75 % **0**                      > 75%

### 7.f. Atención domiciliaria

< 25 %                      25 al 50 %                      50 al 75 % **0**                      > 75%

### 7.g. Programas para HNV\*\* (\*\*HNV = Huérfanos y otros niños vulnerables)

< 25 %                      25 al 50 %                      50 al 75 % **0**                      > 75%

8. En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2009?

2009 - Muy deficientes                      0                      1                      2                      3                      4                      5                      **6**                      7                      8                      9                      10                      Excelentes

a. Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Que se ha venido reconociendo el trabajo y la participación de la sociedad civil dentro de los diferentes procesos adelantados que propendan por disminuir la incidencia de nuevos casos de VIH-SIDA en el país.

La articulación de los diferentes organismos que trabajamos en estos temas ha sido uno de los mayores logros que hasta el momento se han alcanzado falta mucho por realizar pero estamos seguros de que con perseverancia y apoyo de todas las entidades podremos seguir en esta tarea ardua que se está desarrollando en Colombia.

Se ha difundido en forma más amplia la información y convocatorias para participar en espacios de toma de decisiones, esta participación ha aumentado paulatinamente con el paso del tiempo, pero considero que aun no es suficiente.

Se tiene participación en el CONASIDA y en el MCP.

En lo que se refiere a las organizaciones de la sociedad civil que apoyan a HNV, están reconociendo y valorando el trabajo realizado y las han invitado a participar en la formulación de políticas.

Como lo dije anteriormente el avance es en lo local con el posicionamiento que se desea para el "Comité Departamental de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, mediante decreto 0610 de 2008"

b. ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

Es necesario disponer de más apoyo tanto de capacitación como financiero a todas las entidades que estamos trabajando en este campo pues sabemos que la falta muchas veces de conocimiento es la que nos es causante de estas dificultades acompañadas por el aspecto financiero o económico pues para nosotros sostener algunas actividades en nuestras ciudades es muy difícil y complicado mucho más sabiendo que la mayoría de las entidades no apoyan causas como estas a nivel estatal pues estas están manejadas por la política, por eso invito a las entidades del estado a que estén más prestas a el apoyo de las organizaciones de base comunitaria.

Mayor representatividad, y actividades que promuevan el fortalecimiento del trabajo en red y articulado de la sociedad civil con el sector gubernamental.

Mayor participación en la asignación de los presupuestos.

Promover, apoyar, subsidiar el trabajo de la sociedad civil.

Aplicabilidad del "plan de integral de respuesta vallecaucana" (ver la evaluación del mismo en documento pdf anexo páginas 4, 5, 6 y 7)

PARTE B.III. PREVENCIÓN

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

*Si*

A. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿Cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

A través de la construcción de la propuesta para novena ronda de Fondo Global. Estudios de vulnerabilidades en mujeres, estudio de mujeres trabajadoras sexuales, estudios de la situación de niños, niñas y adolescentes. con VIH en tres ciudades.

A través de encuestas que se desarrollan o también desarrollamos en las comunidades por la falta de conocimiento.

Haciendo encuestas aleatorias a población general, se encontró que se percibe necesidad de mayor información sobre el VIH/SIDA.

La prevención es importante para detener la propagación de la enfermedad en mayores esfuerzos e incrementos en los presupuesto mayores resultados.

La sociedad civil está realizando esfuerzos desde las organizaciones y el Ministerio de la Protección Social tiene previsto apoyar actividades de Promoción y prevención para 2010.

Se deja constancia de que una organización manifestó que en este momento no existen campañas de prevención de la infección por VIH para las poblaciones más vulnerables en especial en Hombres que tiene sexo con hombres en donde se concentra la epidemia en nuestro país no se está haciendo nada.

B. **Si la respuesta es negativa**, ¿Cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

No aplica.

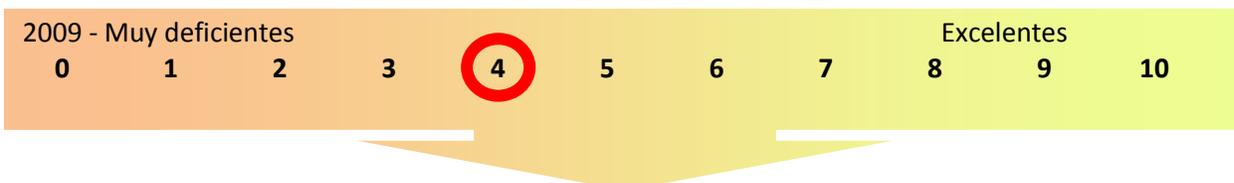
1.1. ¿En qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención del VIH?

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a ...		
	De acuerdo	En desacuerdo	No Contesta
1.1.1. Seguridad hematológica	X		
1.1.2. Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	X		
1.1.3. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	X		
1.1.4. Información, educación, comunicación sobre reducción del riesgo		X	
1.1.5. Información, educación, comunicación sobre reducción del estigma y discriminación		X	
1.1.6. Promoción del preservativo		X	
1.1.7. Asesoramiento y pruebas del VIH		X	
1.1.8. Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables		X	
1.1.9. Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	X		
1.1.10. Reducción del riesgo para los profesionales del sexo		X	
1.1.11. Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual		X	
1.1.12. Educación escolar sobre el sida para jóvenes		X	
1.1.13. Programas para jóvenes no escolarizados		X	
1.1.14. Prevención del VIH en el lugar de trabajo		X	
1.1.15. Otros:			X

1.1.16. Especificar:

Se han realizado actividades de educación, promoción y prevención, asesoría con enfoque de género para mujeres. Se han incluido en algunas ciudades actividades para los turistas, viajeros y transportadores

2. En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2009?



## 2.1. Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Mayor cobertura en la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH.

La reducción tan notoria de las personas infectadas por el virus ya que el conocimiento sobre la enfermedad y el uso de los preservativos han causado un impacto notorio en cada una de las personas que componen la sociedad sin dejar de lado la atención a las personas diagnosticadas con el virus

Han empezado el trabajo de prevención, pero de manera ocasional y no permanente.

Lo referido para el "Comité Departamental de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. , mediante decreto 0610 de 2008"

### 1.1. ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

Mayor compromiso por parte de los aseguradores para brindar estrategias de prevención efectivas y disminuir las barreras de acceso al diagnóstico.

Más campañas y apoyo a las entidades en cuanto a la atención de las personas positivas y encaminar mucho más esfuerzo en la práctica voluntaria de la prueba acompañada con el uso del preservativo

Desarrollar mayor número de actividades y que estén sean difundidas de manera efectiva

Cumplir y/o vigilar que se cumplan los programas de prevención establecidos. Vigilar que se cumpla en un 100% el programa de Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH.

La incertidumbre que se ha generado a la luz de los decretos de emergencia en salud, que son un evidente deterioro en logros alcanzados y la violación de derechos en salud sexual y reproductiva se ha retrocedido en lo avanzado en los últimos 12 años

## PARTE B.IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

### 1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas relacionadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH?

*Si*

#### A. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿Cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

No se dispone de guías nacionales para la atención integral de niñas y niños con VIH.

La guía de adultos está desactualizada y no se visibiliza su pronta revisión.

Mediante identificación de barreras de acceso

Como una prioridad para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas.

Con base a la evidencia reportada por la sociedad civil y el sistema de salud

#### B. **Si la respuesta es negativa**, ¿Cómo se están ampliando los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

No aplica.

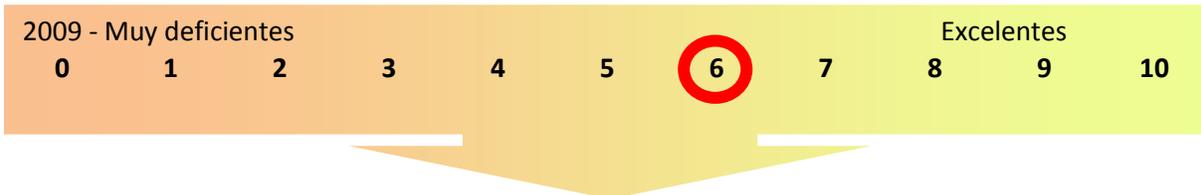
1.1. ¿En qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a ...		
	De acuerdo	En desacuerdo	No Contesta
1.1.1.Terapia antirretrovírica	X		
1.1.2.Atención nutricional		X	
1.1.3.Tratamiento pediátrico del sida		X	
1.1.4.Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	X		
1.1.5.Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias		X	
1.1.6.Atención domiciliaria		X	
1.1.7.Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH		X	
1.1.8.Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis		X	
1.1.9.Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	X		
1.1.10.Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH		X	
1.1.11.Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	X		
1.1.12.Profilaxis con Cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH		X	
1.1.13.Profilaxis posterior a la exposición (p. ej., exposición ocupacional al VIH, violación)		X	
1.1.14.Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo		X	
1.1.15.Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)		X	
1.1.16.Otros Programas:		X	

1.1.17. Especificar:

En algunas partes se hacen actividades de apoyo, prevención y reducción de estigma y discriminación en Centros educativos.

1.2. En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009?



1.2.1. Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Mayor cobertura de ARV.

