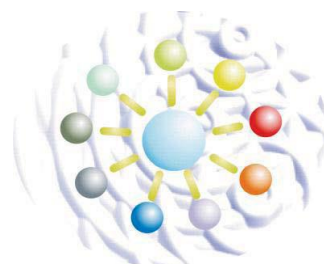
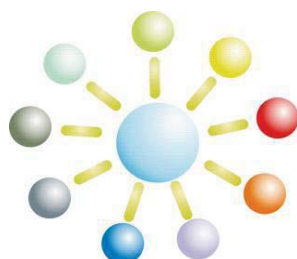
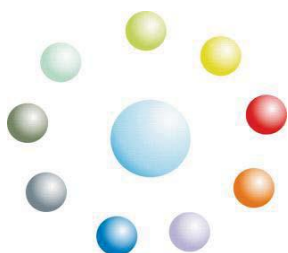


PERFIL EPIDEMIOLÓGICO A 31 DICIEMBRE 2011

21 de Mayo 2012

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

CARLOS MARIO RAMÍREZ RAMÍREZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NUÑEZ

Asesor Promoción y Prevención

TERESA MORENO CHAVES

Coordinadora Observatorio Nacional de la Gestión en VIH.

TABLA DE CONTENIDO.

SITUACION ACTUAL	10
PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA.....	13
MORBILIDAD.....	13
PREVALENCIAS EN POBLACIONES VULNERABLES.....	22
MORTALIDAD.....	30
INDICADORES INDIVIDUALES DE SEGUIMIENTO A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA	32
Objetivo 1. Reducir la transmisión sexual del VIH a la mitad para 2015.....	32
Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida.....	41
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento con antirretrovirales para 2015.	42
Objetivo 5. Reducir a la mitad las muertes a causa de tuberculosis entre las personas que viven en con el VIH para 2015.	42

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. 19

TABLA 2. PORCENTAJE DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH. COLOMBIA, 2009 20

TABLA 3. PREVALENCIA DE VIH EN GESTANTES. ESTUDIOS CENTINELA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO. COLOMBIA, VARIAS CIUDADES 1988 A 2009. 22

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 26

TABLA 5. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE LAS MTS ENCUESTADAS EN 4 CIUDADES DE COLOMBIA, 2008 27

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. 32

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. 33

TABLA 9. PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES. 33

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. 34

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..... 34

TABLA 12. PORCENTAJE DE JÓVENES CON EDADES DE 15 A 24 AÑOS QUE VIVEN CON EL VIH..... 34

TABLA 13. PORCENTAJE DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES QUE PARTICIPARON EN ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN O EDUCACIÓN EN CUATRO CIUDADES DEL PAÍS, 2008..... 35

TABLA 14. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL CON UN CLIENTE 35

TABLA 15. PORCENTAJE DE MUJERES TRABAJADORES SEXUALES QUE SOLICITAN VOLUNTARIAMENTE LAS PRUEBAS DE VIH.	36
TABLA 16. PREVALENCIA CRUDA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES ENCUESTADAS EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2008.....	36
TABLA 17. PORCENTAJE DE HSH ¿SABE DONDE PUEDE ACUDIR SI DESEA HACERSE LA PRUEBA DEL VIH?, COLOMBIA, 2010.	36
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)"	36
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)".....	37
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.	37
TABLA 21. ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN HSH EN BARRANQUILLA, CARTAGENA, MEDELLÍN, PEREIRA, BOGOTÁ, CALI Y CÚCUTA. COLOMBIA – 2010.	39
TABLA 22. PREVALENCIA DE VIH/SIDA EN HOMBRES QUE SE RELACIONAN SEXUALMENTE CON OTROS HOMBRES DE SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010.	40
TABLA 23. FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN EN UDIS EN LOS CONTACTOS SEXUALES CON SUS PAREJA PERMANENTE DEL SEXO OPUESTO, MEDELLÍN-PEREIRA. COLOMBIA - 2010	40
TABLA 24. PORCENTAJE DE POBLACIONES UDIS QUE SE HAN REALIZADO UNA PRUEBA DEL VIH EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES Y CONOCE SU RESULTADO.	40
TABLA 25. ESTIMACIONES DE PREVALENCIA DE LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES SEGÚN ESTADO DE VIH. MEDELLÍN-PEREIRA, COLOMBIA - 2010.....	41
TABLA 26. PORCENTAJE DE MUJERES SEROPOSITIVAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL.	41
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.....	42

