INFORME DEL EVENTO

VIH/SIDA
COLOMBIA 2017

MINSALUD

Instituto Nacional de Salud

100 AÑOS CUMPLIÉNDOLE A LA SALUD PÚBLICA 1917-2017

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INFORME DE EVENTO VIH7SIDA, COLOMBIA, 2017

Norma Constanza Cuéllar Espitia
Equipo funcional Vigilancia ITS
Grupo Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, por lo que es necesario conocer su comportamiento para poder realizar acciones de promoción y prevención que permitan su control y por ende lleven a que estas se disminuyan.

Dentro de estas infecciones de transmisión sexual se encuentra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde su forma tardía es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, el cual también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia e igualmente por transfusiones sanguíneas, o en usuarios de drogas intravenosas.

Desde que el SIDA se identificó por primera vez a comienzos de la década de los ochenta, un número sin precedentes de personas se vieron afectadas por la epidemia mundial de SIDA. Actualmente, se calcula que hay 36,7 millones de personas que viven con VIH/SIDA. África subsahariana, enfrenta la carga más grande del VIH/SIDA a nivel mundial, representa el 65 % de todas las nuevas infecciones por el VIH. Otras regiones afectadas de manera significativa por el VIH/SIDA son Asia y el Pacífico, Latinoamérica y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central.

El número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 65%. Por raza y origen étnico, los afroamericanos son los más afectados. En el 2015, los afroamericanos conformaban solo el 12% de la población estadounidense, pero tenían el 45% de todos los nuevos diagnósticos de VIH. Además, los hispanos o latinos también son fuertemente afectados.

En Colombia, el primer caso de SIDA se notificó en 1983. Cinco años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella. A partir de entonces, el Ministerio de Salud y Protección social ha puesto en marcha, de diferentes formas, programas de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad.

Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una prevalencia que está por encima del cinco por ciento en el grupo de HSH, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento.

Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH/SIDA se centra actualmente en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población. Por una parte, quienes resulten positivos porque se benefician de los tratamientos antirretrovirales, y en el caso del resultado negativo, porque la persona va a ser más consciente de la necesidad de tener comportamientos sexuales seguros.

Frente a la campaña de prueba voluntaria, Colombia trabajó a través de la estrategia INTEGRA, conjuntamente con las agencias de Naciones Unidas como UNFPA, OPS, ONUSIDA y OIM, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para que el personal de los servicios de salud se capacitara en el programa de asesoría y prueba voluntaria. Posteriormente en el año 2013 con la Resolución 2338 se orientó para que el personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) debidamente entrenados realizaran estas pruebas fuera del laboratorio lo cual permitirá un mayor acceso a estas y una mejor oportunidad de diagnóstico. Igualmente, se trabaja intensamente para que la población afiliada exija a su EPS o ARS la realización de la prueba del VIH, pruebas que están financiadas por el Plan Obligatorio de Salud.

Otro componente importante de la respuesta fue el Proyecto Colombia, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, que se enfoca en población joven desplazada con evidentes logros que repercuten en la reducción de la vulnerabilidad al VIH en los jóvenes en situación de desplazamiento.

El objetivo específico de este informe de evento es el de realizar el seguimiento de la notificación de casos de VIH/SIDA, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación al SIVIGILA a fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo a partir de la notificación de los casos de VIH/Sida que ingresaron al sistema de vigilancia en salud pública nacional mediante la ficha de evento código 850. Las bases de datos fueron depuradas con el fin de identificar la notificación de casos repetidos, así como los notificados en otros años, verificar calidad del dato en cuanto a casos descartados con código 6 y D, así como los que no cumplen con el algoritmo diagnóstico durante el periodo de estudio. Las variables de análisis fueron, edad, sexo, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, área de ocurrencia y entidad territorial de procedencia.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa Excel®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas, gráficos y mapas.

Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de tasa de incidencia corresponden a las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2017. Consideraciones éticas: En el diseño del estudio se tuvieron en cuenta los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto a los derechos de las personas. No hubo ninguna intervención en los sujetos, no se violó el derecho a la privacidad y los resultados se presentan de manera agrupada en cumplimiento de la norma nacional (Resolución 008430 de 1993), se considera sin riesgo. Para la elaboración de este informe se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.

