PANORAMA DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA

1983-2010

UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN

PANORAMA DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA
1983-2010

Un análisis de situación

Libertad y Orden
Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Libertad y Orden

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA
Ministro de Salud y Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

ISBN:

PANORAMA DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA, 1983-2010. UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN.
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Convenio 168 – Componente VIH

Coordinación editorial
Convenio 168 Componente VIH - MINSALUD/UNFPA
Patricia Belalcázar Orbes – Coordinadora
Grace Montserrat Torrente R. - Consultora de Comunicaciones

Corrección de estilo: Verónica Bermúdez
Diseño y diagramación: Bibiana Moreno Acuña
Impresión: Legis S.A.
2012
Bogotá D.C.

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social.

Fondo de Población
de las Naciones Unidas

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora VIH/Sida

COORDINACIÓN TÉCNICA
DEL DOCUMENTO

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Ministerio de Salud y Protección Social

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA

CONVENIO 168
COMPONENTE VIH

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

ELVA PATRICIA BELALCÁZAR ORBES
Coordinadora Componente VIH

OMAR SEGURA, MD-MSc, FETP
Consultor para la construcción del documento

TERESA MORENO CHAVES
Consultora, Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida

LILIANA ANDRADE FORERO
Consultora, Modelo de Gestión en VIH/Sida

SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA
Consultora, Estrategia de Eliminación de Transmisión Materno Infantil del VIH

GRACE MONTSERRAT TORRENTE
Consultora de Comunicaciones

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO 17

1. COLOMBIA FRENTE A LA SITUACIÓN MUNDIAL DEL VIH/SIDA 19

1.1 América Latina 22

1.2 Colombia 27

2. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA 31

2.1 Prevalencia 31

2.1.1 Estudios de modelos epidemiológicos 31

2.1.2 Casos incidentes 32

2.1.3 Estudios centinela 32

2.2 Notificación de caso 34

2.2.1 Notificación por sexo 34

2.2.2 Notificación por edad 34

2.2.3 Notificación de casos y carga de enfermedad 36

2.2.4 Notificación por áreas geográficas 37

2.2.5 Notificación por etnia 40

2.2.6 Notificación por régimen de afiliación 42

2.2.7 Notificación por mecanismo probable de transmisión 44

2.2.8 Notificación por estadio clínico 46

2.3 VIH/Sida en grupos en contextos de vulnerabilidad 47

2.4 Coinfección VIH/Sida - otras enfermedades 49

2.5 VIH/Sida y otras situaciones de salud 52

3. MORTALIDAD POR VIH/SIDA 55

4. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD 65

4.1 Prevención 65

4.1.1 Conocimientos, actitudes y prácticas 65

4.1.2 Prácticas sexuales protegidas 69

4.1.3 Acceso: condones y pruebas para VIH/Sida 76

4.1.4 Estigma, discriminación 80

4.2 Tratamiento 83

5. SITUACIÓN DE LOS GRUPOS EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD 91
5.1 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) 92
5.2 Mujeres trabajadoras sexuales (MTS) 93
5.3 Personas privadas de la libertad (PPL) 94
5.4 Personas en situación de calle (PHC) 94
5.5 Usuarios de drogas intravenosas (UDI) 95
5.6 Jóvenes desplazados por el conflicto armado (JD) 96
5.7 Personas desmovilizadas de los grupos armados organizados al margen de la ley (DESM) 97

6. CONCLUSIONES 99
6.1 Situación nacional 99
6.2 Comportamiento epidemiológico del VIH/Sida 102
6.3 Mortalidad por VIH/Sida 104
6.4 Acceso a servicios de salud 105
6.5 Situación de los grupos en contextos de vulnerabilidad 106

REFERENCIAS CITADAS 109
REFERENCIAS CONSULTADAS 119
WEBGRAFÍA 122

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Situación de VIH/Sida en el mundo, 1997 y 2010
Tabla 2. Cobertura de TAR en el mundo, 2010
Tabla 3. Prevalencia de VIH en diferentes poblaciones en países de América Latina, 2004-2010
Tabla 4. Prevalencia de VIH en estudios centinela en Colombia, 1988-2009
Tabla 5. AVISAS por 1.000 personas según sexo y grupo de edad; Colombia, 2005
Tabla 6. Edad promedio de inicio de VIH/Sida por sexo y grupo etario, Colombia, 2005
Tabla 7. Casos notificados de VIH/Sida por área de residencia; Colombia, 1983-2010
Tabla 8. Casos notificados de VIH/Sida por etnia; Colombia, 1983-2010
Tabla 9. Casos notificados de VIH/Sida por régimen de afiliación al SGSSS; Colombia, 1983-2010
Tabla 10. Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión; Colombia, 1983-2010
Tabla 11. Prevalencias estimadas de VIH/Sida por área, año y grupo vulnerable; Colombia, 2000-2010
Tabla 12. VIH-SIDA y co-infecciones, Colombia, 2000-2010
Tabla 13. Coinfección TB - VIH/Sida por departamentos; Colombia, 2008-2010
Tabla 14. Casos de mortalidad por VIH/Sida por departamento; Colombia, 1991-2009
Tabla 15. Conocimientos y actitudes sobre VIH/Sida por subgrupos; Colombia, 1983-2010
Tabla 16. Uso del condón por subgrupos (primera relación sexual); Colombia, 1983-2010
Tabla 17. Uso del condón por subgrupos (frecuencia de uso); Colombia, 1983-2010
Tabla 18. Uso del condón por subgrupos (uso más reciente); Colombia, 1983-2010
Tabla 19. Razones para el no uso del condón por subgrupos; Colombia, 1983-2010
Tabla 20. Acceso a condones por subgrupos; Colombia, 1983-2010
Tabla 21. Acceso a Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH/Sida por subgrupos; Colombia, 1983-2010
Tabla 22. Acceso a TAR y discriminación por subgrupos; Colombia, 1983-2010
Tabla 23. Discriminación y estigmatización por orientación sexual o infección por VIH, clasificada por subgrupos; Colombia, 1983-2010
Tabla 24. Factores facilitadores de adherencia a la TAR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. TAR en Suramérica, 2010 (UNGASS, 2011)
Figura 2. Casos estimados de VIH/Sida (en miles); Colombia, 1991-2009
Figura 3. Casos incidentes de VIH/Sida por 100.000 habitantes y por sexo; Colombia, 1985-2010
Figura 4. Casos notificados de VIH/Sida por año y sexo; Colombia, 1983-2010
Figura 5. Casos notificados de VIH/Sida por grupo etario; Colombia, 1983-2010
Figura 6. Casos notificados de VIH/Sida por ente territorial; Colombia, 1983-2010
Figura 7. Tendencia de casos notificados de VIH/Sida según estadio clínico; Colombia, 1983–2010
Figura 8. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y sexo; Colombia, 1991-2009
Figura 9. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y grupo etario; Colombia, 1997-2009
Figura 10. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y grupo etario; Colombia, 1997-2009
Figura 11. Personas con TAR; Colombia 2005-2010

ABREVIATURAS

ACIN	Asociación Colombiana de Infectología
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
APV	Asesoría y prueba voluntaria
ARV	Antirretrovirales (medicamentos)
ASAP	Servicio de Onusida gerenciado por el Banco Mundial (Aids Strategy and Action Plan)
ASMUBULI	Asociación de Mujeres Buscando Libertad
AVISA	Años de vida saludable perdidos
BDR	Base de datos y referencias
CAP	Conocimientos, actitudes, prácticas
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CD4	Linfocitos CD4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Cendex	Centro de Estudios para el Desarrollo – Pontificia Universidad Javeriana
CODAR	Consumidores de drogas de alto riesgo
CV	Carga viral
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DESM	Personas desmovilizadas de grupos armados irregulares
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidad promotora de salud
EUA	Estados Unidos de América
FEDESALUD	Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social
FEREDSALUD	Federación Colombiana de Cooperativas de Hospitales
FES Social	Fundación para la Educación y el Desarrollo Social
HAI	Health Alliance International
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IC	Intervalos de confianza
IDi	Investigación, desarrollo e innovación
IEC	Información, educación, comunicación
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
INS	Instituto Nacional de Salud
INTEGRA	Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH

IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JD	Jóvenes desplazados por el conflicto armado
LGTB	Población lésbica, gay, trans, bisexual
LIGASIDA	Liga Colombiana de Lucha contra el Sida
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF, United Nations Development Assistance Framework)
MPS	Ministerio de Protección Social
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MRE	Ministerio de Relaciones Exteriores
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
NIH	Instituto Nacional de Salud, Estados Unidos de América (National Institute of Health)
OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEN VIH/Sida	Plan Estratégico Nacional ante el VIH/Sida
PHC	Personas en situación de calle
PIRN	Plan Intersectorial de Respuesta Nacional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo United Nations Development Programme)
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPD	Derivado proteínico purificado (Purified Protein Derivative)
PPL	Personas privadas de la libertad
PVVS	Personas viviendo con VIH o Sida
RDS	Método de muestreo dirigido por entrevistados (Respondent-Driven Sampling)
RECOLVIH	Red Colombiana de personas viviendo con VIH o con Sida
RN	Recién nacido/a
RUAF-ND	Registro único de afiliación de usuarios en salud – módulo de nacidos vivos y defunciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SPA	Sustancias psicoactivas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SSSR	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Terapia antirretroviral
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad (HAART: High Activity Antiretroviral Therapy)
TB	Tuberculosis
UDI	Usuario de drogas intravenosas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Asamblea Especial de las Naciones Unidas para VIH/Sida(United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VBG	Violencia basada en género
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
VS	Violencia sexual
WB	Western Blot

RESUMEN EJECUTIVO

Los análisis de situación de salud (ASIS) son procesos de análisis y síntesis para caracterizar, medir y explicar el perfil general o específico de salud-enfermedad de una población frente a una condición, incluyendo daños y problemas de salud, y la participación del sector salud o de otros relacionados (1;2). Los ASIS incluyen como sustrato los datos de grupos poblacionales en contextos de vulnerabilidad, que resultan de sus condiciones y calidad de vida en entornos específicos. Estos están conformados por las complejas relaciones de determinación y condicionamiento del contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico. Esencialmente, los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados, y la evaluación de su impacto.

Desde la detección de los primeros casos de VIH/Sida en Colombia en 1981, este evento ha merecido atención por las consecuencias médicas, biológicas, psicológicas y sociales que provoca en la población. Diversas instituciones, a través de esfuerzos e iniciativas públicas o privadas, han incluido en su razón de ser y en sus agendas esta enfermedad; los científicos y profesionales que han participado en estas tareas han incorporado a su quehacer diferentes procesos y técnicas, entre ellos el ASIS, para explicar la distribución de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo y determinantes asociados al VIH/Sida, primero en la población general, y progresivamente en los grupos humanos afectados o en condición de vulnerabilidad.

El ASIS del VIH/Sida que se presenta en este documento se enfocó en la inspección y evaluación de las tendencias generales en promoción, prevención, atención y apoyo en torno al VIH/Sida en el período 1983-2010, con el fin de consolidar y difundir la información que se requiere como insumo para la toma de decisiones en VIH/Sida. El eje metodológico central fue el análisis mixto (cuantitativo/cualitativo) de la situación actual de la enfermedad en el período descrito, para lo cual se tuvieron en cuenta variables propias del análisis nacional, con una caracterización por variables sociodemográficas determinantes, valoración/ponderación de dinámica epidemiológica de morbilidad y mortalidad e inequidades, análisis de oferta y demanda, intervenciones existentes, evaluación normativa y de tecnologías, y actividades de abogacía.

El capítulo 1 aborda la situación nacional del VIH/Sida en el panorama mundial y regional, cómo se sitúa nuestro país en el panorama mundial, continental, regional, y como está en términos de la epidemia.

En los capítulos 2 y 3 se analiza el comportamiento epidemiológico (morbilidad, mortalidad) con base en los datos suministrados por el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida (en adelante, el Observatorio) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), procesados a su vez desde diversas fuentes primarias y secundarias, en particular el Instituto Nacional de Salud (INS), el MSPS y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). En estos capítulos se revisa cómo se ha comportado la tendencia general de la enfermedad en Colombia desde 1983 a 2010 y las tendencias específicas entre 2006 y 2010 por grupo etario, sexo, departamento, régimen de aseguramiento, mecanismos de transmisión y grupos en situación de vulnerabilidad, y cuál ha sido la progresión general de decesos por la enfermedad desde 1985 a 2009, y específica para el período 2006-2009 por sexo, ubicación, y afiliación.

El capítulo 4 aborda el acceso de las Personas viviendo con VIH o Sida (PVVS) desde dos perspectivas: 1) medidas de promoción y prevención (en particular, condones), y 2) acciones de atención y apoyo (específicamente la Terapia Antirretroviral-TAR). Se describe el acceso de la población en general, los grupos en situación de vulnerabilidad y las personas viviendo con VIH/Sida a las diferentes medidas de promoción y prevención, -condones en particular-, así como a la TAR.

El capítulo 5 presenta una panorámica de la epidemia de VIH/Sida desde los grupos en situación de vulnerabilidad (HSH, MTS, UDI, PPL, DESM, PHC, JD), enumerados en el Plan Estratégico Nacional contra el VIH/Sida (PEN VIH/Sida) 2008-2011; este capítulo resume el reporte de diversos grupos de investigación a lo largo del período bajo estudio para diversos grupos en contextos de vulnerabilidad.

En el capítulo final, este ASIS ofrece conclusiones dirigidas a las diferentes instancias involucradas en la prevención, atención y apoyo de las PVVS.

COLOMBIA FRENTE A LA SITUACIÓN MUNDIAL DEL VIH/SIDA

De cómo se sitúa Colombia en el panorama mundial, continental, regional; y de cómo está Colombia en términos de la epidemia.

1

1. COLOMBIA FRENTE A LA SITUACIÓN MUNDIAL DEL VIH/SIDA

Desde el comienzo de la epidemia de VIH/Sida en 1981, cerca de 60 millones de personas en el mundo se han infectado con el virus de VIH; 25 millones fallecieron por Sida y causas relacionadas. Hacia 2010, el número de PVVS en el mundo se acercó a 34 millones, con una prevalencia estimada de alrededor del 1%. Nacieron 430.000 niños con VIH, se infectaron 2,7 millones de personas —de las que 390.000 eran niños— y murieron 1,8 millones de PVVS. 40% de la casuística la conformaron jóvenes y adultos entre quince y cuarenta y nueve años; la región de África subsahariana albergó dos de cada tres PVVS, y nueve de cada diez infecciones recientemente conocidas. En la década de 1980 la razón de masculinidad mundial de PVVS era de 10-12:1; hacia 2010 era de 1:1, con variaciones regionales. Menos del 40% de los jóvenes tenían información básica acerca del VIH y menos del 40% de las PVVS conocían su estado serológico. Aunque desde 1995 cerca de 2,5 millones de personas han evitado una muerte temprana gracias a la TAR, el acceso a esta solo lo tuvo el 42% de las PVVS que lo requerían. Una de cada tres PVVS estaba coinfectada con TB, siendo una de las principales causas de letalidad por Sida (3).

1.1 AMÉRICA LATINA

De acuerdo con las fechas del primero y más reciente de los reportes disponibles en Onusida (1A) (tabla 1), la situación de América Latina entre 1997 y 2010 evidencia que cerca de 1,5 millones de niños y adultos son PVVS, con una prevalencia de alrededor del 0,6% reportada por ambos informes(3;4).

Tabla 1. Situación de VIH/SIDA en el mundo, 1997 y 2010.

Región	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA 1997	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA 2010	Adultos y niños recientemente infectados 1997	Adultos y niños recientemente infectados 2010	Prevalencia en adultos 1997*	Prevalencia en adultos 2010*
África subsahariana	21.000.000	22.900.000	4.000.000	1.900.000	8,0%	5,00%
África del Norte y Oriente Medio	210.000	470.000	19.000	59.000	0,13%	0,20%
Asia meridional y sudoriental	5.800.000	4.000.000	1.200.000	270.000	0,7%	0,30%
Asia oriental	420.000	790.000	200.000	88.000	<0.1%	<0.1%
Oceanía	12.000	54.000	600	3.300	0,1%	0,30%
América Latina	1.300.000	1.500.000	160.000	100.000	0,57%	0,40%
Caribe	310.000	200.000	45.000	12.000	1,96%	0,90%
Europa oriental y Asia central	190.000	1.500.000	80.000	160.000	0,14%	0,90%
Europa occidental y central	480.000	840.000	30.000	30.000	0,25%	0,20%
América del Norte	860.000	1.300.000	44.000	58.000	0,56%	0.60%
Total mundial	30.582.000	34.000.000	5.778.600	2.680.300	1,10%	0,80%

*** Proporción de adultos entre 15-49 años que vivían con VIH/SIDA**
Fuente:UNAIDS, 2011

Según la OMS y ONUSIDA , el acceso a la TAR en América Latina y el Caribe reportado en 2010 fue de 63%, siendo indiscutiblemente la región con mejor porcentaje de acceso (tabla 2).

Tabla 2. Cobertura de TAR en el mundo, 2010.

Región geográfica	PVVS con TAR, 2010	Personas elegibles para TAR	% Cobertura TAR
África subsahariana	5.064.000	10.400.00	41%
América Latina y el Caribe	521.000	820.000	63%
Asia oriental, meridional y sudoriental	922.000	2.300.000	39%
Europa, Asia Central	129.000	570.000	23%
Oriente Medio y Norte del África	14.900	150.000	10%
Total mundial	**6.650.900**	**14.200.000**	**47%**

Fuente:UNAIDS, 2011

La situación del VIH/SIDA en América Latina se puede resumir de la siguiente manera, considerando datos provenientes, principalmente, de ONUSIDA(5):

- BRASIL. Cerca de un tercio de todas las PVVS en América Latina se encuentran en Brasil; la prevalencia nacional del VIH en adultos ha permanecido en torno al 0,5% [0,3%-1,6%] desde el año 2000. La transmisión materno-infantil del VIH disminuyó desde 1997, bajando de 16% a menos de 4% en el 2002. El acceso generalizado a la TAR redujo a la mitad las tasas de mortalidad por Sida entre 1996 y 2002. El gasto en TAR aumentó un 66% en 2005 debido al gran número de personas que reciben TAR y a dificultades con patentes de la industria farmacéutica relacionadas con medicamentos empleados en la TAR. Cada vez hay más mujeres infectadas, afectadas por el comportamiento de sus parejas sexuales masculinas. Se estima que la mitad de las infecciones por VIH son causadas por relaciones sexuales no protegidas entre hombres. La transmisión del VIH está aumentando en algunos sectores empobrecidos y analfabetos de la sociedad: los niveles de infección eran casi tres veces más altos entre las categorías de personas con menores ingresos que en los grupos con ingresos más elevados. La prevalencia del VIH entre UDI ha bajado en algunas ciudades, en apariencia debido a impactos positivos de los programas de reducción de daños, el cambio de las drogas inyectadas a las inhaladas y la mortalidad entre los consumidores de drogas. Estas situaciones realzan la necesidad de servicios que permitan reducir en este grupo las prácticas de riesgo tanto sexuales como relacionadas con drogas. Se ha registrado una alta prevalencia del VIH entre reclusos, hasta de 6% en hombres y 14% en mujeres. En la ciudad de Campinhas, un estudio de 2008 encontró una prevalencia de 14% entre trabajadores sexuales masculinos frente al 6% entre los HSH. En 2008 se estimó la cobertura de TAR en un 70% con un incremento entre 2009 y 2010 del 8%.

- ARGENTINA. Las relaciones sexuales no protegidas se convirtieron en 2006 en el principal mecanismo de transmisión del VIH en Argentina, país que tiene unas 120.000 PVVS; cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH eran atribuibles a coito no protegido. La prevalencia máxima del VIH ocurre en HSH, llegando a 14% en 2005. La cifra de UDI, así como el uso de jeringas no estériles han disminuido desde comienzos del siglo XXI. Ello podría deberse al impacto psicológico que genera el VIH/Sida y al cambio en el precio y la calidad de las drogas. Un estudio realizado en trece ciudades del país encontró una incidencia de la enfermedad del 10,7% entre MTS y de 2,3% entre hombres trabajadores sexuales. La cobertura estimada de TAR está entre 70% y 79%.

- URUGUAY. A finales de 2005, cerca de diez mil personas estaban viviendo con el VIH, concentradas especialmente en Montevideo y alrededores; 67% de las relaciones sexuales no protegidas, en su mayoría heterosexuales, son responsables de los casos notificados de VIH/Sida; la prevalencia entre HSH ha llegado al 22%, y uno de cada cinco casos conocidos son UDI. La cobertura estimada de TAR está entre 70% y 79%.

- PARAGUAY. La epidemia afecta a pequeños grupos, en su mayoría hombres, concentrándose en Asunción y en zonas fronterizas con Argentina y Brasil. La mayoría de los casos fue atribuida a relaciones sexuales remuneradas no protegidas (prevalencia 3,6%), relaciones sexuales con otros hombres o inyección de drogas (la prevalencia de UDI infectados es de 12%). La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas alcanzó 0,3% en 2005. Hay un acceso insuficiente a los servicios de salud sexual y uso infrecuente del condón.

- BOLIVIA. El VIH/Sida ha sido detectado principalmente en HSH radicados principalmente en La Paz y Santacruz, con prevalencias entre 15% y 22%, con bajísimo acceso a servicios de prevención, atención y apoyo frente a VIH/Sida, y de tratamiento de otras ITS (5% en HSH, 30% en MTS).

- PERÚ. La prevalencia nacional del VIH en adultos fue de 0,6% en 2005. La prevalencia de HSH como PVVS osciló entre 18% y 22%; la prevalencia de VIH/SIDA en HSH de la ciudad de Lima alcanzó 8,3% en 2007; en esta época, sólo 17% de los encuestados afirmó haber usado condones en su última relación sexual. Posiblemente la mayoría de las mujeres con VIH/Sida fueron infectadas por HSH; entre MTS, la prevalencia osciló entre 0,6% y 1,6% en 2005. HSH que asistieron a clínicas públicas en Lima encontró una incidencia de 3,5%. Perú dirigió más del 5% de su gasto en prevención del VIH hacia programas de prevención para HSH.

Los más recientes informes UNGASS (3A) confirmaron los datos de prevalencia durante el período 2004-2010 en países de América Latina (tabla 3), ya que ponen en evidencia la concentración de la epidemia y dan cuenta de una prevalencia superior en uno o dos órdenes de magnitud en grupos humanos en contextos de vulnerabilidad, así como una carencia de datos en subgrupos cuya dinámica epidemiológica hasta ahora empieza a ser comprendida y estudiada debidamente.

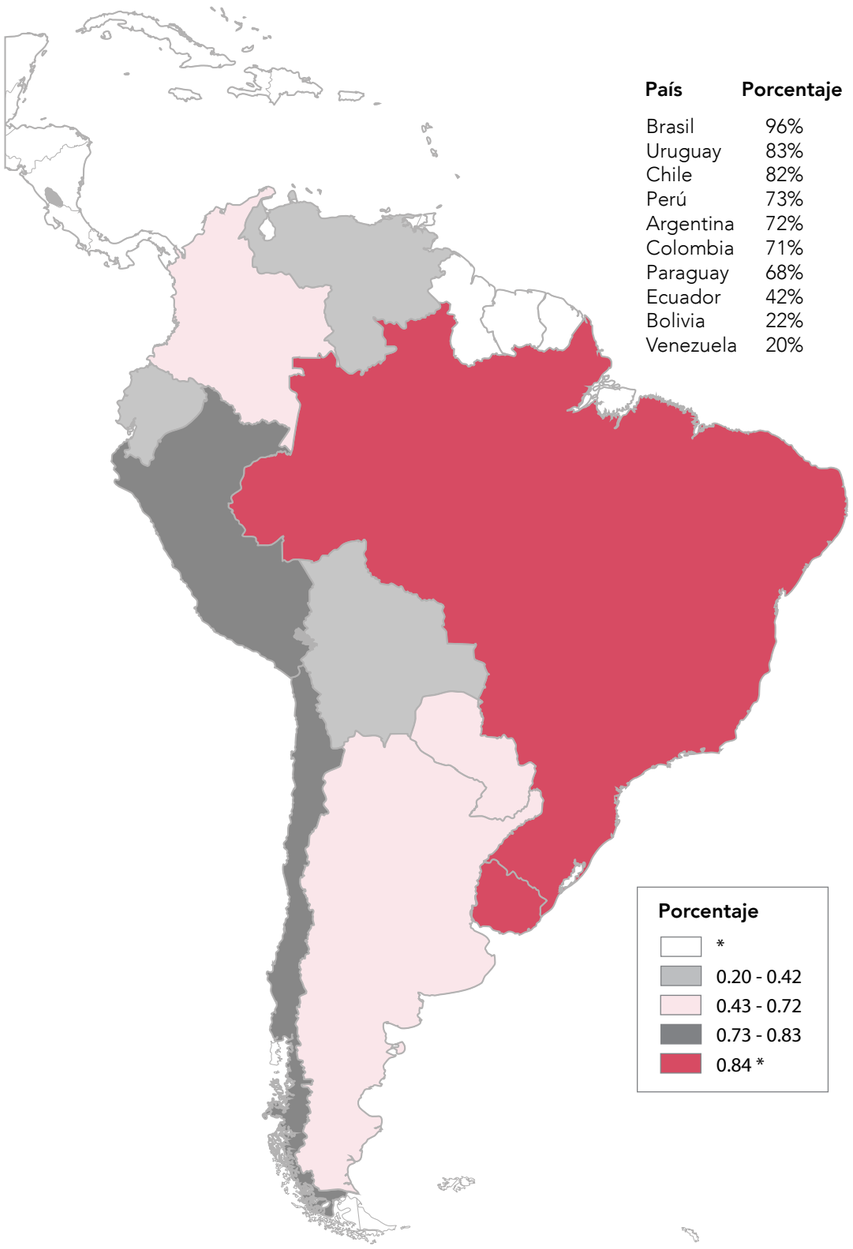
Tabla 3. **Prevalencia de VIH en diferentes poblaciones en países de América Latina, 2004-2010.**

	Año	Adultos	Población 15 a 24 años		HSH	Trabajadores sexuales		UDI	PVVS*
			Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres		
Países Andinos									
Bolivia	2008/10	0,2	0,1	0,1	11,6	-	0,4	-	11.000
Ecuador	2006/7	0,4	0,2	0,2	19,2	-	3,8	-	36.000
Perú	2008/9	0,4	0,2	0,1	10,1	-	0,5	-	73.000
Venezuela	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cono Sur y Brasil									
Argentina	2008	0,5	0,3	0,2	11,8	22,8	1,9	-	110.000
Brasil	2009	0,3 a 0,6	0,1 a 0,3	0,1 a 0,4	12,6	-	4,9	5,9	-
Chile	2009	0,4	0,2	0,1	20,3	-	0,7	-	39.000
Paraguay	2005	0,3	0,2	0,1	8,7	10,7	1,8	9	12.000
Uruguay	2004/5	0,6	0,3	0,2	9,1	19,3	-	18,5	9.600

* Datos de PVVS proceden del reporte UNGASS 2010, último reporte regional disponible.
Fuente: UNGASS, 2011

De acuerdo con el último informe UNGASS, Brasil es el país de la región con la mayor cobertura de TAR; la cobertura colombiana es similar a la reportada en Perú y Argentina (figura 1).

Figura 1. TAR en Suramérica, 2010 (UNGASS, 2011)



1.2 COLOMBIA

En Colombia el primer reporte de casos de VIH/Sida ocurrió en 1983; actualmente se considera un problema de salud pública que se ha hecho manifiesto con el aumento en el número de casos notificados tanto en hombres como en mujeres, afectando principalmente a población joven (6). La prevalencia en grupos en contextos de vulnerabilidad es mucho mayor, alcanzando hasta 24% en HSH (7). Una de cada tres personas infectadas tiene entre 25 y 34 años de edad. La razón de masculinidad, que en la década de los años 80 fue de 12:1, para el año 2010 era de 2:1 con tendencia al equilibrio, sin un claro patrón racial —la población colombiana es producto del mestizaje directo de tres grupos principales (españoles, indígenas y africanos)—, y una contribución de inmigrantes provenientes de otros países europeos y del Oriente Medio (8); desde la perspectiva del VIH/Sida, los grupos étnicos reconocidos[i] han aportado menos del 10% del total de casos. Sin embargo, actualmente se sabe que la mayor prevalencia de casos se ha concentrado en los HSH y que los diferentes sistemas de notificación y reportes no indagan la orientación sexual[ii].

