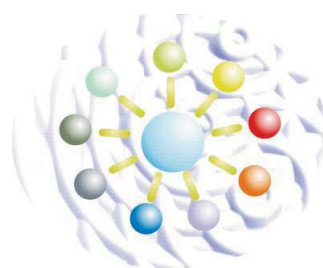
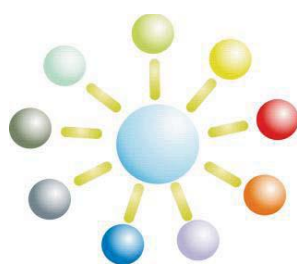
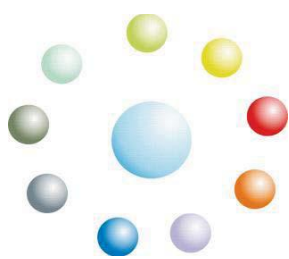


Informe UNGASS - 2012
Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida

INFORME NACIONAL
República de Colombia.



Libertad y Orden

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

BEATRÍZ LONDOÑO SOTO

Ministra de Salud y Protección Social

PAULA XIMENA ACOSTA MÁRQUEZ

Viceministra de Protección Social

CARLOS MARIO RAMÍREZ RAMÍREZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director de Promoción y Prevención

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

INSTITUCIONES DEL GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

AGENCIAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

ONUSIDA

OPS/OMS

UNICEF

UNFPA

DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD

Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Secretaría de Salud de Boyacá

Dirección Territorial de Salud de Caldas

Secretaría de Salud de Cundinamarca

Secretaría de Salud de Amazonas

Instituto Departamental de Salud de Nariño

Secretaría Departamental de Salud de Santander

Dirección Seccional de Salud de Antioquia

Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena

Instituto Departamental de Salud de Caquetá

Secretaría Departamental de Salud del Valle

Secretaría de Desarrollo de Salud del Magdalena

EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

Caja de Compensación Familiar de Antioquia “COMFAMA”

Caja de Compensación Familiar de Córdoba “COMFACOR”

Caja de Compensación Familiar “CAFAM”

Caja de Compensación Familiar del Huila “COMFAMILIAR HUILA”

Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano “COMFAORIENTE”

Caja Colombiana de Subsidio Familiar “COLSUBSIDIO”

Empresas Públicas de Medellín “EPPM”

Capital Salud EPS

Sanitas S.A

Caja de Compensación Familiar “COMPENSAR”

Caja de Compensación Familiar “COMFENALCO ANTIOQUIA”

Caja de Compensación Familiar “COMFENALCO VALLE”

Salud Colpatria E.P.S.

Comeva E.P.S S.A.

Nueva EPS

Golden Group EPS

Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI

Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó “AMBUQ”

Empresa Solidaria de Salud “ECOOPSOS”

Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud “EMSSANAR S.A.”

Asociación Mutual Ser ESS

Entidad Promotora de Salud “CONDOR S.A.”

Asociación Indígena del Cauca “AIC-EPSI”

Asociación Mutual La Esperanza “ASMET SALUD”

Caja de Compensación Familiar de La Guajira “COMFAGUAJIRA”

Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca “UNICAJAS”

Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare “CAPRESOCA”

Solidaria de Salud "SOLSALUD"

Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur oriental de Cartagena "COOSALUD E.S.S."

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Fundación María Fortaleza. María Helena Arturo D'Vries.

Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida. Jorge Pacheco.

Mecanismo social de apoyo y control MSACV. Oswaldo Rada

PARTICIPANTES DE VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Asmetsalud Nacional. Patricia E. Sánchez.

Compensar EPS. Luz Mireya Rojas.

Dadis Cartagena. Claudia Velásquez.

EPS-S Colsubsidio. María Yolanda Jaimes Castillo.

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.

MSPS. Sidia Caicedo Traslaviña

MSPS. Isabel Cristina Idárraga.

MSPS. Liliana Andrade Forero.

MSPS. Teresa Moreno Chaves

MSPS. Ricardo Luque Núñez.

Nueva EPS. William Martínez.

ONUSIDA. Luis Ángel Moreno.

ONUSIDA. Luis Leonardo Moreno.

OPS/OMS. Bertha Gómez

UNICEF. Clemencia Gómez Cabal

UNFPA: Martha Lucía Rubio

INS: Norma Constanza Cuellar

Fundación María Fortaleza. María Helena Arturo D'Vries.

Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida. Jorge Pacheco.

Mecanismo social de apoyo y control MSACV. Oswaldo Rada

REDACCIÓN

MSPS. Teresa Moreno Chaves

DESARROLLO DE CONTENIDOS

INS. Norma Constanza Cuellar. Referente Vigilancia Epidemiológica en VIH.

MSPS. Germán Gaitán. Consultor Sistemas.

MSPS. Isabel Cristina Idárraga. Consultora ITS.

MSPS. Liliana Andrade Forero. Consultora Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida.

MSPS. Teresa Moreno Chaves. Consultor Observatorio Nacional de Gestión en VIH.

MSPS. Ricardo Luque Núñez. Asesor Dirección de Promoción y Prevención.

MSPS. Sidia Caicedo Traslaviña. Consultora Prevención Transmisión Materno Infantil del VIH.

ONUSIDA. Luis Leonardo Moreno Moreno. Consultor Matriz financiera.

ONUSIDA. Luis Angel Moreno

AGRADECIMIENTOS A QUIENES COMENTARON EL INFORME.

Ricardo Luque Núñez.

TABLA DE CONTENIDO.

SITUACION ACTUAL	17
PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA	20
MORBILIDAD	20
PREVALENCIAS EN POBLACIONES VULNERABLES	28
MORTALIDAD	35
ESTIMACIONES Y PROYECCIONES.	37
Fuente. Estimaciones Spectrum versión 4.47. Colombia 2011	42
RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA	43
PREVENCIÓN.	43
Prevención de la transmisión madre hijo del VIH y la sífilis	45
Generación del conocimiento sobre el comportamiento de la epidemia para el diseño de estrategias de prevención y atención integral.	46
Fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil para la prevención en ITS/VIH/SIDA:	46
Acceso a condones como herramienta para la prevención:	47
Estrategia de comunicación	47
ATENCIÓN.	49
TRATAMIENTO Y APOYO.	49
MONITOREO Y EVALUACIÓN	51
INDICADORES INDIVIDUALES DE SEGUIMIENTO A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA	52
Objetivo 1. Reducir la transmisión sexual del VIH a la mitad para 2015	52
Objetivo 2. Reducir a la mitad la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015.....	59
Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida.....	60
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento con antirretrovirales para 2015.	61
Objetivo 5. Reducir a la mitad las muertes a causa de tuberculosis entre las personas que viven en con el VIH para 2015.	62

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios.	62
Objetivo 7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo.	66
MONITOREO DE LA INICIATIVA DE ELIMINACIÓN: ATENCIÓN PRENATAL, VIH Y SÍFILIS EN EMBARAZADAS.	80
INDICADORES ACCESO UNIVERSAL	82
Objetivo 1. Reducir en un 50 por ciento la transmisión sexual del VIH para el 2015	82
Prueba y consejería.....	82
Objetivo 2. Reducir en un 50 por ciento la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas para el 2015.....	85
Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida.....	85
Objetivo 4. Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015.	89
Objetivo 5. Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015	90
DESCRIPCION DE LA METODOLOGÍA QUE SE APLICÓ EN LA CONSTRUCCION DEL INFORME DE PROGRESO SOBRE EL SIDA. COLOMBIA 2012.	92
Anexo 1	96

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1. PORCENTAJE DE GESTANTES QUE RECIBIERON ASESORÍA SOBRE VIH DURANTE ATENCIÓN PRENATAL PARA EL NACIMIENTO MÁS RECIENTE, Y PORCENTAJE QUE ACEPTÓ HACERSE LA PRUEBA Y RECIBIÓ EL RESULTADO. COLOMBIA 2010.	25
TABLA 2. PORCENTAJE DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH. COLOMBIA, 2009	26
TABLA 3. PREVALENCIA DE VIH EN GESTANTES. ESTUDIOS CENTINELA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO. COLOMBIA, VARIAS CIUDADES 1988 A 2009.	27
TABLA 4. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE VIH Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS ASOCIADOS, EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INYECTADA (UDI) EN MEDELLÍN Y PEREIRA. COLOMBIA 2010.....	31
TABLA 5. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE LAS MTS ENCUESTADAS EN 4 CIUDADES DE COLOMBIA, 2008	32
TABLA 6. COBERTURA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL POR TIPO DE ASEGURAMIENTO, COLOMBIA, 2010	50
TABLA 7. PORCENTAJE DE 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.	52
TABLA 8. PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LOS 15 AÑOS.	53
TABLA 9. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES.....	53
TABLA 10. 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.....	54
TABLA 11. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE SE SOMETIÓ A LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y CONOCE LOS RESULTADOS.....	54
TABLA 12. PORCENTAJE DE JÓVENES CON EDADES DE 15 A 24 AÑOS QUE VIVEN CON EL VIH.....	54

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

TABLA 13. PORCENTAJE DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE PARTICIPARON EN ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN O EDUCACIÓN EN CUATRO CIUDADES DEL PAÍS, 2008.....	55
TABLA 14. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON UN CLIENTE....	55
TABLA 15. PORCENTAJE DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE SOLICITAN VOLUNTARIAMENTE LAS PRUEBAS DE VIH.	56
TABLA 16. PREVALENCIA CRUDA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES ENCUESTADAS EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2008.	56
TABLA 17. PORCENTAJE DE HSH ¿SABE DONDE PUEDE ACUDIR SI DESEA HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?, COLOMBIA, 2010.....	56
TABLA 18. PORCENTAJE DE HSH ¿HA RECIBIDO PRESERVATIVOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? (EJ., A TRAVÉS DE UN SERVICIO DE DIVULGACIÓN, CENTRO DE CONSULTA O UN DISPENSARIO DE SALUD SEXUAL)"	56
TABLA 19. PORCENTAJE DE HSH QUE DIERON RESPUESTA POSITIVA A LAS PREGUNTAS : ¿SABE DÓNDE PUEDE ACUDIR SI DESEA SOMETERSE A LA PRUEBA DEL VIH?" Y ¿HA RECIBIDO PRESERVATIVOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? (EJ., A TRAVÉS DE UN SERVICIO DE DIVULGACIÓN, CENTRO DE CONSULTA O UN DISPENSARIO DE SALUD SEXUAL)".....	57
TABLA 20. PORCENTAJE DE HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES QUE PARTICIPARON EN ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN O EDUCACIÓN SOBRE VIH/SIDA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010.	57
TABLA 21. ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN HSH EN BARRANQUILLA, CARTAGENA, MEDELLÍN, PEREIRA, BOGOTÁ, CALI Y CÚCUTA. COLOMBIA – 2010.....	58
TABLA 22. PREVALENCIA DE VIH/SIDA EN HOMBRES QUE SE RELACIONAN SEXUALMENTE CON OTROS HOMBRES DE SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010.	59
TABLA 23. FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN EN UDIS EN LOS CONTACTOS SEXUALES CON SUS PAREJA PERMANENTE DEL SEXO OPUESTO, MEDELLÍN-PEREIRA. COLOMBIA - 2010	60
TABLA 24. PORCENTAJE DE POBLACIONES UDIS QUE SE HAN REALIZADO UNA PRUEBA DEL VIH EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES Y CONOCE SU RESULTADO.	60
TABLA 25. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES SEGÚN ESTADO DE VIH. MEDELLÍN-PEREIRA, COLOMBIA - 2010.....	60

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

TABLA 26. PORCENTAJE DE MUJERES SEROPOSITIVAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL.....	61
TABLA 27. PORCENTAJE DE BEBES CON MADRES SEROPOSITIVAS QUE SE HAN SOMETIDO A UNA PRUEBA VIRAL DEL VIH DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE DOS MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO.	61
TABLA 28. TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH	61
TABLA 29. COBERTURA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL POR TIPO DE ASEGURAMIENTO, COLOMBIA, 2010	62
TABLA 30. CASOS INCIDENTES DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS SEROPOSITIVAS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA TB Y VIH, COLOMBIA, 2011.	62
TABLA 31. DISTRIBUCIÓN ANUAL DEL GASTO TOTAL PARA LA RESPUESTA AL VIH/SIDA EN PESOS Y DÓLARES, COLOMBIA, 2009-2011.....	63
TABLA 32. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA POR CATEGORÍA, COLOMBIA, 2009-2011.....	63
TABLA 33. INVERSIÓN POR FUENTE DE FINANCIACIÓN, DISTRIBUCIÓN ANUAL EN PESOS COLOMBIANOS, COLOMBIA 2009-2011.....	64
TABLA 34. PARTICIPACIÓN DE LAS FUENTES PÚBLICAS, DISTRIBUCIÓN ANUAL EN PESOS COLOMBIANOS AL VIH/SIDA, COLOMBIA, 2009-2011	65
TABLA 35. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LAS FUENTES PÚBLICAS AL VIH/SIDA, COLOMBIA, 2009-2011	65
TABLA 36. INVERSIÓN PER-CÁPITA. DISTRIBUCIÓN ANUAL EN PESOS COLOMBIANOS Y DÓLARES, COLOMBIA, 2009-2011	66
TABLA 37. PORCENTAJE DE MUJERES QUE EXPERIMENTÓ VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DEL ESPOSO/COMPAÑERO, POR TIPO DE VIOLENCIA -SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS. COLOMBIA, 2010.	79
TABLA 38. INDICADORES DE ELIMINACIÓN: ATENCIÓN PRENATAL, VIH Y SÍFILIS EN EMBARAZADAS. COLOMBIA, 2011.	80
TABLA 39. NIÑOS < 18 MESES EXPUESTOS AL VIH Y SUS RESULTADOS, COHORTE 2009, COLOMBIA.	81
TABLA 40. RECURSOS DISPONIBLES EN EL PAÍS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA EN COLOMBIA, 2011	81

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

TABLA 41. CASOS NOTIFICADOS DE VIH POR GRUPO ETARIO Y SEXO. COLOMBIA, 2011	81
TABLA 42. CASOS NOTIFICADOS DE SIDA POR GRUPO ETARIO Y SEXO. COLOMBIA, 2011.....	82
TABLA 43. PORCENTAJE DE GESTANTES QUE RECIBIERON ASESORÍA SOBRE VIH DURANTE ATENCIÓN PRENATAL PARA EL NACIMIENTO MÁS RECIENTE, Y PORCENTAJE QUE ACEPTÓ HACERSE LA PRUEBA Y RECIBIÓ EL RESULTADO. COLOMBIA 2010.	83
TABLA 44. TAMIZAJE DE GESTANTES PAR SÍFILIS, COLOMBIA, 2010-2011.....	84
TABLA 45. GESTANTES TAMIZADAS POSITIVAS PARA SÍFILIS, COLOMBIA, 2011.....	84
TABLA 46. GESTANTES TAMIZADAS POSITIVAS PARA SÍFILIS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO, COLOMBIA, 2011	84
TABLA 47. PORCENTAJE DE GESTANTES QUE CONOCEN SU ESTADO DE VIH, COLOMBIA, 2011	85
TABLA 48. PORCENTAJE DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES CON VIH QUE RECIBEN PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL, COLOMBIA, 2010-2011.....	86
TABLA 49. NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE SEIS MESES NACIDOS DE MUJERES VIH CON ALIMENTACIÓN EXCLUSIVA CON FÓRMULA LÁCTEA, COLOMBIA, 2009-2011.....	87
TABLA 50. ADULTOS Y NIÑOS RECIENTEMENTE INCLUIDOS EN LA ATENCIÓN POR EL VIH, COLOMBIA, 2010.	91

FIGURA 1. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. COLOMBIA 1983 -2011	20
FIGURA 2. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO Y EDAD. COLOMBIA 1983 -2011 .	21
FIGURA 3. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO EN PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS. COLOMBIA 1983 -2011	21
FIGURA 4. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO Y SEXO. COLOMBIA 1983 -2011 .	22
FIGURA 5. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN. COLOMBIA 1983 - 2011	23
FIGURA 6. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA, DISTRIBUCIÓN POR ESTADIO CLÍNICO. COLOMBIA 1983-2011	23
FIGURA 7. PREVALENCIA DE VIH DE HSH, EN SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010	28
FIGURA 8. AUTOIDENTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN HSH EN SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010	29
FIGURA 9. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE VIH Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS ASOCIADOS, EN UDI, MEDELLÍN Y PEREIRA. COLOMBIA, 2010	30
FIGURA 10. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE LAS MTS ENCUESTADAS EN 4 CIUDADES DE COLOMBIA, 2008.....	31
FIGURA 11. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA POR 100.000 HABITANTES. COLOMBIA, 1991-2009	36
FIGURA 12. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA POR SEXO POR 100.000 HABITANTES. COLOMBIA 1998 - 2008	36
FIGURA 13. PREVALENCIA ESTIMADA EN POBLACIÓN DE ADULTOS Y NIÑOS CON VIH. PROYECCIONES Y ESTIMACIONES 2011, COLOMBIA.	38
FIGURA 14. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE VIH/SIDA POR POBLACIONES VULNERABLES. MODELAJE EPP HASTA 2014, COLOMBIA.....	39
FIGURA 15. NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES ESTIMADAS DE VIH EN ADULTOS, 1973-2013, COLOMBIA.	40
FIGURA 16. NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES ESTIMADAS DE VIH EN NIÑOS, 1973-2013, COLOMBIA. ..	40
FIGURA 17. NÚMERO DE MUERTES ESTIMADAS POR AÑO. COLOMBIA 1973-2013	41

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

FIGURA 18. PREVALENCIA ESTIMADA EN POBLACIÓN DE 15 A 49 AÑOS, 2011, COLOMBIA.....	42
FIGURA 19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO PARA LA RESPUESTA NACIONAL EN VIH/SIDA POR CATEGORÍA, COLOMBIA, 2011.....	64
FIGURA 20. GASTO TOTAL DE LAS FUENTES PÚBLICAS EN VIH/SIDA, VALORES EN COP, COLOMBIA 2009-2011	65
FIGURA 21. GASTO PER CÁPITA PARA LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA, DISTRIBUCIÓN ANUAL EN COP, COLOMBIA, 2009-2011.....	66

ABREVIATURAS

APB	Administradoras de Planes de Beneficios, entendidas como EPS para el Régimen Contributivo, y 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).
CAC	Cuenta de Alto Costo de Colombia
CDC	(<i>Center of Disease Control USA</i>).Centros para el Control de las Enfermedades. EUA.
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CRIS	(<i>Country Response Information System</i>) Sistema de Información para la Respuesta de los Países.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DPP	Dirección de Promoción y Prevención.
DoC	(<i>Declaration of Commitment on HIV/AIDS</i>) Declaración de compromiso en la respuesta al VIH/sida - Naciones Unidas.
DTS	Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
ELISA	<i>Enzyme Linked Immuno Assay</i> .
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS-C	Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo.
EPS-S	Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional.
IEC	Información, Educación y Comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
ITS	Infección de Transmisión Sexual. (Plural)
MCP	Mecanismo Coordinador de País
MSPS	Ministerio de Salud y 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.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
POSS	Plan Obligatorio de Salud para el régimen Subsidiado.
PVVS	Personas con VIH o sida.
Regímenes de Excepción	de 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.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

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.

SITUACION ACTUAL

Colombia es un país de América, ubicado en la zona noroccidental de América del Sur, organizado constitucionalmente como una república unitaria descentralizada. Su capital es Bogotá. Su superficie es de 2.070.408 km², de los cuales 1.141.748 km² corresponden a su territorio continental y los restantes 928.660 km² a su extensión marítima. Limita al este con Venezuela y Brasil, al sur con Perú y Ecuador y al noroeste con Panamá; en límites marítimos, colinda con Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Jamaica, Haití, República Dominicana y Venezuela en el Mar Caribe, y con Panamá, Costa Rica y Ecuador en el Océano Pacífico. Geográficamente, está conformada por 32 departamentos, 1.098 municipios, 4 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 departamentales¹.

De acuerdo con las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), la población proyectada para el 2011 fue de 46.044.601 personas con una distribución por sexo de 22.731.299 (49,4%) hombres y 23.313.302 (50,6%) mujeres. El grupo de niños de 0 a 14 años fue de 12.963.772 (28,1%) del total de la población, el de las personas de 15 a 49 años de 24.186.784 (52,5%) y el grupo de 50 y más años de 8.894.045 (19,3%). Su distribución general es muy similar entre hombres y mujeres, existiendo un leve predominio de hombres hasta los 24 años (51,1%), de este grupo en adelante, el predominio es de las mujeres².

Teniendo en cuenta con los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada, dado la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad -hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)- supera el 5% mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es

¹ Divipola 2007-DANE

² Estimaciones-Proyecciones 1985-2020 DANE 2012.

superior a 1%. Su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 20 a 25 años.

Durante el periodo 2010-2011 el país continuó el desarrollo de las acciones planteadas en el "Plan Nacional de Respuesta al VIH/sida 2008-2011" en consenso con los diferentes actores, para responder a la epidemia de VIH/sida, con base en el modelo de gestión programática adoptado mediante la Resolución 3442 de 2006, que tiene como principales objetivos: a) contener la epidemia del VIH, b) detectar tempranamente la infección por el VIH, c) detener la progresión de VIH sida y la aparición de resistencias al TAR, y d) monitorear y evaluar; a partir de lo cual se desarrollaron las líneas estratégicas de acción, se definieron las poblaciones a las cuales se debe dar cobertura, se formularon una serie de actividades específicas y se clarificaron las competencias de las entidades responsables de su ejecución.

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) tanto para el régimen contributivo, como el régimen subsidiado (POSS) y regímenes de excepción.

Para el 2011, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ascendió a 42.422.691, alcanzando una cobertura del 92,1%³. La población afiliada al régimen contributivo fue de 19.756.257 (42,9%), al régimen subsidiado 22.295.165 (48,4%) y al régimen de excepción 371.269 (0,8%)⁴, quedando un remanente de población sin afiliación de 3.621.910 (7,9%); a esta última población se le garantiza el acceso a salud

³ Base de Datos Unidad de Atención. Información cargada en la bodega de datos SISPRO. Corte diciembre 2011. MSPS

⁴ Base de Datos Unidad de Atención. Información cargada en la bodega de datos SISPRO. Corte diciembre 2011. MSPS

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

por medio de los recursos del subsidio a la oferta por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

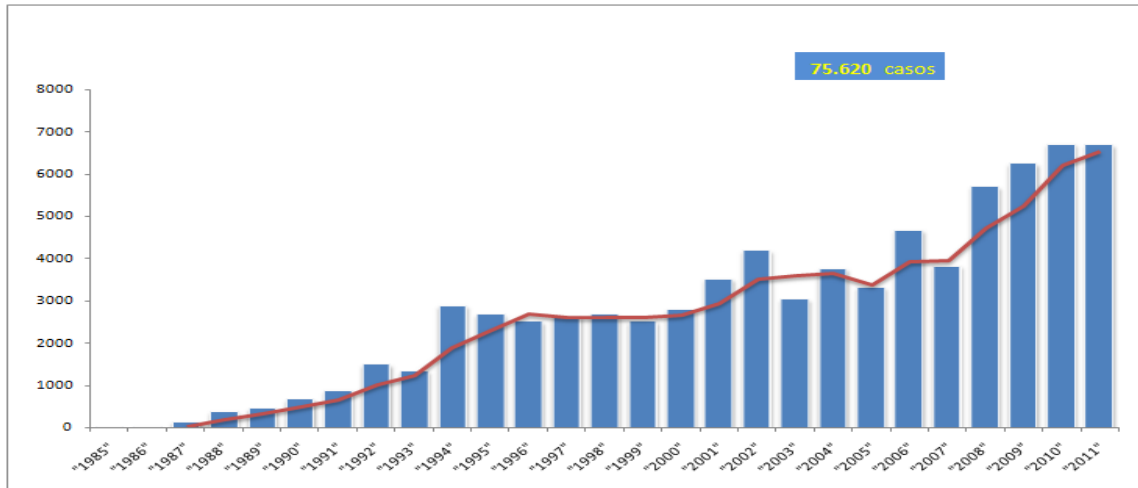
PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA

A continuación se presenta la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país durante el período que va de enero de 2010 a diciembre de 2011, en función de la vigilancia centinela y los estudios específicos efectuados durante el período. El panorama general de la epidemia de VIH se presenta de acuerdo con los hallazgos de morbilidad, mortalidad, estimaciones y proyecciones.

MORBILIDAD

Desde 1985 al 31 de diciembre de 2011 se ha reportado un total de 75.620 casos de infección por VIH y sida. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento paulatino de los casos notificados en el país ([figura 1](#)).