Se ha llegado a un número mayor de personas desde que se descubrió la enfermedad en la actualidad pero sabemos que hay un número suficientemente grande que todavía no registra tratamiento de retroviral por falta de acceso a la salud

La cobertura en tratamiento y atención ha aumentado. El apoyo relacionado con el VIH es brindado principalmente por las ONGs y OBCs, La ampliación de antirretrovirales en el POS

Modelo de Gestión Programático basado en la experiencia

Existencia de guías de manejo en Colombia

Lo referido al comité y el plan de atención integral

1.2.2. ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

Reglamentar las guías de atención para niñas y niños. Actualizar la guía de adultos.

Mayor diagnóstico y mayor y mejor atención a las personas positivas con esta enfermedad.

A pesar de que la cobertura ha aumentado en teoría en la práctica se generan barreras de acceso tales como excesivos trámites para el acceso estos cansan y llevan a las PVVS a perder adherencia al tratamiento. El Estado debe articularse en mayor medida con las organizaciones de la sociedad civil y MIPA, para que la respuesta sea más efectiva y oportuna.

Vigilar que se usen las guías existentes para el manejo integral de las personas con VIH incluyendo los niños/as.

La incertidumbre que se ha generado a la luz de los decretos de emergencia en salud, que son un evidente deterioro en logros alcanzados y la violación de derechos en salud sexual y reproductiva se ha retrocedido en lo avanzado en los últimos 12 años

2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

No

Si respondió No o Sin información, pase a la pregunta 3.

2.1. **Si la respuesta 2 es afirmativa**, ¿existe en el país una definición operativa de “huérfano” y “niño vulnerable”?

*No aplica.*

2.2. **Si la respuesta 2 es afirmativa**, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

*No aplica.*

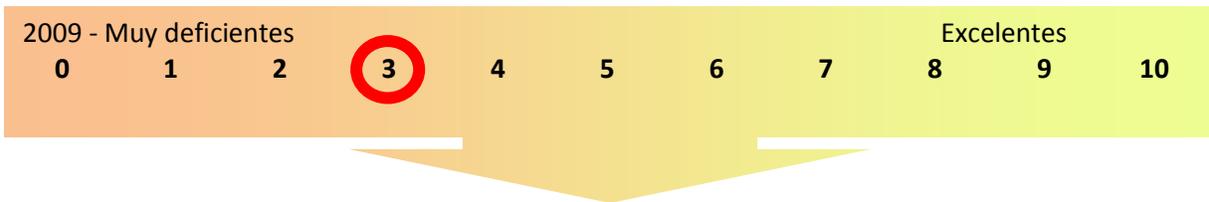
2.3. **Si la respuesta 2 es afirmativa**, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que llegan las intervenciones existentes?

*No aplica.*

2.4. **Si la respuesta 2 es afirmativa**, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando? %

*No aplica.*

3. En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?



3.1. *Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:*

Han realizado investigaciones en algunas ciudades de Colombia.

En algunos sitios hay logros son notorios, ya que las instituciones que trabajan con estos están muy interesadas en la atención integral a los niños de padres fallecidos por el VIH.

No hay mayor información al respecto, solo se reconocen este tipo de acciones en dos o tres organizaciones de la sociedad civil colombiana, que han asumido este trabajo.

3.2. *¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:*

Seguimiento de los niños y niñas expuestos al VIH por vía perinatal es muy deficiente. La revelación del diagnóstico del VIH a niñas, niños y adolescentes. No se tienen datos sobre huérfanos por VIH ni sobre tratamiento ARV en niñas y niños. La protección de OVC por parte del ICBF no es efectiva; la mayoría de las iniciativas son particulares. Se requiere de mucha más cobertura de estos niños si bien es cierto que se ha avanzado estamos a años luz de la cobertura necesaria e integrar a estos niños

Reducción del Estigma y discriminación, mejora en la calidad de apoyo, atención y tratamiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta la edad como factor preponderante, los niños generalmente son tratados como adultos en miniatura, los usuarios jóvenes y padres o tutores afirman que no se tienen en cuenta las necesidades particulares por edad (jóvenes y niños).

Conocer realmente la situación HNV en Colombia haciendo énfasis en los que viven en las regiones más vulnerables y de mayor incidencia como la costa atlántica y pacífica. Dictar las políticas que protejan los derechos de los HNV.

## ICPN B - ANEXO 1

### Metodología

Como parte del proceso de planeación para la presentación del informe nacional se revisaron los requerimientos de datos y de fuentes. A partir de esta actividad, se identificó esta sección del informe para ser respondida por los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas presentes en el país.

Se construyó un instrumento transcribiendo los contenidos del manual en un formato Word, que posteriormente se emigró a una versión que permitía a las personas recibir el archivo y diligenciar los campos que se requerían. De esta manera el documento tiene doble utilidad, en primer término permite que las personas dispongan de un informe para sus organizaciones y en segundo lugar permite enviarlo al correo del observatorio nacional de estar en VIH del Ministerio de la Protección Social, en donde se construirá a partir de los campos diligenciados una base de datos que permite organizar las respuestas de las socias y las agencias de Naciones Unidas concedan el país, para construir las respuestas al índice compuesto de política nacional parte B.

Se procedió a construir un directorio de fuentes a ser consultadas en el que se incluyeron a cien ONG's, los Organismos Bilaterales y de Naciones Unidas con presencia en el país.

Se enviaron comunicaciones para que manifestaran su interés en participar de la construcción del informe nacional. A partir de sus respuestas, se les envió este archivo que permite diligenciar los campos respectivos y enviar los informes por correo electrónico.

Adicionalmente se dispuso en la página Web del Ministerio la Protección Social un enlace desde el cual todas las entidades podrían tener acceso al grupo de instrumentos que se prepararon con el propósito de disponer de información y datos relevantes para ser incluidos en la redacción del informe del país. Este enlace va a estar disponible hasta el 31 marzo 2010.

Con el apoyo de ONUSIDA se realizaron las reuniones preparatorias para socializar la información pertinente y recolectar los datos iniciales.

Con el apoyo de ONUSIDA y el UNFPA se realizó la reunión de validación para socializar la información pertinente y facilitar la redacción del presente documento.

Este documento se socializó a correo electrónico con el propósito de recibir los últimos comentarios antes de su cierre y transcripción en la página Web del servidor de ONUSIDA en Ginebra, de acuerdo con los procedimientos establecidos para este propósito.

## Características del Instrumento

Esta sección del documento del informe nacional se diseñó con cuatro áreas de valoración:

- B.I. Derechos Humanos.
- B.II. Participación de la Sociedad Civil.
- B.III. Prevención.
- B.IV. Tratamiento, atención y apoyo.

Cada área tiene preguntas cerradas y abiertas. Se construyó un archivo en formato Acrobat que permite ingresar las respuestas de una manera estandarizada, lo que facilita su diligenciamiento. Esta herramienta permite construir una base de datos a partir de la cual se organizarán las respectivas respuestas, se preparará una respuesta que represente de la mejor forma lo indicado por todos y esta es la forma como se llevará a consenso de todos los participantes en febrero de 2010.

## Instrucciones de diligenciamiento

A continuación se presentan las instrucciones de diligenciamiento que fueron escritas en el instrumento propuesto.

Este documento está preparado para ser respondido por los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas.

Haga una lectura rápida del documento, lo que le familiarizará con sus contenidos y estructura.

Escriba los datos de identificación, que se requieren para validar los archivos recibidos.

Lea cada pregunta, identifique el tipo de respuesta solicitada:

- Si es para respuestas de selección, con el cursor del ratón colóquese sobre la opción escogida y presione el botón izquierdo del ratón. Continúe con la siguiente pregunta.
- En caso de preguntas descriptivas, para cada una se preparó un cuadro que permite incluir frases concisas de respuesta.

Para el caso en que no se tenga información, se sugiere escribir “Sin información” y si existe información que aún no ha sido procesada, se sugiere escribir “Datos en proceso”

Para la mayoría de preguntas de selección, se encuentra una/varias pregunta/s que dependen de haber sido respondido de manera afirmativa se requiere escribir la/s siguientes preguntas que dependen de esa respuesta. Si en la pregunta de selección se responde No, se debe pasar a la siguiente pregunta de selección de acuerdo con la indicación.

Existen algunas preguntas en las que se requiere escribir sin importar que la pregunta sea afirmativa o negativa.

Las cifras de financiamiento requeridas para el informe mundial tienen una estructura definida con mayor detalle y que se deberán responder en el archivo de Excel que corresponda a la institución. Estos archivos se entregarán por correo electrónico a las diferentes instituciones.

Considerando que este informe se puede diligenciar en varios momentos, adelante sus respuestas y grabe su archivo con el avance de la sesión de trabajo. Esto se hace indicando en el software de Acrobat Reader© en la opción de la barra de herramientas de “archivo” o “file”, la opción “guardar” o “save”, con el archivo abierto, **sin cambiar el nombre**. De esta forma en la siguiente sesión de trabajo, cuando abra el archivo, se tendrán los avances previos de diligenciamiento. Si no le permite escribir en los campos indicados, por favor actualice su software gratis en [www.adobe.com](http://www.adobe.com)

Luego de guardar el archivo, le va a aparecer un mensaje recordándole de su envío. Coloque el cursor del ratón sobre el botón OK y presione una vez el botón izquierdo.