TABLA 28. TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH	42
TABLA 29. COBERTURA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL POR TIPO DE ASEGURAMIENTO, COLOMBIA, 2010.....	42
TABLA 30. CASOS INCIDENTES DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS SEROPOSITIVAS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA TB Y VIH, COLOMBIA, 2011.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA 1. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. COLOMBIA 1983 -2011	13
FIGURA 2. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO Y EDAD. COLOMBIA 1983 -2011 .	14
FIGURA 3. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO EN PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS. COLOMBIA 1983 -2011	14
FIGURA 4. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR AÑO Y SEXO. COLOMBIA 1983 -2011..	15
FIGURA 5. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN. COLOMBIA 1983 - 2011	16
FIGURA 6. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA, DISTRIBUCIÓN POR ESTADIO CLÍNICO. COLOMBIA 1983-2011	16
FIGURA 7. PREVALENCIA DE VIH DE HSH, EN SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010	22
FIGURA 8. AUTOIDENTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN SEXUAL EN HSH EN SIETE CIUDADES DE COLOMBIA, 2010	23
FIGURA 9. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE VIH Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS ASOCIADOS, EN UDI, MEDELLÍN Y PEREIRA. COLOMBIA, 2010	25
FIGURA 10. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE LAS MTS ENCUESTADAS EN 4 CIUDADES DE COLOMBIA, 2008	26
FIGURA 11. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA POR 100.000 HABITANTES. COLOMBIA, 1991-2011	31
FIGURA 12. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA POR SEXO POR 100.000 HABITANTES. COLOMBIA 1998 - 2011	31

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, ECOPEPETROL 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, ECOPEPETROL 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.

Perfil Epidemiológico del VIH/Sida en Colombia 2012

Sivigila	Sistema de vigilancia epidemiológica.
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

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

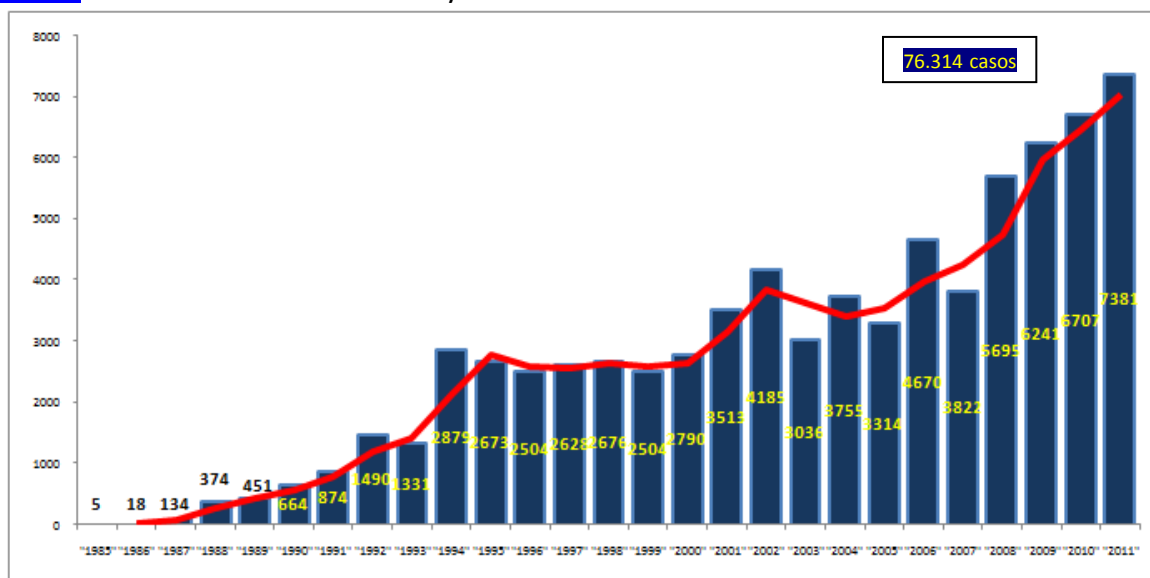
PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA

A continuación se presenta la situación detallada de la prevalencia del VIH en el país en función de la vigilancia centinela y los estudios específicos efectuados durante el período 2008 a 2010. 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 76.314 casos de infección por VIH y sida. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento sostenido de los casos notificados en el país ([figura 1](#)).