Figura 1. Casos notificados de VIH y sida. Colombia 1983 -2011

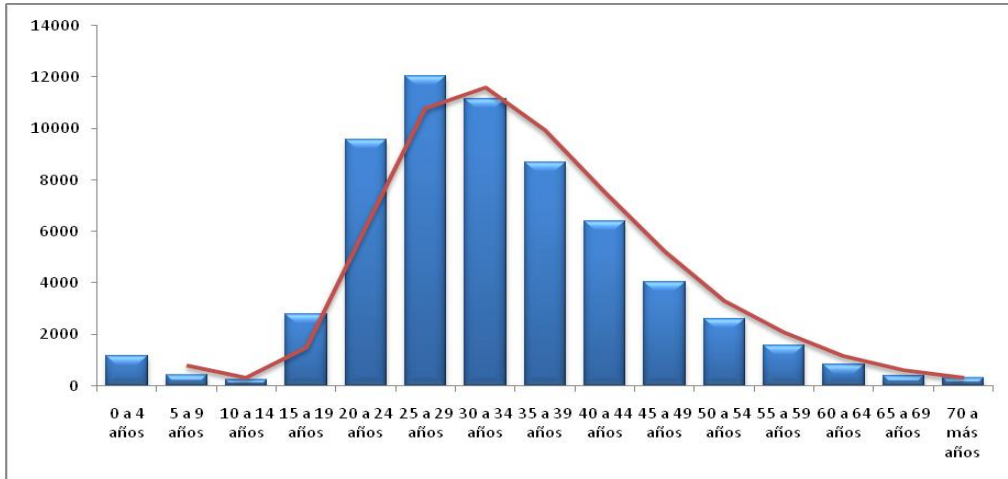


Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

La edad de los casos notificados con VIH y sida se concentra en el grupo de 20 a 39 años con más de la mitad de los casos notificados desde 1983 a 31 de diciembre del 2011 (52,7%); el grupo que mayor número de casos aporta es el de 25 a 29 años (15,3%)

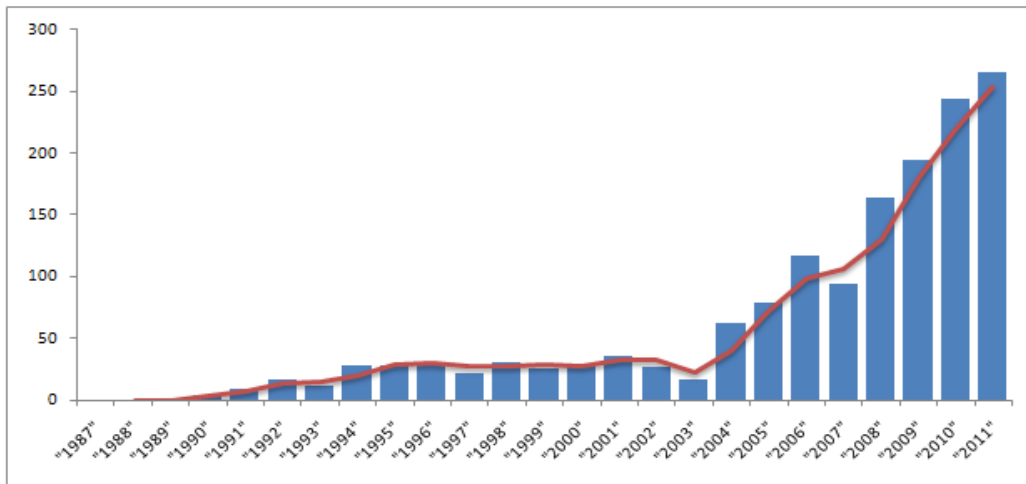
seguido del de 30 a 34 años (14,4%). Sin embargo, el grupo de 60 y más años presenta un incremento a través de los últimos años (figuras 2 y 3).

Figura 2. Casos notificados de VIH y sida. Distribución por año y edad. Colombia 1983 - 2011



Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

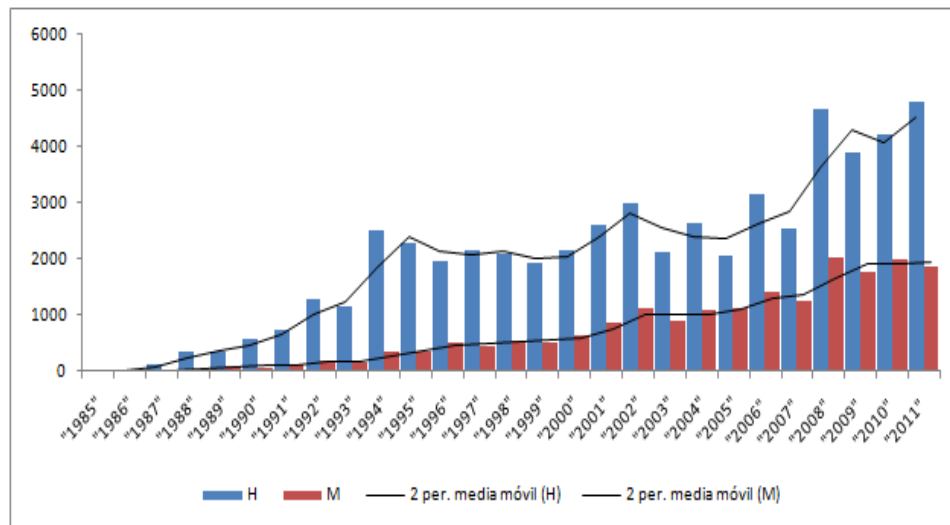
Figura 3. Casos notificados de VIH y sida. Distribución por año en personas de 60 y más años. Colombia 1983 -2011



Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

Existe en el acumulado de la epidemia una participación del 74,0% para hombres y 26,0% para mujeres; la razón de masculinidad descende de 10:1 en la década de los noventa a 2,6 en el 2011 ([figura 4](#)).

Figura 4. Casos notificados de VIH y sida. Distribución por año y sexo. Colombia 1983 - 2011



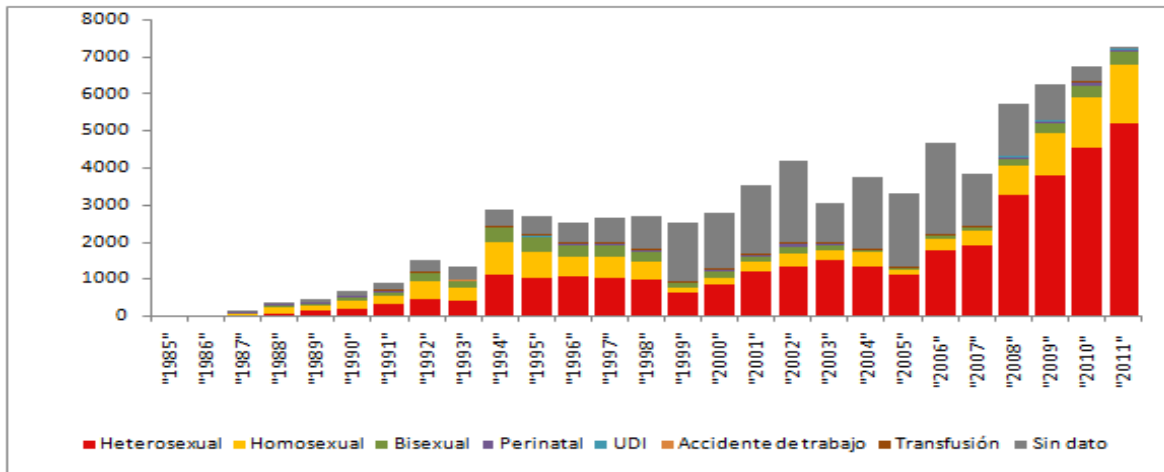
Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011
 Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

Considerando que el mecanismo probable de transmisión de mayor participación es el sexual, el crecimiento natural de la epidemia continúa ([figura 5](#)). En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, el uso del condón como práctica segura fue solamente mencionado por el 76% de las mujeres que nunca habían tenido relaciones sexuales; de ellas, 80% de las mujeres de la zona rural, 79% de la región de la Orinoquía-Amazonía, el 65% en las que no tienen ninguna educación y 78% en el nivel de riqueza más bajo. Entre las mujeres que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, el 34% usó condón en la última relación sexual; y entre todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses el 40%.

Respecto al estadio clínico, desde el año 2000 se puede evidenciar una disminución de los casos de sida a expensas del incremento relativo de casos de VIH ([figura 6](#)). En términos de notificación; en el año 2004 por cada caso de sida habían notificado 12 con VIH, para el

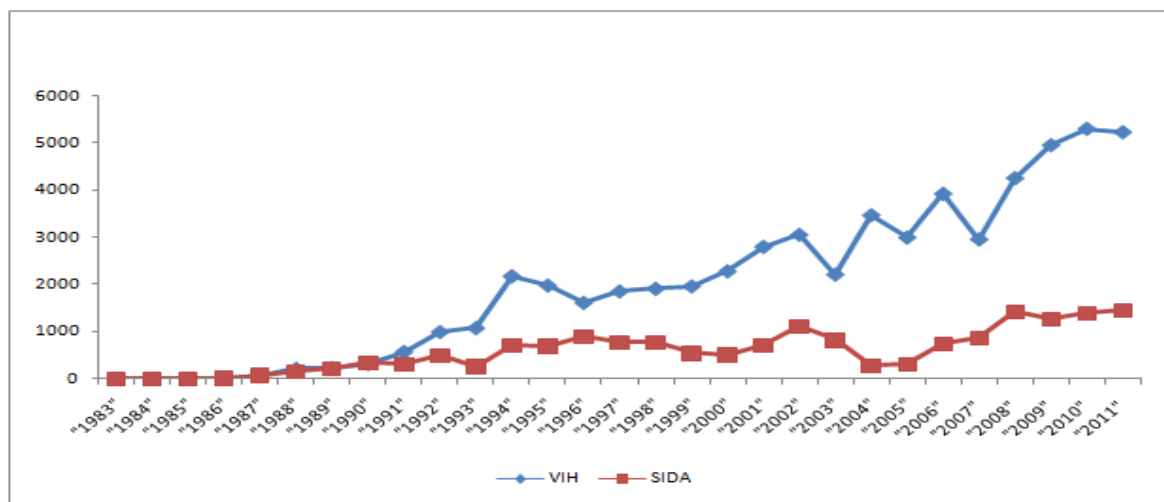
año 2011 aproximadamente 4 casos de VIH por cada caso de sida. 7 a 8 de cada 10 casos totales en los últimos cinco años se ubicaron en esta categoría, relacionado posiblemente con el acceso oportuno al diagnóstico, el tipo de TAR existente, que conllevó aumento en el tiempo de transición hacia SIDA, así como a mejores tecnologías médicas y comprensión de la enfermedad para reducir el número de muertes.

Figura 5. Casos notificados de VIH y sida. Distribución por mecanismo probable de transmisión. Colombia 1983 - 2011



Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

Figura 6. Casos notificados de VIH y sida, distribución por estadio clínico. Colombia 1983-2011



Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

En el año 2011 se notificaron 6.687 casos de VIH y sida. De estos 4.806 (72,0%) fueron hombres y 1.881 (28,0%) mujeres; el 98,3% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. El grupo poblacional más afectado, por grupos quinquenales —al igual que en años anteriores—, fue el grupo de 25 a 29 años con 1.212 (18,1%), seguido muy de cerca por el grupo de 30 a 34 años de edad con 1.090 (16,3%).

En definitiva, la epidemia de sida en Colombia afecta a la población sexualmente activa; de los casos notificados en 2011, el mayor número de casos se concentra en el grupo de 15 a 44 años de edad 5.175 (77,4%) casos. Por otra parte, es necesario resaltar que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con 1.425 (21,3%) de la participación total. Igualmente, del total de casos reportados 175 (2,6%) son menores de 18 años de los cuales 84 (1,2%) son menores de 15 años.

La tendencia general es de incremento en la frecuencia de casos notificados que puede obedecer a factores como el crecimiento de casos de infecciones recientemente adquiridas, mayor acceso a la asesoría y prueba voluntaria, efecto de una posible disminución de barreras administrativas para autorización de los servicios y la oferta de la prueba a toda gestante en el país normada en la Resolución 412 de 2000, y a su vez, fortalecida con la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita.

En el país, el proceso de diagnóstico, asesoría pre y pos prueba, la oferta de tratamiento y seguimiento del paciente infectado está contemplado dentro del POS lo que garantiza una atención oportuna a los servicios de salud.

En el año 2010, como parte de la **estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil** del VIH se tamizaron 553.528 gestantes alcanzando una cobertura del 60% respecto a las gestantes estimadas (928.306). Para el 2011, a corte del 30 de septiembre, se tamizaron 414.456 gestantes, alcanzando una cobertura del 45% con

respecto a las gestantes estimadas (915.835). De acuerdo con lo establecido en el sistema de información de la estrategia sólo hasta el 30 de abril se hará el cierre del año 2011, por lo que se espera este indicador supere el 60% de las gestantes.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, el porcentaje de mujeres gestantes a quienes se les ofreció y aceptaron hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal fue del 83.5% ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Porcentaje de gestantes que recibieron asesoría sobre VIH durante atención prenatal para el nacimiento más reciente, y porcentaje que aceptó hacerse la prueba y recibió el resultado. Colombia 2010.

Edad	Porcentaje que recibió asesoría sobre VIH durante una visita prenatal	Porcentaje que se le ofreció y aceptó hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal que:		Porcentaje que recibió asesoría, se le ofreció hacerle la prueba y aceptó y recibió el resultado
		Recibió los resultados	No recibió los resultados	
15 a 24 años	45,9	81,6	3,6	42,4
25 a 29 años	50,5	86,8	2,6	48,4
30 a 39 años	50,7	85,8	2,4	48,2
40 a 49 años	48,3	71,9	2,7	42,7

Fuente. Encuesta de Demografía y Salud. 2010

Según las metas planteadas para el Objetivo del Milenio 6 (Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades), el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH se debe reducir al 2% o menos. La línea de base del porcentaje de transmisión materno infantil para el 2008 fue de 5,8% y al cierre del año 2009 la primera medición de control, el porcentaje de transmisión materno infantil fue de 4,9% ([tabla 2](#)).

Analizando el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH por entidad territorial, se observan diferencias importantes que influyen en este indicador. La entidad territorial que más aporta a este indicador es Chocó (25.0%), seguido de La Guajira, Cesar y Caquetá (20%). Antioquia es la entidad que presenta el menor número de transmisión materno infantil del VIH (1,8%).

Tabla 2. Porcentaje de Transmisión Materno Infantil del VIH. Colombia, 2009

Dirección territorial	% de transmisión materno infantil
Chocó	25,0%
Cesar	20,0%
La Guajira	20,0%
Caquetá	20,0%
Córdoba	17,6%
Nariño	15,4%
Risaralda	14,3%
Sucre	12,5%
Huila	9,1%
Santa Marta	8,7%
Caldas	6,3%
Meta	5,9%
Tolima	5,9%
Barranquilla	5,0%
Santander	4,2%
Cartagena	4,0%
Valle	3,4%
Antioquia	1,8%

*% de transmisión materno infantil del VIH Colombia 2009: 4,9%

** únicamente se mencionan los departamentos donde se han reportado casos.

Fuente. MSPS. BD Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH- corte 28 de diciembre del 2011

Las entidades que no aparecen relacionadas en la tabla 2, presentan las siguientes situaciones:

- Arauca y Guainía no reportaron casos de gestantes con diagnóstico de VIH en el período 2009.
- En Boyacá, Casanare y Quindío no se presentaron casos de transmisión perinatal del VIH, aunque si se diagnosticaron gestantes.
- En Bogotá D.C. se reportaron 71 gestantes con diagnóstico de VIH en el año 2009, de estas, el 15% (11 gestantes) no se ha podido establecer el desenlace de la gestación y 37 de 60 niños no se pudieron clasificar (61.7%), similar situación se presenta con el departamento de Cundinamarca donde 8 de 10 gestantes (80%) no

se pudo establecer el desenlace del parto y los dos niños que nacieron vivos no tienen clasificación frente al VIH.

- Los departamentos de Putumayo, San Andrés, Vichada, Magdalena, Meta, Norte de Santander y Amazonas presentan similar situación frente al desconocimiento del desenlace del parto de las gestantes y falta de clasificación de los nacidos vivos expuesto al VIH.

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.

El país, para conocer la prevalencia de VIH/sida se ha apoyado en los estudios centinelas realizados de forma periódica. En 2009, se realizó el VII y último estudio centinela de VIH en gestantes. La prevalencia encontrada en este grupo poblacional fue de 0.22% , lo que de alguna forma nos está perfilando como un país de baja prevalencia y por el resultado de estudios en población vulnerable se considera que se tiene una epidemia concentrada ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Prevalencia de VIH en gestantes. Estudios centinela. Distribución por año. Colombia, varias ciudades 1988 a 2009.

Estudio	Año	Prevalencia
I	1988	0,02%
II	1991	0,10%
III	1994	0,30%
IV	1996	0,40%
V	1999	0,49%
VI	2003	0,65%
VII	2009	0,22%

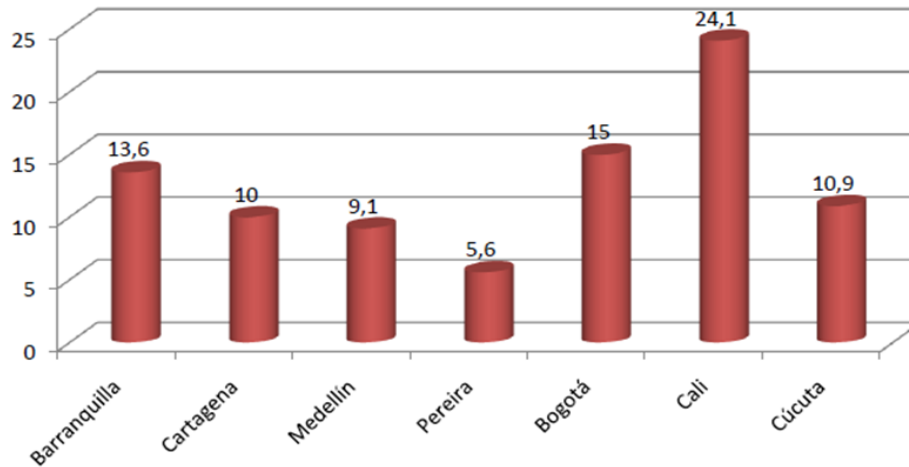
Fuente. Ministerio de la Protección Social, febrero 2010.

Los datos hallados en el año 2009, coinciden con los datos de porcentaje de seropositividad encontrados en los reportes del programa regular. Esta coincidencia no solo da validez a los datos realizados en el último estudio sino que obliga a pensar que para afinar los datos de prevalencia en mujeres gestantes mas allá de estudios centinela, se requiere un muy buen sistema de seguimiento a las gestantes a través del control prenatal.

PREVALENCIAS EN POBLACIONES VULNERABLES

Estudios realizados en poblaciones vulnerables en Colombia como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en el 2010 alcanzaron prevalencias superiores al 5% (Barranquilla: 13,6%; Cartagena: 10,0%; Medellín: 9,1%; Pereira 5,6%; Bogotá: 15,0%; Cali: 24,1% y Cúcuta: 10,9%), -Metodología RDS- ([figura 7](#)).

Figura 7. Prevalencia de VIH de HSH, en siete ciudades de Colombia, 2010



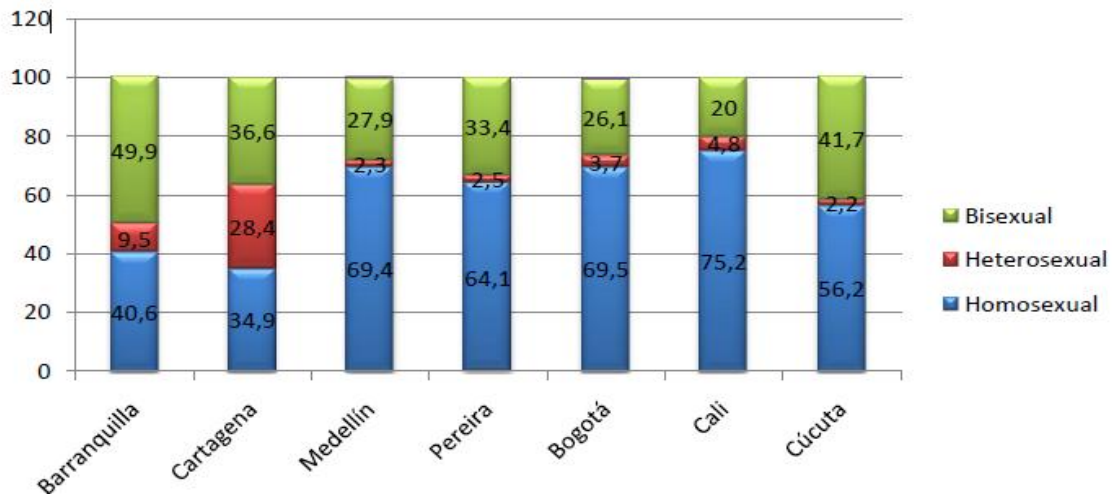
Fuente. Estudio de prevalencia de VIH de HSH, en siete ciudades de Colombia, 2010

La mayoría de los participantes en las siete ciudades tenían entre 18 y 24 años, en términos del estrato socio-económico, se destaca que en promedio el 86.2% de la muestra de estudio se ubicó en los estratos cero, uno, dos y tres; Cúcuta y Cali presentaron porcentajes menores al 80%. En todas las ciudades del estudio, la gran mayoría de los HSH

se auto-identificaron como personas del género masculino. El 100% de los HSH en Cartagena se perciben a sí mismos del sexo masculino, en Barranquilla 99,6%, seguido por Bogotá con un 99,5%, Medellín 99,4%, Cali 97,0%, Cúcuta 95,2% y Pereira 92,8%.

En cuanto a la auto-identificación de orientación sexual, se identificaron a sí mismos como homosexuales en las ciudades de Cali 72,2%, Bogotá 69,5%, Medellín 69,4% y Pereira 64,1%, caracterizadas por ser las ciudades con mayor proporciones de HSH. Cartagena fue la ciudad con mayor porcentaje de HSH que manifestaron identificarse como heterosexuales con un 28,4%; mientras que en Barranquilla con un 49,9% y en Cúcuta con un 41,7% se identificaron como bisexuales (figura 8).

Figura 8. Autoidentificación de orientación sexual en HSH en siete ciudades de Colombia, 2010



Fuente. Estudio de prevalencia de VIH de HSH, en siete ciudades de Colombia, 2010

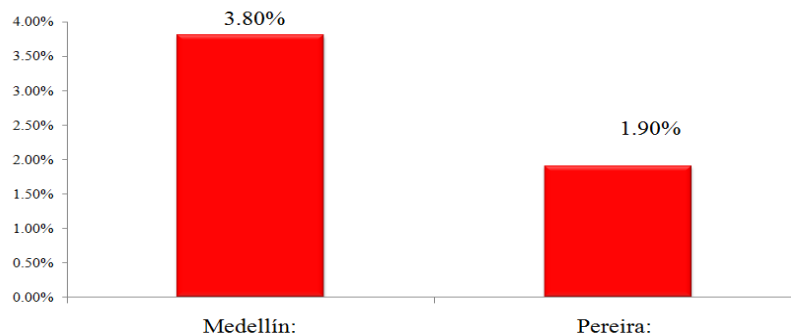
En todas las ciudades del estudio, los HSH tuvieron una iniciación sexual temprana a los 14 años o menos, una proporción importante de ellos, entre el 53% y 77%, tuvo su primera relación sexual con un hombre, y el inicio de las relaciones homosexuales se dio principalmente con hombres mayores. Los motivos para no uso del condón fueron de tipo personal o de opinión sobre este método de protección; es decir que principalmente reportaron que creían que disminuiría el placer, estaban excitados, estaban bajo los

efectos del alcohol o de las drogas, creían que no era seguro, sintieron vergüenza de pedir el condón, no quisieron usar condón a pesar de conocer los riesgos, no los conocían o nunca han pensado en cuales fueron los motivos para no usarlos.

En las ciudades del estudio el no uso del condón en la última relación sexual estuvo entre el 37,5% y el 53,8%. La mayoría de los HSH encuestados reportaron que la última relación sexual penetrativa ocurrió con una pareja hombre; y que esa pareja era principalmente ocasional. El porcentaje de HSH con pareja estable en la última relación sexual osciló entre 27,9% y 39,5% en las siete ciudades del estudio. Entre el 25% al 31% de los HSH reportaron tener prácticas sexuales con más de un hombre a la vez.

En el 2010 también se realizó un estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira, - metodología RDS- el resultado de las prevalencias fue de 3,8% y 1,9% respectivamente. Esta prevalencia representa a la vez una alerta, indicando la presencia de VIH en las redes de UDI. Dadas las características observadas en estas redes, la velocidad de captación de otros usuarios, el reconocimiento de pares y los comportamientos de riesgo, se convierten en factores predisponentes para una posible expansión de la infección ([figura 9](#)).