Geográficamente, casi un 25% de los casos reportados se concentran en el Distrito Capital. Con la actualización de las fichas del SIVIGILA y la implementación de los registros electrónicos de defunción del Dane a partir de 2006, se conoce que el 86% de las PVVS se ubican en los centros urbanos, que un 85% de los personas se encuentran en alguno de los regímenes del SGSSS, con un mecanismo probable de transmisión heterosexual en un 70% de los casos. Sin embargo, se infiere que a través de los casos reportados no se está haciendo la mejor indagación acerca del mecanismo probable de transmisión, ya que las prevalencias halladas en mujeres gestantes (0,22%) —que representan los casos en población heterosexual— y en los estudios realizados con HSH (12%) difieren ampliamente. Por otra parte, existe un bajo porcentaje de coinfección, en su mayoría por TB Mycobacterium avium (4,5%) (9) y hepatitis B (3,9%)(10).

En cuanto al acceso a condones y a TAR se encontró que si bien el conocimiento sobre la utilidad del condón para prevenir VIH/Sida supera el 90% (7), su uso es mucho menos frecuente, al punto que de cada tres personas que

i El Dane reporta ochenta y siete etnias indígenas, tres grupos diferenciados de afrocolombianos y el pueblo gitano o ROM.

ii Según información publicada por el MPS y el UNFPA en el protocolo del estudio *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en HSH en siete ciudades de Colombia*, publicado en 2011.

entienden su propósito, sólo uno lo utiliza; el acceso a TAR por parte de las PVVS pasó de 65% en 2006 al 80% en 2010[iii].

Hasta el 2006, en Colombia se habían estimado 160.000 casos de infección por VIH; las estimaciones son necesarias dado el importante problema de subregistro respecto a la infección por VIH/Sida en el país (11). Para 2010, la prevalencia estimada fue de 0,57% para personas entre 15 y 49 años, con 144.320 casos estimados. En total, se estima que 110.250 corresponden a hombres y 34.070 a mujeres[iv].

iii De acuerdo con estimaciones realizadas por el Observatorio con el programa de cómputo Spectrum sobre un peso poblacional de 60% del total de la población del país.

iv Estimaciones del Observatorio según resultados arrojados por el programa *Spectrum* para el año 2010.

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA

De cómo ha estado la tendencia general de la enfermedad en Colombia desde 1983 a 2010, y las tendencias específicas entre 2006 y 2010 por grupo etario, sexo, departamento, régimen de aseguramiento, mecanismos de transmisión y grupos en situación de vulnerabilidad.

2

2. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA

Colombia tiene una epidemia de VIH concentrada, es decir, tiene una prevalencia de infección en la población general menor del 1%, pero superior a 5% en al menos un grupo poblacional en contextos de vulnerabilidad, tales como MTS, HSH, individuos cuya pareja está infectada con VIH/Sida y UDI; la prevalencia de infección en la población adulta entre 15 y 49 años en 2006 fue de 0,7%; en 2009 de 0,59% y de 0,57% en el 2010; por su parte, la prevalencia en mujeres embarazadas varió de 0,24% en 1999 a 0,65% en 2003, y a 0,22% en 2009 (12;13).

2.1 PREVALENCIA

2.1.1 ESTUDIOS DE MODELOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hasta 1990, Colombia careció de un programa nacional de VIH/Sida suficientemente fuerte, así como de datos epidemiológicos fiables[v], con deficiencias en sus acciones preventivas y asistenciales, y persistencia de la epidemia en el tiempo (14). Onusida, por ejemplo, estimó 190.000 casos de VIH/Sida para el año 2005 (figura 2), frente a una cifra menor reportada por el MPS. Así, mientras que hubo un incremento en la inversión en salud y el país ofreció TAR universal a las PVVS, la prevalencia alcanzó y superó cifras entre un uno y un cinco por ciento en grupos específicos vulnerables.

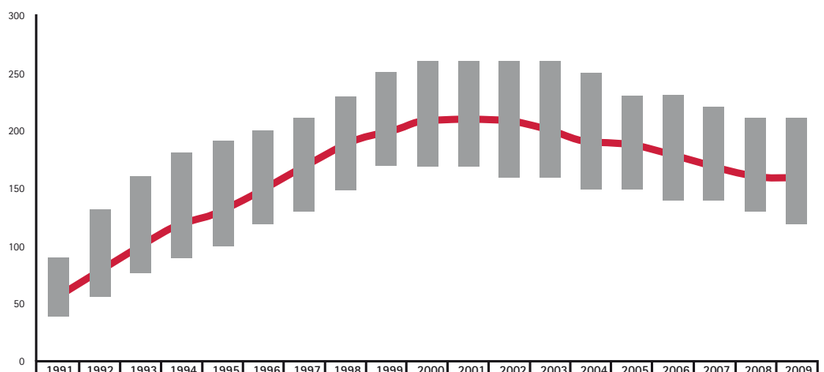
¿Qué significó esto en términos prácticos? Diversos autores atribuyen la raíz de esta situación a un asunto jurídico, la naturaleza del artículo 48 de la Constitución Nacional —promulgada en 1991— que convirtió la seguridad social en un servicio, y a la sanción de la Ley 100 de 1993, que reestructuró el Sistema Nacional de Salud para convertirlo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, surgiendo en consecuencia un sistema de mercados regulados de seguros en salud y atención gerencial con clara perspectiva de privatización del sector, lo cual afectó tanto el acceso a la salud de las personas a los servicios de salud —en particular las PVVS— como la notificación y la capacidad diagnóstica y operativa para reportar los

v Para 2002, Onusida reportó 140.000 PVVS, mientras que el MPS los estimaba entre 170.000 y 200.000. Esta divergencia ha persistido hasta la fecha: uno de los objetivos del Observatorio es precisamente dinamizar la obtención de datos que permita, progresivamente, precisar el análisis y mejorar las condiciones de atención integral del VIH/Sida en PVVS dentro de la población general.

casos. Por ejemplo, en 2003, el gasto en VIH/Sida fue de 0,44% del gasto total en salud (14).

Al mismo tiempo, el MPS y Onusida, basados en las estimaciones hechas en el año 2003 —cuando se promulgó la actual política de SSR—, proyectaron que en 2010 el número de PVVS sería de 800.000, de los cuales 16.000 serían menores de 15 años (15). Sin embargo, estas estimaciones no contaban con un buen número de estudios en las poblaciones más vulnerables que alimentaran los programas de estimación de forma que se contara con datos más próximos a la realidad del país (16; 17).

Figura 2. Casos estimados de VIH/Sida (en miles); Colombia, 1991-2009



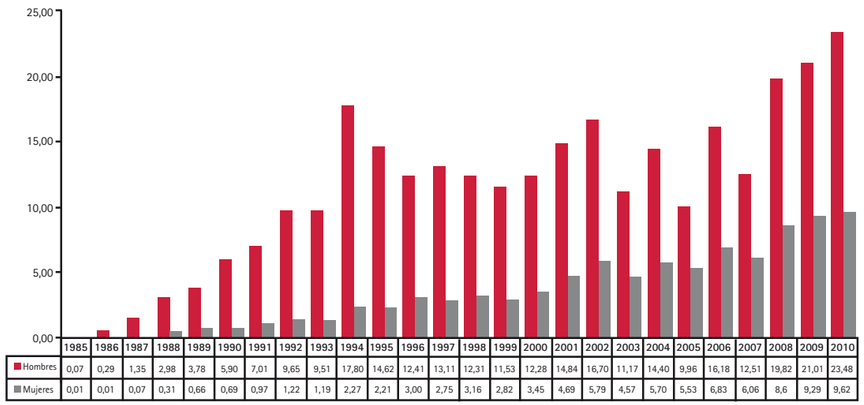
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
IC-SUP	91	130	160	180	190	200	210	230	250	260	260	260	260	250	230	230	220	210	210
CASOS	53	77	99	120	130	150	170	190	200	210	210	210	200	190	190	180	170	160	160
IC-INF	39	58	75	90	100	120	130	150	170	170	170	160	160	150	150	140	140	130	120

Fuente: Reporte sobre Epidemia Global de VIH/SIDA de UNAIDS, 2010.

2.1.2 CASOS INCIDENTES

Los casos incidentes de VIH/Sida se incrementaron en el período 2006-2010. Para el caso de los hombres se registró un aumento de 16,18 por 100.000 habitantes en 2006 a 23,48 en 2010 y para las mujeres de 6,83 por 100.000 en 2006 a 9,62 en 2010 (figura 3).

Figura 3. Casos incidentes de VIH/Sida por 100.000 habitantes y por sexo; Colombia, 1985-2010



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hombres	0,07	0,29	1,35	2,98	3,78	5,90	7,01	9,65	9,51	17,80	14,62	12,41	13,11	12,31	11,53	12,28	14,84	16,70	11,17	14,40	9,96	16,18	12,51	19,82	21,01	23,48
Mujeres	0,01	0,01	0,07	0,31	0,66	0,69	0,97	1,22	1,19	2,27	2,21	3,00	2,75	3,16	2,82	3,45	4,69	5,79	4,57	5,70	5,53	6,83	6,06	8,6	9,29	9,62

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.1.3 ESTUDIOS CENTINELA

Los diversos estudios centinela (tabla 4) realizados en el país han mostrado que la prevalencia nacional del VIH ha fluctuado con los años, con una tendencia ascendente desde 0,02% en 1988 hasta 0,65% en 2003; sin embargo, el VII estudio centinela, en el cual se ajustó la metodología, señaló en 2009 una prevalencia en gestantes de 0,22% (6;17).

Tabla 4. Prevalencia de VIH en estudios centinela en Colombia, 1988-2009

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

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.2 NOTIFICACIÓN DE CASOS

2.2.1 NOTIFICACIÓN POR SEXO

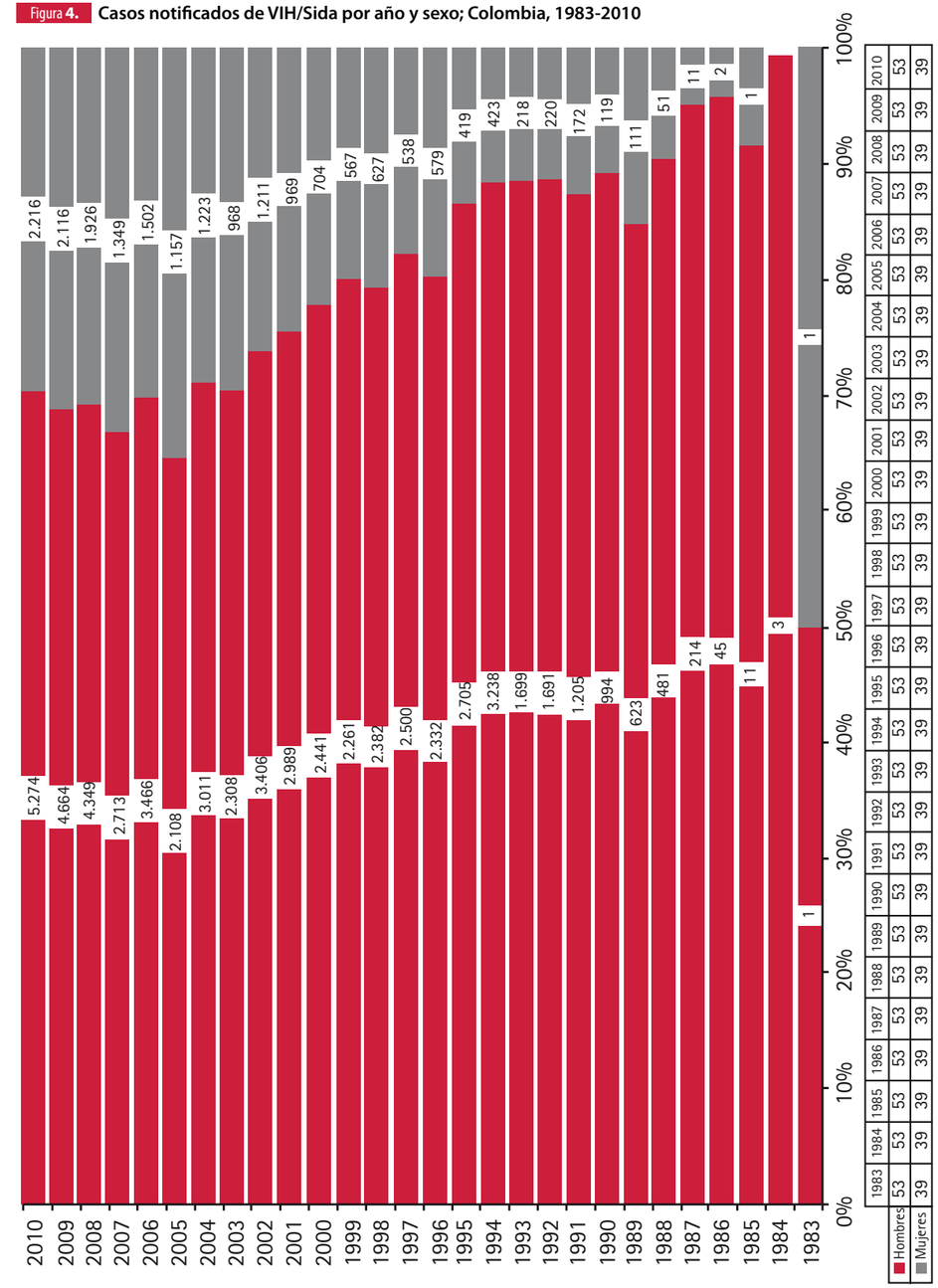
Los datos muestran una razón de masculinidad que descendió consistentemente de 10:1 en la década de 1990 a un valor cercano a 2:1 en 2010; según los datos reportados desde el SIVIGILA al MSPS, de todos los casos notificados entre 1983 y 2010, una cuarta parte de los casos en hombres (26%) y casi la mitad (46%) de los casos en mujeres ocurrieron entre 2000 y 2010 (figura 4). Canaval (18) ya había señalado algunos factores de riesgo para contraer VIH/Sida en mujeres: a) baja o muy mínima escolaridad, que limita su proceso de reflexión, acceso a información y autoanálisis, especialmente en áreas como su propia sexualidad; b) difícil situación económica; c) el desconocimiento que tiene la mujer acerca del VIH/Sida, principalmente en cuanto a formas de transmisión; d) las ideas preconcebidas, erradas o mitos y tabúes de hombres y mujeres sobre el uso del condón que ocasionan su rechazo (señal de infidelidad, desconfianza en la pareja, menor emoción y placer); e) dependencia de la pareja, lo cual limita su espacio de autonomía en las relaciones sexuales y negociación del uso del condón.

2.2.2 NOTIFICACIÓN POR EDAD

La figura 5 muestra que, en el período 1983-2010, en casi el 25% de los casos no se obtuvo notificación de la edad, lo cual generó cifras basadas en datos incompletos y ocasionó un problema de confiabilidad en los registros de salud en el país. En forma consistente, dos de cada tres casos de VIH/Sida notificados en tal período tenían entre 20 y 44 años de edad, lo cual coincide con los datos suministrados por otras fuentes —tales como los de defunciones aportados por el Dane—.

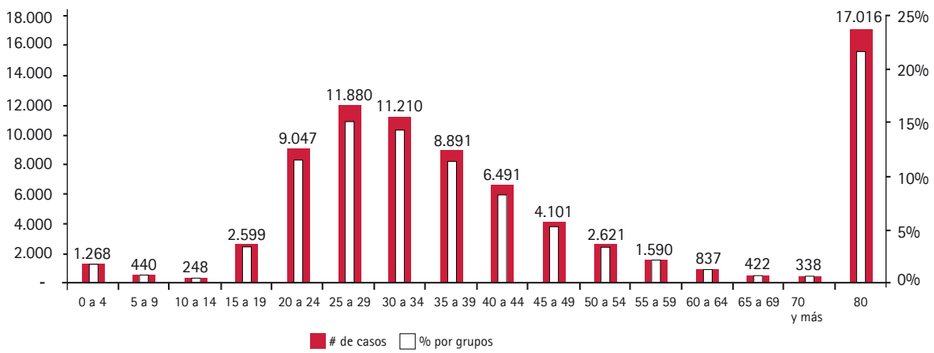
Una vez cotejados estos datos con aquellos del Cendex y las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) reportadas por diversos estudios con adolescentes y universitarios (19-24), se confirma que este grupo es el de mayor riesgo, con un detalle adicional a considerar: aquellas personas adolescentes o universitarias a finales de la década de 1990, son adultos de 30 años, hacia 2010. Esta situación genera una interrogante sobre la efectividad de las diversas campañas de promoción y prevención del VIH/Sida e ITS realizadas durante el período, el acceso a condones, o ambos (14;24-26).

Figura 4. Casos notificados de VIH/Sida por año y sexo; Colombia, 1983-2010



Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

Figura 5. Casos notificados de VIH/Sida por grupo etario; Colombia, 1983-2010



Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.2.3 NOTIFICACIÓN DE CASOS Y CARGA DE ENFERMEDAD

El Cendex realizó un estudio de carga de enfermedad en 2005, incluyendo, entre más de 120 enfermedades tabuladas y evaluadas, el VIH/Sida (27). Se encontró que la tasa de años de vida saludables perdidos (AVISA) por cada 1.000 personas para VIH/Sida en los grupos de hombres o mujeres entre 15 a 29 años y 30 a 44 años, estuvo entre las veinte más elevadas (tabla 5). Expresado en otros términos, ambos grupos perdieron entre uno a cuatro años de vida saludable por cada mil habitantes. Los datos no discriminan, sin embargo, situaciones relativas a tratamiento, evolución de la enfermedad, o categoría de Sida; la literatura colombiana no reporta estudios de costo-efectividad y años de vida saludable ganados/perdidos por región, grupo vulnerable o régimen de seguridad social.

Tabla 5. AVISAS por 1.000 personas según sexo y grupo de edad; Colombia, 2005

POSICIÓN GENERAL*	SEXO	EDAD	AVISAS TOTALES	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
19	Mujeres	15 a 29	0,924	0,02	0,904
13	Hombres	15 a 29	2,436	0,064	2,372
20	Mujeres	30 a 44	1,443	0,03	1,413
9	Hombres	30 a 44	6,59	0,166	6,424
14	Ambos	15 a 29	1,679	0,042	1,637
11	Ambos	30 a 44	3,924	0,095	3,829

* Se refiere a la posición del VIH/Sida entre las veinte enfermedades con mayor tasa de AVISAS/1.000 personas.
Fuente: Cendex, 2005.

Así mismo, el Cendex (27) reportó la edad promedio de inicio del VIH/Sida por grupo etario (tabla 6). Los datos son interesantes, ya que sugieren un comienzo relativamente reciente de la enfermedad para este período y, en general, una edad de inicio de la enfermedad muy similar en ambos sexos. El diagnóstico y manejo de la enfermedad en escolares y adolescentes —incluidos en el grupo etario de 5 a 14 años[vi]— constituye un desafío para el equipo de salud. Trejos y cols. (28) encontraron como razones por las cuales los niños no son informados de su diagnóstico de VIH/Sida las siguientes: a) evitar daño psicológico o estrés emocional; b) las implicaciones de una revelación involuntaria del niño a otras personas sobre su condición, lo cual puede generar estigmatización; y c) falta de capacitación sobre procedimientos para entregar adecuadamente esta información. En el otro extremo del ciclo vital el comportamiento del VIH/Sida en ancianos también es reportado, aunque son pocos los casos incidentes/prevalentes en estos grupos en el período que aquí se describe.

Tabla 6. Edad promedio de inicio de VIH/Sida por sexo y grupo etario, Colombia, 2005

Sexo	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
Mujeres	1,18	9,92	22,55	37,15	51,41	64,72	74,51	90,17
Hombres	1,18	10,77	23,15	37,35	51,45	63,92	74,32	88,8

Fuente: Cendex, 2005.

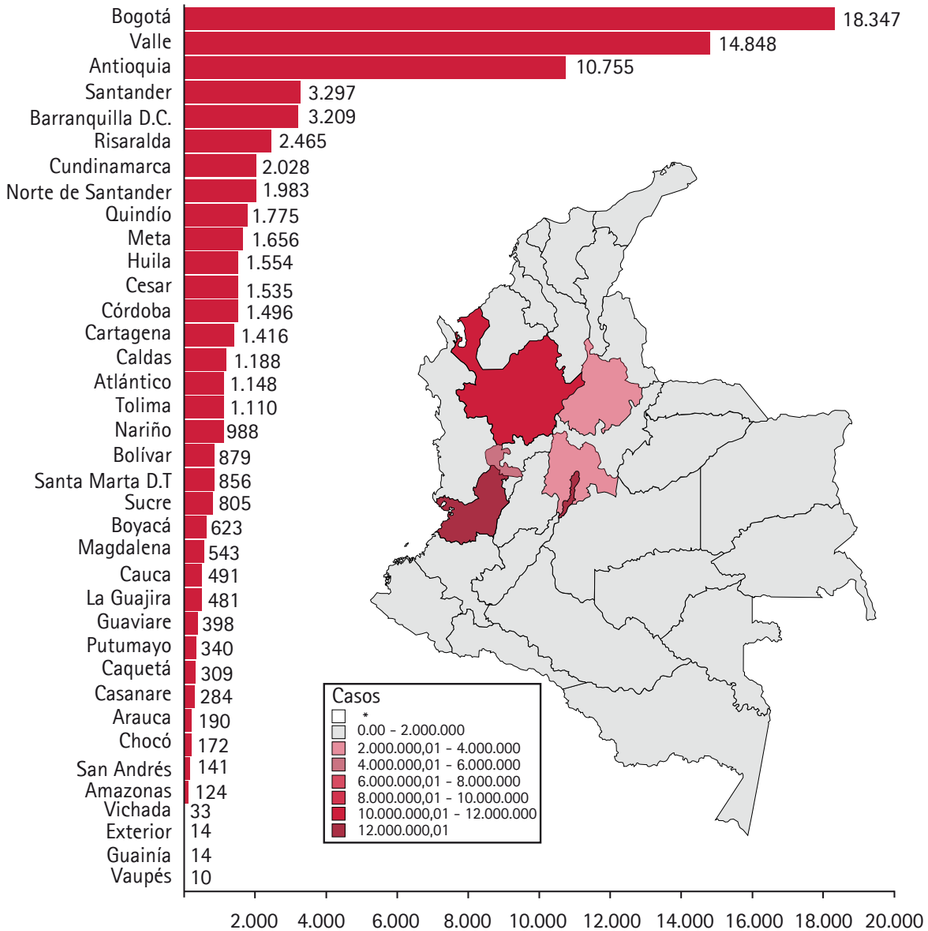
2.2.4 NOTIFICACIÓN POR ÁREAS GEOGRÁFICAS

El mayor número de casos notificados de VIH/Sida por ente territorial (figura 6) durante el período 1983-2010 ocurrió en Bogotá, Valle, Antioquia, Santander, Barranquilla, Risaralda, Cundinamarca, Norte de Santander (territorios que albergan la mayoría de la población nacional) y Quindío, que dieron cuenta del 75% de los casos notificados en el período (en 2010, estos entes territoriales acogían el 60% de la población).

Varias explicaciones pueden sugerir el comportamiento que se refleja en la figura 6: a) la mayor parte de los centros de atención y apoyo especializado (nivel III) se encuentran en las grandes ciudades, las cuales aglutinan poderes de importancia política, económica o social; b) son áreas que, en general, han sido receptoras y acogen población con diferentes condiciones de

vi Habida cuenta de los mecanismos de transmisión y la dinámica de la enfermedad, es necesario puntualizar que este grupo etario es por demás muy heterogéneo, ya que escolares y adolescentes son mundos diferentes desde las perspectivas médica, epidemiológica y social.

Figura 6. **Casos notificados de VIH/Sida por ente territorial; Colombia, 1983-2010**



Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

vulnerabilidad, entre las que se cuentan el desplazamiento forzado; c) son áreas que, al ser grandes urbes, permiten a sus moradores cierta condición de anonimato.

En cuanto al área de residencia (tabla 7), para el período 2006-2010 se contó con un registro más completo de los datos en cabecera municipal en comparación con los años anteriores, ya que antes de esta fecha la proporción de datos faltantes alcanzó el 85%, lo cual se superó a partir de 2007; la notificación de casos por área de residencia en este período ascendió al 38% del total de casos reportados en el lapso 1983-2010. Este fenómeno se originó gracias a la aplicación de nuevas fichas de notificación individual y a la generación de lineamientos de vigilancia en salud pública generales y específicos para ITS y VIH/Sida, destinados a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) (29).

Tabla 7 **Casos notificados de VIH/Sida por área de residencia; Colombia, 1983-2010**

AÑO	Cabecera municipal	% C.M.	Centro poblado	% C.P.	Rural disperso	% R.D.	Sin dato	% S.D.	SUBTOTAL	% DEL TOTAL
2010	6.460	86,25%	673	8,99%	353	4,71%	4	0,05%	7.490	9,48%
2009	5.891	86,89%	628	9,26%	261	3,85%	0	0,00%	6.780	8,58%
2008	5.401	86,07%	643	10,25%	231	3,68%	0	0,00%	6.275	7,94%
2007	2.663	65,56%	750	18,46%	177	4,36%	472	11,62%	4.062	5,14%
2006	2.677	52,96%	0	0,00%	236	4,67%	2.142	42,37%	5.055	6,40%
2005	59	1,75%	6	0,18%	1	0,03%	3.313	98,05%	3.379	4,28%
2004	103	2,42%	14	0,33%	7	0,16%	4.141	97,09%	4.265	5,40%
2003	38	1,15%	1	0,03%	1	0,03%	3.261	98,79%	3.301	4,18%
2002	207	4,43%	10	0,21%	5	0,11%	4.448	95,25%	4.670	5,91%
2001	445	11,21%	32	0,81%	12	0,30%	3.480	87,68%	3.969	5,02%
2000	360	11,42%	12	0,38%	5	0,16%	2.774	88,04%	3.151	3,99%
1999	289	10,07%	36	1,25%	19	0,66%	2.525	88,01%	2.869	3,63%
1998	409	13,48%	24	0,79%	34	1,12%	2.568	84,61%	3.035	3,84%
1997	278	9,15%	23	0,76%	20	0,66%	2.718	89,44%	3.039	3,85%
1996	235	8,07%	22	0,76%	17	0,58%	2.639	90,59%	2.913	3,69%
1995	316	10,01%	25	0,79%	19	0,60%	2.798	88,60%	3.158	4,00%
1994	296	8,07%	62	1,69%	45	1,23%	3.264	89,01%	3.667	4,64%
1993	239	12,42%	39	2,03%	19	0,99%	1.628	84,57%	1.925	2,44%
1992	226	11,67%	41	2,12%	27	1,39%	1.643	84,82%	1.937	2,45%
1991	127	9,20%	13	0,94%	14	1,01%	1.226	88,84%	1.380	1,75%
1990	51	4,55%	4	0,36%	0	0,00%	1.067	95,10%	1.122	1,42%
1989	22	2,99%	1	0,14%	0	0,00%	712	96,87%	735	0,93%
1988	33	6,20%	4	0,75%	0	0,00%	495	93,05%	532	0,67%
1987	13	5,75%	2	0,88%	1	0,44%	210	92,92%	226	0,29%
1986	1	2,13%	0	0,00%	1	2,13%	45	95,74%	47	0,06%
1985	0	0,00%	1	8,33%	0	0,00%	11	91,67%	12	0,02%
1984	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%	3	0,00%
1983	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	100,00%	2	0,00%
TOTAL	26.839		3.066		1.505		47.589		78.999	

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.2.5 NOTIFICACIÓN POR ETNIA

La deficiencia en el registro de datos también se evidenció al considerar la población por etnias (tabla 8). Inclusive, entre 1983 y 2006 no hubo sistematización de datos relativos al autorreconocimiento de la situación de PVVS según grupo étnico. A partir de 2005 hubo un impulso al reconocimiento de las etnias en las estadísticas poblacionales del país debido a dos hechos: la realización del Censo del Dane, y la normativa que estableció el Registro único de afiliación de usuarios, RUAF. En tal registro, el grupo de PVVS que se autopercibió como diferente a cualquiera de los grupos étnicos reconocidos (indígena, rom, raizal, palenquero y afrocolombiano) fue el más frecuente, alcanzando 90,5% de la notificación. Entre las etnias, la más afectada fue la de PVVS afrocolombianos, llegando a ser 16,7% en 2007, pero con una reducción del número de casos notificados hasta 6,7% en 2010. Esta diferencia puede obedecer fundamentalmente a una situación de subregistro de casos de VIH/Sida en este grupo étnico; el 61,4% de los casos de VIH/Sida y muerte reportados carece de dato de pertenencia étnica.