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

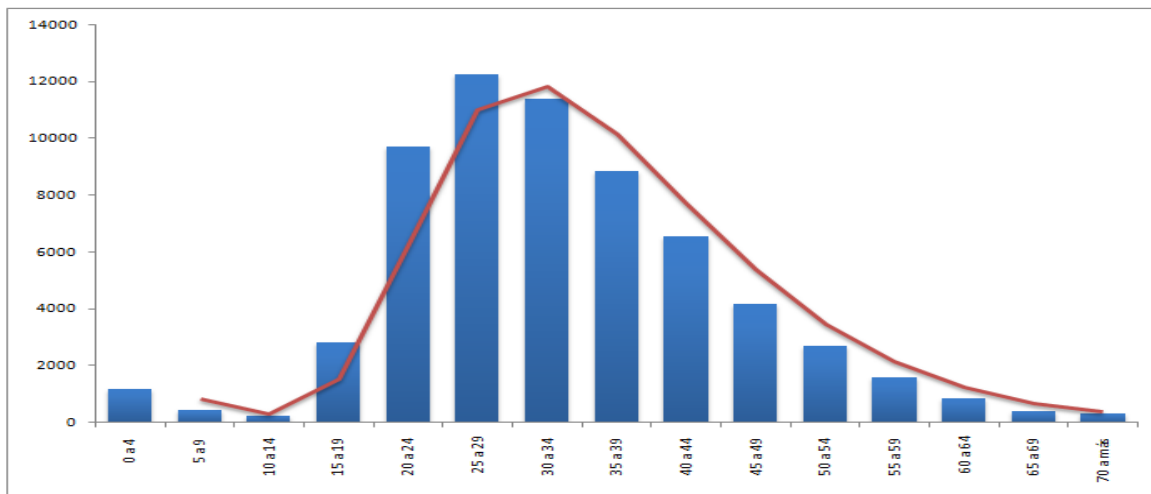


Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 21 de mayo de 2012
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

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 (66,4%); el grupo que mayor número de casos aporta es el de 25 a 29 años (19,3%)

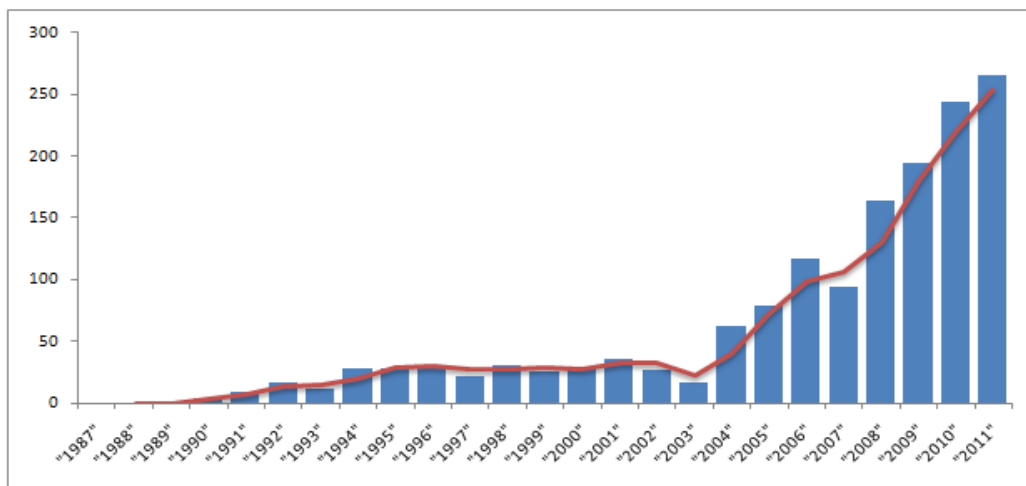
seguido del de 30 a 34 años (17,9%). Sin embargo, el grupo de 60 y más años presenta un incremento de casos a través de los últimos años ([figuras 2 y 3](#)).

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 21 de mayo de 2012
 Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

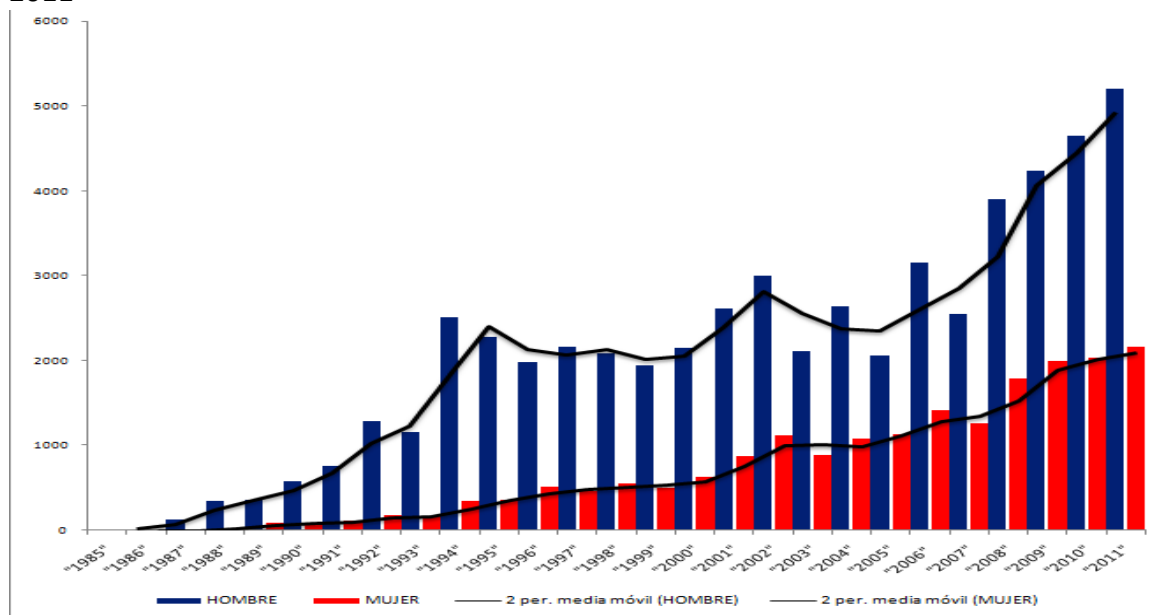
Figura 3. Casos notificados de VIH y sida. Distribución por año en personas de 60 y más años. Colombia 1983 -2011



Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 21 de mayo de 2012
 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 desciende 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

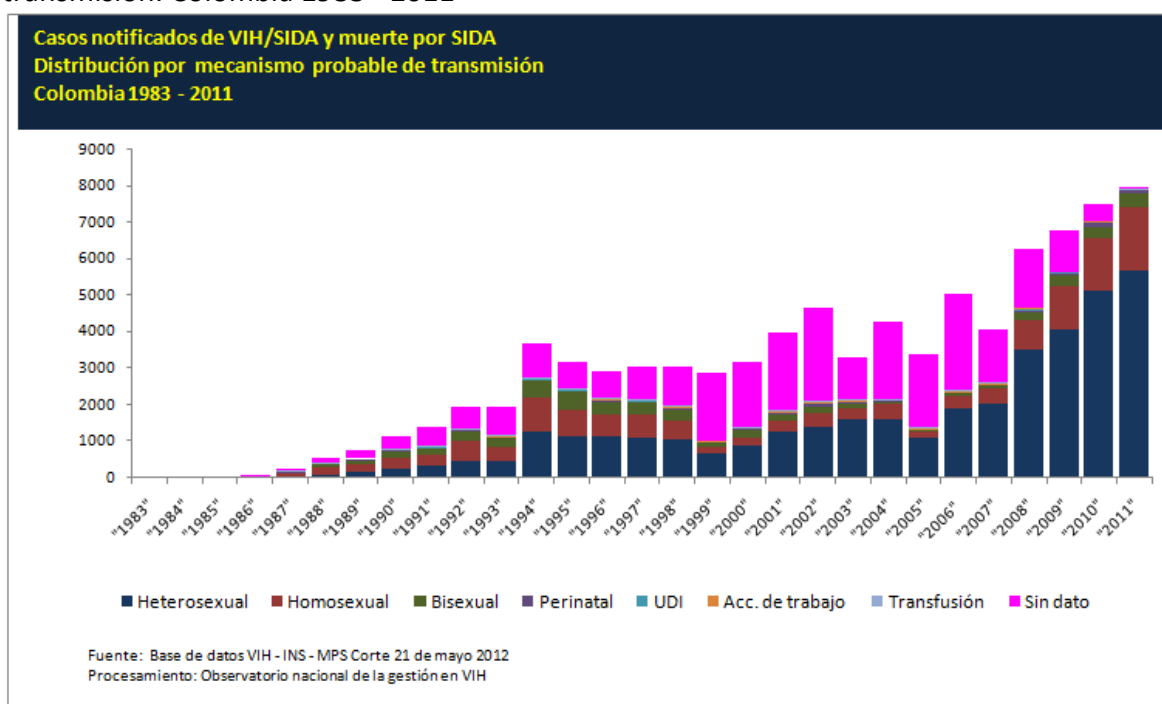


Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 21 de mayo de 2012
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

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%.