Figura 9. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en UDI, Medellín y Pereira. Colombia, 2010



Fuente: Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en UDI, Medellín y Pereira. Colombia, 2010

El 64,2% de los usuarios de drogas inyectables en Medellín y el 77,1% en Pereira tenían algún conocimiento sobre VIH/Sida antes de empezar a inyectarse y el 61,8% y 43,7% respectivamente de considerar que si se inyectaban podían contraer el VIH, lo que puede indicar un bajo conocimiento frente a la relación de estos dos eventos.

A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizaron condones en los contactos permanentes del sexo con su o sus parejas?, el 48,9% de los encuestados en Medellín respondieron que nunca, similar porcentaje de respuesta se dio en Pereira 48,8% ([tabla 4](#)).

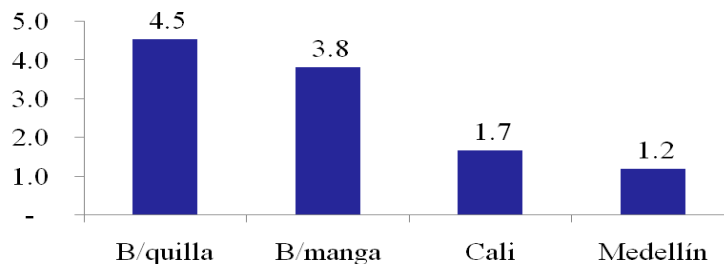
Tabla 4. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Colombia 2010

Uso del condón	Frecuencia	Medellín	Pereira
¿Con qué frecuencia utilizaron condones en los contactos sexuales con su (s) parejas (s) permanente (s) del sexo?	Ocasionalmente	19,4%	18,8%
	La mitad del tiempo	2,5%	4,5%
	La mayoría del tiempo	21,5%	17,5%
	Siempre	21,5%	17,5%
	Nunca	48,9%	48,8%

Fuente: Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en UDI, Medellín y Pereira. Colombia, 2010

En el estudio de mujeres trabajadoras sexuales realizado en el 2008, la prevalencia fue superior al promedio nacional: Medellín 1,2%; Cali 1,7%; Bucaramanga 3,8%; y, Barranquilla 4,5%. ([figura 10](#)).

Figura 10. Estudio de Prevalencia de la infección por VIH de las MTS encuestadas en 4 ciudades de Colombia, 2008



Fuente: Estudio de prevalencia de la infección por VIH de las MTS encuestadas en 4 ciudades de Colombia, 2008.

Más del 80% de las mujeres manifestó tener un condón a la mano en el momento de atender a su último cliente, y a pesar de que la frecuencia de uso del condón con el cliente es alta, no alcanzó el 100%. El uso del condón con el último cliente está por encima del 90% y respecto a la persona que sugiere el condón, el cliente no supera el 5,2% . ([tabla 5](#)).

Tabla 5. Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH de las MTS encuestadas en 4 ciudades de Colombia, 2008

Característica del último cliente		Medellín	Barranquilla	Bucaramanga	Cali
Condón a la mano en el último servicio	Si	85,0%	88,4%	93,4%	95,0%
	No	15,0%	11,6%	6,6%	5,0%
Uso del condón con el último cliente	Si	94,1%	96,9%	97,2%	95,5%
	No	5,9%	3,1%	2,8%	4,5%
	MTS	80,7%	77,0%	80,7%	85,9%
Persona que sugiere el condón	El cliente	5,2%	3,3%	3,5%	2,3%
	Ambos	14,1%	19,7%	15,9%	11,8%

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH de las MTS encuestadas en 4 ciudades de Colombia, 2008

Adicional a los estudios de prevalencia el país desarrolló algunos estudios cualitativos. El primero de ellos “Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres” se realizó en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga y Cali en el año 2008. De tal estudio se pudo concluir en general que las mujeres suelen relegar su bienestar al cuidado de los otros y es más factible que toleren la vulneración de sus derechos. Así mismo la maternidad es otro de los factores comunes que influyen para que ellas adopten la posición sacrificial que privilegia el cuidado de los otros frente al suyo.

La identidad femenina anclada en la maternidad está dejando por fuera las posibilidades de diagnóstico en VIH a numerosas mujeres que deciden no ser madres o que no están en edad reproductiva, situación particular al VIH que parece manifestarse en el énfasis de otras de las políticas públicas orientadas hacia las mujeres. En esta medida, para muchas la maternidad es la única vía de obtener un lugar social respetable de acceder a los programas de beneficios, aún cuando esto signifique enfrentar una serie de dificultades.

En el año 2010 se realizó otro estudio cualitativo denominado “Vulnerabilidad a la Infección por VIH en Personas en Situación de Calle en las Ciudades de Bucaramanga y Barranquilla”, donde los contextos de vulnerabilidad colectivo e individual se evidencian en tres categorías analizadas a profundidad: a) la sexualidad/afectividad y el consumo de sustancias psicoactivas; b) la identidad sexual y el género; y c) el nivel institucional y los recursos con los que cuentan las personas en situación de calle.

Se pudo concluir que desde la perspectiva social, la vivencia de la sexualidad/afectividad y el consumo de psicoactivos pueden constituirse en contextos para la infección con VIH, dado que en las ‘galladas’ o grupos en los que se organizan, las prácticas de intercambio y la poca conciencia personal que suscita el consumo, generan comportamientos no protegidos en el momento que se dan intercambios sexuales, los cuales están legitimados por ellas mismas. Adicionalmente, el consumo de psicoactivos se legitima y apropia algunas prácticas que se visualizan como normales por parte de los miembros de la ‘galladas’. También se evidencia que la acción de intercambio sexual con el fin de obtener sustancias psicoactivas es competencia casi exclusiva de la mujer.

También se pudo establecer que en el ejercicio de la sexualidad no se tienen en cuenta los mecanismos de prevención frente al VIH/Sida. En los casos en que se tiene pareja estable se asume confianza y fidelidad, de tal manera que en esos periodos de tiempo no se utilizan estrategias de protección como el uso del condón. La pareja estable y el afecto pueden añadirse como ser factores de vulnerabilidad, en tanto se acompañen del no uso de preservativo.

Desde la perspectiva social, las personas en situación de calle no tienen una percepción positiva de la institucionalidad, ni sienten que las organizaciones gubernamentales sean puntos de referencia y de apoyo en sus vidas o frente a sus necesidades. Así mismo, en las administraciones locales no existe una planeación consecutiva, organizada y permanente para la atención a la persona en situación de calle. Adicionalmente, las personas en

situación de calle viven situaciones extremas, lo cual hace que no se sientan sujetos de derechos; si así fuera, buscarían la atención por sí mismas. Uno de los mayores riesgos de las personas en situación de calle es que su condición de vulnerabilidad permanente les impide reconocer las situaciones a las que están expuestas.

En el mismo año 2010 se realizó un estudio denominado “contexto de vulnerabilidad al VIH/sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia. Dentro de los hallazgos estuvo el consumo de heroína el cual parece extenderse (especialmente en Medellín), a grupos de desempleados, mendigos y recicladores. Estas poblaciones marginalizadas incrementan sustancialmente sus riesgos de contraer ITS por el hecho de consumir heroína en condiciones en las que hay una ausencia casi total de medidas higiénicas, en las que se comparten y se reutilizan múltiples veces los implementos para inyectarse, y en las que tienen relaciones sexuales sin precaución.

Igualmente, el intercambio de sexo por drogas, o de sexo por dinero para comprar drogas, aparece como una conducta frecuente, especialmente entre las poblaciones más pobres y más deterioradas en términos sociales, económicos y psicológicos; además, resulta claro que en esta población las medidas preventivas para evitar enfermedades de transmisión sexual son casi nulas.

Muy pocas personas comienzan el consumo de drogas por la heroína o inyectándose, pero sí existen casos. En la mayoría de las personas la heroína es la última sustancia consumida y tiende a desplazar todas las otras, con dos excepciones: la marihuana y el alcohol; el consumo de alcohol parece disminuir de forma importante en los consumidores de heroína. La gran mayoría de quienes están en tratamiento han tenido tratamientos previos que no han funcionado bien. En los últimos doce meses, en las dos ciudades, los usuarios de heroína se han relacionado con amigos o conocidos, o han tenido parejas sexuales que se inyectan.

Una de las recomendaciones que hacen en este estudio es considerar el diseño y puesta en marcha de proyectos especiales, adaptados a la situación de las personas en situación de calle, considerando las vulnerabilidades encontradas.

MORTALIDAD

Los datos de mortalidad asociada con la infección por el VIH y el sida, en el país, provienen 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). Sin embargo 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; pero su nivel de subregistro es muy elevado. Entre el año 1983 y el año 2010 a través del SIVIGILA se han notificado 10.066 casos de muerte por sida, en el año 2009 se notificaron tan solo 539 casos de muerte por sida, en el 2010, 783 casos y en el año 2011 se notificaron apenas 546 muertes por sida.

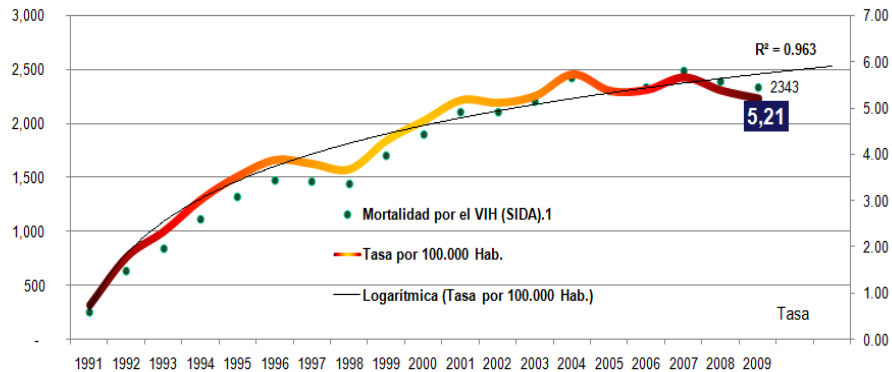
El acumulado de muertes por sida según DANE desde el año 1998 a 2009 es de 25.804, en el año 2009 reportó 2.343 muertes asociadas con VIH/sida y en el mismo período el Sivigila como ya se mencionó registró 539 casos notificados. En otros términos, se calcula un subregistro en el Sivigila del 77%. Este es el principal argumento para considerar oficiales los datos de fuente DANE.

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.

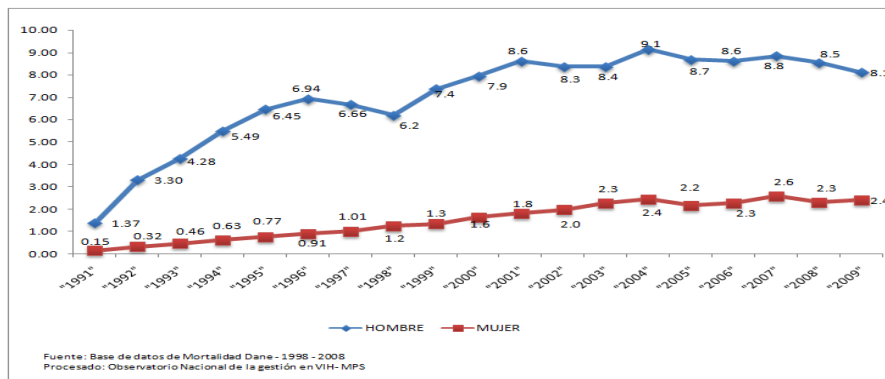
La tasa de mortalidad por sida en el país en el 2009 según el DANE fue de 5,21 por 100.000 habitantes ([figura 11](#)), y la mortalidad en los hombres 8,1 y en las mujeres 2,4 por 100.000 habitantes ([figura 12](#)).

Figura 11. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes. Colombia, 1991-2009



Fuente. Estadísticas Vitales-DANE- 1991-2009

Figura 12. Tasa de mortalidad por sida por sexo por 100.000 habitantes. Colombia 1998 - 2008



Fuente. Base de datos de mortalidad DANE, 1988-2008. Procesado por el Observatorios Nacional de la Gestión en VIH-MPS.

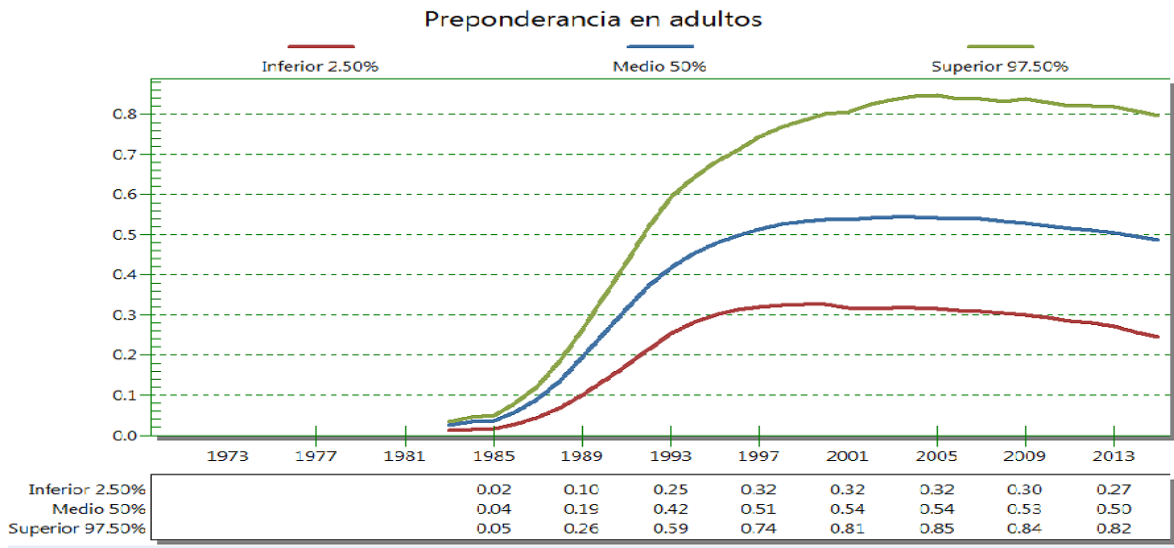
La estabilidad del comportamiento de la mortalidad podría corresponder al efecto positivo de la atención integral y a la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales para quienes lo necesiten, independientemente del sistema de aseguramiento en salud al cual pertenezcan. Por otra parte, la mortalidad también puede asociarse a diagnósticos tardíos (en etapa sida avanzado), por dificultades para el acceso al diagnóstico, al TAR y a la baja percepción de riesgo o vulnerabilidad, que pueden hacer que las personas consulten en condiciones de gran deterioro. Todas estas posibilidades deben ser valoradas de manera individual con estudios de cohortes que incluyan otras opciones como fallas terapéuticas por baja adherencia al TAR o a infecciones con cepas resistentes.

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES.

En conjunción con las recomendaciones de ONUSIDA, Colombia utiliza el paquete de Estimaciones y Proyecciones para estimar y proyectar la prevalencia del VIH en adultos a partir de datos de vigilancia y el Spectrum a fin de calcular el número de personas que viven con el VIH, las nuevas infecciones por el virus, los casos de sida, las defunciones por sida, las necesidades de tratamiento, el número de huérfanos por el sida entre otras variables.

Con el propósito de valorar este escenario de la epidemia, de acuerdo a instrucciones de ONUSIDA, se actualizó la información que se iba a ingresar a la nueva versión de Spectrum 4.47; se realizó la adecuación de los datos para luego ingresarlos al software de Spectrum, se corrieron las curvas, se realizaron las respectivas calibraciones y se aplicó el análisis de incertidumbre, todo esto fue posible con el apoyo continuo de ONUSIDA. Los resultados arrojaron un valor de prevalencia de 0,52% con un cálculo estimado de 152.620 personas con VIH o sida entre adultos y niños. ([figura 13](#)).

Figura 13. Prevalencia estimada en población de adultos con VIH. Proyecciones y estimaciones 2011, Colombia.



Fuente. Estimaciones y proyecciones Spectrum 2011-ONUSIDA-MSPS versión 4.47

La representación gráfica 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.

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

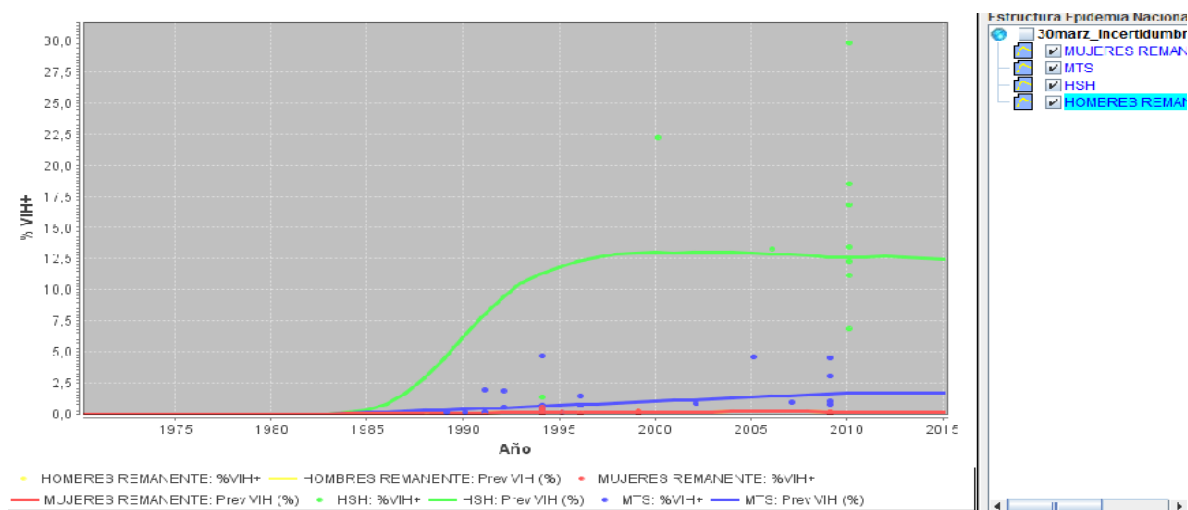
- Este cálculo se hizo con las versiones de Spectrum 4.47.
- Los grupos poblacionales incluidos fueron HSH, MTS, remanente de mujeres y de hombres.
- A partir de la estructura poblacional estimada por grupo y los estudios de prevalencia por lugar se generan los escenarios de ajuste para una epidemia de tipo concentrado y de acuerdo con la respuesta del mejor modelo se generan los datos de estimaciones en el Spectrum.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

- Aunque se cuenta con datos de UDIS, la recomendación fue no ingresar dado que solo se cuenta con un estudio fuerte en esta población.
- Se tienen limitaciones en la oferta de datos para las diferentes subpoblaciones incorporadas en el modelo.
- 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.

En relación a las curvas para cada subgrupo poblacional de los considerados en este modelaje, se aprecia un predominio notorio de HSH, 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 ([figura 14](#)).

Figura 14. Estimaciones de prevalencia de VIH/sida por poblaciones vulnerables. Modelaje EPP hasta 2014, Colombia.



Fuente. Estimaciones y proyecciones Spectrum 2011-ONUSIDA-MSP versión 4.47

En el 2011 se estimaron 10.800 nuevas infecciones en adultos ([figura 15](#)) y 189 en niños del país ([figura 16](#)).

Figura 15. Número de nuevas infecciones estimadas de VIH en adultos, 1973-2013, Colombia.

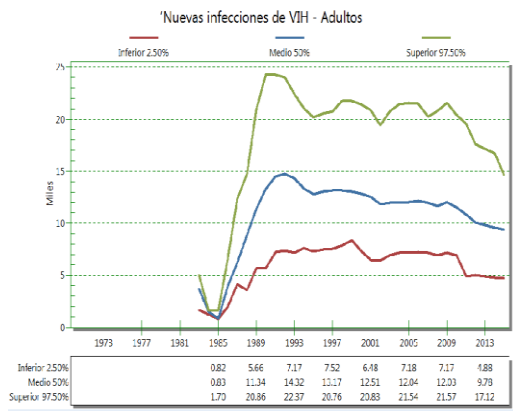
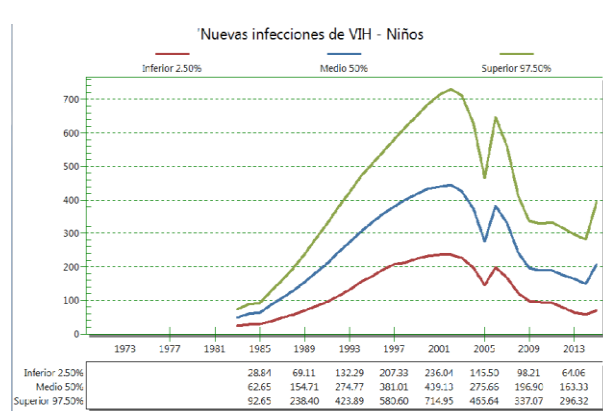


Figura 16. Número de nuevas Infecciones estimadas de VIH en niños, 1973-2013, Colombia.



Fuente. Estimaciones y proyecciones Spectrum 2011-ONUSIDA-MSP versión 4.47

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.

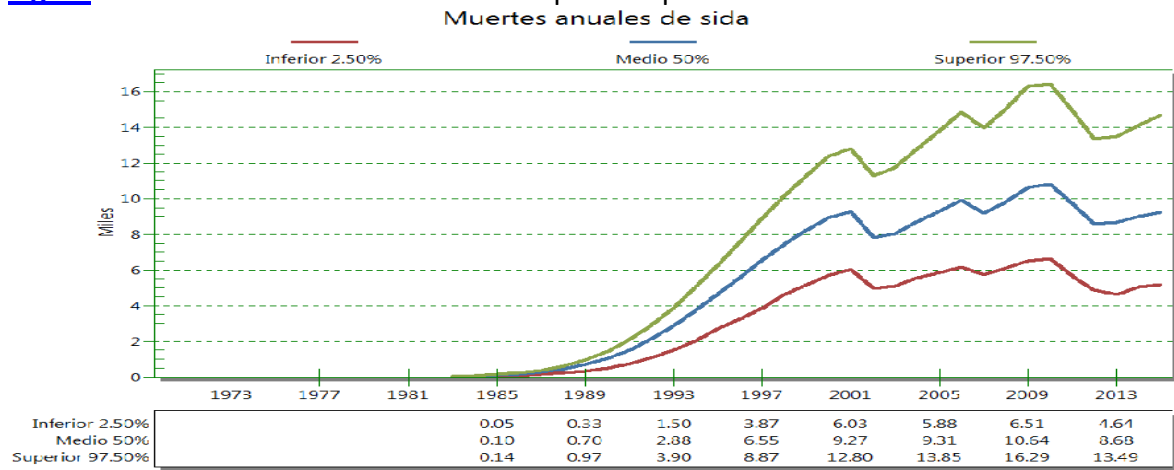
Se estimaron 5.650 (inferior 2,50%) muertes para el 2011 en toda la población ([figura 17](#)) y se estimó que 40.530 (límite inferior) personas necesitaban TAR. Se toma los datos del límite inferior ya que son mas consecuentes con lo encontrado en el país mediante la vigilancia del VIH y el reporte de indicadores al observatorio nacional de la gestión en VIH.

En población de 15 a 49 años para el 2011, la prevalencia estimada es igual a la de población general 0,52% ([figura 18](#)), se estiman 129.630 personas infectadas y 10.500 casos nuevos de VIH. También se estiman 50.820 personas que requieren TAR y 19.090 reciben tratamiento para una cobertura estimada de 37,5%. En los datos reportados al Observatorio Nacional de la Gestión en VIH se tienen reportados 30.001 personas en tratamiento en el año 2011 (a corte 28 de marzo de 2012), que corresponde al 66,3% de la población del país. Para estimar el denominador se cuentan todos los casos de sida

reportados más el 80% de los de VIH, alcanzando así una cobertura estimada de tratamiento ARV del 91% a la fecha. Por lo que se considera que el resultado de las estimaciones resultantes en spectrum no son acordes a la realidad del país, primero porque en Colombia se garantiza acceso universal al tratamiento y en segundo lugar la diferencia entre lo estimado y lo notificado difiere enormemente.

El número de casos estimados de muerte por sida, fue de 5.650 para toda la población; en adultos 5.480 (límite inferior). Se considera que este dato es acorde con la realidad del país. Dane que es la fuente oficial para conocer la mortalidad informa para el año 2009 2.343 muertes y si sumamos un 20% de mortalidad oculta estaría alrededor de 2.812 muertes reportadas y las restantes probablemente sean las que no se conocen oficialmente.