Tabla 8 **Casos notificados de VIH/Sida por etnia; Colombia, 1983-2010**

AÑO	Indígena	%	Rom	%	Raizal	%	Palenquero	%	Afrocolombiano	%	Otros	%	Sin dato	%	TOTAL
2010	81	1,1%	8	0,1%	106	1,4%	1	0,0%	503	6,7%	6.780	90,5%	11	0,1%	7.490
2009	53	0,8%	22	0,3%	66	1,0%	1	0,0%	602	8,9%	6.036	89,0%	0	0,0%	6.780
2008	54	0,9%	28	0,4%	59	0,9%	0	0,0%	823	13,1%	5.311	84,6%	0	0,0%	6.275
2007	46	1,1%	9	0,2%	17	0,4%	0	0,0%	679	16,7%	2.839	69,9%	472	11,6%	4.062
2006	16	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	373	7,4%	1.602	31,7%	3.064	60,6%	5.055
2005	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,2%	59	1,7%	3.313	98,0%	3.379
2004	1	0,0%	1	0,0%	10	0,2%	0	0,0%	2	0,0%	110	2,6%	4.141	97,1%	4.265
2003	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	3	0,1%	36	1,1%	3.261	98,8%	3.301
2002	5	0,1%	0	0,0%	4	0,1%	0	0,0%	9	0,2%	204	4,4%	4.448	95,2%	4.670
2001	6	0,2%	3	0,1%	7	0,2%	0	0,0%	40	1,0%	433	10,9%	3.480	87,7%	3.969
2000	2	0,1%	1	0,0%	19	0,6%	0	0,0%	32	1,0%	323	10,3%	2.774	88,0%	3.151
1999	10	0,3%	2	0,1%	5	0,2%	0	0,0%	22	0,8%	305	10,6%	2.525	88,0%	2.869
1998	3	0,1%	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	16	0,5%	446	14,7%	2.568	84,6%	3.035
1997	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	37	1,2%	281	9,2%	2.718	89,4%	3.039
1996	3	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	125	4,3%	146	5,0%	2.639	90,6%	2.913
1995	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	43	1,4%	315	10,0%	2.798	88,6%	3.158
1994	12	0,3%	0	0,0%	15	0,4%	0	0,0%	13	0,4%	363	9,9%	3.264	89,0%	3.667
1993	7	0,4%	0	0,0%	8	0,4%	0	0,0%	46	2,4%	236	12,3%	1.628	84,6%	1.925
1992	5	0,3%	0	0,0%	9	0,5%	0	0,0%	62	3,2%	218	11,3%	1.643	84,8%	1.937
1991	1	0,1%	0	0,0%	3	0,2%	0	0,0%	19	1,4%	131	9,5%	1.226	88,8%	1.380
1990	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	5	0,4%	49	4,4%	1.067	95,1%	1.122
1989	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	22	3,0%	712	96,9%	735
1988	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	37	7,0%	495	93,0%	532
1987	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	7,1%	210	92,9%	226
1986	1	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%	45	95,7%	47
1985	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	11	91,7%	12
1984	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	3
1983	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2
TOTAL	309	0,4%	76	0,1%	333	0,4%	2	0,0%	3.461	4,4%	26.300	33,3%	48.518	61,4%	78.999

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.2.6 NOTIFICACIÓN POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN

La tabla 9 muestra datos de los regímenes de afiliación desde 1994 —año en que empezó la transición hacia el SGSSS— con lo cual se presentó una mejora en la notificación de esta variable, de modo que el reporte de casos "sin dato" disminuyó a cero en el año 2008. Los casos por regímenes durante el período 2006-2010 se incrementaron, oscilando, para el contributivo, entre 36% y 40%, y para el subsidiado entre 20% y 37%. Para el período de tiempo descrito, una cuarta parte de los casos permaneció sin afiliación, quedando su atención a cargo del Estado. Al comparar por régimen de afiliación, de cada tres casos de VIH/Sida en el régimen contributivo, ocurrieron dos en el subsidiado. Los regímenes de excepción y especiales registraron en conjunto entre un 3% a un 5% del total de casos. Estas tendencias pueden atribuirse fundamentalmente a un aumento del reporte de casos en una categoría particular y a la implementación de las fichas SIVIGILA en 2006. Resulta llamativo que el porcentaje de casos "no afiliados" se mantenga, en general, estable, pese a que las cifras de afiliación a cualquiera de los regímenes se aproximan, en conjunto, al 90% hacia 2010 para este período.

Tabla 9 **Casos notificados de VIH/Sida por régimen de afiliación al SGSSS; Colombia, 1983-2010**

AÑO	Contributivo	%	Subsidiado	%	Excepcional	%	Especial	%	No afiliado	%	Sin dato	%	TOTAL
2010	2.960	39,5	2.771	37,0	40	0,5	149	2,0	1.564	20,9	6	0,1	7.490
2009	2.723	40,2	2.072	30,6	133	2,0	44	0,6	1.808	26,7	0	0,0	6.780
2008	2.510	40,0	1.726	27,5	60	1,0	129	2,1	1.850	29,5	0	0,0	6.275
2007	1.410	34,7	904	22,3	83	2,0	118	2,9	1.365	33,6	182	4,5	4.062
2006	1.805	35,7	1.006	19,9	14	0,3	0	0,0	1.393	27,6	837	16,6	5.055
2005	167	4,9	546	16,2	12	0,4	0	0,0	607	18,0	2.047	60,6	3.379
2004	1.113	26,1	442	10,4	6	0,1	0	0,0	917	21,5	1.787	41,9	4.265
2003	582	17,6	349	10,6	16	0,5	0	0,0	758	23,0	1.596	48,3	3.301
2002	1.397	29,9	489	10,5	12	0,3	0	0,0	796	17,0	1.976	42,3	4.670
2001	806	20,3	388	9,8	19	0,5	0	0,0	769	19,4	1.987	50,1	3.969
2000	491	15,6	224	7,1	12	0,4	0	0,0	415	13,2	2.009	63,8	3.151
1999	307	10,7	155	5,4	20	0,7	0	0,0	282	9,8	2.105	73,4	2.869
1998	686	22,6	138	4,5	24	0,8	0	0,0	127	4,2	2.060	67,9	3.035
1997	514	16,9	313	10,3	25	0,8	0	0,0	23	0,8	2.164	71,2	3.039
1996	397	13,6	362	12,4	17	0,6	0	0,0	12	0,4	2.125	72,9	2.913
1995	436	13,8	294	9,3	18	0,6	0	0,0	29	0,9	2.381	75,4	3.158
1994	460	12,5	253	6,9	25	0,7	0	0,0	25	0,7	2.904	79,2	3.667
1993	0	0,0	0	0,0	17	0,9	0	0,0	0	0,0	1.908	99,1	1.925
1992	0	0,0	0	0,0	11	0,6	0	0,0	0	0,0	1.926	99,4	1.937
1991	0	0,0	0	0,0	14	1,0	0	0,0	0	0,0	1.366	99,0	1.380
1990	0	0,0	0	0,0	11	1,0	0	0,0	0	0,0	1.111	99,0	1.122
1989	0	0,0	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0	0,0	732	99,6	735
1988	0	0,0	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0	0,0	529	99,4	532
1987	0	0,0	0	0,0	4	1,8	0	0,0	0	0,0	222	98,2	226
1986	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	100,0	47
1985	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	11	91,7	12
1984	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3
1983	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2
TOTAL	18.764	23,8	12.432	15,7	600	0,8	440	0,6	12.740	16,1	34.023	43,1	78.999

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.2.7 NOTIFICACIÓN POR MECANISMO PROBABLE DE TRANSMISIÓN

Antes de 1995 la tendencia de mecanismos de transmisión mostró un predominio de casos en grupos homosexuales y bisexuales, los cuales representaban una tercera parte de los casos frente a los heterosexuales; este patrón cambió a comienzos del siglo XXI, ya que de cada tres casos de VIH/Sida notificados, dos eran heterosexuales. En conjunto, si bien para el período 2000-2005 el reporte de los casos homosexuales y bisexuales disminuyó, aumentó de 9% en 2006 a 23% en 2010. Los porcentajes de VIH/Sida en UDI y de accidentes de trabajo han oscilado alrededor de 1,5% desde 1990. La notificación por transmisión perinatal en el 2010 fue de 118 casos; sin embargo, solo el 11% (13 casos) corresponde a niños que nacieron y se diagnosticaron en este año. La proporción de infección por transfusión se ha mantenido bajo 0,1% en el período 2006-2010, atribuible a los esfuerzos realizados para mejorar controles de calidad en la red de bancos de sangre y a la garantía del 100% del tamizaje de las unidades objeto de transfusión (tabla 10).

En 2005, García y cols. (30) reportaron la implementación del Proyecto Nacional de Reducción de la Transmisión Madre-Hijo de VIH, una iniciativa del Ministerio de la Protección Social, Onusida, el INS y FEREDSALUD, cuyo objetivo era prevenir la transmisión de VIH/Sida mediante i) prueba voluntaria de VIH durante control prenatal, ii) TAR en gestante infectada y niño expuesto, iii) parto por cesárea y iv) sustitución de lactancia. Durante el período 2003-2005, el proyecto se implementó en 757 municipios con más de 200.000 pruebas a gestantes, encontrando 377 infectadas (0,19%) y doce casos en niños; la mayor frecuencia de seropositividad fue encontrada en la región Caribe. La probabilidad de transmisión con la aplicación del protocolo fue 1,78%. Los factores relacionados con la transmisión fueron: carga viral superior a 10.000 / mm3, ausencia de control prenatal y captación tardía en el embarazo. Datos más recientes del MSPS han mostrado un porcentaje de seropositividad en gestantes de 0,17% en 2008, 0,13% en 2009, y 0,11% en 2010.

A partir de 2008, el sistema de información propio de la estrategia del Ministerio de Salud y Protección Social incluyó el reporte de gestantes con infección por VIH y sus recién nacidos por parte de todos los actores del sistema. El correspondiente indicador de transmisión materno infantil del VIH mide el porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna con respecto al total de niños expuestos en un período determinado. Este indicador tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud para dar acceso a diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH durante el control prenatal.

Teniendo en cuenta lo anterior, se tomó el año 2008 como línea de base, donde el porcentaje de transmisión materno infantil se fijó en un 5,8%, una vez cerrada la cohorte de seguimiento. La cohorte se establece una vez han nacido todos/as los hijos/as de gestantes diagnosticadas con infección por VIH en el año de reporte. Lo prudente es esperar un mínimo de 18 meses

Tabla 10 Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión; Colombia, 1983-2010

AÑO	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Perinatal	UDI	Acc. de trabajo	Transfusión	Sin identificar	TOTAL
2010	5.118	1.451	316	118	23	13	0	450	7.490
2009	4.087	1.191	288	73	4	-	0	1.137	6.780
2008	3.527	823	189	72	18	35	0	1.611	6.275
2007	2.055	410	89	42	5	2	6	1.453	4.062
2006	1.919	338	101	26	2	2	3	2.664	5.055
2005	1.124	138	64	33	1	2	4	2.013	3.379
2004	1.615	407	59	71	2	-	3	2.108	4.265
2003	1.629	295	123	86	-	2	10	1.156	3.301
2002	1.388	398	171	131	3	2	13	2.564	4.670
2001	1.280	291	179	72	7	3	7	2.130	3.969
2000	911	195	199	77	4	-	2	1.763	3.151
1999	665	170	140	29	2	2	5	1.856	2.869
1998	1.060	507	311	58	1	2	19	1.077	3.035
1997	1.111	639	318	73	1	3	11	883	3.039
1996	1.164	591	343	66	3	3	17	726	2.913
1995	1.133	745	485	50	3	-	19	723	3.158
1994	1.276	944	466	27	3	-	35	916	3.667
1993	475	396	248	22	-	1	5	778	1.925
1992	485	517	297	16	-	-	6	616	1.937
1991	354	304	185	13	1	-	12	511	1.380
1990	267	299	184	20	-	-	2	350	1.122
1989	189	194	118	13	-	-	-	221	735
1988	102	178	109	17	-	-	1	125	532
1987	36	92	38	2	-	-	1	57	226
1986	4	17	10	0	0	0	-	16	47
1985	3	5	1	0	0	0	1	2	12
1984	0	2	1	0	0	0	0	0	3
1983	2	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	32.977	11.537	5.032	1.208	84	71	184	27.906	78.999

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

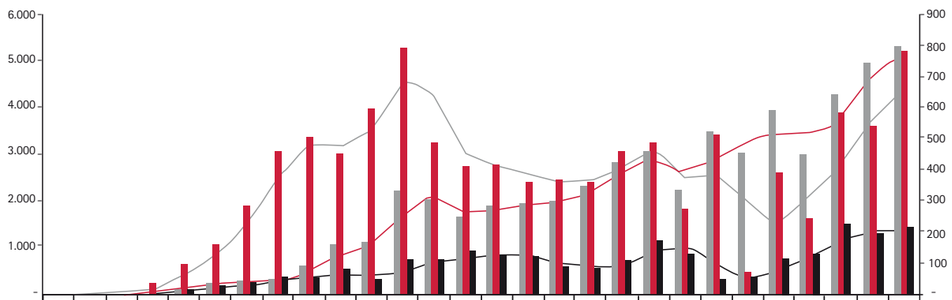
que se cuentan entre la espera del nacimiento, la espera del diagnóstico y la espera del reporte; cada año se informan los resultados de la cohorte de dos años atrás. Expuesto lo anterior, para el año 2009, con seguimiento de la cohorte hasta el 10 de diciembre de 2011, se tiene un dato preliminar de transmisión materno infantil del 4,9%.

Para el 2015, con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el país quedó comprometido a reducir el número de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.

2.2.8 NOTIFICACIÓN POR ESTADIO CLÍNICO

Por estadio clínico, desde el año 2000 se presentó una reducción del número de casos de morbilidad y mortalidad por Sida, a expensas del incremento relativo en el número de casos de infección asintomática de VIH. En términos de notificación, siete a ocho de cada diez casos totales en los últimos cinco años se ubicaron en la categoría de infección asintomática, relacionado posiblemente con el acceso oportuno al diagnóstico, el tipo de TAR existente que conllevó a un aumento en el tiempo de transición hacia Sida, y a mejores tecnologías médicas y comprensión de la enfermedad para reducir el número de decesos (figura 7).

Figura 7. Tendencia de casos notificados de VIH/Sida según estadio clínico; Colombia, 1983-2010



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
VIH	-	-	4	6	58	212	230	315	572	994	1.075	2.178	1.981	1.613	1.856	1.910	1.962	2.283	2.800	3.059	2.213	3.473	2.999	3.927	2.959	4.259	4.960	5.307
Sida	-	-	1	12	76	162	221	349	302	496	256	701	692	891	772	766	542	507	713	1.126	823	282	315	743	863	1.436	1.281	1.400
Muerte	2	3	7	29	92	158	284	458	506	447	594	788	485	409	411	359	365	361	456	485	265	510	65	385	240	580	539	783

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
%VIH	-	-	33,3	12,8	25,7	39,8	31,3	28,1	41,4	51,3	55,8	59,4	62,7	55,4	61,1	62,9	68,4	72,5	70,5	65,5	67,0	81,4	88,8	77,7	72,8	67,9	73,2	70,9
%SIDA	-	-	8,3	25,5	33,6	30,5	30,1	31,1	21,9	25,6	13,3	19,1	21,9	30,6	25,4	25,2	18,9	16,1	18,0	24,1	24,9	6,6	9,3	14,7	21,2	22,9	18,9	18,7
%MUERTE	100,0	100,0	58,3	61,7	40,7	29,7	38,6	40,8	36,7	23,1	30,9	21,5	15,4	14,0	13,5	11,8	12,7	11,5	11,5	10,4	8,0	12,0	1,9	7,6	5,9	9,2	7,9	10,5

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.3 VIH/SIDA EN GRUPOS EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Conceptualmente, el estudio de la dinámica epidemiológica de VIH/Sida ha resultado ser, cuando menos, complicado, debido fundamentalmente a las condiciones de estigmatización, discriminación e intolerancia que suscitan la enfermedad en sí misma y la condición de afección en el conjunto de la población; los motivos que generan estas actitudes y conductas son fundamentalmente ignorancia sobre lo que es la enfermedad y sus contextos de mayor vulnerabilidad e intolerancia hacia las PVVS (31). Esta situación desencadenó en un círculo vicioso cuya consecuencia fue el alejamiento de las PVVS de los servicios de salud, lo cual, a su vez, llevó a que diversos grupos de investigación abordaran el estudio de VIH/Sida desde una perspectiva de grupo en situación vulnerable y desde un enfoque regional-local. De esta manera, se obtuvo cierto avance no solo en el número de investigaciones sino en la aplicación de nuevas técnicas, la más reciente de ellas la aplicación del método RDS (32). Diversos estudios han mostrado que la prevalencia de VIH/Sida por área en Colombia se concentró en las ciudades y áreas más pobladas a lo largo del período 1983-2010, relacionado esto tanto con la concentración gradual de las PVVS como de los servicios de salud de nivel especializado en estas áreas (tabla 11).

En 2009, el estudio de Uribe y cols. (23) para establecer los CAP, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes y jóvenes ente los 10 y 23 años de instituciones educativas públicas de diferentes ciudades de Colombia, evaluó una muestra de 978 adolescentes de 6° a 11° de educación básica secundaria mediante un estudio descriptivo transversal con la escala VIH/Sida-65 y la Escala de Auto eficacia (SEA-27). De los adolescentes encuestados, más del 50% había recibido información sobre transmisión y prevención del VIH/Sida; sin embargo, los conocimientos adquiridos no se reflejaban en las prácticas y continuaban presentando ideas erróneas sobre el tema; también se encontró que a medida que aumenta la edad, disminuyen los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida.

Tabla 11 **Prevalencias estimadas de VIH/Sida por área, año y grupo vulnerable; Colombia, 2000-2010**

GRUPO/ GRUPO VULNERABLE	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	%	FUENTE
Población general	2009	Boyacá	4.079	0,2%	FEDESALUD, 2010
	2009	Bajo Cauca Antioqueño	165	0,58 %	Universidad CES, 2010
Jóvenes	2004	Nacional	3.239	0,59 %	Instituto Nacional de Salud, 2004
Gestantes	2004	Nacional	3.239	0,65 %	Instituto Nacional de Salud, 2004
	2009		19.495	0,22 %	Instituto Nacional de Salud, 2009
HSH	2002	Bogotá	Total = 660	19,7 %	Bautista y cols., 2004
			18-20 años = 79	13,9 %	
			21-24 años = 148	16,2 %	
			25-29 años = 165	17,6 %	
			30 a. y más = 233	24,5 %	
	2005	Villavicencio	52	25,0 %	Secretaría Departamental de Salud del Meta
	2006	Bogotá	630	10,8 %	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
	2010	Barranquilla		13,6 %	MPS/UNFPA
		Cartagena		10,0 %	
		Medellín		9,1 %	
		Pereira	2.562	5,6 %	
		Bogotá		15,0 %	
		Cali		24,1 %	
		Cúcuta		10,9%	
MTS	2002	Bogotá	514	0,8 %	Montaño S.M. y cols., 2005
	2005	Villavicencio	236	0,64 %	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		Acacías		1,27 %	
	2006	Barranquilla	120	3,33 %	Onusida y Secretaría Distrital de Salud Barranquilla
	2007	Bogotá	529	0,76 %	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
	2008	Medellín	1.674	0,64 %	MPS y UNFPA
		Cali		0,81 %	
		Bucaramanga		3,26 %	
		Barranquilla		2,22 %	
UDI	2002	Bogotá	111	1,0 %	Mejía I., 2005
	2010	Medellín	237	3,8 %	MPS, UNODC y Universidad CES
		Pereira	297	1,9 %	
DESM	2009	Bajo Cauca Antioqueño	323	0,619 %	Universidad CES, 2010
Politransfundidos	2003	Bogotá, Medellín	500	1,8 %	Beltrán y cols., 2009

2.4 COINFECCIÓN VIH/SIDA - OTRAS ENFERMEDADES

Las implicaciones terapéuticas y pronósticos de la coinfección entre VIH-Sida y otras enfermedades son relevantes en términos de tamizaje de varias enfermedades "en serie" (esto es, al mismo tiempo), manejo de las personas afectadas, complicaciones, eventos adversos a medicamentos, adherencia a la TAR / fracaso terapéutico, o menor sobrevida (33). Las coinfecciones más estudiadas en nuestro medio han sido tuberculosis, Hepatitis B, Hepatitis C y sífilis.

Los datos disponibles de coinfección VIH/Sida y TB proceden en primera instancia del SIVIGILA (tabla 12).

Tabla 12. **VIH-SIDA y co-infecciones, Colombia, 2000-2010**

ENFERMEDAD	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR*	FUENTE
Hepatitis B	2004	Medellín	251	38,6%	Hoyos-Orrego A. y cols., 2006
	2009	Barranquilla	103	3,88%	Polo P. y cols., 2010
Hepatitis C	2004	Medellín	251	0,8%	Hoyos-Orrego A. y cols., 2006
TB (M. tuberculosis)	2000	Bogotá	286	1,4%	Murcia Aranguren M. y cols., 2001
TB (M. avium)				4,5%	
Sífilis	2009	Cali	57	5,3%	Cruz y cols., 2010
Vigilancia Centinela de VIH en personas con TB MPS-INS 2009-2010	2009-2010	Medellín	132	9,1%	Vigilancia Centinela de VIH en personas con TB MPS-INS, 2009-2010. Datos preliminares.
		Cali	118	1,7%	
		Bucaramanga	57	24,2%	
		Barranquilla	73	10,3%	

En 2007, Cáceres y cols. (34) encontraron en un estudio de seguimiento a una cohorte de adultos con TB residentes en área urbana de Bucaramanga que uno de los factores de riesgo para abandono de tratamiento fue tener diagnóstico de VIH/Sida (HR=2,94, IC95% 1,60-5,39). De igual manera, reportaron factores similares de abandono de terapia de TB a aquellos atribuidos a falla de TAR (11): inicio de síntomas mayor de dos meses (HR=14,25, IC95% 1,80-112,7), estrato socioeconómico bajo (HR=3,90, IC95%2,11-9,26), tener entre 21 y 30 años (HR=20,61, IC95% 2,43-175,4), haber estado privado de la libertad (HR=2,23, IC95% 1,00-5,36), tener más de dos faltas al tratamiento (HR=6,62, IC95% 2,81-15,586). Arbeláez y cols. (35) demostraron en un estudio de cohortes que la profilaxis para TB fue efectiva en PVVS, *independientemente del estado inmune, virológico y el tratamiento antirretroviral recibido.*

En el período 2008-2011, la coinfección TB-VIH osciló entre 9,9% y 10,6% de todos los casos con TB. El promedio anual de coinfección a nivel nacional superó los mil casos en el período; las áreas con mayor reporte de este tipo agruparon 76% de los casos y fueron Antioquia, Valle, el Distrito Capital, Santander, el Eje Cafetero (Risaralda, Quindío), Barranquilla, el Gran Tolima (Tolima, Huila) y Meta (tabla 13).

La prevalencia de coinfección de las personas con VIH/Sida y con diversas patologías o situaciones también ha sido estudiada por diversos grupos de trabajo nacionales. Murcia y cols. (10) reportaron una prevalencia de TB igual a 2,6% (43/1.622) en cultivos de 286 personas con Sida en tres hospitales de Bogotá, habiendo encontrado *Mycobacterium tuberculosis* y *M. avium*, y sugirieron utilizar cultivos de múltiples fluidos en vez de la práctica habitual de uno solo (esputo). García y cols. (36) reportaron 113 PVVS coinfectados con TB, 92% de los cuales eran hombres; la adherencia a tratamiento para TB fue de 86,2%. En estos estudios, el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 25 y los 34 años de edad. Un aspecto más preocupante consistió en que los autores reportaron fallas en el sistema de información, específicamente en la posibilidad de seguimiento de las personas, y evidenciaron la necesidad de fortalecer programas de prevención y control. Entre 2004 y 2005, Arciniegas y cols. (37) realizaron una revisión de historias clínicas y archivos de laboratorio de personas egresadas con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar en Pereira; las localizaciones más frecuentes fueron pleural, meníngea y ganglionar; la estancia prolongada se relacionó con demora en el diagnóstico y con Sida, siendo mayor la mortalidad en este caso. Hoyos y cols., (9) en 2006 reportaron una seroprevalencia de hepatitis B y C inferior a 5%, que los autores correlacionaron con una baja ocurrencia de transfusiones y de uso de drogas endovenosas entre los HSH estudiados. En 2010, Cruz y cols. (38) estudiaron una cohorte de 57 personas para evaluación clínica y de laboratorio de sífilis, encontrando coexistencia con VIH/Sida en 5,3% de los casos. En 2001, Flórez y cols. (39) encontraron parasitosis por *Blastocystishominis, Entamoebahystolitica, y Cryptosporidiumen* en 115 PVVS de nueve hospitales de Bogotá, con una prevalencia total de 59,1%.

Tabla 13. Coinfección TB - VIH/Sida por departamentos; Colombia, 2008-2010

Entidad Territorial de Residencia	2008	2009	2010	TOTAL PERÍODO
Antioquia	255	217	250	722
Valle	114	129	190	433
Bogotá	131	118	123	372
Santander	49	73	58	180
Barranquilla	33	59	64	156
Risaralda	40	43	54	137
Huila	22	43	39	104
Meta	27	28	42	97
Quindío	31	36	29	96
Tolima	22	33	26	81
Córdoba	11	32	29	72
Cundinamarca	15	25	31	71
Caldas	20	17	21	58
Cesar	10	18	29	57
Cauca	12	20	19	51
Norte Santander	15	10	25	50
Chocó	15	19	16	50
Cartagena	23	12	13	48
Atlántico	13	10	19	42
Sta. Marta	10	11	17	38
Caquetá	5	13	14	32
Magdalena	13	10	9	32
Guajira	7	1	15	23
Bolívar	3	7	10	20
Putumayo	9	5	5	19
Casanare	5	6	7	18
Nariño	5	2	7	14
Amazonas	1	5	6	12
Sucre	4	4	3	11
Boyacá	1	5	3	9
Guaviare	3	2	2	7
Vichada	2	0	2	4
Desconocido	3	0	1	4
Arauca	2	2	0	4
Exterior	0	0	3	3
San Andrés	0	1	2	3
Vaupés	0	1	1	2
Guainía	1	1	0	2

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

2.5 VIH/SIDA Y OTRAS SITUACIONES DE SALUD

La transfusión de componentes sanguíneos es un tratamiento ampliamente utilizado, pero también ha representado un riesgo de transmisión de agentes infecciosos, en particular VIH/Sida. Beltrán y cols. (12;13) en 2003 reportaron, tras un estudio en cuatro hospitales colombianos, que la frecuencia de seropositividad para el virus de la inmunodeficiencia humana fue de 1,8%, (IC95% 0,5-3,1) y la de hepatitis B fue de 18,6% (IC95% 15,1-22,1). En su momento, señalaron que recibir más de 48 unidades de sangre o componentes por un tiempo superior a un año, ser hemofílico o haber sido transfundido antes de 1993 eran factores de riesgo. En el período 2007-2009, tras un análisis de casi dos millones de unidades de sangre en 26 bancos de sangre departamentales, encontraron 1.165 unidades infectadas confirmadas por WB, con una tasa nacional ajustada de 102 casos confirmados para VIH/Sida por cada 100.000 unidades donadas; algunos departamentos (específicamente, Casanare, Guajira, Atlántico, Arauca, Cauca y Caquetá) superaron esta cifra.