Luego de terminar de diligenciar el archivo, guárdelo en su computador **sin cambiar el nombre**.

Para enviar el archivo se dispone de dos opciones:

- Si usa un correo institucional que funcione con Microsoft Outlook, ubique el indicador del ratón en la parte superior derecha del documento abierto del archivo pdf y presione una vez el botón izquierdo. Se abre una ventana y se siguen las instrucciones.
- Si usa un correo de servicios externos como Gmail, Hotmail, Yahoo, y otros, debe tener el archivo cerrado en la carpeta designada por usted, para enviarlo como archivo adjunto.

### **Fechas de entrega:**

A continuación se presentan las fechas originales del procedimiento establecido.

Versión inicial: enviar antes del viernes 27 de noviembre de 2009.

Versión definitiva: enviar antes del martes 8 de diciembre de 2009.

Teniendo en consideración los bajos niveles de respuesta obtenidos a pesar del seguimiento telefónico, y luego de recibir varias comunicaciones en la que requerían mayor tiempo se prolongó el plazo hasta el día 26 febrero 2010.

### **Correos de recepción:**

[observatoriovih@minproteccionsocial.gov.co](mailto:observatoriovih@minproteccionsocial.gov.co) [luisangelmorero5@gmail.com](mailto:luisangelmorero5@gmail.com)

### **Retroalimentación:**

Se enviará por correo electrónico un archivo que contiene el informe de las respuestas recibidas, el día martes 15 de diciembre de 2009.

La retroalimentación real se dio el día 23 marzo 2010, con los aportes finales de la validación que se realizó los días 8 y 9 marzo.

### **Concertación**

Se enviará por correo electrónico un archivo que contiene el informe en su versión de revisión, el día martes 12 de enero de 2010.

Se espera recibir un correo electrónico con un archivo adjunto que incorpore los comentarios de todas las instituciones, a más tardar el día martes 19 de enero de 2010.

La concertación de las respuestas se realizó en Bogotá los días 8 y 9 marzo.

### **Documento final**

Se envió por correo electrónico un archivo que contiene el presente informe para enviar en su versión validada, para últimos comentarios en caso de ser pertinentes, el día martes 23 de marzo de 2010.

**Agradecemos de antemano su aporte en la construcción del informe descriptivo del país.**

Si requiere de información de soporte, por favor comuníquese a los mismos correos electrónicos. Telefónicamente en Bogotá al 0x1-330-5000 Ext. 1416

### **Datos de identificación**

Estos fueron los datos que se solicitaron en el documento de diligenciamiento:

Nombre de la institución

Tipo de institución: Organización No Gubernamental ó Agencia de Naciones Unidas

Dirección

Ciudad

Departamento

Nombre de quien presenta el informe

Cargo

Número de celular 1    Número de celular 2

Correo electrónico 1    Correo electrónico 2

ICPN B - ANEXO 2.

Listado de ONG a quienes se les solicitó su participación en el proceso de construcción 12 de  
Noviembre de 2009.

Señor

**Antonio Dasilva**

Coordinador General  
Medicos sin Fronteras  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Luis Enrique Beleño G.**

Director Área de Salud  
Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Isabel Cristina Gallego Suárez**

Asistente Nacional del área de salud  
Visión Mundial  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Elizabeth Castillo**

Salud Sexual y Reproductiva  
Profamilia  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Norma Constanza Molina**

Directora  
Ecolibertad "Fundación"  
Bogotá - Cundinamarca

Padre

**Bernardo Vergara**

Director  
Eudes "Fundación"  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Luz Marina Umbassía**

Coordinador  
Henry Ardila " Fundación "  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Denis Silva**

Director  
Asociación Colombia Saludable  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Edgar Enrique Jiménez Cruz**

Representante Legal  
ASSUR  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Fabian Mauricio Medina**

Director  
Fundación San Jose Obrero  
Bogotá - Cundinamarca

Doctor

**German Rincón Perfetti**

Abogado  
Asociación Lideres en Acción  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Jorge Cerón**

Director  
Fundamor  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Claudia Ayala**  
Directora  
Liga Colombiana De Lucha Contra El Sida  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Sulma Isabel Manco Gómez**  
Directora  
Cormujer  
Bogotá – Cundinamarca

Señor  
**Cesar Gallo**  
Director  
Tejedores de Vida  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Néstor Alvarez**  
Director  
Ass Usuarios Programa ISS  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Javier Leonardo Varón**  
Director  
Recolvih- Comunicacion positiva  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Luis Augusto Rivera**  
Director  
Fundacion Seroestatus  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Raúl Mariano Roldán Pérez**  
Representante Legal  
Fundación Gestion Cultura  
Medellín - Antioquia

Doctora  
**Victoria Alicia Manjarrés Barros**  
Representante Legal  
Fundación Francois Xavier Bagnoud  
Barranquilla - Atlántico

Señora  
**Nelly Castro**  
Asesora  
Cabellos por la Vida "Fundación"  
Bogotá – Cundinamarca

Señora  
**Susana Fergusson**  
Directora  
Procrear  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Rosa Helena Cortés**  
Comunicaciones  
Asivida (Iglesia Luterana)  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Sandra García**  
Comunicadora  
Hope Woldwide/prevensida  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Myrian Cossio**  
Miembro  
Coalicion de lideres viviendo con VIH  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Rafael Sandoval**  
Redactor  
Revista Indetectable  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Gustavo Adolfo Campillo Orozco**  
Representante Legal  
Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia,  
RASA  
Medellín - Antioquia

Señor  
**Bedel Oliveros**  
Representante Legal  
Fundación Solidaridad Caribe - FSC  
Barranquilla - Atlántico

Señor

**Luder Fuentes Torres**

Representante Legal

Fundación Organización Acción Humanista OAH  
Barranquilla - Atlántico

Señor

**Heriberto Mejía Mercado**

Representante Legal

Fundación Arenosa Vive "FUNDARVI"  
Barranquilla - Atlántico

Señora

**Cecilia Janeth Martínez**

Representante Legal

Fundación Centro de Desarrollo Social -  
CEDESOCIAL  
Barranquilla - Atlántico

Señor

**Eduardo M. Pastrana S.**

Representante Legal

Asociación Amigos Posi+ivos  
Cartagena - Bolívar

Señor

**Francisco José Hernández**

Representante Legal

Fundación GEPS - Grupo de estudiantes para la  
prevención del SIDA  
Cartagena - Bolívar

Señora

**Rocío Jiménez**

Representante Legal

Fundación Girasol Chocó  
Quibdó - Chocó

Señora

**Mareila Burgos Negrete**

Representante Legal

Fundación Unidos por la Vida - FUNVIHDA  
Montería - Córdoba

Señora

**Rosa María Brito Rodríguez**

Representante Legal

Fundación Esperanza es Vida  
Riohacha - Guajira

Señor

**Hernando Estrada**

Representante Legal

Fundación Luz de Esperanza  
Santa Marta - Magdalena

Señor

**Nicolás Salazar Bautista**

Representante Legal

Fundación para la protección de la Vida -  
PROVIDA  
Cúcuta - N. de Santander

Señor

**Ricardo Villamizar Goyeneche**

Representante Legal

Fundación Hoasis el refugio  
Cúcuta - N. de Santander

Señora

**Sandra Patricia Arturo D'Vries**

Representante Legal

Fundación María Fortaleza  
Pasto - Nariño

Señora

**Erlency Scarpeta Mosquera**

Representante Legal

Fundación Nacional de Mujeres Positivas  
"Proyecto Girasol"  
Pereira - Risaralda

Señora

**Ligia López Rivas**

Representante Legal

Fundación Casa Gami - ICW Latina  
Cali - Valle del Cauca

Señor

**Guillermo Garrido**

Representante Legal

Fundación Dar Amor - FUNDAMOR

Cali - Valle del Cauca

Señor

**Pedro Julio Pardo**

Representante Legal

Santa Maria Fundación

Cali - Valle del Cauca

Señora

**Elizabeth R Torres Bolívar**

Representante Legal

Asociación Vida Salud y Bienestar

Cali - Valle del Cauca

ICPN B - ANEXO 3.

Listado de ONG que participaron en la reunión preparatoria en Noviembre de 2009.