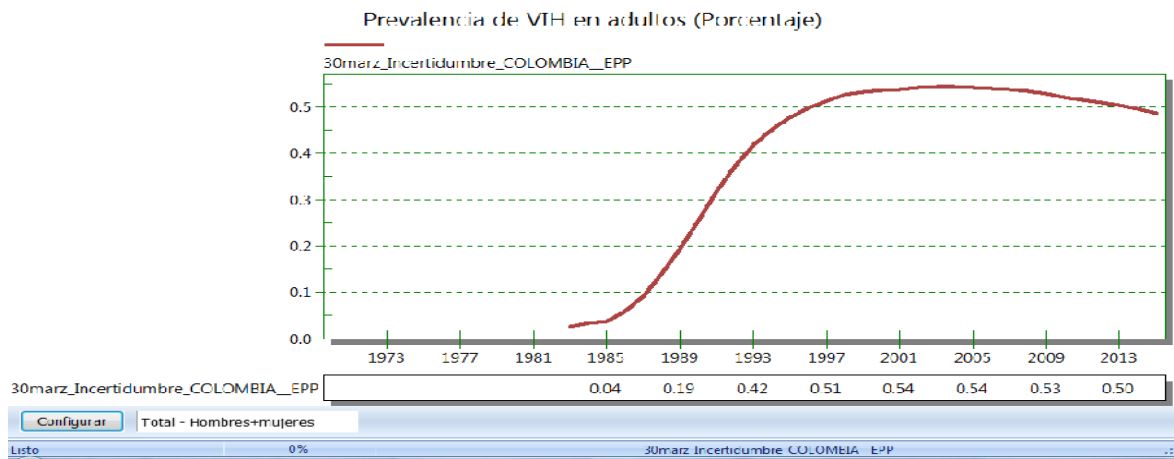
Figura 17. Número de muertes estimadas por año por Sida. Colombia 1973-2013



Fuente. Estimaciones y proyecciones Spectrum 2011-ONUSIDA-MSP versión 4.41

La prevalencia estimada en población de 15 a 49 años es similar a la de población general, un poco inferior a la estimada en el año 2010 que fue de 0,57%, razonable por ser un país con una epidemia concentrada.

Figura 18. Prevalencia estimada en población de 15 a 49 años, 2011, Colombia.



Fuente. Estimaciones Spectrum versión 4.47. Colombia 2011

RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

Con base en los cuatro objetivos definidos en el modelo de gestión programática, se ha continuado la implementación y fortalecimiento de las actividades desarrolladas por los diferentes actores involucrados en la respuesta nacional al VIH.

PREVENCIÓN.

Durante el período 2010-2011, se continuaron las acciones de trabajo directo con grupos de mayor vulnerabilidad (estudios de caracterización de conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH, entre otros), fortalecimiento del sistema de vigilancia en ITS - VIH/sida y de la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH, control de la sífilis gestacional y eliminación de la sífilis congénita, entre las que se destacan:

- Inclusión 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.
- Inclusión de indicadores en la Cuenta de Alto Costo de Colombia⁵ para mejorar el sistema de Monitoreo y Evaluación de la epidemia de VIH.
- Elaboración y publicación de las guías de prevención del VIH/sida en poblaciones en contexto de vulnerabilidad (HSH, Mujeres Transgénero, MTS, Jóvenes, Mujeres y Personas privadas de la libertad).

⁵ Cuenta de Alto Costo de Colombia (CAC) además de ser un Fondo Inter-EPS auto gestionado, que estabiliza el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo, es un Organismo Técnico no gubernamental del SGSSS que constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y Aseguradoras, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y la creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

- Diseño e implementación del Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita.
- Diseño y publicación de un manual y de un rotafolio de APV, dirigido a profesionales de la salud y ONG para brindar asesoría a las personas que soliciten la prueba de VIH.
- Realización de la guía de VIH en pediatría.
- Actualización de la guía de sífilis.
- Realización de dos estudios en VIH con referencia al seguimiento de casos de VIH y búsqueda de los niños y niñas a quienes no se les ha definido su situación diagnóstica frente al VIH y asistencia técnica a las entidades territoriales en Salud Sexual y Reproductiva y específicamente en el componente de ITS/VIH/Sida.
- Inclusión de pruebas rápidas para sífilis en el POS.
- Reubicación de las pruebas de tamizaje para VIH en el primer nivel de atención y de pruebas confirmatorias en el segundo nivel de atención.
- Compra de insumos para el funcionamiento de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH dirigido a las gestantes no afiliadas al sistema.
- Realización de alianzas con OPS, Instituto Nacional de Salud, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) y la Asociación de Empresas Gestoras del aseguramiento de la Salud (Gestarsalud) y el Ministerio de Salud y Protección Social para el logro de la eliminación del VIH y de la sífilis congénita.
- Diseño y producción de un plegable dirigido a la comunidad sobre VIH y sífilis.
- Diseño e implementación de la campaña “Personas distintas-derechos iguales” que apunta a reducir los niveles de estigma y discriminación hacia las poblaciones en contexto de vulnerabilidad.

Las guías de prevención en VIH/SIDA dirigidas a las poblaciones en mayores contextos de vulnerabilidad, son referentes para el país para llevar a cabo las acciones de prevención que están previstas en estas poblaciones con los recursos provenientes del Fondo

Mundial, 2012-2016. En el año 2011 se llevó a cabo un proceso en formación para el manejo de estas guías capacitando a 25 entidades territoriales y 294 profesionales de la salud y 95 ONG en enfoques de prevención en VIH basada en las perspectivas de derechos y de género y en los enfoques de vulnerabilidad y diferencial.

En materia de prevención en ITS se hizo una actualización a los profesionales de salud en el manejo sindrómico de las ITS, para mejorar la prevención y calidad de la atención brindada a las personas que consultan por cualquiera de estos eventos, y el registro de los mismos acorde a las normas nacionales.

Para fortalecer la oferta de prueba voluntaria en VIH en el marco de los SSR, como un aspecto estratégico en la prevención en ITS/VIH/SIDA y como puerta de entrada a la atención integral se capacitaron 663 profesionales de la salud entre los que están el personal de salud de los servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes así como los responsables de la atención a la gestante, cubriendo 25 entidades territoriales del país. Se construyó el documento de pautas para la realización de Asesoría y Prueba voluntaria (APV) para VIH con enfoque diferencial y de vulnerabilidad y el rotafolio de APV, con estas herramientas se formó a 15 universidades del país. A su vez 6 de estas universidades formadas capacitaron a 360 profesionales de la salud en APV.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE HIJO DEL VIH Y LA SÍFILIS

Para fortalecer la estrategia de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita, especialmente en las gestantes de mayor vulnerabilidad, se llevaron a cabo dos estrategias centrales: - Fortalecimiento a las entidades territoriales para la implementación de la estrategia en los servicios de salud para lo cual se capacitaron a 1.070 profesionales de 16 entidades territoriales y de las Administradoras de Planes de Beneficios y ONG para la prevención y atención integral de las gestantes infectadas con VIH y de sus recién nacidos. Así como la asistencia técnica a 9 entidades territoriales para la prevención y atención de la sífilis congénita y gestacional. Paralelamente se realizó la

adquisición y distribución de medicamentos e insumos de VIH/Sida, entre ellos formulas lácteas, reactivos para pruebas de tamizaje de Elisa y confirmatoria Western Blot y pruebas de seguimiento como carga viral, insumos que fueron distribuidos a las 36 entidades territoriales del país para garantizar la atención integral de las gestantes no aseguradas.

GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA EPIDEMIA PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL.

El país ha avanzado en la generación de conocimiento tendiente a producir evidencias para la formulación de estrategias de prevención ajustadas a los contextos y características de las poblaciones consideradas vulnerables frente al VIH, particularmente para mujeres, mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, habitantes de calle y usuarios de drogas de alto riesgo, a través del desarrollo de las investigaciones cualitativas y cuantitativas de comportamiento sexual y prevalencia, las cuales fueron desarrolladas, publicadas y socializadas en los años 2008, 2009, 2010 y 2011. Por otra parte, se dio la continuidad al proyecto "seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de reducción de la transmisión materno infantil del VIH y evaluación de acceso y calidad a la atención prenatal 2003-2010".

FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA LA PREVENCIÓN EN ITS/VIH/SIDA:

Durante el año 2010 se formaron 35 ONG y se contrataron a 11 ONG que trabajan con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres en contextos de vulnerabilidad, jóvenes en contextos de vulnerabilidad, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales, para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH/SIDA, estas organizaciones desplegaron a su vez en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Cali, Cúcuta, Bucaramanga, Armenia y Medellín acciones de

prevención incluyendo la promoción del uso del condón masculino, llegando a 20,000 personas con acciones de información, educación y comunicación.

Otro avance en el 2011 fue la realización de seis Talleres Regionales (dos en Bogotá y uno en las ciudades de Cali, Cartagena, Valledupar y Pasto) para la formación en guías de prevención y formulación de proyectos en prevención dirigidos a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad. A través de este proceso de formación se capacitaron a 178 personas de 95 organizaciones de la sociedad civil, incluida la Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VIHDA; ampliando así sus capacidades técnicas y gerenciales.

ACCESO A CONDONES COMO HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN:

Como parte de las estrategias de prevención en ITS/VIH/SIDA y la garantía de servicios en salud sexual y reproductiva se ha llevado a cabo el análisis para establecer las brechas que el país tiene para que la población en contexto de mayor vulnerabilidad acceda de manera más universal tanto al condón masculino como al femenino, llevando a espacios como el Concejo Nacional de SIDA, CONASIDA los correspondientes análisis, productos de las experiencias en otros países de la región, así como datos sobre uso del condón por parte de las poblaciones y las formas de acceder a ellos, información generada en las investigaciones realizadas en el marco de convenios con el Ministerio de Salud y Protección Social y el UNFPA, entre otras. En 2011 se avanzó en la construcción del Manual para la compra y distribución de condones masculinos. Para el año 2010 se hizo desde el nivel nacional la adquisición y distribución de tres millones de condones masculinos, los cuales han sido entregados a servicios de salud y organizaciones de la sociedad civil como un insumo para las estrategias de prevención.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Para reducir el estigma y la discriminación, y promover el uso de medidas preventivas entre las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, se implementó la estrategia de

comunicación “Personas Distintas, Derechos iguales” la cual cuenta con varias piezas de comunicación: videos de 6 historias de vida, comerciales, afiches, plegables, tarjetas, calcomanías, camisetas, botones, bolsos, polveras, labiales, sombras y cuadernos; materiales que fueron validados por grupos focales realizados en diferentes ciudades del país a través de la alianza estratégica con RCN radio y Radiandoweb de la Universidad Javeriana.

Igualmente se realizó gestión ante la Comisión Nacional de Televisión para la participación en medios masivos de nivel nacional y a través de medios universitarios se logró sensibilizar a la población en general con la estrategia “Personas Distintas, Derechos iguales”, mediante mensajes y contenidos de prevención del VIH/sida y reducción del estigma y discriminación. Actualmente se cuenta con la página web “derechosiguales.com” y redes sociales (facebook y twitter) micro medios virtuales que posibilitan el acceso a la información generada en marco de la prevención y cuidado de SSR y VIH/Sida. En esta estrategia se movilizaron en espacios públicos mensajes sobre la prevención de VIH, la reducción del estigma y discriminación a través de expresión artística y plástica como film minutos, fotografía, ciclo rosa académico, performance, intervención escultórica de sillas y grafitis entre otros. Así mismo, se fortalecieron las capacidades de la red nacional de mujeres populares "tejiendo VIHDA" con el diseño y puesta en marcha de la página web y la producción de papelería impresa para apoyar sus acciones encaminadas a la exigibilidad de los derechos en salud, incluidos la prevención en ITS/VIH/SIDA y el acceso a servicios en salud sexual y reproductiva.

El impacto logrado a través de esta estrategia “Personas distintas, Derechos iguales ” entre los años 2010 y 2011 fue de aproximadamente de 20 millones de personas a nivel nacional.

ATENCIÓN.

Al amparo de la legislación vigente en el país, se dio continuidad a los diferentes procesos desarrollados, entre ellos:

- Capacitación a los diferentes actores del SGSSS sobre las indicaciones para la realización de profilaxis en casos de exposición a riesgo ocupacional y no ocupacional, ofrecimiento de asesoría y pruebas voluntaria y la realización de profilaxis de acuerdo con los lineamientos de la guía de atención.
- Fortalecimiento de 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.
- Capacitación a los equipos de salud de las diferentes IPS, para promocionar la oferta apropiada de asesoría y prueba voluntaria (APV) para la detección de la infección por VIH/SIDA.
- Asistencia técnica y capacitación al recurso humano de los diferentes actores del sistema en el componente de ITS/VIH/Sida (Guía de atención integral a PVVS adultas)
- Realización del tercer encuentro nacional de gestión programática en ITS/VIH/Sida dirigido al personal de salud encargados de los programas.
- Capacitación a los trabajadores de la salud participantes en los procesos de detección de alteraciones del embarazo en la importancia de ofrecer a todas las mujeres la APV, garantizar la atención integral a la gestante viviendo con VIH/sida y manejo del recién nacido, así como a todas las personas en condición de vulnerabilidad.

TRATAMIENTO Y APOYO.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

El Modelo de Gestión Programática propone como elemento estratégico, la atención de las personas viviendo con el virus a través de programas de atención, coordinados por las entidades responsables del aseguramiento o que operan como administradoras de beneficios, para garantizar la adecuada, integral y oportuna atención de las personas infectadas de acuerdo con sus necesidades.

En Colombia mediante los diferentes tipos de aseguramiento se garantiza el acceso a diagnóstico y tratamiento integral a todas las personas que así lo requieran. Dentro del Plan Obligatorio de salud se garantiza terapia antirretroviral, seguimiento clínico y de laboratorio, acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones y si así lo requiere contempla la rehabilitación integral de las personas viviendo con el virus.

A corte del 31 de diciembre de 2010 a través del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH reportaron 17.820 casos de VIH, 13.104 casos de SIDA y 21.791 personas en TAR, asumiendo que el 80% de los casos de VIH reportados requieren tratamiento sumados a todos los casos de SIDA, la cobertura de tratamiento fue del 80% ([tabla 6](#)). El peso poblacional para el país fue del 61% teniendo en cuenta únicamente las DTS y EPS que reportaron en el segundo semestre de 2010. La cobertura de TAR del Régimen Contributivo fue 87,6% , 62,2% en el Subsidiado y 69,6% en población no asegurada.

Tabla 6. Cobertura de tratamiento antirretroviral por tipo de aseguramiento, Colombia, 2010

Tipo de aseguramiento	Está recibiendo TAR	Requiere TAR	Cobertura TAR
Sin afiliación	1.237	1.777	69,6%
Contributivo	16.021	18.295	87,6%
Subsidiado	4.533	7.287	62,2%
Total país	21.791	27.360	80,0%

Fuente. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH. Año 2010 (corte 01 septiembre 2011) .

Es necesario tener en cuenta que ésta cobertura de tratamiento tiene como denominador las personas identificadas y reportadas que se encuentran vivas con criterios de inicio de

tratamiento y no el denominador de personas estimadas con la infección, pues éste número de personas difícilmente se pondrán en tratamiento si no están diagnosticadas previamente. En realidad no existe tanto una brecha al tratamiento (que de alguna forma está garantizado a través del sistema de aseguramiento) como una brecha de acceso al diagnóstico, frente a la cual en el año 2011, se han tomado una serie de medidas que tienen como objeto reducir tal brecha tal como bajar al primer nivel de atención las pruebas de tamizaje para VIH.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Estrategia de monitoreo y evaluación (M&E), en Colombia, se ha desarrollado a través del Observatorio Nacional de la Gestión Programática en VIH/SIDA desde noviembre de 2006; mediante esta estrategia, el país logra mantener un sistema de información que posibilita la obtención de datos estandarizados, su análisis y consecuentes recomendaciones que permiten, progresivamente fortalecer las acciones de promoción y prevención y a la vez mejorar las condiciones existentes en la atención integral de las personas viviendo con el virus (PVV).

La vigilancia rutinaria mediante la notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida que apoya el Instituto Nacional de Salud permite monitorear la dinámica de la epidemia por regiones; la vigilancia centinela y de comportamiento ayuda a establecer el tipo de epidemia que maneja el país -epidemia concentrada- (estudios en HSH, MTS, UDI), estudios cualitativos (Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Vulnerabilidad a la Infección por VIH en Personas en Situación de Calle y contexto de vulnerabilidad al VIH/sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR)). El conjunto de las diferentes formas de vigilancia han permitido orientar las acciones de promoción, prevención y atención en el país.

Además en aras de garantizar una atención integral en las PVV, fortalecer la consecución del dato y garantizar el cumplimiento en el reporte de los indicadores por encima del 95% se hizo inclusión de éstos a la Cuenta de Alto Costo, en donde de forma obligatoria las Entidades Promotoras de Salud tanto del régimen contributivo como subsidiado deberán informar uno a uno los casos a quienes se les brinda atención integral del VIH/sida (Resolución 4725 de 2011).

El análisis de estos indicadores permitirá al Ministerio de Salud y Protección Social orientar nuevas acciones y fortalecer las que se vienen desarrollando en VIH/sida.

INDICADORES INDIVIDUALES DE SEGUIMIENTO A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

OBJETIVO 1. REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH A LA MITAD PARA 2015

Indicadores para la población general

Indicador 1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH ([tabla 7](#)).

Tabla 7. Porcentaje de 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.

Grupo	Edad	Muestra (N)	n	%	Municipio	Año
Hombres / Mujeres	14-26 (pre 2)* 14-26 (pre 4)*	567 567	476 415	83,95 73,19	Bogotá	2007
Hombres	13-24** 14-24**	101 54	19 9	18,81 16,67	Medellín Cali	2010
Mujeres	15-24*** 15-19*** 20-24***	16.860 9.100 7.760	4.063 1.866 2.196	24,10 20,51 28,30	Nación	2010
	13-24** 14-24**	66 106	16 39	24,24 36,79	Medellín Cali	2010 2010

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

Fuente: *Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá. Ligasida y otros. 2007 – **Caracterización población vulnerable 2010, MPS y Profamilia - *** ENDS 210-MPS y Profamilia

Indicador 1.2. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años ([tabla 8](#)).

Tabla 8. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años.

Grupo	Edad	Muestra (N)	n	%	Municipio	Año
Hombres / Mujeres	<18 años*	258	123	47,80%	Bogotá	2007
	18 + *	309	85	27,50%		
	Total 14-26*	567	208	33,60%		
Hombres	13-24**	101	55	54,46	Medellín	2010
	14-24**	54	31	57,41	Cali	
Mujeres	15-24**	66	17	25,76	Medellín	2010
	14-24**	106	18	16,98	Cali	
Mujeres	15-24***	16.860	2.300	13,64		2010

Fuente: *Los matices de la vulnerabilidad. SDS Bogotá, Ligasida y otros. 2007 – **Caracterización población vulnerable 2010, MPS – *** ENDS 2010-MPS y Profamilia

Indicador 1.3. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses ([tabla 9](#)).

Tabla 9. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses.

Grupo etario	Muestra (N)	n	%
15-19	4.527	222	4,90%
20-24	6.980	475	6,80%
25-29	7.023	344	4,90%
30-39	12.664	380	3,00%
40-49	12.192	207	1,70%

Fuente. ENDS 2010-MPS y Profamilia

Indicador 1.4. 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 10](#)).

Indicador 1.5. 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 11](#)).

Tabla 10. 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.

Grupo etario	Muestra (N)	n	%
15-19	443	197	44,5%
20-24	530	180	34,0%
25-29	361	119	33,1%
30-39	394	99	25,2%
40-49	209	56	26,7%

Fuente. ENDS 2010-MPS y Profamilia

Tabla 11. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Grupo etario	Muestra (N)	n	%
15-24	16.860	1.905	11,3%
15-19	9.100	737	8,1%
20-24	7.760	1.172	15,1%
25-29	7.327	1.011	13,8%
30-39	13.077	1.085	8,3%
40-49	12.554	427	3,4%

Fuente. ENDS 2010-MPS y Profamilia

Indicador 1.6. Porcentaje de jóvenes con edades de 15 a 24 años que viven con el VIH. Esta información se refiere a casos notificados en ese año por el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA. ([tabla 12](#)).

Tabla 12. Porcentaje de jóvenes con edades de 15 a 24 años que viven con el VIH.

Edad	Casos Notificados VIH/SIDA	Porcentaje
15 a 19 años	286	4,3
20 a 24 años	1.055	15,8
Total general	*6.687	20,1

*Total de casos notificados con VIH y sida. Año 2011 a corte 31 de diciembre de 2011.

Fuente: Casos notificados de VIH y Sida por SIVIGILA. INS. Año 2011

No se cuenta con el dato de jóvenes con edades de 15 a 24 años que viven con VIH.

Indicadores para los profesionales del sexo

Indicador 1.7. Porcentaje de profesionales del sexo que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH. ([tabla 13](#))

Tabla 13. Porcentaje de mujeres trabajadoras sexuales que participaron en actividades de información o educación en cuatro ciudades del país, 2008.

Ciudad	Muestra (N)	n	%
Medellín	1.221	219	17,9%
Cali	1.573	326	20,7%
Barranquilla	1.024	133	13,0%
Bucaramanga	896	315	35,2%
Total	4.714	993	21,1%

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

Estas actividades son de información, educación y comunicación.

Indicador 1.8. Porcentaje de profesionales del sexo que declaran haber utilizado un preservativo con su último cliente ([tabla 14](#)).

Tabla 14. Porcentaje de utilización del condón en la última relación sexual con un cliente

Ciudad	Muestra	n	%
Medellín	418	397	94,1%
Barranquilla	418	396	94,7%
Bucaramanga	418	393	94,0%
Cali	420	370	88,1%
Total	1.674	1.556	92,3%

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

Indicador 1.9. Porcentaje de profesionales del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados ([tabla 15](#)).

Indicador 1.10. Porcentaje de profesionales del sexo que viven con el VIH ([tabla 16](#)).

Indicador 1.11. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se beneficiaron de los programas de prevención del VIH (tabla 17, 18, 19, 20).

Tabla 15. Porcentaje de mujeres trabajadoras sexuales que solicitan voluntariamente las pruebas de VIH.

Ciudad	Muestra	n	%
Medellín	418	213	50,9%
Barranquilla	418	243	58,1%
Bucaramanga	418	221	52,8%
Cali	420	217	51,7%
Total	1.674	894	53,4%

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia 2008. Anexo 102, página 206.

Tabla 16. Prevalencia cruda de la infección por VIH de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas en cuatro ciudades de Colombia, 2008.

Ciudad	Muestra	Prueba Diagnóstica de VIH	
		Positiva	
		Frecuencia	Proporción
Medellín	418	5	1,19
Cali	420	7	1,67
Bucaramanga	418	16	3,82
Barranquilla	418	19	4,54

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

Tabla 17. Porcentaje de HSH ¿sabe donde puede acudir si desea hacerse la prueba del vih?, Colombia, 2010.

Ciudad	Barranquilla	Cartagena	Medellín	Pereira	Bogotá	Cali	Cúcuta
Sí	160	155	190	147	272	220	190
Total	217	196	241	208	344	253	234
Porcentaje	73,7	79,0	78,8	70,7	79,0	86,9	81,1

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados "Respondent-Driven Sampling" (RDS) -2010-

Tabla 18. Porcentaje de HSH ¿ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o un dispensario de salud sexual)"

Ciudad	Barranquilla	Cartagena	Medellín	Pereira	Bogotá	Cali	Cúcuta
Sí	286	218	248	219	309	230	191
Total	327	336	331	327	465	322	333
Porcentaje	87,4	65,8	74,9	66,9	66,4	71,4	57,3

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados "Respondent-Driven Sampling" (RDS) -2010-

Tabla 19. Porcentaje de HSH que dieron respuesta positiva a las preguntas : ¿sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?" y ¿ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o un dispensario de salud sexual)".

Ciudad	Barranquilla	Cartagena	Medellín	Pereira	Cali	Cúcuta
Sí a las dos preguntas	207	196	235	203	247	229
Total	353	354	354	351	338	356
Porcentaje	58,6	55,4	66,4	57,8	73,1	64,3

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados "Respondent-Driven Sampling" (RDS) -2010-

Tabla 20. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que participaron en actividades de información o educación sobre VIH/sida en los últimos 12 meses en siete ciudades de Colombia, 2010.