Por su parte, para el caso de los accidentes ocupacionales y de riesgo biológico en el sector salud, las estadísticas internacionales y nacionales son muy similares a las locales. Por ejemplo, un estudio de Acosta y cols. (40) a propósito de la atención de PVVS en Cali, se detectó una prevalencia de accidentabilidad del 42,6% en trabajadores del área de la salud; de estos, el 19,8% presentaban tres o más accidentes en el sitio de trabajo; sin embargo, 27,5% no lo notificaron. En este mismo estudio, se encontró que el 65,5% de los trabajadores encuestados no tenía vacunación para hepatitis B (VHB) y un 16,4% eran seropositivos para esta enfermedad; las lesiones más frecuentes fueron punción (69,2%) y herida (21,8%); estas lesiones habían sido producidas por agujas hipodérmicas huecas (59%) y por instrumentos cortantes (18%). Igualmente, se reportó una tasa de incidencia de lesiones accidentales en odontólogos del 10,2%; en higienistas orales del 5,4%, y en auxiliares de odontología del 5,2%. Estas cifras sólo fueron superadas por las encontradas en relación con bacteriólogos y laboratoristas. El estudio reveló que solamente una tercera parte de los trabajadores implicados en accidentes siguieron los pasos del protocolo de bioseguridad en los procedimientos del trabajo, mas no da cuenta del número de profesionales de salud encuestados que se infectaron con VIH/Sida.

MORTALIDAD POR VIH/SIDA

De cuál ha sido la progresión general de decesos por la enfermedad desde 1985 a 2009, y específica para el período 2006-2009 por sexo, ubicación, y afiliación.

3

3. MORTALIDAD POR VIH/SIDA

En Colombia, pese a la normativa vigente desde 2003[vii] y al cambio al RUAF-ND, solo se cuenta con datos de mortalidad hasta 2009.

La figura 8 muestra las tasas de mortalidad por año y sexo entre 1991 y 2009. En el subperíodo 1991 a 2005, la tasa de mortalidad total mostró un patrón ascendente, pasando de 0,75 por 100.000 habitantes en 1991 a 5,37 por 100.000 en 2005. El máximo valor se registró en 2004, en el que la tasa de mortalidad alcanzó 5,74 casos por 100.000. Si se analiza esta variable por sexo, se tiene que la tasa de mortalidad masculina mostró una tendencia creciente, pasando de 1,37 por 100.000 habitantes en 1991 a 8,68 por 100.000 en 2005, con un pico máximo en 2004, cuando hubo 9,13 defunciones por 100.000. De igual manera, la tasa de mortalidad femenina creció desde 0,15 por 100.000 en 1991 a 2,15 por 100.000 en 2005 y alcanzó su cifra máxima en 2004, con 2,43 defunciones por 100.000 habitantes.

No obstante, durante el período comprendido entre 2006 y 2009 la tasa de mortalidad general alcanzó 5,67 fallecimientos por 100.000; en hombres se mantuvo entre 8,54 y 8,83 defunciones por 100.000 habitantes, y en mujeres alcanzó el máximo valor de toda su serie, con 2,58 por 100.000 en el año 2007, sugiriendo un cambio en la tendencia ascendente hacia una estabilización e incluso disminución de las tasas de mortalidad en 2009, coincidiendo con tendencias regionales y mundiales de reducción del número de pacientes fallecidos en este tiempo.

Claramente, el patrón de incremento de la epidemia a lo largo de casi veinte años fue ascendente. Sin embargo, resulta interesante que la razón de masculinidad pasó de 9,3 en 1991 a 4,0 en 2005, manteniéndose estable alrededor de 3,6 en el período 2006-2009. Expresado de otro modo, por cada mujer fallecida murieron nueve hombres en 1991 versus cuatro hombres en 2009. Este dato expresa el comportamiento epidemiológico de la enfermedad que sugiere un cambio de patrón de una franca epidemia a fines de la década de 1990 a una focalización en grupos de riesgo a comienzos del siglo XXI, cuya denominación —dada la comprensión del fenómeno de estigma y rechazo a las PVVS— pasó a ser "grupos en contextos de vulnerabilidad".

vii República de Colombia - Congreso Nacional. Ley por la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales. Ley 0797 de 2003 (enero 29).

Las figuras 9 y 10 muestran las tasas de mortalidad por VIH/Sida distribuidas por grupo etario entre 1997 y 2009. La franja de mayor número de fallecimientos abarcó los grupos desde 20-24 años hasta 55-59 años. En hombres, la tasa más elevada se evidenció en el grupo de 30-34 años, seguida por aquellas en los grupos entre 35-39 y 40-44 años; la tasa máxima de mortalidad masculina se presentó en 2004 y 2005 en el grupo de 30-34 años, con 23,79 y 24,64 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente. En mujeres, la tasa más elevada se observó en el grupo de 30-34 años, seguida por el grupo de 35-39; la tasa máxima de mortalidad femenina se presentó en dos momentos, uno en 2004 con 6,09 (grupo 30-34 años) y 5,59 fallecimientos (grupo 35-39 años) por 100.000, y otro en 2007, con 6,27 (grupo 30-34 años) y 6,44 muertes (grupo 35-39 años) por 100.000 habitantes.

La tabla 14 muestra la distribución de casos de mortalidad por VIH/Sida por departamento entre 1991 y 2009. En el Distrito Capital se presentaron 5.527 (21,5%) defunciones por VIH/Sida en tal período, seguido de Valle del Cauca (4.303, 16,7%), Antioquia (3.272, 12,7%), Atlántico (2.134, 8,3%), Bolívar (1.172, 4,6%), Santander (1.021, 4,0%), Risaralda (954, 3,7%), Quindío (813, 3,2%), Norte de Santander (776, 3,0%) y Cundinamarca (609, 2,4%). Estos entes territoriales concentraron el 80% de las defunciones totales en el período; es llamativo constatar que, en general, el mayor número de casos se registró en el período 2004-2005.

Si se observan estas tasas y su distribución, puede identificarse que una fracción de la población nacional económicamente activa está claramente comprometida. Este dato, sumado al costo invertido previamente en tratamiento, al recorte de la esperanza de vida de por lo menos 15 a 55 años (asumiendo una esperanza de vida de 75 años en 2010) y el riesgo de infección por VIH dado que es una enfermedad que no tiene curación, presentan un panorama que exige fortalecimiento del sector salud en materia de promoción y prevención; el período 2004-2005 fue el período en el que el Dane registró más muertes por VIH/Sida en ambos sexos, en los grupos de edad arriba mencionados.

Alvis y cols. (41) señalaban desde Cartagena —lugar en el que se identificó el primer caso de VIH/Sida y que es una ciudad afectada por pobreza y desempleo en el 50% de los habitantes— que:

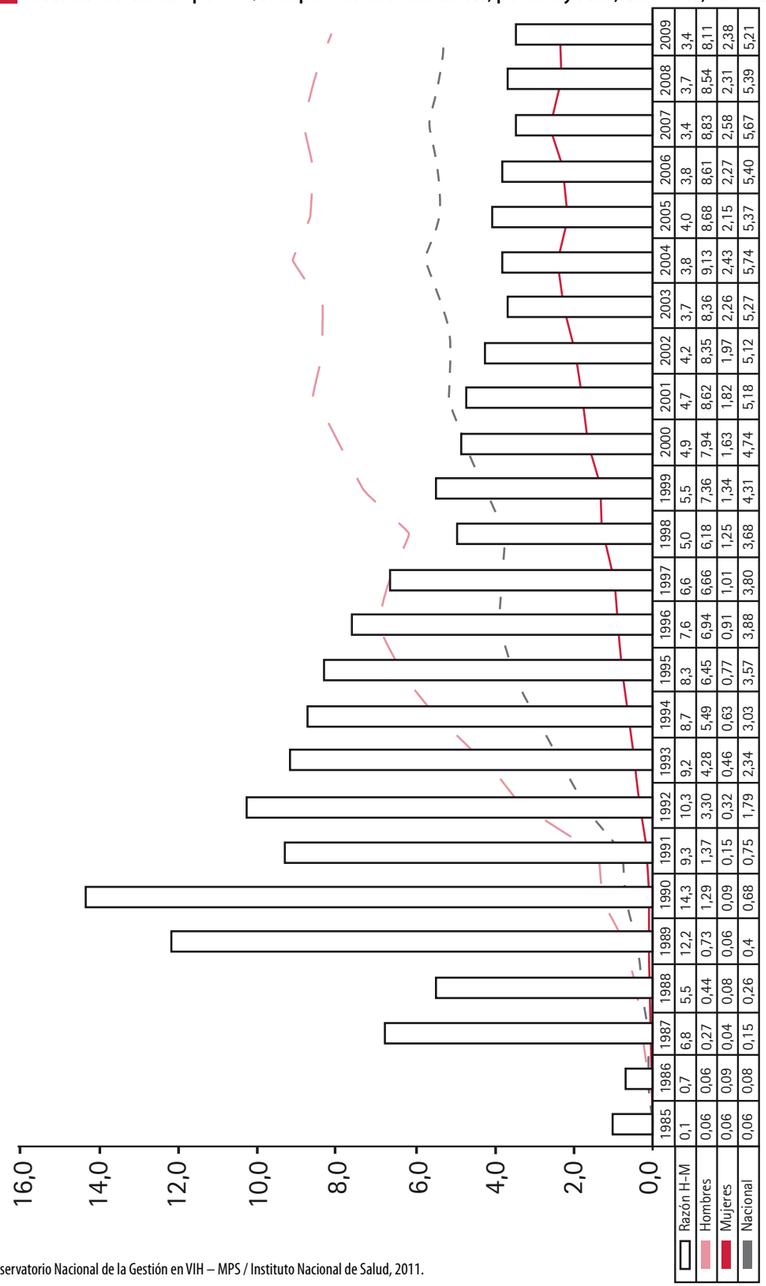
> (…) el impacto socioeconómico del VIH/Sida no es solo importante para el individuo y su familia, frente a los altos costos que representa el tratamiento, sino que genera pérdidas en la productividad individual por disminución de capacidades en el trabajo y pérdidas del capital humano por muertes en la población económicamente activa.

En el año 2001, se reportaron en las estadísticas nacionales las siguientes cifras: 13.166 casos de infección por VIH, 6.437 casos de Sida y 3.722 muertes. Los datos arrojados en la encuesta evidencian que los grupos etarios entre 15 y 44 años fueron los más afectados, pues aportaban más del 70% de años perdidos de vida potencial productiva y de valor financiero de los mismos, ascendiendo a casi COP$ 23.000 millones en 2000 (aproximadamente COP% 250.000 millones a 2011).

A partir de los registros de defunción del subperíodo 1985-2001 empleados por el Dane, Rodríguez y cols. (42) realizaron un estudio para levantar las estadísticas de mortalidad por VIH/Sida, encontrando una tasa de mortalidad específica promedio de 2,37 por 100.000 habitantes, con una razón de masculinidad de 9:1 (habiendo pasado de 12:1 en 1988 a 7:1 en 1996 y a 5:1 en 1998), y afección de los grupos etarios entre 25 y 44 años, en los que se presentaron el 70% de los fallecimientos; la tendencia fue ascendente desde 1998. Las infecciones fueron la causa básica de la muerte, con un predominio de las causadas por micobacterias (6,3% de todas las defunciones) y por neumocistosis (*Pneumocystis jiroveci*[viii], 4,5%). La situación actual reafirma lo encontrado para el subperíodo 1985-2001; en 1985, el VIH/Sida era la causa número 42 de mortalidad, tuvo el puesto 15 en 2001 (42) y hoy es la causa número 11, corroborado esto por los datos de tiempo de vida saludable perdido (27).

viii Anteriormente conocido como Pneumocystis carinii hasta un cambio de nomenclatura del Código Internacional de Nomenclatura Biológica *(International Code of Botanical Nomenclature)* formulado en 2005.

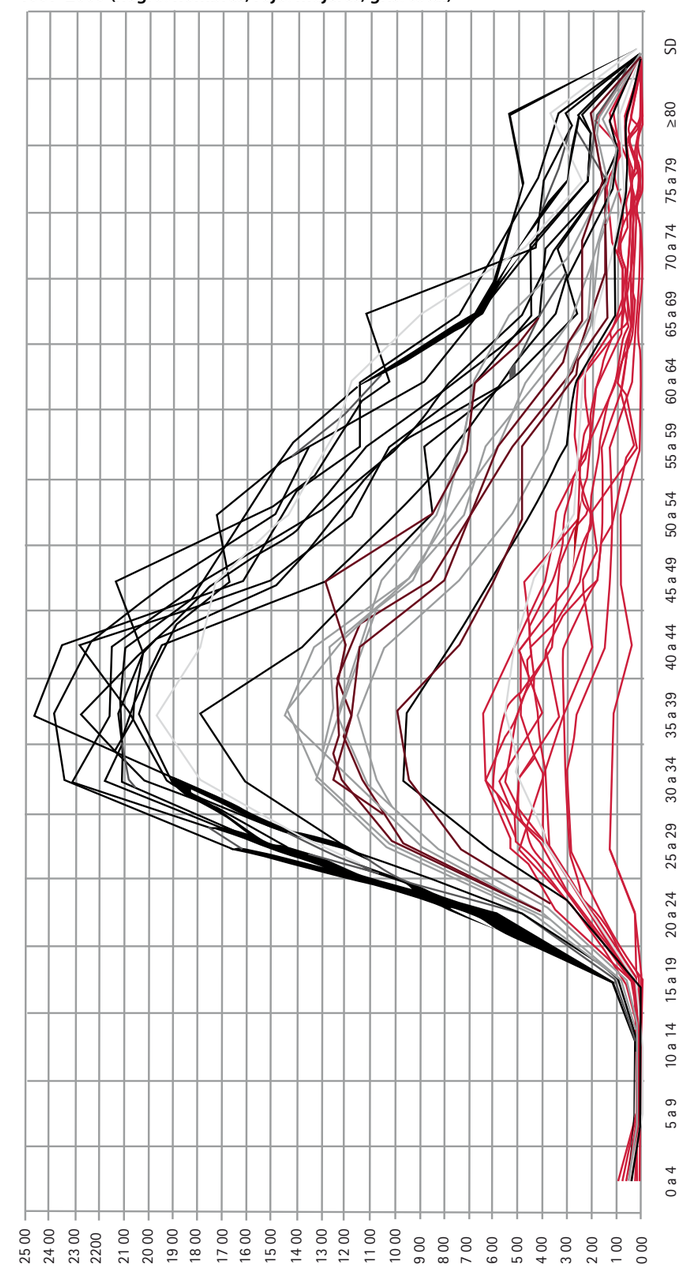
Figura 8. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y sexo; Colombia, 1991-2009



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Razón H-M	0,1	0,7	6,8	5,5	12,2	14,3	9,3	10,3	9,2	8,7	8,3	7,6	6,6	5,0	5,5	4,9	4,7	4,2	3,7	3,8	4,0	3,8	3,4	3,7	3,4
Hombres	0,06	0,06	0,27	0,44	0,73	1,29	1,37	3,30	4,28	5,49	6,45	6,94	6,66	6,18	7,36	7,94	8,62	8,35	8,36	9,13	8,68	8,61	8,83	8,54	8,11
Mujeres	0,06	0,09	0,04	0,08	0,06	0,09	0,15	0,32	0,46	0,63	0,77	0,91	1,01	1,25	1,34	1,63	1,82	1,97	2,26	2,43	2,15	2,27	2,58	2,31	2,38
Nacional	0,06	0,08	0,15	0,26	0,4	0,68	0,75	1,79	2,34	3,03	3,57	3,88	3,80	3,68	4,31	4,74	5,18	5,12	5,27	5,74	5,37	5,40	5,67	5,39	5,21

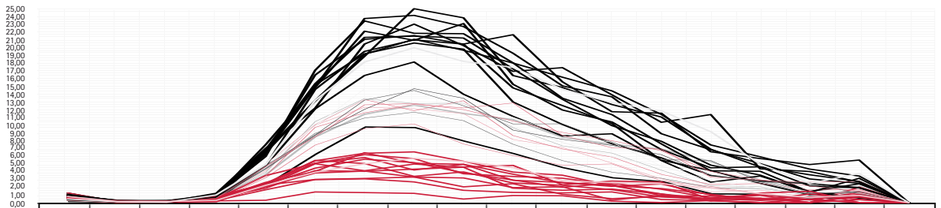
Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Instituto Nacional de Salud, 2011.

Figura 9. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y grupo etario; Colombia, 1997-2009 (negro: hombres; rojo: mujeres; gris: total)



Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Dane, 2011.

Figura 10. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y grupo etario; Colombia, 1997-2009



	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	≥80	SD
1997–H	0,13	0,04	0,00	0,48	2,24	6,18	9,62	9,53	7,80	6,22	4,43	3,15	2,66	1,11	1,06	0,52	0,70	0,00
1997–M	0,31	0,00	0,05	0,21	0,30	1,35	1,27	1,17	0,45	0,90	0,86	0,17	0,00	0,25	0,00	0,44	0,00	0,00
1997–T	0,22	0,02	0,02	0,35	1,26	3,71	5,33	5,21	4,00	3,48	2,59	1,60	1,26	0,66	0,50	0,48	0,30	0,00
1998–H	0,55	0,13	0,09	0,32	4,70	11,92	16,16	17,88	13,77	10,95	8,47	8,75	5,39	4,07	2,45	1,00	1,33	0,00
1998–M	0,84	0,00	0,05	0,26	1,63	2,92	3,02	2,62	1,56	1,30	1,24	1,35	0,39	0,24	0,00	0,00	1,96	0,00
1998–T	0,69	0,07	0,07	0,29	3,15	7,31	9,39	10,00	7,44	5,97	4,74	4,91	2,76	2,05	1,15	0,46	1,69	0,00
1999–H	0,64	0,13	0,00	1,00	6,54	14,96	18,91	20,28	19,50	12,78	9,92	7,49	5,68	3,45	2,75	2,41	1,89	0,00
1999–M	0,54	0,05	0 ,05	0,10	2,23	2,94	3,07	3,25	2,00	2,39	1,05	0,50	0,76	0,47	0,91	0,00	0,93	0,00
1999–T	0,59	0,09	0 ,02	0,55	4,36	8,81	10,74	11,49	10,41	7,42	5,34	3,87	3,09	1,88	1,78	1,10	1,34	0,00
2000–H	0,69	0,13	0 ,23	1,03	6,10	16,22	20,75	21,23	20,14	14,57	12,33	10,04	5,35	2,59	3,37	1,40	2,39	0,00
2000–M	1,04	0 a 4	0 ,14	0,41	2,03	3,76	4,01	3,24	3,13	1,90	2,01	0,32	0,93	0,23	0,00	0,00	0,88	0,00
2000–T	0,86	0,13	0,19	0,72	4,04	9,85	12,11	11,94	11,30	8,02	7,00	5,01	3,03	1,34	1,58	0,64	1,52	0,00
2001–H	1,18	0,04	0,04	0,86	5,85	16,82	23,09	21,52	21,47	17,76	13,27	11,19	7,46	4,04	3,97	1,36	0,57	0,00
2001–M	0,64	0,13	0,14	0,56	1,83	4,05	3,96	4,25	4,49	1,82	1,56	1,71	1,10	0,45	0,29	0,38	1,26	0,00
2001–T	0,91	0,09	0 ,09	0,71	3,82	10,29	13,22	12,59	12,64	9,50	7,21	6,29	4,12	2,14	2,01	0,83	0,97	0,00
2002–H	0,88	0,30	0,09	0,90	7,36	14,64	21,78	20,63	22,76	15,04	11,77	10,24	6,74	4,42	4,54	3,53	2,70	0,00
2002–M	0,64	0,13	0,00	0,80	2,36	5,35	4,96	3,34	3,89	2,49	2,19	1,64	0,72	0,43	0,56	0,00	0,80	0,00
2002–T	0,77	0,22	0,05	0,85	4,83	9,90	13,09	11,68	12,95	8,52	6,82	5,79	3,59	2,30	2,41	1,62	1,61	0,00
2003–H	1,21	0,13	0,09	0,68	6,73	15,11	20,99	21,16	20,92	17,00	13,13	9,78	7,79	4,76	3,49	1,30	3.08	0,00
2003–M	1,02	0,18	0,05	0,70	2,39	5,02	5,72	4,14	4,86	2,83	2,55	2,13	1,78	1,05	0,27	1,10	0,38	0,00
2003–T	1,12	0,15	0,07	0,69	4,53	9,96	13,11	12,34	12,58	9,62	7,65	5,82	4,65	2,79	1,77	1,19	1,53	0,00
2004–H	0,94	0,26	0,26	0,67	6,26	14,68	23,40	23,79	22,37	18,98	14,84	13,44	8,75	6,71	4,96	3,01	2,45	0,00
2004–M	1,22	0,09	0,18	0,44	3,43	4,98	6,09	5,59	3,66	3,31	3,10	2,30	0,87	0,82	0,53	0,00	0,36	0,00
2004–T	1,08	0,18	0,22	0,56	4,83	9,74	14,47	14,35	12,66	10,81	8,75	7,66	4,64	3,58	2,58	1,37	1,25	0,00
2005–H	0,99	0,26	0,13	0,56	6,34	12,92	18,59	24,64	23,49	16,15	14,63	12,46	10,88	6,78	4,52	2,12	1,87	0,00
2005–M	0,85	0,14	0,09	0,59	2,23	4,37	5,51	5,08	3,78	2,86	1,95	2,46	1,69	0,60	1,03	0,35	1,04	0,00
2005–T	0,92	0,20	0,11	0,57	4,26	8,56	11,85	14,48	13,26	9,22	8,04	7,27	6,09	3,50	2,46	1,16	1,40	0,00
2006–H	0,86	0,13	0,17	0,65	4,67	14,39	19,22	20,69	20,15	21,34	15,35	11,56	11,36	6,46	5,59	4,38	5,41	0,00
2006–M	0,71	0,14	0,05	0,73	2,10	4,93	4,05	4,90	4,52	4,73	2,26	2,73	2,61	0,39	0,50	0,73	0,67	0,00
2006–T	0,79	0,13	0,11	0,69	3,38	9,57	11,41	12,49	12,03	12,66	8,54	6,97	6,80	3,32	2,83	2,59	2,69	0,00
2007–H	1,05	0,22	0,09	1,18	6,90	12,02	20,15	0 a 4	19,96	16,68	17,15	13,70	10,21	11,19	4,28	3,95	2,61	0,00
2007–M	0,57	0,23	0,18	0,48	2,44	5,32	6,27	6,44	5,25	3,88	3,48	2,14	1,09	0,19	1,20	1,44	0,00	0,00
2007–T	0,81	0,23	0,13	0,84	4,67	8,60	13,02	14,25	12,31	10,00	10,02	7,68	5,45	5,35	2,61	2,57	1,11	0,00
2008–H	0,37	0,09	0,00	0,67	6,58	12,97	18,85	20,76	19,37	17,73	15,94	14,20	11,21	7,32	5,82	4,26	3,37	0,00
2008–M	0,53	0,14	0,05	0,47	2,57	3,96	6,33	5,00	4,87	3,61	2,53	2,06	2,37	0,95	0,46	0,35	0,00	0,00
2008–T	0,44	0,11	0,02	0,58	4,59	8,37	12,42	12,59	11,81	10,37	8,92	7,87	6,59	3,95	2,90	2,10	1,44	0,00
2009–H	0,46	0,09	0,04	0,98	4,85	13,00	17,87	19,68	17,95	17,19	14,39	12,72	11,65	9,01	4,87	2,43	3,69	0,00
2009–M	0,77	0,14	0,14	0,28	2,19	3,86	4,93	5,62	5,24	4,44	2,77	2,52	2,40	1,86	1,13	0,65	0,90	0,00
2009–T	0,61	0,12	0 ,09	0,64	3,54	8,34	11,23	12,39	11,32	10,54	8,31	7,39	6,81	5,22	2,83	1,44	2,09	0,00

Tabla 14. Casos de mortalidad por VIH/Sida por departamento; Colombia, 1991-2009

DEPARTAMENTO	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Amazonas	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	3	2	2	4	2	1	5	4	4
Antioquia	37	100	135	154	208	235	205	200	258	239	275	221	229	255	250	271	297	268	279
Arauca	0	0	1	1	1	1	2	0	1	3	6	0	4	6	8	3	2	6	3
Atlántico	14	36	67	57	82	87	158	132	135	163	196	209	188	211	206	193	230	219	189
Bogotá, D.C.	108	225	273	396	405	435	310	286	353	422	388	404	391	415	368	348	328	329	272
Bolívar	4	12	18	27	39	29	45	95	79	78	112	129	160	114	113	118	98	129	125
Boyacá	1	2	5	4	7	8	9	11	10	16	14	17	18	19	11	26	22	25	20
Caldas	4	6	16	14	13	24	36	27	31	39	56	42	58	51	57	65	58	67	68
Caquetá	1	0	0	1	1	2	5	10	7	6	6	15	14	10	17	13	22	19	20
Casanare	0	1	1	1	3	2	3	7	5	8	7	14	10	17	15	11	18	15	16
Cauca	0	4	4	3	11	7	9	9	15	16	17	19	16	26	24	26	33	47	35
Cesar	2	2	0	4	7	4	5	18	9	24	32	33	40	55	41	59	74	81	62
Chocó	0	0	2	1	4	1	0	0	1	4	4	5	3	4	8	7	9	7	10
Córdoba	0	3	7	10	9	13	10	17	32	51	38	62	60	82	72	69	66	34	76
Cundinamarca	1	7	13	25	21	36	32	21	27	52	52	64	65	62	63	68	73	65	64
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	1	0	4	0	1	1	5	3	3	8	5	8	10	7	12	6	6	2
Huila	1	3	11	11	21	17	33	26	37	41	53	51	51	70	40	59	82	53	59
La Guajira	0	0	3	5	3	4	6	9	6	10	10	8	10	13	20	20	31	27	22
Magdalena	0	1	6	8	18	15	11	30	41	32	40	33	40	47	40	47	73	68	75
Meta	1	3	6	5	18	13	11	17	12	16	32	38	52	75	55	71	58	54	60
Nariño	0	0	4	1	6	1	7	9	9	13	11	17	23	27	17	23	21	22	31
Norte de Santander	3	7	13	22	37	24	40	40	50	49	75	81	70	91	91	83	3	64	72
Putumayo	0	0	1	1	4	1	1	1	3	6	6	8	4	16	7	6	12	12	15
Quindío	6	11	22	44	44	68	57	43	62	67	82	49	60	75	59	64	68	68	69
Risaralda	13	17	39	28	31	59	62	60	79	65	77	76	71	82	98	97	98	97	94
San Andrés y Providencia	1	1	1	1	8	2	5	3	5	6	5	2	5	4	3	0	1	4	2
Santander	5	24	26	38	41	53	46	74	71	72	93	85	87	98	118	90	116	117	115
Sucre	1	1	5	4	3	4	10	11	13	22	37	35	28	49	42	39	40	43	30
Tolima	4	11	16	26	30	26	22	31	31	32	46	40	61	42	67	65	72	71	80
Valle del Cauca	45	141	140	195	244	256	241	231	305	334	325	336	366	386	379	379	379	346	344
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3	1	2	4	1
Extranjeros	0	3	2	1	1	0	1	5	6	2	2	3	2	4	1	2	-	3	3
Sin dato	9	15	12	24	6	50	83	15	17	14	4	12	8	7	3	6	-	19	26
TOTAL	**261**	**637**	**849**	**1.117**	**1.326**	**1.479**	**1.467**	**1.444**	**1.713**	**1.907**	**2.112**	**2.115**	**2.205**	**2.430**	**2.305**	**2.343**	**2.397**	**2.395**	**2.343**

Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS / Dane, 2011.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

De cómo es el acceso de la población en general, los grupos en situación de vulnerabilidad y las personas viviendo con VIH/SIDA a las diferentes medidas de promoción y prevención, -condones en particular-, así como a la TAR.

4

4. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

4.1 PREVENCIÓN

4.1.1 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

El conocimiento que diversos grupos de población tienen sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR) y el VIH/Sida es, por decir lo menos, incompleto, fragmentario, sujeto a creencias y, no en pocas situaciones, susceptible a los riesgos: varios conjuntos de CAP han sido estudiados a lo largo del período 1983-2010 (tabla 15). Una encuesta nacional realizada por el Fondo Mundial entre 5.000 jóvenes mostró que su conocimiento sobre DSR es alto, pero se requiere un esfuerzo educativo adicional para que alcance el total de población.