Señor

**Aristóbulo Garavino**

Representante Legal

Fundación Proyecto Gente

Cali - Valle del Cauca

Señora

**Piedad Cárdenas**

Representante

Asociación Vida Salud y Bienestar

Cali - Valle del Cauca

Señor

**Pedro Julio Pardo**

Representante Legal

Santa Maria Fundación

Cali - Valle del Cauca

Señor

**Eduardo M. Pastrana S.**

Representante Legal

Asociación Amigos Posi+ivos

Cartagena - Bolivar

Señora

**Maria Helena Arturo D´Vries**

Representante

Fundación María Fortaleza

Pasto - Nariño

Señor

**Nicolás Salazar Bautista**

Representante Legal

Fundación para la protección de la Vida -  
PROVIDA

Cúcuta - N. de Santander

Señor

**Sandra Maria Díaz**

Representante

Fundación Hoasis el refugio

Cúcuta - N. de Santander

Señor

**Francisco José Hernández**

Representante Legal

Fundación GEPS - Grupo de estudiantes para la  
prevención del SIDA

Cartagena - Bolivar

Señora

**Rosa Maria Brito Rodríguez**

Representante Legal

Fundación Esperanza es Vida

Riohacha - Guajira

Señor

**Raúl Mariano Roldán Pérez**

Representante Legal

Fundación Gestion Cultura

Medellín - Antioquia

Señor

**Néstor Alvarez**

Director

Ass Usuarios Programa ISS

Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Erlency Scarpeta Mosquera**

Representante Legal

Fundación Nacional de Mujeres Positivas  
"Proyecto Girasol"

Pereira - Risaralda

Señor

**Heriberto Mejía Mercado**

Representante Legal

Fundación Arenosa Vive "FUNDARVI"

Barranquilla - Atlántico

Doctora

**Victoria Alicia Manjarrés Barros**

Representante Legal

Fundación Francois Xavier Bagnoud

Barranquilla - Atlántico

Señora  
**Angélica Chávez**  
Representante  
Fundación Casa Gami - ICW Latina  
Cali - Valle del Cauca

Señor  
**Luis Augusto Rivera**  
Director  
Fundacion Seroestatus  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Rosmary Rincón**  
Representante  
Asivida  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Gustavo Adolfo Campillo Orozco**  
Representante Legal  
Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia,  
RASA  
Medellín - Antioquia

Señor  
**Martin Alonso Hernández**  
Representante  
Tejedores de Vida  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Luz Marina Umbassía**  
Coordinador  
Henry Ardila " Fundación "  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Juan Carlos Cobos**  
Representante  
Procrear  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Jorge Pacheco**  
Representante  
Liga Colombiana De Lucha Contra El Sida  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Bedel Oliveros**  
Representante Legal  
Fundación Solidaridad Caribe - FSC  
Barranquilla - Atlántico

Señor  
**Ignacio Failach Villadiego**  
Gerente  
Fundación Unidos por la Vida - FUNVIHDA  
Montería - Córdoba

ICPN B - ANEXO 4.

Listado de ONG y Agencias de Naciones Unidas a quienes se les envió el archivo para su diligenciamiento que permite consolidar las respuestas.

Señor

**Antonio Dasilva**

Coordinador General  
Medicos sin Fronteras  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Luis Enrique Beleño G.**

Director Área de Salud  
Sociedad Nacional De La Cruz Roja Colombiana  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Isabel Cristina Gallego Suárez**

Asistente Nacional del área de salud  
Visión Mundial  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Elizabeth Castillo**

Salud Sexual y Reproductiva  
Profamilia  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Norma Constanza Molina**

Directora  
Ecolibertad "Fundación"  
Bogotá - Cundinamarca

Padre

**Bernardo Vergara**

Director  
Eudes "Fundación"  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Luz Marina Umbassía**

Coordinador  
Henry Ardila " Fundación "  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Denis Silva**

Director  
Asociación Colombia Saludable  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Edgar Enrique Jiménez Cruz**

Representante Legal  
ASSUR  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Fabian Mauricio Medina**

Director  
Fundación San Jose Obrero  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**German Rincón Perfetti**

Abogado  
Asociación Lideres en Acción  
Bogotá - Cundinamarca

Señor

**Jorge Cerón**

Director  
Fundamor  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Claudia Ayala**

Directora  
Liga Colombiana De Lucha Contra El Sida  
Bogotá - Cundinamarca

Señora

**Nelly Castro**

Asesora  
Cabellos por la Vida "Fundación"  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Sulma Isabel Manco Gómez**  
Directora  
Cormujer  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Cesar Gallo**  
Director  
Tejedores de Vida  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Néstor Alvarez**  
Director  
Ass Usuarios Programa ISS  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Javier Leonardo Varón**  
Director  
Recolvih- Comunicacion positiva  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Luis Augusto Rivera**  
Director  
Fundacion Seroestatus  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Raúl Mariano Roldán Pérez**  
Representante Legal  
Fundación Gestion Cultura  
Medellín - Antioquia

Doctora  
**Victoria Alicia Manjarrés Barros**  
Representante Legal  
Fundación Francois Xavier Bagnoud  
Barranquilla - Atlántico

Señora  
**Susana Fergusson**  
Directora  
Procrear  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Rosa Helena Cortés**  
Comunicaciones  
Asivida (Iglesia Luterana)  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Sandra García**  
Comunicadora  
Hope Woldwide/prevensida  
Bogotá - Cundinamarca

Señora  
**Myrian Cossio**  
Miembro  
Coalicion de lideres viviendo con VIH  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Rafael Sandoval**  
Redactor  
Revista Indetectable  
Bogotá - Cundinamarca

Señor  
**Gustavo Adolfo Campillo Orozco**  
Representante Legal  
Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia,  
RASA  
Medellín - Antioquia

Señor  
**Bedel Oliveros**  
Representante Legal  
Fundación Solidaridad Caribe - FSC  
Barranquilla - Atlántico

Señor

**Luder Fuentes Torres**

Representante Legal

Fundación Organización Acción Humanista OAH  
Barranquilla - Atlántico

Señor

**Heriberto Mejía Mercado**

Representante Legal

Fundación Arenosa Vive "FUNDARVI"  
Barranquilla - Atlántico

Señora

**Cecilia Janeth Martínez**

Representante Legal

Fundación Centro de Desarrollo Social -  
CEDESOCIAL  
Barranquilla - Atlántico

Señor

**Eduardo M. Pastrana S.**

Representante Legal

Asociación Amigos Posi+ivos  
Cartagena - Bolívar

Señor

**Francisco José Hernández**

Representante Legal

Fundación GEPS - Grupo de estudiantes para la  
prevención del SIDA  
Cartagena - Bolívar

Señora

**Rocío Jiménez**

Representante Legal

Fundación Girasol Chocó  
Quibdó - Chocó

Señora

**Mareila Burgos Negrete**

Representante Legal

Fundación Unidos por la Vida - FUNVIHDA  
Montería - Córdoba

Señora

**Rosa María Brito Rodríguez**

Representante Legal

Fundación Esperanza es Vida  
Riohacha - Guajira

Señor

**Hernando Estrada**

Representante Legal

Fundación Luz de Esperanza  
Santa Marta - Magdalena

Señor

**Nicolás Salazar Bautista**

Representante Legal

Fundación para la protección de la Vida -  
PROVIDA  
Cúcuta - N. de Santander

Señor

**Ricardo Villamizar Goyeneche**

Representante Legal

Fundación Hoasis el refugio  
Cúcuta - N. de Santander

Señora

**Sandra Patricia Arturo D'Vries**

Representante Legal

Fundación María Fortaleza  
Pasto - Nariño

Señora

**Erlency Scarpeta Mosquera**

Representante Legal

Fundación Nacional de Mujeres Positivas  
"Proyecto Girasol"  
Pereira-Risaralda

Señora

**Ligia López Rivas**

Representante Legal

Fundación Casa Gami - ICW Latina  
Cali - Valle del Cauca

Señor  
**Guillermo Garrido**  
Representante Legal  
Fundación Dar Amor - FUNDAMOR  
Cali - Valle del Cauca

Señora  
**Elizabeth R Torres Bolívar**  
Representante Legal  
Asociación Vida Salud y Bienestar  
Cali - Valle del Cauca

Doctora  
**Diana Peñarete**  
Referente VIH  
ACNUR

Doctora  
**Martha Lucía Rubio**  
Referente VIH  
UNFPA

Doctora  
**Paola Pineda**  
Referente VIH  
UNICEF

Señor  
**Pedro Julio Pardo**  
Representante Legal  
Santa Maria Fundación  
Cali - Valle del Cauca

Señor  
**Alfredo Mejía**  
Referente VIH  
PMA

Doctor  
**Jerry Jacobson**  
Asesor Subregional de Epidemiología de VIH  
OPS/OMS

Señora  
**Nayibt Salom**  
Asistente Administrativa  
ONUSIDA

Doctor  
**Rafael Pardo**  
Referente VIH  
OPS/OMS

- En orden aleatorio.

ICPN B - ANEXO 5.

Listado de ONG y Agencias de Naciones Unidas que se invitaron a participaron en la reunión de validación en Marzo de 2010.