Característica	Barranquilla			Cartagena			Medellín			Pereira			Bogotá			Cali			Cúcuta		
	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)
Participación en actividades de información o educación sobre VIH/sida en los últimos 12 meses																					
Si		98	26,1 (19,8-33,1)		103	28,9 (22,3-36,1)		124	29 (23,6-36,9)		89	23,3 (16,6-30,1)		136	25,6 (20,5-31,2)		91	25,1 (19,6-31,7)		86	22,6 (17,7-31)
No	345	247	73,9 (66,9-80,2)	315	212	71,1 (63,9-77,7)	342	218	71 (63,1-76,4)	338	249	76,7 (69,9-83,4)	483	347	74,4 (68,8-79,5)	327	236	74,9 (68,3-80,4)	344	258	77,4 (69-82,3)
Entidades que le han brindado actividades de información o educación en VIH/sida																					
Hospital/Centro de salud		23	28,4 (15,5-42,3)		18	16,9 (9-26,8)		38	33,8 (22,3-46)		33	35,3 (20,9-49,8)		42	31,1 (21-40,8)		22	32,3 (19-44,8)		30	32,5 (18,4-47)
ONG	98	48	34,6 (23,6-50,1)	103	77	75,8 (66-85,5)	124	55	45,9 (32-58,6)	89	27	25,6 (14,2-37,8)	136	65	39,9 (30,5-53,7)	91	53	53 (39,5-68,6)	86	44	58,8 (43,6-73,4)
Otros		45	51,2 (36,7-64,7)		19	15,5 (7,2-24,6)		51	39,1 (28,5-52,5)		45	55,4 (41,7-70,3)		52	44,7 (32,2-55,8)		36	40,2 (26,6-52,6)		34	38,1 (22-49,5)

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados "Respondent-Driven Sampling" (RDS) –Colombia-2010

Indicadores para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Indicador 1.12. Porcentaje de hombres que declaran haber utilizado un preservativo la última vez que practicaron sexo anal con otro hombre (tabla 21).

Tabla 21. Última relación sexual en HSH en Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta. Colombia – 2010.

Uso del condón en la última relación sexual	Barranquilla			Cartagena			Medellín			Pereira		
	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	N	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)
Si	350	198	53,8 (46,5-61,7)	350	175	47,9 (40,9-55,2)	349	174	46,2 (39,2-54,1)	345	204	59,1 (50,6-66,2)
No		152	46,2 (38,3-53,5)		175	52,1 (44,8-59,1)		175	53,8 (46-60,8)		141	40,9 (33,8-49,4)
	Bogotá			Cali			Cúcuta					
	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)			
Si	485	283	59 (53,1-65,3)	333	211	62,5 (55,3-69,8)	350	193	55,6 (48,5-63,5)			
No		202	41 (34,7-46,9)		122	37,5 (30,2-44,7)		157	44,4 (36,5-51,5)			

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados “Respondent-Driven Sampling” (RDS) -2010-

Indicador 1.13. Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres que se ha sometido a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados (tabla 21).

Tabla 21. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados.

Prueba del VIH en los últimos 12 meses	Barranquilla			Cartagena			Medellín			Pereira		
	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)
Si	345	78	20,7 (15,2-26,5)	315	52	13,6 (9,3-18,6)	342	124	30,7 (23,2-38,2)	338	93	21,7 (16,2-28,0)
No		267	79,3 (73,5-84,8)		263	86,4 (81,4-90,7)		218	69,3 (61,8-76,8)		245	78,3 (72-83,8)
	Bogotá			Cali			Cúcuta					
	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)	N	n	% ajustado (IC 95%)			
Si	483	125	24,7 (19,7-30,5)	327	78	21,9 (17-28,1)	344	63	16,4 (10,5-21,1)			
No		358	75,3 (69,5-80,3)		249	78,1 (71,9-83)		281	83,6 (78,9-89,5)			

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados “Respondent-Driven Sampling” (RDS) -2010-

Indicador 1.14. Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH ([tabla 22](#)).

Tabla 22. Prevalencia de VIH/Sida en hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres de siete ciudades de Colombia, 2010.

CIUDAD	PREVALENCIA GENERAL DE INFECCIÓN POR VIH		
	N	n	% Ajustado (IC 95)
Barranquilla	350	49	13.6 (8.9-19.7)
Cartagena	350	32	10 (5.9-14.7)
Medellín	349	39	9.1 (5.1-14.2)
Pereira	345	26	5.6 (2,7-8,7)
Bogotá	485	79	15 (10,9-19,9)
Cali	333	76	24,1 (18,1-30,4)
Cúcuta	350	28	10,9 (6,8-16,4)

Fuente. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados “Respondent-Driven Sampling” (RDS) -2010-

OBJETIVO 2. REDUCIR A LA MITAD LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES PARA 2015.

Indicador 2.1. Número de jeringa distribuidas por persona anualmente entre los usuarios de drogas inyectables como parte de los programas de agujas y jeringas.

SIN DATO

Indicador 2.2. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber utilizado un preservativo durante la última relación sexual ([tabla 23](#)).

Indicador 2.3. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber utilizado equipos de inyección esterilizados la última vez que hicieron uso de dichas drogas.

SIN DATO

Tabla 23. Frecuencia de uso del condón en UDIS en los contactos sexuales con sus pareja permanente del sexo opuesto, Medellín-Pereira. Colombia - 2010

Frecuencia de uso del condón	Medellín		Pereira	
	Estimación proporcional de la población	IC	Estimación proporcional de la población	IC
Ocasionalmente	19,4%	11,7 – 25,2	18,8%	11,3 – 26,8
La mitad del tiempo	2,5%	0 – 5,2	4,5%	0,9 – 8,6
La mayoría del tiempo	7,7%	2 – 11,6	10,4	4,6 – 19,3
Siempre	21,5%	14,3 – 28,1	17,5%	9,2 – 24,7
Nunca	48,9%	42,4 - 61	48,8%	39,5 – 58,8

Fuente. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. CES-UNODC-MSP. 2010. p. 50

Indicador 2.4. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados ([tabla 24](#)).

Tabla 24. Porcentaje de poblaciones UDIS que se han realizado una prueba del VIH en los 12 últimos meses y conoce su resultado.

Población UDI que se ha realizado una prueba en los últimos 12 meses	Hombre		Mujer	
Menor de 25 años	275	51,9%	25	4,7%
De 25 años y mas	216	40,8%	14	2,6%
Total	491	92,6%	39	7,4%

Fuente. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. CES-UNODC-MSP. 2010.

Indicador 2.5. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH ([tabla 25](#)).

Tabla 25. Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según estado de VIH. Medellín-Pereira, Colombia - 2010.

VIH	Medellín		Pereira	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Estimación proporcional de la población	3,8%	96,2%	1,9%	98,1%
Estimación proporcional de la muestra	2,1%	97,9%	2,0%	98,0%
IC Limite Inferior	0,8%	92,9%	0,5%	96,3%
IC Limite Superior	7,1%	99,2%	3,7%	99,5%

Fuente: Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. CES-UNODC-MSP. 2010. p. 64

OBJETIVO 3. ELIMINAR LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH PARA EL 2015 Y REDUCIR SUSTANCIALMENTE LAS MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA.

Indicador 3.1. Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento con antrirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil ([tabla 26](#)).

Tabla 26. Porcentaje de mujeres seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.

Año	No. Reciben TAR	No. Gestantes seropositivas	%
2009	508	677	75%
2010	531	690	77%
2011	*288	583	*49%

*La corte del año 2011 termina el 31 de diciembre de 2013. Dato preliminar.

Fuente. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH- Estrategia de TMI del VIH. Minsalud

Indicador 3.2. Porcentaje de bebés con madres seropositivas que se han sometido a una prueba del VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento ([tabla 27](#)).

Tabla 27. Porcentaje de bebés con madres seropositivas que se han sometido a una prueba viral del VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento.

Año	No	%
2009	272	56%
2010	275	56%
2011	*87	*66%

*La corte del año 2011 termina el 31 de diciembre de 2013. Dato preliminar.

Fuente. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH- Estrategia de TMI del VIH. Minsalud

Indicador 3.3. Transmisión materno-infantil del VIH ([tabla 28](#)).

Tabla 28. Transmisión materno infantil del VIH

Año	%
2008	5,8%
2009	4,9%

Fuente. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH- Estrategia de TMI del VIH. Minsalud

OBJETIVO 4. LOGRAR QUE 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH SIGAN UN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES PARA 2015.

Indicador 4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben tratamiento antirretroviral ([tabla 29](#)).

Tabla 29. Cobertura de tratamiento antirretroviral por tipo de aseguramiento, Colombia, 2010

Tipo de aseguramiento	Está recibiendo TAR	Requiere TAR	Cobertura TAR
Sin afiliación	1.237	1.777	69,6%
Contributivo	16.021	18.295	87,6%
Subsidiado	4.533	7.287	62,2%
Total país	21.791	27.360	80,0%

Fuente. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH segundo semestre 2011 (corte 01 septiembre)

Indicador 4.2. Porcentaje de adultos y niños seropositivos que continúan con el tratamiento 12 meses después del inicio de la terapia antirretrovírica.

SIN DATO

OBJETIVO 5. REDUCIR A LA MITAD LAS MUERTES A CAUSA DE TUBERCULOSIS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN CON EL VIH PARA 2015.

Indicador 5.1. Porcentaje aproximado del número de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que ha recibido tratamiento para la tuberculosis y para el VIH.

Tabla 30. Casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento para TB y VIH, Colombia, 2011.

AÑO	PORCENTAJE
2009	227 (28%)
2010	447 (51%)
2011	218 (49%) Dato con el 60% de la información 2011.

Fuente. Programa Nacional de tuberculosis. Ministerio de Salud y Protección Social. Corte a marzo 2012.

OBJETIVO 6. ALCANZAR UN NIVEL SIGNIFICATIVO DE INVERSIONES POR AÑO A NIVEL MUNDIAL (22.000-24.000 MILLONES DE DÓLARES ESTADOUNIDENSES) EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS.

Indicador 6.1. Gasto nacional e internacional en aspectos relacionados con el Sida, por categorías y fuentes de financiación.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

A continuación se presenta un resumen del ejercicio financiero relacionado con la valoración del gasto asociado al VIH/sida en Colombia durante 2009-2011. La [tabla 31](#) presenta el valor total del gasto para el período.

Tabla 31. Distribución anual del gasto total para la respuesta al VIH/sida en pesos y dólares, Colombia, 2009-2011

Año	COP*	USD**	TRM*** PA
2009	227.295.043.636	105.410.238,71	2.156,29
2010	220.337.593.229	116.096.082,09	1.897,89
2011	254.793.798.086	137.862.749,69	1.848,17

* COP= pesos colombianos - ** USD=dólares de los Estados Unidos - *** TRM: Banco de la República - Cotización del dólar de los Estados Unidos

Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

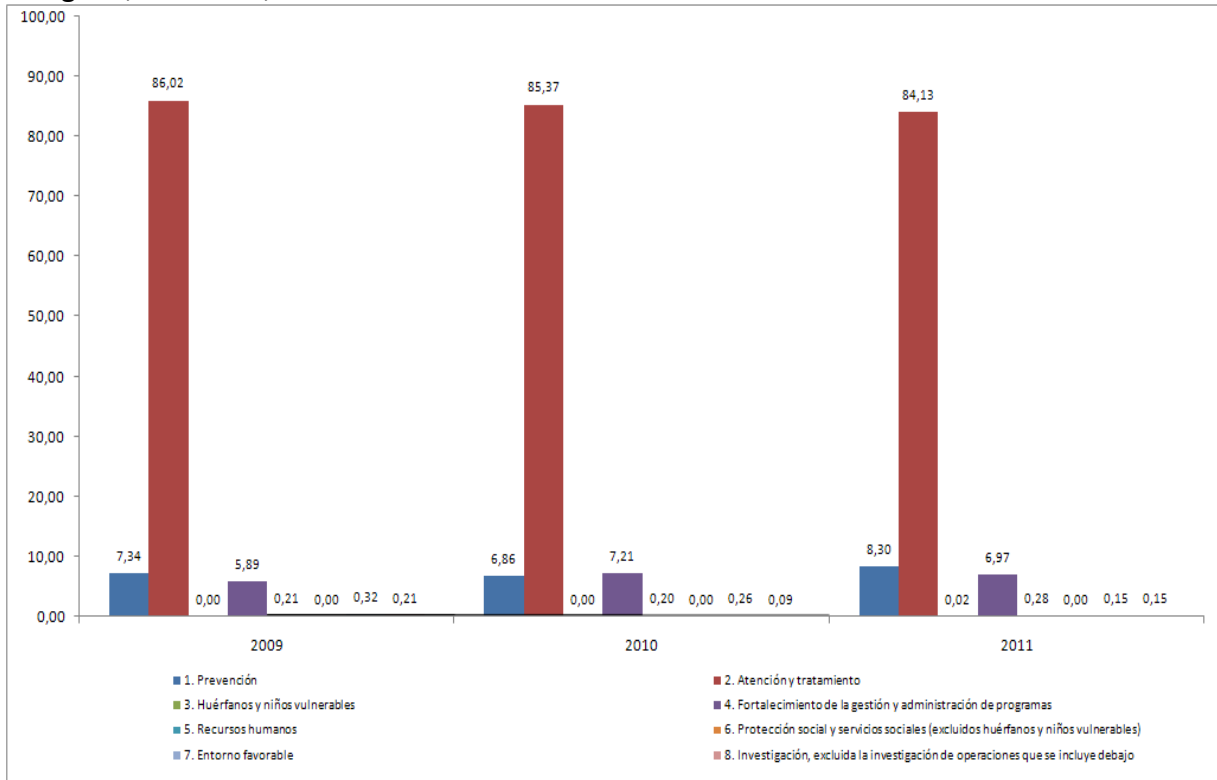
La [tabla 32](#) y la [figura 19](#), muestran la distribución del gasto de acuerdo con las categorías establecidas; la mayor concentración se encuentra en la categoría de Atención y tratamiento, en 2009 (86,02%), 2010 (85,37%) y 2011 (84,13%).

Tabla 32. Distribución del gasto para la respuesta nacional en VIH/sida por categoría, Colombia, 2009-2011

Categorías del gasto	COP	USD	COP	USD	COP	USD
1. Prevención	16.682.986.559	7.736.894	14.691.355.336	7.740.889	20.508.799.093	11.096.814
2. Atención y tratamiento	195.528.995.526	90.678.432	182.735.627.486	96.283.571	207.979.246.258	112.532.530
3. Huérfanos y niños vulnerables	120.000	56	157.500	83	60.187.500	32.566
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	13.398.967.149	6.213.898	15.434.058.531	8.132.220	17.222.528.135	9.318.693
5. Recursos humanos	468.801.306	217.411	431.071.312	227.132	696.534.987	376.878
6. Protección social y servicios sociales (excluidos huérfanos y niños vulnerables)	5.932.000	2.751	7.240.000	3.815	11.960.000	6.471
7. Entorno favorable	734.266.101	340.523	561.519.548	295.865	373.343.414	202.007
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones	474.974.995	220.274	200.350.010	105.565	366.114.374	198.096

Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

Figura 19. Distribución porcentual del gasto para la respuesta nacional en vih/sida por categoría, Colombia, 2011



Las fuentes Públicas son las más representativas en el periodo reportado para el país, seguida de las privadas, sin embargo las fuentes del gasto internacionales no reportaron datos para el periodo (tabla 33).

Tabla 33. Inversión por fuente de financiación, distribución anual en pesos colombianos, Colombia 2009-2011

Año	Públicas	Internacionales	Privadas
2009	189.285.131.478		38.009.912.158
2010	171.320.949.751		49.016.643.478
2011	197.039.730.577		57.754.067.509

Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

Respecto a la participación de las fuentes públicas, la seguridad social es la fuente del gasto más representativa con un promedio de participación del 90,0% con relación al 8,5% de las sub-nacionales y un 1,5% de las centrales nacionales (tabla 34, 35 y figura 20).

Tabla 34. Participación de las fuentes públicas, distribución anual en pesos colombianos al VIH/sida, Colombia, 2009-2011

Año	Centrales Nacionales	Sub Nacionales	Seguridad Social	Total
2009	2.997.557.579	17.023.062.225	169.264.511.674	189.285.131.478
2010	1.961.285.714	14.910.306.759	154.449.357.278	171.320.949.751
2011	3.037.554.860	15.795.550.625	178.206.625.092	197.039.730.577

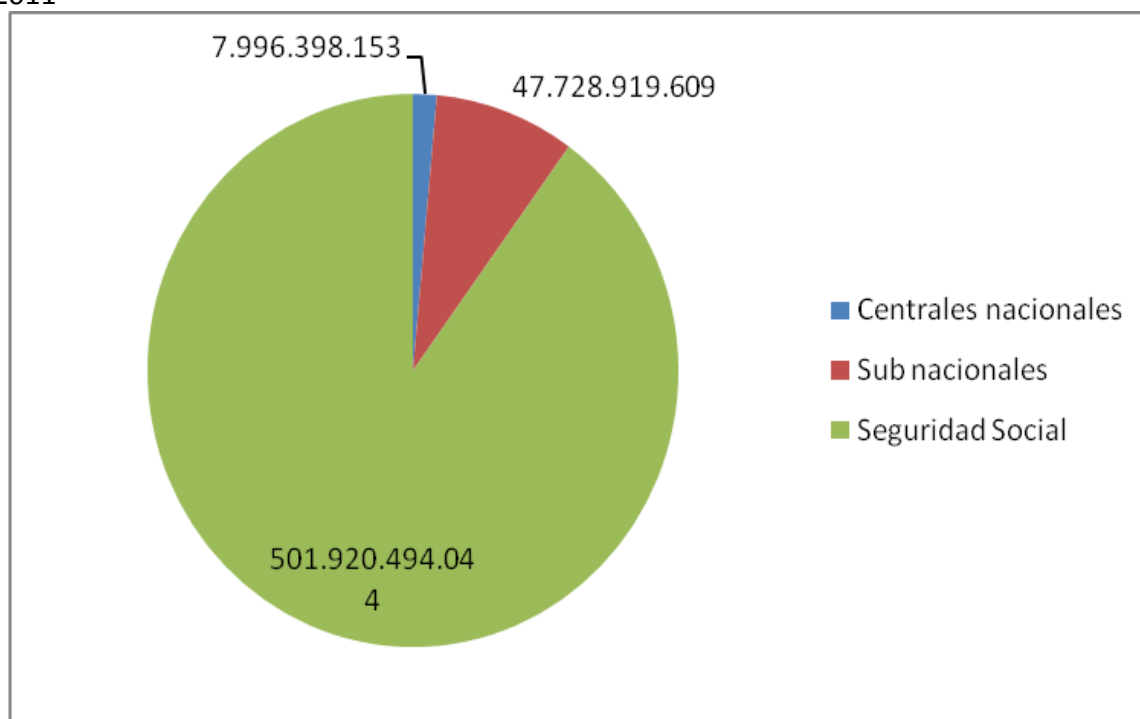
Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

Tabla 35. Porcentaje de participación de las fuentes públicas al VIH/sida, Colombia, 2009-2011

Año	Centrales Nacionales %	Sub Nacionales %	Seguridad Social %
2009	1,58	8,99	89,42
2010	1,14	8,7	90,15
2011	1,54	8,02	90,44

Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

Figura 20. Gasto total de las fuentes públicas en VIH/sida, valores en COP, Colombia 2009-2011



Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

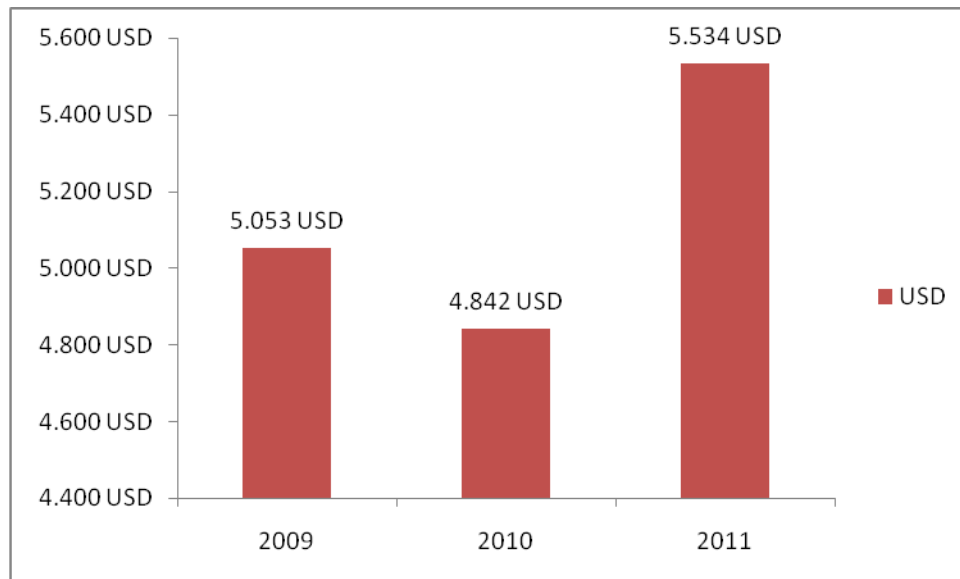
La mayor inversión per cápita se realizó en el 2011 ([tabla 36](#) y [figura 21](#)).

Tabla 36. Inversión per-cápita. Distribución anual en pesos colombianos y dólares, Colombia, 2009-2011

Año	Población	Inversión	Inversión per-cápita
2009	44.978.832	227.295.043.636	5.053 USD
2010	45.509.584	220.337.593.229	4.842 USD
2011	46.044.601	254.793.798.086	5.534 USD

Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

Figura 21. Gasto per cápita para la respuesta nacional al VIH/sida, distribución anual en COP, Colombia, 2009-2011



Fuente. Base de datos Matriz Financiera Colombia UNGASS 2012 MSPS, marzo de 2012

OBJETIVO 7. FACILITADORES Y SINERGIAS ESENCIALES CON LOS SECTORES DE DESARROLLO.

Indicador 7.1. Compromisos nacionales e instrumentos políticos en materia de prevención; tratamiento; atención y apoyo; derechos humanos; participación de la sociedad civil; género; programas en el lugar de trabajo; estigma y discriminación; y, seguimiento y evaluación.

Indicador 7.1.1. Índice compuesto de política nacional. – ICPN Parte B. Representantes Organizaciones de la sociedad civil y Organización de las Naciones Unidas.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

En el mes de enero de 2012 se revisaron los contenidos necesarios para la aplicación de esta parte del informe de avance en la lucha contra el sida 2012. 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.

De manera complementaria se hizo una búsqueda y actualización del directorio de organizaciones no gubernamentales (sociedades representativas en el país: delegados de Sociedad Civil ante el Mecanismo Coordinador de País y Consejo Nacional de Sida) como representantes oficiales para la socialización y distribución de dicho instrumento a las diferentes organizaciones del país y a las agencias de Naciones Unidas. Dicho instrumento se difundió a las diferentes organizaciones de Sociedad Civil mediante correo electrónico, se colgó en la página del observatorio de VIH del MSPS y adicionalmente, se solicitó apoyo para su difusión a ONUSIDA.

La fecha de entrega del informe establecida fue el 14 de febrero de 2012, debido a la baja respuesta se amplió el plazo al 21 de marzo.; con base en 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.

Se obtuvo dos respuestas de sociedad civil: Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH (Oswaldo Rada) y la Fundación María Fortaleza; y, de las cuatro Agencias de Naciones Unidas: UNICEF, OPS, UNFPA y ONUSIDA.

A continuación se presenta el análisis de las preguntas planteadas:

- ¿En qué grado ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales? A uno le pareció que la contribución ha sido regular sugiriendo la

mayor participación de la Sociedad Civil en los procesos. UNICEF refiere estar en un proceso de fortalecimiento a través de los espacios como la mesa, la red escala de vida y aleja la ignorancia para que a corto plazo los niños y niñas puedan intervenir en estos espacios.

- ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente (p.ej., asistiendo a reuniones de planificación y a la revisión de borradores)? tres organizaciones le dieron puntaje de 1, una de 3 y una de 4, manifiestan que hace falta presupuesto para el desplazamiento de activistas de las diferentes regiones hacia la capital y que hay muy baja participación en reuniones virtuales.
- ¿En qué grado se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en, lo califican entre 1 y 4, manifiestan que falta apoyo económico a la Sociedad Civil para cumplir con sus acciones y que muchas de estas le corresponden al Estado.
- ¿En qué grado se incluye a la Sociedad Civil en las tareas de V+E de la respuesta al VIH? Una lo calificó como bajo y las restantes oscilaron entre 1 y 3 puntos, al igual que con lo relacionado a la participación en los comités de vigilancia epidemiológica y en el uso de datos para la toma de decisiones, refieren que la participación es baja y las reuniones virtuales no funcionan.

La representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH el 66,6% la consideran alta y participan en espacios como el MCP, el CONASIDA.

En lo referente al acceso de sociedad civil a recursos para ejecutar actividades relacionadas con el VIH es regular, solo una persona lo considera alto, y manifiestan que el proyecto del Fondo Global fortalece a la Sociedad Civil, además UNICEF ha apoyado proyectos de organizaciones con trabajo en niños y adolescentes con VIH en las ciudades de Bogotá, Cali, Barranquilla, Cúcuta, Medellín, Villavicencio y Manizales.

En cuanto a programas que proporciona la Sociedad Civil refieren que dos de ellas lo ofertan en el rango de 25 a 50%, dos entre el 51 al 75%, similar comportamiento se presenta en lo relacionado con personas que viven con VIH, HSH, UDI, profesionales del sexo y tan solo una apoya acciones en población trans. También apoyan en un mediano grado acciones de asesoramiento y pruebas, reducción de estigma y discriminación, en menos del 25% servicios clínicos y acciones domiciliarias.