Luego de treinta años de epidemia de VIH/Sida, con todos los medios de comunicación y la internet a disposición del público, entre 93% y 98% de los ciudadanos han oído hablar de la enfermedad: en este sentido, el resultado encontrado por diferentes encuestas —ejecutadas en especial en el período 2006-2010 a nivel nacional o territorial y por diversos organismos, sean gubernamentales o no (el MPS, el UNFPA, Profamilia, Onusida, Secretaría de Salud del Meta y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)— fue altamente consistente en señalar este punto entre dos extremos de baja o alta conciencia sobre el VIH/Sida: las personas privadas de la libertad (PPL) y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) respectivamente. La percepción del riesgo de adquirir VIH entre diversos segmentos de la población y grupos vulnerables es más variable, oscilando entre el 43% de los UDI y el 94% de las MTS, principalmente en las grandes ciudades —en particular, en aquellas mencionadas en el capítulo 2 como las de mayor proporción de casos incidentes de VIH/Sida—. Dichos datos sugieren, por una parte, una percepción parcial, incompleta, del problema, y esfuerzos de IEC aislados e inconexos sobre los grupos en situación de vulnerabilidad, lo cual amerita análisis e intervención a escala nacional.

Tabla 15. Conocimientos y actitudes sobre VIH/Sida por subgrupos; Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR*	FUENTE
Conoce sobre DSR	Jóvenes (acceso IEC)	2005	Nacional	2.221	85,6%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006	Nacional	4.779	92,6%	
	Mujeres 15-49 años	1990	Nacional			Profamilia y MPS
		1995				
		2000		11.585	98,5%	
		2005		38.355	98,0%	
		2010		49.818	98,6%	
Ha oído hablar sobre el VIH/ Sida	Población General	2007	Bogotá	577	96,3%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	Jóvenes 15-24 años	2007	Valle del Cauca	510	98,9%	MPS y UNFPA, 2008
		2007	Bogotá	567	97,3%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	HSH	2005	Villavicencio	52	96,2%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2006	Bogotá	630	98,1%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
	MTS	2007	Bogotá	527	99,6%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2007	Bogotá	385	97,5%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2008	Medellín	1.674	98,1%	MPS y UNFPA
			Barranquilla		99,1%	
			Bucaramanga		94,3%	
			Cali		99,1%	
	PPL	2007	Bogotá	554	93%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	UDI	2010	Medellín	237	94,6%	MPS, UNODC y Universidad CES
			Pereira	297	96,0%	
Ha obtenido información sobre VIH a través de equipos de salud	Jóvenes	2007	Bogotá	567	17,0%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	HSH	2005	Villavicencio	52	60,0%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2006	Bogotá	630	58,8%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
		2007	Bogotá	527	60,6%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	MTS	2005	Villavicencio	236	51,0%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2006	Bogotá	529	43,3%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
		2007	Bogotá	385	74,7%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	PPL	2007	Bogotá	554	44,0%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
Percepción sobre el riesgo de adquirir VIH	Jóvenes	2007	Bogotá	567	34,4%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	HSH	2005	Villavicencio	52	83,3%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2006	Bogotá	630	83,2%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
		2007	Bogotá	527	66,7%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2010	Barranquilla	345	61,3%	MPS/UNFPA
			Cartagena	315	59,7%	
			Medellín	342	66,8%	
			Pereira	338	54,8%	
			Bogotá	483	68,6%	
			Cali	327	78,0%	
			Cúcuta	344	69,8%	
	MTS	2005	Villavicencio	236	63,8%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
	PPL	2007	Bogotá	385	61,4%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2007	Bogotá	455	36,6%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	UDI	2010	Medellín	237	61,8%	MPS, UNODC y Universidad CES
			Pereira	297	43,7%	
Conoce cómo prevenir el VIH	Población General	2007	Bogotá	577	53,8%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2009	Boyacá	5.367	79,5%	FEDESALUD, 2010
	Mujeres 15-49 años (uso de condón)	1990	Nacional	-	-	Profamilia y MPS
		1995		-	-	
		2000		11.407	62,1%	
		2005		37.734	76,9%	
		2010		49.818	82,4%	
	Jóvenes (condón)	2005	Nacional	2.373	75,2%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008
		2006	Nacional	4.833	89,9%	
		2007	Valle del Cauca	510	93,6%	Fundación FES Social, 2007
	Jóvenes (15-19)	2010	Nacional	9.100	20,5%	Profamilia y MPS(*)
	Jóvenes (20-24)			7,760	28,3%	

* En la ENDS 2010, el conocimiento de la prevención de transmisión del VIH/Sida usando condón con una sola pareja fiel hace parte del "conocimiento comprensivo" sobre la enfermedad allí evaluado.

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR*	FUENTE
Conoce cómo prevenir el VIH	HSH (condón)	2005	Villavicencio	52	82,0%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2006	Bogotá	630	87,3%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
		2010	Barranquilla	343	93,4%	MPS/UNFPA, 2010
			Cartagena	313	91,3%	
			Medellín	341	91,7%	
			Pereira	332	91,4%	
			Bogotá	483	92,3%	
			Cali	326	97,1%	
			Cúcuta	344	95,1%	
	HSH (todas las formas)	2011	Armenia	85	42,0%	MPS y UNFPA, 2011
			Bogotá	89	35,9%	
			Cali	86	52,3%	
			Cúcuta	141	21,3%	
	MTS (condón)	2007	Bogotá	529	86,59%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
			Medellín	1.674	88,6%	MPS y UNFPA, 2008
		2008	Barranquilla		94,9%	
			Bucaramanga		87,4%	
			Cali		89,4%	
	MTS (todas las formas)	2010	Barranquilla	253	21,0%	MPS y UNFPA, 2011
			Bucaramanga		24,1%	
	PPL (todas las formas)	2010	Bogotá	115	40,9%	MPS Y UNFPA, 2011
	DESM (condón)	2009	Bajo Cauca Antioqueño	165	62,0%	Universidad CES, 2010
	JD	2005	Nacional	594	67,7%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006	Nacional	4.833	90,0%	

* En la ENDS 2010, el conocimiento de la prevención de transmisión del VIH/Sida usando condón con una sola pareja fiel hace parte del "conocimiento comprensivo" sobre la enfermedad allí evaluado.

4.1.2 PRÁCTICAS SEXUALES PROTEGIDAS

Las tablas 16 a 18 muestran el uso de condón por subgrupos en el período 1983-2010. Pueden distinguirse tres momentos: a) la primera relación sexual; b) la frecuencia de uso; y, c) cuándo se usó por última vez. Invariablemente, la respuesta más frecuente fue "uso de condón", en un porcentaje que varió entre el 9,4% para la población general, y el 96% para las MTS, *en una época similar, en regiones similares y con estudios y tamaños de muestra similares.*

Tabla 16. Uso del condón por subgrupos (primera relación sexual); Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
En la primera relación sexual	Población general	2007	Bogotá	577	9,4%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	Hombres Mujeres	2009	Yopal	909	29%	Castañeda Porras y cols., 2009
				1.758	71%	Castañeda Porras y cols., 2009
	Jóvenes	2005	Nacional	882	33,9%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006		1935	36,4%	
		2006		2.751	36,2%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008b
		2008		2.693	42,1%	
		2007	Bogotá	567	35%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007 Fundación FES Social, 2007
		2007	Valle del Cauca	510	30,4%	
	Jóvenes (15-19)	2010	Nacional	4.547	55,5%	Profamilia y MPS
	Jóvenes (20-24)			7.038	49,1%	
	HSH	2005	Villavicencio	52	28,0%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2010	Barranquilla	350	22,3%	MPS/UNFPA
			Cartagena	350	26,3%	
			Medellín	349	25,8%	
			Pereira	345	30,1%	
			Bogotá	485	28,5%	
			Cali	333	21,7%	
			Cúcuta	350	36,6%	
	JD	2007	Bogotá	567	10,7%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2005	Nacional	188	39,9%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006		268	40.7%	
		2006		624	31,7%	
		2008		539	40,4%	

Tabla 17. Uso del condón por subgrupos (frecuencia de uso); Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Uso frecuente (categoría: siempre)	Jóvenes	2003	Montería	1.728	9,3%	Eriksson y cols., 2004
		2005	Nacional	841	22,1%	
		2006		1.898	26,1%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006		2.637	24,7%	
		2008		2.586	32,3%	
	HSH	2005	Villavicencio	52	31,3%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
	HSH (pareja estable)	2006	Bogotá	226	24,3%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
	HSH (pareja casual)				38,5%	
	HSH	2010	Barranquilla	337	19,4%	MPS/UNFPA
			Cartagena	330	22,3%	
			Medellín	341	20,3%	
			Pereira	333	34,6%	
			Bogotá	472	27,1%	
			Cali	328	27,7%	
			Cúcuta	339	14,1%	
	MTS	2004	Montería	69	84,6%	Alvis y cols., 2007
	MTS (clientes)	2005	Villavicencio	236	74,2%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
	MTS (parejas)				17,4%	
	MTS (último año)	2007	Bogotá	529	77,5%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
	MTS (último mes)	2008	Medellín	1.674	84,2%	MPS y UNFPA, 2008
			Barranquilla		87,9%	
			Bucaramanga		87,4%	
			Cali		88,8%	
	PVVS	2004	Medellín	215	2,0%	Hoyos-Orrego A. y cols., 2006
	UDI (clientes)	2010	Medellín	SD	33,6%	MPS, UNODC y Universidad CES
			Pereira	SD	20,6%	
	UDI (pareja estable)		Medellín	SD	21,5%	
			Pereira	SD	17,5%	
	JD	2005	Nacional	180	20,6%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006		257	28,8%	
		2006		590	22,9%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008b
		2008		503	29,6%	

En cuanto al uso del condón en la primera relación sexual, los resultados son discordantes: en Bogotá, solo una de cada diez personas reportó su uso, mientras que en un estudio CAP de SSR en Casanare (43) los resultados variaron, mostrando que por cada hombre que lo usó, tres mujeres lo usaron; la cifra encontrada en hombres, 29%, se acercó a lo encontrado en los estudios de OIM en jóvenes a nivel nacional, oscilando entre 34% y 42%, un joven por cada tres. En cuanto a grupos en situación de vulnerabilidad, UNFPA y el MPS realizaron un estudio en siete ciudades, encontrando que entre 22% y 36% de HSH usaron condón en su primera relación sexual; en JD, el estudio de OIM mostró una frecuencia de uso por primera vez entre 31% y 40%. Expresado de otra manera, al menos un joven de cada tres usó el condón en su primera relación sexual, un cambio respecto de estadísticas más tempranas reportadas por Onusida (15), en las que solo el 15% de los hombres y 12% de las mujeres usaron condón en su primera relación sexual.

Respecto al uso frecuente de condón y en toda circunstancia, Eriksson (44) encontró en Montería en 2003 un bajo uso por parte de la población joven (uno de cada diez) y un bajísimo uso entre PVVS (2%) (9). Estudios más recientes sugirieron que para el período 2006-2010, entre 22% y 32% de los jóvenes demostraron tal conducta. En los grupos en contextos de vulnerabilidad, el porcentaje encontrado entre HSH osciló entre 14% y 34% (45), y entre los UDI varió entre 20% y 33% (46); fue mucho más común su uso siempre en MTS, según lo reportado por Alvis (47) y por un estudio del Ministerio de Protección Social - UNFPA en cuatro ciudades (48), con un 84%-88%, así como por la Secretaría de Salud del Meta, con un 74%. Aquí es importante señalar una diferencia encontrada en los grupos de MTS, señalada por Rubio (4A):

> "(…) en efecto, en el escenario de las prácticas individuales, las mujeres no se protegen (...) no utilizan el condón. En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales (…), cuando se traslada el uso del condón a la intimidad (...) las mujeres abandonan el uso del condón con sus parejas (...).

Lo que no es un tópico nuevo, ya que Boshell (49;50) lo advirtió en 1994:

> Desde la perspectiva de la salud pública y pensando en la población sexualmente activa, la recomendación práctica para la prevención del contagio del VIH ha sido el uso sistemático del condón. En ese sentido se han diseñado y emitido las campañas del sector salud, sin perjuicio de que otros sectores hayan hecho sus propuestas desde su ámbito de influencia. Sin embargo, las características propias de la enfermedad, su transmisión, especialmente por vía sexual y su asociación a comportamientos sexuales estigmatizados, han hecho que la discusión sobre su prevención trascienda las fronteras de la salud pública y se vuelva un problema de moral.

En las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), el reporte sobre el uso de condón con parejas en toda relación sexual fue del 17%. En los usuarios de drogas intravenosas (UDI), 17%-21% de los encuestados manifestaron usar frecuentemente el condón con sus parejas (46). En los jóvenes en contextos de desplazamiento (JD), las cifras oscilaron entre el 20% y el 30% de los encuestados.

Las cifras encontradas en relación con el uso del condón en la última relación sexual difieren notablemente entre grupos. Castañeda y cols. (43) encuestaron 1.758 mujeres, encontrando una frecuencia de uso del 17%, similar a lo encontrado en un estudio en Bogotá, y al estudio patrocinado por FEDESALUD en Boyacá (51); la diferencia con los resultados hallados por la ENDS 2010, de 40% (52), puede explicarse por la edad de las mujeres que fue considerada en el estudio (de hecho, adolescentes). Un estudio de la FES en el Valle del Cauca (53) reportó que la frecuencia de uso del condón en jóvenes alcanzó el 55%, cifra similar a la reportada por el estudio de OIM, 51%, esta vez en una escala nacional. Respecto a los grupos en situación de vulnerabilidad en el período 2006-2010, en los estudios de UNFPA y el MPS (45) la respuesta de los HSH sobre el condón en su última relación sexual fue afirmativa en un 46% a 62% de los casos, siendo los sitios con menor frecuencia Medellín y Cartagena.

Tabla 18. Uso del condón por subgrupos (uso más reciente); Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
En la última relación sexual	Mujeres 25-65 años	2007	Bogotá	577	15,0%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	Hombres	2009	Yopal	909	20,0%	Castañeda Porras y cols., 2009
	Mujeres			1.758	17,2%	
	Mujeres 15-49 años	2009	Boyacá	3192	18,5%	FEDESALUD, 2010
	Mujeres 15-19 años	2010	Nacional	11.571	40,1%	Profamilia y MPS, 2010
	Jóvenes	2003	Montería	1.728	13,6%	Eriksson y cols., 2004
		2005	Nacional	869	44,6%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006		1903	50,8%	
		2007	Valle del Cauca	510	55,3%	Fundación FES Social, 2007
		2007	Bogotá	567	39,5%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	HSH	2007	Bogotá	527	80,3%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
			Armenia	85	31,8%	
		2010	Bogotá	89	74,2%	MPS y UNFPA, 2011
			Cali	86	73,3%	
			Cúcuta	141	45,4%	
		2010	Barranquilla	350	53,8%	MPS/UNFPA
			Cartagena	350	47,9%	
			Medellín	349	46,2%	
			Pereira	345	59,1%	
			Bogotá	485	59,0%	
			Cali	333	62,5%	
			Cúcuta	350	55,6%	
	MTS (clientes)	2002	Bogotá	514	63,7%	Mejía A. y cols., 2009
		2005	Villavicencio	236	91,7%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2007	Bogotá	385	97,0%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2008	Medellín	1.674	94,1%	MPS y UNFPA, 2008
			Barranquilla		96,9%	
			Bucaramanga		97,2%	
			Cali		95,5%	
		2009	Boyacá	210	37,5%	FEDESALUD, 2010
		2010	Barranquilla	100	88,0%	MPS YUNFPA, 2011
			Bucaramanga	153	82,4%	
	MTS (parejas)	2005	Villavicencio	236	68,9%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2007	Bogotá	385	36,8%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2008	Medellín	1.674	42,4%	MPS y UNFPA, 2008
			Barranquilla		53,6%	
			Bucaramanga		47,4%	
			Cali		47,0%	
	PPL (pareja estable) PPL (pareja casual)	2007	Bogotá	554	23,3%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
					37,6%	
	JD	2005	Nacional	181	48,1%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
				262	51,5%	

Con las MTS quedó confirmada una tendencia de uso del condón con clientes más frecuentemente que con sus parejas: el estudio del Ministerio de Protección Social - UNFPA de 2008 (54) mostró una respuesta afirmativa entre el 95% y el 97%, casi la totalidad de las encuestadas. Estos datos señalan un agudo contraste con lo que ellas mismas expresaron en ese estudio cuando se refirieron a la relación sexual más reciente con sus parejas (una respuesta afirmativa entre 42% y 54%), estando la respuesta más baja en las MTS de Medellín. Las PPL reportaron haber usado más el condón con parejas casuales que con aquellas estables (38% vs. 23%). Por su parte, el estudio más reciente sobre JD fue el de OIM en 2008, en el que se reporta una respuesta afirmativa de 48%-51% de uso del condón en esta población.

En cuanto al uso de condón femenino, el único reporte corresponde a las MTS en cuatro ciudades del país (48), en el que las cifras de uso oscilaron entre el 6% en Barranquilla y el 16% en Medellín.

De forma prácticamente unánime, el principal motivo para no usar condones en la población, sea general o en contextos de vulnerabilidad, es que no gusta, ya sea a los usuarios o a sus parejas. En jóvenes, más del 20% dio esa respuesta en 2005, mientras que en 2008 la respuesta de un tercio de los jóvenes encuestados fue haber enfrentado una relación inesperada. Entre tanto, la respuesta en 2005 de las MTS en Villavicencio fue desacuerdo con el cliente en 41% de los casos, mientras que en 2008, el estudio del MPS - UNFPA (54) la respuesta fue unánime respecto de la percepción de sus clientes y sus parejas: "no gusta"; oscilando entre 32% de respuestas de desaprobación al condón en Medellín, a 46% en Cali (tabla 19).

Tabla 19. Razones para el no uso del condón por subgrupos; Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Razón más frecuente para no uso	Jóvenes: "no gusta"	2005	Nacional	96	21,5%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008a
		2006		171	23,4%	
	Jóvenes: "relación inesperada"	2006	Nacional	1.434	32.0%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008b
		2008		1.167	33.3%	
	Jóvenes: "no le gusta"	2007	Valle del Cauca	510	19%	Fundación FES Social, 2007
	MTS: "desacuerdo con el cliente"	2005	Villavicencio	236	41,2%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
	MTS (cliente): "no le gusta"	2008	Medellín	1.674	32,0%	MPS y UNFPA, 2008
			Barranquilla		40,9%	
			Bucaramanga		33,3%	
			Cali		46,4%	
	MTS (pareja estable): "no le gusta"		Medellín		40,0%	
			Barranquilla		42,8%	
			Bucaramanga		44,4%	
			Cali		37,9%	

Es claro, indudablemente, que aquellas personas que hacen parte de grupos en contextos de vulnerabilidad son mucho más conscientes del riesgo de adquirir VIH: por cada tres de ellos, solo dos personas de la población general asumen esta realidad. Para esta pregunta en particular no parece haber una asociación o relación desde el punto de vista de la época de la encuesta o de la ciudad donde esta fue realizada. ¿Qué tanto tiene que ver este dato con la relación equipo de salud – usuario? Las encuestas de Onusida y de las secretarías de salud arrojan una luz parcial, debido al tamaño relativamente pequeño de la muestra, pero son enfáticas al sugerir que es necesario un esfuerzo mayor del equipo de salud para informar a las personas en general, no solo a los usuarios o a las PVVS, sobre los riesgos y consecuencias de la infección por VIH, con cifras entre 17% y 60%; estas cifras pueden sugerir el uso de otros medios para buscar información.

4.1.3 ACCESO: CONDONES Y PRUEBAS PARA VIH/SIDA

Las tablas 20 y 21 sugieren que el conocimiento de los HSH y las MTS sobre dónde realizarse la prueba del VIH es parcial: en varias ciudades que históricamente han exhibido un alto número de casos de VIH/Sida (capítulo 2), el MPS y el UNFPA (7, 55, 56) encontraron que entre el 55% y el 83% de los HSH, y entre 55% y 73% de las MTS saben a dónde acudir para realizarse pruebas de laboratorio para VIH/Sida.

Tabla 20. Acceso a condones por subgrupos; Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Conoce dónde conseguir condones	Población general	2009	Boyacá	4.446	88,7%	FEDESALUD, 2010
	Jóvenes (15-19)	2010	Nacional	9.100	93,3%	Profamilia y MPS
	Jóvenes (20-24)			7.760	97,4%	
	HSH	2010	Barranquilla	337	98,6%	MPS/UNFPA, 2011
			Cartagena	330	96,1%	
			Medellín	341	99,6%	
			Pereira	333	96,8%	
			Bogotá	472	98,5%	
			Cali	328	98,9%	
			Cúcuta	339	99,1%	
	MTS	2008	Medellín	1.674	99,5%	MPS/UNFPA, 2008
			Barranquilla		99,0%	
			Bucaramanga		98,9%	
			Cali		99,7%	
Tienen acceso a condones	Hombres	2009	Yopal	909	86,3%	Castañeda Porras, 2009
	Mujeres			1.758	65,6%	
Sitio más frecuente para acceder a condones	Población general	2003	Montería: Farmacia	1.728	78,5%	Eriksson y cols., 2004
	Jóvenes	2006	Nacional: Servicio de salud	5.263	20,0%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008b
		2008		5.013	11,2%	
	JD	2006		1.165	18,0%	
		2008		1.018	11,1%	
Conoce de la existencia de condones femeninos	MTS	2008	Medellín	1.674	40,2%	MPS y UNFPA, 2008
			Barranquilla		16,9%	
			Bucaramanga		32,6%	
			Cali		32,0%	

Esto da a entender, considerando que son en sí mismos grupos de difícil alcance y con una ubicación espacial variada, que las estrategias tradicionales usadas en salud pública respecto a la enfermedad (y la condición de estigma y rechazo que la acompañan) no son suficientes para garantizar prácticas seguras en las relaciones sexuales de estas personas.

Tabla 21. Acceso a Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH/Sida por subgrupos; Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Conoce dónde hacerse la prueba del VIH	HSH	2010	Armenia	85	55,3%	MPS Y UNFPA, 2011
			Bogotá	89	83,1%	
			Cali	86	81,4%	
			Cúcuta	141	65,2%	
	MTS	2010	Barranquilla	100	73,0%	MPS Y UNFPA, 2011
			Bucaramanga	153	54,9%	
Se ha realizado prueba de VIH alguna vez	Población general	2009	Boyacá	4.446	26,1%	FEDESALUD, 2010
	Mujeres 15-49 años	1990	Nacional			Profamilia y MPS
		1995				
		2000				
		2005		37.734	18,4%	
		2010		49.818	41,7%	
	Gestantes	2007	Bogotá	577	21,0%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	Jóvenes	2007	Bogotá	567	19%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2006	Nacional	2.778	9,9%	OIM y Proyecto Fondo Mundial en Colombia, 2008b
		2008	Nacional	2.685	27,8%	
	HSH (en el último año)	2010	Barranquilla	345	20,7%	MPS Y UNFPA
			Cartagena	315	13,6%	
			Medellín	342	30,7%	
			Pereira	338	21,7%	
			Bogotá	483	24,7%	
			Cali	327	21,9%	
			Cúcuta	344	16,4%	
	HSH	2005	Villavicencio	52	74,1%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2007	Bogotá	527	66%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2010	Armenia	85	25,9%	MPS Y UNFPA, 2011
			Bogotá	89	51,7%	
			Cali	86	59,3%	
			Cúcuta	141	27,7%	
	MTS	2005	Villavicencio	236	68,0%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2007	Bogotá	385	85,6%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
			Medellín	418	75,3%	
		2008	Cali	420	87,0%	MPS Y UNFPA, 2008
			Bucaramanga	418	90,5%	
			Barranquilla	418	93,2%	
		2010	Barranquilla	100	77,0%	MPS Y UNFPA, 2011
			Bucaramanga	153	54,2%	
	PPL	2007	Bogotá	554	32,4%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2010	Bogotá	115	32,1%	MPS Y UNFPA, 2011

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Recibió asesoría sobre prueba de VIH	Gestantes (previa)	2009	Nacional	318	74,0%	MPS, HAI y UNICEF, 2010
	Gestantes (previa) posterior)	2010	Nacional	5.952	45,3%	Profamilia, MPS
	HSH (previa)	2010	Barranquilla	78	26,8%	MPS Y UNFPA
			Cartagena	52	38,4%	
			Medellín	124	31,2%	
			Pereira	93	51,1%	
			Bogotá	125	43,0%	
			Cali	78	50,3%	
			Cúcuta	63	42,3%	
	HSH (previa, posterior)	2010	Armenia	22	77,3%	MPS Y UNFPA, 2011
			Bogotá	46	87,0%	
			Cali	SD	80,4%	
			Cúcuta	SD	41,0%	
	MTS	2010	Barranquilla	77	87,0%	MPS Y UNFPA, 2011
			Bucaramanga	83	54,2%	

En 2003, el estudio de cuentas nacionales (57) reportó que sólo el 20% del gasto total en VIH/Sida se enfocaba en dos frentes: a) condones, con un 10%, financiado casi en exclusiva por las personas y b) acciones de promoción y prevención. Los resultados presentados a partir de los estudios realizados por el MPS y el UNFPA (48;58) muestran que, al menos entre dos grupos en contextos de vulnerabilidad —HSH y MTS— hay un conocimiento generalizado sobre cómo conseguir condones, pero el uso del preservativo está ligado al hombre, no a la mujer: solamente entre el 16% y el 40% de las MTS encuestadas (48) reportaron conocer algo acerca de los condones femeninos. Teniendo en cuenta que, a 2011, los condones femeninos no se comercializan en el país por falta de registros. Si se implementaran estrategias que permitiesen la distribución de este tipo de condón, las mujeres en contextos de vulnerabilidad contarían con un mecanismo adicional de protección.

Respecto a la prueba de VIH, dos conceptos saltan a la vista al revisar la tabla 21: a) la idea de acudir a un servicio de salud para realización de pruebas de detección de VIH se ve asociada con grupos en situación de vulnerabilidad, no como algo que pueda o deba hacerse cualquier persona; y, b) el conocimiento que la comunidad en general tiene sobre la prueba, esté en riesgo o no, es todavía muy parcial y debe mejorar; los resultados de diversos estudios (51, 52, 59) realizados especialmente en el período 2006-2010 mostraron que entre una y tres de cada cinco personas se han realizado alguna vez una prueba para VIH; esto resulta especialmente preocupante en los tres grupos encuestados, por cuanto son los que están más directamente involucrados con situaciones tales como embarazo no deseado y gestación en adolescentes (43;60). Entre los grupos en contextos de vulnerabilidad, los HSH manifestaron haberse realizado la prueba entre 26% y 74% de los casos (dependiendo de la ciudad), y las MTS entre un 54% y un 85%; entre las PPL, sólo una de cada tres personas se ha realizado alguna vez una prueba de VIH (61).

González (62) ejecutó un estudio de tipo descriptivo, analítico, de campo y transversal en el cual se utilizó un muestreo polietápico con una muestra de 425 sujetos, para conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de ambos sexos; habitantes de un municipio del departamento de Cundinamarca, de estratos 1 y 2 del Sisben (Sistema de Identificación de Beneficiarios), por medio de la encuesta "Recreando nuestra sexualidad". En cuanto a los conocimientos de los encuestados, existe un alto riesgo de embarazo no deseado: el método anticonceptivo del que tenían más conocimiento es el condón (93,2%), un 64,3% estaba al tanto de que en la primera relación sexual se puede quedar en embarazo; de igual manera, conocían los riesgos por tener relaciones sexuales sin protección, no sólo por prevención de embarazo sino por prevención de una ITS o de VIH/Sida. Las ITS reportadas como más conocidas fueron Sida (51,8%), herpes (12,2%), sífilis (12,1%) y gonorrea (9,6%); según el 84,1% de los encuestados, estas ITS pueden adquirirse por tener relaciones sexuales sin condón, el 70,8% contestó que la manera de prevenirlas es conociendo la historia sexual de su pareja o teniendo un compañero sexual estable. En cuanto al conocimiento de los derechos sexuales, aproximadamente la mitad de la población los desconocía y por lo tanto no los hacían valer. Fue mínimo el conocimiento de la Ley 100 de 1993 sobre seguridad social en salud, las empresas promotoras de salud (EPS) o instituciones prestadoras de servicios (IPS); y el uso y demanda de servicios en SSR fue baja, 18,2%.

