



Situación del

VIH

en Colombia **2023**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación del VIH en Colombia 2023



Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del VIH en Colombia 2023

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISSN: 2344-7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, julio de 2024

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).
Situación del VIH en Colombia 2023; Bogotá, D. C. 2024.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin la autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Jorge Iván Domínguez Londoño
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Julio Alberto Rincón Ramírez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Diana Carolina Camargo Bermúdez
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Rubén Alfonso Rivera Rivera
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Lina Johanna Herrera Parra
Epidemióloga

Silvia Juliana Trujillo Cáceres
Epidemióloga

Paula Andrea Daza Criollo
Especialista en Analítica

Lina María Molina Sánchez
Epidemióloga

Yenny Alexandra López López
Líder de Gestión Clínica

Sandra Milena Vásquez Vásquez
Líder de Gestión Clínica

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Diseñadora editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Expertos revisores

Ernesto Martínez Buitrago
Médico especialista en infectología
Asociación Colombiana de Infectología - ACIN

Cielo Yaneth Ríos Hincapié
Médica magister en salud pública y en VIH
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Alexandra Sierra García
Médica especialista en pediatría e infectología
Asociación Colombiana de Infectología - ACIN

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápite, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Situación del VIH en Colombia 2023	1.0	26 de julio de 2024.	
	2.0	16 de agosto de 2024.	En la figura 10 (página 51), el valor total sin dato es 5,29 y no 52,90.
	3.0	4 de septiembre de 2024.	En la tabla 9 (páginas 46 - 47), se invirtieron los datos para San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Sucre.
	4.0	27 de noviembre de 2024.	Ajuste en la redacción del aviso de copyright para las publicaciones de obras, estudios y análisis desarrollados exclusivamente por la CAC. Para consultar este documento pueden ingresar a la intranet mediante la siguiente ruta: Nuestros procesos > Sistema de Gestión Integral > Documentos generales.

Tabla de contenido

Abreviaturas	15
Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis.....	17
Glosario	19
Introducción	22
Aspectos éticos y legales.....	23
Aspectos metodológicos.....	24
Generalidades del reporte	24
Calidad de la información.....	24
Malla de validación en los sistemas de información.....	25
Verificación de la información con fuentes externas.....	25
Auditoría de campo.....	25
Población de interés, población auditada y periodo evaluado.....	26
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	26
Ajuste de los datos posterior a la auditoría	27
Análisis epidemiológico.....	29
Análisis descriptivo	29
Estimación de la morbilidad y de la mortalidad para las personas que viven con el VIH.....	29
Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo	31
1. Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH.....	33
Contenido infográfico capítulo 1	34
1.1. Caracterización sociodemográfica de las personas incidentes que viven con el VIH.....	35
1.1.1. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la edad y el sexo	35
1.1.2. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la región y la entidad territorial de residencia.....	36
1.1.3. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica.....	37
1.1.4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el tipo de población clave ..	37
1.1.5. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación.....	38
1.1.6. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora.....	39
1.2. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH	39
1.2.1. Pruebas de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH	41

2. Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH.....	43
Contenido infográfico capítulo 2	44
2.1. Caracterización sociodemográfica de las personas prevalentes viviendo con el VIH	45
2.1.1. Distribución de las personas viviendo con el VIH prevalentes según la edad y el sexo	45
2.1.2. Distribución de las personas viviendo con el VIH según la región y entidad territorial de residencia	46
2.1.3. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según la pertenencia étnica	47
2.1.4. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación	47
2.1.5. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora	48
2.2. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH.....	48
2.2.1. Pruebas de laboratorio realizadas en las personas prevalentes viviendo con el VIH.....	50
2.2.2. Profilaxis en las personas prevalentes viviendo con el VIH	52
2.2.3. Tamización en las personas prevalentes viviendo con el VIH	52
2.2.4. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el tipo de población clave	54
3. Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH.....	56
Contenido infográfico capítulo 3	57
3.1. Incidencia del VIH	58
3.1.1. Incidencia del VIH según el sexo y edad	58
3.1.2. Incidencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	59
3.2. Prevalencia del VIH.....	59
3.2.1. Prevalencia del VIH según el sexo y la edad.....	59
3.2.2. Prevalencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	61
3.3. Mortalidad general y letalidad	61
3.3.1. Mortalidad y letalidad del VIH según el sexo y la edad.....	61
3.3.2. Mortalidad del VIH según la entidad y el régimen de afiliación.....	63
4. Tratamiento antirretroviral	64
Contenido infográfico capítulo 4	65
5. Transmisión materno - infantil del VIH.....	73
Contenido infográfico capítulo 5	74
5.1. Población de mujeres gestantes.....	75
5.2. Características de las mujeres gestantes que viven con el VIH	76
5.2.1. Características clínicas de las gestantes con VIH	80

5.3. Menores de 12 meses expuestos al VIH	82
5.3.1. Características de los menores de 12 meses expuestos al VIH	82
5.4. Características clínicas de la población menor de 12 meses expuesta al VIH con diagnóstico positivo	85
6. Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH.....	87
Contenido infográfico capítulo 6	88
6.1. Características generales de la población con TB y la tamización del VIH	89
6.2. Características generales de la población con TB y con coinfección TB/VIH	90
6.2.1. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la región y la entidad territorial.....	90
6.2.2. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la entidad aseguradora	92
6.2.3. Caracterización del tratamiento anti - TB y TAR en los casos con TB y coinfección TB/VIH	94
7. Indicadores de la gestión del riesgo	97
Contenido infográfico capítulo 7	98
Discusión y conclusiones	120
Referencias	125

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades que deben reportar la información de la Resolución 0273 de 2019 a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2023	24
Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH en la auditoría 2023, según el renglón del aseguramiento.....	25
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con VIH, Colombia 2023	26
Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2023.....	36
Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	38
Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2023.....	39
Tabla 7. Motivo del inicio de la TAR en las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, Colombia 2023.....	41
Tabla 8. Categorización del conteo de los linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2022 - 2023.....	42
Tabla 9. Distribución de personas prevalentes viviendo con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2023	46
Tabla 10. Características de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	48
Tabla 11. Características clínicas de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	49
Tabla 12. Laboratorios clínicos en las personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2023	50
Tabla 13. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023	52
Tabla 14. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023	53
Tabla 15. Principales características en la población clave que vive con el VIH, Colombia 2023	55
Tabla 16. Incidencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2023.....	58
Tabla 17. Incidencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	59
Tabla 18. Prevalencia cruda estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2023	60
Tabla 19. Prevalencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	61
Tabla 20. Mortalidad cruda y estandarizada por todas las causas, Colombia 2023.....	62
Tabla 21. Distribución de la mortalidad y de la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2023.....	63
Tabla 22. Mortalidad del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	63
Tabla 23. Cobertura de la terapia antirretroviral según el sexo, Colombia 2023	66
Tabla 24. Cascada de la atención del VIH, Colombia 2023.....	67

Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral y de la supresión viral según la región, Colombia 2023...	68
Tabla 26. Cobertura de la terapia antirretroviral y del control virológico según el régimen de afiliación, Colombia 2023	68
Tabla 27. Medicamentos reportados en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023 ..	68
Tabla 28. Esquemas de tratamiento antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV incidentes, Colombia 2023	69
Tabla 29. Esquemas de tratamiento antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV prevalentes, Colombia 2023	70
Tabla 30. Supresión viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV, Colombia 2023	71
Tabla 31. Falla terapéutica y genotipificación en las personas que viven con el VIH según el régimen de afiliación.....	72
Tabla 32. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2023	75
Tabla 33. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	77
Tabla 34. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023	78
Tabla 35. Características clínicas de la población de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2023	80
Tabla 36. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Colombia 2023	81
Tabla 37. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023	82
Tabla 38. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023	83
Tabla 39. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2023.....	84
Tabla 40. Seguimiento virológico de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2023.....	85
Tabla 41. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2023.....	86
Tabla 42. Tamización del VIH en la población con TB según el régimen de afiliación, Colombia 2023	89
Tabla 43. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2023	90
Tabla 44. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023	91
Tabla 45. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2023	93
Tabla 46. Tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	94
Tabla 47. Esquemas antituberculosos más frecuentes en los casos de coinfección TB/VIH, Colombia 2023	95
Tabla 48. Condición de egreso del tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	96

Tabla 49. Esquemas de tratamiento antirretroviral utilizados en la población con coinfección TB/VIH, Colombia 2023.....	96
Tabla 50. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2023	99
Tabla 51. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2023.....	101
Tabla 52. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	103
Tabla 53. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura del tratamiento antirretroviral según la región geográfica, Colombia 2023	104
Tabla 54. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura del tratamiento antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2023	105
Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y seguimiento según la región geográfica, Colombia 2023.....	106
Tabla 56. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el control virológico y el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	108
Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2023.....	109
Tabla 58. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	110
Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2023	111
Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023	113
Tabla 61. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según la región geográfica, Colombia 2023.....	113
Tabla 62. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	115
Tabla 63. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2023	116
Tabla 63. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica, Colombia 2023	117
Tabla 63. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica, Colombia 2023	118
Tabla 64. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	119

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de gestión del riesgo en VIH, Colombia 2023	28
Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023	30
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2023	31
Figura 3. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023.....	32
Figura 4. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2023	35
Figura 5. Pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2023*	36
Figura 6. Distribución de los casos incidentes que viven con el VIH según la población clave, Colombia 2023	38
Figura 7. Tendencia del valor promedio del conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2015 - 2023*	42
Figura 8. Tendencia del número de personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2012 - 2023	45
Figura 9. Pirámide poblacional de las personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2023*.....	46
Figura 10. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación y el reporte del último resultado de la CV tomada en el periodo, Colombia 2023	51
Figura 11. Comparativo de las cargas virales en el momento del diagnóstico, al iniciar la TAR y última CV reportada, Colombia 2023	51
Figura 12. Población clave que vive con el VIH entre los casos prevalentes, Colombia 2023	54
Figura 13. Incidencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023	59
Figura 14. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023	60
Figura 15. Mortalidad por todas las causas en las personas con el VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023	62
Figura 16. Tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	89
Mapa 2. Distribución de los casos con coinfección TB/VIH por 100 PVV, según la entidad territorial, Colombia 2023.....	92
Figura 17. Duración del tratamiento antituberculoso (en número de días) según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	95
Figura 18. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023.....	101
Figura 19. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura del tratamiento antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023.....	103
Figura 20. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023.....	106
Figura 21. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023.....	108
Figura 22. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023.....	111

Abreviaturas

ARL:	Administradoras de riesgos laborales.
ARV:	Antirretroviral.
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CCF:	Caja de compensación familiar.
CDC:	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>).
CV:	Carga viral.
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DE:	Desviación estándar.
EAPB:	Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
EAPVS:	Entidad Administradora de Planes Voluntarios de Salud.
EOC:	Entidades Obligadas a Compensar.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
ETMI:	Eliminación de la transmisión materno infantil.
GPC:	Guía de práctica clínica.
HSH:	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
IC:	Intervalo de confianza.
INPEC:	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
INS:	Instituto Nacional de Salud.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios.
ITS:	Infección de transmisión sexual.
ml:	Mililitro.
mm³:	Milímetro cúbico.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONUSIDA:	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
PIB:	Producto interno bruto.
PPD:	Prueba cutánea de derivado proteico purificado.
PPL:	Población privada de la libertad.
PrEP:	Profilaxis pre-exposición.
PVV:	Personas que viven con el VIH.
Q1:	Cuartil 1.

Abreviaturas

Q3:	Cuartil 3.
RIC:	Rango intercuartílico.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TAR:	Tratamiento antirretroviral.
TB:	Tuberculosis.
USPEC:	Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia humana

Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: 1° de febrero de 2022 al 30 de enero de 2023.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Contributivo	
ARL144	ARL AXA Colpatría Seguros
ARL370	ARL Seguros Bolívar
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	EPS Sura
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Plan voluntario	
EMP002	Medplus Medicina Prepagada S.A.
EMP015	Medisanitas S.A. Compañía Medicina Prepagada
EMP017	Colmédica Medicina Prepagada
EMP023	Colsanitas Empresa Medicina Prepagada S.A.
EMP028	Coomeva Empresa Medicina Prepagada
EMP029	Colpatría Empresa Medicina Prepagada S.A.
PVS1333	Liberty Seguros
Subsidiado	
CCF033	EPS Familiar de Colombia S.A.S.
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF055	Cajacopi EPS S.A.S.
CCF102	ComfaChocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS

Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: 1° de febrero de 2022 al 30 de enero de 2023.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
ESS024	Coosalud EPS
ESS062	Asociación Mutua La Esperanza Asmet Salud
ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud
ESS118	Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud - Emssanar
ESS207	Mutual Ser EPS
Especial	
RES006	Caja de Previsión Social de La Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Unidad de Salud de La Universidad de Antioquia
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud - Universidad de Córdoba
RES014	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
REUE05	Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
REUE09	Unidad de Salud de La Universidad del Atlántico
Excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
No afiliado	
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
11001	Secretaría de Salud de Bogotá
13000	Dirección Departamental de Salud de Bolívar
19000	Dirección Departamental de Salud de Cauca
23000	Dirección Departamental de Salud de Córdoba
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
41000	Dirección Departamental de Salud del Huila
50000	Dirección Departamental de Salud del Meta
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
54000	Dirección Departamental de Norte de Santander
66000	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaría de Salud de Santander
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle
76109	Dirección Distrital de Salud de Buenaventura
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
85000	Dirección Departamental de Salud del Casanare
86000	Dirección Departamental de Salud del Putumayo

Glosario

- Abandono:** se considera a un paciente en abandono, cuando no recibe atenciones por parte de un médico durante todo el periodo de reporte (un año).
- Enfermedad relacionada con el VIH:** la enfermedad relacionada con el VIH está caracterizada por el deterioro gradual de la función inmunitaria. Durante la infección inicial, el virus se alberga en las células blanco-susceptibles y en el tejido linfático, donde tiene lugar la reproducción masiva del virus y el incremento de la viremia. En este estadio, algunas personas pueden presentar síntomas parecidos a la gripe. La respuesta inmunitaria solo es exitosa en parte, pues algunos virus logran permanecer indetectables por meses y años. Durante el curso de la infección, los linfocitos T CD4+ se desactivan y son destruidos, disminuyendo la cantidad de células disponibles progresivamente. Finalmente, el alto nivel de rotación vírica lleva a la destrucción del sistema inmune (algunas veces denominada «infección por el VIH avanzada»), cuyo resultado es la manifestación del sida (1).
- Epidemiología:** es la rama de la ciencia médica que se ocupa de estudiar las causas, la distribución espacial y temporal, y el control de las enfermedades en una población (1).
- Gestión del riesgo:** es el proceso de identificación de los factores que afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado en una población, el análisis de las consecuencias derivadas del impacto de las amenazas, la delimitación de la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar, y los mecanismos para reducir la amenaza y afrontar el evento crítico si llega a ocurrir (2,3).
- Gestión del riesgo en salud:** es la estrategia para afrontar la incertidumbre sobre la situación en salud de una población, buscando reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables, a través de medidas preventivas y mitigadoras, en un marco de modelos de gestión y uso de herramientas para la evaluación de resultados en salud (2,3) (1,2).
- Intersexual:** una persona intersexual es aquella que presenta de forma simultánea características biológicas masculinas y femeninas. O cualidad por la que el individuo muestra, en grados variables, caracteres sexuales de ambos sexos (1).
- Grupos de población clave:** ONUSIDA considera a los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, los transgéneros, las personas que se inyectan drogas, así como quienes están privadas de la libertad y otras personas en centros de internamiento, como grupos de población clave. Estas poblaciones suelen ser víctimas de leyes punitivas o políticas estigmatizadoras y tienen una mayor probabilidad de estar expuestos a la infección por el VIH. El término «grupos de población clave de mayor riesgo» también se puede utilizar en un sentido más amplio, independientemente del contexto legal o político, para referirse a aquellos conjuntos de personas expuestas a un gran riesgo de contraer la infección por el VIH o de transmitir el virus (1).

Glosario

Retención de los pacientes en los servicios de atención al VIH:

el tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de salud de forma continuada. Las personas retenidas, son los individuos incorporados a la atención del VIH, que continúan recibiendo de forma continuada dichos servicios. Esto se mide en forma de indicadores marcadores (proxy) y el tiempo considerado puede ser normalmente un periodo de un año. Según el último consenso de indicadores para evaluar la gestión del riesgo de la CAC, se utilizan tres criterios para definir la retención: una atención por médico infectólogo o médico experto, la realización del conteo de linfocitos T CD4+ y la carga viral del VIH en los últimos seis meses y recibir TAR (4).

Riesgo:

referido al riesgo de exposición al VIH o a la probabilidad de que una persona contraiga esta infección. Determinados comportamientos crean, aumentan o perpetúan el riesgo. Son los comportamientos, y no la pertenencia a un grupo, los que ponen a las personas en situaciones en las que pueden quedar expuestas al VIH. Evítese usar expresiones como «grupos en riesgo» o «grupos de riesgo». Las personas cuyos comportamientos pueden ponerlas en mayor riesgo de exposición a este virus no se identifican necesariamente a sí mismas en un grupo en particular (1).

Sida:

síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El acrónimo «sida» ha entrado a formar parte del léxico común; de ahí que se escriba siempre en minúscula. Hágase la distinción entre sida (enfermedad) y SIDA (*Swedish International Cooperation Agency*) (1).

Medicamentos antirretrovíricos / antirretrovíricos (en América Latina: antirretrovirales) / terapia o tratamiento antirretrovírico o antirretroviral / tratamiento del VIH:

la terapia antirretrovírica o antirretroviral es el nombre dado a los regímenes de tratamiento para suprimir la reproducción vírica, reducir la carga del virus hasta niveles indetectables en la sangre y demorar la progresión de la enfermedad causada por el VIH. El régimen habitual de la terapia antirretrovírica o antirretroviral combina tres o más medicamentos diferentes, como dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI), y un inhibidor de la proteasa; dos inhibidores análogos nucleósidos de la transcriptasa inversa y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (INNTI), u otras combinaciones. Recientemente, los inhibidores de entrada y los inhibidores de la integrasa pasaron a formar parte de las opciones de tratamiento. El término «terapia antirretrovírica o antirretroviral de alta potencia» se empezó a usar con frecuencia después de que se demostrara una excelente respuesta virológica y clínica a las combinaciones de tres (o más) medicamentos antirretrovíricos. Sin embargo, la especificación «de alta potencia» no es necesaria a efectos de clasificación, y el término ha caído en desuso (1).

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):

el VIH es un virus que debilita el sistema inmunitario y que, en última instancia, causa el sida (1).

VIH - negativo (seronegativo):

una persona es VIH - negativa (o seronegativa) cuando no muestra presencia del VIH en una prueba en sangre (p. ej., ausencia de anticuerpos contra el VIH) o exudado gingival (comúnmente llamada «prueba de saliva»). En algunas ocasiones una persona puede tener un resultado negativo a pesar de haberse infectado con el VIH por encontrarse en periodo de ventana (periodo silente que va de la exposición al VIH a la detección de anticuerpos) (1).

Glosario

VIH - positivo (seropositivo):

una persona que es VIH - positiva (o seropositiva) presenta anticuerpos contra el VIH en una prueba en sangre o exudado gingival (comúnmente llamada «prueba de saliva»). Ocasionalmente, la prueba puede mostrar resultados positivos falsos, especialmente en los niños menores de 18 meses que llevan anticuerpos de la madre (1).

Vulnerabilidad:

hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, así como a otros factores sociales, culturales, políticos o económicos que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección por el VIH y que pueda desarrollar el sida. Los factores subyacentes a la vulnerabilidad pueden reducir la capacidad de los individuos y las comunidades para evitar el riesgo del VIH y pueden estar fuera del control de los individuos. Entre estos factores se incluyen, la falta de conocimientos y las destrezas requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; las deficiencias en la accesibilidad, la calidad y la cobertura de los servicios; y los factores sociales como la violación de los derechos humanos, las leyes punitivas o ciertas normas sociales y culturales, las cuales pueden incluir prácticas, creencias o leyes que estigmatizan y desfavorecen a ciertas poblaciones. Todos estos factores, por sí solos o en combinación con otros, pueden motivar o exacerbar la vulnerabilidad individual o colectiva al VIH (1).



Introducción

A pesar de los éxitos, el VIH sigue siendo una crisis global urgente. La respuesta mundial a la epidemia, está enmarcada en compromisos y objetivos mundiales fortalecidos en la nueva Declaración Política de las Naciones Unidas, que establece poner fin a las desigualdades y avanzar en el camino para acabar con la infección en 2030. Basado en las lecciones aprendidas de las pandemias del VIH y COVID-19, se ha demostrado que la suma de desigualdades como el estigma, los costos elevados, la atención de baja calidad, la desinformación, el limitado apoyo social, las normas de género, entre otros, se constituyen en retos hacia el control de la enfermedad (5).

Desde el inicio de la epidemia, 85,6 millones (IC 95% 64,8 - 113,0) de personas se han infectado y 40,4 millones (IC 95% 32,9 - 51,3) han muerto por enfermedades relacionadas con el VIH. El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estima que 39,0 millones (IC 95% 33,1 - 45,7) de personas vivían con el virus en todo el mundo en 2022, de los cuales 1,3 millones lo contrajeron en el último año y 630.000 murieron de enfermedades relacionadas con el sida (6).

Actualmente en el mundo, 39 millones de personas viven con el VIH, de las cuales, 29,8 millones (76,41%) reciben tratamiento antirretroviral y 27,7 millones (93%) están viralmente suprimidas. Esto representa un aumento anual estimado en 1,6 millones de personas en tratamiento; si este incremento puede mantenerse, el objetivo mundial de 35 millones de personas en manejo de la enfermedad para el 2025 podrá lograrse (7). El libre acceso a la medicación ha evitado casi 20,8 millones de muertes relacionadas con el sida en las últimas tres décadas (8).

En la región de las Américas para el 2022, se estimó que 3,8 millones de personas vivían con el VIH, de ellas, 2,5 millones se encontraban en América Latina y el Caribe. Aunque se presenta el mismo número de infecciones desde el 2010, se observa una disminución del 37% en las muertes anuales por esta enfermedad (9). En comparación con lo observado en otras regiones del mundo, en Colombia al igual que en otros países de América Latina, como Brasil, Chile, Perú, entre otros, se ha documentado un incremento importante en la tasa de notificación de VIH, lo cual puede ser explicado por el fortalecimiento en la vigilancia del evento que se presenta en la región (10).

En Colombia, la epidemia se concentra en los hombres y en el grupo etario entre los 20 y los 39 años, adicionalmente, el 58,56% pertenecen a uno o más tipos de población clave, destacando los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los consumidores de sustancias psicoactivas por vía diferente a la inyectada (11).

En este documento se presenta la información actualizada para el periodo 2023 relacionada con las características sociodemográficas y clínicas de las personas que viven con el VIH en Colombia, incluyendo la información de las gestantes tamizadas para este virus, de los menores expuestos hijos de madres con VIH y de los casos con tuberculosis (TB). Se estiman los indicadores epidemiológicos y de la gestión del riesgo para los diferentes niveles de desagregación demográfica y del aseguramiento (4). Evaluar el estado de la respuesta al VIH en nuestro país, midiendo el progreso hacia la consecución de los objetivos nacionales y globales, y comunicando los resultados, contribuyen a avanzar en el cumplimiento de los compromisos establecidos.

Los datos sobre la cohorte de VIH son analizados por la Cuenta de Alto Costo (CAC), quien se encarga del registro administrativo nacional colombiano de las personas que viven con el VIH, vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta información es relevante para todos los actores del sistema de salud colombiano, las sociedades científicas y la academia. Además, la información aquí registrada funciona como un insumo para que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y los entes territoriales identifiquen oportunidades de mejora en la planeación y la gestión de los servicios de salud de las personas con la infección.

Aspectos éticos y legales

La información que se presenta en este documento corresponde al análisis de los datos reportados a la CAC por parte de las diferentes entidades según la normatividad vigente, durante el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2022 y el 31 de enero de 2023.

Su objetivo es producir y difundir la información y los conocimientos útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientados a la protección y promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo. Lo anterior, contribuye al mejoramiento de los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promueve el uso eficiente y equitativo de los recursos del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier otro interés compartido.

El contenido de esta publicación es el producto de un riguroso ejercicio académico desarrollado bajo una perspectiva retrospectiva, clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de la información en Colombia, garantizando que los datos obtenidos de fuentes primarias se administran, conservan, custodian y mantienen en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki (12), Informe Belmont (13), Pautas CIOMS (14)) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 del MSPS (15), por la que se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Así mismo, para este caso particular, se garantiza la protección de la información derivada del manejo de la historia clínica tal como se reglamenta en la Resolución 1995 de 1999 (16) y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012 (17), por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, sancionada por dicha ley y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013 (18) que regula el manejo adecuado de los datos sensibles.



Aspectos metodológicos

Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las EAPB de los regímenes especial y de excepción; las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud (EAPVS), las entidades adaptadas al SGSSS, las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado, las secretarías departamentales y distritales de salud y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) notificaron a la CAC, en cumplimiento de la Resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (19), por la cual se estableció la obligatoriedad del reporte anual de la población que vive con el VIH, incluyendo a las mujeres gestantes, los niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH o las personas con diagnóstico de TB, con corte al 31 de enero de 2023. Para este periodo, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) no reportaron información a la CAC.

En este informe se refleja la información de las 71 entidades que reportaron los casos de infección por VIH. La **tabla 1** muestra, de las entidades que hacen parte del SGSSS, cuáles cumplieron con el reporte de la Resolución 0273 de 2019. Las que presentaron silencio administrativo fueron reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud para los fines pertinentes.

Tabla 1. Entidades que deben reportar la información de la Resolución 0273 de 2019 a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2023

Tipo de entidad	Número de entidades que deben reportar	Entidades que reportaron información de la Resolución 0273 de 2019*			
		Reporte de casos de VIH	Reporte de casos sin VIH	Entidades que reportaron no tener casos con VIH	Entidades que reportaron no tener casos sin VIH
ARL	5	2	0	3	5
EAPB de excepción	4	4	4	0	0
EAPB especial	9	8	8	1	0
EAPVS	7	6	6	1	0
EPS	33	32	33	1	0
Secretarías departamentales y distritales de salud	37	16	14	21	20
USPEC - INPEC	1	0	0	0	0
Total	96	68	65	27	25

ARL: Administradoras de Riesgos Laborales; **EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; **EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud; **EPS:** Entidades Promotoras de Salud; **INPEC:** Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; **USPEC:** Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.

* El reporte de los casos con VIH y de los casos sin VIH no son mutuamente excluyentes. Es posible que una entidad reporte casos de VIH y además sin VIH (casos de gestantes, TB o menores expuestos).

Calidad de la información

Para facilitar el reporte de la información, las entidades entregan sus datos en archivos separados: los casos con VIH y los casos sin VIH. Estos fueron auditados con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: la verificación inicial, realizada en la malla de validación; el cruce de los datos con las fuentes externas y finalmente, la auditoría de los registros contra los soportes de la historia clínica. A continuación, se describe cada una de ellas:

Malla de validación en los sistemas de información

Su objetivo fue identificar los errores durante el reporte con el fin de retroalimentar a las entidades que lo realizan en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posteriormente, se obtuvieron los registros únicos, mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellos compartidos entre diferentes entidades.

Verificación de la información con fuentes externas

Los casos fueron verificados a través del cruce de los datos con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), en la cual se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

Auditoría de campo

Los casos informados por primera vez a la CAC fueron auditados con el objetivo de validar el algoritmo diagnóstico establecido en la guía de práctica clínica para la atención de infección por VIH en personas adultas, gestantes y adolescentes, publicadas por el MSPS en el año 2021; en este proceso de verificación se garantizó la adecuada interpretación médica de las pruebas realizadas en la historia clínica (prueba rápida de tercera o cuarta generación, pruebas Elisa, carga viral para VIH detectable, *western blot* positivo). En los casos en los cuales no fue posible validar dicho algoritmo, se generaron las inconsistencias por diagnóstico, ya que la información necesaria para determinar la enfermedad estaba incompleta.