A continuación, se hace un análisis descriptivo del comportamiento del VIH/SIDA en Colombia, a período 13 del año 2017.

3. RESULTADOS

A período 13 del año 2017, se reportaron 13 310 nuevos casos, confirmados por laboratorio.

Se observa dentro del comportamiento social y demográfico, de los 13 310 casos reportados al Sivigila, el 79,9 % de los casos de VIH/Sida se registraron en el sexo masculino; el 48,2 % pertenecen al régimen contributivo y el 40,9 % al subsidiado; el 20,2 % fueron registrados en el grupo de edad entre 25 y 29 años. Por pertenencia étnica, 502 casos (el 3,8 %) se notificaron en afrocolombianos, 219 (el 1,6 %) en población indígena, 66 (el 0,5 %) en ROM (gitano) y 20 (el 0,2 %) en raizales. Según el área de ocurrencia de los casos el 88,1 % se encuentran en la cabecera municipal.

Tabla Nº 1
Comportamiento demográfico y social de los casos de VIH/Sida, Colombia, período 13 de 2017

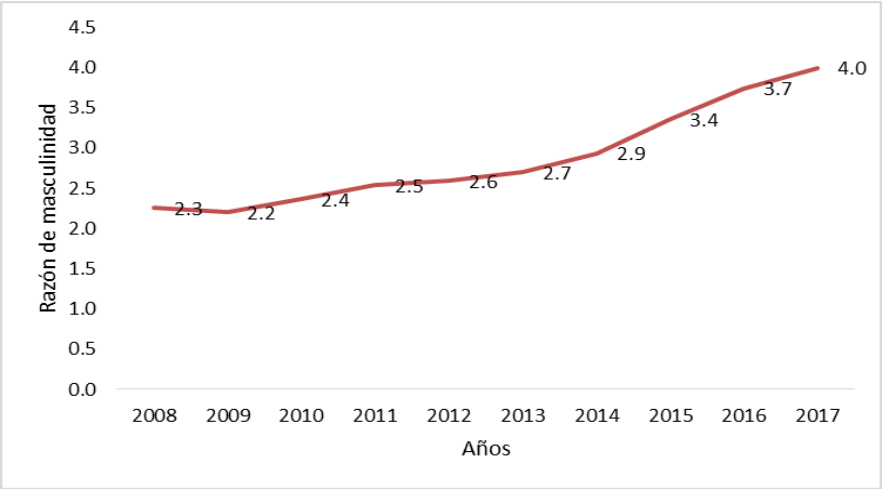
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	2677	20.1
	Masculino	10633	79.9
Tipo de régimen	Contributivo	6419	48.2
	Especial	291	2.2
	Indeterminado	87	0.7
	No asegurado	828	6.2
	Excepción	239	1.8
	Subsidiado	5446	40.9

Pertenencia étnica	Indígena	219	1.6
	ROM (gitano)	66	0.5
	Raizal	20	0.2
	Palenquero	2	0.02
	Afrocolombiano	502	3.8
	Otro	12501	93.9
Grupos de edad	Menores de un año	16	0.1
	1 a 4 años	17	0.1
	5 a 9 años	17	0.1
	10 a 14 años	25	0.2
	15 a 19 años	775	5.8
	20 a 24 años	2485	18.7
	25 a 29 años	2683	20.2
	30 a 34 años	2010	15.1
	35 a 39 años	1480	11.1
	40 a 44 años	1046	7.9
	45 a 49 años	898	6.7
	50 a 54 años	724	5.4
	55 a 59 años	478	3.6
	60 a 64 años	310	2.3
	65 y más años	346	2.6
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	11728	88.1
	Centro poblado	914	6.9
	Rural disperso	668	5.0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

La razón de masculinidad ha ido en aumento, observándose en el año 2008 una razón de 2,3 y para el año 2017 4,0