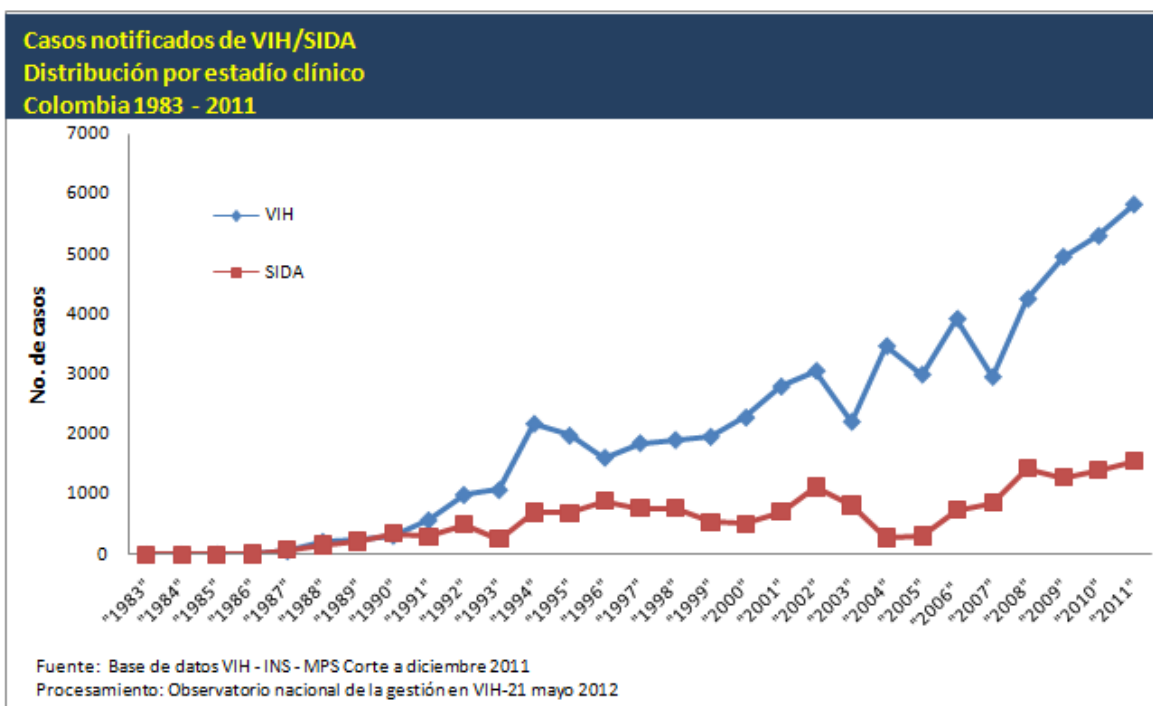
Respecto al estadio clínico, desde el año 2000 se puede evidenciar una disminución de los casos de sida a expensas del incremento relativo de casos de VIH ([figura 6](#)). En términos de notificación; en el año 2004 por cada caso de sida habían notificado 12 con VIH, para el año 2011 aproximadamente 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 21 de mayo de 2012
 Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

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



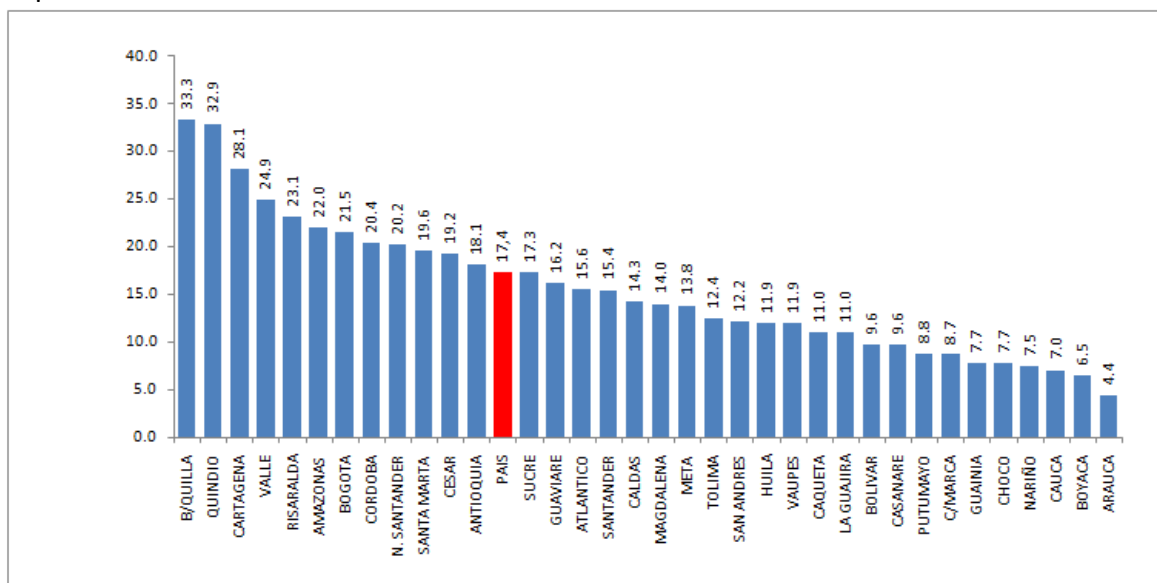
En el año 2011 se notificaron 7.381 casos de VIH y sida y 610 muertes por sida. De estos 5.685 (71,1%) fueron hombres y 2.306 (28,9%) mujeres; el 98,3% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. El grupo poblacional más afectado, por grupos quinquenales —al igual que en años anteriores—, fue el grupo de 25 a 29 años con 1.437 (17,9%), seguido muy de cerca por el grupo de 30 a 34 años de edad con 1.315 (16,4%).