Además, se evaluó el estadio clínico frente al diagnóstico, categorizándolo según el recuento de linfocitos T CD4 (+) y CV al inicio de la terapia antirretroviral, considerando los costos ambulatorios y hospitalarios generados por la atención de los pacientes con VIH durante el periodo de reporte.

Finalmente, como una parte del proceso de mejora continua para el reporte de información y socialización de los hallazgos relevantes para cada una de las entidades, se publicó un informe de calidad con dicho contenido. Además, se dispone del programa de entrenamiento integral, en el aplicativo de aprendizaje Moodle, que incluye talleres, material clínico y administrativo de fácil comprensión y acceso, que permiten afianzar conceptos para una mejor gestión en la atención y reporte de información de la cohorte.

A continuación, en la **tabla 2**, se presentan los resultados de la calidad del reporte de información en el país, desagregado por el renglón del aseguramiento, encontrando que el 98,11% de los datos fueron reportados de forma correcta y, además, descritos en los soportes clínicos.

Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH en la auditoría 2023, según el renglón del aseguramiento

Renglón de aseguramiento	Pacientes auditados	Pacientes con inconsistencias	% Inconsistencias	% DC *	% DNC **	% DOND ***	% Datos no gestionados ****
CCF Contributivo	21.807,00	51	0,23	98,82	0,72	0,27	0,18
CCF Subsidiado	5.449,00	59	1,08	98,07	0,66	1,06	0,21
Comerciales Contributivo	61.684,00	208	0,34	98,51	0,96	0,37	0,16
Comerciales Subsidiado	20.836,00	23	0,11	98,39	1,31	0,13	0,17
Indígenas y adaptadas	1.895,00	35	1,85	96,30	1,70	1,81	0,19
Públicas y Mixtas	40.587,00	665	1,64	96,84	1,38	1,57	0,21
Solidarias Subsidiado	8.738,00	2	0,02	99,09	0,72	0,06	0,13
Total general	160.995	1.043	0,65	98,11	1,07	0,65	0,18

* **Dato conforme:** dato reportado que coincide exactamente con el dato observado en los soportes.

** **Dato no conforme:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes.

*** **Dato original no disponible:** dato reportado que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

**** **Dato no gestionado:** corresponde a un dato que da cuenta a la no realización de una actividad del seguimiento anual para los pacientes con VIH.



Población de interés, población auditada y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas que viven con el VIH, las mujeres gestantes, los niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH (seguidos por 24 meses) y las personas con diagnóstico de TB, que recibieron atención en alguna de las entidades aseguradoras durante el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2022 y el 31 de enero de 2023. Se incluyeron las personas diagnosticadas antes del periodo (casos prevalentes), las diagnosticadas durante el periodo (casos nuevos) y los fallecidos durante el tiempo de observación. De los casos de las gestantes que fueron reportados con tamización para el VIH, se seleccionó una muestra representativa por cada entidad, para ser auditados y confirmar el diagnóstico de la gestación y que la tamización se haya realizado dentro de su atención.

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

A continuación, se describen los hallazgos más relevantes en el proceso de auditoría y las recomendaciones dirigidas a las inconsistencias de la información, al tratamiento y seguimiento de los pacientes y reporte de las gestantes, entre otros (tabla 3).

Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con VIH, Colombia 2023

Temática	Descripción de hallazgos
Diagnóstico	Durante la auditoría se generaron inconsistencias en el 0,9% (n= 1.633) de las personas viviendo con VIH notificados por primera vez a la CAC, presentando un aumento del 0,15% con relación al 2022. El 35,3% (n= 576) corresponde a aquellos usuarios en los cuales no fue posible validar las pruebas completas del algoritmo diagnóstico establecido en la guía de práctica clínica. Esta situación está relacionada con la falta de interpretación de las pruebas de laboratorio por parte del profesional médico y con diagnósticos antiguos que no tienen información de las pruebas diagnósticas iniciales o de las realizadas al momento del ingreso a la IPS. Este hallazgo mantiene una dinámica similar en los últimos dos periodos de observación. Finalmente, en 1.057 casos se generaron inconsistencias por soportes dado que no se encontró dispuesta de manera completa la historia para la verificación del diagnóstico.
Tratamiento y suministro de TAR	De la población incidente que se encontraban recibiendo TAR y activos para la entidad a la fecha de corte, el 1,91% (n= 244) no contó con soportes para validar las entregas de medicamentos. Se adjuntaron principalmente desprendibles de entrega por parte de empresas de mensajería que no contaban con firma de recibido o sin el nombre del medicamento dispensado. En otros casos, no se contaba con soporte del suministro del medicamento. En la población prevalente que se encontraba recibiendo TAR, en el 0,32% (n= 395) no fue posible validar la entrega de medicamentos.
Población gestante	Del total de la población gestante auditada (n= 13.447), solo en el 14,21% (n= 1.911) se realizó tamizaje para VIH en los tres trimestres del embarazo, cumpliendo la recomendación de la GPC.
Menores de 12 meses hijos de madre con VIH	Durante el proceso de auditoría se identificaron 294 menores expuestos al VIH en estudio a la fecha de corte, con uno o ningún resultado de CV, de los cuales el 81,29% (n= 239) eran menores de 6 meses, el 11,90% (n= 35) tenía entre 7 y 12 meses de edad y el 6,80% (n= 20) era mayor de 1 año.
Seguimiento	Se evidenció dificultad en la validación de laboratorios de seguimiento y tamizaje en la población con VIH, atribuido a la falta de registro e interpretación médica en la historia clínica de dichas pruebas realizadas; lo cual limita la evaluación del progreso de la enfermedad, afectando la toma de decisiones oportunas tanto para el asegurador como para el prestador de servicios de salud. Para el 2023, se identificaron 9.367 casos sin seguimiento médico ambulatorio en el periodo de observación, de esta población el 23,17% (n= 2.170) presenta ausencia de seguimiento por más de 3 años consecutivos, el 12,78% (n= 1.197) en los últimos dos años y por último, el 64,05% (n= 6.000) no recibió atenciones en el año 2023.
Inconsistencias	Del total de la población con VIH auditada, se generaron inconsistencias en el 0,96% (n= 1.633). De estos, en el 35,27% (n= 576) no fue posible confirmar el diagnóstico y en el 64,73% (n= 1.057) no se contaron con soportes clínicos válidos (certificados de afiliación, laboratorios clínicos, atenciones de enfermería, trabajo social o nutricionista, pero sin atención médica).

Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con VIH, Colombia 2023 (continuación)

Temática	Descripción de hallazgos
Contratación	El modelo de contratación por paquete, predomina en el 47,06% (n= 32) de las entidades que notificaron población a la CAC, los cuales contemplan principalmente las atenciones por equipo multidisciplinario (infectología, médico experto, químico farmacéutico, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición), seguimiento paraclínico y en algunos casos el suministro de TAR. El 35,29% (n= 24) de las entidades tienen contratación por evento; el 11,76% (n= 8) modalidad de PGP, cápita o administración delegada, y finalmente, en el 5,88% (n= 4) se desconoce la modalidad de contratación por ausencia de reporte de las entidades.

Ajuste de los datos posterior a la auditoría

Una vez finalizada la auditoría de campo, se incorporaron los ajustes definitivos y se dispuso la información en una bodega de datos para realizar los análisis respectivos. Se verificaron los casos duplicados considerados como válidos y se excluyeron aquellos con inconsistencias (por soporte o diagnóstico) y los fallecidos fuera del periodo.

En conclusión, para el periodo de interés se reportaron 745.512 registros, de los cuales 192.171 tenían diagnóstico de VIH y 553.341 correspondían a las personas sin VIH. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación de los registros y su selección para el análisis en cada población. Previo a la auditoría se inactivaron 27.153 registros, porque fueron reportados por más de una entidad o porque no fueron identificados en la BDUA o no tenían diagnóstico confirmado en la entidad.

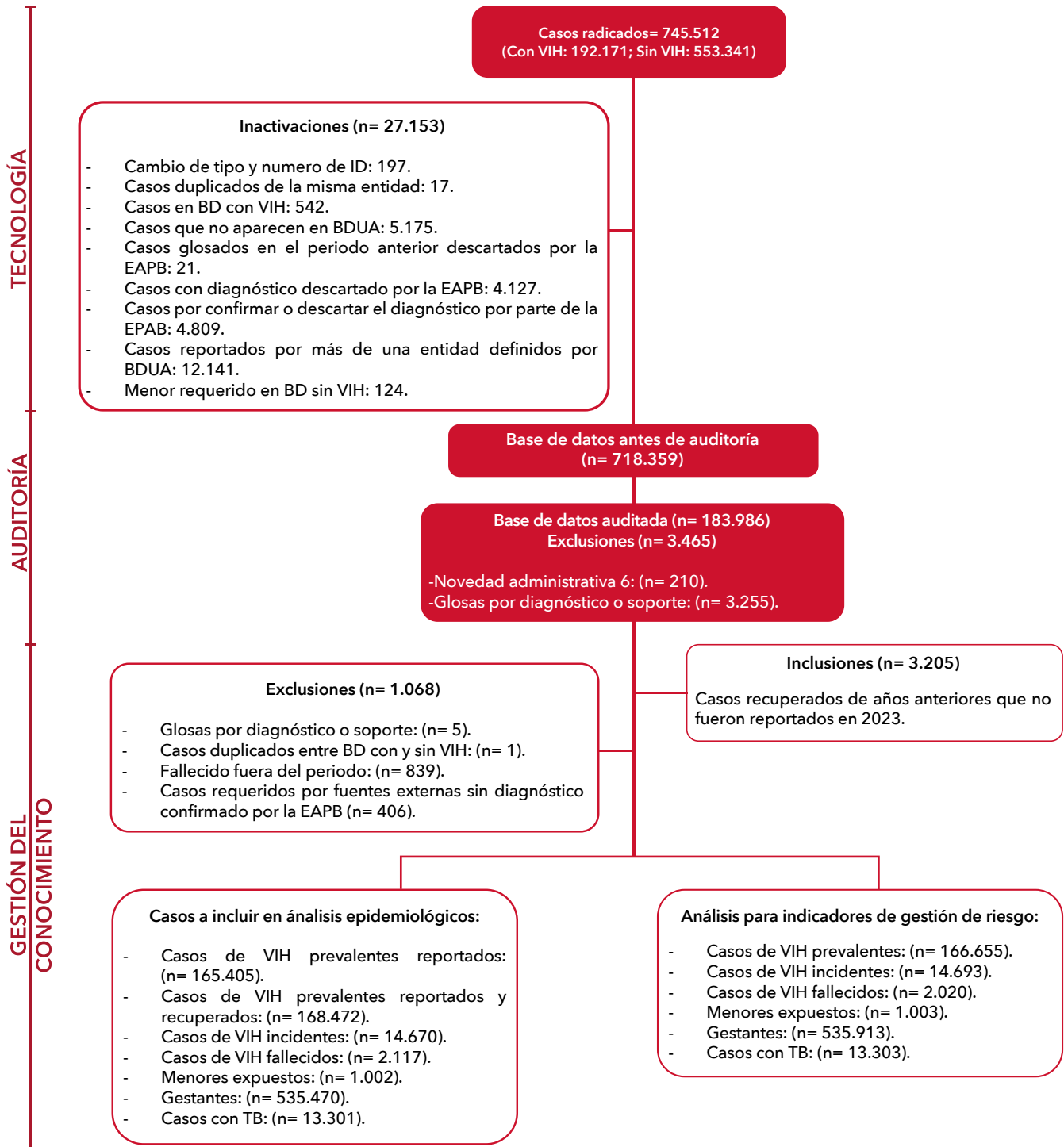
Para el análisis de la base de datos después de la auditoría, se excluyeron además 654 fallecidos fuera del periodo, 411 con inconsistencias de información o soporte y 1 con duplicidad no válida.

Finalmente, en los análisis epidemiológicos se incluyeron los registros únicos distribuidos en las subpoblaciones así: los casos prevalentes reportados con VIH en el periodo (n= 165.405), los prevalentes reportados incluyendo aquellos recuperados de periodos anteriores (n= 168.472), los casos incidentes (n= 14.670), los fallecidos (n= 2.117), los menores expuestos al VIH (n= 1.002), las gestantes (n= 535.470) y los pacientes con TB (n= 13.301).

En el análisis de los indicadores, se obtuvieron 3.691 registros adicionales dado que existen personas que recibieron atención válida por dos entidades, evaluando la gestión del riesgo en cada una de ellas.



Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de gestión del riesgo en VIH, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

Análisis epidemiológico

En el seguimiento de los pacientes en el periodo actual, se validó que todos los casos vivos y activos del periodo anterior estuvieran notificados en el corte del 31 de enero de 2023. Mediante un cruce nominal, se identificaron 3.067 casos prevalentes del 2022 que no fueron notificados actualmente, en su mayoría, provenientes de las entidades liquidadas. Estos casos se cruzaron con la BDUA del MSPS para conocer su estado vital. Dado que no se contaba con la información de la gestión de estos pacientes prevalentes se incluyeron únicamente en las estimaciones de morbilidad y mortalidad demográficas; los demás análisis se realizaron en los casos prevalentes reportados.

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se incluyeron la edad, el sexo, la entidad territorial, el régimen de afiliación y la EAPB que realizó el reporte para todos los subgrupos. El segundo comprende las características relacionadas con la evaluación inicial, el diagnóstico, el estado actual, el seguimiento y el uso de las terapias antirretrovirales en las personas que viven con el VIH, así como las variables relacionadas con la estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH en el binomio madre - hijo y las principales características de la población con coinfección con TB/VIH. Las variables numéricas se analizaron con medidas de tendencia central y de dispersión; y las categóricas se informan como frecuencias absolutas y proporciones.

Estimación de la morbilidad y de la mortalidad para las personas que viven con el VIH

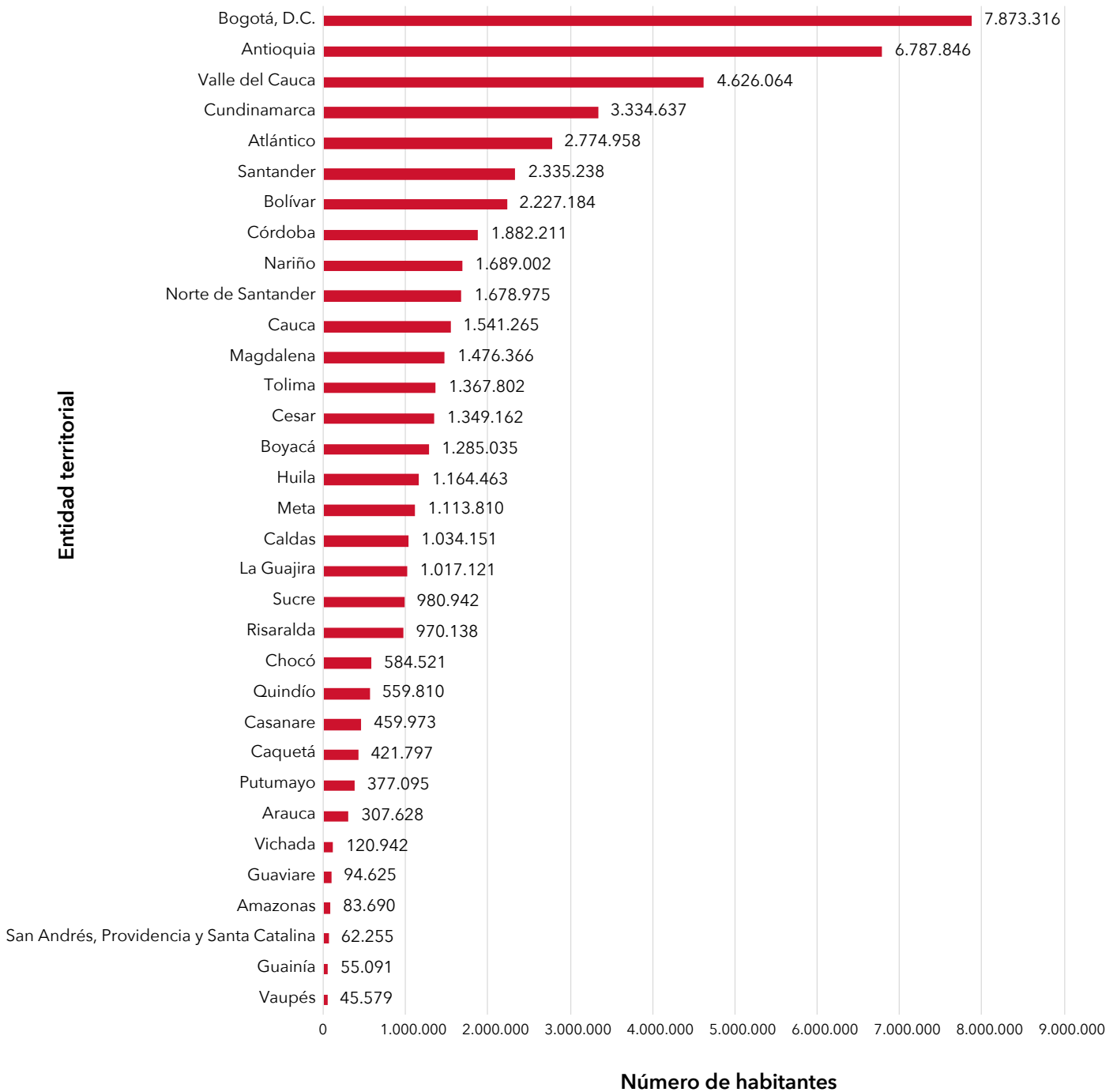
Se calcularon la prevalencia, la incidencia, la mortalidad y la letalidad en el subgrupo de las personas que viven con el VIH, definidas para este documento, de la siguiente forma:

- **Incidencia:** corresponde a las personas que viven con el VIH con fecha de diagnóstico de la enfermedad entre el 1° de febrero de 2022 y el 31 de enero de 2023. Se reporta como el número de casos nuevos por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Prevalencia:** se refiere al número de las personas que viven con el VIH reportadas durante el periodo de interés, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia del periodo. Se informa como el número de casos por 100 habitantes o afiliados.
- **Mortalidad:** los fallecimientos se definieron con base en las novedades administrativas del reporte y el cruce con la base de datos de mortalidad de la BDUA, considerada como la fuente oficial, debido a que su información ha sido cruzada con el Registro Único de Afiliados (RUAF) de la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se reporta como el número de casos fallecidos con diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Letalidad:** corresponde al número de las personas con diagnóstico de VIH que murieron en el periodo a causa del virus y se reporta como el número de casos fallecidos por cada 1.000 personas viviendo con el VIH.

Las medidas de morbilidad se ajustaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia la población colombiana estimada por el DANE con ajuste post-COVID (n= 51.682.692) según los quinquenios de edad, con corte al 30 de junio de 2022 (**figura 2**). Para ajustar las estimaciones nacionales se tomó como referencia a la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2022 (20). La morbilidad se calculó para las regiones del país (**mapa 1**), que son definidas por el DANE según el producto interno bruto (PIB) (**figura 3**).

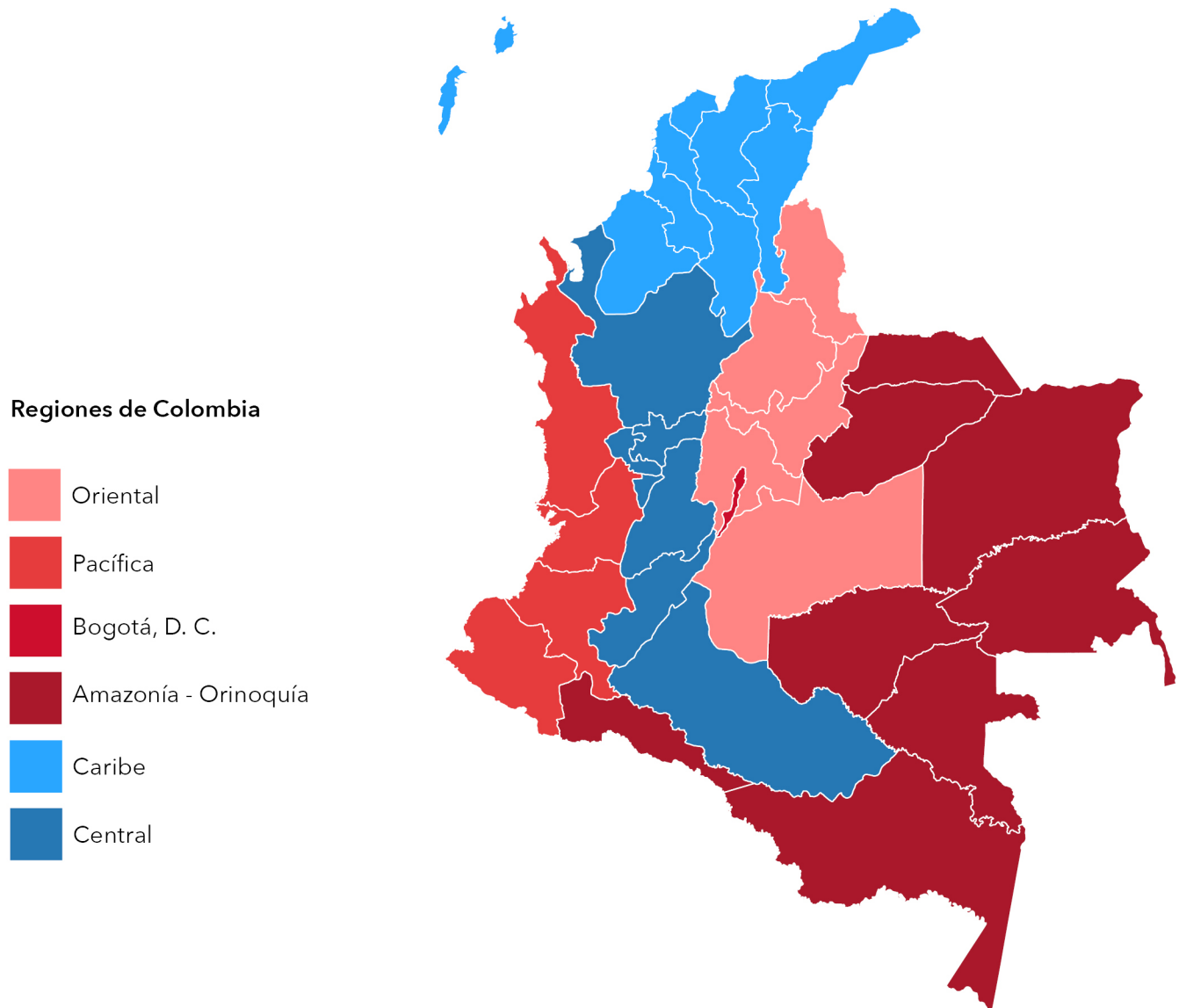


Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2023



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, clasificación 2021.

[Descargar figura](#)

Para los análisis que tuvieron como denominador a la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB (n= 49.193.173) con corte al 31 de julio de 2022, obtenido de la BDUA y en el caso de las entidades de los regímenes especial y de excepción, la información se recuperó de la bodega de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) o por los datos remitidos previamente por las entidades. Se incluyeron todas las entidades que hicieron su reporte en el periodo, independiente de su estado de existencia en el momento de publicación de este documento. La población analizada incluye a las activas y suspendidas en su afiliación porque fueron susceptibles de atención en el periodo.

Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

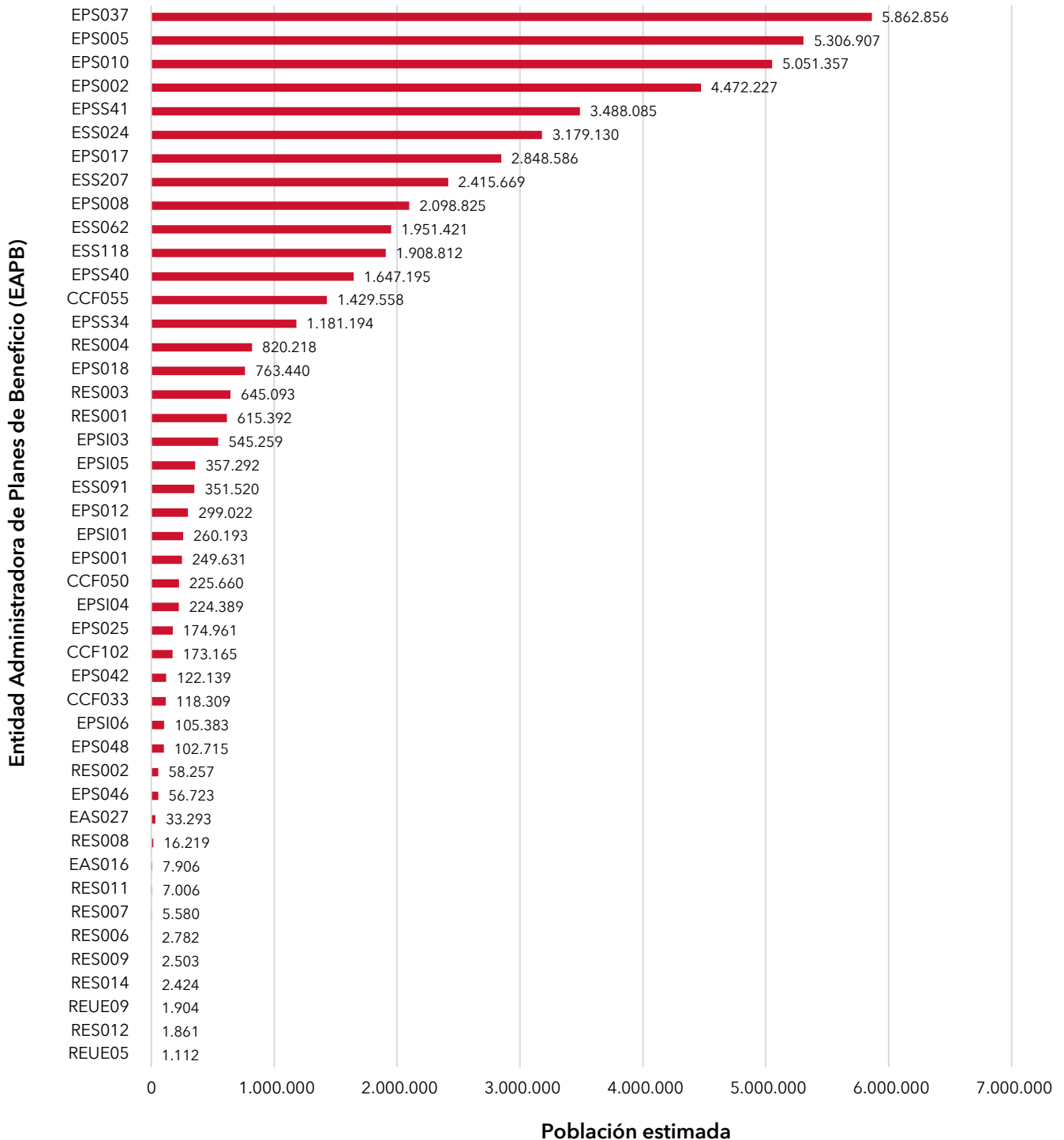
Se realizó el cálculo de los indicadores de la gestión del riesgo, que están descritos en el documento ["Actualización de consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano"](#) (4).



La información presentada en este libro corresponde a los datos demográficos y del aseguramiento para todos los indicadores de gestión del riesgo establecidos en el consenso de 2023.

En la plataforma **HIGIA** puede encontrar las diferentes desagregaciones para los indicadores trazadores en la gestión del riesgo en las PVV.

Figura 3. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023



Fuente: Base Única de Afiliados, MSPS, corte al 31 de julio de 2022.

[Descargar figura](#)

1



Caracterización de las **personas incidentes** que viven con el VIH



Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 1

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



En Colombia se diagnosticaron **14.670** casos nuevos con VIH

en el periodo, lo cual representa un aumento del 13,55% con respecto al periodo anterior.

El 59,35% de los casos nuevos que viven con el VIH estaban afiliados al régimen contributivo.