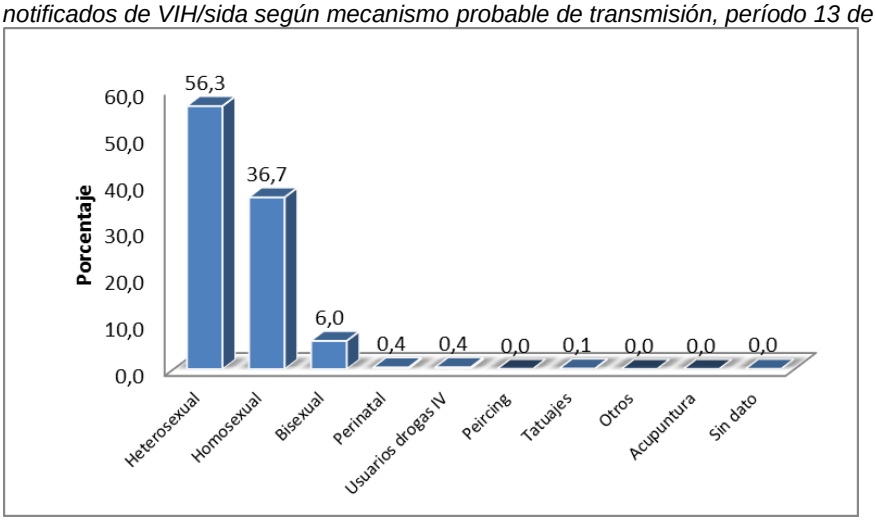
Grafica Nº 1
Razón de masculinidad de VIH/sida, Colombia 2008 - 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

Para los casos notificados y el probable mecanismo de transmisión, el mecanismo heterosexual está en el 56,3 %, el homosexual en el 36,7 % y el bisexual en el 6,0 %. Notifican 49 casos de transmisión perinatal, 53 casos en usuario de drogas intravenosas además reportan 14 casos cuyo mecanismo de transmisión fue por tatuaje, tres casos por piercing y uno por acupuntura.

Grafica Nº 2
Casos notificados de VIH/sida según mecanismo probable de transmisión, período 13 de 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional Salud

Analizando la base de datos de VIH/Sida a período epidemiológico 13 del año 2017, fueron notificadas 333 mujeres gestantes con VIH/Sida, el 45,6 % de ellas están entre la semana 14 a 27 de gestación y el 34,2 % entre la semana 28 a 42. Es importante mencionar que el

seguimiento a la gestante infectada antes y después del parto y al recién nacido es fundamental para conocer si se está manejando de forma óptima y oportuna los lineamientos de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH

Tabla Nº 2
Casos Notificados de VIH/SIDA en gestantes. Período 13 de 2017

Trimestre de embarazo	No. de casos	Porcentaje
Primer trimestre (Sem 1-13)	67	20,1
Segundo trimestre (Sem 14-27)	152	45,6
Tercer trimestre (Sem 28-42)	114	34,2
Total	**333**	**100.00**

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Respecto a las enfermedades oportunistas en los casos notificados, las más frecuentes son: síndrome de emaciación, candidiasis esofágica, tuberculosis pulmonar, toxoplasmosis cerebral y neumonía por pneumocistis.

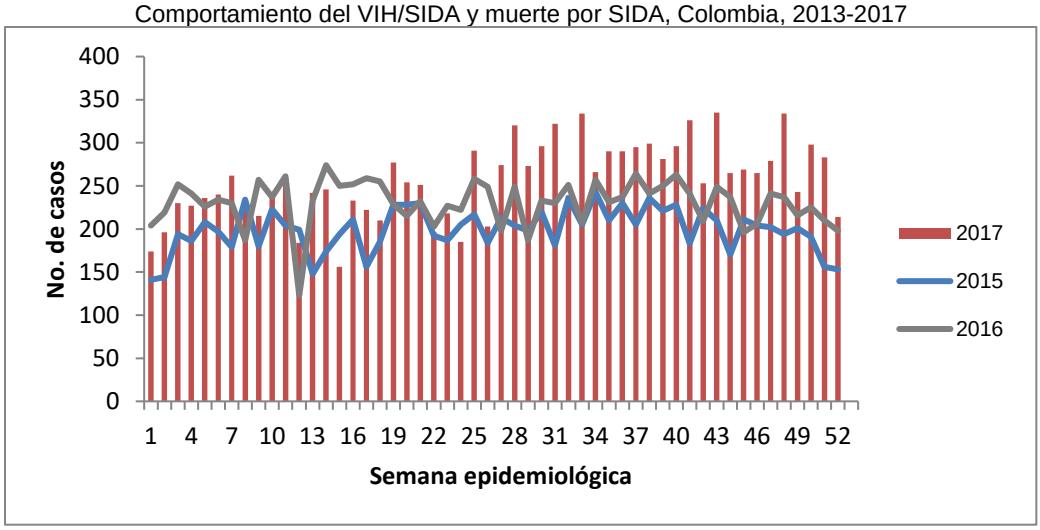
Tabla Nº 3
Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH/SIDA período 13 de 2017