Mejía (63) reportó en 2005 que si bien el uso del condón es un comportamiento deseable, el uso de drogas o el estar bajo sus efectos, los lugares y circunstancias de los encuentros sexuales y las personas involucradas en los mismos, son razones que parecen explicar por qué la protección no es siempre la regla. Un aspecto central a tener en cuenta en los comportamientos sexuales de riesgo, es el grado en que los usuarios de drogas inyectadas se involucran sexualmente con otros consumidores y también con la población general.

Amado y cols. (64) publicaron en 2006 un estudio transversal cuyo objetivo principal fue el de identificar predictores psicológicos del uso de preservativo en una muestra de 381 mujeres en edad reproductiva de la ciudad de Tunja,

Colombia. Los resultados señalaron que 65% de las encuestadas no usaron condón en su primera relación sexual, y 84% de ellas lo usaban con algún grado de inconsistencia. No obstante, 94% manifestaron que el condón constituía una medida preventiva para evitar la infección por el virus de VIH, y 86% que era efectivo para evitar la transmisión del virus. La edad promedio de comienzo de actividad sexual fue de 18,3 años. Concluyeron que no basta con poder hacer uso del condón (competencias) o con querer usarlo (disposición), sino que se requiere motivación intrínseca (de la mujer, de la pareja) y extrínseca (del entorno), y experiencias positivas alrededor de su uso.

4.1.4 ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN

Un estudio dirigido por Simbaqueba para RECOLVIH - IFARMA (65) sugirió, tras encuestar a mil PVVS, que a 7 de cada 10 personas nunca les negaron servicios de salud por su condición. En otras palabras, existe una percepción de estigma y rechazo en los servicios de salud frente a 3 de cada 10 PVVS, requiriendo esto un esfuerzo de sensibilización, o quizá un cambio en la estrategia de capacitación o de motivación para los equipos de salud (tablas 22, 23). Para poner un ejemplo, el grado de discriminación por la orientación sexual de los HSH oscila entre 32% y 39%; es decir que de tres a cuatro de cada diez HSH han experimentado tal situación.

En cuanto a asesoría sobre prueba de VIH, un estudio de *Health Alliance International* (66) mostró que solo el 74% de las gestantes tuvieron una asesoría[ix] antes de realizarse la prueba, mientras que Profamilia encontró en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 (52) —realizada entre las mujeres encuestadas de 15-49 años que habían tenido hijos en los dos años anteriores a la encuesta— que del total de madres gestantes a quienes les fue ofrecida la prueba, 83,5%, aceptó hacérsela y recibió el resultado; Sin embargo, solo el 45,3% recibió asesoría *previa*, e igualmente, el resultado. Estos datos señalan claras falencias en la atención brindada por los servicios de salud, no necesariamente del *equipo de salud*, por cuanto técnicamente los trabajadores de salud *no son actores* del sistema, sino las EPS e IPS para las cuales trabajan.

ix Según la encuesta de Profamilia en 2010, la asesoría tocó tres temas: 1) transmisión del VIH materno-fetal, 2) prevención de la infección por VIH, y 3) realización de la prueba del VIH.

Tabla 22. Acceso a TAR y discriminación por subgrupos; Colombia, 1983-2010

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Acceso a tratamiento	PVVS: Acceso	2010	Nacional	1.000	91,0%	RECOLVIH, 2011
	PVVS: Toma actualmente TAR				85,0%	
	TAR: adherencia alta	2008	Nacional	269	57,0%	Arrivillaga y cols., 2009
	Dificultades de acceso a servicios de salud	2009	Nacional	286	40,0%	MPS, HAI y UNICEF, 2010
	TAR en embarazo			318	81,0%	
	TAR en parto				91,0%	
	TAR: profilaxis en niños			1.362	82,0%	
	Intervenciones completas: madre			1.373	57,0%	
	Intervenciones completas: niño			1.306	78,0%	
	Intervenciones completas: madre e hijo			1.306	54,0%	
Negación de servicios de salud: "nunca"	PVVS	2010	Nacional	1.000	71%	RECOLVIH

Tabla 23. **Discriminación y estigmatización por orientación sexual o infección por VIH, clasificada por subgrupos; Colombia, 1983-2010**

PREGUNTA	GRUPO / GRUPO VULNERABLE / SITUACIÓN	AÑO	REGIONES / CIUDADES	POBLACIÓN / MUESTRA	VALOR	FUENTE
Conocimiento de la normativa para PVVS	PVVS	2010	Nacional	1.000	38,6%	RECOLVIH, 2011
Conocimiento sobre organizaciones de apoyo					70,2%	
Exclusión de actividades sociales: "nunca"			Nacional		82,8%	
			Valle del Cauca		95,5%	
			Eje Cafetero		90,4%	
			Región Caribe		73,8%	
			Santander		57,9%	
			Bogotá		84,0%	
			Antioquia		92,4%	
Exclusión de actividades familiares			Nacional		66,9%	
Exclusión de escenarios educativos					3,0%	
Confrontación a estigmatizantes					44,4%	
Discriminación por orientación sexual	HSH	2005	Villavicencio	52	36,7%	Secretaría Departamental de Salud del Meta, 2005
		2006	Bogotá	630	32,4%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
		2007	Bogotá	527	39,3%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2010	Barranquilla	312	31,1%	MPS Y UNFPA; 2011
			Cartagena	262	20,9%	
			Medellín	96	24,3%	
			Pereira	272	17,0%	
			Bogotá	426	24,1%	
			Cali	277	26,9%	
			Cúcuta	307	24,9%	
Abuso o maltrato por trabajo sexual	MTS	2008	Medellín	385	36,1%	MPS Y UNFPA, 2008
		2008	Barranquilla	418	12,3%	
		2008	Bucaramanga	420	33,8%	
		2008	Cali	418	23,3%	
Discriminación laboral	MTS	2007	Bogotá	385	30,4%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
		2007	Bogotá	529	53,5%	Secretaría Distrital de Salud, Onusida y LIGASIDA
Rechazo a PVVS	PPL	2007	Bogotá	554	69%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
	Jóvenes	2007	Bogotá	567	28,7%	Fundación Henry Ardilla y cols., 2007
Pérdida de empleo	PVVS	2010	Nacional	1.000	56%	RECOLVIH

4.2 TRATAMIENTO

4.2.1 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TAR)

Históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de términos como *cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica,* entre otros (11, 67). Sin embargo, y con independencia de la denominación utilizada —adhesión o adherencia—, el transcurso de los años ha llevado a que se supere la connotación reduccionista de cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas, otorgándosele cada vez más un carácter de voluntariedad que imprime a la persona un papel activo, a la vez que incluyendo otros aspectos no farmacológicos propios de los tratamientos (como modificación de estilos de vida, asistencia a las citas médicas, comunicación con el profesional de la salud, integración del plan terapéutico, etc.).

Expertos colombianos que trabajan en otros países de la Región Andina (68) han señalado que en una adherencia óptima a la TAR (idealmente, superior al 95%) intervienen factores como: a) sensibilización del paciente sobre los beneficios de la TAR; b) apoyo familiar/social; c) esquemas con baja toxicidad y pocos efectos adversos; d) administración simple; y e) costo accesible. Esta situación se contrapone a los retos que las PVVS enfrentan en una TAR: tratamientos disponibles complejos, interacciones medicamentosas y asociación con efectos secundarios severos, mantenimiento a largo plazo del cumplimiento de la terapia, y amenaza (siempre latente) de mutaciones virales que produzcan resistencia fisiológica a la terapia —hasta en un 5% de los casos, siendo todavía más frecuente en caso de interrupción del tratamiento o tratamiento sub-óptimo— (69).

En 1997, mediante el Acuerdo 83 del CNSSS, se aprobó en el Plan Obligatorio de Salud de Colombia el uso de la terapia combinada, usando al menos tres medicamentos antirretrovirales. La pandemia de Sida abrió nuevos retos para todo aquél interesado en el control de la infección por VIH, y generó múltiples investigaciones dirigidas hacia la generación de vacunas para evitar la infección o de productos farmacéuticos para controlar el virus o combatir sus efectos; para esta fecha, un informe del NIH en EUA estimaba en 40.000 los productos bajo investigación, y se tenían buenas perspectivas farmacéuticas en cuatro grupos: a) vacunas; b) antirretrovirales; c) inmunomoduladores; y d) anticuerpos bloqueadores (70).

En 2003, Vargas y cols. (57) realizaron el estudio de Cuentas Nacionales en VIH/Sida, enfocado en el período 1999-2001. En dicho estudio reportaron que 80% del gasto en VIH/Sida fue para atención médica y hospitalaria *(salud personal)*: la mitad de este recurso fue destinado para TAR y menos del 5% para atención ambulatoria. Resulta aún más preocupante el informe sobre un limitado acceso a la TAR por parte de la población sin afiliación al SGSSS, con evidencias de suministro incompleto e inoportuno por parte de la Seguridad Social. Los autores alertaron sobre la presencia de dos problemas relativos a la persona viviendo con VIH: a) las implicaciones de esta situación en el futuro desarrollo de resistencia a los fármacos de la TAR; y b) más sutilmente, que la mayoría de las personas llegaban a los hospitales con presencia de infecciones oportunistas[x], con compromiso inmunológico (significando esto seis años o más en condición de seropositivos) y en un avanzado deterioro físico, acompañado de una carga que pesa pero no se mide bien: el prejuicio, la estigmatización, y el rechazo.

La TAR cambió radicalmente la forma en que profesionales de salud y personas encaran el Sida, trocando una sentencia de muerte por una enfermedad crónica, frente a un virus que muta y contra el cual, en el siglo XXI, se han puesto en marcha tanto capacidades científicas como de organizaciones sociales. Se estableció, por ejemplo, que no todas las personas viviendo con el VIH necesitan TAR inmediatamente, sino que esta se prescribe en función del conteo de linfocitos $CD4^+$ y del número de copias virales, y que pueden pasar de seis a diez años entre la seroconversión y la necesidad de TAR, y otros tres entre este punto y el fallecimiento, en los casos en que la TAR no es suministrada (si lo es, la esperanza máxima de vida reportada es de 13,8 años) (71). En este sentido, el virus ha contado con dos aliados: a) el acceso a la TAR, ya que según estimaciones de la OMS, la TAR no es asequible al 50% de las personas que la necesitan; y b) la forma como la sociedad permite que primen expectativas y ganancias corporativas, limitando tal acceso (71).

En la actualidad se sabe que la adherencia al tratamiento constituye una de las principales preocupaciones en relación con el control del VIH/Sida (11, 67, 72), asociándose fuertemente al éxito o fracaso terapéutico. La adherencia u observancia al tratamiento ha sido tradicionalmente considerada como la toma de medicamentos antirretrovirales y la asistencia a las citas médicas, los cuales son aspectos que no reflejan la complejidad del tema. En este período, se encontraron evidencias sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y diversos factores que podrían servirle de facilitadores o de obstáculos. La TAR, específicamente en su condición de alta actividad (TARGA), ha demostrado ser eficaz para reducir la carga viral y para mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida de las personas infectadas.

x Infecciones oportunistas son aquellas enfermedades causadas por patógenos que no causarían patología alguna en personas con sistemas inmunes saludables.

Sin embargo, solamente un tercio de las personas que tienen acceso a la TAR toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas subóptimas de adherencia al tratamiento y poco impacto de la TAR en el control de la enfermedad. Aunque la adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado con el éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, esta tiene una importancia adicional en el caso del VIH/Sida como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral (tabla 24).

Tabla 24. Factores facilitadores de adherencia a la TAR

FACTORES	CARACTERÍSTICAS	FACTORES FACILITADORES
Personales	Socio-demográficas	Domicilio
		Sexo
	Cognitivas	Autoeficacia
	Motivacionales	Actitud positiva hacia TAR
	Emocionales	Estado afectivo y emocional positivo
De la enfermedad		Eficacia terapéutica
Sociales		Percepción de apoyo social
		Relación médico-persona
Sistema de salud		Afiliación a la seguridad social

Un informe de la ACIN sobre la situación del Sida en Colombia (publicado en 2002) y las posteriores Guías para el Manejo (editadas en 2005) (32), señalaron que tres de cada cuatro personas no eran manejados por especialistas o grupos integrales de manejo, o eran abordados por médicos sin capacitación ni estabilidad laboral, además de mostrar que se presentaban problemas para la realización de las pruebas de laboratorio necesarias, que había dificultades en el acceso de las PVVS, y que solo se contaba con 8 de 17 medicamentos incluidos en ese momento en el POS.

En el período 2000-2005 hubo un desarrollo de guías de manejo clínico y mejor seguimiento de parámetros internacionales de carácter epidemiológico clínico (73), al mismo tiempo que una respuesta nacional materializada a través de dos planes: a) el *PEN VIH/Sida 2000-2003,* el cual se proponía consolidar

la coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecer las acciones de Información-Educación-Comunicación (IEC), promover la participación social con las poblaciones más vulnerables y el sector privado, actualizar el marco legal en VIH/Sida, fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública y promover la investigación y evaluar las acciones desarrolladas; y b) *el Plan Intersectorial de Respuesta nacional (PIRN) 2004-2007* —el cual era más sofisticado y de mayor alcance—, diseñado y orientado de acuerdo con los ejes temáticos de coordinación intersectorial, monitoreo y evaluación, y promoción, prevención, atención y apoyo (15).

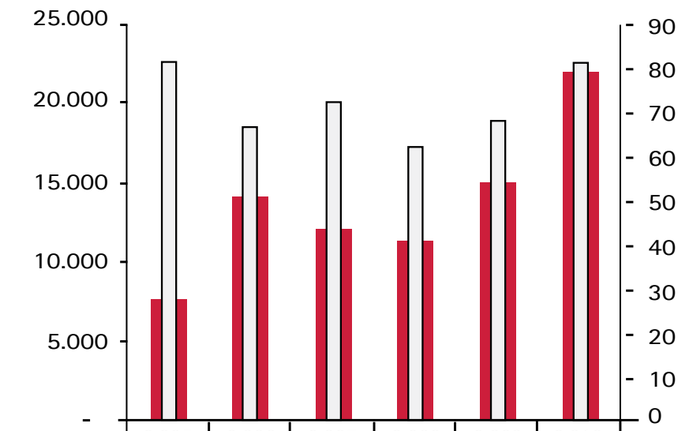
Para ese mismo período, el número de PVVS con TAR pasó de 7.452 a 21.791, un número casi tres veces superior en cinco años, pero la cobertura terapéutica en el mismo lapso fluctuó drásticamente, entre el 65% de 2006 y el 80% de 2010 (figura 11). Un elemento adicional de preocupación y debate ha sido el uso de TAR de marca comercial vs. genérica en las PVVS. Tobón y cols. (74) realizaron una revisión de 170 historias clínicas de PVVS atendidos entre 1998 y 2006, 89,4% hombres, con edad promedio de 38 años (de 21 a 78). Del mencionado porcentaje, 98,2% recibieron TARGA como primer esquema de terapia; la adherencia a la TAR fue de 70,6%, y las PVVS tuvieron 2,5 mediciones en promedio durante 18 meses de seguimiento. Para ese mismo lapso de tiempo, los investigadores reportaron menor tasa de aumento en el recuento de linfocitos T CD4 en las personas en tratamientos genéricos y mixtos (marca comercial + genérico), con presencia de criterios para Sida en 10,6% de los casos.

En un estudio realizado en quince ciudades colombianas, Machado y cols. (75) reportaron que de una muestra de 997 personas con edad promedio de 37±13 años, de las cuales el 82% eran hombres que todos recibieron terapia con tres o más antirretrovirales prescritos a las dosis establecidas internacionalmente, pero sin adecuados criterios para la implementación de los esquemas después del inicio del tratamiento (encontraron 69 asociaciones diferentes), y, además, que quienes los prescribieron adoptaron múltiples opciones por fuera de lo recomendado a nivel mundial.

Díazgranados y cols. (76) reportaron 5,8% de mutaciones del VIH en personas que recibieron tratamiento por primera vez, cifra que aumentó a 85% de mutaciones en personas con falla terapéutica; por otra parte, la terapia fue exitosa en el 95% de las personas con tratamiento de primera vez (naive), y en el 84% de las personas con varios tratamientos (77).

Simbaqueba (65) (tabla 16) y Arrivillaga (67, 78) reportaron que, asumiendo 100 PVVS, 91 tendrán acceso a servicios de salud que les brinden TAR; de ellos, 85 estarán tomando su prescripción a la fecha, pero sólo 57 sostendrán

Figura 11. **Personas con TAR; Colombia 2005-2010**



	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010
Personas con TAR	7.452	13.961	11.907	12.647	14.712	21.791
% Cobertura	80,5	65,6	71,3	61,0	66,7	79,6

Nota: el % de cobertura en 2007 coincidía con la línea de base propuesta por el MPS en el Decreto 3039 de 2007: 72%.
Fuente: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH – MPS, 2011.

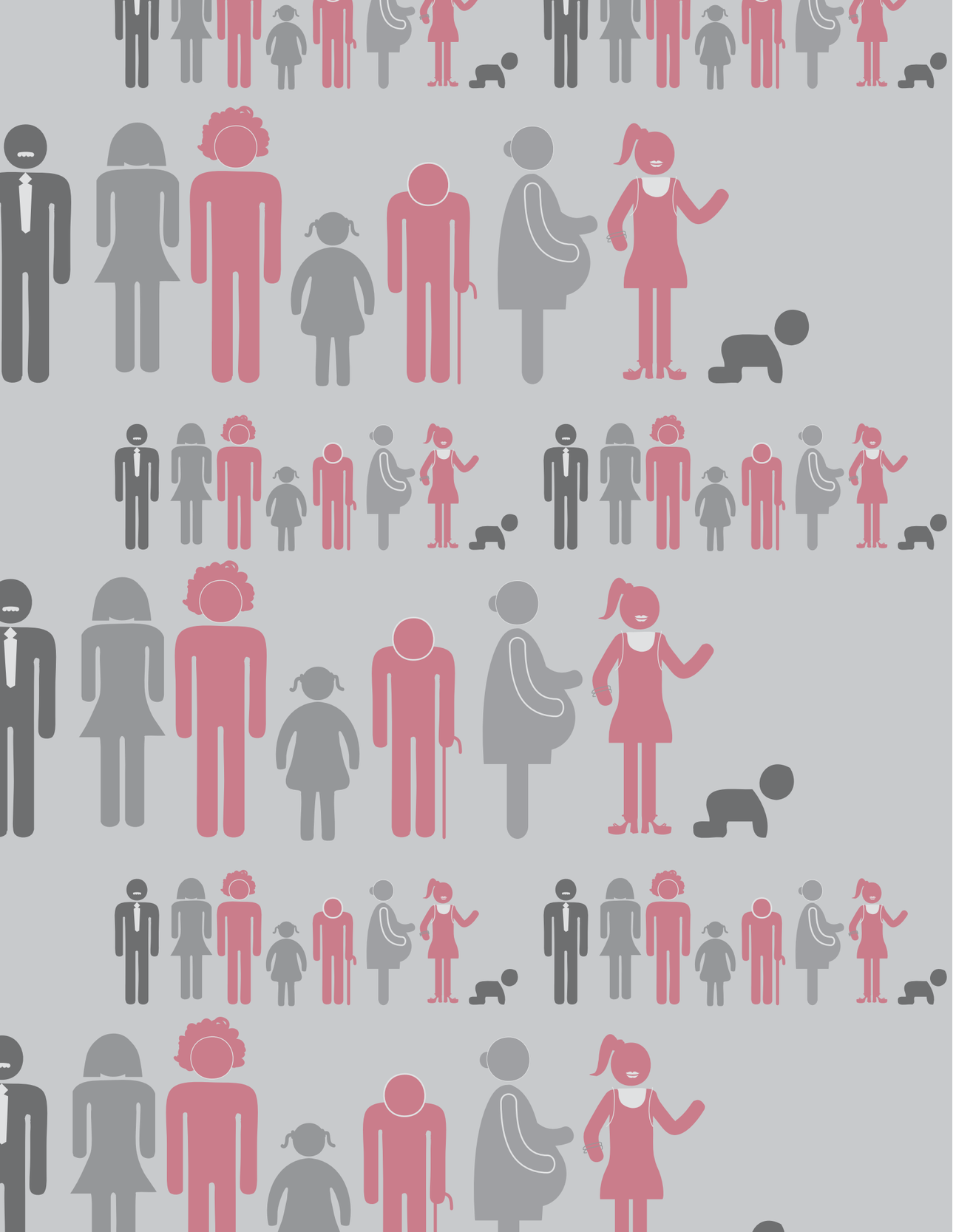
una adherencia alta al tratamiento. Goénaga y cols. (79) realizaron un estudio con 146 historias clínicas en seis IPS del Distrito de Santa Marta, encontrando impuntualidad e incumplimiento de citas y prescripciones de TAR en 49% de las personas; más serio fue el reporte de los encargados del programa VIH/Sida en esas IPS encuestadas, según el cual las personas no tenían recursos para transportarse, disponían de medicamentos que compartían con sus allegados, o —peor aún—, vendían o intercambiaban medicamentos con otros personas que querían pasar de incógnito y no estaban inscritos en las IPS o en el sistema.

Estos hallazgos fueron corroborados por Diazgranados y cols. (80) sugiriendo un riesgo relativo indirecto (OR: odds ratio) de 2,4 en hombres; 2,0 en personas por debajo de 45 años, y de 1,5 para personas provenientes del occidente del país, específicamente de Medellín (76). Si se observa la situación desde la perspectiva de la transmisión madre-hijo, el panorama también llama la atención: un informe de HAI en coordinación con el MPS y UNICEF (66) ha señalado dificultades de acceso en un 40% de los casos; TAR en 91% de las maternas, e intervenciones completas en madre-hijo en algo más de la mitad de los casos. Diferente fue la situación presentada por Rodríguez y Bautista en Bucaramanga (81), quienes evaluaron 11 instituciones que atienden PVVS, encontrando integralidad de disciplinas en 82% de los casos, cobertura de TAR de 98%, adherencia a TAR por seis meses de 92%, y satisfacción con la atención del 85% de los usuarios.

SITUACIÓN DE LOS GRUPOS EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD

De cuál es el reporte de diversos grupos de investigación a lo largo del período bajo estudio para diversos grupos en situación de vulnerabilidad.

5



5. SITUACIÓN DE LOS GRUPOS EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD

Cualquier persona puede infectarse por el VIH y desarrollar Sida, pero los entornos sociales y económicos que rodean a los individuos y comunidades son los que determinan la mayor o menor *probabilidad de infección*, siendo más vulnerables las personas que viven en situaciones de pobreza, marginalidad, estigmatización y discriminación o sin acceso a prevención. Todo contexto es influenciado por la respuesta de cada nación a la epidemia de Sida, la cual es resultado de su propia tradición en salud pública (14). La salud pública en general, y la colombiana en particular, han sido criticadas por su falta de atención a las necesidades, conocimientos, experiencias e iniciativas de acción en las poblaciones, por su bajo poder de negociación y por su debilidad al inspeccionar, vigilar y controlar la ejecución de las políticas específicas[xi] de distribución gratuita de medicamentos (16).

En 2002, Vargas y cols. (57) señalaron que el nivel del gasto en VIH/Sida fue igual a 0,44% del gasto total en salud, a su vez equivalente al 10% del PIB. A pesar de ello, fue evidente la baja participación de la promoción y prevención, con pobre focalización de los esfuerzos de salud pública hacia grupos de riesgo: entonces se pensaba que existía una percepción general de avance de la epidemia. Así mismo, solamente el 2% del gasto personal en VIH/Sida —2 pesos de cada 100 en este rubro— fue destinado a la realización de pruebas diagnósticas. En cuanto al gasto en información, educación y comunicación (IEC), investigación, desarrollo e innovación (IDI), y vigilancia epidemiológica, se tuvieron 6 pesos de cada 100 correspondientes al rubro de gastos en salud pública (a su vez, el 10% del gasto total en VIH/Sida).

El Plan Nacional de Respuesta al VIH y Sida 2008-2011, diseñado por el Ministerio de la Protección Social y Onusida (82), focalizó sus esfuerzos hacia grupos de reconocida vulnerabilidad, los cuales son tema del presente capítulo.

xi Cabe mencionar que el POS, en cualquier régimen de afiliación al SGSSS, establece —sobre el papel— el carácter gratuito de acciones tales como diagnóstico presuntivo y confirmatorio, atención multidisciplinaria, tratamiento de infecciones oportunistas, TAR, hospitalización, entre otros.

5.1 HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH)

Las guías de prevención de VIH/Sida relativas a HSH elaboradas por encargo de MPS al UNFPA mediante convenio de cooperación (7) señalan que existe actualmente una epidemia de VIH/Sida concentrada en los HSH, sin desconocer el hecho de que otros grupos también han sido afectados en gran medida; en América Latina, la prevalencia de VIH/Sida en HSH es superior al 5%, lo cual quiere decir que esta población presenta un riesgo 33 veces mayor de infectarse por VIH/Sida respecto de la población general (83). Una condición relacionada con este grupo es la abundancia de acciones de discriminación, estigmatización y rechazo dirigidas hacia ellos: el sexo y otras formas de contacto íntimo entre hombres acarrean duras consecuencias sociales que empujan a sus practicantes al secreto y al anonimato. Estas situaciones no solamente contribuyen a alimentar la epidemia de VIH/Sida, sino también la presencia de otras ITS y enfermedades, predominantemente de salud mental (7). Diversos sistemas sociales —el de salud es uno de ellos— pueden convertir el estigma cultural en una barrera para el acceso a sus servicios. En este sentido, Luque (84) comenta en su tesis de Maestría en Bioética que:

> (…) el discurso político pudiera ampliarse a concientizar a los mismos miembros de la comunidad homosexual acerca del daño social que genera la homofobia, pero también es cierto que el Sida es uno de los mayores problemas de salud que afrontan las comunidades homosexuales y que si las personas, como consecuencia de un particular estado de salud, ven vulnerados sus derechos, o la enfermedad tiene que ocultarse, las personas rehuirán los servicios de salud o negarán para sí los mensajes preventivos, actitud que en el caso del Sida contribuirá a que la epidemia permanezca oculta.

En investigaciones realizadas acerca de las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina realizadas en 2004, González (62) encontró que un 37,6% de las mujeres y un 34,7% de los hombres la consideraba una orientación sexual aceptable y respetable; para el resto de los encuestados, la homosexualidad masculina fue considerada un comportamiento de tipo anormal, en comparación con la homosexualidad femenina. Las preferencias sexuales de los encuestados tienden a enmarcarse en la orientación heterosexual (66,8%), seguida por la homosexual masculina (16,6%), femenina (10%) y, por último, la de tipo bisexual (6,6%).

Rodríguez y cols. (85) realizaron un estudio en el que participaron 336 HSH ubicados en sitios de la ciudad de Bucaramanga frecuentados por ellos y en la cárcel de la misma ciudad, el cual mostró una prevalencia de infección por VIH del 11%, muy similar a la descrita en reportes de otras ciudades como Bogotá (10%) y Villavicencio (19%). Los datos de prevalencia reportados por el estudio en HSH del MPS & UNFPA (45) oscilaban entre 5,6% y 24,1% (tabla 11). Resulta aún más preocupante la confirmación de que la infección con VIH en HSH se asocia con una condición de bajos y medianos ingresos.

5.2 MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES (MTS)

Colombia carece de un censo de MTS que se desempeñan en establecimientos o en la calle, a pesar de que esta población sea víctima de todo tipo de vejámenes y violaciones de derechos provenientes de actores tan dispares como sus parejas, sus familias, miembros de la sociedad en general y, en algunos casos, de actores legales como la fuerza policial (55). Cabe destacar que existen diferentes situaciones propias del contexto local que refuerzan tales entornos negativos: a) desplazamiento forzado; b) pobreza extrema; c) acceso dispar a la educación; d) violencia basada en género; e) desconocimiento de sus necesidades particulares; y f) imposibilidad de acceso a otros mercados laborales, entre otros. En este último punto, un estudio ejecutado por UNFPA y la Fundación Henry Ardilla en 2007 (86) mostró que hasta el 53% de las MTS puede ser discriminado laboralmente en algún momento de su vida.