La mediana de la edad en los hombres fue de 30 años (RIC: 25 - 37) y en las mujeres fue de 34 años (RIC: 26 - 45).



Las entidades territoriales con el mayor número de casos incidentes fueron Bogotá, D. C., Antioquia y Valle del Cauca.



El 62,12% de los casos nuevos indicaron que pertenecían a uno o más grupos de las poblaciones clave. La mayor proporción (53,65%) se identificaron como HSH, seguido por los consumidores de sustancias psicoactivas diferentes a las inyectadas (6,32%).



Las pruebas presuntivas de VIH se solicitaron principalmente por el médico en los cuadros clínicos sospechosos en el 41,91% de los casos, seguido por la solicitud de la propia persona en un 35,98%.



El principal mecanismo de transmisión sigue siendo el sexual (92,83%).



La mediana del tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la terapia antirretroviral fue de 32 días (RIC: 18 - 52).

El 34,46% de los casos incidentes fue diagnosticado en fase sida.

RIC: rango intercuartílico.

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

[Descargar infografía](#)

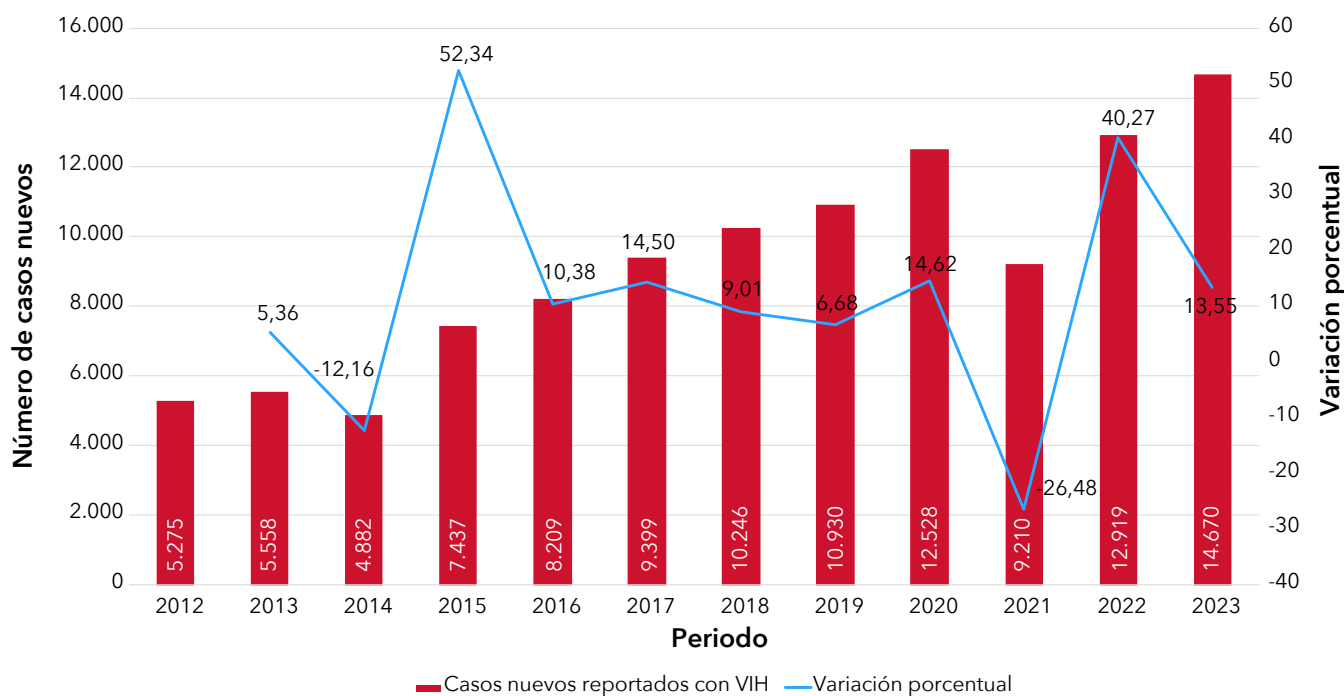
1. Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

De las 165.405 personas que viven con el VIH notificadas en el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2022 y el 31 de enero de 2023, 14.670 fueron casos incidentes. A continuación, se presenta la descripción de las principales características sociodemográficas y clínicas de esta población.

1.1. Caracterización sociodemográfica de las personas incidentes que viven con el VIH

Con respecto al periodo anterior los casos incidentes aumentaron de 12.919 a 14.670 personas, lo cual representa un incremento del 13,55%. Esto es consistente con la tendencia ascendente que se observó entre los periodos 2012 a 2020 que posteriormente se vio afectada con una disminución por la fase aguda de la pandemia del COVID-19 en 2021. En la **figura 4** se muestra la tendencia que ha tenido el registro de la CAC.

Figura 4. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2023



[Descargar figura](#)

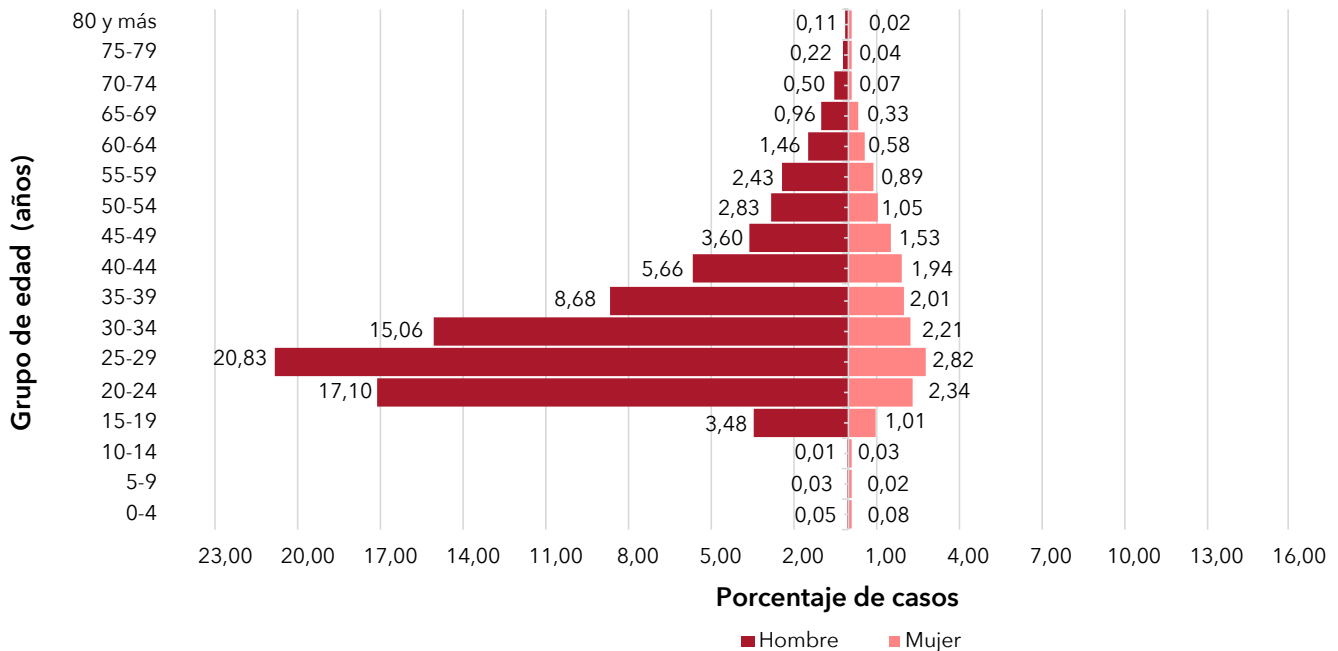
En cuanto al sexo, se mantiene la mayor proporción en los hombres (83,01%, n= 12.177) en comparación con las mujeres (16,98%, n= 2.491) e intersexuales (0,01%, n= 2). La razón hombre/mujer fue de 4,89:1. Con relación a la edad, el promedio fue de 33,29 años (DE ± 11,98) y la mediana de 30 (RIC: 25 - 39). En las mujeres, la edad promedio fue de 36,35 años (DE ± 13,36) y en los hombres de 32,67 (DE ± 11,58). La mediana de la edad en los hombres fue de 30 años (RIC: 25 - 37) y en las mujeres de 34 (RIC: 26 - 45).

1.1.1. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la edad y el sexo

La mayor frecuencia de los casos reportados se registró entre los 25 y los 29 años seguido por el grupo entre los 20 y los 24 años, tanto en los hombres como en las mujeres (**figura 5**), presentando la misma tendencia de los periodos anteriores.



Figura 5. Pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2023*



* La pirámide poblacional fue construida solo para los hombres y las mujeres. En las personas intersexuales los casos se distribuyeron en los siguientes grupos de edad (en años): 20 - 24 (n= 2).

[Descargar figura](#)

1.1.2. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la región y la entidad territorial de residencia

Las entidades territoriales con el mayor número de casos incidentes fueron Bogotá, D. C., Antioquia y Valle del Cauca, igual que en el periodo anterior. La mayor proporción de casos en los hombres se registró en Bogotá, D. C., y Antioquia; en las mujeres se presentó en Antioquia, seguida por Valle del Cauca (**tabla 4**); los casos nuevos en las personas intersexuales se presentaron en Bogotá, D. C.

Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bogotá, D. C.	2.658 (21,83)	277 (11,12)	2 (100,00)	2.937 (20,02)
Caribe	2.311 (18,98)	733 (29,43)	0 (0,00)	3.044 (20,75)
Atlántico	774 (6,36)	176 (7,07)	0 (0,00)	950 (6,48)
Bolívar	438 (3,60)	126 (5,06)	0 (0,00)	564 (3,84)
Cesar	219 (1,80)	89 (3,57)	0 (0,00)	308 (2,10)
Córdoba	313 (2,57)	117 (4,70)	0 (0,00)	430 (2,93)
La Guajira	141 (1,16)	85 (3,41)	0 (0,00)	226 (1,54)
Magdalena	246 (2,02)	89 (3,57)	0 (0,00)	335 (2,28)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	7 (0,06)	2 (0,08)	0 (0,00)	9 (0,06)
Sucre	173 (1,42)	49 (1,97)	0 (0,00)	222 (1,51)

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Central	3.631 (29,82)	675 (27,10)	0 (0,00)	4.306 (29,35)
Antioquia	2.303 (18,91)	402 (16,14)	0 (0,00)	2.705 (18,44)
Caldas	223 (1,83)	50 (2,01)	0 (0,00)	273 (1,86)
Caquetá	66 (0,54)	16 (0,64)	0 (0,00)	82 (0,56)
Huila	226 (1,86)	35 (1,41)	0 (0,00)	261 (1,78)
Quindío	211 (1,73)	42 (1,69)	0 (0,00)	253 (1,72)
Risaralda	367 (3,01)	79 (3,17)	0 (0,00)	446 (3,04)
Tolima	235 (1,93)	51 (2,05)	0 (0,00)	286 (1,95)
Oriental	1.566 (12,86)	284 (11,40)	0 (0,00)	1.850 (12,61)
Boyacá	142 (1,17)	23 (0,92)	0 (0,00)	165 (1,12)
Cundinamarca	352 (2,89)	37 (1,49)	0 (0,00)	389 (2,65)
Meta	246 (2,02)	56 (2,25)	0 (0,00)	302 (2,06)
Norte de Santander	340 (2,79)	89 (3,57)	0 (0,00)	429 (2,92)
Santander	486 (3,99)	79 (3,17)	0 (0,00)	565 (3,85)
Pacífica	1.829 (15,02)	477 (19,15)	0 (0,00)	2.306 (15,72)
Cauca	195 (1,60)	38 (1,53)	0 (0,00)	233 (1,59)
Chocó	22 (0,18)	27 (1,08)	0 (0,00)	49 (0,33)
Nariño	232 (1,91)	88 (3,53)	0 (0,00)	320 (2,18)
Valle del Cauca	1.380 (11,33)	324 (13,01)	0 (0,00)	1.704 (11,62)
Amazonía-Orinoquía	182 (1,49)	45 (1,81)	0 (0,00)	227 (1,55)
Amazonas	8 (0,07)	4 (0,16)	0 (0,00)	12 (0,08)
Arauca	44 (0,36)	14 (0,56)	0 (0,00)	58 (0,40)
Casanare	55 (0,45)	11 (0,44)	0 (0,00)	66 (0,45)
Guainía	1 (0,01)	2 (0,08)	0 (0,00)	3 (0,02)
Guaviare	13 (0,11)	3 (0,12)	0 (0,00)	16 (0,11)
Putumayo	59 (0,48)	9 (0,36)	0 (0,00)	68 (0,46)
Vaupés	0 (0,00)	1 (0,04)	0 (0,00)	1 (0,01)
Vichada	2 (0,02)	1 (0,04)	0 (0,00)	3 (0,02)
Total	12.177 (83,01)	2.491 (16,98)	2 (0,01)	14.670 (100,00)

1.1.3. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica

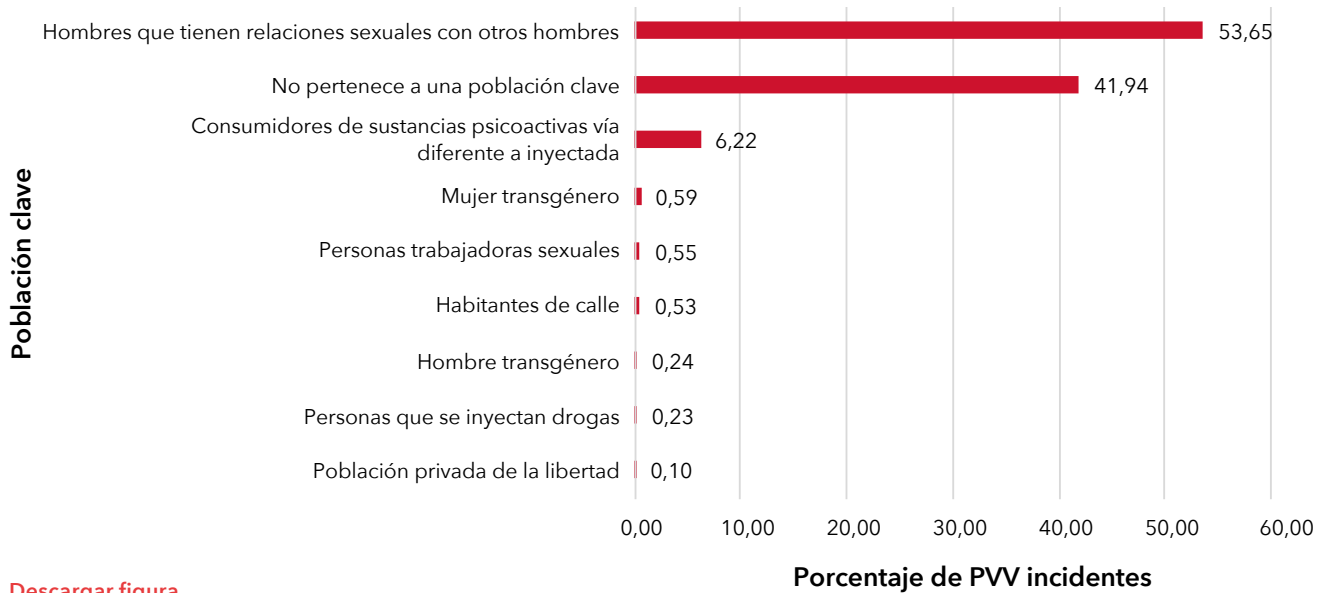
El 3,05% de los casos incidentes se informaron como pertenecientes a comunidades negras (n= 448), el 1,39% eran indígenas (n= 204), el 0,07% palenqueros (n= 10), el 0,13% raizal (n= 19) y el 0,02% ROM gitano (n= 3). El 95,34% refirió no pertenecer a ningún grupo étnico (n= 13.986).

1.1.4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el tipo de población clave

El 62,12% de los casos incidentes indicó que pertenecían a uno o más de los tipos de población clave (**figura 6**), principalmente al grupo de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) (53,65%) mostrando la misma tendencia al periodo anterior; seguido de los consumidores de sustancias psicoactivas por vía diferente a la inyectada (6,22%), observando una disminución del 29,76% en comparación al 2022.



Figura 6. Distribución de los casos incidentes que viven con el VIH según la población clave, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

1.1.5. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación

En el régimen contributivo se presentaron 8.706 casos (59,35%), seguido del subsidiado con 5.457 (37,20%). Los regímenes de menor reporte fueron el especial (0,03%), los planes voluntarios (0,09%) y el de excepción (2,47%). La proporción de los casos en cada régimen fue similar a lo descrito en el periodo anterior. Se identificaron 126 personas incidentes (0,86%) que no estaban afiliadas a ninguna EAPB y que recibieron sus atenciones bajo el aseguramiento del ente territorial. En la **tabla 5** se caracteriza la población por el sexo y por la edad según el régimen de afiliación. En los casos incidentes, la mediana de la edad fue mayor en los casos reportados por el régimen de excepción (35 años, RIC: 26 - 47) mientras que en el especial se observó la mediana de la edad más baja. Por otra parte, el 60,37% de los casos incidentes están entre los 20 y los 34 años, comportamiento que fue similar entre todos los regímenes.

Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Sexo							
Mujer	945 (10,85)	1.466 (26,86)	0 (0,00)	28 (7,71)	50 (39,68)	2 (15,38)	2.491 (16,98)
Hombre	7.761 (89,15)	3.991 (73,14)	5 (100,00)	335 (92,29)	74 (58,73)	11 (84,62)	12.177 (83,01)
Intersexual	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,59)	0 (0,00)	2 (0,01)
Edad (años)¹	30 (25 - 38)	30 (24 - 41)	24 (22 - 47)	35 (26 - 47)	27 (23 - 35)	34 (23 - 40)	30 (25 - 39)
Edad categórica (quinquenios)							
0 - 4	7 (0,08)	12 (0,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,79)	0 (0,00)	20 (0,14)
5 - 9	3 (0,03)	4 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,05)
10 - 14	1 (0,01)	5 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,04)
15 - 19	297 (3,41)	337 (6,18)	0 (0,00)	16 (4,41)	6 (4,76)	2 (15,38)	658 (4,49)
20 - 24	1.633 (18,76)	1.115 (20,43)	3 (60,00)	63 (17,36)	38 (30,16)	2 (15,38)	2.854 (19,45)
25 - 29	2.259 (25,95)	1.126 (20,63)	0 (0,00)	49 (13,50)	36 (28,57)	0 (0,00)	3.470 (23,65)

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
30 - 34	1.706 (19,60)	758 (13,89)	0 (0,00)	53 (14,60)	13 (10,32)	3 (23,08)	2.533 (17,27)
35 - 39	918 (10,54)	582 (10,67)	0 (0,00)	50 (13,77)	16 (12,70)	2 (15,38)	1.568 (10,69)
40 - 44	609 (7,00)	461 (8,45)	0 (0,00)	35 (9,64)	8 (6,35)	1 (7,69)	1.114 (7,59)
45 - 49	409 (4,70)	319 (5,85)	1 (20,00)	17 (4,68)	4 (3,17)	3 (23,08)	753 (5,13)
50 - 54	301 (3,46)	238 (4,36)	0 (0,00)	28 (7,71)	2 (1,59)	0 (0,00)	569 (3,88)
55 - 59	247 (2,84)	229 (4,20)	0 (0,00)	11 (3,03)	1 (0,79)	0 (0,00)	488 (3,33)
60 - 64	156 (1,79)	124 (2,27)	0 (0,00)	18 (4,96)	1 (0,79)	0 (0,00)	299 (2,04)
65 - 69	88 (1,01)	91 (1,67)	0 (0,00)	10 (2,75)	0 (0,00)	0 (0,00)	189 (1,29)
70 - 74	41 (0,47)	35 (0,64)	1 (20,00)	8 (2,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	85 (0,58)
75 - 79	21 (0,24)	13 (0,24)	0 (0,00)	4 (1,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	38 (0,26)
80 y más	10 (0,11)	8 (0,15)	0 (0,00)	1 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (0,13)
Total	8.706 (100,00)	5.457 (100,00)	5 (100,00)	363 (100,00)	126 (100,00)	13 (100,00)	14.670 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

1.1.6. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora

Las entidades con el mayor número de afiliados reportados con nuevo diagnóstico de VIH en el periodo fueron la EPS010, la EPS005 y la EPS037.



En el aplicativo **HIGIA** dispuesto en la página web de la CAC, se puede observar y descargar la información de los casos incidentes por cada EAPB.

1.2. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH

Las razones principales para realizarse la prueba presuntiva fueron la solicitud por parte del médico por estudio de un cuadro clínico sospechoso de VIH (hospitalizado o no) en el 41,91% de los casos y por solicitud de la propia persona en el 35,98% (tabla 6).

El mecanismo de transmisión de mayor frecuencia fue por vía sexual (92,83%). Las personas incidentes que se reportaron con mecanismo de transmisión materno - infantil, corresponden a 7 casos entre los menores de 12 meses expuestos al VIH durante el periodo actual y son detallados en el capítulo 5.

El tiempo máximo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento antirretroviral fue de 354 días y el mínimo cero; así mismo, una mediana de 32 días (RIC: 18 - 52) y una media de 40,35 días (DE ± 36,03). El 74,22% (n= 10.887) estaba en estadios tardíos. En la tabla 6 se presenta un resumen de estas características según el régimen de afiliación.

Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2023

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Edad al momento del diagnóstico	30 (25 - 38)	30 (24 - 41)	24 (22 - 47)	35 (26 - 47)	27 (23 - 35)	34 (23 - 40)	30 (25 - 39)
Razón de la prueba presuntiva							
Solicitada por el médico por sospecha clínica	3.451 (41,00)	2.454 (46,02)	3 (60,00)	155 (45,99)	76 (61,29)	9 (69,23)	6.148 (43,21)



Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2023 (continuación)

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Por solicitud de la persona	3.599 (42,75)	1.572 (29,48)	2 (40,00)	79 (23,44)	23 (18,55)	3 (23,08)	5.278 (37,09)
Oferta de prueba a gestante en servicio de salud	91 (1,08)	284 (5,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (12,90)	0 (0,00)	391 (2,75)
Oferta realizada en comunidad incluyendo gestantes y personas con TB	190 (2,26)	182 (3,41)	0 (0,00)	16 (4,75)	2 (1,61)	0 (0,00)	390 (2,74)
Oferta de prueba por diagnóstico de otras ITS	204 (2,42)	161 (3,02)	0 (0,00)	16 (4,75)	2 (1,61)	0 (0,00)	383 (2,69)
Al donar sangre	160 (1,90)	65 (1,22)	0 (0,00)	9 (2,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	234 (1,64)
Oferta de prueba por diagnóstico de TB	32 (0,38)	21 (0,39)	0 (0,00)	2 (0,59)	0 (0,00)	0 (0,00)	55 (0,39)
Violencia sexual	10 (0,12)	11 (0,21)	0 (0,00)	1 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (0,15)
Exposición ocupacional	11 (0,13)	7 (0,13)	0 (0,00)	1 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (0,13)
Otras razones	670 (7,96)	575 (10,78)	0 (0,00)	58 (17,21)	5 (4,03)	1 (7,69)	1.309 (9,20)
Tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (días)*	35 (20 - 54)	27 (14 - 47)	4 (0 - 10)	33 (17 - 51)	29 (6 - 48)	24 (13 - 48)	32 (18 - 52)
Mecanismo o vía de transmisión							
Transmisión sexual	8.107 (93,12)	5.083 (93,15)	4 (80,00)	317 (87,33)	99 (78,57)	8 (61,54)	13.618 (92,83)
Uso de cortopunzantes	12 (0,14)	11 (0,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (0,16)
Violencia sexual	10 (0,11)	5 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (0,10)
Exposición ocupacional	11 (0,13)	3 (0,05)	0 (0,00)	1 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (0,10)
Transfusión	5 (0,06)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,04)
Materno infantil	1 (0,01)	7 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,05)
No se conoce	560 (6,43)	347 (6,36)	1 (20,00)	45 (12,40)	27 (21,43)	5 (38,46)	985 (6,71)
Linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico							
Se realizó (sí)	8.314 (95,51)	5.113 (93,73)	4 (80,00)	337 (92,84)	93 (73,81)	12 (92,31)	13.873 (94,59)
Conteo (CD4/ μl^3)*	324 (164 - 499)	261 (107 - 429)	273 (145 - 318)	277 (138 - 435)	231 (64 - 423)	463 (86 - 705)	299 (142 - 476)
Carga viral al momento del diagnóstico							
Se realizó (sí)	8.336 (95,77)	5.119 (93,84)	4 (80,00)	340 (93,66)	91 (72,80)	12 (92,31)	13.902 (94,80)
Copias/ml*	60.067 (14.069 - 213.000)	47.880 (9.316 - 200.106)	387.147 (176.647-875.500)	62.900 (14.100-264.642)	33.887 (4.356 - 115.000)	38.400 (5.826 - 141.668)	55.064 (12.200 - 209.129)
Estadio clínico al momento del diagnóstico							
Estadio 0	1 (0,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,01)
Estadio 1	2.057 (23,63)	906 (16,61)	0 (0,00)	58 (15,98)	18 (14,29)	6 (46,15)	3.045 (20,76)
Estadio 2	3.632 (41,72)	2.014 (36,91)	2 (40,00)	148 (40,77)	35 (27,78)	1 (7,69)	5.832 (39,76)
Estadio 3	2.648 (30,42)	2.227 (40,82)	2 (40,00)	130 (35,81)	43 (34,13)	5 (38,46)	5.055 (34,46)
Por establecer	367 (4,22)	309 (5,66)	1 (20,00)	26 (7,16)	30 (23,81)	1 (7,69)	734 (5,00)
Inicio de TAR (sí)	8.110 (93,15)	5.122 (93,86)	4 (80,00)	339 (93,39)	84 (66,67)	12 (92,31)	13.671 (93,19)
TAR actual (sí)	7.670 (88,10)	4.729 (86,66)	4 (80,00)	305 (84,02)	27 (21,43)	6 (46,15)	12.741 (86,85)
Total	8.706 (100,00)	5.457 (100,00)	5 (100,00)	363 (100,00)	126 (100,00)	13 (100,00)	14.670 (100,00)

* Mediana (RIC).

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En cuanto a los casos incidentes que iniciaron terapia antirretroviral (TAR) (n= 13.853), se evidenció que las principales causas de inicio fueron por el conteo de linfocitos T CD4+ y el valor de la CV (**tabla 7**). Cabe resaltar que, según la actualización de la GPC en el año 2021, se recomienda el inicio temprano de la TAR independientemente de los criterios considerados en la versión 2014.