Consideran que los esfuerzos destinados a aumentar la participación de Sociedad Civil es alta (66,6%), y el apoyo es a través de fondo global, el mecanismo coordinador intersectorial mediante la reunión nacional y las reuniones programadas con redes de trabajo en VIH, ya que mediante éstas se logran puntos de acuerdo, participación en las instancias nacionales y veeduría social.

Refieren que hay problemas pendientes de resolver como la falta de un programa nacional de sida, la sostenibilidad de los proyectos, la baja participación regional y consideran que hay que fortalecer el apoyo de las agencias de cooperación y lograr un cambio generacional en el liderazgo.

El 83,3% de los que respondieron el ICPN consideran que el gobierno ha facilitado la participación de personas que viven con el virus y las otras sub poblaciones vulnerables en formulación de políticas y en la ejecución de programas gubernamentales sobre el VIH.

Consideran en su mayoría que el país si cuenta con leyes y reglamentaciones que protegen a ciertas poblaciones claves y otras poblaciones vulnerables de la discriminación. Sin embargo, consideran que aún falta apoyo frente a grupos como internos en prisiones, profesionales del sexo, UDI entre otros.

El 66,6% de los que respondieron el ICPN conocen que el país si dispone de una ley general contra la discriminación (Ley 1482 de 2011). Consideran que aún es poco difundida esta ley. Las opiniones frente a que si en el país existen leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en poblaciones vulnerables es dividida (3/3) y refieren que las poblaciones afectadas son los internos en prisiones, las PVV, profesionales del sexo y UDI. También hacen referencia al código penal Ley 1220 de 2008, en un artículo sanciona a las personas con VIH por diseminación de la epidemia, esto comentan que aleja a las personas de los servicios de prevención y del acceso a la prueba. Una sola organización considera que la falta de inclusión de medidas preventivas en el POS pueden ser un obstáculo.

El 100% manifiesta que el país cuenta con una política o ley para reducir la violencia contra las mujeres (Ley 1257 de 2008). Además todos refieren que existe el decreto 1543 de 1997 en donde explícitamente se establecen deberes y derechos de las PVV y la prohibición de realizar pruebas para el ingreso al trabajo o estudio. También existe el modelo de atención para víctimas de abuso sexual y se ha hecho énfasis en la protección de las mujeres.

El 66,6% de los que respondieron a la encuesta del ICNP consideran que si existe un mecanismo que registre y documente casos de discriminación refiriéndose a la Defensoría del Pueblo y las acciones de tutela aunque manifiestan que aún falta implementación de los procedimientos.

Refieren que el país si tiene establecida una política de gratuidad para los servicios de tratamiento antirretroviral, servicios de prevención de VIH e intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH, pero que no se cumplen a cabalidad. El acceso es para toda la población sin discriminación de sexo u otra consideración (Plan Obligatorio de Salud POS y la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Aunque existen todos los soportes jurídicos (decreto 1543 de 1997), consideran que aún se siguen haciendo pruebas sin consentimiento informado y que están generando despidos a los trabajadores. Además, aunque existe una política de acceso universal a tratamiento antirretroviral hacen faltas mecanismos de control para hacer seguimiento al acceso oportuno y continuo del medicamento.

El 66.6% consideran que sí existen mecanismos de vigilancia que aseguran el respeto de los derechos humanos como la Defensoría del Pueblo y ONG que trabajan en DDHH. En los dos últimos años se han desarrollado por parte del Estado programas para educar y sensibilizar a las PVV y las poblaciones vulnerables .

La mitad de los respondientes consideran que en el país están disponibles servicios de apoyo jurídico que ofrecen servicios de asesoría, además de la existencia de programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación y refieren las campañas.

Califican a las políticas y leyes existentes en el país como buenas en un rango de 6 a 9 puntos, uno de ellos considera que son deficientes porque falta visibilizar el tema en población general para mejorar el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la calificación referente a los esfuerzos de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con derechos humanos en el 2011 está entre regular 3 puntos a buena 6 puntos. Puntualizan en difundir la norma, fortalecer las asistencias técnicas y garantizar sostenibilidad en los procesos.

En cuanto a aspectos de prevención el 50% señala que se han identificado las necesidades específicas como la culminación del nuevo plan nacional de respuesta, garantizar mayor capacidad institucional y servicios diferenciados y continuar con la participación en los subcomités del CONASIDA.

Respecto a la calificación que le dan a los esfuerzos realizados en la ejecución de programas de prevención de VIH en el año 2011va en un rango de 3 a 8 puntos, entre regular y bueno, consideran que aunque se implementaron las guías para población vulnerable, considera uno de ellos que el presupuesto es deficiente que se requiere de un programa de sida y mayor participación a nivel local.

En cuanto al tratamiento, atención y apoyo el 50% de los respondientes refieren que el país ha identificado elementos esenciales necesarios en estos servicios; que se ha priorizado en las guías de atención integral, el trabajo en HSH y en las acciones definidas en el modelo de gestión programática. Finalmente consideran que se están ampliando los servicios de tratamiento y atención a través del proyecto del Fondo Global, pero uno de ellos refiere que por hacer énfasis en población vulnerable se está dejando a un lado el tema de mujer.

En su mayoría consideran que en el país se dispone de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH como TAR, Diagnóstico, profilaxis, asesoría entre otros.

Los respondientes califican entre 4 y máximo 8 puntos la implementación de programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011. Consideran que los principales logros son la capacitación en APV, uso de pruebas rápidas, actualización del POS, pero uno de ellos considera faltan esfuerzos y voluntad política.

Finalmente, refieren que el país no cuenta con una política o estrategia para abordar las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables.

Indicador 7.1.2. Índice Compuesto de Política Nacional. – ICPN. Parte A. Funcionarios Gubernamentales

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

En el mes de enero de 2012 se revisaron los contenidos necesarios para la aplicación de esta parte del informe de avances en la lucha contra el sida 2012, se diseñó un instrumento en formato PDF para facilitar el diligenciamiento.

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 MSPS. De manera complementaria se consultó a los integrantes del grupo técnico que trabaja en las diferentes áreas de VIH, en calidad de consultores del MSPS.

Con el apoyo de una consultora de la dirección de Promoción y Prevención se dio respuesta a los diferentes componentes del instrumento para luego ponerlo a consideración en el mes de marzo en reunión de validación donde participaron diferentes instituciones (INS, UNFPA, ONUSIDA y grupo de consultores de VIH del MSPS).

Este instrumento posteriormente se envió por correo electrónico para que sea revisado en detalle por cada uno de los asistentes a la reunión y otras instituciones que en ese momento no pudieron asistir (Ministerio de Educación Nacional, UNICEF, OPS) y hagan los comentarios pertinentes para hacer los ajustes necesarios. 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.

Tanto el documento ICPN A y B se anexaron en archivos independientes al documento y fueron enviados a ONUSIDA vía correo electrónico para que sean difundidos a todos los actores, además el ICPN fue colgado en la página del observatorio de VIH de la web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Indicador 7.1.3. Índice Compuesto de Política Nacional. – ICPN. Parte A. Funcionarios Gubernamentales.

Este instrumento fue respondido por el equipo de trabajo en VIH del Ministerio de Salud y Protección Social.

Colombia cuenta con el CONASIDA establecido por el decreto 1443 de 1997, como instancia intersectorial que impulsa las acciones contenidas tanto en el Modelo de Gestión Programática en VIH (Resolución. 3442 de 2006), como los Planes Nacionales de Respuesta al VIH / SIDA. El CONASIDA se reúne con una periodicidad trimestral. Por otra, parte el MCP (Mecanismo Coordinador de País) funciona como instancia multisectorial que incluye a 25 organizaciones, se encarga del seguimiento al proyecto VIH, financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, en 9a. ronda.

Los organismos responsables del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH son: el MSPS, ICBF, MEN, INS, Comisión Nacional de Televisión y el Instituto de Vigilancia y control de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

En el marco estratégico se contempla el trabajo con personas en contexto de vulnerabilidad como Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres, Mujeres Trabajadoras Sexuales, gestantes infectadas por VIH, hijos e hijas de mujeres infectadas por VIH, habitantes de calle, personas privadas de la libertad, mujeres trans, desplazados y víctimas de desastres, personas en tratamiento por TB, usuarios de drogas IV, víctimas de violencia sexual y jóvenes en contexto de vulnerabilidad.

También se cuenta con objetivos formales de programa, hay un presupuesto claro de costos del área programática y se tiene en cuenta la participación de sociedad civil en espacios como el CONASIDA y el MCP. Desde el MSPS se cofinanció el encuentro de redes

en el mes de septiembre de 2011 en el municipio de Tenjo, con el propósito de renovar las planas de representatividad de sociedad civil.

Se han armonizado acciones con algunos socios, sin embargo la participación de ciertas agencias del sistema de Naciones Unidas se ha visto limitada por el retiro de sus referentes de VIH/sida.

El VIH/Sida ha sido integrado en el plan de desarrollo nacional y cuenta con un plan estratégico en donde involucra a todas las poblaciones. En cuanto al seguimiento de cobertura y atención está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), puesto que el sistema de aseguramiento en salud es descentralizado en Colombia.

En general la planificación estratégica relacionada con el VIH se califica como buena, se considera que hay inclusión de aspectos relevantes en los planes de desarrollo, se hace seguimiento a los objetivos del milenio, se ha estado avanzando en lograr mejorar la calidad del dato, se ha mejorado el acceso a la prueba voluntaria, al seguimiento de la transmisión materno infantil del VIH, disponibilidad de herramientas para favorecer el acceso a prevención. Mediante la mejora en la calidad de las información ha permitido planificar acciones estratégicas con enfoque de vulnerabilidad para direccionar acciones que logren impactar determinantes en la infección por VIH, sin embargo aún se hace necesario garantizar sostenibilidad de las estrategias en el nivel territorial en combinación con un mayor compromiso político local. Es necesario fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control a todos los niveles, en relación a la calidad de la atención, programas de capacitación, insumos entre otros.

En lo relacionado con el apoyo y liderazgo político, la ministra tiene el tema dentro de su agenda, en la rendición de cuentas que presenta el gabinete en pleno ante el señor presidente de la república, manifestó que se realizarán esfuerzos para ampliar el acceso al tratamiento ARV y habló de los tres intolerables: casos de muerte materna, casos de sífilis

congénita y casos de personas viviendo con el virus que ameritan tratamiento y que no lo tengan.

El país cuenta con el ONASIDA, el cual está conformado a su vez por tres subcomités: el de atención, prevención y vigilancia en donde se decide que temas elevar a la instancia del CONASIDA. La presidencia está en cabeza de la Ministra de Salud y Protección Social y la secretaría a cargo del Director de Promoción y Prevención. Se cuenta con el Mecanismo Coordinador de País conformado por 25 miembros en donde está involucrado el Estado y sociedad civil: y el CONASIDA con 20 integrantes representantes de instituciones como Naciones Unidas, Sociedad Civil e instituciones públicas del nivel nacional como Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar entre otros, Defensoría del Pueblo, representantes de EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado, fuerzas militares y de policía y un representante de la red nacional de bancos de sangre.

El país cuenta con mecanismos de interacción entre gobierno, personas que viven con el virus, sector privado y sociedad civil. Se logró crear un espacio para el fomento de la coordinación de todos los actores. La sociedad civil se muestra fortalecida en el liderazgo, gestión e implementación de estrategias para la prevención, además de lo relacionado con veeduría ciudadana, especialmente a través de representantes de personas que viven con el virus.

Los representantes de sociedad civil requieren mejorar los canales de comunicación al interior de las propias redes a efectos de ampliar la participación y fortalecer su propia representatividad. Existen ocasiones en que los problemas no se canalizan a través de los representantes y no siempre de manera respetuosa.

El 12% del presupuesto nacional relacionado con el VIH y el sida se dedicó a actividades llevadas a cabo por sociedad civil durante el año pasado.

Dentro de las políticas se actualizó el CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social) 091 de 2005 que establece las metas nacionales de VIH para el cumplimiento del ODM 6 y que quedaron reflejadas en el CONPES 140 de 2011. A través del acuerdo 029 de 2011, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), por la cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud, se amplía el acceso al diagnóstico y se incluyeron nuevas moléculas de medicamentos ARV. Igualmente a través de la resolución 4525 de 2011, se define la periodicidad, forma y contenido de la información que deben reportar las Empresas Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar a la Cuenta de Alto Costo, relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Esta herramienta permitirá hacer un seguimiento más cercano a la prestación de los servicios que brindan las aseguradoras.

Aspectos mencionados anteriormente han redundado en la mejora del acceso a prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento y mejora en el sistema de información. Aunque aún queda por resolver la ampliación del acceso a condones a través del Plan Obligatorio de Salud.

El país no cuenta con una legislación general relacionada con la discriminación, pero si cuenta con jurisprudencia especializada para los diferentes sectores de la población que apunta a garantizar los derechos humanos por ejemplo la Constitución Política de Colombia que en los artículos 13, 16, 25, 47 y 49 donde se refiere a derechos fundamentales y menciona la protección a personas con discapacidad; el decreto 1543 de 1997 en donde se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y las otras Enfermedades de transmisión sexual, ETS" en su capítulo V, artículo 30 donde menciona la no discriminación a las personas infectadas por el virus, a sus hijos y demás familiares; la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, entre otras.

En relación a la prevención, el país cuenta con estrategias de información, educación y comunicación, además de contar con las guías de prevención para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, mujeres y jóvenes en contexto de vulnerabilidad, personas privadas de la libertad y mujeres transgéneros. Estas guías fueron socializadas tanto a nivel territorial como con sociedad civil, aunque aún hace falta movilizar a los responsables departamentales y locales para que apropien recursos dirigidos a acciones que tengan enfoque diferencial y énfasis en vulnerabilidad.

Pero es importante mencionar que el país ha desarrollado estudios de prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y estudios cualitativos como caracterización de la vulnerabilidad en mujeres, en consumidores de drogas de alto riesgo y en habitantes de calle. Sin embargo las acciones de prevención requieren aún de un gran esfuerzo presupuestal que permita expandir las estrategias relacionadas con el tema.

En cuanto a tratamiento, atención y apoyo, el país tiene identificados los elementos necesarios de un paquete integral para lo cual se ha dado prioridad al diagnóstico presuntivo y confirmatorio, los condones de látex masculino, tratamiento ARV, soporte nutricional, seguimiento de laboratorio de variables inmunológicas, virológicas y de resistencia viral, fórmula láctea, atención por un equipo multidisciplinario de salud y vacunas. Estos servicios se están ampliando mediante capacitación principalmente a médicos generales de territorios menos accesibles en la atención integral a PVV, para mejorar su capacidad resolutive local. Se está promoviendo el uso de las prueba rápidas, se están desarrollando herramientas para mejorar el autocuidado en PVV y para difundir la ruta de derechos de las PVV, se está diseñando una metodología de mercado social del condón femenino con enfoque de vulnerabilidad.

El país cuenta con un plan de vigilancia y evaluación para el VIH. El Instituto Nacional de Salud, es el responsable de gerenciar el sistema de vigilancia del país y el Ministerio de

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

Salud encargado del monitoreo y evaluación. Una de las dificultades encontradas es la falta de compromiso por parte de las direcciones territoriales y EPS en generar la notificación de los casos y el reporte de los indicadores establecidos en el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH. Sin embargo, con la expedición de la resolución 4725 de 2011, se espera que a finales del año 2012 se tenga una información consistente que permita mejorar el análisis de la epidemia en el país.

Para fortalecer las capacidades de monitoreo y evaluación se realizan asistencias técnicas a las direcciones territoriales y EPS y para este año se está proyectando la elaboración de un protocolo que permita hacer un estudio de farmacoresistencia en el país, puesto que es un tema importante y que se debe abordar a la menor brevedad posible.

Indicador 7.2. Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, que han tenido pareja o han estado casadas alguna vez, que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja (un hombre) en los últimos 12 meses ([tabla 37](#)).

Tabla 37. Porcentaje de mujeres que experimentó violencia física por parte del esposo/compañero, por tipo de violencia -según características seleccionadas. Colombia, 2010.

Grupo etario	Empujado	Golpeado con		Pateado / arrastrado	Amenazado con arma	Atacado con arma	Tratado de estrangular	Violado	Alguna de las anteriores	N alguna vez unidas
		la mano	objeto							
15-19	29,6	20,8	5,9	8,7	3,8	1,3	28,0	4,9	33,9	1.529
20-24	32,3	23,9	6,8	10,6	4,9	1,6	4,3	6,8	36,4	3.972
25-29	33,4	25,6	6,7	11,2	5,5	2,6	4,6	8,0	36,5	5.471
30-34	33,2	25,9	7,8	11,3	7,0	2,7	5,1	9,0	37,3	5.715
35-39	32,5	27,0	9,2	11,7	7,5	3,5	5,7	10,6	37,2	5.609
40-44	32,9	27,8	10,3	12,2	8,2	3,8	5,4	11,7	37,5	5.809
45-49	35,4	30,0	11,5	13,0	9,1	4,3	5,6	12,9	40,2	5.369

Fuente. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010-MPS y Profamilia

Indicador 7.3. Asistencia a la escuela de huérfanos y no huérfanos con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años en la actualidad.

SIN DATO

Indicador 7.4. Proporción de hogares que ha recibido una ayuda económica externa en los últimos tres meses.

SIN DATO

MONITOREO DE LA INICIATIVA DE ELIMINACIÓN: ATENCIÓN PRENATAL, VIH Y SÍFILIS EN EMBARAZADAS.

De acuerdo con el conjunto de indicadores recomendados para monitorear los avances de los países y regiones hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita, a continuación se presenta la información solicitada para el territorio nacional ([tablas 38 y 39](#)), así como la disponibilidad en el país de planes, guías y protocolos ([tabla 40](#)).

Tabla 38. Indicadores de eliminación: atención prenatal, VIH y sífilis en embarazadas. Colombia, 2011.

Indicador	Valor	%
Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis		
Numerador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis	509.515	73,6%
Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses	692.140	
Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional		
Numerador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional	278.216	40,2%
Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses	692.140	
Porcentaje (%) de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis		
Numerador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis	1.384	27,3%
Denominador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis	5.072	
Prevalencia (%) de VIH en embarazadas. Todas las edades:		
Prevalencia de VIH en embarazadas <=24 AÑOS	Dato no disponible	
Prevalencia de VIH en embarazadas >24 AÑOS	*0,13	

* No es posible tener el dato por grupos de edad < y > de 24 años. De las 423,393 gestantes tamizadas, 538 fueron diagnosticadas con infección por VIH.

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

Tabla 39. Niños < 18 meses expuestos al VIH y sus resultados, cohorte 2009, Colombia.

Indicador	n
Número de niños nacidos de mujeres VIH positivas (niños EXPUESTOS al VIH)	566
Número de niños nacidos de mujeres VIH positivas que son diagnosticados POSITIVOS para VIH	28
Número de niños nacidos de mujeres VIH positivas, clasificados como INDETERMINADOS (es decir: PÉRDIDAS AL SEGUIMIENTO, FALLECIMIENTOS antes de tener un diagnóstico definitivo, resultados de laboratorio INDETERMINADOS, ...)	146
Número de niños nacidos de mujeres VIH positivas que son diagnosticados NEGATIVOS para VIH	392

Tabla 40. Recursos disponibles en el país para la eliminación de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita en Colombia, 2011

Recursos disponibles	SÍ/NO
Plan estratégico nacional integrado para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita	Si
Plan de implementación de la Iniciativa de Eliminación	Sí
Guías y protocolos actualizados que integran PTMI y sífilis?	No
Un punto focal designado (persona o entidad) para la Iniciativa de Eliminación?	Si
Plan de Monitoreo y Evaluación para la Iniciativa de Eliminación	Si
Una línea de base para la Iniciativa de Eliminación	Si
Notificación obligatoria, para propósitos de vigilancia, de casos de sífilis en mujeres embarazadas	Si
Requerimiento del consentimiento de los padres para el diagnóstico y tratamiento de otras ITS de personas <18 años se haga una prueba de VIH*	Si
Requerimiento del consentimiento de los padres para el diagnóstico y tratamiento de otras ITS en una persona <18 años*	Si

* En Colombia un menor de 14 años debe asistir con sus cuidadores para que estos autoricen la realización de los procedimientos, pero aunque los cuidadores no lo autoricen prima la voluntad del menor.

En el año 2011 por el sistema de vigilancia epidemiológica del VIH fueron notificados 5.234 casos de VIH, de los cuales, 3.695 (70,6%) hombres y 1.539 (29,4%) mujeres ([tabla 41](#)); y, 1.453 casos de sida, 1.111 (76,5%) hombres y 342 (23,5%) mujeres ([tabla 42](#)).

Tabla 41. Casos notificados de VIH por grupo etario y sexo. Colombia, 2011

Edad	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0-4	19	0,51	18	1,17	37	0,71
5-9	7	0,19	10	0,65	17	0,32
10-14	3	0,08	6	0,39	9	0,17
15-19	147	3,98	112	7,28	259	4,95
20-24	641	17,35	297	19,30	938	17,92
25-29	695	18,81	310	20,14	1.005	19,20
30-34	589	15,94	257	16,70	846	16,16
35-39	442	11,96	185	12,02	627	11,98
40-44	401	10,85	118	7,67	519	9,92
45-49	275	7,44	113	7,34	388	7,41
50-54	204	5,52	49	3,18	253	4,83
55-59	125	3,38	32	2,08	157	3,00
>60	145	3,92	31	2,01	176	3,36
Sin dato	2	0,05	1	0,06	3	0,06
Total	3.695	100,0	1.539	100,00	5.234	100,00

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica-SIVIGILA-2011 a corte de 31 de enero 2012. INS

Tabla 42. Casos notificados de sida por grupo etario y sexo. Colombia, 2011

Edad	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0-4	5	0,45	6	1,75	11	0,76
5-9	4	0,36	3	0,88	7	0,48
10-14	3	0,27	-	0,00	3	0,21
15-19	18	1,62	9	2,63	27	1,86
20-24	90	8,10	27	7,89	117	8,05
25-29	154	13,86	53	15,50	207	14,25
30-34	180	16,20	64	18,71	244	16,79
35-39	160	14,40	38	11,11	198	13,63
40-44	140	12,60	48	14,04	188	12,94
45-49	131	11,79	38	11,11	169	11,63
50-54	101	9,09	24	7,02	125	8,60
55-59	58	5,22	12	3,51	70	4,82
>60	67	6,03	20	5,85	87	5,99
Sin dato	-	0,00	-	0,00	-	0,00
Total	1.111	100,00	342	100,00	1.453	100,00

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica-SIVIGILA-2011 a corte de 31 de enero 2012. INS

INDICADORES ACCESO UNIVERSAL

OBJETIVO 1. REDUCIR EN UN 50 POR CIENTO LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH PARA EL 2015

Prueba y consejería

Indicador 1.15. Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y Consejería (UA 2011 #A1)

1.503 IPS año 2010

El sistema de información de habilitación carece una variable en la cual se registre si se da asesoría y prueba voluntaria motivo por el cual el dato específico no es posible de obtener. Sin embargo, mediante el Registro Individual de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS) 2010 se puede conocer cuáles son los establecimientos que atendieron personas para diagnóstico y tratamiento en VIH. El dato solo es específico para instituciones que generaron y enviaron los RIPS en el año 2010.

El MSPS no dispone de un instrumento que permita registrar de manera particular cuáles son los establecimientos de salud donde se realiza consejería y prueba de VIH.

Indicador 1.16. Número de mujeres y hombres de 15 años o más que se realizaron la prueba del VIH y recibieron consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado (UA 2011#A2)

No existe un sistema que registre el porcentaje de personas de 15 años o más que reciben consejería en relación con la infección por el VIH, y que se realicen pruebas y conozcan su resultado.

A este respecto, el país cuenta con la información proveniente del tamizaje realizado en gestantes durante el 2010 ([tabla 43](#)).

Tabla 43. Porcentaje de gestantes que recibieron asesoría sobre VIH durante atención prenatal para el nacimiento más reciente, y porcentaje que aceptó hacerse la prueba y recibió el resultado. Colombia 2010.

Edad	Porcentaje que recibió asesoría sobre VIH durante una visita prenatal	Porcentaje que se le ofreció y aceptó hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal que:		Porcentaje que recibió asesoría, se le ofreció hacerle la prueba y aceptó y recibió el resultado
		Recibió los resultados	No recibió los resultados	
15 a 24 años	45,9	81,6	3,6	42,4
25 a 29 años	50,5	86,8	2,6	48,4
30 a 39 años	50,7	85,8	2,4	48,2
40 a 49 años	48,3	71,9	2,7	42,7

Fuente. Encuesta de Demografía y Salud. 2010

En Colombia está establecido que para toda persona que solicita la prueba para VIH antes de tomar la muestra se debe hacer asesoría y firmar consentimiento informado, y realizar asesoría pos test al recibir el resultado.