Señor

**Gustavo Adolfo Campillo Orozco**

Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia,  
RASA  
Medellín

Doctora

**Victoria Alicia Manjarrés Barros**

Fundación Francois Xavier Bagnoud  
Barranquilla

Señor

**Bedel Oliveros**

Fundación Solidaridad Caribe – FSC  
Barranquilla

Señor

**Eduardo M. Pastrana S.**

Asociación Amigos Posi+ivos  
Cartagena

Señora

**Sandra Patricia Arturo D´Vries**

Fundación María Fortaleza  
Pasto

Señor

**Pedro Julio Pardo**

Santa Maria Fundación  
Cali

Señora

**Rosa María Brito Rodriguez**

Fundación Esperanza es Vida  
Riohacha

Señor

**Ricardo Villamizar Goyeneche**

Fundación Hoasis el refugio  
Cúcuta

Señora

**Erlency Scarpeta Mosquera**

Fundación Nacional de Mujeres Positivas  
"Proyecto Girasol"  
Pereira

Señora

**Ligia López Rivas**

Fundación Casa Gami - ICW Latina  
Cali

Señor

**Raúl Mariano Roldán Pérez**

Fundación Gestion Cultura  
Medellín

Doctor

**German Rincón Perfetti**

Asociación Lideres en Acción  
Bogotá

Señor

**Néstor Alvarez**

Ass Usuarios Programa ISS  
Bogotá

Señora

**Myrian Cossio**

Coalicion de lideres viviendo con VIH  
Bogotá

Señora

**Sulma Isabel Manco Gómez**

Cormujer  
Bogotá

Padre

**Bernardo Vergara**

Eudes "Fundación"  
Bogotá

Señor  
**Luis Augusto Rivera**  
Fundacion Seroestatus  
Bogotá

Doctora  
**Luz Marina Umbasia Bernal**  
Henry Ardila " Fundación "  
Bogotá

Señor  
**Rafael Sandoval**  
Indetectable  
Bogotá

Señora  
**Susana Fergusson**  
Procrear  
Bogotá

Señor  
**Javier Leonardo Varón**  
Recolvih- Comunicacion positiva  
Bogotá

Señor  
**Jorge Cerón**  
Fundamor  
Bogotá

Señora  
**Sandra García**  
Hope Woldwide/prevensida  
Bogotá

Señora  
**Claudia Ayala**  
Liga Colombiana De Lucha Contra El Sida  
Bogotá

Señor  
**Juan Simbaqueba**  
Recolvih  
Bogotá

Doctor  
**Cesar Gallo**  
Tejedores de Vida  
Bogotá

ICPN B - ANEXO 6.

Listado de ONG y Agencias de Naciones Unidas que participaron y firmaron asistencia en la reunión de validación en Marzo de 2010.

Señor  
**Bedel Oliveros**  
Fundación Solidaridad Caribe  
ATLANTICO

Señor  
**Eduardo Pastrana**  
AMIGOS POSITIVOS  
BOLIVAR

Señora  
**María Elena Arturo**  
F. MA. FORTALEZA  
PASTO

Señora  
**Nancy González**  
FMM PROYECTO GIRASOL  
RISARALDA

Doctora  
**Paola Pineda**  
UNICEF  
BOGOTÁ D.C.

Señora  
**Valentina Riascos**  
SANTAMARIA FUNDACIÓN  
VALLE

Doctora  
**Diana Peñarete**  
ACNUR  
BOGOTÁ D.C.

Doctor  
**Jerry Jacobson**  
OPS  
BOGOTÁ D.C.

Doctora  
**Martha Lucía Rubio**  
UNFPA  
BOGOTÁ D.C.

Señora  
**Nayibt Salom**  
ONUSIDA  
BOGOTÁ D.C.

Señora  
**Sandra María Díaz**  
FUNDACION HOASIS  
CUCUTA

Doctora  
**Victoria Manjarrés**  
FUNDACION FRANCOIS XAVIER BAG-NOUD  
ATLANTICO

- En orden alfabético de nombre

ICPN B - ANEXO 7.

Listado de ONG y Agencias de Naciones Unidas a quienes se les solicitó por correo electrónico la revisión final de los documentos en Marzo de 2010.

Señor

**Alfredo Mejía**

Referente VIH

PMA

Bogotá. D.C.

Doctora

**Diana Peñarete**

Referente VIH

ACNUR

Bogotá. D.C.

Doctor

**Jerry Jacobson**

Asesor Subregional de Epidemiología de VIH

OPS/OMS

Bogotá. D.C.

Doctora

**Paola Pineda**

Referente VIH

UNICEF

Bogotá. D.C.

Doctor

**Ricardo Luque**

Asesor DGSP

MPS

Bogotá. D.C.

Señor

**Bedel Oliveros**

Representante Legal

Fundación Solidaridad Caribe - FSC

Barranquilla - Atlántico

Señor

**Gustavo Adolfo Campillo Orozco**

Representante Legal

Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia,

RASA

Medellín – Antioquia

Doctora

**Martha Lucía Rubio**

Referente VIH

UNFPA

Bogotá. D.C.

Doctor

**Rafael Pardo**

Referente VIH

OPS/OMS

Bogotá. D.C.

**Miembros del CONASIDA.**

- Orden alfabético de nombre

## ANEXO 3. TABLAS DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE.

### CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución anual por sexo

Colombia 1983 a 2009

AÑO	HOMBRES	MUJERES	SD	TOTAL
1983	1	1		2
1984	3			3
1985	11	1		12
1986	45	2		47
1987	214	11	1	226
1988	481	51		532
1989	623	111	1	735
1990	994	119	9	1.122
1991	1.205	172	3	1.380
1992	1.691	220	26	1.937
1993	1.699	218	8	1.925
1994	3.238	423	6	3.667
1995	2.705	419	34	3.158
1996	2.332	579	2	2.913
1997	2.500	538	1	3.039
1998	2.382	627	26	3.035
1999	2.261	567	41	2.869
2000	2.441	704	6	3.151
2001	2.989	969	11	3.969
2002	3.406	1.211	53	4.670
2003	2.308	968	25	3.301
2004	3.011	1.223	31	4.265
2005	2.108	1.157	114	3.379
2006	3.466	1.502	87	5.055
2007	2.713	1.349		4.062
2008	4.349	1.926		6.275
2009	4.664	2.116		6.780
<b>TOTAL</b>	<b>53.840</b>	<b>17.184</b>	<b>485</b>	<b>71.509</b>

Fuente: Base de datos Siviigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.

## CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTES

Distribución anual por evento

Colombia 1983 a 2009

AÑO	VIH	SIDA	MUERTE	TOTAL
1983			2	2
1984			3	3
1985	4	1	7	12
1986	6	12	29	47
1987	58	76	92	226
1988	212	162	158	532
1989	230	221	284	735
1990	315	349	458	1.122
1991	572	302	506	1.380
1992	994	496	447	1.937
1993	1.075	256	594	1.925
1994	2.178	701	788	3.667
1995	1.981	692	485	3.158
1996	1.613	891	409	2.913
1997	1.856	772	411	3.039
1998	1.910	766	359	3.035
1999	1.962	542	365	2.869
2000	2.283	507	361	3.151
2001	2.800	713	456	3.969
2002	3.059	1.126	485	4.670
2003	2.213	823	265	3.301
2004	3.473	282	510	4.265
2005	2.999	315	65	3.379
2006	3.927	743	385	5.055
2007	2.959	863	240	4.062
2008	4.259	1.436	580	6.275
2009	4.960	1.281	539	6.780
TOTAL	47.898	14.328	9.283	71.509

Fuente: Base de datos Sivigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.

PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA/MUERTE  
DISTRIBUCIÓN POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA Y EVENTO  
Colombia 2009 x 100.000 Hab.

DEPARTAMENTO	POBLACION 2009	1. VIH	2. Sida	3. Muerte	Total
ATLANTICO	2.284.840	20,7	5,7	0,4	26,9
QUINDIO	546.566	20,1	4,2	1,5	25,8
CESAR	953.827	18,5	1,8	1,6	21,8
VALLE	4.337.909	15,2	4,4	2,1	21,7
CASANARE	319.502	16,9	2,8	0,3	20,0
SANTANDER	2.000.045	13,5	2,6	1,8	17,9
GUAVIARE	78449	12,7	5,1	0,0	17,8
BOGOTÁ	7.259.597	13,5	2,6	1,6	17,7
MAGDALENA	1.190.585	12,3	3,2	1,7	17,1
RISARALDA	919.653	12,1	3,0	2,0	17,1
ANTIOQUIA	5.988.984	11,7	4,3	0,8	16,8
CORDOBA	1.558.267	11,9	3,5	1,3	16,6
BOLIVAR	1.958.224	10,3	1,9	1,3	13,5
SUCRE	802.733	10,3	2,5	0,5	13,3
CHOCO	471.601	11,0	1,7	0,2	12,9
HUILA	1.068.820	7,5	3,0	2,0	12,4
CALDAS	976.438	9,6	2,0	0,7	12,4
AMAZONAS	78449	10,2	1,3	0,0	11,5
META	853.115	6,2	2,1	1,1	9,4
PUTUMAYO	322.681	5,3	2,2	1,9	9,3
TOLIMA	1.383.323	4,8	2,6	1,3	8,7
NORTE DE SANTANDER	1.286.728	5,4	1,6	0,9	7,8
CAQUETA	442.033	4,3	2,0	0,7	7,0
BOYACA	1.265.517	4,8	1,1	0,9	6,8
NARIÑO	1.619.464	5,6	0,6	0,6	6,7
LA GUAJIRA	791.027	5,2	0,5	0,3	5,9
CUNDINAMARCA	2.437.151	3,4	1,3	0,9	5,7
CAUCA	1.308.090	4,0	1,1	0,2	5,2
ARAUCA	244.507	2,9	0,8	0,4	4,1
VICHADA	78449	3,8	0,0	0,0	3,8
SAN ANDRES	72.735	1,4	0,0	1,4	2,7
VAUPES	78449	2,5	0,0	0,0	2,5
Total general	44977758	11,0	2,8	1,2	15,1

Fuente: Base de datos Sivigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.

## CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y sexo

Colombia 1983 a 2009

DTS	Hombre	Mujer	Sexo desconocido	Total
BOGOTÁ	14.419	2.585	19	17.023
VALLE	10.073	3.322	12	13.407
ANTIOQUIA	8.231	1.536	93	9.860
SANTANDER	2.168	782	4	2.954
BARRANQUILLA DT.	1.966	848	4	2.818
RISARALDA	1.670	574	32	2.276
NORTE DE SANTANDER	1.287	573	2	1.862
CUNDINAMARCA	997	776	83	1.856
QUINDIO	1.143	401	51	1.595
Z SIN DATO	969	499	3	1.471
META	949	517	2	1.468
HUILA	990	446	4	1.440
CESAR	848	497	24	1.369
CORDOBA	856	366	3	1.225
CARTAGENA. DT.	855	306	28	1.189
CALDAS	810	243		1.053
ATLANTICO	659	351	9	1.019
TOLIMA	725	234		959
NARIÑO	533	329		862
BOLIVAR	438	224	107	769
SANTA MARTA. DT.	507	247		754
SUCRE	445	211		656
BOYACA	391	178		569
MAGDALENA	286	152		438
CAUCA	260	148		408
LA GUAJIRA	256	134	1	391
GUAVIARE	215	161		376
PUTUMAYO	168	135	2	305
CAQUETA	166	101	1	268
CASANARE	172	82		254
ARAUCA	112	71	1	184
CHOCO	67	67		134
SAN ANDRES	98	32		130
AMAZONAS	67	42		109

### CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y sexo

Colombia 1983 a 2009 (Continuación)

DTS	Hombre	Mujer	Sexo desconocido	Total
VICHADA	24	7		31
GUAINIA	6	4		10
VAUPES	6	3		9
Y EXTERIOR	8			8
Total general	53.840	17.184	485	71.509

Fuente: Base de datos Siviigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.

## CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y sexo

Colombia 2009

DTS	Hombre	Mujer	Total
BOGOTÁ	1.044	240	1.284
ANTIOQUIA	761	244	1.005
VALLE	613	329	942
BARRANQUILLA DT.	272	156	428
SANTANDER	234	125	359
CORDOBA	166	93	259
CESAR	124	84	208
ATLANTICO	116	70	186
CARTAGENA. DT.	120	65	185
RISARALDA	100	57	157
QUINDIO	93	48	141
CUNDINAMARCA	108	30	138
HUILA	81	52	133
TOLIMA	88	33	121
CALDAS	84	37	121
NARIÑO	60	49	109
SUCRE	67	40	107
SANTA MARTA. DT.	51	53	104
NORTE DE SANTANDER	67	34	101
MAGDALENA	56	44	100
BOYACA	56	30	86
BOLIVAR	58	22	80
META	49	31	80
CAUCA	45	23	68
CASANARE	41	23	64
CHOCO	25	36	61
LA GUAJIRA	28	19	47
CAQUETA	17	14	31
PUTUMAYO	13	17	30
GUAVIARE	6	8	14
ARAUCA	7	3	10
AMAZONAS	7	2	9
Y EXTERIOR	5		5

### CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y sexo

Colombia 2009 (Continuación)

DTS	Hombre	Mujer	Total
VICHADA	2	1	3
SAN ANDRES		2	2
VAUPES		2	2
Total general	4.664	2.116	6.780

Fuente: Base de datos Sivigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.

## CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y evento

Colombia 1983 a 2009

DTS	1. VIH	2. Sida	3. Muerte	Total
BOGOTÁ	12.017	3.001	2.005	17.023
VALLE	8.315	1.721	3.371	13.407
ANTIOQUIA	6.500	2.295	1.065	9.860
SANTANDER	2.162	653	139	2.954
BARRANQUILLA DT.	1.789	926	103	2.818
RISARALDA	1.746	367	163	2.276
NORTE DE SANTANDER	1.017	510	335	1.862
CUNDINAMARCA	1.257	289	310	1.856
QUINDIO	1.035	384	176	1.595
Z SIN DATO	1.137	135	199	1.471
META	959	351	158	1.468
HUILA	1.103	223	114	1.440
CESAR	994	288	87	1.369
CORDOBA	719	422	84	1.225
CARTAGENA. DT.	741	400	48	1.189
CALDAS	593	380	80	1.053
ATLANTICO	771	225	23	1.019
TOLIMA	648	214	97	959
NARIÑO	674	111	77	862
BOLIVAR	520	169	80	769
SANTA MARTA. DT.	416	218	120	754
SUCRE	403	189	64	656
BOYACA	326	137	106	569
MAGDALENA	279	113	46	438
CAUCA	277	113	18	408
LA GUAJIRA	295	62	34	391
GUAVIARE	266	84	26	376
PUTUMAYO	216	49	40	305
CAQUETA	161	89	18	268
CASANARE	166	66	22	254
ARAUCA	114	38	32	184
CHOCO	95	29	10	134
SAN ANDRES	78	41	11	130

### CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y evento

Colombia 1983 a 2009 (Continuación)

DTS	1. VIH	2. Sida	3. Muerte	Total
AMAZONAS	74	20	15	109
VICHADA	16	9	6	31
GUAINIA	7	3		10
VAUPES	7	1	1	9
Y EXTERIOR	5	3		8
Total general	47.898	14.328	9.283	71.509

Fuente: Base de datos Sivigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.

## CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

Distribución por DTS y evento

Colombia 2009

DTS	1. VIH	2. Sida	3. Muerte	Total
BOGOTÁ	978	191	115	1.284
ANTIOQUIA	698	257	50	1.005
VALLE	660	190	92	942
BARRANQUILLA DT.	317	105	6	428
SANTANDER	270	53	36	359
CORDOBA	185	54	20	259
CESAR	176	17	15	208
ATLANTICO	157	25	4	186
CARTAGENA. DT.	151	23	11	185
RISARALDA	111	28	18	157
QUINDIO	110	23	8	141
CUNDINAMARCA	84	31	23	138
HUILA	80	32	21	133
TOLIMA	67	36	18	121
CALDAS	94	20	7	121
NARIÑO	90	10	9	109
SUCRE	83	20	4	107
SANTA MARTA. DT.	76	18	10	104
NORTE DE SANTANDER	69	21	11	101
MAGDALENA	70	20	10	100
BOYACA	61	14	11	86
BOLIVAR	51	15	14	80
META	53	18	9	80
CAUCA	52	14	2	68
CASANARE	54	9	1	64
CHOCO	52	8	1	61
LA GUAJIRA	41	4	2	47
CAQUETA	19	9	3	31
PUTUMAYO	17	7	6	30
GUAVIARE	10	4		14
ARAUCA	7	2	1	10
AMAZONAS	8	1		9
Y EXTERIOR	3	2		5
VICHADA	3			3

## CASOS REGISTRADOS DE VIH/SIDA/MUERTE

### Distribución por DTS y evento Colombia 2009 (Continuación)

DTS	1. VIH	2. Sida	3. Muerte	Total
SAN ANDRES	1		1	2
VAUPES	2			2
Total general	4.960	1.281	539	6.780

*Fuente: Base de datos Sivigila INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de VIH/sida. Marzo 2010.*

## ANEXO 4. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE PREVALENCIA.

### PREVALENCIA DE VIH EN GESTANTES. ESTUDIOS CENTINELA.

Distribución por año y lugar.

Colombia, varias ciudades 1988 a 2009.