Enfermedad oportunista	No. de casos
CD4	844
Síndrome de emaciación	484
Candidiasis esofágica	406
Tuberculosis pulmonar	343
Toxoplasmosis cerebral	234
Neumonía por Pneumocistis	196
Encefalopatías	158
Neumonía recurrente	153
Tuberculosis Extrapulmonar	120
Candidiasis de las Vías Aéreas	116
Sarcoma de Kaposi	96
Hepatitis B	73
Criptococcosis Extrapulmonar	63
Herpes Zoster	61
Meningitis	59
Citomegalovirosis	50
Linfoma Inmunoblástico	35
Histoplasmosis Diseminada	33
Septicemia Recurrente	31
Criptosporidiasis Crónica	30
Histoplasmosis Extrapulmonar	29
Cáncer Cervical Invasivo	21
Leucoencefalopatía Multifocal	19
Isosporidiasis Crónica	18
Linfoma de Burkitt	11
Hepatitis C	11
Retinitis por Citomegalovirus	8
Coccidioidomicosis	3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH/Sida, entre los años 2015 y 2016, el comportamiento de la notificación tuvo incremento del 15,8 %. Para los años 2016 y 2017 a período 13 se puede establecer un aumento de la notificación de los casos para el 2017 en 1318 casos, es decir que para el año 2016 al mismo período se habían notificado 11 992 casos.

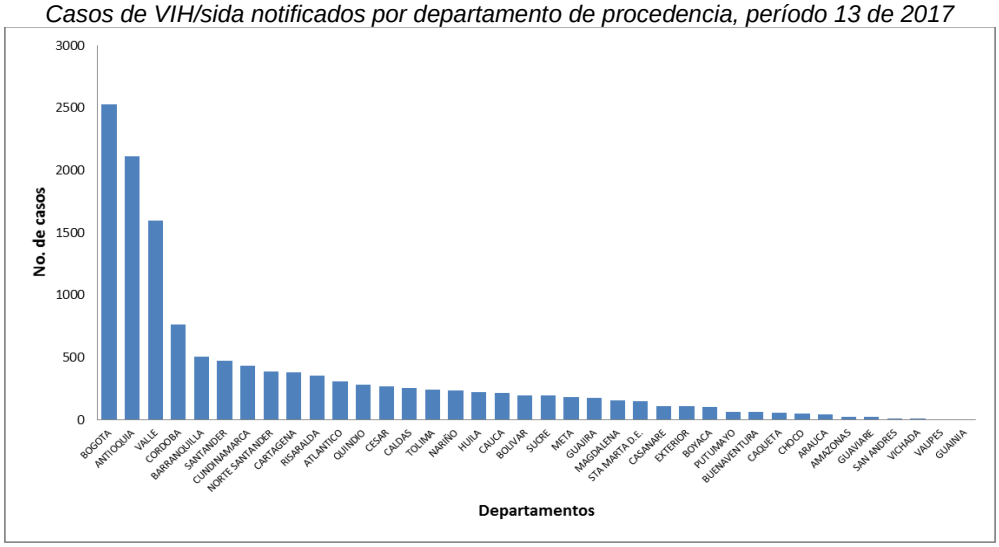
Grafica Nº 3
Comportamiento del VIH/SIDA y muerte por SIDA, Colombia, 2013-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Si se revisan los casos crudos notificados a período epidemiológico 13 por departamento de procedencia, se encuentran en los primeros lugares Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Córdoba y Barranquilla.