Indicador 1.17. Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis en los últimos 12 meses durante la primera visita a atención prenatal (UA 2011 #F1), ([tabla 44](#)).

Tabla 44. Tamizaje de gestantes par sífilis, Colombia, 2010-2011

Número de gestantes tamizadas para sífilis	719.214	2011
Número de gestantes estimadas	888.360	EDNS 2010 - (97%)
Porcentaje	80,9%	2011

Fuente: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.

Indicador 1.17. Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis (UA 2011 #F2), ([tabla 45](#)).

Tabla 45. Gestantes tamizadas positivas para sífilis, Colombia, 2011

Número de gestantes tamizadas positivas para sífilis	5.072
Número de gestantes tamizadas para sífilis	719.214
Porcentaje	0,7%

Fuente: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Año 2011. Ministerio de Salud y Protección Social.

La prevalencia de sífilis según estudio anidado en el VII estudio centinela de VIH en gestantes realizado por el Instituto Nacional de Salud. Colombia 2009, fue de 1.7%.

Indicador 1.17. Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal para sífilis que recibieron tratamiento (UA 2011 #F3), ([tabla 46](#)).

Tabla 46. Gestantes tamizadas positivas para sífilis que recibieron tratamiento, Colombia, 2011

Número de gestantes tamizadas positivas para sífilis y que recibieron tratamiento.	4.536
Número de gestantes tamizadas positivas para sífilis	5.072
Porcentaje	89,4%

Este dato se refiere a que por lo menos recibieron una dosis de penicilina benzatínica.

Fuente: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.

Indicador 1.17. Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4)

SIN DATO

Indicador 1.17. Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con sífilis activa (UA 2011 #F5)

SIN DATO

OBJETIVO 2. REDUCIR EN UN 50 POR CIENTO LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS PARA EL 2015.

Indicador 2.6. Número de personas en terapia de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) (UA 2011 #C3).

SIN DATO

Indicador 2.7. Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP) (UA 2011 #C2).

SIN DATO

OBJETIVO 3. ELIMINAR LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH PARA EL 2015 Y REDUCIR SUSTANCIALMENTE LAS MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA.

Indicador 3.4. Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento previo de su estatus de VIH) (UA 2011 #I5), ([tabla 47](#)).

Tabla 47. Porcentaje de gestantes que conocen su estado de VIH, Colombia, 2011

Año	Conocen su estado de VIH	Gestantes Tamizadas
2009	677	423.393
2010	690	553.5528
2011	585	414456

Fuente. MSPS. BD Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH- corte 28 de diciembre de 2011.

Indicador 3.5. Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH (UA 2011 #16).

DATO NO DISPONIBLE, este indicador no se recoge por el sistema de información de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.

Indicador 3.6. Porcentaje de embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estadio clínico o prueba de CD4 (UA 2011 #17).

En Colombia, esta normado que todas las gestantes sin importar su nivel de CD4 o de carga viral estén sintomáticas o asintomáticas, reciben tratamiento profiláctico antirretroviral para su propia salud y para reducir la probabilidad de transmisión materno infantil del VIH. La información preliminar para el 2011 es de 288 gestantes elegibles para TAR -el año se cierra en el mes de abril de 2012-.

Indicador 3.7. Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducción del riesgo de transmisión materno infantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (UA 2011 #19), ([tabla 48](#)).

Tabla 48. Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH que reciben profilaxis antirretroviral, Colombia, 2010-2011

Año	No. Niños nacidos de madres con VIH	No. De niños nacidos vivos expuestos al VIH	%
2009	549	602	91%
2010	526	562	94%
2011	192	210	91%

Fuente. Estrategia de TMI del VIH. Minsalud. 2009-2011

Indicador 3.8. Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que reciben antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna (¡NUEVO!).

DATO NO DISPONIBLE.

Indicador 3.9. Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento (UA 2011 #110)

DATO NO DISPONIBLE. Este indicador no se recoge por el sistema de información de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. A partir del año 2012 se recogerá por Cuenta de Alto Costo

Indicador 3.10. Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 (UA 2011 #112).

En Colombia, de acuerdo con el protocolo, la alimentación desde el nacimiento hasta cumplir los seis meses de edad es exclusiva con sucedáneos de leche, no se da alimentación con leche materna ([tabla 49](#)).

Tabla 49. Número de niños menores de seis meses nacidos de mujeres VIH con alimentación exclusiva con fórmula láctea, Colombia, 2009-2011.

Año	No. De niños nacidos vivos expuestos al VIH	Alimentación exclusiva con leche de fórmula desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.	Porcentaje
2009	602	522	87%
2010	562	460	82%
2011	210	90	43%

Fuente. Estrategia de TMI del VIH. MSPS

Si bien es cierto en Colombia se da alimentación de sustitución con sucedáneos de leche materna, el porcentaje no alcanza el 100% porque únicamente se tiene en cuenta los niños que reciben la fórmula láctea exclusiva, más no otra alimentación complementaria (no incluye leche materna).

La información del año 2011 es preliminar ya que el año se cierra en el mes de abril de 2012.

Indicador 3.11. Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación (UA 2011 #I1).

888.360	Año 2011
---------	-----------------

Fuente. Proyecciones plan estratégico para la eliminación de la TMI del VIH y la sífilis congénita. 2010-2015 y Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

Este indicador se obtiene del seguimiento a la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil en el 2011 en donde la gestante acude a los servicios de atención perinatal al menos una vez.

Indicador 3.12. Número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal (UA 2011 #2a).

Para el 2011 de acuerdo con la información suministrada por la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita, en Colombia, el número total de establecimientos que proveen servicios de atención prenatal fue de:

7.514	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
-------	--

Indicador 3.12. Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal y también prueba CD4 en el mismo lugar o tiene un sistema de colecta y transporte de muestras sanguíneas para la prueba CD4 en mujeres embarazadas con VIH (UA 2011 #I2D).

SIN DATO

Indicador 3.12. Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (UA 2011 #13).

SIN DATO

Indicador 3.12. Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca (UA 2011 #14).

Para el 2010 de acuerdo con datos suministrados por INS, 18 establecimientos proporcionan estos servicios.

OBJETIVO 4. TENER 15 MILLONES DE PERSONAS CON VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA EL 2015.

Indicador 4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben tratamiento antirretroviral (UA 2011 G2a) Tenga en cuenta que el indicador sobre el porcentaje es descrito en las Directrices de GARP (p. 68-69), mientras que el siguiente indicador sobre el número de adultos y niños elegibles es específico de la presente Guía.

A corte de 31 de diciembre de 2011, se tenían reportadas al Observatorio Nacional de la Gestión en VIH del Ministerio de Salud y Protección Social 21.791 personas en tratamiento, con un peso poblacional en el reporte del 58,28% de la población del país.

Indicador 4.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH vivos y que están en TAR (b) 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante

2009, (UA 2011 G3b) (c) 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2006 (UA 2011 G3c).

SIN DATO

Indicador 4.3. Porcentaje de establecimientos de salud que ofrece TAR (UA 2011 #G1)

Sin dato

Indicador 4.4. Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARV) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARV requeridos en los 12 últimos meses (UA 2011#H1).

SIN DATO

Indicador 4.6. Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol (UA 2011 #D1). Fundamento La profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol (CTX) es una intervención.

SIN DATO

OBJETIVO 5. REDUCIR EN UN 50 POR CIENTO LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS EN PERSONAS CON VIH PARA EL 2015

Indicador 5.2. Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis (UA 2011 #E1)

SIN DATO

Indicador 5.3. Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado terapia preventiva con Isoniacida (TPI) (UA 2011 #E3), ([tabla50](#))

Tabla 50. Adultos y niños recientemente incluidos en la atención por el VIH, Colombia, 2010.

Año	Porcentaje
2009	1,4%
2010	2,9%

Fuente. Programa Nacional de Tuberculosis. Ministerio de Salud y Protección Social- Sivigila INS. Años 2009-2010

Para el cálculo de este indicador se tomó como denominador los casos notificados de VIH y sida suministrados por el sistema de vigilancia de VIH del Instituto Nacional de Salud. El numerador se obtuvo del programa nacional de tuberculosis del MSPS , dato que se incluyó recientemente en el sistema de información del programa por lo cual se estima que hay un alto porcentaje de subregistro.

Indicador 5.4. Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita (UA 2011 #E4)

SIN DATO

DESCRIPCION DE LA METODOLOGÍA QUE SE APLICÓ EN LA CONSTRUCCION DEL INFORME DE PROGRESO SOBRE EL SIDA. COLOMBIA 2012.

En el mes de noviembre de 2011, ONUSIDA envió información general en la que se presentaba los objetivos e indicadores a tener en cuenta para la elaboración de informes de progreso sobre el sida a nivel mundial para el 2012.

Con estos elementos, en el mismo mes, se programó la reunión vía Webex para las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Sociedad civil; la invitación fue hecha a través del correo electrónico con el objetivo de hacer la “Presentación preparatoria para el Informe nacional del progreso sobre el sida 2012” y en la cual se contó con la asistencia de ocho departamentos y diez EPS, no hubo presencia de sociedad civil.

Posterior a esta reunión se recibió la llamada de las DTS y EPS quienes manifestaron su preocupación por no haber podido participar en la reunión, ante lo cual se programó una segunda reunión, en la que se contó con la participación de doce DTS y diez EPS que no habían participado en la primera reunión.

Teniendo en cuenta que la participación no fue del 100%, se tomó la decisión de enviar la presentación a todas las Direcciones Territoriales de Salud, EPS y Sociedad Civil para contextualizarlos en el tema.

Durante el mes de diciembre el MSPS con apoyo de ONUSIDA inició la construcción de 3 instrumentos para facilitar la recolección de la información: el primero se denominó *Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el Sida (UNGASS) - 2012 - Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida “INDICADORES”* para DTS y EPS del régimen contributivo como subsidiado y regímenes de excepción relacionado directamente con el gasto; el segundo instrumento fue el relacionado con el *Índice compuesto de política nacional (ICPN) parte B* para los representantes de las

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

organizaciones de la sociedad civil, los organismos bilaterales y las organizaciones de la ONU; y, el tercer instrumento que se diseñó fue el *Índice compuesto de política nacional (ICPN) parte A* para ser respondido por funcionarios gubernamentales.

Una vez culminado el proceso de la elaboración de estos instrumentos, se procedió a enviarlos a finales de enero a las respectivas instituciones para su diligenciamiento y envió a vuelta de correo. Como soporte a la solicitud de ésta información se proyectó un oficio para DTS y EPS expedido desde la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS solicitando el diligenciamiento del instrumento denominado “Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el Sida (UNGASS) - 2012. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida. INDICADORES DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS” relacionado con el gasto.

A Naciones Unidas y Sociedad Civil se envió el instrumento vía correo electrónico; simultáneamente se solicitó apoyo en el proceso a ONUSIDA para que dicho documento fuera colgado en su página web y establecer contacto directo con los diferentes actores de Sociedad Civil para consensuar su apoyo en el diligenciamiento del instrumento. El plazo establecido para el diligenciamiento de la información fue hasta el 14 de febrero, fecha a partir de la cual se inició el seguimiento a las respuestas, debido a la baja respuesta se hicieron dos recordatorios adicionales y en el último se extendió el plazo hasta el 21 de marzo como fecha máxima de envío.

Es importante mencionar que para enviar los correos a Sociedad Civil se tuvo en cuenta a las personas líderes en el país, quienes distribuyeron la comunicación a todas las ONG en el país: representantes ante el Consejo Nacional de Sida y al Mecanismo Coordinador de País (MCP).

Una vez consolidada la información, se obtuvo respuesta del 36,1% (13/36) de las Direcciones Territoriales de Salud, el 40,2% (30/61) de las EPS, el 100% del grupo temático

de Naciones Unidas y tan solo dos de las organizaciones de Sociedad Civil respondieron el ICNP parte B. Naciones Unidas no respondió a la matriz del gasto.

Para la validación de la información se programaron tres reuniones, en la primera se invitó a ONUSIDA, OPS, UNFPA, INS, UNICEF y los profesionales grupo de VIH del MSPS a quienes se presentó los resultados de la búsqueda de los indicadores de los 7 objetivos requeridos por ONUSIDA y el resultado de las estimaciones realizadas con Spectrum 4.47 (nueva versión) de acuerdo a las especificaciones impartidas por Ginebra. Se hicieron algunas recomendaciones tanto del documento como de los procesos desarrollados en el Spectrum los cuales se tuvieron en cuenta para luego ser presentados en la segunda reunión de validación. El documento se envió por correo electrónico para su lectura y respectivas sugerencias.

En la segunda reunión se validaron los datos relacionados con acceso universal y se informó de los resultados de las estimaciones, que siguen siendo muy altas para la referencia que tenemos de país. El archivo generado en spectrum se envió a Ginebra para su análisis y comentarios. Se hizo un nuevo ajuste de las estimaciones las cuales se presentan en una tercera reunión a la cual fueron invitados representantes de Sociedad civil, de entes territoriales y EPS además del grupo que ya venía apoyando todo el proceso de construcción del informe.

Simultáneamente se estuvo alimentando la información vía Online la cual fue socializada a todas las Direcciones territoriales de salud, EPS, Sociedad Civil, Naciones Unidas, Instituto Nacional de Salud y el mismo Ministerio de Salud y Protección Social para sus comentarios, se dio plazo de enviar recomendaciones hasta el 26 de marzo. No se obtuvo ningún comentario al respecto.

Por último se envió a representantes de sociedad civil ante el Consejo Nacional de Sida CONASIDA, a representantes de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, a algunos

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

representantes de Direcciones Territoriales de Salud, al grupo temático de Naciones Unidas, Instituto Nacional de Salud y al equipo de trabajo del Ministerio de Salud y Protección Social el documento borrador para su revisión y comentarios. No se recibió ninguna sugerencia.

El día 31 de marzo se envía el documento a Ginebra tanto en descriptivo como el archivo online de acuerdo a lo solicitado por ONUSIDA. Es importante mencionar que se generó un primer envío pero aún no se había anexado el tema relacionado con el gasto el día 29 de marzo, por lo que se da claridad que el último archivo completo es el enviado el 31 de marzo. Los archivos de ICPN parte A y B también serán anexados a los correos electrónicos hivstrategicinfo@who.int. Con copia a morenol@unaid.org, jacobsm@unaid.org y aidsreporting@unaid.org.

El archivo de spectrum versión 4.47 se anexará a la carpeta de Colombia en Dropbox.

ANEXO 1

Relación de correos electrónicos enviados a los diferentes actores para su participación activa en la construcción del informe “Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida”

Correos en donde se anexó el instrumento relacionado con el Gasto.

DIRECTORIO DTS

luzagudelo@antioquia.gov.co; acastane@antioquia.gov.co;
hrodriguez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;
cidi2001@yahoo.com; dpelaez@atlantico.gov.co; almajsolano@hotmail.com;
secsaludbolivar@gmail.com; ruben.romero.mouthon@gmail.com;
crgallego@hotmail.com; ctorres@atlantico.gov.co; ctorressuarez@hotmail.com;
directordtsc@gmail.com; isdruarengas@yahoo.com; pvspcaldas@gmail.com;
isdruval.arengas@saluddecaldas.gov.co; haroldmoscatel@hotmail.com;
sivigila@saluddecaldas.gov.co; oscarospinaquintero@gmail.com;
ooq40@hotmail.com; a.tobon@saludcauca.gov.co;
felipe.murillo@saludcauca.gov.co; janier_luis@hotmail.com.co;
raboque@hotmail.com; epicesar@hotmail.com; janier_luis@hotmail.com.co;
Anab6708@yahoo.es; hbechara13@yahoo.com; dasaludchoco@yahoo.es;
recepción.salud@cordoba.gov.co; salud@cordoba.gov.co;
Againes9@hotmail.com; nelvirosa@yahoo.com; juankchirino@gmail.com;
constanzasastoque@hotmail.com; daquipe@gmail.com;
mariaconsuelo_45@hotmail.com; amalugo@hotmail.com; o_ramirez-gomez@yahoo.es;
atorrespri@hotmail.com; myriamtsilva@hotmail.com;
rflorez@santander.gov.co; saludpublica.norte@gmail.com;
idsjavierprieto@gmail.com; saserids@yahoo.es; direccion@issq.gov.co;
epidemiologia@issq.gov.co; lina.rendon@risaralda.gov.co;
paola.saldarriaga@gmail.com; jhon.moreno@risaralda.gov.co;
adrianaecb@yahoo.es; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
patriciaponceguida@hotmail.com; blancavalderrama18@hotmail.com;
edelfon@yahoo.com; jmaderalatr@gmail.com; carloseric70@hotmail.com;
tobyparra@gmail.com; atorrespri@hotmail.com; criaderodellano@hotmail.com;
luzhtrujillos@hotmail.com; secsalud@gobvichada.gov.co;
secretariadesalud@vaupes.gov.co; Jaime1muaya@yahoo.com;
salud@idesac.gov.co; luiseduardocampoc@gmail.com; dirección@desac.gov.co;
elisisis@hotmail.com; dasaludp@telecom.com.co;

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

ricardorivas@saludtolima.gov.co; melbaoritz@saludtolima.gov.co;
cameor13@hotmail.com; jprsalud@gmail.com; salud@casanare.gov.co;
german.guerrero@cundinamarca.gov.co; alambisu@hotmail.com;
maesriva@hotmail.com; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
hvazquez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;

DIRECTORIO EPS

epssubsidiada@cafaba.com.co; director@cafaba.com.co; yposada@comfamiliar.org;
ldiaz@comfamiliar.org; direccion@comfaboy.com.co; esmaria2004@hotmail.com;
direccion@comfaguajira.com; fmendoza@comfamiliar.org;
admin@comfamiliarinarino.com; directorfinanciero@comfenalcoantioquia.org;
dirección@cajasan.com; direccion@comfenalcosantander.com.co;
comfasucre@hotmail.com; direccion@cafaba.com.co; sucaja@comfenalco.com.co;
secretariadireccion@comfanorte.com.co; servisociales@comfacundi.com.co;
albimay@yahoo.com; avilladiego@cajacopi.com;
direccion.administrativa@colsubsidio.com; comfachoco@comfachoco.com.co;
dirección@fps.gov.co; santiagos@aliansalud.com; santiagos@colmedica.com;
marthag@colmedica.com; luisva@saludtotal.com.co; DorisP@saludtotal.com.co;
tshumanez@cafesalud.com.co; gmesan@sura.com.co; acastro@salucoop.coop;
Imgallegol@saludcoop.coop; presidencia@humanaeps.com;
Andrea.tellez@humanaeps.com; hgrandas@famisanar.com.co;
msanchez@famisanar.com.co; oayala@sos.com.co; Nranco@sos.com.co;
muranm@caprecom.gov.co; convida@convida.com.co; libia.nieto@convida.com.co;
mafeic@saudcoop.coop; armando_seg@jotmail.com; sonyame3535@hotmail.com;
gerencia.general@solsalud-eps.com.co; rzambrano@hotmail.com;
adrianacano@msn.com; edgarpbc@msn.com; info@selvasalud.gov.co;
juanlopez@saludvidaeps.com; milgarcia@saludcolombiaeps.com.co;
deyanira.ordonez@redsaludeps.com.co; direccion.medica@redsaludeps.com.co;
jfcardona@nuevaeps.com.co; blanca.barragan@nuevaeps.com.co;
presidencia@multimedicaeps.com; jusaquenc@multimedicaeps.com;
alejandrobustos@goldengroup.com; saludpublica@epsgoldengroup.com;
octaviomendez@epsgoldengroup.com; dusakawui_epsi@hotmail.com;
clauditazuleta@hotmail.com; siriaperez@yahoo.es; contratacionmanexka@hotmail.com;
planeación@aicsalud.org.co; yacosta.auditoria@aicsalud.org.co;
gerencia@anaswayuu.com; anaswayuuepsi@hotmail.com;
pijaosepsind.ibague@telecom.com.co; casolanilva@hotmail.com;
dionisio.vargas@emdisalud.com.co; kris.vargas@emdisalud.com.co;
jagonzalez@coosalud.com; gustavoaguilar@asmetsalud.org.co;

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

fabiancasas@asmetsalud.org.co; Javier.cardenas@comparta.com.co;
edgar.ortiz@comparta.com.co; gtorres@saludcolombiaeps.com.co;
selvasaludpypcentral@gmail.com; William.martinez@nuevaeps.com.co;
Imetaute@sura.com.co; medico@fps.gov.co; epssubsidiada@cafaba.com.co;
YennyR@colmedica.com

Segundo correo recordatorio febrero 21 de 2012

DIRECTORIO DTS

luzagudelo@antioquia.gov.co; acastane@antioquia.gov.co;
hrodriguez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;
cidi2001@yahoo.com; dpelaez@atlantico.gov.co; almajsolano@hotmail.com;
secsaludbolivar@gmail.com; ruben.romero.mouthon@gmail.com;
crgallego@hotmail.com; ctorres@atlantico.gov.co; ctorressuarez@hotmail.com;
directordtsc@gmail.com; isdruarengas@yahoo.com; pvspcaldas@gmail.com;
isdruval.arengas@saluddecaldas.gov; haroldmoscatel@hotmail.com;
sivigila@saluddecaldas.gov.co; oscarospinaquintero@gmail.com;
ooq40@hotmail.com; a.tobon@saludcauca.gov.co;
felipe.murillo@saludcauca.gov.co; janier_luis@hotmail.com;
rabogue@hotmail.com; epicesar@hotmail.com; janier_luis@hotmail.com;
Anab6708@yahoo.es; hbechara13@yahoo.com; dasaludchoco@yahoo.es;
recepción.salud@cordoba.gov.co; salud@cordoba.gov.co;
Againes9@hotmail.com; nelvirosa@yahoo.com; juankchirino@gmail.com;
constanzasastoque@hotmail.com; daquipe@gmail.com;
mariaconsuelo_45@hotmail.com; amalugo@hotmail.com; o_ramirez-gomez@yahoo.es;
atorrespri@hotmail.com; myriamtsilva@hotmail.com;
rflorez@santander.gov.co; saludpublica.norte@gmail.com;
idsjavierprieto@gmail.com; saserids@yahoo.es; direccion@issq.gov.co;
epidemiologia@issq.gov.co; lina.rendon@risaralda.gov.co;
paola.saldarriaga@gmail.com; jhon.moreno@risaralda.gov.co;
adrianaecb@yahoo.es; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
patriciaponceguida@hotmail.com; blancavalderrama18@hotmail.com;
edelfon@yahoo.com; jmaderalatr@gmail.com; carloseric70@hotmail.com;
tobyparra@gmail.com; atorrespri@hotmail.com; criaderodellano@hotmail.com;
luzhtrujillos@hotmail.com; secsalud@gobvichada.gov.co;
secretariadesalud@vaupes.gov.co; Jaime1muaya@yahoo.com;
salud@idesac.gov.co; luiseduardocampoc@gmail.com; dirección@desac.gov.co;
elisisis@hotmail.com; dasaludp@telecom.com.co;
ricardorivas@saludtolima.gov.co; melbaoritz@saludtolima.gov.co;
cameor13@hotmail.com; jprsalud@gmail.com; salud@casanare.gov.co

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

german.querrero@cundinamarca.gov.co; alambisu@hotmail.com;
maesriva@hotmail.com; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
hvazquez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;

DIRECTORIO EPS

epssubsidiada@cafaba.com.co; director@cafaba.com.co; yposada@comfamiliar.org;
ldiaz@comfamiliar.org; direccion@comfaboy.com.co; esmaria2004@hotmail.com;
direccion@comfaguajira.com; fmendoza@comfamiliar.org;
admin@comfamiliarnarino.com; directorfinanciero@comfenalcoantioquia.org;
direccion@cajasan.com; direccion@comfenalcosantander.com.co;
comfasucre@hotmail.com; direccion@cafaba.com.co; sucaja@comfenalco.com.co;
secretariadireccion@comfanorte.com.co; servisociales@comfacundi.com.co;
albimay@yahoo.com; avilladiego@cajacopi.com;
direccion.administrativa@colsubsidio.com; comfachoco@comfachoco.com.co;
direccion@fps.gov.co; santiagos@aliansalud.com; santiagos@colmedica.com;
marthag@colmedica.com; luisva@saludtotal.com.co; DorisP@saludtotal.com.co;
tshumaney@cafesalud.com.co; gmesan@sura.com.co; acastro@salucoop.coop;
lmgallegol@saludcoop.coop; presidencia@humanaeps.com;
Andrea.tellez@humanaeps.com; hgrandas@famisanar.com.co;
msanchez@famisanar.com.co; oayala@sos.com.co; Nranco@sos.com.co;
muranm@caprecom.gov.co; convida@convida.com.co; libia.nieto@convida.com.co;
mafeic@saudcoop.coop; armando_seg@jotmail.com; sonyame3535@hotmail.com;
gerencia.general@solsalud-eps.com.co; rzambrano@hotmail.com;
adrianacano@msn.com; edgarpbcc@msn.com; info@selvasalud.gov.co;
juanlopez@saludvidaeps.com; milgarcia@saludcolombiaeps.com.co;
deyanira.ordonez@redsaludeps.com.co; direccion.medica@redsaludeps.com.co;
jfcardona@nuevaeps.com.co; blanca.barragan@nuevaeps.com.co;
presidencia@multimedicaeps.com; jusaquenc@multimedicaeps.com;
alejandrobustos@goldengroup.com; saludpublica@epsgoldengroup.com;
octaviomendez@epsgoldengroup.com; dusakawui_epsi@hotmail.com;
clauditazuleta@hotmail.com; siriaperez@yahoo.es; contratacionmanexka@hotmail.com;
planeacion@aicsalud.org.co; yacosta.auditoria@aicsalud.org.co;
gerencia@anaswayuu.com; anaswayuuepsi@hotmail.com;
pijaosepsind.ibague@telecom.com.co; casolanilva@hotmail.com;
dionisio.vargas@emdisalud.com.co; kris.vargas@emdisalud.com.co;
jagonzalez@coosalud.com; gustavoaguilar@asmetsalud.org.co;
fabiancasas@asmetsalud.org.co; Javier.cardenas@comparta.com.co;
edgar.ortiz@comparta.com.co; gtorres@saludcolombiaeps.com.co;

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

selvasaludpypcentral@gmail.com; William.martinez@nuevaeps.com.co;
Imetaute@sura.com.co; medico@fps.gov.co; epssubsidiada@cafaba.com.co;
YennyR@colmedica.com

SOCIEDAD CIVIL

Correo enviado con el instrumento de ICNP parte B.