El MPS y el UNFPA realizaron un estudio en 2008 para determinar la magnitud de la epidemia de VIH en MTS y algunos comportamientos sexuales asociados a ella en cuatro ciudades del país (48, 54). El estudio mostró que las MTS participantes tenían edades que se encuentran alrededor de los 30 años, eran madres solteras de 2 a 3 hijos, eran sexualmente activas desde los 15 años, vivían en condición de MTS desde los 21 años, tenían alrededor de dos clientes por día, su nivel educativo era en su mayoría de educación básica o secundaria, tenían un ingreso mensual equivalente a USD$ 450 (cerca de COP$ 900 mil, o el equivalente aproximado a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes), y vivían en un estrato socioeconómico 1 a 2. Desde la perspectiva de salud, las MTS están afiliadas al régimen subsidiado, presentan malestares físicos y emocionales, planifican con condón pagado por ellas mismas en farmacias, están informadas de manera general sobre VIH/Sida pero participan poco en actividades específicas de educación —mayoritariamente brindadas por el hospital o el centro de salud—, y acuden en un 50% de los casos a una citología cervical.

5.3 PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD (PPL)

Si se tienen en cuenta situaciones como el hacinamiento, las prácticas sexuales sin medidas preventivas, el consumo de drogas, la realización de tatuajes y perforaciones, la violencia con armas corto-punzantes, el maltrato y la discriminación proveniente de distintos tipos de actores, el abuso sexual y el ejercicio de distintas formas de violencia física y psicológica, se puede concebir a las prisiones como entornos donde las PPL son vulnerables a la infección por VIH/Sida. De igual manera, se reconoce su acceso limitado a medidas de prevención como la información y a productos como condones, lubricantes, jeringas y agujas (61).

Colombia no cuenta con estadísticas de prevalencia de VIH que integren el total de la población carcelaria, ni del estado de salud de las PVVS o el tipo de atención que reciben. En una investigación realizada en Bogotá en el año 2005 por la Defensoría del Pueblo (87) se encontró un lamentable estado de atención para las PPL, en particular aquellas PVVS. Entre las recomendaciones dadas por la Defensoría al INPEC y al MPS, se contaba el fortalecer:

> (…) las campañas de promoción, prevención, conservación y educación en salud personal, particularmente sobre higiene, orientación psicológica, salud mental, educación sexual, alcoholismo, enfermedades en general, especialmente las de transmisión sexual y el Sida, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades, etc., según lo establecido por el Plan de Atención Básica.

5.4 PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE (PHC)

Las PHC (5A) son hombres y mujeres, menores y mayores de edad, cuyas condiciones socioeconómicas —y en algunos casos de salud mental— los han forzado a vivir su cotidianidad en el espacio arquitectónico urbano, el cual no cumple los requerimientos mínimos necesarios para ser considerado un lugar de habitación que posea condiciones aceptables para el bienestar y la calidad de vida de un ser humano. Siendo la permanencia en la calle intermitente o permanente, las PHC crean su propio esquema cultural y sus propias relaciones personales y sociales —micro y macro grupales—.

Para el caso específico del VIH/Sida, la vulnerabilidad de este grupo poblacional está dada por la existencia de ritos de iniciación que pueden incluir relaciones sexuales penetrativas desprotegidas y múltiples, presencia de índices importantes de ITS, carencia de servicios de salud y de acceso al SGSSS, libertad absoluta de comportamientos sexuales, valores propios, visión a muy corto plazo y drogadicción —tornándolos en UDI— (63).

Un estudio del Ministerio de la Protección Social & UNFPA en PHC de Bucaramanga y Barranquilla publicado en 2011 (88), reportó que el ejercicio de la sexualidad está mediado por la confianza en la salud de la pareja o por la "evaluación" superficial de su aspecto físico, en busca de señales de deterioro; estas condiciones dificultan el ejercicio de medidas preventivas tales como el uso de condones. En relación con el contexto social, las PHC asignaron mayor riesgo a la población LGTB, dado que asumían que tal población presentaba una tendencia a tener diferentes parejas y a ejercer menor cuidado personal.

5.5 USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS (UDI)

La inyección de drogas es uno de los medios más efectivos para la transmisión por vía sanguínea del VIH/Sida y de otras enfermedades (63). Por esta razón, tal acción se constituye en un catalizador para el aumento dramático de las epidemias en un número creciente de países, con niveles de desarrollo y culturas disímiles: desde 1998, más de 80 países en el mundo han reportado epidemias de VIH asociadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) por vía inyectada. Una persona inyectora presenta un riesgo muy alto de haber entrado en contacto con infecciones de transmisión sanguínea, además de presentar niveles de actividad sexual similares —iguales o incluso superiores a los del resto de la población—, en los cuales las conductas sexuales de riesgo son muy comunes.

Desde el punto de vista epidemiológico, la expansión del VIH/Sida ocurre a partir de diferentes epidemias que se conjugan. Las investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en Colombia muestran que el consumo de heroína, así como el de sustancias inyectadas, ha aumentado en los últimos años, razón por la cual se requiere una mayor generación de datos sobre el tema; sin embargo, no ha sido posible la unión de esfuerzos de seguimiento y vigilancia por parte de las autoridades judiciales y sanitarias (89). En un estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y UNDOC

durante el año 2010 se encontró que la prevalencia de VIH en usuarios de drogas intravenosas en las ciudades de Medellín fue de 3,8% y Pereira 1,9%.

Una reciente investigación del Ministerio de la Protección Social en convenio de cooperación con el UNFPA en grupos CODAR presentada en 2011 (90) destacó como una amenaza importante a la salud pública la expansión del consumo de drogas intravenosas (heroína), especialmente en grupos de desempleados, mendigos y recicladores. Dicho consumo —realizado bajo casi total ausencia de medidas higiénicas—, asociado con relaciones sexuales sin precaución, multiplica el riesgo de ITS —entre ellas el VIH/Sida—.

5.6 JÓVENES DESPLAZADOS POR EL CONFLICTO ARMADO (JD)

El estudio de factores de riesgo para el VIH en población adolescente ha aumentado significativamente, al menos en los últimos 15 años (91). Esta población, especialmente aquellos que son JD, ha sido identificada como grupo de riesgo para contraer la infección, en particular por su exposición a una gran cantidad de factores tales como la práctica de relaciones sexuales sin preservativo y la presencia de conocimientos inadecuados frente a la infección por VIH/Sida. La mayoría de adolescentes afirma que recibe información sobre la enfermedad a través de la familia, la televisión y la escuela. Adicionalmente, se ha encontrado que los adolescentes colombianos mantienen algunas falencias conceptuales referidas a la prevención del VIH/Sida, a pesar de haber recibido información en alguna ocasión (19;23). Los datos encontrados generan preocupación puesto que, a pesar de que los adolescentes de mayor edad tienen una vida sexual más activa, el inicio de las relaciones sexuales se presenta a una edad cada vez más temprana, lo cual implica que los adolescentes entre 10 y 12 años también se encuentran en alto riesgo de contraer una infección por VIH (23).

5.7 PERSONAS DESMOVILIZADAS DE LOS GRUPOS ARMADOS ORGANIZADOS AL MARGEN DE LA LEY (DESM)[xii]

Los Principios de Ciudad del Cabo (6A) definieron en 1997 al niño soldado como toda persona menor de 18 años de edad, integrante de cualquier fuerza armada regular o irregular, reclutada voluntaria o forzosamente, que desempeña cualquier capacidad independiente del porte de armas; también incluyeron a las niñas reclutadas con fines sexuales y matrimonios forzados. Aunque tales principios surgieron como respuesta a las guerras tribales en Ruanda y otros puntos del continente africano, Unicef los ha aplicado a todos los lugares que se encuentran en conflicto armado, en los cuales se presente esta situación particular.

Entre los factores de vulnerabilidad que ponen en mayor riesgo de infección por VIH a los DESM figuran: a) haber sido secuestrados o reclutados a la fuerza; b) haber sido impulsados a unirse a estos grupos bajo presiones del entorno mediadas por pobreza, maltrato, discriminación u otros factores; c) escaso o nulo acceso a medidas preventivas frente a las ITS y el VIH; d) violación de los derechos sexuales y reproductivos.

Los fenómenos epidemiológicos relacionados con los DESM han sido poco estudiados y aún no se conocen sus implicaciones, dado que esta población está conformada por personas que enfrentarían prejuicios, estigmatización, rechazo, persecución y agresiones provenientes de la sociedad, de los grupos armados, de sus ex compañeros y del propio Sistema de Protección Social, lo cual incrementa en ellas la posibilidad de desarrollar conductas (auto) destructivas en caso de convertirse en PVVS.

En 2000, Carballo y cols. (92) describieron las implicaciones presentadas cuando los DESM se convierten en PVVS. La planeación y ejecución de una desmovilización requiere consideraciones cuidadosas acerca de las personas que serán desmovilizadas y reintegradas, la forma en que serán informadas, desarmadas, dadas de baja y reinsertadas en la sociedad civil, el tipo de beneficios y servicios que les serán ofrecidos a corto y largo plazo, y las agencias —nacionales o internacionales— que se harán cargo de cada componente del proceso.

xii República de Colombia – Congreso Nacional. Ley por la cual se dictan disposiciones de justicia transicional que garanticen verdad, justicia y reparación a las víctimas de desmovilizados de grupos organizados al margen de la ley, se conceden beneficios jurídicos y se dictan otras disposiciones. Ley 1424 de 2010 (diciembre 29).

En Colombia, Unicef y el ICBF ayudaron a más de 2.500 niños, niñas y adolescentes desmovilizados, proporcionándoles cuidado sanitario y psicosocial, educación, soporte jurídico y preparación para la reintegración familiar y comunitaria; Sin embargo, no se cuenta con un reporte acerca de la cantidad de ellos que se haya convertido en PVVS. Por otra parte, en 2004 se estimaban en 14.000 los niños y niñas combatientes en los diferentes grupos armados ilegales en Colombia.

Durante 2009, Berbessi y cols. (93) realizaron un trabajo investigativo en el que participaron 323 DESM del Bajo Cauca con edades entre 18 y 52 años, una razón de masculinidad de 3:1, escolaridad de 5,9 años en promedio y afiliación al régimen subsidiado en un 73%. En dicho estudio, el 65% de los participantes manifestó conocer todo lo necesario sobre VIH/Sida; la seroprevalencia de VIH/Sida en este grupo fue de 0,62% (frente a 0,58% de la comunidad en la zona). Los investigadores recomendaron enfatizar en la importancia de la asesoría en diagnóstico, realización de pruebas y atención por parte de las instituciones de salud, señalando la responsabilidad que debe tener cada persona respecto de su autocuidado, el uso de medidas preventivas y los riesgos derivados del consumo de sustancias alucinógenas.

El Plan de Respuesta a VIH/Sida 2008-2011 reconoció a las DESM como uno de los grupos vulnerables. Unicef (7A) avisó en su momento del reto que implican los DESM frente a los ODM:

> No proteger a los niños y niñas contra su utilización por grupos armados pone trabas al menos a tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la educación primaria universal (ODM 2), dado que los niños soldado a menudo no van a la escuela; la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4) puesto que los niños involucrados en conflictos armados no tienen acceso a la atención sanitaria y están expuestos a situaciones que ponen en peligro sus vidas; y la lucha contra el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6), ya que los niños y niñas que están en grupos armados son objeto de abusos sexuales y explotación.

6. CONCLUSIONES

6.1 SITUACIÓN NACIONAL

La epidemia de VIH/Sida parece haberse estabilizado a nivel mundial, con la excepción de áreas como Europa Oriental y Asia, en las cuales se presenta una tasa elevada y persistente de nuevas infecciones. Otros motivos de preocupación relacionados con este son el nuevo incremento de casos entre HSH y por transmisión madre-hijo.

La epidemia de VIH/Sida en Colombia —y en el resto de Suramérica— está concentrada en grupos en contextos de vulnerabilidad (3-5) y, a pesar de que se ha presentado una importante inversión en salud —representada en personal, instalaciones, medicamentos y condones—, la situación de VIH/Sida persiste (57), con una tendencia ascendente de infección. En comparación con la evolución mundial de la epidemia, Colombia—y en general toda América Latina— necesita mejorar las intervenciones para reducir nuevas infecciones, aumentar el acceso al diagnóstico oportuno y, por ende, reducir las muertes relacionadas con Sida. Pese a los esfuerzos gubernamentales y comunitarios, se evidencian dificultades para llevar la normativa (entendida como el conjunto de políticas, planes y programas) a la práctica; esto se refleja tanto en la variedad y cantidad de indicadores como en la dificultad para superar el subregistro de conductas de riesgo y de eventos.

Una revisión de literatura sobre economía en salud (94) mostró que la mayoría de las medidas preventivas reportadas son altamente costo-efectivas, superando a medidas e intervenciones tales como TAR. La revisión sugiere que se necesitan más estudios en contextos latinoamericanos que apoyen el fortalecimiento y seguimiento de políticas de salud en áreas críticas como la vigilancia epidemiológica o la educación sexual escolar, así como la mayoría de las intervenciones en servicios e infraestructura sanitaria.

Es evidente que en Colombia existe un subregistro de casos con discrepancias de información proveniente de diferentes fuentes (por ejemplo vigilancia epidemiológica, vigilancia por laboratorio, estimaciones por modelos), así como debilidad del sistema de vigilancia epidemiológica. Se pretende mejorar la notificación mediante la implementación de la ficha única de notificación del evento de VIH/Sida y muerte por Sida desde el año 2006 (mediante la expedición del decreto 3518 de 2006) y de resultados de laboratorio (decreto 2323 de 2006). Adicionalmente, los estudios de prevalencia —tanto

en mujeres gestantes como en poblaciones en contextos de vulnerabilidad— dirigidos, financiados y orientados por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de alimentar de forma más rigurosa los programas de estimación estadística (*Spectrum, EPP*) y los estudios posteriores que se realicen a través de la propuesta nacional aprobada por el Fondo Global de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria, permitirán un mayor acercamiento a la realidad de la epidemia en el país.

A partir de la literatura revisada sobre del VIH/Sida, se puede sostener que los esfuerzos realizados en el período 1983-2010 se han enfocado hacia algunas características o situaciones específicas: a) comportamiento epidemiológico; b) diagnóstico y pruebas de VIH; c) conocimientos, actitudes y prácticas; d) uso del condón; e) grupos en contextos de vulnerabilidad; y f) coinfecciones. Históricamente, la respuesta al VIH/Sida se basó primero en programas de salud pública que apuntaron a la conformación de líneas telefónicas y a la educación de pares a través de proyectos dirigidos a jóvenes escolarizados, peluqueros, universidades, entre otros; luego se enfocó en el tratamiento farmacológico, para posteriormente emplear formas de diagnóstico cada vez más refinadas, tanto en lo operativo como en las implicaciones legales. Por último, se ha dirigido hacia diversas formas de prevención, atención y apoyo encaminadas hacia grupos en contextos de vulnerabilidad.

A pesar de las consideraciones que cualquier persona puede tener acerca del riesgo, la revisión del material aquí referenciado deja absolutamente claro que los estudios y esfuerzos de las diversas instituciones se han enfocado especialmente en dos grupos de población vulnerable: HSH y MTS. Por consiguiente, es necesaria la generación de un mayor número de investigaciones y programas basados en la caracterización de los grupos vulnerables identificados, —por ejemplo, a través del establecimiento de la prevalencia de VIH/Sida y la coexistencia de la condición con otras ITS u otras enfermedades (como TB)—. Así mismo, se requiere ampliar y dar sostenibilidad a los estudios que se han realizado para establecer condiciones tales como discriminación, CAP, atención en salud, y coinfección de VIH/Sida con otras enfermedades. Igualmente, es necesario ampliar la respuesta al VIH/Sida para considerar aspectos de vulnerabilidad en mujeres gestantes y personas que han recibido múltiples transfusiones sanguíneas.

Adicionalmente, se requieren estudios con métodos cuantitativos duros acerca del costo-efectividad de diversas actividades preventivas e intervenciones de control farmacológico, o acerca del costo del VIH/Sida para la Nación a través del tiempo; han sido publicados apenas dos estudios sobre el tema, uno realizado en 2003 que indaga sobre cuentas nacionales en salud —incluyendo VIH/Sida—, y el otro realizado por Avisa en 2008.

La diversidad de tipos de contratación en Colombia ha sido una de las causas de la inestabilidad del recurso humano de atención en salud, lo que se constituye en una barrera para el seguimiento, control y apoyo a la adherencia de las PVVS bajo TAR. De hecho, autores como Rodríguez (81) han citado problemas administrativos y factores de tipo socioeconómico y cultural que a su vez han causado fallas de suministro o total interrupción de la TAR. Además, la atención, el apoyo y el tratamiento a las PVVS se han visto afectados por la falta de oportunidad, completitud y fiabilidad de los datos sobre salud, así como por los fenómenos de corrupción y negligencia de diversas instituciones del sector salud (10, 14).

Por lo anterior, asumir la epidemia del VIH/Sida requiere examinar la situación desde sus consecuencias para la salud, la calidad de vida y la dimensión social de las personas —entre otros factores—, observando detrás de la situación particular de cada uno de los servicios de salud en Colombia, así como de los intereses creados alrededor de esta condición —por ejemplo, medicamentos— (71). En este sentido, existe la necesidad de reforzar estrategias educativas que generen cambios de actitud y de comportamiento en la persona y en su comunidad (95); esta es una responsabilidad ética que se encuentra en cabeza de quienes generan políticas en salud pública, de quienes educan e investigan en las universidades, y de quienes atienden personas/usuarios en hospitales y consultorios. En consecuencia, esta responsabilidad está orientada hacia la promoción y la prevención, de tal forma que permita interiorizar cambios de actitud y de comportamiento que incidan en el autocuidado, la autoestima, la valoración de la vida y el respeto por el otro. Este enfoque permitiría rescatar técnicas de otras áreas de la medicina —que normalmente son usadas en cuidado paliativo— y ponerlas en el terreno de las PVVS *hacia una mejor calidad de vida y bienestar*: cuidado físico, atención y apoyo psicológicos, y acompañamiento social y espiritual (95).

A raíz de su condición, las PVVS han encarado otro problema: discriminación y exclusión social. Diversas teorías biomédicas y ecosociales han sido formuladas con el fin de comprender la propagación y permanencia de la enfermedad; sin embargo, es claro que el género es una variable de obligatoria consideración, particularmente debido a la predisposición anatómica y biológica de la mujer y a factores relacionados con la inequidad en el acceso o distribución de recursos sociales y económicos: violencia basada en género (VBG), trabajo sexual, pobreza, pérdida de autoestima y de empoderamiento.

No obstante, las mujeres no son las únicas personas en riesgo. Ser joven también incrementa la posibilidad de contraer la enfermedad. Otras variables relacionadas son los estilos de relaciones sexuales, el uso de drogas intravenosas, el trabajo sexual y las ITS. Algunos autores alegan que la pandemia de VIH/Sida debe abordarse con perspectiva de género, con el fin de evitar que las mujeres sean las más afectadas —disminuyendo adicionalmente la probabilidad de transmisión madre-hijo— (96). Indiscutiblemente, la prevención del VIH/Sida debe incluir aspectos físicos, sociales, organizacionales, comunitarios, económicos, legales y políticos, ya que esta problemática presenta factores estructurales asociados con la probabilidad de transmisión.

6.2 COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA

Los diferentes datos y estudios presentados muestran un aumento del número de casos notificados de VIH/Sida —tanto en hombres como en mujeres—, especialmente en los últimos cinco años, con una razón de masculinidad que se aproxima paulatinamente a la paridad. Si bien la prevalencia de infección en mujeres gestantes alcanza un 0,22%, existen dificultades para captar al total de las gestantes en los servicios de salud y para realizar el seguimiento adecuado de todos los recién nacidos, lo cual genera la presencia de reportes tardíos de niños infectados. No obstante, mediante la estrategia de reducción de la transmisión materno-infantil ha sido posible disminuir el número de casos de niños infectados sobre el total de expuestos. Así mismo, la estrategia también ha servido para promover cambios de actitud y de conducta de las mujeres en sus propias relaciones sexuales, y frente a la reducción del estigma que puede significar el "hacerse la prueba". En cualquier caso, es necesario continuar y fortalecer las acciones orientadas al mejoramiento de la atención integral de las personas afectadas por VIH/Sida, de conformidad con los lineamientos del Modelo de Gestión Programática y de la Guía de Atención Integral, adoptada por la resolución 3442 de 2006.

La carga de la enfermedad es mayor en personas del grupo de 30 a 44 años, seguido por el grupo de 15 a 29 años, debido a que estas son edades críticas en las que ocurre la mayor productividad individual y muchas situaciones estudiadas por la demografía (médica), tales como el matrimonio o la convivencia en pareja, la fertilidad, la fundación y desarrollo de las familias, la supervisión escolar y el acompañamiento universitario, entre otros.

La notificación y presencia de mayor número de casos en las áreas más pobladas del país esconden la incidencia del VIH/Sida en el resto del territorio nacional, precisamente en lugares en los que la capacidad de los servicios de salud de los respectivos gobiernos locales o de diversas organizaciones no gubernamentales es menor. Dada la relativamente reciente implementación del cambio en los sistemas de notificación de casos de morbilidad y mortalidad por VIH/Sida, aún resulta prematuro abordar conclusiones acerca de su impacto. Evitar el subregistro y mejorar la calidad y fiabilidad del dato requerirá un esfuerzo activo y decidido de fortalecimiento institucional y técnico/científico a todos los niveles.

Aunque la visión general desde diversos estamentos consiste en que la epidemia ha tenido diferentes dinámicas a lo largo de los años, el sustrato básico para su génesis es persistente: pobreza, bajo nivel educativo, factores culturales regionales, creencias y prácticas erróneas; finalmente, se presenta la estigmatización de las PVVS. Todo esto debe motivar el surgimiento de un nuevo enfoque de las acciones preventivas y de atención y apoyo en los años venideros.

Con base en los estudios realizados en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, los programas de salud deben considerar la reflexión y la dirección de los esfuerzos para mejorar la relación de pareja, la percepción de vulnerabilidad para contraer VIH/Sida, estudiar las orientaciones sexuales y la planificación en pareja, la autoestima y la supresión de la violencia intrafamiliar, con el fin de desarrollar técnicas de negociación y comunicación que incrementen el uso del condón y el establecimiento de relaciones sexuales con protección y sin riesgo (18) en cualquier grupo poblacional.

Desde la economía en salud, Alvis (97) propuso las siguientes acciones: a) avanzar en la implementación de estudios CAP; b) proseguir con la caracterización y monitoreo de la epidemia; c) controlar el subregistro de VIH/Sida; d) determinar la carga de la enfermedad y la costo-efectividad de acciones preventivas, diagnósticas y de tratamiento; y e) actualizar periódicamente los datos de tiempo de vida potencialmente perdido/ganado por VIH/Sida o por acciones preventivas y de tratamiento.

Desde la seguridad transfusional, se requieren estrategias de educación a la comunidad, donación voluntaria y habitual, y selección adecuada del donante, así como el fortalecimiento de la vigilancia a eventos adversos asociados con la transfusión de sangre —o hemovigilancia— y, principalmente, la confirmación serológica de los donantes cuyas muestras resulten doblemente reactivas (13).

Desde la salud ocupacional, es necesario establecer la rutina de evaluación, control y prevención de accidentes de trabajo y de infecciones asociadas a la práctica médica y odontológica, al igual que el manejo integral de la persona, dentro de un esquema que incorpore al equipo de salud y garantice una mejor atención y calidad de vida, no solo para las PVVS sino para todas las personas (40).

6.3 MORTALIDAD POR VIH/SIDA

Aunque existe una aceptable cobertura de TAR para las PVVS, en Colombia no se ha presentado una reducción de las muertes por VIH/Sida. Una causa importante es el diagnóstico tardío de los casos nuevos. La conclusión es directa y en un solo sentido: los datos de mortalidad sugieren que aún no se presenta un impacto o cambio sobre las tendencias del VIH/Sida generado por la Política de SSR, por las diferentes campañas de promoción y prevención realizadas desde todos los niveles, por la inclusión de la TAR en el POS, o por los planes emanados del MSPS o de otras agencias en los últimos treinta años. Las recomendaciones dadas por Alvis y cols (41, 47) son totalmente vigentes en la actualidad:

- Implementar programas de investigación del perfil CAP para hacer que las acciones de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento sean más efectivas.
- Monitorizar la epidemia para el control del subregistro.
- Medir la efectividad y los costos económicos de los programas contra VIH/Sida en los entornos nacional y local.
- Estimar periódicamente el costo económico del VIH/Sida.

6.4 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La población en general, y los grupos en contextos de vulnerabilidad en particular, tienen un conocimiento más o menos generalizado acerca del VIH/Sida que resulta fragmentario, alimentado con información parcial y manifiesto en prácticas que, en definitiva, son inseguras; adicionalmente, está acompañado de un desconocimiento o incomprensión acerca del funcionamiento del SGSSS y de los propios derechos y deberes que este enmarca. Esta situación pone de relieve que, aunque la comunidad pueda tener acceso a los servicios de salud, no encuentra en ellos el suficiente soporte técnico, científico y humanitario. La situación es más difícil si se añaden factores relacionados con la TAR, con el acceso a pruebas de laboratorio o con la negación de servicios de salud —especialmente a PVVS—, que bordean el 30% de los casos. Esta cifra no toma en cuenta la discriminación laboral y la pérdida de empleos que sufren las personas de grupos en contextos de vulnerabilidad, o las que sufren las PVVS, llegando a afectar a una de cada dos personas.

Diversas fuentes (71, 95) han mencionado que los costos de la TAR y los intereses económicos desproporcionados de las multinacionales de la industria farmacéutica han hecho insostenible la situación para las PVVS. Además, se observa que: a) en tanto que las guías de atención[xiii] están basadas en los principios de la MBE, requieren actualización periódica, lo que lleva a pensar en mecanismos ágiles y participativos para tal fin; b) las guías son consensuadas por expertos locales, pero la mayoría de los estudios que las soportan se han realizado con base en literatura proveniente de países desarrollados; y c) la gran mayoría de las recomendaciones contenidas en las guías se tornan obsoletas en algunos aspectos, especialmente debido a las características socio-económicas de la población y a la vulnerabilidad exhibida por el SGSSS en los tiempos actuales (69, 71, 76, 80).

Las ciencias de salud —en particular la psicología (11, 67)— generan estrategias dirigidas a promover la adherencia a la TAR, con el fin de que: a) fortalezcan en los individuos (e incluso en familiares, médicos, etc.) la comprensión de la relación directa entre los comportamientos y las consecuencias para la salud; b) permitan el desarrollo de comportamientos y habilidades personales para manejar la enfermedad y adherirse al tratamiento; c) fortalezcan la autoeficacia de las personas como un aspecto importante para "tomar el control" de la enfermedad; y d) mejoren su calidad de vida.

xiii Resolución por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida o enfermedad renal crónica y las recomendaciones de los modelos de gestión programática en VIH/Sida y de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Resolución 3442 de 2006 (septiembre 22).

6.5 SITUACIÓN DE LOS GRUPOS EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Las Guías de Prevención del VIH/Sida, en su libro Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (7), sugieren que el estigma relacionado con ser HSH y su carácter particular de socialización en grupo y en secreto han dificultado la comprensión sobre su salud sexual, dificultando la realización de acciones para promover el sexo seguro y establecer confianza entre los HSH y el equipo de trabajo en salud. Los HSH —especialmente aquellos menores de 21 años— son el grupo poblacional que con más frecuencia asume comportamientos de riesgo, tales como sexo no protegido con múltiples compañeros sexuales; estos hallazgos son similares a los encontrados en la población general de jóvenes universitarios (85). Posada y cols. (98) identificaron escenarios de reunión en los cuales los HSH, buscando evitar estigmas y sanciones sociales, enfrentan un mayor riesgo de transmisión del VIH/Sida, por cuanto reducen su capacidad para protegerse: a) tabernas y afines (bares, discotecas y heladerías); b) baños turcos y saunas; c) vías públicas; d) parques; e) ciclovías; f) servicios sanitarios de centros comerciales; g) salas de cine porno; y h) cabinas de Internet. Todos estos escenarios están ubicados fuera del ámbito o apoyo que puede prestar un equipo de salud, y son más bien competencia de organismos de inspección, vigilancia y control, en diferentes ámbitos o sectores de la sociedad. En realidad, los intereses del mercado han favorecido la expansión de estos escenarios y una cierta apertura hacia la condición de HSH: el estudio de este fenómeno social en detalle puede dar pistas de la forma en la cual se puede encauzar el contenido, establecer la factibilidad y calcular la efectividad potencial de las políticas de salud pública dirigidas a intervenir la epidemia de VIH/Sida.