Grafica Nº 4
Casos de VIH/sida notificados por departamento de procedencia, período 13 de 2017



Fuente:Sivigila Instituto Nacional de Salud

Se notificaron 108 casos de VIH del exterior, Venezuela es el país que aporta el 83,3 % de estos y Bogotá es la entidad territorial que reporta el mayor número, con el 32,4 %.

Tabla Nº 4
Casos de VIH/sida del exterior notificados por departamento de notificación, período 13 de 2017

Departamento de notificación	País de procedencia	No. de casos
Amazonas	Brasil	2
	Perú	1
Antioquia	Venezuela	4
Arauca	Venezuela	2
Atlántico	Venezuela	1
Barranquilla	Venezuela	4
Bogotá	Brasil	1
	España	1
	EEUU	3
	Filipinas	1
	Israel	1
	Italia	1
	México	1
	Países Bajos	1
	Venezuela	25
Bolívar	Venezuela	2
Cartagena	Namibia	1
Cauca	Ecuador	1
Cesar	Venezuela	1
Córdoba	Venezuela	1
Cundinamarca	Cuba	1
Guajira	Venezuela	7
Meta	Venezuela	1
Nariño	España	1
Norte de Santander	Venezuela	30
Quindío	Venezuela	4
Risaralda	Venezuela	1
Santander	México	1
	Venezuela	2
Valle del Cauca	Venezuela	5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Se observa que la tasa de VIH/SIDA para el país se encuentra actualmente en 27,0 por 100 000 habitantes. Son varios los departamentos que se encuentran por encima del valor promedio, pero vale la pena resaltar los cinco departamentos que obtuvieron el mayor valor por 100 000 habitantes en su orden: Quindío, Córdoba, Barranquilla, Cartagena y Valle del Cauca.

Tabla Nº 5
Tasa de VIH/SIDA, por departamento de procedencia, Colombia, período 13, 2017

Departamento	No. Casos	Pob. Total	Tasa por 100 000 hbtes.
Quindío	283	568506	49,8
Córdoba	763	1736170	43,9
Barranquilla	506	1223616	41,4
Cartagena	383	1013389	37,8
Valle del cauca	1595	4253066	37,5
Risaralda	352	957254	36,8
Amazonas	27	77088	35,0
Antioquia	2108	6534857	32,3
Bogotá D.C.	2531	7980001	31,7
Casanare	110	362721	30,3
Santa Marta	148	491535	30,1
Norte de Santander	388	1367708	28,4
Caldas	259	989934	26,2
Cesar	266	1041204	25,5
Atlántico	310	1265898	24,5
Guaviare	27	112621	24,0
Santander	472	2071016	22,8
Sucre	193	859913	22,4
Magdalena	159	780907	20,4
Meta	185	979710	18,9
Huila	220	1168869	18,8
Putumayo	65	349537	18,6
La Guajira	176	985452	17,9
Bolívar	195	1108567	17,6
Tolima	245	1412220	17,3
Arauca	44	265190	16,6
Cundinamarca	437	2721368	16,1
Cauca	219	1391836	15,7
Buenaventura D.E.	64	407675	15,7
San Andrés y Providencia	12	77101	15,6
Vichada	10	73702	13,6
Nariño	234	1765906	13,3
Caquetá	60	483846	12,4
Choco	50	505016	9,9
Boyacá	102	1278107	8,0
Vaupés	3	44079	6,8
Guainía	1	42123	2,4
Exterior	108		
Total	13310	49291609	27,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

De los 13 310 casos reportados, el 2,5 % corresponden a mujeres embarazadas, siendo Chocó la entidad territorial que aporta el mayor porcentaje del total de casos reportados con el 16,0 %, al igual que presenta la mayor razón de prevalencia con 1,4 por 1 000 NV.