Tabla 7. Motivo del inicio de la TAR en las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, Colombia 2023

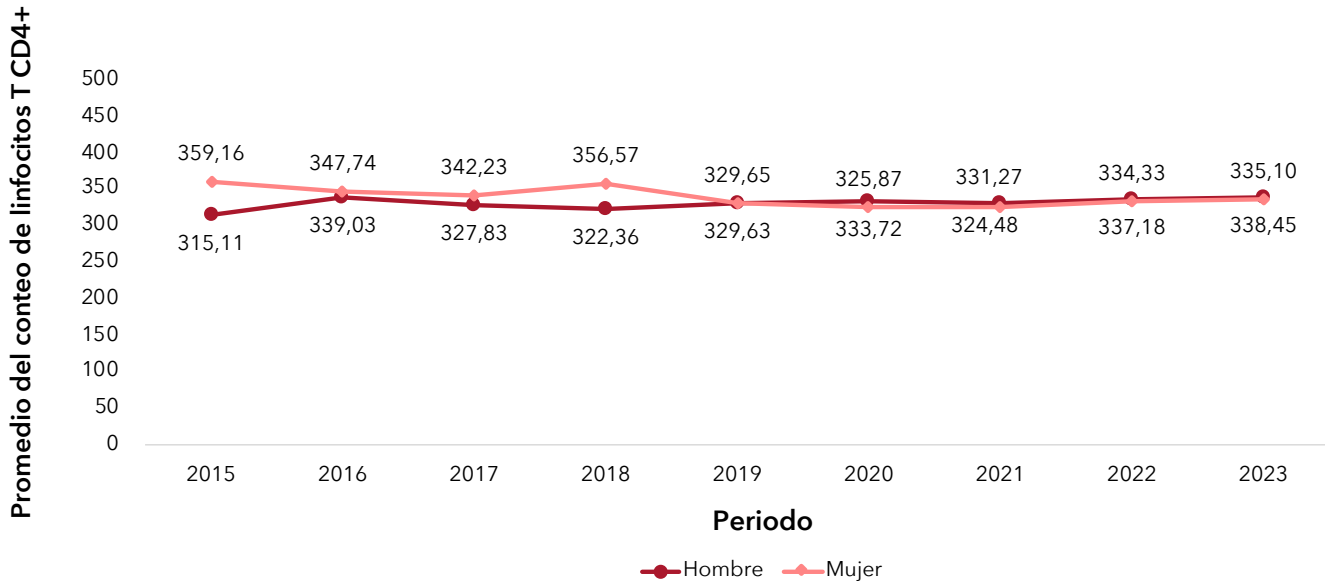
Motivo de inicio de la TAR	Hombre	Mujer	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Carga viral	3.676 (30,19)	550 (22,08)	0 (0,00)	4.226 (28,81)
Por conteo linfocitos T CD4	3.135 (25,75)	519 (20,84)	0 (0,00)	3.654 (24,91)
Desconocido/sin dato	1.600 (13,13)	264 (10,60)	2 (100,00)	1.866 (12,72)
Por infección grave o patología que define sida	1.321 (10,85)	291 (11,68)	0 (0,00)	1.612 (10,99)
Estrategia prueba y tratamiento inmediato	1.123 (9,22)	274 (11,00)	0 (0,00)	1.397 (9,52)
Infección temprana	414 (3,40)	83 (3,33)	0 (0,00)	497 (3,39)
Estado previo a la concepción, gestación, puerperio o lactancia materna	2 (0,02)	311 (12,48)	0 (0,00)	313 (2,13)
No se tiene el dato porque inicio TAR en institución diferente	117 (0,96)	23 (0,92)	0 (0,00)	140 (0,95)
Tener pareja serodiscordante	62 (0,51)	8 (0,32)	0 (0,00)	70 (0,48)
Edad	18 (0,15)	16 (0,64)	0 (0,00)	34 (0,23)
Coinfección con hepatitis B/C	25 (0,21)	3 (0,12)	0 (0,00)	28 (0,19)
Historia enfermedad cardiovascular	7 (0,06)	2 (0,08)	0 (0,00)	9 (0,06)
Nefropatía asociada al VIH	4 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,03)
Riesgo cardiovascular > 20% por Framingham	3 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,02)
Total	11.507 (100,00)	2.344 (100,00)	2 (100,00)	13.853 (100,00)

1.2.1. Pruebas de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH

En los casos incidentes a quienes se les realizó el conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico, se observa una tendencia estable y similar en los últimos cinco años en ambos sexos (**figura 7**). El promedio del conteo de linfocitos T CD4+ en los hombres fue de 338,45 CD4/mm³ (DE ± 252,06), en las mujeres fue de 335,10 CD4/mm³ (DE ± 278,88) y en los intersexuales fue de 204 CD4/mm³ (DE ± 181,02). Las medianas fueron de 301 CD4/mm³ (RIC: 146 - 476), 285 CD4/mm³ (RIC: 116 - 475) y 204 CD4/mm³ (RIC: 76 - 332), respectivamente.



Figura 7. Tendencia del valor promedio del conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2015 - 2023*



* Desde el año 2019 se inició la medición en el grupo intersexual, sin embargo, en los periodos 2019 y 2020 no se reportaron casos incidentes.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 8** se describen los linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico en los periodos 2022 y 2023, observando que el 57,93% de los casos se diagnosticaron con un conteo de linfocitos T CD4+ menor a 350 CD4/mm³, lo cual significa un diagnóstico tardío (21). Se mantiene un comportamiento similar al periodo anterior.

Tabla 8. Categorización del conteo de los linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2022 - 2023

Conteo de linfocitos T CD4+ (CD4/mm ³)	2022				2023			
	Hombre	Mujer	Intersexual	Total	Hombre	Mujer	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< 200	3.449 (33,30)	760 (39,30)	1 (33,33)	4.210 (34,24)	3.829 (33,20)	890 (38,13)	1 (50,00)	4.720 (34,04)
≥ 200 - < 350	2.594 (25,04)	418 (21,61)	0 (0,00)	3.012 (24,50)	2.819 (24,45)	493 (21,12)	1 (50,00)	3.313 (23,89)
≥ 350 - < 500	2.018 (19,48)	310 (16,03)	1 (33,33)	2.329 (18,94)	2.335 (20,25)	420 (17,99)	0 (0,00)	2.755 (19,87)
≥ 500	2.297 (22,18)	446 (23,06)	1 (33,33)	2.744 (22,32)	2.549 (22,10)	531 (22,75)	0 (0,00)	3.080 (22,21)
Total	10.358 (100,00)	1.934 (100,00)	3 (100,00)	12.295 (100,00)	11.532 (100,00)	2.334 (100,00)	2 (100,00)	13.868 (100,00)

En cuanto a la carga viral (CV) al momento del diagnóstico, la mediana del conteo fue de 55.064 copias/ml (RIC: 12.200 - 209.129) y el promedio fue de 331.486 copias/ml (DE ± 1.029.852). Según el sexo, el grupo de los intersexuales tuvo una CV más alta, con una mediana de 1.235.363 copias/ml (RIC: 33.887 - 2.436.839); mientras que los hombres presentaron una CV con una mediana de 61.700 copias/ml (RIC: 14.700 - 219.046) y un promedio de 340.052 copias/ml (DE ± 1.038.416).



Caracterización de
las **personas**
prevalentes que
viven con el VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 2 Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



Se reportaron
en el periodo

165.405 personas

que viven con el VIH en el SGSSS en Colombia.

Hubo un incremento de los casos prevalentes del **16,66%** con respecto al periodo anterior.



La razón hombre/mujer fue 3,65:1.



La mediana de la edad de los casos prevalentes fue 38 años (RIC: 30 - 49).



La mayor frecuencia de los casos prevalentes se presenta en el grupo de edad entre los 30 y los 34 años (n= 28.113).



El mayor porcentaje de los casos prevalentes (28,61%) residen en la región Central.



Bogotá, D. C., (22,51%), Antioquia (17,95%) y Valle del Cauca (12,13%) reportaron el mayor número de casos prevalentes.



El síndrome de desgaste asociado al VIH (12,08%) y la TB pulmonar o extrapulmonar (6,37%) son las enfermedades oportunistas de mayor frecuencia.



El 52,87% de los casos prevalentes se clasifican en estadio sida.



Se realizó la carga viral durante el periodo en el 89,48% de los casos prevalentes.



El 72,27% de los casos prevalentes tienen carga viral indetectable (< 50 copias/ml).

El grupo de población clave que predominó fue el de

HSH (46,71%)

seguido de los consumidores de sustancias psicoactivas no inyectables (4,35%).

RIC: rango intercuartílico.

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

TB: tuberculosis.

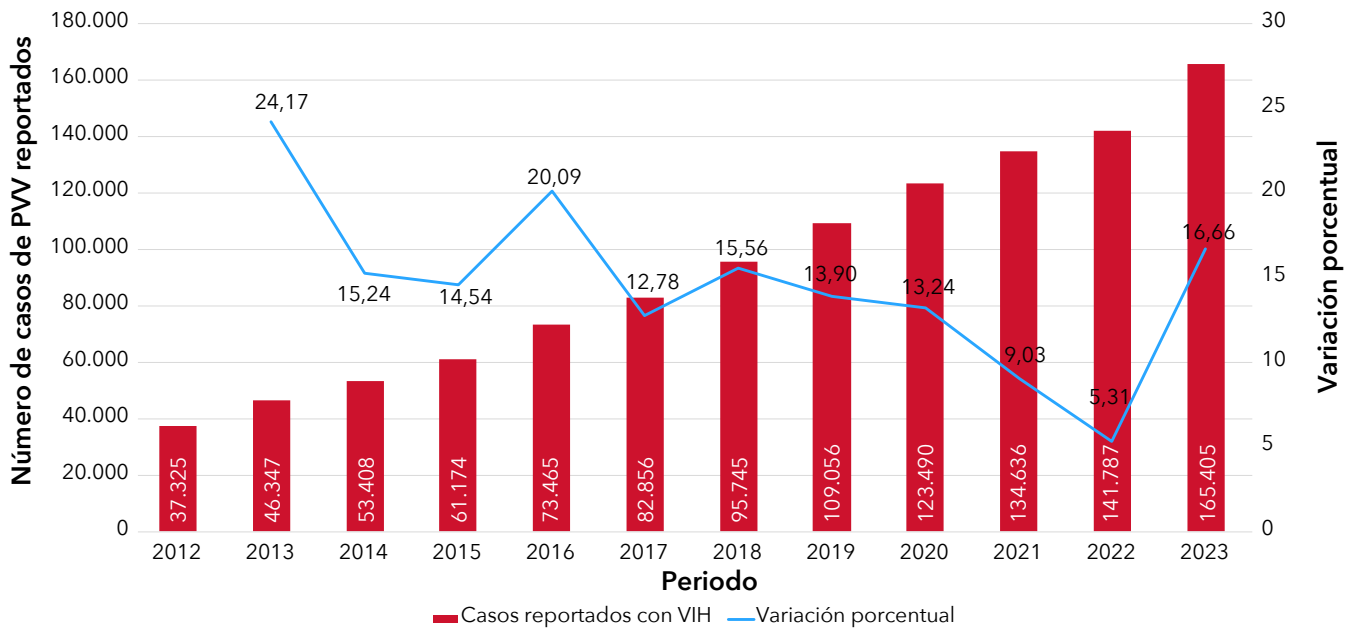
[Descargar infografía](#)

2. Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH

2.1. Caracterización sociodemográfica de las personas prevalentes viviendo con el VIH

Se informaron 165.405 personas viviendo con el VIH para el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2022 y el 31 de enero de 2023, lo cual representa una variación porcentual del 16,66% con respecto al periodo anterior, en el que se identificaron 141.787 casos. Se evidencia una tendencia positiva en la captación de casos durante el seguimiento de la cohorte, modificando la tendencia decreciente en la variación porcentual que se venía presentando desde el año 2018 acentuada durante la pandemia por COVID-19 (**figura 8**).

Figura 8. Tendencia del número de personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2012 - 2023



[Descargar figura](#)

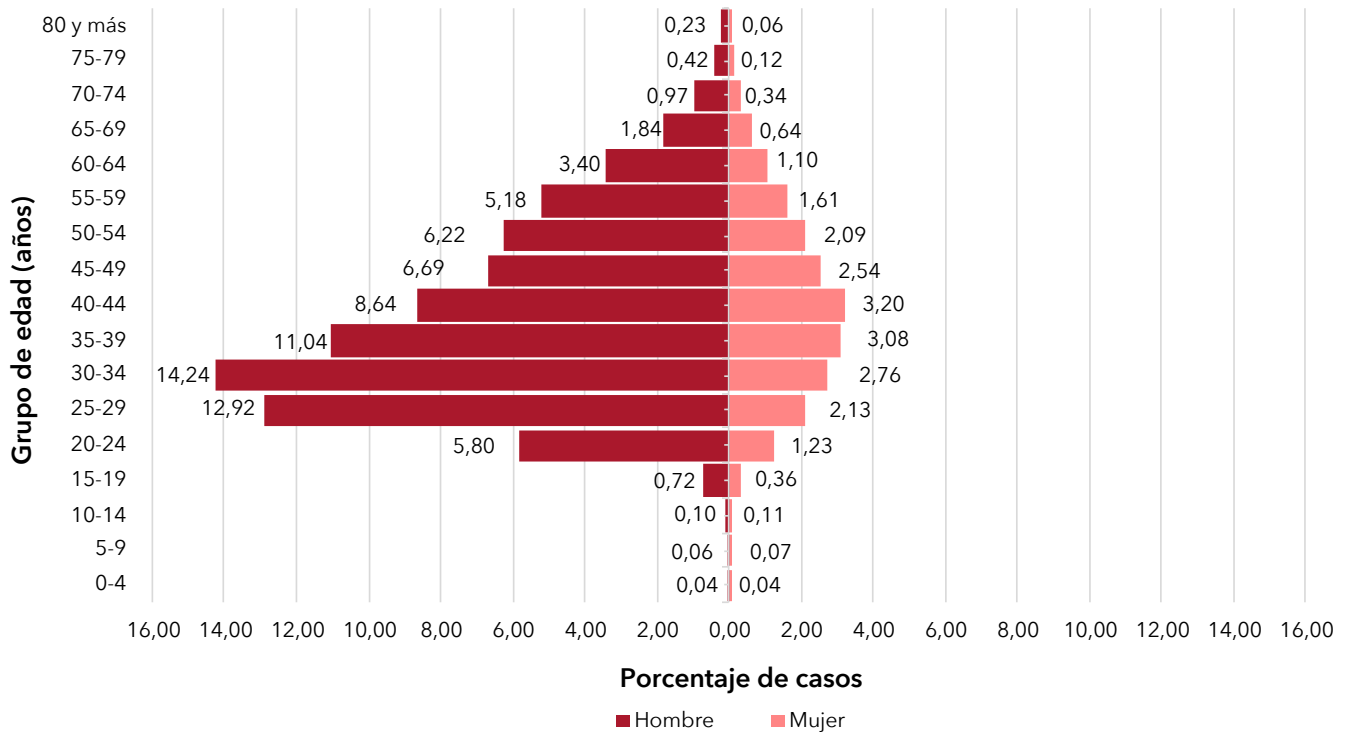
Con relación al sexo, el 78,48% de las personas viviendo con el VIH corresponden a los hombres (n= 129.812), 21,48% casos fueron mujeres (n= 35.533) y 0,04%, intersexuales (n= 60). La razón hombre/mujer en el ámbito nacional fue de 3,65:1. La mediana de la edad fue de 38 años (RIC: 30 - 49). En las mujeres fue de 41 años (RIC: 32 - 51), en los hombres de 37 (RIC: 29 - 48) y en las personas intersexuales fue de 36 (RIC: 30 - 44).

2.1.1. Distribución de las personas viviendo con el VIH prevalentes según la edad y el sexo

Al igual que en el periodo anterior, el mayor número de los casos reportados se presentó en el grupo de edad entre los 30 y los 34 años (n= 28.113), seguido por el de 25 a 29 (n= 24.885). Al analizar los casos por el sexo, la mayor frecuencia entre los hombres fue en el quinquenio de los 30 a 34 y en las mujeres, de los 40 a 44 años (**figura 9**).



Figura 9. Pirámide poblacional de las personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2023*



* La pirámide poblacional fue construida solo para los hombres y las mujeres. La distribución de los grupos de edad de las personas intersexuales fue: 15-19 (n= 1), 20-24 (n= 5), 25-29 (n= 7), 30-34 (n= 13), 35-39 (n= 14), 40-44 (n= 6), 45-49 (n= 4), 50-54 (n= 5), 55-59 (n= 1), 60-64 (n= 3) y 65-69 (n= 1).

[Descargar figura](#)

2.1.2. Distribución de las personas viviendo con el VIH según la región y entidad territorial de residencia

Las entidades territoriales con la mayor cantidad de casos son Bogotá, D. C., Antioquia y Valle del Cauca. Según la región, la Central es la que presenta la mayor concentración de los casos, seguida por la región Bogotá, D. C. En la **tabla 9** se presenta la distribución de los prevalentes reportados según el sexo. Se observa que en todos los entes territoriales predomina la infección en el sexo masculino, presentando una razón de 7,67 hombres por cada mujer en Bogotá, D. C., y de 5,04 hombres por cada mujer en Antioquia. En contraste, en el departamento del Vaupés la relación es de 1:1, mientras que en el Chocó se invierte con 0,78 casos en el sexo masculino por cada mujer viviendo con el VIH.

Tabla 9. Distribución de personas prevalentes viviendo con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Relación H:M	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
Bogotá, D. C.	32.900 (25,34)	4.290 (12,07)	7,67	43 (71,67)	37.233 (22,51)
Caribe	22.443 (17,29)	10.439 (29,38)	2,15	4 (6,67)	32.886 (19,88)
Atlántico	7.483 (5,76)	2.810 (7,91)	2,66	1 (1,67)	10.294 (6,22)
Bolívar	4.151 (3,20)	1.940 (5,46)	2,14	0 (0,00)	6.091 (3,68)
Cesar	2.067 (1,59)	1.259 (3,54)	1,64	0 (0,00)	3.326 (2,01)
Córdoba	3.428 (2,64)	1.756 (4,94)	1,95	0 (0,00)	5.184 (3,13)
La Guajira	1.008 (0,78)	623 (1,75)	1,62	0 (0,00)	1.631 (0,99)
Magdalena	2.519 (1,94)	1.247 (3,51)	2,02	3 (5,00)	3.769 (2,28)
Sucre	1.711 (1,32)	759 (2,14)	2,25	0 (0,00)	2.470 (1,49)

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 9. Distribución de personas prevalentes viviendo con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Relación H:M	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	76 (0,06)	45 (0,13)	1,69	0 (0,00)	121 (0,07)
Central	38.218 (29,44)	9.095 (25,60)	4,20	3 (5,00)	47.316 (28,61)
Antioquia	24.773 (19,08)	4.915 (13,83)	5,04	0 (0,00)	29.688 (17,95)
Caldas	2.186 (1,68)	673 (1,89)	3,25	0 (0,00)	2.859 (1,73)
Caquetá	530 (0,41)	280 (0,79)	1,89	0 (0,00)	810 (0,49)
Huila	1.984 (1,53)	611 (1,72)	3,25	0 (0,00)	2.595 (1,57)
Quindío	2.371 (1,83)	775 (2,18)	3,06	1 (1,67)	3.147 (1,90)
Risaralda	3.865 (2,98)	1.128 (3,17)	3,43	2 (3,33)	4.995 (3,02)
Tolima	2.509 (1,93)	713 (2,01)	3,52	0 (0,00)	3.222 (1,95)
Oriental	15.727 (12,12)	4.741 (13,34)	3,32	1 (1,67)	20.469 (12,38)
Boyacá	1.070 (0,82)	247 (0,70)	4,33	0 (0,00)	1.317 (0,80)
Cundinamarca	3.807 (2,93)	831 (2,34)	4,58	0 (0,00)	4.638 (2,80)
Meta	2.379 (1,83)	928 (2,61)	2,56	0 (0,00)	3.307 (2,00)
Norte de Santander	3.532 (2,72)	1.373 (3,86)	2,57	1 (1,67)	4.906 (2,97)
Santander	4.939 (3,80)	1.362 (3,83)	3,63	0 (0,00)	6.301 (3,81)
Pacífica	18.941 (14,59)	6.299 (17,73)	3,01	8 (13,33)	25.248 (15,26)
Cauca	1.651 (1,27)	584 (1,64)	2,83	0 (0,00)	2.235 (1,35)
Chocó	218 (0,17)	281 (0,79)	0,78	0 (0,00)	499 (0,30)
Nariño	1.683 (1,30)	764 (2,15)	2,20	7 (11,67)	2.454 (1,48)
Valle del Cauca	15.389 (11,85)	4.670 (13,14)	3,30	1 (1,67)	20.060 (12,13)
Amazonía-Orinoquía	1.583 (1,22)	669 (1,88)	2,37	1 (1,67)	2.253 (1,36)
Arauca	280 (0,22)	120 (0,34)	2,33	1 (1,67)	401 (0,24)
Casanare	720 (0,55)	266 (0,75)	2,71	0 (0,00)	986 (0,60)
Putumayo	345 (0,27)	123 (0,35)	2,80	0 (0,00)	468 (0,28)
Amazonas	65 (0,05)	58 (0,16)	1,12	0 (0,00)	123 (0,07)
Guainía	17 (0,01)	8 (0,02)	2,13	0 (0,00)	25 (0,02)
Guaviare	93 (0,07)	72 (0,20)	1,29	0 (0,00)	165 (0,10)
Vaupés	8 (0,01)	8 (0,02)	1,00	0 (0,00)	16 (0,01)
Vichada	55 (0,04)	14 (0,04)	3,93	0 (0,00)	69 (0,04)
Total	129.812 (78,48)	35.533 (21,48)	3,65	60 (0,04)	165.405 (100,00)

2.1.3. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según la pertenencia étnica

Del total de los casos prevalentes, el 94,60% se reportó como no perteneciente a ninguna etnia específica. La proporción que registró la pertenencia étnica se distribuyó de la siguiente manera: personas de las comunidades negras el 4,06% (n= 6.708), el 0,85% (n= 1.402) indígenas; el 0,27% (n= 443) palenqueros, el 0,20% (n= 333) al grupo raizal y el 0,03% (n= 43) al grupo ROM gitano.

2.1.4. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación

Según el régimen de afiliación al SGSSS, la mayoría de los casos prevalentes estaban afiliados al contributivo (61,44%), seguido por el subsidiado (34,76%) y el de excepción (3,31%). De acuerdo con el sexo, en el régimen especial está la mayor proporción de los hombres (93,75%), mientras que el contributivo contiene la mayor proporción de los intersexuales (0,04%) (tabla 10).



Tabla 10. Características de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Especial n (%)	Total n (%)
Sexo							
Mujer	15.227 (14,98)	19.259 (33,49)	835 (15,24)	199 (30,85)	7 (11,11)	6 (6,25)	35.533 (21,48)
Hombre	86.354 (84,97)	38.226 (66,48)	4.643 (84,76)	444 (68,84)	55 (87,30)	90 (93,75)	129.812 (78,48)
Intersexual	42 (0,04)	15 (0,03)	0 (0,00)	2 (0,31)	1 (1,59)	0 (0,00)	60 (0,04)
Edad (años)*	37 (30 - 49)	38 (30 - 50)	42 (34 - 52)	28 (24 - 34)	44 (36 - 59)	58(44,50-70)	38 (30 - 49)
Edad categórica (quinquenios)							
0 - 4	41 (0,04)	86 (0,15)	0 (0,00)	2 (0,31)	0 (0,00)	0 (0,00)	129 (0,08)
5 - 9	47 (0,05)	155 (0,27)	3 (0,05)	4 (0,62)	0 (0,00)	0 (0,00)	209 (0,13)
10 - 14	87 (0,09)	260 (0,45)	10 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	357 (0,22)
15 - 19	730 (0,72)	1.005 (1,75)	48 (0,88)	13 (2,02)	2 (3,17)	0 (0,00)	1.798 (1,09)
20 - 24	6.388 (6,29)	4.786 (8,32)	289 (5,28)	157 (24,34)	3 (4,76)	5 (5,21)	11.628 (7,03)
25 - 29	16.415 (16,15)	7.890 (13,72)	377 (6,88)	203 (31,47)	4 (6,35)	3 (3,13)	24.892 (15,05)
30 - 34	18.841 (18,54)	8.504 (14,79)	660 (12,05)	113 (17,52)	6 (9,52)	2 (2,08)	28.126 (17,00)
35 - 39	14.642 (14,41)	7.712 (13,41)	940 (17,16)	64 (9,92)	9 (14,29)	6 (6,25)	23.373 (14,13)
40 - 44	11.585 (11,40)	7.074 (12,30)	881 (16,08)	37 (5,74)	8 (12,70)	8 (8,33)	19.593 (11,85)
45 - 49	9.012 (8,87)	5.619 (9,77)	599 (10,93)	24 (3,72)	5 (7,94)	8 (8,33)	15.267 (9,23)
50 - 54	8.219 (8,09)	4.951 (8,61)	545 (9,95)	17 (2,64)	8 (12,70)	10 (10,42)	13.750 (8,31)
55 - 59	6.722 (6,61)	4.058 (7,06)	424 (7,74)	6 (0,93)	3 (4,76)	7 (7,29)	11.220 (6,78)
60 - 64	4.430 (4,36)	2.670 (4,64)	318 (5,81)	4 (0,62)	8 (12,70)	10 (10,42)	7.440 (4,50)
65 - 69	2.345 (2,31)	1.545 (2,69)	193 (3,52)	1 (0,16)	4 (6,35)	11 (11,46)	4.099 (2,48)
70 - 74	1.310 (1,29)	722 (1,26)	117 (2,14)	0 (0,00)	2 (3,17)	13 (13,54)	2.164 (1,31)
75 - 79	541 (0,53)	295 (0,51)	49 (0,89)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (6,25)	891 (0,54)
80 - max	268 (0,26)	168 (0,29)	25 (0,46)	0 (0,00)	1 (1,59)	7 (7,29)	469 (0,28)
Total	101.623 (100,00)	57.500 (100,00)	5.478 (100,00)	645 (100,00)	63 (100,00)	96 (100,00)	165.405 (100,00)

* Mediana (RIC).

2.1.5. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora

Las entidades con el mayor número de afiliados informados con diagnóstico de VIH en el periodo fueron la EPS010 y la EPS005.



En el aplicativo **HIGIA** dispuesto en la página web de la CAC, se puede observar y descargar la información de los casos prevalentes por cada EAPB.

2.2. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH

Las comorbilidades más frecuentes de los casos prevalentes durante el periodo fueron otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (3,35%) y la discapacidad funcional (1,74%). Las principales enfermedades defensorias del sida fueron: el síndrome de desgaste asociado al VIH (12,08%) y la TB pulmonar o extrapulmonar (6,37%). En cuanto al estadio clínico actual según la clasificación del CDC 2014 (3), el mayor porcentaje de los casos estuvo en estadio 3 o sida (52,87%). En la **tabla 11** se muestra el comportamiento de estas variables por el régimen de afiliación.