La condición de MTS es, tanto de *jure* como *de facto*, una profesión en diferentes países alrededor del mundo[xiv]. Sin embargo, las razones para la vulnerabilidad de las MTS en Colombia obedecen a una sinergia negativa de bajo nivel educativo, bajos ingresos, bastante responsabilidad familiar, y alta posibilidad o certeza de abuso y maltrato. Esta situación ha sido confirmada por autores como Alvis (47), Amaya (99) o Nigro (100). Alvis menciona que el hecho de tener más de un compañero sexual en un período de 60 días se asocia significativamente con el incremento de la infección por *Chlamydia tracomathis* y por *Neisseria gonorrhoeae*, lo cual equivale a una prevalencia de 5-10% de coinfección —a pesar incluso del conocimiento sobre el uso de condón—. Por lo tanto, los programas de promoción y prevención de ITS requieren atención y fortalecimiento.

xiv La sentencia T-629/2010 de la Corte Constitucional Colombiana reconoció los derechos laborales de una mujer trabajadora dedicada a la prostitución.

Amaya confirmó la percepción de las MTS en el Valle respecto al ejercicio de un trabajo indigno —en la frontera con lo ilegal—, en el cual enfermedad es igual a ausencia de trabajo —y, por lo tanto, de recursos financieros, en tanto que no se cuenta con otra alternativa—, generándose así un ciclo de estigmatización de las MTS, obligando a profundizar y a buscar soluciones de cuidado (ligadas de forma típica pero no exclusiva a la enfermería como profesión de la salud) y de acceso a servicios de salud, de IEC (para autocuidado) y de salud mental (la cual es una esfera poco valorada). En Colombia, mediante el fallo de la sentencia T-629 de agosto de 2010, se reconocen los derechos laborales de una trabajadora dedicada a la prostitución:

> (…) habrá contrato de trabajo y así debe ser entendido, cuando él o la trabajadora sexual ha actuado bajo plena capacidad y voluntad, cuando no hay inducción ninguna a la prostitución, cuando las prestaciones sexuales y demás del servicio se desarrollen bajo condiciones de dignidad y libertad para el trabajador y, por supuesto, cuando exista subordinación limitada por las características de la prestación, continuidad y pago de una remuneración previamente definida.

La OMS —a través de las guías para la atención de las PPL con VIH/Sida (101) publicadas originalmente en 1993 y reeditadas en 1999— y la Asociación Médica Mundial —a través de la Declaración de Edimburgo (102)—, establecieron que

> (…) la manera más eficaz y eficiente de disminuir la transmisión de enfermedades es mejorar el ambiente carcelario y fijar como primer objetivo la sobrepoblación, para la aplicación de medidas urgentes". Además: "otras afecciones como la hepatitis C y el VIH (…) presentan riesgos de transmisión, (…) y las condiciones en las cárceles sobrepobladas también facilitan la propagación de las enfermedades transmitidas sexualmente (...).

Esta Declaración estableció una serie de medidas necesarias, que se resumen aquí:

- Proteger los derechos de los presos, con independencia de su estado infeccioso.
- Asegurar que las condiciones de sindicados y condenados no contribuyan al desarrollo, agravamiento o transmisión de enfermedades.
- Asegurar que no se presenten casos de presos que no tengan acceso adecuado a la atención médica.

- Controlar la salud del recluso dentro de las 12 horas siguientes a su traslado.
- Proveer tratamiento de seguimiento para las enfermedades infecto-contagiosas que padezca el exconvicto.
- Los médicos que prestan sus servicios en prisiones están obligados a comunicar deficiencias de la atención o riesgo epidémico en las instalaciones en que laboran.
- Toda asociación miembro (para este caso, la Federación Médica Colombiana) debe tratar los asuntos anteriores con los gobiernos nacional y local respectivos.

Las condiciones de otros grupos en contextos de vulnerabilidad (PPL, PHC, UDI) señalan claramente la necesidad de establecer una caracterización completa de ellos, la cual resulta difícil debido a su naturaleza, a sus condiciones de vida y a los riesgos personales que enfrentan. Pero de forma aún más importante, debe existir una profunda reflexión por parte de los diferentes organismos —gubernamentales o no— acerca de los f*actores de vulnerabilidad* a que están expuestas las poblaciones más afectadas, así como sobre la forma en que se pueden reducir las condiciones de vulnerabilidad, el enfoque que debe darse a las acciones de promoción y prevención —para señalar a la población general las consecuencias de tal vulnerabilidad—, y las características que debe tener la respuesta organizada de la sociedad para tal fin.

REFERENCIAS CITADAS

(1) Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín epidemiológico, 1999, 20(1): 1-3.

(2) Pría, M. C.; Louro, I.; Fariñas, A. T.; Gómez, H. & Segredo, A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Revista cubana de medicina general integral, 2006, 22(3).

(3) ONUSIDA. Informe anual del ONUSIDA 2009: uniendo al mundo contra el Sida. Ginebra: ONUSIDA. 2009.

(4) ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/Sida. Ginebra: ONUSIDA. 1998.

(5) ONUSIDA. Situación de la epidemia de Sida: América Latina. Ginebra: ONUSIDA. 2007.

(6) Moreno, T. Casos de VIH/Sida en Colombia notificados al Sivigila, 2008. Informe quincenal epidemiológico nacional, 2009, 14(7): 97-108.

(7) Ministerio de la Protección Social/UNFPA. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2011.

(8) Departamento Administrativo Nacional de Estadística - Dirección de censos y demografía. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2007.

(9) Hoyos Orrego, A..; Massaro Ceballos, M.; Ospina Ospina, M.; Gómez Builes, C.; Vanegas Arroyave, N.; Tobón Pereira, J. y cols. Serological markers and risk factors for hepatitis B and C viruses in patients infected with human immunodeficiency virus. Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo, 2006, 48(6): 321-6.

(10) Murcia Aranguren, M.I.; Gómez Marín, J.E.; Alvarado, F.S.; Bustillo, J.G.; Gómez B. y cols. Frequency of tuberculous and non-tuberculous mycobacteria in HIV infected patients from Bogotá, Colombia. BMC Infectious Diseases, 2001, 1: 21.

(11) Varela, M.T.; Salazar, I.C. & Correa, D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/Sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta colombiana de Psicología, 2008, 11(2): 101-13.

(12) Beltrán, M.; Navas, M.C.; Arbeláez, M.P; Donado, J.; Jaramillo, S.; de la Hoz, F. y cols. Seroprevalence of hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection in a population of multiply-transfused patients in Colombia. Biomedica, 2009, 29(2): 232-43.

(13) Beltrán, M.; & Berrío, M.. Prevalencia de VIH en donantes de sangre, Colombia, 2007 a 2009. Informe quincenal epidemiológico nacional, 2010, 15(24): 369-84.

(14) Abadía, C. Políticas y sujetos del Sida en Brasil y Colombia. Revista Colombiana de Antropología, 2004, 40: 123-54.

(15) ONUSIDA/Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública. Infección por VIH y Sida en Colombia - Estado del Arte 2000-2005. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.

(16) Quevedo, M. C.; Pastrana, E. M.; Krumeich, A.; van den Borne, B. & Abadía, C.E. Machismo, desigualdad social y turismo sexual: acción frente a la epidemia del VIH/Sida basada en el diagnóstico colectivo. En Arrivillaga, M. & Useche, B. (Editores). Sida y sociedad. Bogotá: Ediciones Aurora. 2011, p. 171-207.

(17) Ministerio de la Protección Social. Informe UNGASS 2010 - Seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/Sida. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2010.

(18) Canaval, G. E.; Valencia, C. P.; Forero, L.; Guardela, N; Magaña, A. & Vargas, Y. Factores protectores y de riesgo para VIH/Sida en mujeres de Cali, Colombia. Ciencia y enfermería, 2005, XI(2): 23-33.

(19) Vera, L. M.; López, N.; Orozco, L.C. & Caicedo, P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta médica colombiana, 2001, 26(1): 16-23.

(20) Vera, L. M.; López, N.; Ariza, N.D.; Díaz, L.D.; Flórez, Y.; Franco, S.G. y cols. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/Sida en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colombia médica, 2005, 35(2): 62-8.

(21) López, N.; Vera, L.M. & Orozco, L.C. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. Colombia médica, 2001, 32(1): 32-40.

(22) Uribe, A.F; Vergara, T. & Barona, C. Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, 2009, 7(2): 1513-33.

(23) Uribe, A. F.; Orcasita, L.T. & Vergara, T. Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. Acta colombiana de psicología, 2010, 13(1): 11-24.

(24) Pérez, F. & Dabis, F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. AIDS care, 2003, 15(1): 77-87.

(25) Estrada, J. H. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/Sida. Acta Bioethica, 2006, 12(1): 91-100.

(26) Abadía, C. E.; Betancourt, F.; Pinilla, M. Y.; Ariza, K. & Ruiz, H. C. Derechos de los niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH/Sida en Colombia. 1a. ed. Bogotá: UNICEF. 2009.

(27) Acosta, N.; Peñaloza, R.E; & Rodríguez, J. Carga de enfermedad Colombia 2005: resultados alcanzados. Bogotá: CENDEX. 2008.

(28) Trejos, A. M.; Mosquera, M. & Tuesca, R. Niñez afectada con VIH/Sida: calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas. Salud UniNorte, 2009, 25(1): 17-32.

(29) Mantilla, G.; Espinosa, J.; González M., Segura O. Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2006. Informe quincenal epidemiológico nacional, 2006, 11(1): 1-8.

(30) García, R.; Prieto, F.; Arenas, C; Rincón, J.; Caicedo, S.. & Rey, G. Reduction of HIV mother-to-child transmission in Colombia, two years of experience, 2003-2005. Biomédica 2005, 25(4): 547-64.

(31) Lopera, M. M. & Bula, J. I. Impacto socioeconómico del VIH en las familias: fenómeno olvidado en la política de atención integral. En Arrivillaga, M. & Useche, B. (Editores). Sida y sociedad. Bogotá: Ediciones Aurora. 2011, p. 243-74.

(32) Estrada, J. H. & Vargas, L. El muestreo dirigido por los entrevistados (ME) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. Revista facultad nacional de salud pública, 2011, 28(3): 266-81.

(33) Díazgranados, C. A.; Álvarez, C. & Prada, G. Guía para el manejo de VIH/Sida basada en la evidencia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social/Fedesalud. 2005.

(34) Cáceres, F. M. & Orozco, L. C. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica, 2007, 27: 498-504.

(35) Arbeláez, M. P.; Arbeláez, A.; Gómez, R. D.; Rojas, C.; Vélez, L.; Arias, S.L. y cols. Effectiveness of prophylaxis against tuberculosis in patients infected with HIV. Biomédica, 2007, 27(4): 515-25.

(36) García, I.; Merchán, A.; Chaparro, P.E. & López, L. E. Overview of the HIV/tuberculosis coinfection in Bogotá, Colombia - 2001. Biomédica, 2004, 24, Supp 1: 132-7.

(37) Arciniegas, W. & Orjuela, D.L. Extrapulmonary tuberculosis: a review of 102 cases in Pereira, Colombia. Biomédica, 2006, 26(1): 71-80.

(38) Cruz, A. R.; Pillay, A.; Zuluaga, A. V.; Ramírez, L. G.; Duque, J.E.; Aristizabal, G.E. y cols. Secondary syphilis in Cali, Colombia: new concepts in disease pathogenesis. PLoS neglected tropical diseases, 2010, 4(5): e690.

(39) Flórez, A. C.; García, D. A.; Moncada, L. & Beltrán, M. Prevalence of microsporidia and other intestinal parasites in patients with HIV infection, Bogotá, 2001. Biomédica, 2003, 23(3): 274-82.

(40) Acosta, B. L. Atención a la persona con VIH/Sida: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia. Acta Bioethica, 2006, 12(1): 23-8.

(41) Alvis, N.; Correa, R. J. & Carcamo, A. AIDS mortality and its economic impact in Cartagena de Indias, Colombia, 1995-2000. Biomédica, 2002, 22(3): 303-18.

(42) Rodríguez, M. A.; Betancur, S.; Muñoz, A. M.; Quijano, M. A. & Zuleta, J. F. Mortalidad por el virus de la inmunodeficiencia humana en Colombia. Medicina UPB, 2006, 25(2): 147-58.

(43) Castañeda, O.; Gerónimo, N.; Reyes, Y.; Segura, O. & Morón, L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. Investigaciones Andina, 2009 ,11(19): 31-48.

(44) Eriksson, L.; Guarnizo, C.; Mejía, A. & Prieto, F. Salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida en jóvenes de 10 a 24 años de una ciudad receptora de población desplazada. Montería, Colombia, 2003. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones. 2004.

(45) Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Informe de resultados - Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciónes sexuales con hombres en siete ciudades colombianas usando el método de muestreo dirigido por entrevistados "respondent-driven sampling" (RDS) - 2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2011.

(46) Berbesi, D.Y.; Montoya, L.; Segura, A.M.; Mateu, P. & Montoya, L. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Universidad CES. 2011.

(47) Alvis, N.; Mattar, S.; García, J.; Conde, E. & Díaz, A. Infecciones de transmisión sexual en un grupo de alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia. Revista de salud pública, 2007, 9(1): 86-96.

(48) Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2008.

(49) Boshell, J.; Gacharna, M.G.; García, M.; Jaramillo, L.S.; Márquez, G.; Fergusson, M.M. y cols. AIDS in Colombia. Bulletin of the Panamerican Health Organization, 1989, 23(1-2): 24-9.

(50) Boshell, J. Sida y condón: la verdad. Biomédica, 1994, 14: 54-8.

(51) FEDESALUD. Estudio de seroprevalencia de VIH/Sida y de factores asociados mediante encuesta de vigilancia del comportamiento (EVC) en población de 15 a 49 años en el Departamento de Boyacá, 2009. Tunja: BUHOS Editores. 2011.

(52) Profamilia. Conocimiento del VIH/Sida y otras ITS. Formas de Prevención. Bogotá: Profamilia. 2010, p. 305-60.

(53) Girón, S. L. & Mateus, J. C. Prevalencia de comportamientos de riesgo frente a VIH/Sida en jóvenes de 15-24 años del Valle del Cauca. Cali: Fundación FES Social. 2007.

(54) Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Protocolo del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogotá: 2008.

(55) Ministerio de la Protección Social/UNFPA. Mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2011.

(56) Rueda, M. – Profamilia. Estrategias de prevención en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Bogotá: 2011.

(57) Vargas, L. E.; Sáenz, R. & Rossi, F. Cuentas nacionales en VIH/Sida Colombia 1999-2000-2001. Bogotá: FUNSALUD, SIDALAC, ONUSIDA, Ministerio de Salud. 2003.

(58) Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2010.

(59) Profamilia. Conocimiento del VIH/Sida y otras ITS y formas de prevención. Encuesta Nacional de Salud 2005. Bogotá: la Asociación. 2005, p. 287-312.

(60) Segura, O. ¿Fracasaron la consejería preconcepcional y el control prenatal? Una mirada desde las estadísticas vitales en Bogotá (Colombia), 2009-2010. Investigaciones Andina, 2011, 22(13): 136-49.

(61) Ministerio de la Protección Social/UNFPA. Población privada de la libertad. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2011.

(62) González, F. G. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. Acta Colombiana de Psicología, 2004, 12: 59-68.

(63) Mejía, I. E. & Pérez, A. La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente. Adicciones, 2005, 17(3): 251-60.

(64) Amado, M. A.; Vega, B. R.; Jiménez, M.C. & Piña, J.A. Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. Acta colombiana de psicología, 2007, 10(2): 143-51.

(65) Simbaqueba, J.; Pantoja, C. P.; Castiblanco, B. & Ávila, C. Resultados del índice de estigma en personas que viven con VIH en Colombia - informe final. Bogotá: RECOLVIH. 2010.

(66) Health Alliance International. Seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH, 2003-2009. Bogotá: Health Alliance International. 2010.

(67) Arrivillaga, M. & Useche, B. Adherencia terapéutica y VIH/Sida desde el enfoque de la determinación social de la salud: reto conceptual e implicaciones metodológicas. En Arrivillaga, M. & Useche, B. (Editores). Sida y sociedad. Bogotá: Ediciones Aurora. 2011, p. 87-116.

(68) Mesones, J. L.; Andrade, L.; Chávez, V. M. & González, S. C. Manual de manejo de antirretrovirales y reacciones adversas para el médico de atención integral de las personas viviendo con el VIH/Sida. Lima, Ministerio de Salud del Perú Dirección General de Salud de las Personas: 2006, pp.: 19-20.

(69) Naglés, J.; Lopera, A. J.; Donado, J. H.; Arbeláez, M. P.; Betancur, J.; Vélez, J. A. y cols. Factores asociados con el resultado virológico de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART) en 340 pacientes naive, Medellín, Colombia, 1997-2000. Medicina UPB, 2007, 26(2): 109-25.

(70) Estrada, S. Terapia antirretroviral contra el virus de la inmunodeficiencia humana HIV - Vacunas. En: Velásquez, G. & Gómez, R.D. (Editores). Sida-enfoque integral. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 1992, p. 96-9.

(71) Rossi, F. Medicamentos para el VIH y el Sida: hablamos de salud o hablamos de negocios. En: Arrivillaga, M. & Useche, B. (Editores). Sida y sociedad. Bogotá: Ediciones Aurora. 2011, p. 45-85.

(72) Cázares, O.; Piña, J. A. & Sánchez, J. J. Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección. Avances en psicología latinoamericana, 2010, 28(1): 85-98.

(73) Velásquez, G.; Soto, M. L.; Betancur, J. A.; Sánchez, J. & Nagles, J. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia - Sida. Bogotá: Ascofame. 1997.

(74) Tobón, J. C.; Ustariz, J.; Londoño, J.; Ramírez, J.; López, M. & Jaimes, F. Efectividad de los medicamentos antirretrovirales genéricos en el tratamiento de las personas adultas infectadas con VIH en Medellín, Colombia. IATREIA, 2008, 21(1): S-11.

(75) Machado, J. E. & Alzate, J. A. Patterns of antiretroviral drug prescription in 997 Colombian patients. Biomédica, 2008, 28(1): 78-86.

(76) Díazgranados, C. A.; Silva, A.; Bermúdez, A.; Roncancio, D.; Diruggiero, P. & Mantilla, M. Rate and predictors of optimal virologic response to antiretroviral therapy in Colombia. International journal of infectious diseases, 2007, 11(6): 531-5.

(77) Ministerio de la Protección Social - Programa de apoyo a la reforma en salud, FEDESALUD. Modelo de gestión programática en VIH/Sida. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2006.

(78) Arrivillaga, M.; Ross, M.; Useche, B.; Springer, A. & Correa, D. Applying an expanded social determinant approach to the concept of adherence to treatment: the case of Colombian women living with HIV/AIDS. Womens health issues, 2011, 21(2): 177-83.

(79) Goénaga, N. Evaluación de la adherencia al tratamiento en personas con VIH/ Sida. Memorias: revista de investigaciones de la Universidad Cooperativa de Colombia, 2007, (10): 4-10.

(80) Díazgranados, C. A.; Mantilla, M. & Lenis, W. Antiretroviral drug resistance in HIV-infected patients in Colombia. International journal of infectious diseases, 2010, 14(4): e298-e303.

(81) Rodríguez, L. A. & Bautista, J. D. Evaluación de la calidad de los programas de atención integral del VIH/Sida en el municipio de Bucaramanga. Salud UIS, 2008, 40: 213-9.

(82) Ministerio de la Protección Social/ONUSIDA. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2008.

(83) Saavedra, J., Izazola-Licea, J. A., Beyrer, C. Sex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. Journal of International AIDS Society, 2008, Vol. 11, p. 9.

(84) Luque, R. El cuidado de sí. Saber, poder y discursos médicos sobre Sida y su impacto en hombres gay. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana / Instituto de Bioética. 2010.

(85) Rodríguez, L. A.; Moreno, L. E.; Bautista, J. D.; Ardila, A. E.; Numa, E. C.; Caicedo, P. y cols. Prevalencia de infección por VIH/Sida en hombres que tienen sexo con hombres en Bucaramanga, Colombia. Salud UIS, 2009, 41: 135-41.

(86) UNFPA/SDS/Fundación Henry Ardila/LCLCS/ASSUR/Fundación Procrear. Los matices de la vulnerabilidad. Bogotá: UNFPA, SDS, Fundación Henry Ardila, LCLCS, ASSUR, Fundación Procrear. 2007.

(87) Defensoría del Pueblo - Defensoría delegada para la política criminal y penitenciaria. Informe sobre prestación de servicios de salud en centros penitenciarios y carcelarios de Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo. 2005.

(88) Ministerio de la Protección Social/UNFPA. Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2011; 51-52.

(89) Ministerio de la Protección Social - Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2007.

(90) Ministerio de la Protección Social/UNFPA. Contexto de vulnerabilidad al VIH/Sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2011, 71-77.

(91) Bermúdez, M. P.; Herencia Leva, A. & Uribe, A. F. Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. Revista latinoamericana de psicología, 2009, 41(3): 587-98.

(92) Carballo, M.; Mansfield, C.; Prokop, M. & International Centre for Health and Migration. Demobilization and its Implications for HIV/AIDS. Washington: USAID-OTI. 2000.

(93) Berbessi, D. Y.; Segura, A. M. & Ordoñez, J. E. Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca, 2009. Medellín: USAID, Universidad CES, OIM: 2010, pp.; 89-93.

(94) Galárraga, O.; Colchero, M. A.; Wamai, R. G. & Bertozzi, S. M. HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. BMC Public Health, 2009, 9 (Supplement 1) (S5).

(95) Restrepo, M. H. La epidemia del VIH/SIDA, un reto ético y un problema de salud pública de grandes proporciones. Persona y Bioética 2002; 6(15): 4-5.

(96) Deossa, G. C. Inequidades en salud relacionadas con el VIH/Sida. Perspectives in Human Nutrition, 2009, 11(1): 93-7.

(97) Alvis, N. AIDS mortality and its economic impact in Cartagena de Indias, Colombia, 1995-2000. Biomédica, 2002, 22(3): 303-18.

(98) Posada, I. C. & Gómez, R. D. Mercado y riesgo: escenarios de transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Medellín 1993-2006. Colombia médica, 2007, 38(3): 222-36.

(99) Amaya, A.; Canaval, G. E. & Viáfara, E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. Colombia médica, 2005, 36(3) (Supl 1): 65-74.

(100) Nigro, L.; Larocca, L.; Celesia, B. M.; Montineri, A.; Sjoberg, J.; Caltabiano, E. y cols. Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily. Journal of immigrant and minority health, 2006, 8(4): 319-23.

(101) UNAIDS. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: UNAIDS. 1999.

(102) Declaración de Edimburgo de la AMM sobre las condiciones carcelarias y la propagación de la tuberculosis y de otras enfermedades contagiosas [online]. Montevideo. 2011. [Consultado: 2011-10-30]. URL: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p28/index.html.pdf?print-media-type&footer-right= [page]/[toPage].

REFERENCIAS CONSULTADAS

Castaño, G. & Calderón, G.A. Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2010, 36(4).

Comunidad Andina. Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población Universitaria. Lima: 2009. [Consultado: 2011-03-28]. Disponible en: http://www.dne.gov.co/?idcategoria=4895#.

DEA Congressional Testimony. December 12, 2002. [Consultado: 2010-12-10]. Disponible en: http://www.justice.gov/dea/pubs/cngrtest/ct121202.html.

Dirección Nacional de Estupefacientes/Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF/Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)/Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la ley en Colombia. Bogotá: 2009.

Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, 1992. [Consultado: 2010-12-10]. Disponible en: http://odc.dne.gov.co.

Drug Enforcement Administration DEA. News Release. June 21, 1995. [Consultado: 2010-12-10]. Disponible en: http://www.justice.gov/dea/pubs/pressrel/pr950621.htm.

Drug Enforcement Administration DEA. News Release. September 3, 1996. [Consultado: 2010-12-10]. Disponible en: http://www.justice.gov/dea/pubs/pressrel/pr960903.htm.

FHI. The sciences or improving lives. Usuarios de drogas inyectables. [Consultado: 2011-01-14]. Disponible en: http://www.fhi.org/sp/Topics/Injection+Drug+Users+topic+page.htm.

Hacker M. A.; Malta, M.; Enriquez M.; Bastos F. Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. Rev Panam Salud Pública. 2005 Oct-Nov, 18(4-5): 303-13.

Isaza, C.; Suárez P.; Henao, J.; González, M. Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. Investigaciones Andina 2010, 12(21): 100.

Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá: 2007.

Ministerio de la Protección Social/ONUSIDA. Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Guía n.° 2. Identificación de vulnerabilidad y riesgo en los servicios de salud sexual y reproductiva. Bogotá: 2007.

Ministerio de la Protección Social/Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008. Bogotá: 2009.

Ministerio de la Protección Social/ONUSIDA. Plan Nacional de Reducción del VIH 2008- 2011. Bogotá: 2008.

Ministerio de Salud. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: 1994.

Ministerio de Salud. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: 1997.

Ministerio de la Protección Social/Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD/Organización de los Estados Americanos OEA. Encuesta Nacional sobre Consumo SPA en jóvenes escolares 12-17 años. Bogotá: 2004.

ONUSIDA. Consumo de drogas y VIH/Sida. Reid S. Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. Harm Reduction Journal 2009, 6:24

ONUSIDA. Uso de drogas inyectables y VIH. [Consultado: 2011-01-14]. Disponible en: http://www.unaids.org/es/strategygoalsby2015/injectingdruguseandhiv/.

Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia mundial de VIH. 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Encuestas de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR). Cuaderno 1. Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores. Herramientas básicas. Washington: 2008.

Pérez, A. Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín. Ministerio de Protección Social, UNODC. Bogotá: 2010.

Presidencia de la República de Colombia, Programa RUMBOS. Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: 2002.

Presidencia de la República de Colombia, Programa Presidencia RUMBOS, Comisión Nacional de Investigación sobre Drogas. Sondeo nacional sobre consumo de drogas en jóvenes. Bogotá: 1999.

Respondent Driven Sampling. [Consultado: 2011-01-14]. Disponible en: http://www.respondentdrivensampling.org/reports/RDSAT60.htm.

Rodríguez, C.M.; Marques, L.F.; Touze, G. HIV and injection drug use in Latin America AIDS. 2002 Dec; 16(3): S34-41.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas –VESPA– Formato para Centros Penitenciarios. Unidad de Prevención Integral del Departamento de Caldas. Gobernación de Caldas. Manizales: 1999.

UNAIDS/WHO. Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report. Geneva: 2004.

Underhill K.; Operario D.; Montgomery P. Programas de abstinencia exclusiva para la prevención de la infección por VIH en países de ingresos altos (Revisión Cochrane traducida). En La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Usuarios de drogas inyectables y acceso a tratamiento. [Consultado: 2011-01-14]. Disponible en: http://www.icw.org/files/IDUES.pdf.

WEBGRAFÍA

(1A) UNAIDS World AIDS Day report 2011. [en línea]. ONUSIDA, 2011. [Consultado: 2011-12-02]. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/doc uments/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf.

(2A) 15 million accessing treatment [en línea]. ONUSIDA, 2011. [Consultado: 2011-12-02]. URL: http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/november/20111130pruareport/.

(3A) Análisis Regional [en línea]. UNGASS, 2011. [Consultado: 2011-12-02]. URL: http://www.onusida-latina.org/.

(4A) El VIH y las mujeres en Colombia. [en línea]. City TV, Bogotá – Colombia; 2009. [Consultado: 2011-09-20]. URL:http://www.citytv.com.co/videos/29868/el-vih-y-las-mujeres-en-colombia.

(5A) Grupos de mayor vulnerabilidad. [en línea]. Colombia, Onusida; 2011. [Consultado: 2011-09-13]. Disponible en: http://www.onusida.org.co/v10.htm.

(6A) Cape Town Principles and Best Practices [en línea]. South Africa, UNICEF; 1997 [Consultado: 2011-09-11]. Disponible en: http://www.unicef.org/emerg/files/ Cape_Town_Principles(1).pdf. Niños asociados con grupos armados. [en línea]. UNICEF; c. 2005 [Consultado: 2011-09-11]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_children_armed_groups_sp.pdf.

(7A) Niños asociados con grupos armados. [en línea]. UNICEF; c. 2005 [Consultado: 2011-09-11]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_children_armed_groups_sp.pdf.