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 6.129 (76,7%) 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 1.722 (21,5%) de la participación total. Igualmente, del total de casos reportados 247 (3,1%) son menores de 18 años y 136 (1,7%) son menores de 15 años.

Al analizar la proporción de incidencia de casos notificados de VIH por departamento, se puede observar que la proporción más alta se presenta en Barranquilla (33,3*100.000

hab.), seguido de Quindío con el 32,9 por 100.000 habitantes, Cartagena (28,1), Valle (24,9) y Risaralda (23,1).

Figura 7. Proporción de casos notificados de VIH/sida y muerte por sida, distribución por Departamento. Colombia año 2011.



Fuente: Base de datos VIH-INS . Año 2011
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP

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, se tamizaron 607.682 gestantes, alcanzando una cobertura del 66% con respecto a las gestantes estimadas (915.835).

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

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%

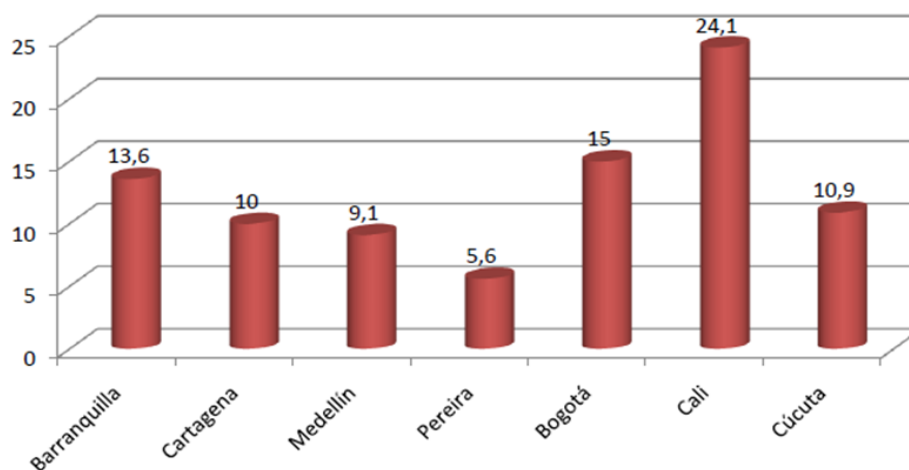
Fuente. Ministerio de la Protección Social, febrero 2010.

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



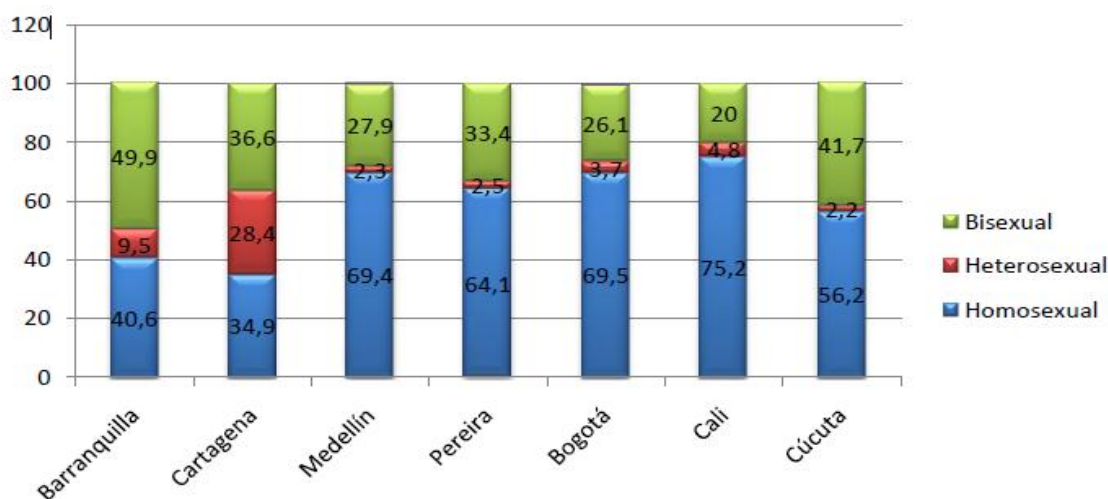
Fuente. Estudio de prevalencia de VIH de HSH, en siete ciudades de Colombia, 2010