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 11. Características clínicas de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Comorbilidades y coinfecciones							
Otras infecciones de transmisión sexual	4.321 (4,25)	1.132 (1,97)	0 (0,00)	65 (1,19)	23 (3,57)	1 (1,04)	5.542 (3,35)
Discapacidad funcional	1.266 (1,25)	1.418 (2,47)	0 (0,00)	191 (3,49)	4 (0,62)	1 (1,04)	2.880 (1,74)
Hepatitis C crónica	1.491 (1,47)	573 (1,00)	1 (1,59)	44 (0,80)	6 (0,93)	0 (0,00)	2.115 (1,28)
Hepatitis B crónica	1.278 (1,26)	722 (1,26)	0 (0,00)	87 (1,59)	7 (1,09)	1 (1,04)	2.095 (1,27)
Tuberculosis activa	832 (0,82)	922 (1,60)	0 (0,00)	31 (0,57)	23 (3,57)	0 (0,00)	1.808 (1,09)
Enfermedad renal crónica	872 (0,86)	604 (1,05)	0 (0,00)	39 (0,71)	2 (0,31)	2 (2,08)	1.519 (0,92)
Enfermedad coronaria	856 (0,84)	520 (0,90)	0 (0,00)	78 (1,42)	1 (0,16)	7 (7,29)	1.462 (0,88)
Neoplasia no relacionada con sida	603 (0,59)	329 (0,57)	0 (0,00)	31 (0,57)	20 (3,10)	0 (0,00)	983 (0,59)
Neuropatía periférica	381 (0,37)	522 (0,91)	0 (0,00)	13 (0,24)	2 (0,31)	2 (2,08)	920 (0,56)
Cirrosis hepática	122 (0,12)	395 (0,69)	0 (0,00)	2 (0,04)	9 (1,40)	0 (0,00)	528 (0,32)
Enfermedades que definen el sida							
Síndrome de desgaste asociado al VIH	10.233 (10,07)	9.271 (16,12)	2 (3,17)	391 (7,14)	84 (13,02)	6 (6,25)	19.987 (12,08)
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	5.237 (5,15)	4.954 (8,62)	2 (3,17)	268 (4,89)	67 (10,39)	8 (8,33)	10.536 (6,37)
Toxoplasmosis cerebral	3.744 (3,68)	2.973 (5,17)	1 (1,59)	254 (4,64)	17 (2,64)	5 (5,21)	6.994 (4,23)
Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar	3.599 (3,54)	1.738 (3,02)	5 (7,94)	116 (2,12)	17 (2,64)	2 (2,08)	5.477 (3,31)
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	2.783 (2,74)	1.752 (3,05)	1 (1,59)	92 (1,68)	31 (4,81)	2 (2,08)	4.661 (2,82)
Diarrea por criptosporidiosis y/o isosporiasis	1.890 (1,86)	1.653 (2,87)	0 (0,00)	83 (1,52)	5 (0,78)	3 (3,13)	3.634 (2,20)
Sarcoma de Kaposi	1.849 (1,82)	568 (0,99)	1 (1,59)	53 (0,97)	10 (1,55)	5 (5,21)	2.486 (1,50)
Herpes simple con úlceras mucocutáneas, bronquitis, neumonitis o esofagitis	1.443 (1,42)	724 (1,26)	0 (0,00)	92 (1,68)	13 (2,02)	1 (1,04)	2.273 (1,37)
Criptococosis extrapulmonar	1.438 (1,42)	704 (1,22)	2 (3,17)	60 (1,10)	7 (1,09)	1 (1,04)	2.212 (1,34)
Neumonía bacteriana recurrente	1.061 (1,04)	796 (1,38)	1 (1,59)	41 (0,75)	11 (1,71)	2 (2,08)	1.912 (1,16)
Infección por citomegalovirus (excepto hígado, bazo o ganglios linfáticos)	1.015 (1,00)	395 (0,69)	0 (0,00)	48 (0,88)	17 (2,64)	1 (1,04)	1.476 (0,89)
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	799 (0,79)	403 (0,70)	2 (3,17)	36 (0,66)	13 (2,02)	1 (1,04)	1.254 (0,76)
Retinitis por citomegalovirus	916 (0,90)	202 (0,35)	0 (0,00)	14 (0,26)	5 (0,78)	2 (2,08)	1.139 (0,69)
Neumonía intersticial linfoidea	408 (0,40)	175 (0,30)	0 (0,00)	42 (0,77)	1 (0,16)	0 (0,00)	626 (0,38)



Tabla 11. Características clínicas de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Especial n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva o encefalopatía por VIH	335 (0,33)	174 (0,30)	0 (0,00)	15 (0,27)	2 (0,31)	0 (0,00)	526 (0,32)
Linfoma de Burkitt	362 (0,36)	95 (0,17)	0 (0,00)	46 (0,84)	2 (0,31)	0 (0,00)	505 (0,31)
Demencia asociada al VIH	252 (0,25)	117 (0,20)	0 (0,00)	14 (0,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	383 (0,23)
Infección diseminada por micobacterias (MAC o MAI)	277 (0,27)	85 (0,15)	0 (0,00)	8 (0,15)	1 (0,16)	0 (0,00)	371 (0,22)
Cáncer de cérvix invasivo	55 (0,05)	113 (0,20)	0 (0,00)	4 (0,07)	2 (0,31)	0 (0,00)	174 (0,11)
Septicemia por salmonella	74 (0,07)	40 (0,07)	0 (0,00)	5 (0,09)	6 (0,93)	0 (0,00)	125 (0,08)
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	46 (0,05)	18 (0,03)	0 (0,00)	2 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	66 (0,04)
Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes	1 (0,00)	4 (0,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,16)	0 (0,00)	6 (0,00)
Estadio clínico actual							
Estadio 1	13.511 (13,30)	5.365 (9,33)	17 (26,98)	624 (11,39)	85 (13,18)	9 (9,38)	19.611 (11,86)
Estadio 2	37.696 (37,09)	16.965 (29,50)	13 (20,63)	1.859 (33,94)	186 (28,84)	31 (32,29)	56.750 (34,31)
Estadio 3	49.564 (48,77)	34.547 (60,08)	27 (42,86)	2.924 (53,38)	328 (50,85)	54 (56,25)	87.444 (52,87)
Por establecer	851 (0,84)	622 (1,08)	6 (9,52)	71 (1,30)	46 (7,13)	2 (2,08)	1.598 (0,97)
Total	101.623 (100,00)	57.500 (100,00)	63 (100,00)	5.478 (100,00)	645 (100,00)	96 (100,00)	165.405 (100,00)

Con relación al estado nutricional, el peso promedio fue de 69,12 kg (DE \pm 13,42) con una mediana de 68 kg (RIC: 60 - 77). El índice de masa corporal (IMC) en la población adulta (n= 157.012) se calculó en el 94,93% que tenían disponibilidad de los datos, encontrando que el 51,20% (n= 84.691) tenían un peso normal, el 29,67% (n= 49.075) está en sobrepeso, el 9,05% (n= 14.979) en obesidad y el 5,00% (n= 8.267) en bajo peso.

2.2.1. Pruebas de laboratorio realizadas en las personas prevalentes viviendo con el VIH

Las pruebas de laboratorio más realizadas en el seguimiento de las personas viviendo con VIH fueron la carga viral (89,48%), el conteo de los linfocitos T CD4+ (89,27%), la creatinina sérica (88,09%), la hemoglobina sérica (87,69%) y la alanina aminotransferasa (87,63%), sin embargo, estas proporciones fueron inferiores a las reportadas en el periodo anterior. En la **tabla 12** se describe el porcentaje de los casos que reportaron un resultado válido para los principales laboratorios y se muestran la mediana y el rango intercuartílico.

Tabla 12. Laboratorios clínicos en las personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2023

Medida/laboratorio	Porcentaje de reporte	Mediana	RIC
Carga viral (copias/ml)	89,48	0,00	0,00 - 40,00
Conteo linfocitos T CD4+ (CD4/ μ l ³)	89,27	524,00	342,00 - 737,00
Creatinina sérica (mg/dL)	88,09	0,90	0,80 - 1,00
Hemoglobina sérica (g/dL)	87,69	15,10	13,70 - 16,20
Alanina aminotransferasa (UI/L)	87,63	24,00	17,00 - 35,00
Triglicéridos (mg/dL)	86,58	136,00	97,00 - 195,00
Glucemia sérica en ayuno (mg/dL)	83,98	90,00	84,00 - 97,00
Lipoproteína de baja densidad (mg/dL)	83,72	104,00	83,00 - 128,00

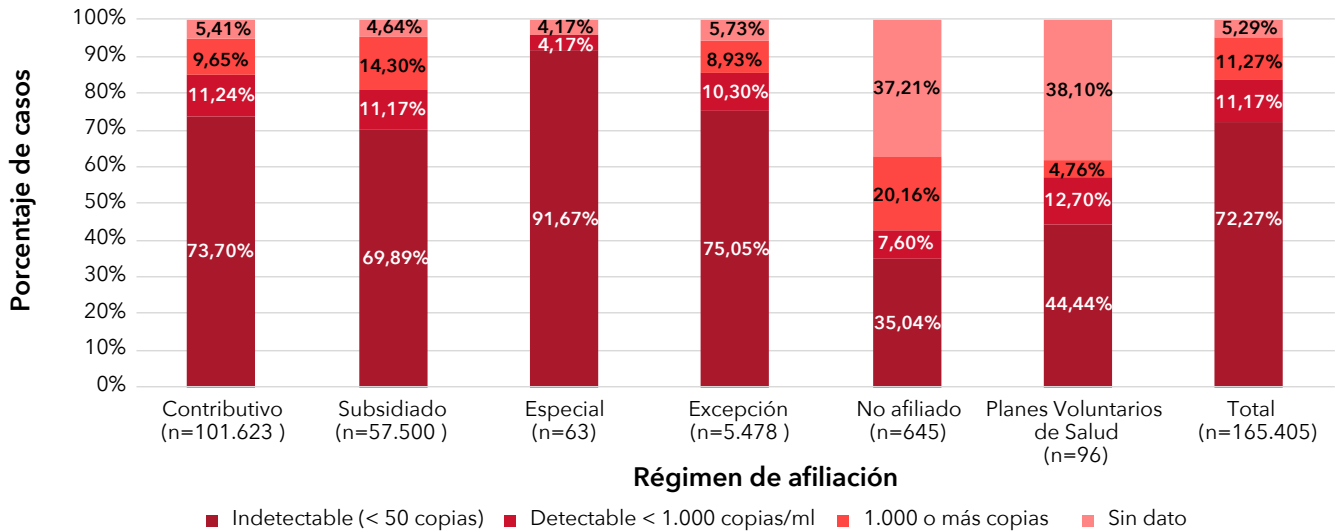
Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En los casos prevalentes se realizó la CV durante el periodo en el 89,48% (n= 148.008). Los pertenecientes a los planes voluntarios de salud tenían una mayor ausencia de este dato en el periodo, seguido por la población no afiliada que recibe atención por los entes territoriales. El régimen especial tiene el 91,67% de PVV con CV indetectable, a su vez, el contributivo tuvo un mayor porcentaje de casos con indetectabilidad en comparación con el subsidiado (**figura 10**).

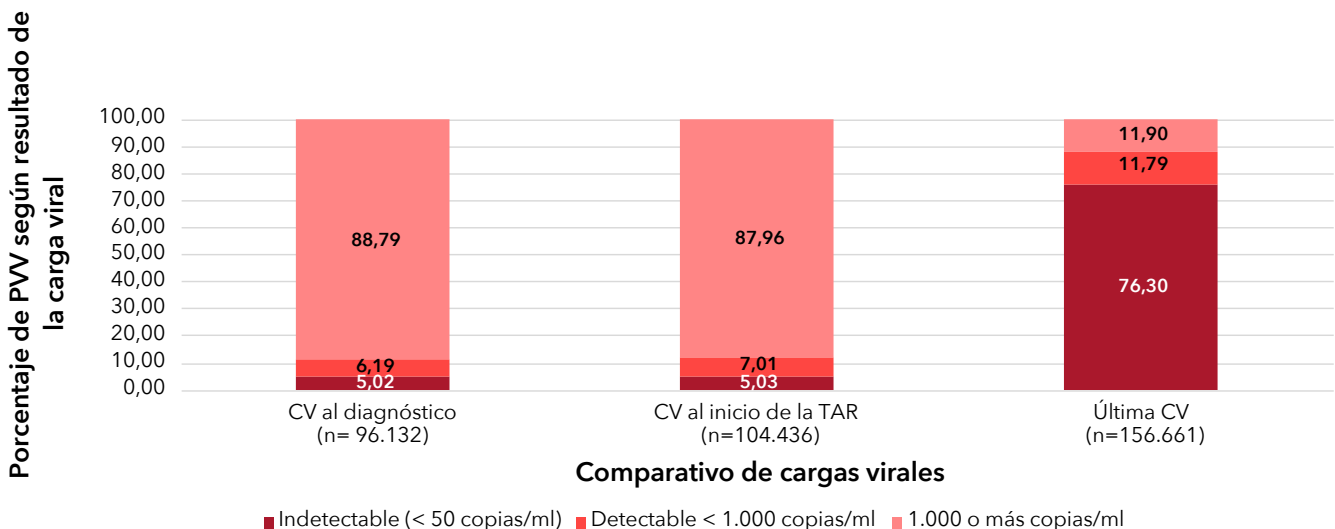
Figura 10. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el régimen de afiliación y el reporte del último resultado de la CV tomada en el periodo, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

Al comparar los pacientes que tienen el resultado de CV en los tres momentos: al diagnóstico, al inicio de la TAR y el resultado del último año (n= 83.309), se evidencia que la última carga viral está indetectable en el 76,30% de los casos (**figura 11**), lo que representa un ligero aumento al comparar con el periodo anterior (75,98%). Para estos casos, se estimó una mediana del tiempo de uso de TAR con el último esquema formulado de 2,02 años (RIC: 0,75 - 4,33) con una media de 3,02 años (DE ± 3,07 años).

Figura 11. Comparativo de las cargas virales en el momento del diagnóstico, al iniciar la TAR y última CV reportada, Colombia 2023



[Descargar figura](#)



2.2.2. Profilaxis en las personas prevalentes viviendo con el VIH

En la **tabla 13** se muestra la frecuencia de formulación de profilaxis para las enfermedades infecciosas. Para *Mycobacterium avium complex* (MAC), del total de personas que tuvieron un conteo de linfocitos menor a 50 células/mm³, el 52,31% (n= 1.270) está recibiendo o recibió trimetropim sulfa o azitromicina. Por otra parte, para *Cryptococco neoformans*, del total de los casos con conteo de linfocitos menor a 100 células/mm³, el 47,23% (n= 2.524) recibió o está recibiendo fluconazol o itraconazol. Sin embargo, la proporción de las personas que no recibió la profilaxis y tenía la indicación en ambos casos es mayor al 45%. Finalmente, para *Pneumocystis jirovecii*, del total de los casos con conteo de linfocitos menor a 200 células/mm³, el 70,24% recibió o está recibiendo trimetoprim sulfa, clindamicina/primaquina o dapsona, (**tabla 13**).

Tabla 13. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023

Profilaxis	Casos con profilaxis	%
<i>Mycobacterium avium complex</i>		
No recibió profilaxis	1.135	46,75
Recibió trimetropim sulfa	489	20,14
Está recibiendo trimetropim sulfa	425	17,50
Está recibiendo azitromicina	197	8,11
Recibió azitromicina	159	6,55
Recibió claritromicina	18	0,74
Está recibiendo claritromicina	5	0,21
Total de casos con conteo linfocitos menor a 50 células/mm³	2.428	100,00
<i>Criptococo neoformans</i>		
No recibió profilaxis	2.820	52,77
Esta recibiendo fluconazol	1.342	25,11
Recibió fluconazol	1.111	20,79
Esta recibiendo itraconazol	47	0,88
Recibió itraconazol	24	0,45
Total de casos con conteo linfocitos menor a 100 células/mm³	5.344	100,00
<i>Pneumocystis jirovecii</i>		
Está recibiendo trimetoprim sulfa	7.012	44,97
No recibió profilaxis	4.635	29,72
Recibió trimetoprim sulfa	3.828	24,55
Recibió dapsona	58	0,37
Está recibiendo dapsona	35	0,22
Recibió clindamicina/primaquina	11	0,07
Está recibiendo clindamicina/primaquina	8	0,05
No recibió, tiene recuperación inmunológica lenta y CV indetectable	3	0,02
Sin dato	3	0,02
Total de casos con conteo linfocitos menor a 200 células/mm³	15.593	100,00

2.2.3. Tamización en las personas prevalentes viviendo con el VIH

En la **tabla 14** se muestra la frecuencia de realización del tamizaje clínico para la tuberculosis activa, las pruebas para identificar la tuberculosis latente, el tratamiento recibido; así como el cribado y el tratamiento para la sífilis, el VPH anal, la hepatitis B y la hepatitis C. En el 80,41% (n= 133.001) de los casos se realizó la tamización clínica para la TB en la última consulta reportada del periodo y en el 88,01% (n= 145.589) de los casos se realizó el tamizaje para la sífilis con prueba no treponémica. En cuanto al tratamiento, el 75,62% de las personas que han requerido tratamiento para TB latente lo han recibido, mientras que el 61,52% de los pacientes con sífilis han accedido a la terapia.

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 14. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Tuberculosis activa		
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue negativo	127.687	77,20
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue positivo	5.314	3,21
No se realizó tamizaje clínico porque tiene TB activa al momento del corte	1.318	0,80
No se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta	31.073	18,79
Sin dato	13	0,01
PPD o equivalentes para la identificación de tuberculosis latente		
Si se realizó y fue negativa	84.892	51,32
Si se realizó y fue positiva	3.494	2,11
No se realizó porque tiene un resultado anterior de PPD positivo	8.466	5,12
No se realizó porque tiene o tuvo tuberculosis activa	7.493	4,53
No se realizó por inmunosupresión severa	2.611	1,58
No se realizó la prueba	58.438	35,33
Sin dato	11	0,01
Recibió tratamiento para tuberculosis latente		
Sí recibió tratamiento con isoniacida	1.225	0,74
Recibió tratamiento con rifapentina e isoniacida	174	0,11
Está recibiendo tratamiento con isoniacida	1.119	0,68
Está recibiendo tratamiento con rifapentina e isoniacida	124	0,07
No recibió por tener tuberculosis activa	1.808	1,09
No recibió porque ya fue tratado para TB latente	6.061	3,66
No recibió porque fue descartada la infección latente	84.310	50,97
No recibió por otras razones	7.876	4,76
No se realizó la prueba para TB latente	62.696	37,90
Sin dato	12	0,01
Sífilis		
Si se realizó y fue negativo	107.819	65,18
Si se realizó y fue positivo	37.770	22,83
No se realizó porque está en tratamiento para sífilis	410	0,25
No se realizó la prueba	19.396	11,73
Sin dato	10	0,01
Recibió tratamiento para sífilis		
Recibió tratamiento completo	14.820	8,96
Está recibiendo tratamiento	8.416	5,09
No recibió tratamiento	15.768	9,53
No aplica, tamizaje de sífilis negativo	104.155	62,97
No recibió porque no se realizó la prueba	13.645	8,25
No aplica, persona con cicatriz serológica que ya recibió tratamiento	8.587	5,19
Sin dato	14	0,01
VPH anal		
Sí se realizó y fue negativo	22.868	13,83
Sí se realizó y fue positivo	3.383	2,05



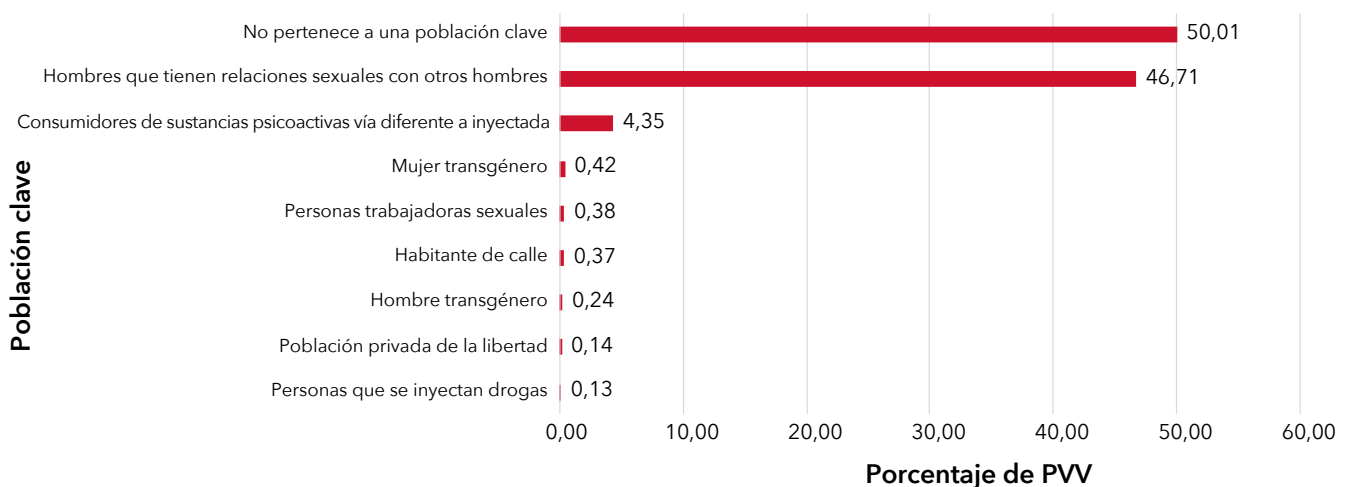
Tabla 14. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023 (continuación)

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Sí se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	1.842	1,11
No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de infección por VPH	421	0,25
No tiene sexo anal	21.300	12,88
No se realizó	115.582	69,88
Sin dato	9	0,01
Hepatitis B		
Sí se realizó y fue negativo	103.934	62,84
Sí se realizó y fue positivo	2.095	1,27
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis B	1.058	0,64
No se realizó por tener títulos de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de la hepatitis B	23.599	14,27
No se realizó	27.038	16,35
Sin dato	7.681	4,64
Hepatitis C		
Sí se realizó y fue negativo	137.145	82,91
Sí se realizó y fue positivo	2.115	1,28
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis C	700	0,42
No se realizó	24.597	14,87
Sin dato	848	0,51

2.2.4. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el tipo de población clave

El 47,33% (n= 78.278) de los casos se identificó en un grupo de población clave, el 2,58% (n= 4.268) en dos grupos, el 0,07% (n= 121) en tres grupos y el 0,01% (n= 12) en cuatro grupos. El grupo de la población clave que predominó fue el de HSH (46,71%) seguido de los consumidores de sustancias psicoactivas por vía diferente a la inyectada (4,35%). En la **figura 12** se muestra la distribución en los grupos de interés.

Figura 12. Población clave que vive con el VIH entre los casos prevalentes, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2023

Caracterización de las personas prevalentes viviendo con el VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En las personas que se identificaron como parte de alguna población clave, el grupo con la mediana de edad más baja fue el de los consumidores de sustancias psicoactivas vía diferente a la inyectada (mediana: 32; RIC: 27 - 40). La mayor cantidad de casos de HSH estaban afiliados a los regímenes contributivo (n= 59.318; 76,77%) y subsidiado (n= 15.794; 20,44%), con región de residencia principalmente en Bogotá, D. C., y la región Central.

De los casos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas no inyectadas, 4.139 (57,55%) pertenecen al régimen contributivo y 2.929 (40,73%) al subsidiado, ubicados en su mayoría en la región Central (43,34%). La cobertura de la terapia antirretroviral fue menor en las privadas de la libertad (44,89%). El estadio sida fue el de mayor proporción en todos los grupos; sin embargo, se reporta una alta proporción en los habitantes de la calle (64,89%) y en las personas trabajadoras sexuales (54,81%). La mayor proporción de los casos con CV indetectable (< 50 copias/ml) se presentó en los HSH (75,52%), mientras que las que se inyectan drogas mostraron cargas virales más altas (**tabla 15**).

Tabla 15. Principales características en la población clave que vive con el VIH, Colombia 2023

Características	Tipo de población clave							
	Personas trabajadoras sexuales	Mujer transgénero	Hombre transgénero	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Consumidores de sustancias psicoactivas vía diferente a la inyectada	Personas que se inyectan drogas	Habitante de calle	Privada de la libertad
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Edad actual (años)*	34 (27 - 43)	33 (27 - 42)	33 (26 - 40)	34 (28 - 43)	32 (27 - 40)	32 (28 - 38)	38 (31 - 48)	35 (30 - 42)
Régimen								
Contributivo	91 (14,58)	165 (23,98)	187 (47,58)	59.318 (76,77)	4.139 (57,55)	82 (37,27)	85 (13,75)	57 (25,33)
Subsidiado	497 (79,65)	498 (72,38)	204 (51,91)	15.794 (20,44)	2.929 (40,73)	138 (62,73)	525 (84,95)	161 (71,56)
Excepción	0 (0,00)	2 (0,29)	1 (0,25)	1.813 (2,35)	69 (0,96)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (3,11)
Especial	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	38 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No afiliado	36 (5,77)	23 (3,34)	1 (0,25)	289 (0,37)	55 (0,76)	0 (0,00)	8 (1,29)	0 (0,00)
Planes Voluntarios de Salud	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Región de residencia								
Bogotá, D. C.	31 (4,97)	160 (23,26)	68 (17,30)	25.323 (32,77)	1.294 (17,99)	16 (7,27)	106 (17,15)	42 (18,67)
Caribe	47 (7,53)	39 (5,67)	68 (17,30)	7.442 (9,63)	771 (10,72)	16 (7,27)	45 (7,28)	40 (17,78)
Central	342 (54,81)	246 (35,76)	153 (38,93)	25.158 (32,56)	3.117 (43,34)	95 (43,18)	186 (30,10)	58 (25,78)
Oriental	27 (4,33)	67 (9,74)	35 (8,91)	8.494 (10,99)	397 (5,52)	17 (7,73)	51 (8,25)	36 (16,00)
Pacífica	154 (24,68)	167 (24,27)	62 (15,78)	10.131 (13,11)	1.563 (21,73)	76 (34,55)	207 (33,50)	44 (19,56)
Amazonía-Orinoquía	23 (3,69)	9 (1,31)	7 (1,78)	717 (0,93)	50 (0,70)	0 (0,00)	23 (3,72)	5 (2,22)
Uso de TAR (sí)	491 (78,69)	535 (77,76)	302 (76,84)	65.343 (84,57)	5.478 (76,17)	143 (65,00)	408 (66,02)	101 (44,89)
Estadio clínico actual								
Estadio 1	86 (13,78)	91 (13,23)	56 (14,25)	11.525 (14,92)	1.245 (17,31)	40 (18,18)	51 (8,25)	21 (9,33)
Estadio 2	192 (30,77)	257 (37,35)	144 (36,64)	31.694 (41,02)	2.692 (37,43)	74 (33,64)	145 (23,46)	64 (28,44)
Estadio 3	342 (54,81)	330 (47,97)	187 (47,58)	33.661 (43,57)	3.182 (44,24)	97 (44,09)	401 (64,89)	120 (53,33)
Por establecer	4 (0,64)	10 (1,45)	6 (1,53)	383 (0,50)	73 (1,02)	9 (4,09)	21 (3,40)	20 (8,89)
Carga viral actual								
Menor de 50 copias	387 (62,02)	468 (68,02)	247 (62,85)	58.350 (75,52)	4.331 (60,22)	110 (50,00)	302 (48,87)	92 (40,89)
De 50 a < 1.000 copias	87 (13,94)	76 (11,05)	51 (12,98)	8.365 (10,83)	997 (13,86)	27 (12,27)	65 (10,52)	21 (9,33)
≥ 1.000 copias	124 (19,87)	111 (16,13)	61 (15,52)	7.224 (9,35)	1.382 (19,22)	69 (31,36)	191 (30,91)	26 (11,56)
Sin dato	26 (4,17)	33 (4,80)	34 (8,65)	3.326 (4,30)	482 (6,70)	14 (6,36)	60 (9,71)	86 (38,22)
Total	624 (100,00)	688 (100,00)	393 (100,00)	77.265 (100,00)	7.192 (100,00)	220 (100,00)	618 (100,00)	225 (100,00)

* Mediana (RIC).

** Población clave reportada por las EAPB.



Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH



Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Resumen infográfico

Capítulo 3

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



La incidencia nacional estandarizada por la edad tuvo un

aumento de 24,78 a 28,04

por 100.000 habitantes.

La prevalencia nacional ajustada por la edad fue de

0,33

por 100 habitantes

(IC 95% 0,32 - 0,33).



En los hombres la incidencia ajustada por la edad fue de 47,22 por 100.000 habitantes (IC 95% 46,39 - 48,07), siendo esta significativamente mayor a la de las mujeres (9,39 por 100.000 habitantes; IC 95% 9,03 - 9,77).



La tasa de incidencia estandarizada entre los regímenes contributivo y subsidiado no presenta diferencias significativas, siendo de 30,21 y 29,57 por 100.000 habitantes, respectivamente.



Bogotá, D. C., es la región con la mayor prevalencia estandarizada por la edad, seguida de las regiones Central y Pacífica.



En el régimen contributivo se presenta la prevalencia estandarizada por la edad más alta (0,35 por 100 afiliados; IC 95% 0,34 - 0,35).



La mortalidad general estandarizada en el ámbito nacional, fue de 4,08 por 100.000 habitantes (IC95% 3,91 - 4,26).

La **mortalidad**

continúa siendo mayor en los hombres, en especial en el grupo etario mayor o igual a los

— 50 años,

presentando un resultado de 11,13 por 100.000 habitantes.

IC: intervalo de confianza.

[Descargar infografía](#)



3. Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

En el periodo 2023 se registraron 165.405 casos prevalentes reportados a la CAC. Sin embargo, mediante el cruce de estos registros con el periodo anterior se identificaron 3.067 pacientes que no fueron informados en este periodo; estos fueron considerados únicamente para las estimaciones demográficas de morbilidad y mortalidad presentadas en este capítulo (n= 168.472).