Tabla Nº 6
Razón de prevalencia de casos de VIH/SIDA, en mujeres gestantes por departamento de procedencia, Colombia, período 13, 2017

Entidad territorial	Embarazada	Total notificados	Porcentaje Embarazadas	NV DANE 2016	Razón Prevalencia por 1000 NV
Chocó	8	50	16,0	5.855	1,4
Magdalena	17	159	10,7	12.837	1,3
Córdoba	33	763	4,3	25.919	1,3
San Andrés	1	12	8,3	880	1,1
Cartagena	20	383	5,2	19.051	1,0
Buenaventura	5	64	7,8	4911	1,0
Vichada	1	10	10,0	1.028	1,0
Atlántico	16	310	5,2	16.466	1,0
Sucre	13	193	6,7	14.398	0,9
Bolívar	14	195	7,2	15.507	0,9
Guaviare	1	27	3,7	1.160	0,9
Cesar	17	266	6,4	20.701	0,8
Casanare	4	110	3,6	6.394	0,6
La Guajira	10	176	5,7	16.031	0,6
Nariño	10	234	4,3	17.804	0,6
Risaralda	6	352	1,7	10.853	0,6
Cauca	10	219	4,6	18.190	0,5
Barranquilla	13	506	2,6	24.414	0,5
Putumayo	2	65	3,1	4.290	0,5
Valle del Cauca	21	1595	1,3	45.844	0,5
Santa Marta	4	148	2,7	8.795	0,5
Tolima	8	245	3,3	17.607	0,5
Caquetá	3	60	5,0	6.883	0,4
Antioquia	31	2109	1,5	75024	0,4
Norte de Santander	8	388	2,1	20.468	0,4
Quindío	2	283	0,7	5.843	0,3
Meta	5	185	2,7	14.806	0,3
Bogotá	28	2531	1,1	98.653	0,3
Santander	8	472	1,7	29.823	0,3
Arauca	1	44	2,3	4.378	0,2
Caldas	2	259	0,8	9.563	0,2
Boyacá	3	102	2,9	15.157	0,2
Cundinamarca	5	437	1,1	35.594	0,1
Huila	1	220	0,5	19.435	0,1
Amazonas	0	27	0,0	1322	0,0
Guainía	0	1	0,0	661	0,0
Vaupés	0	3	0,0	528	0,0
Exterior	2	108	1,9	347	5,8
Total	**333**	**13311**	**2,5**	**647420**	**0,5**

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Del total de los 19 731 casos notificados al Sivigila en la base de cierre del año 2017, el 67,5 % (13 311) cumplieron con la definición de caso para el evento. La entidad territorial de Arauca cumplió con el 78,6 %, mientras que las entidades territoriales de Vaupés, Guainía alcanzaron un 50 % de cumplimiento.

Tabla Nº 7
Cumplimiento en la notificación según algoritmo diagnóstico, Colombia, período 13 de 2017

Departamento	Total casos incluidos en el análisis	Total casos reportados	% cumplimiento
Arauca	44	56	78,6
Vichada	10	13	76,9
Antioquia	2108	2774	76,0
Caldas	259	344	75,3
Guaviare	27	36	75,0
Meta	185	249	74,3
Amazonas	27	37	73,0
Bogotá D.C.	2531	3505	72,2
Norte de Santander	388	538	72,1
Risaralda	352	491	71,7
Huila	220	307	71,7
Santander	472	674	70,0
Casanare	110	160	68,8
Sucre	193	282	68,4
Boyacá	102	150	68,0
Cundinamarca	437	649	67,3
Putumayo	65	97	67,0
Santa Marta	148	221	67,0
Nariño	234	352	66,5
Tolima	245	369	66,4
Valle del cauca	1595	2467	64,7
Caquetá	60	95	63,2
San Andrés	12	19	63,2
Bolívar	195	312	62,5
Quindío	283	453	62,5
La Guajira	176	282	62,4
Córdoba	763	1240	61,5
Exterior	108	176	61,4
Cartagena	383	625	61,3
Barranquilla	506	840	60,2
Atlántico	310	526	58,9
Cesar	266	457	58,2
Buenaventura D.E.	64	113	56,6
Magdalena	159	286	55,6
Choco	50	91	54,9
Cauca	219	437	50,1
Guainía	1	2	50,0
Vaupés	3	6	50,0
Total	13310	19731	67,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