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

Perfil Epidemiológico del VIH/Sida en Colombia 2012



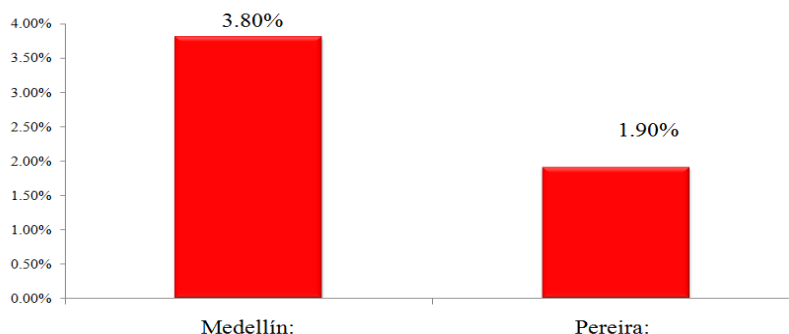
Fuente. Estudio de prevalencia de VIH de HSH, en siete ciudades de Colombia, 2010

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 que 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](#)).

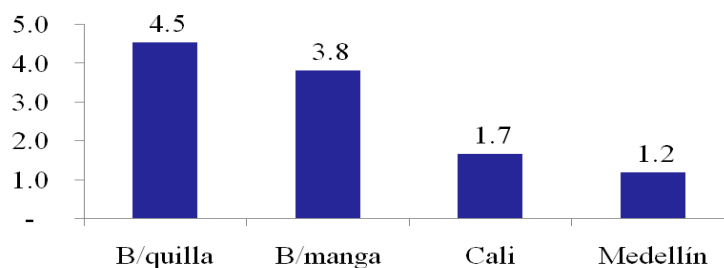
Tabla 4. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Colombia 2010

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%
Persona que sugiere el condón	MTS	80,7%	77,0%	80,7%	85,9%
	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 2011 a través del SIVIGILA se han notificado 10.612 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 546 muertes por sida.

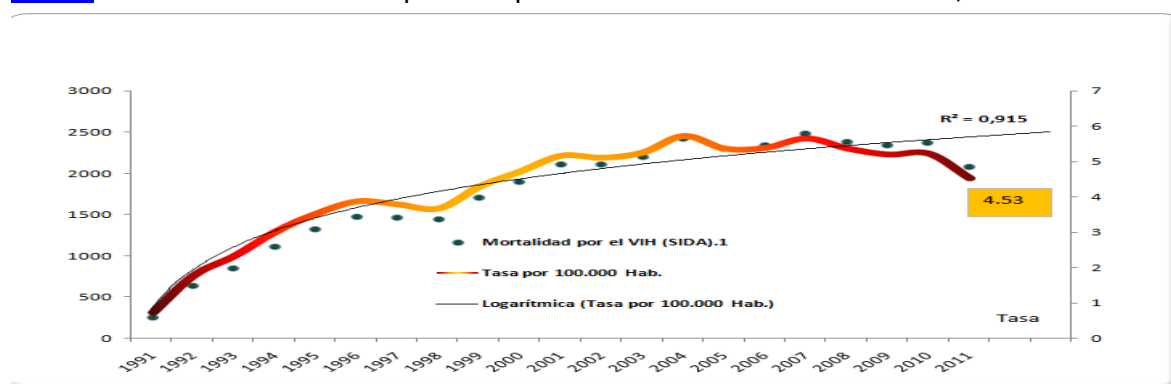
El acumulado de muertes por sida según DANE desde el año 1991 a 2011 es de 37.041, en el año 2011 reportaron 2.088 muertes asociadas con VIH/sida y en el mismo año por el Sivigila se registró 546 casos notificados. En otros términos, se calcula un subregistro en el Sivigila del 77%. Este es el principal 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.

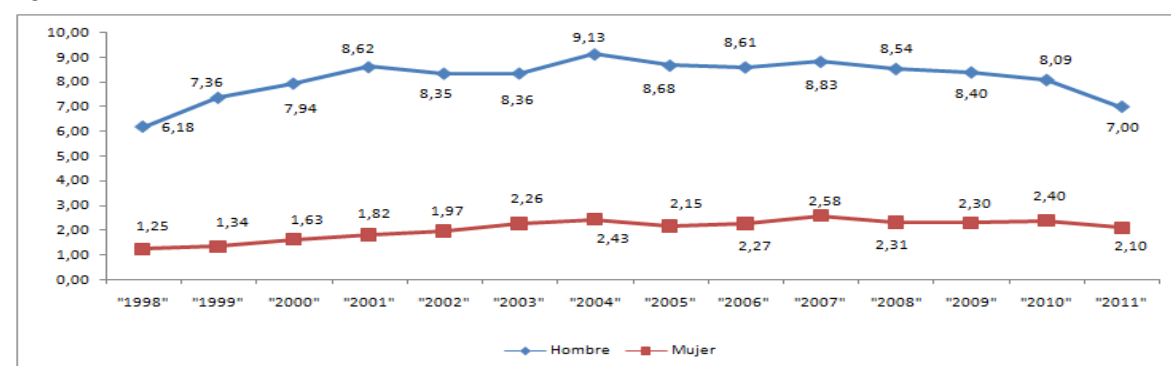
La tasa de mortalidad por sida en el país en el 2011 (dato preliminar) según el DANE fue de 4,53 por 100.000 habitantes ([figura 11](#)), y la mortalidad en los hombres 7,0 y en las mujeres 2,1 por 100.000 habitantes ([figura 12](#)).