3.1. Incidencia del VIH

3.1.1. Incidencia del VIH según el sexo y edad

Con respecto al periodo anterior, la tasa de incidencia cruda tuvo un aumento de 25,31 a 28,38 por cada 100.000 habitantes, mientras que la estandarizada por la edad incrementó de 24,78 a 28,04 por 100.000 habitantes. Los hombres continúan siendo los más afectados por esta infección, con una incidencia estandarizada por la edad de 47,22 (IC 95% 46,39 - 48,07). En el grupo de intersexuales no es posible realizar el cálculo de esta medida ya que no se cuenta con su denominador poblacional, sin embargo, en el periodo se reportaron 2 casos incidentes (tabla 16).

En cuanto a las regiones, la Central presenta la incidencia estandarizada más alta, pasando de 29,72 a 35,17 por 100.000 habitantes (IC 95% 34,13 - 36,24), seguida de Bogotá, D. C., y la región Pacífica. Los departamentos con mayor incidencia ajustada por la edad fueron Risaralda, Quindío y Valle del Cauca.



En la plataforma **HIGIA** dispuesta en la página web de la CAC, se puede consultar y descargar la desagregación demográfica de esta información.

Tabla 16. Incidencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2023

Categoría	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población DANE	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ¹
Nacional²	14.670	51.682.692	28,38	28,04	27,58 - 28,50
Sexo²					
Mujeres	2491	26.452.553	9,41	9,39	9,03 - 9,77
Hombres	12.177	25.230.139	48,26	47,22	46,39 - 48,07
Intersexuales	2	SD ³	**	**	**
Región⁴					
Bogotá, D. C.	2.937	7.873.316	37,30	34,00	32,78 - 35,26
Caribe	3.044	11.770.199	25,86	26,94	25,99 - 27,91
Central	4.306	12.306.007	34,99	35,17	34,13 - 36,24
Oriental	1.850	9.747.695	18,98	19,12	18,26 - 20,02
Pacífica	2.306	8.440.852	27,32	28,05	26,92 - 29,22
Amazonía-Orinoquía	227	1.544.623	14,70	14,93	13,04 - 17,03

¹ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

² Ajuste por población proyectada para 2022 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe.

³ SD: sin dato. ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

⁴ Ajuste por población proyectada por el DANE 2023 por quinquenios edad.

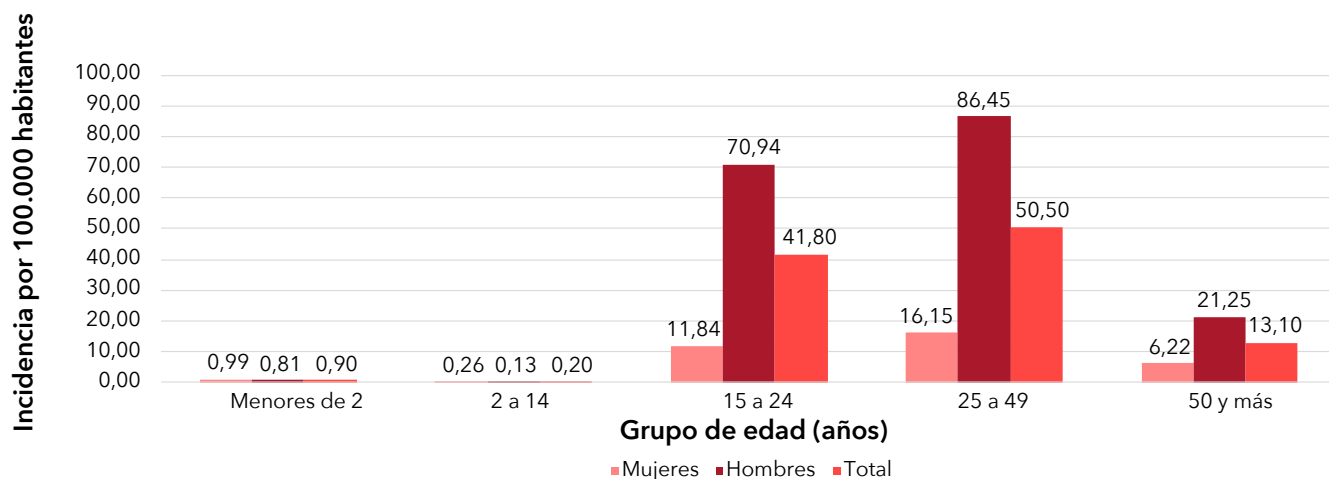
En los grupos de edad de interés, la mayor frecuencia de los casos incidentes se presenta en el grupo etario de 25 a 49 años seguido del grupo de 15 a 24 años, estimando una incidencia cruda de 86,45 y 70,94 por 100.000 habitantes en los hombres de estos rangos de edad, respectivamente. En la **figura 13** se observa la incidencia por el sexo y por el grupo de edad.

Situación del VIH en Colombia 2023

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 13. Incidencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

3.1.2. Incidencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación

En relación con la población afiliada al SGSSS, el régimen contributivo tiene la incidencia estandarizada por la edad más alta con 30,21 casos nuevos por 100.000 afiliados seguido del subsidiado y el de excepción (tabla 17). Las entidades con la incidencia más elevada de VIH fueron EPS048, EPSI04 y EPSS34.



Las desagregaciones por la EAPB, por el régimen y por el renglón del aseguramiento se pueden consultar en el aplicativo **HIGIA** dispuesto en la página web de la CAC.

Tabla 17. Incidencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población BDUA	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ¹
Contributivo	8.706	27.255.607	31,94	30,21	29,58 - 30,85
Subsidiado	5.457	19.757.215	27,62	29,57	28,78 - 30,36
Excepción	363	2.138.960	16,97	18,58	16,65 - 20-67
Especial	5	41.391	12,08	14,29	4,06 - 41,73
No afiliado	126	SD ²	**	**	**
Planes Voluntarios de Salud	13	SD ²	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA con corte al 31 de julio de 2022. Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

² SD: sin dato. ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

3.2. Prevalencia del VIH

En 2023 se registraron 165.405 casos prevalentes reportados a la CAC. Mediante el cruce de estos registros con el periodo anterior se recuperaron 3.067 casos que no fueron informados en este periodo. Dichos casos fueron considerados únicamente para la estimación de prevalencia de este capítulo (n= 168.472), por esta razón, el número de los casos aquí presentados a través de las diferentes desagregaciones puede diferir del capítulo 2.

3.2.1. Prevalencia del VIH según el sexo y la edad

La prevalencia estandarizada por la edad aumentó, pasando de 0,29 a 0,33 por 100 habitantes y continúa siendo mayor en los hombres (0,53 por cada 100 habitantes). En el grupo de intersexuales no es posible realizar el cálculo de la prevalencia ya que no se cuenta con el denominador de esta población, en el periodo se reportaron 61 casos (tabla 18).



Bogotá, D. C., es la región con mayor prevalencia estandarizada por la edad, seguida de las regiones Central y Pacífica. Los departamentos con las mayores prevalencias ajustadas son Quindío, Risaralda y Valle del Cauca.

En la plataforma **HIGIA** dispuesta en la página web de la CAC, se puede consultar y descargar la incidencia según la desagregación demográfica.

Tabla 18. Prevalencia cruda estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2023

Categoría	Prevalencia (100 habitantes)				
	Casos PVV	Población DANE	Cruda	Estandarizada	IC 95% ¹
Nacional²	168.472	51.682.692	0,33	0,33	0,32 - 0,33
Sexo²					
Mujeres	36.295	26.452.553	0,14	0,14	0,13 - 0,14
Hombres	132.116	25.230.139	0,52	0,53	0,52 - 0,53
Intersexuales	61	SD ³	**	**	**
Región⁴					
Bogotá, D. C.	37.698	7.873.316	0,48	0,43	0,43 - 0,44
Caribe	33.428	11.770.199	0,28	0,30	0,30 - 0,31
Central	48.174	12.306.007	0,39	0,39	0,38 - 0,39
Oriental	21.003	9.747.695	0,22	0,21	0,21 - 0,22
Pacífica	25.846	8.440.852	0,31	0,31	0,31 - 0,32
Amazonía-Orinoquía	2.323	1.544.623	0,15	0,16	0,15 - 0,17

¹ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

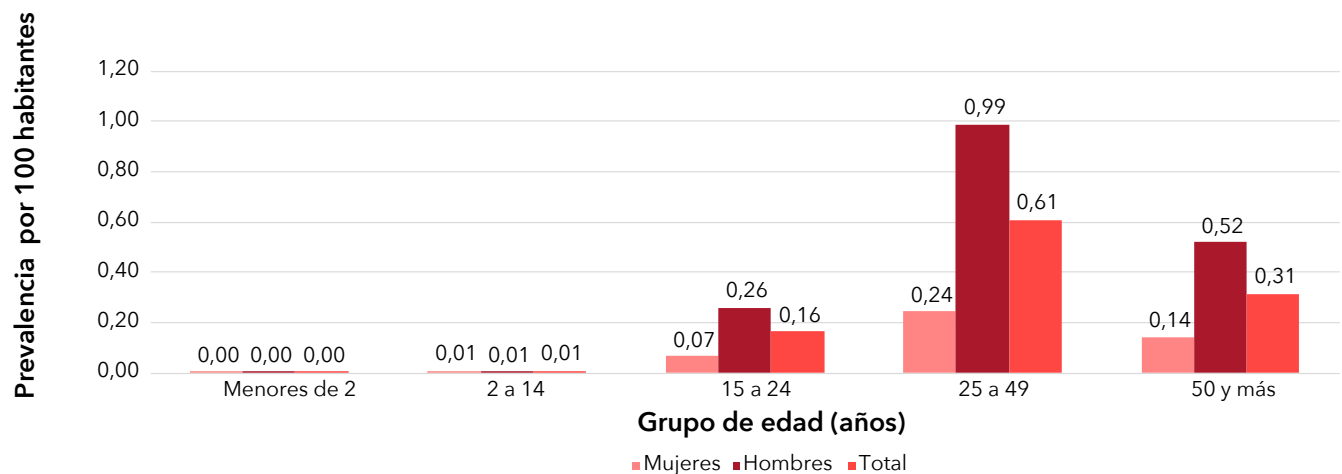
² Ajuste por población proyectada para 2022 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe.

³ SD: sin dato ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

⁴ Ajuste por población proyectada por el DANE 2023 por quinquenios edad.

La mayor frecuencia de los casos prevalentes se concentra en el grupo de edad de 25 a 49 años, seguido de 50 años y más, presentando una prevalencia cruda de 0,99 y 0,52 por 100 habitantes en los hombres en estos rangos de edad, respectivamente. En la **figura 14** se observa la prevalencia por el sexo y por el grupo de edad.

Figura 14. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2023

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

3.2.2. Prevalencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación

De acuerdo con la población afiliada al SGSSS, el régimen contributivo tiene la prevalencia estandarizada por la edad más alta, pasando de 0,31 a 0,35 por 100 afiliados, seguido por el subsidiado el cual tuvo un aumento de 0,29 a 0,32 por 100 afiliados (**tabla 19**). Las entidades con las mayores prevalencias estandarizadas fueron la RES011, la RES012 y la EPSS34.



La desagregación de prevalencia por la EAPB, por el régimen y por el renglón del aseguramiento se puede observar en el aplicativo **HIGIA**, dispuesto en la página web de la CAC.

Tabla 19. Prevalencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Prevalencia (100 afiliados)				
	Casos PVV	Población BDUA	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ¹
Contributivo	101.623	27.255.607	0,37	0,35	0,34 - 0,35
Especial	96	41.391	0,23	0,25	0,17 - 0,34
Excepción	5.478	2.138.960	0,26	0,27	0,26 - 0,27
Subsidiado	57.500	19.757.215	0,29	0,32	0,31 - 0,32
No asegurado	645	SD ²	**	**	**
Planes Voluntarios de Salud	63	SD ²	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA con corte al 31 de julio de 2022. Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

² SD: sin dato. ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la prevalencia.

3.3. Mortalidad general y letalidad

En el periodo 2023 se presentaron 2.117 muertes por todas las causas en las personas con diagnóstico de VIH, entre estas el 29% (n= 614) fueron informados por complicaciones directas del VIH, el 17,71% (n= 375) ocurrieron por otra patología no definitoria de sida, 41,28% (n= 874) fueron reportadas por causa externa. Se desconoce la causa de muerte en el 12% (n= 254) de los casos.

3.3.1. Mortalidad y letalidad del VIH según el sexo y la edad

La mortalidad general estandarizada fue de 4,08 por 100.000 habitantes (IC 95% 3,91 - 4,26), este indicador continúa siendo mayor en los hombres, mientras que en las mujeres se evidenció una leve disminución, pasando de 1,78 a 1,71 por 100.000 habitantes (IC 95% 1,55 - 1,87). No se presentaron casos de muerte en la población intersexual.

La región con la mayor mortalidad estandarizada por la edad fue la Caribe, seguida de la Central y la Pacífica. Los departamentos en los que hubo una mayor mortalidad estandarizada fueron Quindío, Risaralda y el Valle del Cauca.



En la plataforma **HIGIA** dispuesta en la página web de la CAC, se puede consultar y descargar la mortalidad desagregada demográficamente.



Tabla 20. Mortalidad cruda y estandarizada por todas las causas, Colombia 2023

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos de muerte	Población DANE	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ¹
Nacional²	2.117	51.682.692	4,10	4,08	3,91 - 4,26
Sexo²					
Mujeres	460	26.452.553	1,74	1,71	1,55 - 1,87
Hombres	1.657	25.230.139	6,57	6,70	6,38 - 7,03
Intersexuales	0	SD ³	***	***	***
Región⁴					
Bogotá, D. C.	332	7.873.316	4,22	3,89	3,48 - 4,33
Caribe	523	11.770.199	4,44	4,80	4,40 - 5,23
Central	585	12.306.007	4,75	4,60	4,24 - 4,99
Oriental	271	9.747.695	2,78	2,76	2,44 - 3,11
Pacífica	371	8.440.852	4,40	4,48	4,04 - 4,96
Amazonía-Orinoquía	35	1.544.623	2,27	2,52	1,75 - 3,52

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad e intervalo de confianza al 95%.

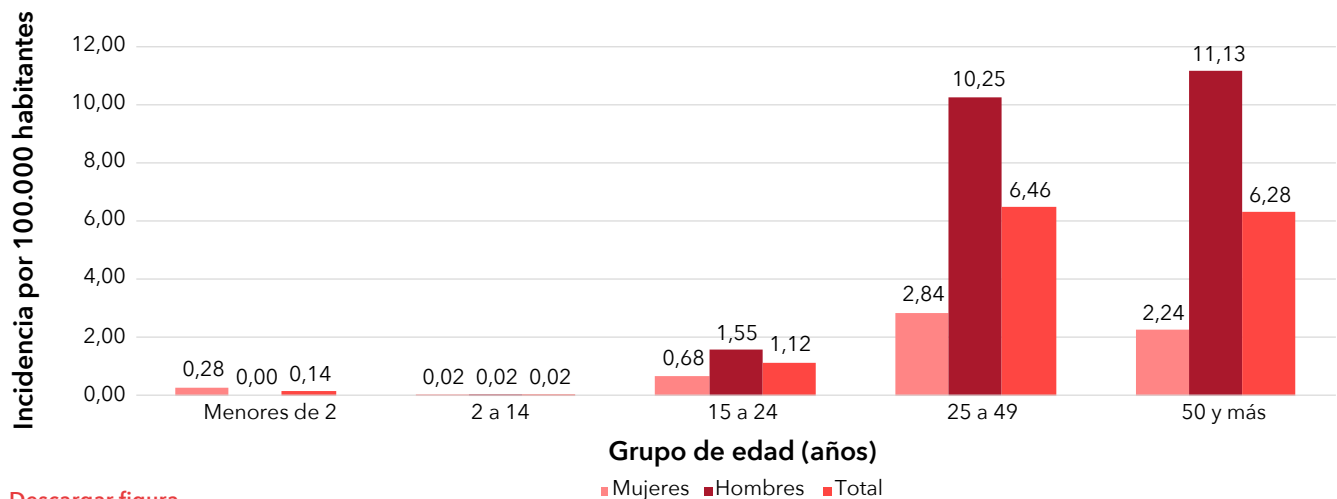
² Ajuste por población proyectada para 2022 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe.

³ SD: sin dato. ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

⁴ Ajuste por población proyectada por el DANE 2023 por quinquenios edad.

Al analizar los grupos etarios de interés, se observó que la mayor frecuencia de casos fallecidos se identificó en los grupos de edad entre 25 a 49 años y 50 años y más, presentando valores de mortalidad cruda similares para ambos sexos. En la **figura 15** se presenta la prevalencia por el sexo y por el grupo de edad.

Figura 15. Mortalidad por todas las causas en las personas con el VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

En la **tabla 21** se presenta la mortalidad por los quinquenios y por el sexo. Entre las mujeres el grupo de edad con la mayor frecuencia de fallecimientos fue de los 40 a 44 años, mientras que en los hombres fue de los 50 a 54 años, sin embargo, se destaca que hubo una disminución en la mortalidad de estos dos grupos etarios frente al periodo pasado, pasando de 3,88 a 3,53 muertes por 100.000 habitantes en las mujeres y de 13,38 a 12,97 muertes por 100.000 habitantes en los hombres.

Situación del VIH en Colombia 2023

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Con respecto al periodo anterior la tasa de letalidad tuvo un aumento de 34,81%, pasando de 2,70 a 3,64 muertes por 1.000 habitantes, manteniéndose mayor en las mujeres con 3,94 muertes por 1.000 habitantes comparada con los hombres (3,56 por 1.000 habitantes). En relación con los grupos de edad, para ambos sexos la letalidad fue mayor en el conjunto de 80 años y más (14,52 muertes por 1.000 habitantes), seguido del de 75 a 79 años (7,81 muertes por 1.000 habitantes).

Tabla 21. Distribución de la mortalidad y de la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2023

Grupo etario (años)	Población DANE			Personas viviendo con el VIH				Casos de muerte en PVV				Mortalidad (100.000 habitantes)			Casos de muerte por el VIH				Letalidad (1.000 PVV) ¹			
	M	H	Total	M	H	I	Total	M	H	I	Total	M	H	Total	M	H	I	Total	M	H	I	Total
0-4	1.841.895	1.923.939	3.765.834	71	59	0	130	2	0	0	2	0,11	0,00	0,05	1	0	0	1	14,08	0,00	0,00	7,69
5-9	1.929.439	2.015.318	3.944.757	124	101	0	225	1	0	0	1	0,05	0,00	0,03	1	0	0	1	8,06	0,00	0,00	4,44
10-14	1.938.646	2.023.317	3.961.963	192	171	0	363	0	1	0	1	0,00	0,05	0,03	0	1	0	1	0,00	5,85	0,00	2,75
15-19	1.994.534	2.068.917	4.063.451	630	1.231	1	1.861	4	7	0	11	0,20	0,34	0,27	1	1	0	2	1,59	0,81	0,00	1,07
20-24	2.151.239	2.186.871	4.338.110	2.100	9.721	5	11.823	24	59	0	83	1,12	2,70	1,91	10	21	0	31	4,76	2,16	0,00	2,62
25-29	2.206.454	2.204.846	4.411.300	3.630	21.770	7	25.401	39	155	0	194	1,77	7,03	4,40	13	48	0	61	3,58	2,20	0,00	2,40
30-34	2.064.935	2.020.764	4.085.699	4.694	24.039	13	28.735	57	231	0	288	2,76	11,43	7,05	20	70	0	90	4,26	2,91	0,00	3,13
35-39	1.913.266	1.828.204	3.741.470	5.210	18.664	14	23.876	57	205	0	262	2,98	11,21	7,00	22	70	0	92	4,22	3,75	0,00	3,85
40-44	1.782.255	1.655.133	3.437.388	5.413	14.582	7	19.997	63	193	0	256	3,53	11,66	7,45	26	59	0	85	4,80	4,05	0,00	4,25
45-49	1.583.664	1.424.907	3.008.571	4.279	11.261	4	15.543	55	152	0	207	3,47	10,67	6,88	8	42	0	50	1,87	3,73	0,00	3,22
50-54	1.529.354	1.341.140	2.870.494	3.494	10.437	5	13.932	38	174	0	212	2,48	12,97	7,39	11	42	0	53	3,15	4,02	0,00	3,80
55-59	1.458.355	1.252.687	2.711.042	2.690	8.662	1	11.352	28	152	0	180	1,92	12,13	6,64	7	39	0	46	2,60	4,50	0,00	4,05
60-64	1.252.750	1.054.372	2.307.122	1.834	5.685	3	7.519	35	113	0	148	2,79	10,72	6,41	14	31	0	45	7,63	5,45	0,00	5,98
65-69	982.532	811.571	1.794.103	1.075	3.073	1	4.148	25	91	0	116	2,54	11,21	6,47	3	28	0	31	2,79	9,11	0,00	7,47
70-74	724.314	585.260	1.309.574	568	1.621	0	2.189	14	58	0	72	1,93	9,91	5,50	0	11	0	11	0,00	6,79	0,00	5,03
75-79	496.317	387.573	883.890	199	697	0	896	10	31	0	41	2,01	8,00	4,64	3	4	0	7	15,08	5,74	0,00	7,81
80 y más	602.604	445.320	1.047.924	94	388	0	482	8	35	0	43	1,33	7,86	4,10	3	4	0	7	31,91	10,31	0,00	14,52
Total	26.452.553	25.230.139	51.682.692	36.297	132.162	61	168.472	460	1.657	0	2.117	1,74	6,57	4,10	143	471	0	614	3,94	3,56	0,00	3,64

¹ Casos fallecidos por VIH sobre el total de PVV.

M: mujer; **H:** hombre; **I:** intersexual; **PVV:** personas que viven con el VIH.

3.3.2. Mortalidad del VIH según la entidad y el régimen de afiliación

En comparación con el periodo anterior, en los regímenes contributivo y subsidiado se observó una disminución de la mortalidad estandarizada de 3,53 a 3,19 muerte por 100.000 afiliados y de 6,13 a 5,82 muertes por 100.000 afiliados respectivamente (**tabla 22**). Las entidades con la mayor mortalidad ajustada fueron la RES009, la RES011 y la EPSS34.



La desagregación de la mortalidad según la EAPB, por el régimen y por el renglón del aseguramiento se puede consultar en el aplicativo **HIGIA**, dispuesto en la página web de la CAC.

Tabla 22. Mortalidad del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Casos de muerte	Población BDUA	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ¹
Contributivo	916	27.255.607	3,36	3,19	2,98 - 3,40
Especial	2	41.391	4,83	2,14	0,18 - 24,85
Excepción	38	2.138.960	1,78	1,73	1,21 - 2,39
Subsidiado	1.045	19.757.215	5,29	5,82	5,47 - 6,18
No asegurado	14	SD ²	**	**	**
Planes Voluntarios de Salud	1	SD ²	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA con corte al 31 de julio de 2021. Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

² **SD:** sin dato. ****** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la prevalencia.

4



Tratamiento antirretroviral



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Resumen infográfico

Capítulo 4

Tratamiento antirretroviral

Periodo: del 1° de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



La cobertura del

tratamiento antirretroviral

en las PVV reportadas fue del 83,49% presentando una disminución del 4,86% con respecto al periodo anterior.

De las personas viviendo con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral

el **72,27%**

presentó una carga viral menor de 50 copias/ml y en el 83,44% fue menor a 1.000 copias/ml.



La región Caribe tuvo la mayor cobertura con un 88,02% de las personas recibiendo TAR.



Se presentó una mayor cobertura de terapia antirretroviral en el régimen especial (96,88%), seguido por el de excepción (90,01%).



La cobertura de TAR y la supresión viral a diferentes puntos de corte (< 50, < 200 y < 1.000 copias/ml) fue menor en la población no afiliada.



Entre los regímenes contributivo y el subsidiado existe una diferencia de 3,19% en la proporción de las personas que logran la supresión de la carga viral (< 1.000 copias/ml).



El esquema de tratamiento antirretroviral más usado en las PVV fue el efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil (34,43%).

En todas las

personas

que han presentado falla (terapéutica, virológica, clínica o inmunológica)

se encontró que solamente el 24,55% tiene genotipificación para VIH.

PVV: personas que viven con el VIH.

IC: intervalo de confianza.

IC: terapia antirretroviral.

[Descargar infografía](#)



4. Tratamiento antirretroviral

La asamblea general de ONUSIDA estableció una estrategia mundial que busca, para el año 2030, reducir en un 90% el número de nuevas infecciones por el VIH, así como de las muertes relacionadas con el sida. De esta forma, se espera que el 95% de las PVV conozcan su estado serológico, entre estas, que el 95% tenga acceso a la terapia antirretroviral y que entre quienes estén en manejo farmacológico, el 95% alcance la supresión de su CV. En el ámbito nacional, para el periodo 2023 se identificaron 165.405 casos prevalentes reportados a la CAC. Cabe señalar que, para la realización de este capítulo, se consideró como denominador solamente el número de casos prevalentes reportados (n= 165.405), ya que no se contó con la información de la gestión en el periodo para los 3.067 recuperados (ver metodología y capítulo 3).

En 2023, el número de casos prevalentes reportados tuvo un incremento del 16,65% con respecto al periodo anterior (n= 141.787). La prevalencia continúa siendo mayor en el sexo masculino, con una razón de 3,65 hombres por cada mujer. La cobertura de la TAR en los casos prevalentes tuvo una disminución en 4,86%, por el contrario, respecto a la supresión viral se observó un aumento en 1,29% en las PVV recibiendo TAR con una carga viral menor a 1.000 copias/ml. El 76,23% de las mujeres y el 78,08% de los hombres tienen una carga viral menor a 50 copias/ml, mientras que el 83,33 (n= 50) de los pacientes informados como intersexuales recibe TAR (**tabla 23**).

Tabla 23. Cobertura de la terapia antirretroviral según el sexo, Colombia 2023

Sexo	Número de PVV prevalentes reportadas n (%)	PVV prevalentes reportados con TAR n (%)	Porcentaje de PVV prevalentes en TAR según último conteo de carga viral		
			< 50 copias/ml n (%)	< 200 copias/ml n (%)	< 1.000 copias/ml n (%)
Mujeres	35.533 (21,48)	29.686 (83,54)	22.629 (76,23)	24.669 (83,10)	25.926 (87,33)
Hombres	129.812 (78,48)	108.361 (83,48)	84.597 (78,07)	92.974 (85,80)	96.779 (89,31)
Intersexuales	60 (0,04)	50 (83,33)	45 (90,00)	47 (94,00)	47 (94,00)
Total	165.405 (100,00)	138.097 (83,49)	107.271 (77,68)	117.690 (85,22)	122.752 (88,89)

En la **tabla 24** se observa la cascada de la atención en las PVV. Entre los casos prevalentes reportados (n= 165.405) el 83,49% recibe TAR (2° indicador 95 de ONUSIDA), entre estos el 77,68% tiene una carga viral menor a 50 copias/ml, el 85,22% tiene la carga viral menor a 200 copias/ml, mientras que el 88,89% la tiene menor a 1.000 copias/ml (3er indicador 95 de ONUSIDA).

Teniendo en cuenta los criterios de retención en la atención, definida en el último consenso (4): recibir atención en el periodo por médico experto o infectólogo, recibir la TAR y realizar el seguimiento paraclínico con linfocitos T CD4+ y carga viral de manera semestral, el 84,99% (n= 117.369) de las PVV prevalentes reportadas tuvieron retención.

El 15,00% (n= 20.728) de los pacientes prevalentes que reciben la TAR no se encuentran retenidos en la atención. En comparación con aquellas personas que reciben la TAR independientemente del seguimiento, la proporción de los pacientes con carga viral indetectable y suprimida, se mantiene mayor en la población retenida en la atención. Resaltando la importancia de identificar y mitigar las barreras que impiden una correcta adherencia al tratamiento y la retención en la cascada de la atención.