	I 1988	II 1991	III 1994	IV 1996	V 1999	VI 2003	VII 2009
<b>Bogotá. D.C.</b>	0,02%	0,07%		0,12%	0,12%	0,72%	0,04%
<b>Positivos</b>	1	1		2	1	1	1
<b>Muestra</b>	4.085	1.500		1.702	803	139	2.847
<b>Antioquia.</b>					0,34%	0,81%	
<b>Positivos</b>					2	1	
<b>Muestra</b>					588	124	
<b>Medellín.</b>		0,00%	0,00%				0,22%
<b>Positivos</b>		-	-				5
<b>Muestra</b>		2.300	1.900				2.288
<b>Arauca departamento.</b>					0,13%	0,00%	
<b>Positivos</b>					1	-	
<b>Muestra</b>					783	134	
<b>Arauca ciudad.</b>							0,00%
<b>Positivos</b>							-
<b>Muestra</b>							440
<b>Atlántico.</b>					0,41%	0,76%	
<b>Positivos</b>					3	1	
<b>Muestra</b>					723	131	
<b>Barranquilla.</b>			1,14%	0,16%			0,50%
<b>Positivos</b>			14	3			11
<b>Muestra</b>			1.233	1.900			2.193
<b>Caldas.</b>					0,13%	0,66%	
<b>Positivos</b>					1	1	
<b>Muestra</b>					767	152	
<b>Manizales.</b>							0,18%
<b>Positivos</b>							2
<b>Muestra</b>							1.103
<b>Valle.</b>					0,52%	0,70%	
<b>Positivos</b>					4	1	
<b>Muestra</b>					775	143	
<b>Cali.</b>		0,04%	0,25%	0,40%	0,26%		0,40%

	I 1988	II 1991	III 1994	IV 1996	V 1999	VI 2003	VII 2009
<b>Positivos</b>		1	5	7	2		8
<b>Muestra</b>		2.304	1.985	1.737	775		1.979
<b>Meta.</b>					0,13%	0,00%	
<b>Positivos</b>					1	-	
<b>Muestra</b>					756	149	
<b>Villavicencio.</b>				0,26%			0,00%
<b>Positivos</b>				5			-
<b>Muestra</b>				1.900			1.267
<b>Norte de Santander.</b>					0,61%	0,62%	
<b>Positivos</b>					4	1	
<b>Muestra</b>					660	162	
<b>Cúcuta.</b>		0,05%					0,27%
<b>Positivos</b>		1					5
<b>Muestra</b>		2.205					1.826
<b>Putumayo.</b>		0,00%	0,11%		0,00%	0,70%	
<b>Positivos</b>		-	2		-	1	
<b>Muestra</b>		216	1.900		521	143	
<b>Mocoa.</b>							0,00%
<b>Positivos</b>							-
<b>Muestra</b>							307
<b>Risaralda.</b>					0,13%	0,74%	
<b>Positivos</b>					1	1	
<b>Muestra</b>					764	135	
<b>Pereira.</b>		0,04%	0,04%				0,44%
<b>Positivos</b>		1	1				6
<b>Muestra</b>		2.300	2.300				1.372
<b>Santander.</b>					0,13%	1,47%	
<b>Positivos</b>					1	2	
<b>Muestra</b>					775	136	
<b>Bucaramanga.</b>			0,05%	0,13%			0,06%
<b>Positivos</b>			1	2			1
<b>Muestra</b>			1.947	1.500			1.620
<b>Yopal.</b>							0,28%
<b>Positivos</b>							2
<b>Muestra</b>							717
<b>Armenia.</b>							0,10%
<b>Positivos</b>							1
<b>Muestra</b>							1.005

	I 1988	II 1991	III 1994	IV 1996	V 1999	VI 2003	VII 2009
<b>Total</b>	0,02%	0,04%	0,20%	0,22%	0,24%	0,65%	0,22%
<b>Positivos</b>	1	4	23	19	21	10	42
<b>Muestra</b>	4.085	10.825	11.265	8.739	8.690	1.548	18.964

Fuentes:

Infección por VIH y sida en Colombia. Ministerio de Salud y ONUSIDA. 1999. pp.95.

V Estudio Centinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1. Colombia 1999. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Publicado en 2000. pp.10.

VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Informe Final. Instituto Nacional de Salud. Agosto de 2004. pp.7.

Infección por VIH y sida en Colombia. 2000-2005. Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA. 2006. pp.67-69.

VII Estudio Nacional Centinela de VIH en Gestantes. Informe de resultados. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Diciembre 2009. pp. 14.

## PREVALENCIA DE VIH EN CONSULTANTES POR ITS

Distribución por año y lugar.

Colombia, varias ciudades 1988 a 2009.

	I	II	III	IV	V	VI	VII
	1988	1991	1994	1996	1999	2003	2009
<b>Bogotá. D.C.</b>					0,71%		
Positivos					3		
Muestra					421		
<b>Antioquia.</b>					0,64%		
Positivos					1		
Muestra					156		
<b>Arauca departamento.</b>					0,51%		
Positivos					2		
Muestra					390		
<b>Atlántico.</b>					0,34%		
Positivos					1		
Muestra					295		
<b>Caldas.</b>					0,52%		
Positivos					2		
Muestra					384		
<b>Valle.</b>					0,53%		
Positivos					2		
Muestra					378		
<b>Cali.</b>					1,25%		
Positivos					5		
Muestra					399		
<b>Meta.</b>					1,55%		
Positivos					6		
Muestra					386		
<b>Norte de Santander.</b>					2,31%		
Positivos					9		
Muestra					390		
<b>Putumayo.</b>			0,64%		0,78%		
Positivos			3		3		
Muestra			470		384		
<b>Risaralda.</b>					1,31%		
Positivos					5		
Muestra					382		
<b>Santander.</b>					0,26%		
Positivos					1		

	I	II	III	IV	V	VI	VII
	1988	1991	1994	1996	1999	2003	2009
Muestra					385		
<b>Bucaramanga.</b>			0,22%				
Positivos			1				
Muestra			450				
<b>Total</b>			0,43%		0,92%		
Positivos			4		40		
Muestra			920		4.350		

Fuentes:

Infección por VIH y sida en Colombia. Ministerio de Salud y ONUSIDA. 1999. pp.95.

V Estudio Centinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1. Colombia 1999. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Publicado en 2000. pp.10.

VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Informe Final. Instituto Nacional de Salud. Agosto de 2004. pp.7.

Infección por VIH y sida en Colombia. 2000-2005. Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA. 2006. pp.67-69.

VII Estudio Nacional Centinela de VIH en Gestantes. Informe de resultados. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Diciembre 2009. pp. 14.

### PREVALENCIA DE VIH EN CONSULTANTES POR ITS

Distribución por lugar. V Estudio Centinela para VIH.

Colombia, varios departamentos 1999.

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Bogotá. D.C.</b>	0,88%	0,65%	0,71%
Positivos	1	2	3
Muestra	113	308	421
<b>Antioquia.</b>	1,43%	0,00%	0,64%
Positivos	1	-	1
Muestra	70	86	156
<b>Arauca departamento.</b>	0,00%	0,67%	0,51%
Positivos	-	2	2
Muestra	92	298	390
<b>Atlántico.</b>	0,99%	0,00%	0,34%
Positivos	1	-	1
Muestra	101	194	295
<b>Caldas.</b>	0,00%	0,79%	0,52%
Positivos	-	2	2
Muestra	130	254	384
<b>Valle.</b>	0,00%	0,81%	0,53%
Positivos	-	2	2
Muestra	130	248	378
<b>Cali.</b>	2,61%	0,70%	1,25%
Positivos	3	2	5
Muestra	115	284	399
<b>Meta.</b>	2,26%	1,19%	1,55%
Positivos	3	3	6
Muestra	133	253	386
<b>Norte de Santander.</b>	3,61%	1,34%	2,31%
Positivos	6	3	9
Muestra	166	224	390
<b>Putumayo.</b>	0,00%	0,86%	0,78%
Positivos	-	3	3
Muestra	37	347	384
<b>Risaralda.</b>	2,80%	0,42%	1,31%
Positivos	4	1	5
Muestra	143	239	382
<b>Santander.</b>	0,79%	0,00%	0,26%
Positivos	1	-	1
Muestra	127	258	385

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	1,47%	0,67%	0,92%
Positivos	20	20	40
Muestra	1.357	2.993	4.350

Fuentes:

V Estudio Centinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1. Colombia 1999. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Publicado en 2000. pp.10.

## PREVALENCIA DE VIH EN CONSULTANTES A MEDICINA GENERAL

Distribución por lugar. V Estudio Centinela para VIH.

Colombia, varios departamentos 1999.

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Bogotá. D.C.</b>	0,00%	0,17%	0,13%
Positivos	-	1	1
Muestra	204	587	791
<b>Antioquia.</b>	2,62%	1,04%	1,49%
Positivos	5	5	10
Muestra	191	481	672
<b>Arauca departamento.</b>	0,00%	0,00%	0,00%
Positivos	-	-	-
Muestra	282	460	742
<b>Atlántico.</b>	1,88%	2,36%	2,25%
Positivos	3	13	16
Muestra	160	550	710
<b>Caldas.</b>	0,78%	0,00%	0,26%
Positivos	2	-	2
Muestra	255	514	769
<b>Valle.</b>	0,00%	0,16%	0,13%
Positivos	-	1	1
Muestra	155	622	777
<b>Cali.</b>	0,48%	0,89%	0,78%
Positivos	1	5	6
Muestra	209	563	772
<b>Meta.</b>	0,36%	0,47%	0,42%
Positivos	1	2	3
Muestra	279	430	709
<b>Norte de Santander.</b>	0,00%	0,81%	0,51%
Positivos	-	4	4
Muestra	288	492	780
<b>Putumayo.</b>	0,99%	0,24%	0,48%
Positivos	2	1	3
Muestra	203	416	619
<b>Risaralda.</b>	0,84%	0,20%	0,41%
Positivos	2	1	3
Muestra	238	501	739
<b>Santander.</b>	0,36%	0,00%	0,13%
Positivos	1	-	1
Muestra	277	487	764

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	0,62%	0,54%	0,57%
Positivos	17	33	50
Muestra	2.741	6.103	8.844

Fuentes:

V Estudio Centinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1. Colombia 1999. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud. Publicado en 2000. pp.10.