Figura 11. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes. Colombia, 1991-2011



Fuente. Estadísticas Vitales-DANE- 1991-2011. Preliminar año 2011

Figura 12. Tasa de mortalidad por sida por sexo por 100.000 habitantes. Colombia 1998 - 2011



Fuente. Base de datos de mortalidad DANE, 1988-2011. Procesado por el Observatorios Nacional de la Gestión en VIH-MPS. Dato preliminar año 2011.

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 deber 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.

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 6. 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**	101	19	18,81	Medellín	2010
	14-24**	54	9	16,67	Cali	
Mujeres	15-24***	16.860	4.063	24,10	Nación	2010
	15-19***	9.100	1.866	20,51		
	20-24***	7.760	2.196	28,30		
	13-24**	66	16	24,24	Medellín	2010
	14-24**	106	39	36,79	Cali	2010

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 7. 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 8. 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 9. 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 10. 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 11. 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 12. 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 13. 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 14. Porcentaje de mujeres trabajadores 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 15. 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 16. 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 17. 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 18. 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 19. 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	345	98	26,1 (19,8-33,1)	315	103	28,9 (22,3-36,1)	342	124	29 (23,6-36,9)	338	89	23,3 (16,6-30,1)	483	136	25,6 (20,5-31,2)	327	91	25,1 (19,6-31,7)	344	86	22,6 (17,7-31)
No		247	73,9 (66,9-80,2)		212	71,1 (63,9-77,7)		218	71 (63,1-76,4)		249	76,7 (69,9-83,4)		347	74,4 (68,8-79,5)		236	74,9 (68,3-80,4)		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 20. 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 21. 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-

Tabla 22. 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 23. 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 24. 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 25. 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 26. 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 27. 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 28. Cobertura de tratamiento antirretroviral por tipo de aseguramiento, Colombia, 2010

Tipo de aseguramiento	Está recibiendo TAR	Requiere TAR	Cobertura TAR
Sin afiliación	760	936	81,20
Contributivo	18.427	19.586	94,08
Subsidiado	8.653	10.586	81,74
Total país	27.840	31.108	89,49

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

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 29. 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.

DISCUSIÓN

La epidemia del VIH en Colombia es concentrada siendo en promedio para los HSH del 12,5%.

El país tiene como mapa de navegación en todas las acciones relacionadas con la promoción y prevención del VIH/Sida el modelo de gestión programática.

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.

Desde 1985 al 31 de diciembre de 2011 se ha reportado un total de 75.620 casos de infección por VIH y sida, para un total incluyendo los casos de muerte por sida de 86.232. Concentrándose la infección en grupos de edad muy jóvenes (20 a 39 años), sin embargo se observa un crecimiento en el número de casos en las personas de 60 y más años, y el sexo masculino es el que representa el mayor número de casos.

Los departamentos de Quindío, Cartagena, Valle y Risaralda son los que presentan mayor proporción de casos notificados. En cambio los departamentos que aportan mayor número de casos de transmisión materno infantil son Chocó, Cesar y Guajira, aunque aún hay departamentos donde no se ha logrado cerrar los casos.

El 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.

Los estudios de seroprevalencia en Colombia han permitido conocer la situación de la epidemia permitiendo enfocar acciones de promoción y prevención a poblaciones más vulnerables como jóvenes y mujeres en contexto de desplazamiento, HSH, trans y MTS, entre otras.

Uno de los hallazgos en estos estudios es la baja cobertura de uso de condón en las relaciones sexuales, tema que debe estar en la agenda política para buscar estrategias que permitan ampliar el acceso y el uso permanente y sostenido del condón.

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 en estos últimos años ha sido estática, sin embargo a partir del 2010 se observa una leve tendencia a la disminución y siendo más visible para el año 2011, se espera que continúe en descenso dado que el país cuenta con todas las herramientas para ofrecer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se pudo establecer que a pesar de la amplia difusión de información sobre la infección del VIH, aún hay concepciones erróneas sobre las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y se observa un bajo porcentaje de mujeres que se sometieron a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce el resultado (ENDS 2010).

Se debe fortalecer las acciones de promoción y prevención en población vulnerable especialmente en MTS y UDIs, haciendo mucho énfasis en el uso del preservativo.