Tabla 24. Cascada de la atención del VIH, Colombia 2023

Medición ¹	2022				2023			
	Hombre	Mujer	Intersexual	Total	Hombre	Mujer	Intersexual	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Número de PVV reportadas	110.685 (66,91)	31.050 (18,72)	52 (0,03)	141.787 (85,72)	129.812 (78,48)	35.533 (21,48)	60 (0,04)	165.405 (100,00)
Número de PVV que reciben TAR	98.141 (88,67)	27.081 (87,22)	42 (80,77)	125.264 (88,35)	108.361 (78,47)	29.686 (21,50)	50 (0,04)	138.097 (83,49)
Número de PVV que reciben TAR con carga viral suprimida (< 50 copias)	77.464 (78,93)	20.368 (75,21)	30 (71,43)	97.862 (78,12)	84.597 (78,06)	22.629 (76,23)	45 (90,00)	107.271 (77,68)
Número de PVV que reciben TAR con carga viral suprimida (< 200 copias)	83.331 (84,91)	21.999 (81,23)	35 (83,33)	105.365 (84,11)	92.974 (85,80)	24.669 (83,10)	47 (94,00)	117.690 (85,22)
Número de PVV que reciben TAR con carga viral suprimida (< 1.000 copias)	86.468 (88,11)	23.224 (85,76)	38 (90,48)	109.730 (87,60)	96.779 (89,31)	25.926 (87,33)	47 (94,00)	122.752 (88,89)
Número de PVV retenidas en la atención ²	80.461 (81,98)	22.441 (82,86)	35 (83,33)	102.937 (82,17)	91.505 (84,44)	25.822 (86,98)	42 (84,00)	117.369 (84,99)
Número de PVV retenidas en la atención con carga viral suprimida (< 50 copias)	65.497 (81,40)	17.365 (77,38)	27 (77,14)	82.889 (80,52)	72.900 (79,66)	20.170 (78,11)	38 (90,48)	93.108 (79,33)
Número de PVV retenidas en la atención con carga viral suprimida (< 200 copias)	70.320 (87,40)	18.707 (83,36)	32 (91,43)	89.059 (86,52)	80.291 (87,74)	21.987 (85,15)	40 (95,24)	102.318 (87,18)
Número de PVV retenidas en la atención con carga viral suprimida (< 1.000 copias)	72.838 (90,53)	19.713 (87,84)	34 (97,14)	92.585 (89,94)	83.561 (91,31)	23.085 (89,40)	40 (95,24)	106.686 (90,90)

¹ Para calcular la carga viral suprimida se tiene en cuenta el último conteo de carga viral.

² Recibir atención en el periodo por médico experto o infectólogo, recibir la TAR, y realizar el seguimiento paraclínico con linfocitos T CD4+ y carga viral de manera semestral.

En la **tabla 25** se observan las variaciones regionales de la cobertura de la terapia antirretroviral y la supresión viral. En la región Central se reportó que el 80,15% de las PVV prevalentes reportadas estaban recibiendo la TAR, ubicándose por debajo del promedio nacional (83,49%), al igual que en la Pacífica (81,93%). El Caribe tuvo la mayor cobertura con un 88,02% de PVV reportadas recibiendo TAR, seguida de la Amazonía-Orinoquía (85,49%) y Oriental (85,67%). En cuanto a la supresión viral (< 1.000 copias/ml), esta fue mayor en Bogotá, D. C., (90,60%), seguida de las regiones Central (88,98%) y Pacífica (88,93%).



Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral y de la supresión viral según la región, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	PVV prevalentes n	PVV prevalentes que reciben TAR n (%)	Valor de la carga viral en las PVV prevalentes que reciben TAR		
			< 50 copias/ml n (%)	< 200 copias/ml n (%)	< 1.000 copias/ml n (%)
Bogotá, D. C.	37.233	31.080 (83,47)	25.489 (82,01)	27.399 (88,16)	28.158 (90,60)
Caribe	32.886	28.945 (88,02)	21.886 (75,61)	24.119 (83,33)	25.458 (87,95)
Central	47.316	37.924 (80,15)	28.906 (76,22)	32.203 (84,91)	33.744 (88,98)
Oriental	20.469	17.536 (85,67)	13.505 (77,01)	14.842 (84,64)	15.442 (88,06)
Pacífica	25.248	20.686 (81,93)	16.181 (78,22)	17.671 (85,42)	18.396 (88,93)
Amazonía-Orinoquía	2.253	1.926 (85,49)	1.304 (67,71)	1.456 (75,60)	1.554 (80,69)
Total	165.405	138.097 (83,49)	107.271 (77,68)	117.690 (85,22)	122.752 (88,89)

En el régimen contributivo la cobertura de la TAR aumentó en 14,39% (n= 85.167), respecto al periodo anterior (n= 74.450), mientras que en el subsidiado el incremento fue de 4,63% (n= 47.806) en comparación con el periodo pasado (n= 45,689). En el 2023, se observó una mayor cobertura en el régimen especial (96,88%), seguido por el de excepción (90,01%). Por otro lado, los regímenes que lograron una mayor supresión viral fueron el contributivo (90,05%) y el especial (96,77%).

Tabla 26. Cobertura de la terapia antirretroviral y del control virológico según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	PVV prevalentes n	PVV prevalentes que reciben TAR n (%)	Valor de la carga viral en las PVV prevalentes que reciben TAR		
			< 50 copias/ml n (%)	< 200 copias/ml n (%)	< 1.000 copias/ml n (%)
Contributivo	101.623	85.167 (83,81)	67.000 (78,67)	73.801 (86,65)	76.696 (90,05)
Especial	96	93 (96,88)	86 (92,47)	90 (96,77)	90 (96,77)
Excepción	5.478	4.931 (90,01)	3.888 (78,85)	4.185 (84,87)	4.368 (88,58)
No afiliado	645	87 (13,49)	57 (65,52)	63 (72,41)	65 (74,71)
Subsidiado	57.500	47.806 (83,14)	36.232 (75,79)	39.542 (82,71)	41.523 (86,86)
Voluntarios	63	13 (20,63)	8 (61,54)	9 (69,23)	10 (76,92)
Total	165.405	138.097 (83,49)	107.271 (77,68)	117.690 (85,22)	122.752 (88,89)

En las PVV prevalentes reportadas que cuentan con terapia antirretroviral, el principio activo con la mayor frecuencia de reporte fue la emtricitabina (67,25%), seguida por el tenofovir disoproxil (61,81%) y el ritonavir (36,92%). Comparado con el periodo anterior, aumentó el uso de emtricitabina, ritonavir y dolutegravir. En contraste, disminuyó la frecuencia de formulación del tenofovir y efavirenz. En la **tabla 27** se presentan las frecuencias de uso de los principios activos en las PVV prevalentes reportadas a la CAC.

Tabla 27. Medicamentos reportados en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023

Medicamentos	n (%)
Emtricitabina	92.867 (67,25)
Tenofovir disoproxil	85.362 (61,81)
Ritonavir	50.979 (36,92)
Efavirenz	46.703 (33,82)
Lamivudina	43.362 (31,40)
Abacavir	37.377 (27,07)

Tabla 27. Medicamentos reportados en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2023 (continuación)

Medicamentos	n (%)
Atazanavir	31.563 (22,86)
Dolutegravir	22.538 (16,32)
Darunavir	17.646 (12,78)
Tenofovir alafenamida	7.727 (5,60)
Raltegravir	6.448 (4,67)
Nevirapina	5.753 (4,17)
Zidovudina	3.859 (2,79)
Rilpivirina	3.669 (2,66)
Lopinavir	3.310 (2,40)
Cobicistat	3.042 (2,20)
Elvitegravir	2.201 (1,59)
Etravirina	636 (0,46)
Bictegravir	271 (0,20)
Tenofovir	143 (0,10)
Estavudina	138 (0,10)
Indinavir	102 (0,07)
Fosamprenavir	91 (0,07)
Maraviroc	80 (0,06)
Doravirina	74 (0,05)
Didanosina	63 (0,05)
Nelfinavir	23 (0,02)
Saquinavir	10 (0,01)
Enfuvirtida	9 (0,01)

En cuanto a los esquemas terapéuticos empleados en los pacientes incidentes reportados en el periodo, el más frecuente fue efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil (34,43%), seguido de atazanavir, emtricitabina, ritonavir y tenofovir disoproxil (21,32%). En la **tabla 28** se presentan las estrategias terapéuticas informadas en los casos incidentes de VIH en el periodo, los cuales representan el 98,01% de las combinaciones utilizadas, los esquemas restantes son usados en menos del 1% de los casos.

Tabla 28. Esquemas de tratamiento antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV incidentes, Colombia 2023

Esquemas	n (%)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	4.387 (34,43)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	2.716 (21,32)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	1.670 (13,11)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.001 (7,86)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	739 (5,80)
Dolutegravir, lamivudina	487 (3,82)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	260 (2,04)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	210 (1,65)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	162 (1,27)



Tabla 28. Esquemas de tratamiento antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV incidentes, Colombia 2023 (continuación)

Esquemas	n (%)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	134 (1,05)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	104 (0,82)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	81 (0,64)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	75 (0,59)
Emtricitabina, tenofovir disoproxil	70 (0,55)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	68 (0,53)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	56 (0,44)
Emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	48 (0,38)
Emtricitabina, nevirapina, tenofovir disoproxil	44 (0,35)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	43 (0,34)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir alafenamida	36 (0,28)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	33 (0,26)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir alafenamida	33 (0,26)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	31 (0,24)

En relación con los esquemas terapéuticos empleados con mayor frecuencia en los pacientes prevalentes reportados en el periodo, el más usado fue efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil (23,30%), seguido de atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil (14,62%). En la **tabla 29** se presentan las estrategias terapéuticas informadas en los casos prevalentes con el VIH en el periodo, las cuales representan el 90,42% de todas las combinaciones utilizadas.

Tabla 29. Esquemas de tratamiento antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV prevalentes, Colombia 2023

Esquema	n (%)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	32.171 (23,30)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	20.192 (14,62)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	11.839 (8,57)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	9.258 (6,70)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	8.159 (5,91)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	7.785 (5,64)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	7.626 (5,52)
Emtricitabina, tenofovir disoproxil	3.286 (2,38)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	3.100 (2,24)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	2.650 (1,92)
Dolutegravir, lamivudina	2.280 (1,65)
Emtricitabina, nevirapina, tenofovir disoproxil	2.226 (1,61)
Abacavir, lamivudina, nevirapina	2.149 (1,56)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	1.838 (1,33)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	1.654 (1,20)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.294 (0,94)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.175 (0,85)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	1.095 (0,79)

Tabla 29. Esquemas de tratamiento antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV prevalentes, Colombia 2023 (continuación)

Esquema	n (%)
Abacavir, lamivudina, lopinavir, ritonavir	1.061 (0,77)
Emtricitabina, lopinavir, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.012 (0,73)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	984 (0,71)
Efavirenz, lamivudina, zidovudina	762 (0,55)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	643 (0,47)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	634 (0,46)

Entre los esquemas antirretrovirales reportados con mayor frecuencia, emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida, fue el esquema que alcanzó un mayor número de pacientes con supresión viral a través de los diferentes puntos de corte, < 50 copias/ml (91,24%), < 200 copias/ml (95,54%), < 1.000 copias/ml (96,52%). Sin embargo, es importante considerar que con rilpivirina la probabilidad de respuesta viral satisfactoria puede ser menor en aquellas personas que tienen cargas virales altas (> 1.000 copias/ml) y conteos de linfocitos CD4 bajos. Por otro lado, el esquema con menor número de personas en supresión viral fue atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil, < 50 copias/ml (68,25), < 200 copias/ml (78,32%), < 1.000 copias/ml (83,77%).

Tabla 30. Supresión viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV, Colombia 2023

Principales esquemas	PVV con el esquema	CV < 50 copias/ml	CV < 200 copias/ml	CV < 1.000 copias/ml
		n (%)	n (%)	n (%)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	32.171	25.836 (80,31)	27.724 (86,18)	28.667 (89,11)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	20.192	13.779 (68,24)	15.814 (78,32)	16.915 (83,77)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	11.839	10.365 (87,55)	10.899 (92,06)	11.153 (94,21)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	9.258	6.319 (68,25)	7.338 (79,26)	7.891 (85,23)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	8.159	6.226 (76,31)	6.901 (84,58)	7.271 (89,12)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	7.785	5.509 (70,76)	6.338 (81,41)	6.646 (85,37)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	7.626	6.269 (82,21)	6.777 (88,87)	6.972 (91,42)
Emtricitabina, tenofovir disoproxil	3.286	2.836 (86,31)	3.020 (91,91)	3.089 (94,00)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	3.100	2.332 (75,23)	2.593 (83,65)	2.695 (86,94)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	2.650	2.145 (80,94)	2.340 (88,30)	2.440 (92,08)
Dolutegravir, lamivudina	2.280	1.920 (84,21)	2.029 (88,99)	2.076 (91,05)
Emtricitabina, nevirapina, tenofovir disoproxil	2.226	1.930 (86,70)	2.044 (91,82)	2.093 (94,03)
Abacavir, lamivudina, nevirapina	2.149	1.890 (87,95)	1.987 (92,46)	2.027 (94,32)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	1.838	1.677 (91,24)	1.756 (95,54)	1.774 (96,52)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	1.654	1.484 (89,72)	1.564 (94,56)	1.586 (95,89)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.294	1.110 (85,78)	1.185 (91,58)	1.220 (94,28)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.175	904 (76,94)	1.032 (87,83)	1.074 (91,40)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	1.095	805 (73,52)	933 (85,21)	988 (90,23)
Abacavir, lamivudina, lopinavir, ritonavir	1.061	765 (72,10)	853 (80,40)	907 (85,49)
Emtricitabina, lopinavir, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.012	722 (71,34)	818 (80,83)	869 (85,87)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	984	776 (78,86)	851 (86,48)	895 (90,96)
Efavirenz, lamivudina, zidovudina	762	655 (85,96)	686 (90,03)	702 (92,13)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	643	541 (84,14)	589 (91,60)	604 (93,93)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	634	459 (72,40)	518 (81,70)	555 (87,54)



Para finalizar, en la **tabla 31** se muestra la frecuencia de la falla terapéutica por el régimen de afiliación en la cohorte de PVV desde el inicio de la TAR, así como la evaluación del genotipo viral en estos pacientes. Con respecto al periodo 2022, el número de pacientes con falla viral pasó de 21.572 a 19.639, disminuyendo en 8,90%. Se observa que la falla viral es mayor en el régimen subsidiado (12,49%), seguido del contributivo (11,53%) y el especial (9,38%). El 5,55% y 3,97% de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y contributivo tuvieron la genotipificación en el periodo respectivamente.

Entre quienes han presentado falla terapéutica el porcentaje de pacientes a quienes se les realizó la genotipificación, en el régimen contributivo fue de 22,86% y en el subsidiado de 27,70%. En el régimen especial y en la población no afiliada, la proporción de personas con falla terapéutica y genotipificación corresponde al 66,67% y 33,33% respectivamente. Para todos los regímenes de afiliación en más del 88% de las PVV no se ha reportado alguna falla terapéutica a la TAR y entre estos la genotipificación es menor al 3% en todos los casos, excepto en los planes voluntarios de salud (11,11%).

Tabla 31. Falla terapéutica y genotipificación en las personas que viven con el VIH según el régimen de afiliación

Régimen de afiliación	¿Ha tenido falla terapéutica?								
	Sí			No			Total		
	Genotipificación								
	Sí ¹	No ¹	Total con falla ²	Sí ¹	No ¹	Total sin falla ²	Sí ¹	No ¹	Total ³
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Contributivo	2.678 (22,86)	9.037 (77,14)	11.715 (11,53)	1.358 (1,51)	88.550 (98,49)	89.908 (88,47)	4.036 (3,97)	97.587 (96,03)	101.623 (61,43)
Subsidiado	1.989 (27,70)	5.191 (72,30)	7.180 (12,49)	1.204 (2,39)	49.116 (97,61)	50.320 (87,51)	3.193 (5,55)	54.307 (94,45)	57.500 (34,76)
Especial	6 (66,67)	3 (33,33)	9 (9,38)	1 (1,15)	86 (98,85)	87 (90,63)	7 (7,29)	89 (92,71)	96 (0,05)
No afiliado	6 (33,33)	12 (66,67)	18 (2,79)	3 (0,48)	624 (99,52)	627 (97,21)	9 (1,40)	636 (98,60)	645 (0,38)
Voluntarios	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (11,11)	56 (88,89)	63 (100,00)	7 (11,11)	56 (88,89)	63 (0,03)
Total	4.822 (24,55)	14.817 (75,45)	19.639 (11,87)	2.655 (1,82)	143.111 (98,18)	145.766 (88,13)	7.477 (4,52)	157.928 (95,48)	165.405 (100,00)

¹ Porcentaje del total con o sin falla.

² Porcentaje del total por régimen de afiliación.

³ Porcentaje del total de PVV prevalentes reportadas.

De las PVV que reciben TAR actualmente (n= 138.907), 38.342 (27,60%) tuvieron cambio del esquema debido a intolerancia o efectos secundarios, 8.637 (6,22%) presentaron falla terapéutica y en 8.711 (6,27%) el cambio de terapia se realizó para facilitar la adherencia a la misma.



Transmisión materno-infantil del VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 5

Transmisión materno - infantil del VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



Se informaron **533.470** mujeres gestantes en el periodo, observando una disminución porcentual del 5,02% de gestaciones respecto al año anterior (n= 561.688).

El tamizaje para el VIH fue realizado al **91,88%** de las gestantes reportadas, cumpliendo la meta de la ETMI (Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH), planteada en un 90%.



Se diagnosticaron 1.168 mujeres con infección por VIH, lo cual representa un aumento del 3,45% respecto al periodo anterior, disminuyendo en un 66,67% la presencia de casos en el grupo etario de 10 a 14 años, en comparación al 2022.



La mediana de edad gestacional al momento de la detección del VIH fue 14 semanas (RIC: 10 - 23) y del total de las gestantes con VIH, solo el 24,91% se diagnosticó en estadio 1.



Respecto al periodo 2022, se presentó un aumento del 3,45% en las gestantes diagnosticadas con infección por VIH.



El 95,12% de las gestantes recibió TAR durante la gestación, superando la meta para la ETMI, donde se establece un cubrimiento del 92% de la TAR en gestantes.



El 72,35% de las gestantes con VIH tenía la última CV indetectable (menor de 50 copias/ml), lo cual representa un aumento de 10,89% de indetectabilidad en relación al periodo anterior.



El 95,12% de las mujeres embarazadas viviendo con el VIH recibieron TAR durante la gestación.



El 85,92% de las mujeres que finalizaron la gestación dentro del periodo (n= 838), recibieron antirretrovirales durante el parto y 82,57% tuvieron supresión farmacológica de la lactancia.



Se informa un 1,40% de hijos e hijas de gestantes que viven con el VIH que no recibieron profilaxis antirretroviral post natal, se espera que esta proporción sea menor al 1% en el país.



Se reportaron 1.002 niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH, de los cuales, 7 casos fueron positivos para VIH, esto representa un incremento del 40% con respecto al periodo anterior.

Se cumple la meta de **transmisión materno-infantil menor al 2%,**

sin embargo, este indicador presentó un aumento del 13,71% con respecto al periodo anterior.

RIC: rango intercuartílico.

CV: carga viral.

[Descargar infografía](#)

5. Transmisión materno-infantil del VIH

5.1. Población de mujeres gestantes

Se informaron 533.470 mujeres gestantes, lo que representa una disminución porcentual del 5,02% con respecto al periodo anterior (n= 561.688); la mediana de la edad fue de 27 años (RIC: 22 - 32), la edad mínima fue de 10 años y la máxima de 52. En el grupo etario de 10 a 14 años se presentó una disminución del 18,99% de gestaciones.

El mayor número de gestantes fue reportado por el régimen contributivo, aunque, tuvo una disminución en 3,19% con relación al periodo 2022, por otro lado, en el régimen subsidiado este valor disminuyó en 6,60% y las gestantes no afiliadas lo hicieron en un 25,71%. La región Caribe persiste con el mayor número de casos de gestantes reportadas (tabla 32), las regiones Amazonía-Orinoquía y Pacífica presentaron una disminución del 8,56% y 13,53%, respectivamente. De las gestantes reportadas, el 91,88% (n= 490.171) fueron tamizadas, dentro de las cuales al 85,73% (n= 420.237) la prueba se realizó desde el primer trimestre de la gestación.

Tabla 32. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Voluntarios	Especial	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Edad (años)*	28 (24 - 33)	24 (20 - 30)	31 (26 - 35)	23 (20 - 27)	34 (30 - 37)	36 (30 - 38)	27 (22 - 32)
Grupo Etario							
10 - 14	377 (0,14)	1.766 (0,73)	14 (0,18)	19 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	2.176 (0,41)
15 - 19	16.200 (5,93)	44.806 (18,47)	466 (6,05)	1.344 (21,22)	11 (0,29)	1 (1,89)	62.828 (11,78)
20 - 24	56.989 (20,87)	74.997 (30,92)	1.101 (14,30)	2.491 (39,33)	128 (3,38)	9 (16,98)	135.715 (25,44)
25 - 29	82.142 (30,08)	60.042 (24,76)	1.584 (20,57)	1.413 (22,31)	612 (16,16)	3 (5,66)	145.796 (27,33)
30 - 34	69.511 (25,46)	35.774 (14,75)	2.372 (30,81)	684 (10,80)	1.366 (36,08)	11 (20,75)	109.718 (20,57)
35 - 39	36.561 (13,39)	18.136 (7,48)	1.570 (20,39)	285 (4,50)	1.273 (33,62)	20 (37,74)	57.845 (10,84)
40 - 44	10.616 (3,89)	6.406 (2,64)	553 (7,18)	88 (1,39)	369 (9,75)	9 (16,98)	18.041 (3,38)
45 - 49	655 (0,24)	612 (0,25)	38 (0,49)	9 (0,14)	26 (0,69)	0 (0,00)	1.340 (0,25)
50 - 54	6 (0,00)	3 (0,00)	1 (0,01)	0 (0,00)	1 (0,03)	0 (0,00)	11 (0,00)
Región/Entidad territorial							
Bogotá, D. C.	66.426 (24,33)	9.428 (3,89)	1.043 (13,55)	5.283 (83,42)	2.303 (60,83)	8 (15,09)	84.491 (15,84)
Caribe	51.018 (18,68)	99.292 (40,94)	2.055 (26,69)	1 (0,02)	480 (12,68)	3 (5,66)	152.849 (28,65)
Atlántico	19.086 (6,99)	14.901 (6,14)	638 (8,29)	0 (0,00)	277 (7,32)	0 (0,00)	34.902 (6,54)
Bolívar	10.082 (3,69)	18.717 (7,72)	320 (4,16)	0 (0,00)	76 (2,01)	0 (0,00)	29.195 (5,47)
Cesar	5.875 (2,15)	14.258 (5,88)	206 (2,68)	1 (0,02)	16 (0,42)	0 (0,00)	20.356 (3,82)
Córdoba	5.266 (1,93)	15.632 (6,45)	331 (4,30)	0 (0,00)	26 (0,69)	3 (5,66)	21.258 (3,98)
La Guajira	1.515 (0,55)	11.969 (4,93)	101 (1,31)	0 (0,00)	34 (0,90)	0 (0,00)	13.619 (2,55)
Magdalena	6.402 (2,34)	12.512 (5,16)	249 (3,23)	0 (0,00)	42 (1,11)	0 (0,00)	19.205 (3,60)
Sucre	2.437 (0,89)	11.149 (4,60)	204 (2,65)	0 (0,00)	6 (0,16)	0 (0,00)	13.796 (2,59)
San Andrés	355 (0,13)	154 (0,06)	6 (0,08)	0 (0,00)	3 (0,08)	0 (0,00)	518 (0,10)
Central	68.776 (25,19)	54.778 (22,58)	1.789 (23,24)	22 (0,35)	225 (5,94)	18 (33,96)	125.608 (23,55)
Antioquia	42.527 (15,57)	25.423 (10,48)	570 (7,40)	18 (0,28)	128 (3,38)	18 (33,96)	68.684 (12,87)
Caldas	4.905 (1,80)	3.097 (1,28)	195 (2,53)	0 (0,00)	15 (0,40)	0 (0,00)	8.212 (1,54)
Caquetá	686 (0,25)	5.827 (2,40)	120 (1,56)	0 (0,00)	4 (0,11)	0 (0,00)	6.637 (1,24)
Huila	4.550 (1,67)	6.918 (2,85)	321 (4,17)	3 (0,05)	28 (0,74)	0 (0,00)	11.820 (2,22)



Tabla 32. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Voluntarios	Especial	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Quindío	3.063 (1,12)	2.354 (0,97)	137 (1,78)	0 (0,00)	8 (0,21)	0 (0,00)	5.562 (1,04)
Risaralda	5.969 (2,19)	3.679 (1,52)	194 (2,52)	1 (0,02)	24 (0,63)	0 (0,00)	9.867 (1,85)
Tolima	7.076 (2,59)	7.480 (3,08)	252 (3,27)	0 (0,00)	18 (0,48)	0 (0,00)	14.826 (2,78)
Oriental	54.620 (20,00)	30.460 (12,56)	1.556 (20,21)	967 (15,27)	498 (13,15)	11 (20,75)	88.112 (16,52)
Boyacá	5.945 (2,18)	6.704 (2,76)	162 (2,10)	0 (0,00)	34 (0,90)	1 (1,89)	12.846 (2,41)
Cundinamarca	23.567 (8,63)	1.452 (0,60)	350 (4,55)	6 (0,09)	157 (4,15)	1 (1,89)	25.533 (4,79)
Meta	5.173 (1,89)	7.830 (3,23)	298 (3,87)	1 (0,02)	176 (4,65)	0 (0,00)	13.478 (2,53)
Norte de Santander	5.405 (1,98)	5.005 (2,06)	299 (3,88)	3 (0,05)	30 (0,79)	0 (0,00)	10.742 (2,01)
Santander	14.530 (5,32)	9.469 (3,90)	447 (5,81)	957 (15,11)	101 (2,67)	9 (16,98)	25.513 (4,78)
Pacífica	29.056 (10,64)	37.703 (15,54)	917 (11,91)	57 (0,90)	262 (6,92)	13 (24,53)	68.008 (12,75)
Cauca	2.884 (1,06)	14.250 (5,88)	164 (2,13)	29 (0,46)	6 (0,16)	5 (9,43)	17.338 (3,25)
Chocó	518 (0,19)	1.763 (0,73)	60 (0,78)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2.341 (0,44)
Nariño	1.588 (0,58)	8.147 (3,36)	187 (2,43)	10 (0,16)	4 (0,11)	1 (1,89)	9.937 (1,86)
Valle del Cauca	24.066 (8,81)	13.543 (5,58)	506 (6,57)	18 (0,28)	252 (6,66)	7 (13,21)	38.392 (7,20)
Amazonía-Orinoquía	3.161 (1,16)	10.881 (4,49)	339 (4,40)	3 (0,05)	18 (0,48)	0 (0,00)	14.402 (2,70)
Arauca	493 (0,18)	1.941 (0,80)	61 (0,79)	2 (0,03)	2 (0,05)	0 (0,00)	2.499 (0,47)
Casanare	2.002 (0,73)	3.898 (1,61)	97 (1,26)	1 (0,02)	15 (0,40)	0 (0,00)	6.013 (1,13)
Putumayo	248 (0,09)	3.025 (1,25)	100 (1,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3.373 (0,63)
Amazonas	81 (0,03)	396 (0,16)	24 (0,31)	0 (0,00)	1 (0,03)	0 (0,00)	502 (0,09)
Guainía	2 (0,00)	2 (0,00)	3 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,00)
Guaviare	273 (0,10)	1.083 (0,45)	41 (0,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.397 (0,26)
Vaupés	0 (0,00)	53 (0,02)	3 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	56 (0,01)
Vichada	62 (0,02)	483 (0,20)	10 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	555 (0,10)
Total	273.057 (100,00)	242.542(100,00)	7.699 (100,00)	6.333 (100,00)	3.786 (100,00)	53 (100,00)	533.470 (100,00)

* Mediana (RIC).