4. DISCUSIÓN

En el informe epidemiológico a período 13 de 2017 se registra un aumento en la notificación del evento comparada con el mismo período del año 2016, del 11,0 %. Según informe entregado por ONUSIDA en relación con estadísticas mundiales, las tendencias varían considerablemente entre los países, observándose disminuido en más del 20%, en Colombia, El Salvador, Nicaragua y Uruguay desde 2010 y con un ligero aumento en Argentina y Brasil (3%) durante el mismo período. Hubo grandes aumentos en Chile (34%) en Guatemala (23%), Costa Rica (16%), Honduras (11%) y Panamá (9%) entre 2010 y 2016. Alrededor del 90% de las nuevas infecciones en 2016 en América Latina ocurrieron en siete países, con casi la mitad en Brasil (49%). México fue el siguiente más alto, con un 13% de nuevas infecciones. Para Colombia, este aumento puede explicarse por un mejor acceso al diagnóstico, disminución de barreras para la realización de la prueba, fortalecimiento de las actividades colaborativas TB-VIH.

Del total de casos notificados de VIH/sida y muerte por sida un 79,9 % pertenece al género masculino y un 20,1 % al género femenino, lo que nos indica una razón 4,0:1 hombre/mujer, siendo el mecanismo de transmisión sexual el que aporta el mayor número de casos con un 99,0 % y en personas comportamiento heterosexual con 56.3 % y por grupo de edad el de 25 a 29 años con un 20,2 %. Según informe del CDC las relaciones heterosexuales se han convertido en una de las principales vías de transmisión para el VIH y es la principal causa de infección entre las mujeres, especialmente en las comunidades minoritarias donde la proporción del total de casos de SIDA atribuibles a la transmisión heterosexual ha aumentado seis veces desde 1989, saltando del 5 al 31 por ciento. Por lo anterior es necesario extremar las medidas de detección temprana y protección específica, que contribuya a reducir el riesgo en estos grupos poblacionales.

Sin embargo, se sigue evidenciando la vulnerabilidad de las gestantes; hasta el período epidemiológico 13 del año 2017 se notificaron 333 mujeres gestantes con VIH/SIDA y de ellas el 45,6 % se encuentran en el segundo trimestre de gestación y el 34,2 % en el tercer trimestre, lo que nos indica que un alto porcentaje de las gestantes se están captando de forma tardía. Teniendo en cuenta que como meta se tiene previsto la disminución de la transmisión madre hijo de VIH a 2% o menos, es necesario seguir fortaleciendo actividades que permitan una captación temprana de la gestante al control prenatal y una buena asesoría de tal forma que acepte realizarse la prueba de VIH y si es positiva tratarla oportuna y adecuadamente. Es importante anotar que falta seguimiento por parte de las aseguradoras y prestadoras para disminuir el riesgo de transmisión, realizando demanda inducida para la realización de los controles prenatales.

No se ha visto variación en la notificación de casos por departamento siendo Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Córdoba y Barranquilla, los que reportan el mayor número de casos y por tasa por 100 000 habitantes Quindío, Córdoba, Barranquilla, Cartagena y Valle del Cauca.

Se observan aun inconsistencias en las bases de datos, por lo tanto, es muy importante trabajar en el mejoramiento de la calidad de esta, desde el diligenciamiento de la ficha hasta la notificación al SIVIGILA, ya que los datos solicitados en la ficha son indispensables para cumplir con los requerimientos de información sobre el evento, y así lograr información veraz para orientar mejor las acciones de prevención.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

National Institute on drug abuse. Cuáles poblaciones son las más afectadas? Serie de reportes de investigación. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/el-vihsida/como-ha-cambiado-la-epidemia-del-vihsida-en-los-ultimos-25-anos

ONUSIDA. Estrategia 2011 - 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf. Consultado Marzo de 2011

ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA diciembre 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf. Consultado Marzo de 2010.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2008. Disponible en : http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_es.pdf. Consultado Marzo de 2010.

ONUSIDA. Situación Nacional de la Epidemia del VIH y del SIDA. 2008. Disponible en: http://www.onuSIDA.org.co/situacionnacional.htm [Consultado noviembre de 2009]

CDC. Manual de Capacitación para la subregión de Centroamérica. Panorama General de la epidemia del VIH/SIDA e introducción a la vigilancia epidemiológica. Guatemala, julio 2006.

Ministerio de la Protección Social. Fondo de población de las Naciones Unidas UNFPA. Comportamiento Sexual y prevalencia de VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. 2009.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. Bogotá, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. Bogotá, 2014.

1. ANEXOS