13 de febrero

emapasa69@hotmail.com; zbejarano21@yahoo.es; rifigor@hotmail.com;
jpcabrales@yahoo.com; pedro.pardo@sfcolumbia.org; fundarvi@yahoo.es;
huellasdeartemayer@yahoo.es; fundaciondiversidadpasto@yahoo.com;
oswrada@gmail.com; oaccionhumanista@gmail.com; mesaongsvihsida@gmail.com;
cor.opcion@gmail.com; relatosysaberes@fastmail.fm

14 de febrero 2012 envía ONUSIDA a SOCIEDAD CIVIL

oswrada@gmail.com ; elciudadanojose@gmail.com ; emapasa69@hotmail.com ;
problemitas@hotmail.com ; oaccionhumanista@gmail.com ;
jamaisvu_1987@hotmail.com ; rifigor@hotmail.com ; andreas_073@hotmail.com;
vmanjarresb@yahoo.com ; girasolcafetero@yahoo.es ;
fundaciondiversidadpasto@yahoo.com ; cimientosdeluz@yahoo.com ;
gabovv17@gmail.com ; fundacionmetadiversolgbt@hotmail.com ;
hartemuvis@hotmail.com ; glorieta2055@hotmail.com ; mquimica2004@yahoo.es
; lilamujer@gmail.com ; colsalud1@yahoo.com ; rujanog@gmail.com ;
c.Tosca@hotmail.com ; norfonro@yahoo.com ; aagudelo007@gmail.com ;
juanfprocrear@yahoo.es ; fundacionvidapositiva@gmail.com ; asivida@ielco.org;
ucu@etb.net.co

Subject: FW: INDICE COMPUESTO DE POLITICA NACIONAL

MARZO 5 DE 2012. SOCIEDAD CIVIL

'emapasa69@hotmail.com'; 'oswrada@gmail.com'; 'luderf7@hotmail.com';
'bedeloliveros@yahoo.es'; 'jpcabrales@yahoo.com'; 'fundacionrasa@une.net.co';
'gustavocampillo@une.net.co'; 'fundaciondiversidadpasto@yahoo.com';
'hartemuvis@hotmail.com'; 'lilamujer@gmail.com'; 'casamiavidaycultura@hotmail.com';
'fundarvi@yahoo.es'; 'corporacionconsentidos@yahoo.es'; 'juanfprocrear@yahoo.es';

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

'fprocrear@yahoo.es'; 'pedro.pardo@sfcolumbia.org'; 'redsomos@redsomos.org';
'senderosasociacionmutual@gmail.com'; 'corporación.serhumano@gmail.com';
'mujeresalderecho@yahoo.es'; 'jorge.andres@hotmail.com';
'mesaongsvihsida@gmail.com'; 'mujervivihenred@gmail.com'

MARZO 6 DE 2012-03-06

Recordatorio de envío de instrumento de gasto diligenciado.

DTS

luzagudelo@antioquia.gov.co; acastane@antioquia.gov.co;
hrodriguez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;
cidi2001@yahoo.com; dpelaez@atlantico.gov.co; almajsolano@hotmail.com;
secsaludbolivar@gmail.com; ruben.romero.mouthon@gmail.com;
ctorres@atlantico.gov.co; ctorressuarez@hotmail.com; directordtsc@gmail.com;
isdruarengas@yahoo.com; rabogue@hotmail.com; epicesar@hotmail.com;
janier_luis@hotmail.com; Anab6708@yahoo.es; hbechara13@yahoo.com;
dasaludchoco@yahoo.es; recepción.salud@cordoba.gov.co;
salud@cordoba.gov.co; Againes9@hotmail.com; nelvirosa@yahoo.com;
juankchirino@gmail.com; constanzasastoque@hotmail.com; daquipe@gmail.com;
mariaconsuelo_45@hotmail.com; amalugo@hotmail.com; o_ramirez-gomez@yahoo.es;
atorrespri@hotmail.com; myriamtsilva@hotmail.com;
rflorez@santander.gov.co; saludpublica.norte@gmail.com;
idsjavierprieto@gmail.com; saserids@yahoo.es; direccion@issq.gov.co;
epidemiologia@issq.gov.co; lina.rendon@risaralda.gov.co;
paola.saldarriaga@gmail.com; jhon.moreno@risaralda.gov.co;
adrianaecb@yahoo.es; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
patriciaponceguida@hotmail.com; blancavalderrama18@hotmail.com;
edelfon@yahoo.com; jmaderalatr@gmail.com; carloseric70@hotmail.com;
tobyparra@gmail.com; atorrespri@hotmail.com; criaderodellano@hotmail.com;
luzhtrujillos@hotmail.com; secsalud@gobvichada.gov.co;
secretariadesalud@vaupes.gov.co; Jaime1muaya@yahoo.com;
salud@idesac.gov.co; luiseduardocampoc@gmail.com; dirección@desac.gov.co;
elisisis@hotmail.com; dasaludp@telecom.com.co;
ricardorivas@saludtolima.gov.co; melbaoritz@saludtolima.gov.co;
cameor13@hotmail.com; jprsalud@gmail.com; salud@casanare.gov.co;
patricahi@gmail.com; angela.castaneda@antioquia.gov.co; amcastaneda@gmail.com

DIRECTORIO EPS

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

epssubsidiada@cafaba.com.co; director@cafaba.com.co; yposada@comfamiliar.org;
ldiaz@comfamiliar.org; direccion@comfaboy.com.co; esmaria2004@hotmail.com;
direccion@comfaguajira.com; fmendoza@comfamiliar.org;
admin@comfamiliarnarino.com; directorfinanciero@comfenalcoantioquia.org;
dirección@cajasan.com; direccion@comfenalcosantander.com.co;
comfasucre@hotmail.com; direccion@cafaba.com.co; sucaja@comfenalco.com.co;
secretariadireccion@comfanorte.com.co; servisociales@comfacundi.com.co;
albimay@yahoo.com; avilladiego@cajacopi.com;
direccion.administrativa@colsubsidio.com; comfachoco@comfachoco.com.co;
dirección@fps.gov.co; santiagos@aliansalud.com; santiagos@colmedica.com;
marthag@colmedica.com; luisva@saludtotal.com.co; DorisP@saludtotal.com.co;
tshumanez@cafesalud.com.co; gmesan@sura.com.co; acastro@salucoop.coop;
Imgallegol@saludcoop.coop; presidencia@humanaeps.com;
Andrea.tellez@humanaeps.com; hgrandas@famisanar.com.co;
msanchez@famisanar.com.co; oayala@sos.com.co; Nranco@sos.com.co;
muranm@caprecom.gov.co; convida@convida.com.co; libia.nieto@convida.com.co;
mafeic@saudcoop.coop; armando_seg@jotmail.com; sonyame3535@hotmail.com;
gerencia.general@solsalud-eps.com.co; rzambrano@hotmail.com;
adrianacano@msn.com; edgarpbc@msn.com; info@selvasalud.gov.co;
juanlopez@saludvidaeps.com; milgarcia@saludcolombiaeps.com.co;
deyanira.ordonez@redsaludeps.com.co; direccion.medica@redsaludeps.com.co;
jfcardona@nuevaeps.com.co; blanca.barragan@nuevaeps.com.co;
presidencia@multimedicaeps.com; jusaquenc@multimedicaeps.com;
alejandrobustos@goldengroup.com; saludpublica@epsgoldengroup.com;
octaviomendez@epsgoldengroup.com; dusakawui_epsi@hotmail.com;
clauditazuleta@hotmail.com; siriaperez@yahoo.es; contratacionmanexka@hotmail.com;
planeación@aicsalud.org.co; yacosta.auditoria@aicsalud.org.co;
gerencia@anaswayuu.com; anaswayuuepsi@hotmail.com;
pijaosepsind.ibague@telecom.com.co; casolanilva@hotmail.com;
dionisio.vargas@emdisalud.com.co; kris.vargas@emdisalud.com.co;
jagonzalez@coosalud.com; gustavoaguilar@asmetsalud.org.co;
fabiancasas@asmetsalud.org.co; Javier.cardenas@comparta.com.co;
edgar.ortiz@comparta.com.co; gtorres@saludcolombiaeps.com.co;
selvasaludpypcentral@gmail.com; William.martinez@nuevaeps.com.co;
Imetaute@sura.com.co; medico@fps.gov.co; epssubsidiada@cafaba.com.co;
YennyR@colmedica.com

7 DE MARZO 2012 ENVÍA CORREO ONUSIDA A SOCIEDAD CIVIL

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

oswrada@gmail.com, elciudadanojose@gmail.com, emapasa69@hotmail.com,
problemitas@hotmail.com, oaccionhumanista@gmail.com, jamaisvu_1987@hotmail.com,
rifigor@hotmail.com, andreas_073@hotmail.com, vmanjarresb@yahoo.com,
girasolcafetero@yahoo.es, fundaciondiversidadpasto@yahoo.com,
cimientosdeluz@yahoo.com, gabovv17@gmail.com,
fundacionmetadiversolgbt@hotmail.com, hartemuvis@hotmail.com,
glorieta2055@hotmail.com, mquimica2004@yahoo.es, lilamujer@gmail.com,
colsalud1@yahoo.com, rujanog@gmail.com, c.tosca@hotmail.com, norfonro@yahoo.com,
aagudelo007@gmail.com, juanfprocrear@yahoo.es, fundacionvidapositiva@gmail.com,
asivida@ielco.org, ucu@etb.net.co... más

Cc:

teremorenoch@yahoo.com.mx, observatoriovih@minproteccionssocial.gov.co

7 DE marzo ONUSIDA ENVIA CORREO A ORGANIZACIONES DE NACIONES UNIDAS

BEATRIZ ELENA GUTIÉRREZ RUEDA (bgutierrez@iom.int); BERTHA GOMEZ (gomezber@col.ops-oms.org); CATALINA BUITRAGO; CLEMENCIA GOMEZ; DANIEL SASTOQUE; Danilo Ramos; ELIZABETH DAZA (elizabeth.daza@unodc.org); LOURDES VALLEJO; LUZ ANGELA ARTUNDUAGA; MARIA MERCEDES DUEÑAS (maria.duenas@unodc.org); MARTHA LUCIA RUBIO (rubio@unfpa.org); PAOLA PINEDA (ppineda@unicef.org); SASKIA LOOCHKARTT (LOOCHKAR@unhcr.org)
Subject: URGENTE Amable recordatorio FW: INDICE COMPUESTO DE POLITICA NACIONAL

MARZO 12 DE 2012

luzagudelo@antioquia.gov.co; acastane@antioquia.gov.co;
hrodriguez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;
cidi2001@yahoo.com; dpelaez@atlantico.gov.co; almajsolano@hotmail.com;
secsaludbolivar@gmail.com; ruben.romero.mouthon@gmail.com;
ctorres@atlantico.gov.co; ctorressuarez@hotmail.com; directordtsc@gmail.com;
isduarengas@yahoo.com; haroldmoscatel@hotmail.com;
oscarospinaquintero@gmail.com; ooq40@hotmail.com;
a.tobon@saludcauca.gov.co; felipe.murillo@saludcauca.gov.co;
janier_luis@hotmail.com.co; rabogue@hotmail.com; epicesar@hotmail.com;
janier_luis@hotmail.com.co; Anab6708@yahoo.es; hbechara13@yahoo.com;
dasaludchoco@yahoo.es; recepción.salud@cordoba.gov.co;
salud@cordoba.gov.co; Againes9@hotmail.com; nelvirosa@yahoo.com;
juankchirino@gmail.com; constanzasastoque@hotmail.com; daquipe@gmail.com;
mariaconsuelo_45@hotmail.com; amalugo@hotmail.com; o_ramirez-gomez@yahoo.es;
atorrespri@hotmail.com; myriamtsilva@hotmail.com;
rflorez@santander.gov.co; saludpublica.norte@gmail.com;

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

idsjavierprieto@gmail.com; saserids@yahoo.es; direccion@issq.gov.co;
epidemiologia@issq.gov.co; lina.rendon@risaralda.gov.co;
paola.saldarriaga@gmail.com; jhon.moreno@risaralda.gov.co;
adrianaecb@yahoo.es; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
patriciaponceguida@hotmail.com; blancavalderrama18@hotmail.com;
edelfon@yahoo.com; jmaderalatr@gmail.com; carloseric70@hotmail.com ;
tobyparra@gmail.com; atorrespri@hotmail.com; criaderodellano@hotmail.com;
luzhtrujillos@hotmail.com; secsalud@gobvichada.gov.co;
secretariadesalud@vaupes.gov.co; salud@idesac.gov.co;
luisduardocampoc@gmail.com; [dirección@desac.gov.co](mailto:direccion@desac.gov.co); elisisis@hotmail.com;
dasaludp@telecom.com.co; ricardorivas@saludtolima.gov.co;
melbaoritz@saludtolima.gov.co; cameor13@hotmail.com; jprsalud@gmail.com;
salud@casanare.gov.co; german.guerrero@cundinamarca.gov.co;
alambisu@hotmail.com; maesriva@hotmail.com; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
hvazquez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;

Correos enviados el 21 de marzo de 2012 avance informe UNGASS “online” a todos los actores: Naciones Unidas, MPS, Mineducacion, INS, Sociedad Civil, EPS Y DTS

Martha Rubio; Gomez, Dra. Bertha (COL); Ricardo Luque Nuñez; LILIANA ANDRADE FORERO; Sidia Caicedo Traslaviña; idarragavasquez@yahoo.es; Clemencia Gomez; nccuellare@gmail.com; nccuellar@ins.gov.co; sfadul@ins.gov.co; emapasa69@hotmail.com; zbejarano21@yahoo.es; rifigor@hotmail.com; jpcabralas@yahoo.com; pedro.pardo@sfcolumbia.org; fundarvi@yahoo.es; huellasdeartemayer@yahoo.es; fundaciondiversidadpasto@yahoo.com; Moreno, Luis Angel (MorenoL@unaid.org); oswrada@gmail.com; oaccionhumanista@gmail.com; mesaongsvihsida@gmail.com; cor.opcion@gmail.com; relatosysaberes@fastmail.fm; elciudadanojose@gmail.com; 'bedeloliveros@yahoo.es'; 'gustavocampillo@une.net.co'; SANDRA ARTURO; cimientosdeluz@yahoo.com; gabovv17@gmail.com; fundacionmetadiversolgbt@hotmail.com; hartemuvis@hotmail.com; glorietta2055@hotmail.com; mquimica2004@yahoo.es; lilamujer@gmail.com; colsalud1@yahoo.com; rujanog@gmail.com; c.Tosca@hotmail.com; norfonro@yahoo.com; aagudelo007@gmail.com; juanfprocrear@yahoo.es; fundacionvidapositiva@gmail.com; asivida@ielco.org; ucu@etb.net.co; luzagudelo@antioquia.gov.co; acastane@antioquia.gov.co; hrodriguez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co; cidi2001@yahoo.com; dpelaez@atlantico.gov.co; almajsolano@hotmail.com;

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

secsaludbolivar@gmail.com; ruben.romero.mouthon@gmail.com;
crgallego@hotmail.com; ctorres@atlantico.gov.co; ctorressuarez@hotmail.com;
directordtsc@gmail.com; isdruarengas@yahoo.com; pvspcaldas@gmail.com;
isdruval.arengas@saluddecaldas.gov; haroldmoscatel@hotmail.com;
sivigila@saluddecaldas.gov.co; oscarospinaquintero@gmail.com; oooq40@hotmail.com;
a.tobon@saludcauca.gov.co; felipe.murillo@saludcauca.gov.co;
janier_luis@hotmail.com.co; rabogue@hotmail.com; epicesar@hotmail.com;
janier_luis@hotmail.com.co; Anab6708@yahoo.es; hbechara13@yahoo.com;
dasaludchoco@yahoo.es; recepción.salud@cordoba.gov.co; salud@cordoba.gov.co;
Againes9@hotmail.com; nelvirosa@yahoo.com; juankchirino@gmail.com;
constanzasastoque@hotmail.com; daquipe@gmail.com;
mariaconsuelo_45@hotmail.com; amalugo@hotmail.com; o_ramirez-gomez@yahoo.es;
atorrespri@hotmail.com; myriamtsilva@hotmail.com; rflorez@santander.gov.co;
saludpublica.norte@gmail.com; idsjavierprieto@gmail.com; saserids@yahoo.es;
direccion@issq.gov.co; epidemiologia@issq.gov.co; lina.rendon@risaralda.gov.co;
paola.saldarriaga@gmail.com; jhon.moreno@risaralda.gov.co; adrianaecb@yahoo.es;
ruthelisapinedocampo@gmail.com; patriciaponceguida@hotmail.com;
blancavalderrama18@hotmail.com; edelfon@yahoo.com; jmaderalatr@gmail.com;
carloseric70@hotmail.com; tobyparra@gmail.com; atorrespri@hotmail.com;
criaderodellano@hotmail.com; luzhtrujillos@hotmail.com; secsalud@gobvichada.gov.co;
secretariadesalud@vaupes.gov.co; Jaime1muaya@yahoo.com; salud@idesac.gov.co;
luiseduardocampoc@gmail.com; dirección@desac.gov.co; elisasis@hotmail.com;
dasaludp@telecom.com.co; ricardorivas@saludtolima.gov.co;
melbaoritz@saludtolima.gov.co; cameor13@hotmail.com; jprsalud@gmail.com;
salud@casanare.gov.co; german.guerrero@cundinamarca.gov.co;
alambisu@hotmail.com; maesriva@hotmail.com; ruthelisapinedocampo@gmail.com;
hvazquez@unisaludarauca.gov.co; hvasquez@unisaludarauca.gov.co;
epssubsidiada@cafaba.com.co; director@cafaba.com.co; yposada@comfamiliar.org;
ldiaz@comfamiliar.org; direccion@comfaboy.com.co; esmaria2004@hotmail.com;
direccion@comfaguajira.com; fmendoza@comfamiliar.org;
admin@comfamiliarinarino.com; directorfinanciero@comfenalcoantioquia.org;
dirección@cajasan.com; direccion@comfenalcosantander.com.co;
comfasucre@hotmail.com; direccion@cafaba.com.co; sucaja@comfenalco.com.co;
secretariadireccion@comfanorte.com.co; servisociales@comfacundi.com.co;
albimay@yahoo.com; avilladiego@cajacopi.com;
direccion.administrativa@colsubsidio.com; comfachoco@comfachoco.com.co;
dirección@fps.gov.co; santiagos@aliansalud.com; santiagos@colmedica.com;
marthag@colmedica.com; luisva@saludtotal.com.co; DorisP@saludtotal.com.co;

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

tshumanez@cafesalud.com.co; gmesan@sura.com.co; acastro@salucoop.coop;
lmgallegol@saludcoop.coop; presidencia@humanaeps.com;
Andrea.tellez@humanaeps.com; hgrandas@famisanar.com.co;
msanchez@famisanar.com.co; oayala@sos.com.co; Nranco@sos.com.co;
muranm@caprecom.gov.co; convida@convida.com.co; libia.nieto@convida.com.co;
mafeic@saudcoop.coop; armando_seg@jotmail.com; sonyame3535@hotmail.com;
gerencia.general@solsalud-eps.com.co; rzambrano@hotmail.com;
adrianacano@msn.com; edgarpcb@msn.com; info@selvasalud.gov.co;
juanlopez@saludvidaeps.com; milgarcia@saludcolombiaeps.com.co;
deyanira.ordonez@redsaludeps.com.co; direccion.medica@redsaludeps.com.co;
jfcardona@nuevaeps.com.co; blanca.barragan@nuevaeps.com.co;
presidencia@multimedicaeps.com; jusaquenc@multimedicaeps.com;
alejandrobustos@goldengroup.com; saludpublica@epsgoldengroup.com;
octaviomendez@epsgoldengroup.com; dusakawui_epsi@hotmail.com;
clauditazuleta@hotmail.com; siriaperez@yahoo.es; contratacionmanexka@hotmail.com;
planeación@aicsalud.org.co; yacosta.auditoria@aicsalud.org.co;
gerencia@anaswayuu.com; anaswayuuepsi@hotmail.com;
pijaosepsind.ibague@telecom.com.co; casolanilva@hotmail.com;
dionisio.vargas@emdisalud.com.co; kris.vargas@emdisalud.com.co;
jagonzalez@coosalud.com; gustavoaguilar@asmetsalud.org.co;
fabiancasas@asmetsalud.org.co; Javier.cardenas@comparta.com.co;
edgar.ortiz@comparta.com.co; gtorres@saludcolombiaeps.com.co;
selvasaludpypcentral@gmail.com; William.martinez@nuevaeps.com.co;
lmetaute@sura.com.co; medico@fps.gov.co; epssubsidiada@cafaba.com.co;
YennyR@colmedica.com; danielodawn@hotmail.com; dvargas@acemi.org.co; Arleth
Mercado; William.martinez@nuevaeps.com.co; yyopasa@cicatelli.org; MONICA DUEÑAS;
olga.villate@icbf.gov.co; asuntosdefensor@defensoria.org.co; rosgirasol@gmail.com

Correos enviados para invitar a reunión virtual a validar datos spectrum 4.47- 27 de marzo de 2012

'lilianandrade2002@yahoo.com'; Isabel Cristina Idarraga V; Sidia Caicedo Traslaviña;
'Moreno, Luis Angel'; 'gomezber@paho.org'; 'cgomez@unicef.org';
'nccuellare@hotmail.com'; 'pedro.pardo@sfcolumbia.org'; 'jpcabrales@yahoo.com';
'juanfprocrear@yahoo.es'; 'rubio@unfpa.org'; 'nccuellare@hotmail.com';

Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012

'lpineros@yahoo.com'; 'parce@saludcapital.gov.co'; Martha Lucia Ospina;
'acastane@antioquia.gov.co'; 'mcastano@valledelcauca.gov.co'; 'PATRICIA CAICEDO';
'jgarzon@idsn.gov.co'; 'emapasa69@hotmail.com'; 'oswrada@gmail.com';
'luderf7@hotmail.com'; 'Jaime1muaya@yahoo.com'; 'SMSM. Jeimmys Carolina Marin
Niño'; 'investigacionydesarrollo@gestarsalud.com';
'mvrodriguez@aseguramientosalud.com'; 'Elizabeth Guarin Aguilar';
'marie_ni@caprecom.gov.co'

CC: Ricardo Luque Nuñez

28 DE MARZO DE 2012- CORREOS CON DOCUMENTO BORRADOR PARA REVISION Y APORTES:

'lilianandrade2002@yahoo.com'; Sidia Caicedo Traslaviña; 'morenol@unaids.org'; 'Gomez, Dra.
Bertha (COL)'; 'nveranieto@hotmail.com'; Ernesto Moreno Naranjo; Isabel Cristina Idarraga V;
'rubio@unfpa.org'; 'cgomez@unicef.org'; 'nccuellare@hotmail.com'; 'jpcabrales@yahoo.com';
'acastane@antioquia.gov.co'; 'mcastano@valledelcauca.gov.co';
'investigacionydesarrollo@gestarsalud.com'; 'jduarte@acemi.org.co';
'fundaciondiversidadpasto@yahoo.com'; 'hartemuvis@hotmail.com'; 'colombia@fxb.org';
'luisva@saludtotal.com.co'; 'daquipe@gmail.com'; 'mariaconsuelo_45@hotmail.com';
'scamacho@acemi.org.co'