### PREVALENCIA DE VIH EN JOVENES

Distribución por lugar. VI Estudio Centinela para VIH.  
Colombia, varios departamentos 2003.

	<b>Muestra</b>	<b>Positivos</b>	<b>Prevalencia</b>
<b>Bogotá. D.C.</b>	142	1	0,70%
<b>Antioquia.</b>	178	0	0,00%
<b>Arauca departamento.</b>	164	0	0,00%
<b>Atlántico.</b>	169	4	2,37%
<b>Caldas.</b>	147	0	0,00%
<b>Meta.</b>	151	0	0,00%
<b>Norte de Santander.</b>	111	0	0,00%
<b>Putumayo.</b>	150	0	0,00%
<b>Risaralda.</b>	163	1	0,61%
<b>Santander.</b>	164	2	1,22%
<b>Valle.</b>	152	2	1,32%
<b>Total</b>	1.691	10	0,59%

Fuentes:

VI Estudio Nacional Centinela de VIH 2003-2004. Informe Final. Instituto Nacional de Salud. Agosto de 2004. pp.7.  
Infección por VIH y sida en Colombia. 2000-2005. Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA. 2006. pp.67-69.

## ANEXO 5. METODOLOGÍA MATRIZ FINANCIERA

Los pasos que se implementaron para la consolidación de la información financiera del informe UNGASS 2010 fueron:

- Se realizó el análisis de los documentos remitidos por la ONU:
  - Manual UNGASS *Core Indicators*
  - Valoración del gasto nacional relativo al sida (NASA); taxonomía de la clasificación y definiciones.
- Se elaboraron los formatos en Excel de:
  - La Matriz Financiera Nacional general por fuente de financiación y por categorías del gasto relativo al sida.
  - La Matriz Financiera por fuente Pública para las sub – categorías: Centrales Nacionales, Sub – Nacionales y Seguridad Social
  - La Matriz Financiera por fuentes Internacionales para las sub – categorías: Organismos Multilaterales, Órganos de las Naciones Unidas
  - La Matriz Financiera por fuente privadas para las sub – categorías: Fondos Domésticos, Todas las otras privadas
  - Las matrices por fuente de financiación fueron validadas y aprobadas por la coordinación del Ministerio de Protección Social encargada de generar el informe UNGASS 2010.
- Se elaboró la Guía de diligenciamiento para cada una de las fuentes de financiación (Públicas, Internacionales y Privadas) y fueron validadas y aprobadas por la coordinación del Ministerio de la Protección Social encargada de generar el informe UNGASS 2010.
- Para el proceso de distribución se generó el directorio general en donde se registró la información de las entidades a las cuales se les enviarían los archivos correspondientes para su debido diligenciamiento.

Con el directorio consolidado se inició el envío de los archivos vía correo electrónico por fuente de financiación, los documentos enviados fueron:

- Matriz Financiera por fuente de financiación.
- Guía de diligenciamiento.
- Manual UNGASS *Core Indicators*
- Valoración del gasto nacional relativo al sida (NASA); taxonomía de la clasificación y definiciones.

Metodológicamente fue necesario citar a las diferentes entidades participantes en el proceso de elaboración del informe UNGASS 2010 para socializar los componentes de este y estandarizar los contenidos y objetivos requeridos.

Se preparó la logística del evento para que se cumpliera el objetivo esperado, siendo de vital importancia las invitaciones, sitio a realizarse, transporte de los asistentes, disposición de hoteles, alimentación, entre otros.

Para la exposición de los contenidos de la reunión se prepararon las presentaciones necesarias dirigidas a los diferentes grupos. Las presentaciones se validaron por parte de la coordinación del Ministerio de Protección Social encargada de generar el informe UNGASS 2010.

Se preparó la reunión de las diferentes entidades en el Hotel Los Héroes Bogotá. D.C. y se citó así:

- 25 de noviembre de 2009 ONG's
- 26 de noviembre de 2009 EPS del régimen Subsidiado y Contributivo
- 27 de noviembre de 2009 Direcciones Territoriales de Salud

En la reunión se desarrolló la siguiente agenda:

- Presentación de requerimientos para el informe.
- Matriz financiera.
- Revisión de instrumento y ejercicio inicial.
- Indicadores UNGASS 2010.
- Revisión de instrumento y ejercicio inicial.
- Aclaraciones por indicador.
- Autoevaluación modelo de gestión.
- Revisión de instrumentos y ejercicio inicial.
- Entrega de archivos iniciales.
- Evaluación del Taller.

En el taller se aclararon las dudas e inquietudes que tenían las diferentes entidades, se estandarizaron las categorías del gasto inhabilitando las casillas en la matriz financiera que no tuvieran registro por parte de las fuentes y se fijó la fecha de entrega de la información la cual fue el lunes 25 de Enero de 2010.

De los resultados de la reunión se definió que era necesario reenviar la Matriz Financiera con las modificaciones y documentación soporte nuevamente a todos los involucrados en el proceso y que no pudieron asistir. Se brindó soporte telefónico y vía mail a las instituciones que lo requirieron en el periodo definido para la presentación de la información. En los correos destinados se recibió la información por parte de las instituciones y se solicitó aclaración de la información en los casos requeridos.

Por requerimiento de las diferentes fuentes de financiación y debido a que no se había recibido el volumen de información esperado se aplazó el envío de información para el Lunes 15 de febrero de 2010, fecha en la cual no se había logrado el objetivo y se dio una extensión final para el viernes 26 de febrero de 2010.

Con la información recibida se consolidaron los datos en las plantilla diseñadas.

De acuerdo con el Plan de trabajo establecido por el Observatorio Nacional de Gestión en VIH, se invitó nuevamente a las diferentes entidades participantes en el proceso de elaboración del informe UNGASS 2010 para socializar los resultados y validar la información por parte de los participantes.

Se preparó la logística del evento para que se cumpliera el objetivo esperado, siendo de vital importancia las invitaciones, sitio a realizarse, transporte de los asistentes, disposición de hoteles, alimentación, entre otros.

Para la exposición de los contenidos de la reunión se prepararon las presentaciones necesarias dirigidas a los diferentes grupos. Las presentaciones se validaron por parte de la coordinación del Ministerio de Protección Social encargada de generar el informe UNGASS 2010.

Se preparó la reunión de las diferentes entidades en el Club de Abogados Bogotá. D.C. y se citó para el 8 y 9 de marzo de 2010 con la participación de todos los involucrados en el proceso Se consolidó la información requerida y se generaron los informes y gráficos requeridos.

**LISTADO DE INSTITUCIONES QUE APORTARON INFORMACION PARA EL INFORME UNGASS 2010 EN LA MATRIZ FINANCIERA**

**CENTRALES NACIONALES**

M.P.S.

I.N.S.

**D.T.S.**

AMAZONAS  
ANTIOQUIA  
ARAUCA  
BARRANQUILLA  
BOGOTÁ  
BOLIVAR  
BOYACÁ  
CALDAS  
CASANARE  
CESAR  
GUAJIRA  
GUAVIARE

HUILA  
MAGDALENA  
META  
PUTUMAYO  
SANTANDER  
TOLIMA  
VALLE  
VICHADA  
RISARALDA  
NARIÑO  
SANTA MARTA  
CARTAGENA

**E.P.S CONTRIBUTIVO**

COLMEDICA  
COOMEVA  
FAMISANAR  
NUEVA EPS  
SALUD COLPATRIA  
SALUD TOTAL  
SALUD VIDA

SANITAS  
SOLSALUD  
CAFESALUD  
SALUDCOOP  
HUMANAVIVIR  
CRUZ BLANCA

**E.P.S. SUBSIDIADO**

ASMETSALUD  
CAFABA  
CAFAM  
CAJASAN  
COMFACOR  
COMFAMA  
COMFAMILIAR CAMACOL  
COMFASUCRE  
COMFENALCO ANTIOQUIA  
COMFENALCO SANTANDER

COOSALUD  
ECOOPSOS  
EMSSANAR  
SOLSALUD  
ASOCIACION INDIGENA CAUCA  
COMFANORTE  
EMDISALUD  
MUTUALSER  
MALLAMAS  
SELVASALUD

**MULTILATERALES**

ONUSIDA

UNICEF

**PRIVADAS**

FUNDACION GEPS  
FUNDACION PROYECTO GENTE  
FUNDACION SI FUTURO  
LIGA COL LUCHA CONTRA SIDA  
FUNDACION HENRY ARDILA

FUNDACION NAL MUJERES  
FUNDACION SEROESTATUS  
FUNDACION FRANCOIS XAVIER

## ANEXO 5. DOCUMENTOS CITADOS.

Ministerio de la Protección Social y otros. (2010). *Informe final línea de base. Caracterización de comportamientos relacionados con la posibilidad de ocurrencia de embarazos en adolescentes*. Bogotá. D.C.: MPS.

Ministerio de la Protección Social y otros. (2009). *Encuesta Nacional de Salud 2007*. Bogotá. D.C.: Javergraf.

Ministerio de la Protección Social y UNFPA. (2008). *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales. En cuatro ciudades de Colombia*. Bogotá. D.C.: UNFPA.