5.2. Características de las mujeres gestantes que viven con el VIH

Del total de gestantes reportadas en el periodo (n= 533.470), se diagnosticaron 1.168 mujeres con infección por VIH, lo cual representa un aumento del 3,45% con respecto al periodo anterior (n= 1.129). La mediana de edad fue 26 años (RIC: 22 - 32), la mayor proporción de gestantes con VIH se observó en el grupo etario entre los 20 y los 24 años (30,31%). La región Caribe tuvo el mayor número de casos, aunque presenta una disminución del 11,06%, mientras que en Amazonía-Orinoquía, a pesar de que se registró la menor frecuencia de casos, presentó un incremento del 26,09%, con respecto al 2022 (tabla 33).

Tabla 33. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Especial	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Edad (años)*	28 (24 - 33)	25 (22 - 30)	30 (22 - 36)	22,5 (21,5 - 33,5)	33 (33 - 33)	26 (22 - 32)
Grupo etario						
10 - 14	1 (0,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
15 - 19	19 (4,68)	91 (12,57)	0 (0,00)	3 (10,71)	0 (0,00)	113 (9,67)
20 - 24	95 (23,40)	241 (33,29)	4 (44,44)	14 (50,00)	0 (0,00)	354 (30,31)
25 - 29	124 (30,54)	194 (26,80)	0 (0,00)	3 (10,71)	0 (0,00)	321 (27,48)
30 - 34	89 (21,92)	112 (15,47)	2 (22,22)	2 (7,14)	1 (100,00)	206 (17,64)
35 - 39	55 (13,55)	68 (9,39)	3 (33,33)	4 (14,29)	0 (0,00)	130 (11,13)
40 - 44	22 (5,42)	15 (2,07)	0 (0,00)	1 (3,57)	0 (0,00)	38 (3,25)
45 - 49	1 (0,25)	3 (0,41)	0 (0,00)	1 (3,57)	0 (0,00)	5 (0,43)
Total	406 (100,00)	724 (100,00)	9 (100,00)	28 (100,00)	1 (100,00)	1.168 (100,00)
Región/Entidad territorial						
Bogotá, D. C.	48 (11,82)	44 (6,08)	0 (0,00)	10 (35,71)	0 (0,00)	102 (8,73)
Caribe	85 (20,94)	327 (45,17)	5 (55,56)	0 (0,00)	1 (100,00)	418 (35,79)
Atlántico	24 (5,91)	66 (9,12)	1 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	91 (7,79)
Bolívar	14 (3,45)	41 (5,66)	1 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	56 (4,79)
Cesar	15 (3,69)	49 (6,77)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	64 (5,48)
Córdoba	18 (4,43)	73 (10,08)	2 (22,22)	0 (0,00)	1 (100,00)	94 (8,05)
La Guajira	0 (0,00)	32 (4,42)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	32 (2,74)
Magdalena	11 (2,71)	40 (5,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	51 (4,37)
Sucre	3 (0,74)	26 (3,59)	1 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	30 (2,57)
Central	123 (30,30)	133 (18,37)	3 (33,33)	9 (32,14)	0 (0,00)	268 (22,95)
Antioquia	68 (16,75)	76 (10,50)	1 (11,11)	9 (32,14)	0 (0,00)	154 (13,18)
Caldas	6 (1,48)	6 (0,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (1,03)
Caquetá	0 (0,00)	7 (0,97)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,60)
Huila	12 (2,96)	11 (1,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (1,97)
Quindío	7 (1,72)	3 (0,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,86)
Risaralda	20 (4,93)	18 (2,49)	1 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	39 (3,34)
Tolima	10 (2,46)	12 (1,66)	1 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (1,97)
Oriental	64 (15,76)	60 (8,29)	1 (11,11)	6 (21,43)	0 (0,00)	131 (11,22)
Boyacá	3 (0,74)	3 (0,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,51)
Cundinamarca	16 (3,94)	3 (0,41)	0 (0,00)	6 (21,43)	0 (0,00)	25 (2,14)
Meta	15 (3,69)	20 (2,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	35 (3,00)
Norte de Santander	15 (3,69)	21 (2,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	36 (3,08)
Santander	15 (3,69)	13 (1,80)	1 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (2,48)
Pacífica	78 (19,21)	140 (19,34)	0 (0,00)	2 (7,14)	0 (0,00)	220 (18,84)
Cauca	6 (1,48)	19 (2,62)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (2,14)
Chocó	11 (2,71)	13 (1,80)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (2,05)
Nariño	10 (2,46)	31 (4,28)	0 (0,00)	2 (7,14)	0 (0,00)	43 (3,68)
Valle del Cauca	51 (12,56)	77 (10,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	128 (10,96)



Tabla 33. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Especial	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Amazonía-Orinoquía	8 (1,97)	20 (2,76)	0 (0,00)	1 (3,57)	0 (0,00)	29 (2,48)
Arauca	2 (0,49)	5 (0,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,60)
Casanare	6 (1,48)	4 (0,55)	0 (0,00)	1 (3,57)	0 (0,00)	11 (0,94)
Putumayo	0 (0,00)	4 (0,55)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,34)
Amazonas	0 (0,00)	3 (0,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,26)
Guainía	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
Guaviare	0 (0,00)	2 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,17)
Vichada	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
Total	406 (100,00)	724 (100,00)	9 (100,00)	28 (100,00)	1 (100,00)	1.168 (100,00)

* Mediana (RIC).

El régimen subsidiado presenta la mayor frecuencia de gestantes con VIH (n= 724), seguido del régimen contributivo (n= 406). Con respecto al 2022, el régimen contributivo presentó aumento de gestantes con VIH en un 12,47%, las de excepción y no afiliadas presentaron disminución del 18,18% y 17,65% respectivamente, mientras que el régimen subsidiado no presentó variación. La RES012 y la EAS027 son las entidades que reportan una mayor proporción de esta población (**tabla 34**).

Tabla 34. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% gestantes con VIH del total de las reportadas
Contributivo	406	273.057	0,15
EAS016	0	15	0,00
EAS027	1	52	1,92
EPS001	1	1.895	0,05
EPS002	64	51.886	0,12
EPS005	82	49.817	0,16
EPS008	16	20.084	0,08
EPS010	73	62.447	0,12
EPS012	3	1.427	0,21
EPS017	31	33.705	0,09
EPS018	18	7.685	0,23
EPS037	110	38.941	0,28
EPS042	0	525	0,00
EPS046	1	802	0,12
EPS047	0	1	0,00
EPS048	6	3.775	0,16
Subsidiado	724	242.542	0,30
CCF033	5	1.754	0,29
CCF050	6	1.669	0,36
CCF055	71	23.942	0,30
CCF102	9	1.075	0,84

Situación del VIH en Colombia 2023

Transmisión materno-infantil del VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 34. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023 (continuación)

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% gestantes con VIH del total de las reportadas
EPS025	1	2.625	0,04
EPSI01	8	4.087	0,20
EPSI03	6	9.034	0,07
EPSI04	17	6.154	0,28
EPSI05	2	2.900	0,07
EPSI06	5	3.066	0,16
EPSS34	49	11.824	0,41
EPSS40	55	14.460	0,38
EPSS41	135	56.476	0,24
ESS024	88	28.500	0,31
ESS062	80	25.532	0,31
ESS091	9	2.807	0,32
ESS118	69	16.747	0,41
ESS207	109	29.890	0,36
Excepción	9	7.699	0,12
RES001	2	1.898	0,11
RES002	1	196	0,51
RES003	4	2.502	0,16
RES004	2	3.103	0,06
No afiliado	28	6.333	0,44
05000	9	19	47,37
11001	10	5.283	0,19
19000	0	29	0,00
25000	6	6	100,00
41000	0	3	0,00
52000	2	10	20,00
54000	0	3	0,00
66000	0	1	0,00
68000	0	958	0,00
76000	0	13	0,00
76109	0	5	0,00
81000	0	2	0,00
85000	1	1	100,00
Voluntarios	0	3.786	0,00
EMP002	0	149	0,00
EMP015	0	447	0,00
EMP017	0	417	0,00
EMP023	0	2.553	0,00
EMP028	0	176	0,00
EMP029	0	44	0,00
Especial	1	53	1,89
RES006	0	9	0,00



Tabla 34. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023 (continuación)

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% gestantes con VIH del total de las reportadas
RES007	0	7	0,00
RES008	0	11	0,00
RES009	0	4	0,00
RES011	0	17	0,00
RES012	1	3	33,33
REUE05	0	2	0,00
Total	1.168	533.470	0,22

5.2.1. Características clínicas de las gestantes con VIH

El principal mecanismo de transmisión fue el sexual (92,12%), presentado un aumento del 3,66% con respecto al 2022. El 55,39% de las mujeres gestantes que viven con el VIH ya tenían el diagnóstico previo a la gestación, mientras que el 41,87% se diagnosticaron durante el embarazo. Es importante resaltar que, en comparación con el periodo anterior, se presentó un aumento del 46,67% en las gestantes diagnosticadas durante el parto, identificación que en su mayoría pudo haberse realizado de manera temprana durante el control prenatal (CPN). El 44,61% fueron diagnosticadas en estadio 2 de la infección, la mediana de la edad gestacional al momento de la detección fue 14 semanas (RIC: 10 - 23), siendo más oportuno en comparación al 2022 (16 semanas (RIC: 10 - 25)). El 72,35% tenían la última CV indetectable (menor de 50 copias/ml), lo cual representa un aumento de 10,89% con relación al periodo anterior (**tabla 35**).

Tabla 35. Características clínicas de la población de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2023

Características	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Excepción	Especial	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mecanismo de transmisión						
Transmisión sexual	367 (90,39)	682 (94,20)	17 (60,71)	9 (100,00)	1 (100,00)	1.076 (92,12)
Desconocida	29 (7,14)	21 (2,90)	11 (39,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	61 (5,22)
Transfusión	2 (0,49)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,17)
Uso de cortopunzantes	1 (0,25)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,17)
TMI	5 (1,23)	18 (2,49)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (1,97)
Ocupacional	1 (0,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
Violencia sexual	1 (0,25)	2 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,26)
Momento de la detección del VIH						
Durante la gestación	152 (37,44)	317 (43,78)	19 (67,86)	1 (11,11)	0 (0,00)	489 (41,87)
Durante el parto	5 (1,23)	16 (2,21)	1 (3,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (1,88)
Antes de la gestación	249 (61,33)	382 (52,76)	7 (25,00)	8 (88,89)	1 (100,00)	647 (55,39)
Después del parto	0 (0,00)	8 (1,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,68)
Edad gestacional al momento de la detección (semanas)*	14 (10 - 22)	14 (10 - 24)	22 (16 - 29)	11 (11 - 11)		14 (10 - 23)
Estadio clínico al corte						
Estadio 1	93 (22,91)	187 (25,83)	9 (32,14)	2 (22,22)	0 (0,00)	291 (24,91)
Estadio 2	193 (47,54)	316 (43,65)	8 (28,57)	4 (44,44)	0 (0,00)	521 (44,61)
Estadio 3	117 (28,82)	215 (29,70)	6 (21,43)	3 (33,33)	1 (100,00)	342 (29,28)
Estadio desconocido	3 (0,74)	6 (0,83)	5 (17,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (1,20)

Tabla 35. Características clínicas de la población de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2023 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Excepción	Especial	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Valor último conteo Linfocitos T CD4 (células/mm)*	562 (380-780)	545 (345-728)	541 (336-745)	544 (375-813)	630 (630-630)	549 (357-752)
Control virológico (según resultado de última carga viral)						
< 50 copias/ml	299 (73,65)	530 (73,20)	9 (32,14)	6 (66,67)	1 (100,00)	845 (72,35)
< 200 copias/ml	326 (80,30)	575 (79,42)	13 (46,43)	6 (66,67)	1 (100,00)	921 (78,85)
< 1.000 copias/ml	345 (84,98)	611 (84,39)	14 (50,00)	6 (66,67)	1 (100,00)	977 (83,65)
Total	406 (100,00)	724 (100,00)	28 (100,00)	9 (100,00)	1 (100,00)	1.168 (100,00)

En el marco de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH (ETMI-Plus), el 95,12% (n= 1.111) de las mujeres embarazadas viviendo con el VIH recibieron TAR durante la gestación, la cual se inició sobre las 16 semanas. Además, entre las mujeres que finalizaron la gestación dentro del periodo de análisis (n= 838), 720 (85,92%) recibieron antirretrovirales durante el parto y 692 (82,57%) tuvieron supresión farmacológica de la lactancia. Por otro lado, para este periodo, los abortos disminuyeron en un 15,88% con respecto al 2022 (10,47%) (tabla 36).

Tabla 36. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Colombia 2023

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	No afiliado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	Total n (%)
Gestantes con VIH	406 (100,00)	724 (100,00)	28 (100,00)	9 (100,00)	1 (100,00)	1.168 (100,00)
Recibió antirretrovirales durante gestación reportada						
Recibía desde antes de la gestación	230 (56,65)	348 (48,07)	4 (14,29)	8 (88,89)	1 (100,00)	591 (50,60)
Inició durante la gestación	159 (39,16)	342 (47,24)	18 (64,29)	1 (11,11)	0 (0,00)	520 (44,52)
No ha iniciado antirretrovirales	5 (1,23)	2 (0,28)	2 (7,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,77)
No recibió antirretrovirales en gestación reportada	12 (2,96)	31 (4,28)	3 (10,71)	0 (0,00)	0 (0,00)	46 (3,94)
Sin dato	0 (0,00)	1 (0,14)	1 (3,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,17)
Edad gestacional al inicio de las antirretrovirales (semanas)*	16 (11 - 22)	15 (12 - 24)	25 (18 - 29)	14 (14 - 14)	-	16 (12 - 24)
Mujeres embarazadas con gestación finalizada en el periodo	284 (100,00)	523 (100,00)	23 (100,00)	7 (100,00)	1 (100,00)	838 (100,00)
Recibió antirretrovirales intraparto						
Durante el parto	232 (81,69)	462 (88,34)	18 (78,26)	7 (100,00)	1 (100,00)	720 (85,92)
No recibió antirretrovirales en el parto	22 (7,75)	15 (2,87)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	38 (4,53)
No recibió, la gestación terminó en aborto	28 (9,86)	35 (6,69)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	64 (7,64)
Sin dato	2 (0,70)	11 (2,10)	3 (13,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (1,91)
Supresión farmacológica de la lactancia						
Dentro de las 48 horas posparto	207 (72,89)	433 (82,79)	16 (69,57)	7 (100,00)	1 (100,00)	664 (79,24)
Posterior a las 48 horas posparto	10 (3,52)	18 (3,44)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (3,34)
No se realizó	61 (21,48)	54 (10,33)	3 (13,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	118 (14,08)
Sin dato	4 (1,41)	12 (2,29)	4 (17,39)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (3,34)



Tabla 36. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Colombia 2023 (continuación)

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	No afiliado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	Total n (%)
Resultado de la gestación						
Recién nacido vivo	251 (88,38)	486 (92,93)	18 (78,26)	7 (100,00)	1 (100,00)	763 (91,05)
Mortinato	2 (0,70)	3 (0,57)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,72)
Aborto	30 (10,56)	34 (6,50)	1 (4,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	65 (7,76)
Sin dato	1 (0,35)	0 (0,00)	3 (13,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,48)

* Mediana (RIC).

5.3. Menores de 12 meses expuestos al VIH

5.3.1. Características de los menores de 12 meses expuestos al VIH

Se reportaron 1.002 niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH, de los cuales, 7 niños (0,70%) fueron reportados como positivos en el periodo. Las entidades territoriales con el mayor número de menores expuestos fueron Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Bogotá, D. C., (tabla 37).

Tabla 37. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023

Región/Ente territorial	Menores 12 meses expuestos	Menores 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	n (%)
Bogotá, D. C.	76 (7,58)	0 (0,00)
Caribe	412 (41,12)	1 (14,29)
Atlántico	99 (9,88)	0 (0,00)
Bolívar	59 (5,89)	0 (0,00)
Cesar	63 (6,29)	0 (0,00)
Córdoba	68 (6,79)	1 (14,29)
La Guajira	48 (4,79)	0 (0,00)
Magdalena	46 (4,59)	0 (0,00)
Sucre	29 (2,89)	0 (0,00)
Central	240 (23,95)	4 (57,14)
Antioquia	147 (14,67)	3 (42,86)
Caldas	12 (1,20)	0 (0,00)
Caquetá	12 (1,20)	0 (0,00)
Huila	18 (1,80)	0 (0,00)
Quindío	6 (0,60)	0 (0,00)
Risaralda	31 (3,09)	0 (0,00)
Tolima	14 (1,40)	1 (14,29)
Oriental	92 (9,18)	1 (14,29)
Boyacá	3 (0,30)	0 (0,00)
Cundinamarca	22 (2,20)	0 (0,00)
Meta	26 (2,59)	0 (0,00)
Norte de Santander	18 (1,80)	1 (14,29)
Santander	23 (2,30)	0 (0,00)

Tabla 37. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023 (continuación)

Región/Ente territorial	Menores 12 meses expuestos	Menores 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	n (%)
Pacífica	171 (17,07)	1 (14,29)
Cauca	17 (1,70)	0 (0,00)
Chocó	5 (0,50)	0 (0,00)
Nariño	34 (3,39)	0 (0,00)
Valle del Cauca	115 (11,48)	1 (14,29)
Amazonía-Orinoquía	11 (1,10)	0 (0,00)
Arauca	2 (0,20)	0 (0,00)
Casanare	6 (0,60)	0 (0,00)
Putumayo	2 (0,20)	0 (0,00)
Amazonas	1 (0,10)	0 (0,00)
Total	1.002 (100,00)	7 (100,00)

Según el régimen de afiliación, en el subsidiado se presentaron más casos de menores expuestos al VIH (67,86%), y de niños con diagnóstico de VIH, pasando de 2 casos en el periodo 2022 a 6 casos en el periodo de reporte (**tabla 38**).

Tabla 38. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Menores 12 meses expuestos n (%)	Menores 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH n (%)
Contributivo	313 (31,24)	1 (14,29)
EPS002	99 (9,88)	1 (14,29)
EPS005	54 (5,39)	0 (0,00)
EPS008	11 (1,10)	0 (0,00)
EPS010	61 (6,09)	0 (0,00)
EPS012	5 (0,50)	0 (0,00)
EPS017	34 (3,39)	0 (0,00)
EPS018	15 (1,50)	0 (0,00)
EPS037	27 (2,69)	0 (0,00)
EPS046	1 (0,10)	0 (0,00)
EPS048	6 (0,60)	0 (0,00)
Subsidiado	680 (67,86)	6 (85,71)
CCF033	6 (0,60)	0 (0,00)
CCF055	82 (8,18)	1 (14,29)
EPSI01	18 (1,80)	0 (0,00)
EPSI04	18 (1,80)	0 (0,00)
EPSI05	1 (0,10)	0 (0,00)
EPSS34	44 (4,39)	0 (0,00)
EPSS40	85 (8,48)	2 (28,57)
EPSS41	79 (7,88)	0 (0,00)



Tabla 38. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2023 (continuación)

Régimen de afiliación	Menores 12 meses expuestos n (%)	Menores 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH n (%)
ESS024	91 (9,08)	0 (0,00)
ESS062	89 (8,88)	2 (28,57)
ESS091	1 (0,10)	1 (14,29)
ESS118	64 (6,39)	0 (0,00)
ESS207	102 (10,18)	0 (0,00)
No afiliado	1 (0,10)	0 (0,00)
76000	1 (0,10)	0 (0,00)
Excepción	7 (0,70)	0 (0,00)
RES001	1 (0,10)	0 (0,00)
RES003	5 (0,50)	0 (0,00)
RES004	1 (0,10)	0 (0,00)
Especial	1 (0,10)	0 (0,00)
RES012	1 (0,10)	0 (0,00)
Total	1.002 (100,00)	7 (100,00)

El porcentaje de los menores expuestos que recibió profilaxis en el post natal con zidovudina por 42 días fue de 67,96% y los que recibieron nevirapina (3 dosis) + zidovudina por 42 días fue de 11,78%, para este periodo se presenta un aumento del 55,56% de menores que no recibieron profilaxis (n= 14) en comparación al 2022. Por otra parte, el 3,49% no recibió suministro de fórmula láctea, esto también representa un aumento del 20,69% (tabla 40). A la fecha de corte al 70,06% de los menores expuestos al VIH se les descartó la transmisión del virus.

Tabla 39. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2023

Características	Contributivo	Especial	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Profilaxis del recién nacido						
Sí, zidovudina por 42 días	247 (78,91)	1 (100,00)	6 (85,71)	0 (0,00)	427 (62,79)	681 (67,96)
Sí, nevirapina 3 dosis + zidovudina 42 días	9 (2,88)	0 (0,00)	1 (14,29)	0 (0,00)	108 (15,88)	118 (11,78)
Sí recibió, pero incompleta	3 (0,96)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,88)	9 (0,90)
Actualmente, está recibiendo profilaxis	13 (4,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (3,38)	36 (3,59)
No recibió profilaxis	9 (2,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,74)	14 (1,40)
Sí, zidovudina + lamivudina	3 (0,96)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (2,50)	20 (2,00)
Sí, zidovudina + lamivudina + nevirapina	23 (7,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	76 (11,18)	99 (9,88)
Sí, lamivudina/zidovudina + nevirapina o raltegravir	6 (1,92)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	14 (2,06)	21 (2,10)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,59)	4 (0,40)
Suministro de fórmula láctea						
Recibió fórmula láctea continua desde el nacimiento hasta los 12 meses	120 (38,34)	1 (100,00)	1 (14,29)	0 (0,00)	176 (25,88)	298 (29,74)
Recibió fórmula láctea continua menos de 12 meses	13 (4,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (3,38)	36 (3,59)
Está recibiendo fórmula láctea	161 (51,44)	0 (0,00)	6 (85,71)	0 (0,00)	453 (66,62)	620 (61,88)

Tabla 39. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2023 (continuación)

Características	Contributivo	Especial	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
No recibió fórmula láctea	19 (6,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	15 (2,21)	35 (3,49)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (1,91)	13 (1,30)
Condición final del menor						
Diagnóstico confirmado de VIH	1 (0,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,88)	7 (0,70)
Se descartó infección por VIH	212 (67,73)	1 (100,00)	4 (57,14)	0 (0,00)	485 (71,32)	702 (70,06)
Aún no se ha definido la condición final del menor	100 (31,95)	0 (0,00)	3 (42,86)	1 (100,00)	189 (27,79)	293 (29,24)
Total	313 (100,00)	1 (100,00)	7 (100,00)	1 (100,00)	680 (100,00)	1.002 (100,00)

En los menores expuestos al VIH se realizó la primera CV antes del primer mes de vida en el 20,04% de los casos, esto representa un aumento del 30,67% con respecto al periodo anterior. En el régimen contributivo aumentó el porcentaje de niños a quienes se les realizó la primera CV antes del mes de vida en 41%, y 27,03% en el subsidiado (**tabla 40**).

Tabla 40. Seguimiento virológico de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2023

Edad a la realización de la primera carga viral	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Antes del mes de vida	55 (18,21)	141 (21,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	196 (20,04)
Entre el mes de vida y los 2 meses	167 (55,30)	396 (59,37)	6 (85,71)	1 (100,00)	0 (0,00)	570 (58,28)
Más de 2 meses hasta los 12 meses	61 (20,20)	101 (15,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	162 (16,56)
Mayores de 12 meses	0 (0,00)	2 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,20)
No realizada (mayor de un mes de vida al corte)	19 (6,29)	27 (4,05)	1 (14,29)	0 (0,00)	1 (100,00)	48 (4,91)
Total	302 (100,00)	667 (100,00)	7 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	978 (100,00)

* Se excluyen los menores de 1 mes de edad que no tienen CV.

5.4. Características clínicas de la población menor de 12 meses expuesta al VIH con diagnóstico positivo

Se reportaron 1.002 menores de 12 meses hijos de madres viviendo con el VIH y entre estos 709 (70,75%) tuvieron valoración diagnóstica con al menos dos pruebas de carga viral, obteniendo así 7 casos con infección confirmada por el VIH; lo que representa una positividad del 0,98% entre los expuestos que completaron el algoritmo diagnóstico. Los 293 (29,24%) casos restantes continúan en seguimiento de la cohorte y serán requeridos a las entidades en el siguiente reporte.

Por otro lado, en cuanto al porcentaje de transmisión materno - infantil del VIH en el marco de la estrategia ETMI-Plus (22), en el periodo hubo 20 niños menores de 2 años que adquirieron la infección por esta vía, en relación a los 1.002 nacimientos de madres viviendo con el VIH, lo que representa una transmisión vertical del 1,99%; valor superior al presentado en el periodo 2022 (1,73%).

El sexo que predominó en los casos de niños positivos para el VIH fue el femenino. En la región Central se encontró el 57,14% (n= 4) de los menores diagnosticados. El 71,43% de los casos se identificaron en estadio 1. En ninguno de los menores se consiguió la supresión viral durante el periodo. Todos estaban recibiendo terapia antirretroviral al corte de la información, siendo el más empleado, el esquema con lamivudina, raltegravir, zidovudina (**tabla 41**).



Tabla 41. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2023

Características	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Edad meses*	6 (6 - 6)	11 (10 - 12)	11 (8 - 12)
Sexo			
Mujer	1 (100,00)	4 (66,67)	5 (71,43)
Hombre	0 (0,00)	2 (33,33)	2 (28,57)
Región			
Caribe	0 (0,00)	1 (16,67)	1 (14,29)
Central	1 (100,00)	3 (50,00)	4 (57,14)
Oriental	0 (0,00)	1 (16,67)	1 (14,29)
Pacífica	0 (0,00)	1 (16,67)	1 (14,29)
Estadio clínico actual			
Estadio 1	0 (0,00)	5 (83,33)	5 (71,43)
Estadio 3	0 (0,00)	1 (16,67)	1 (14,29)
Estadio desconocido	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (14,29)
Valor último conteo Linfocitos T CD4 (células/mm)*		1.406 (1.257 - 1.781)	1.406 (1.257 - 1.781)
Esquemas de TAR			
Abacavir, lamivudina, raltegravir	0 (0,00)	1 (20,00)	1 (20,00)
Lamivudina, nevirapina, zidovudina	0 (0,00)	1 (20,00)	1 (20,00)
Lamivudina, raltegravir, zidovudina	0 (0,00)	3 (60,00)	3 (60,00)
Última carga viral en el periodo			
< 50 copias	0 (0,00)	1 (16,67)	1 (14,29)
50 a < 1.000 copias	0 (0,00)	2 (33,33)	2 (28,57)
≥ 1.000 copias	1 (100,00)	3 (50,00)	4 (57,14)
Total	1 (100,00)	6 (100,00)	7 (100,00)

* Mediana (RIC).



**Población con
tuberculosis activa**
con y sin coinfección
con VIH/Sida



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 6

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

Periodo: del 1º de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



En el periodo se reportaron **13.301** casos con TB activa,

lo cual corresponde a un aumento porcentual del 37,97% comparado con el periodo anterior (9.640 casos).

El **91,54%** de los casos con coinfección TB/VIH

presenta TB de tipo sensible, el 1,83% es multidrogoresistente y el 0,83% es monoresistente a rifampicina.



La mediana del tiempo entre el diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH fue de 3 días (RIC: 0 - 11) y el promedio fue de 8,61 días (DE ± 12,68).



Entre los casos con TB activa en el periodo, el 13,59% tuvo coinfección con VIH.



El tratamiento anti-TB más utilizado fue el etambutol, isoniacida, pirazinamida, rifampicina, seguido de la isoniacida, rifampicina, utilizado en la segunda fase del tratamiento.



El promedio de tiempo del tratamiento en todos los pacientes fue de 250,99 días (DE ± 109,04).



Al finalizar el periodo de reporte, 9,96% de los pacientes coinfectados con TB/VIH egresaron con curación de TB, el 16,87% lo hicieron con tratamiento terminado, y el 55,75% aún se encontraba en tratamiento.

La cobertura del tratamiento antirretroviral en los pacientes

coinfectados con TB/VIH

tuvo un aumento del 10,94% con respecto al periodo anterior.

RIC: rango intercuartílico.
TB: tuberculosis.

[Descargar infografía](#)

6. Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

6.1. Características generales de la población con TB y la tamización del VIH

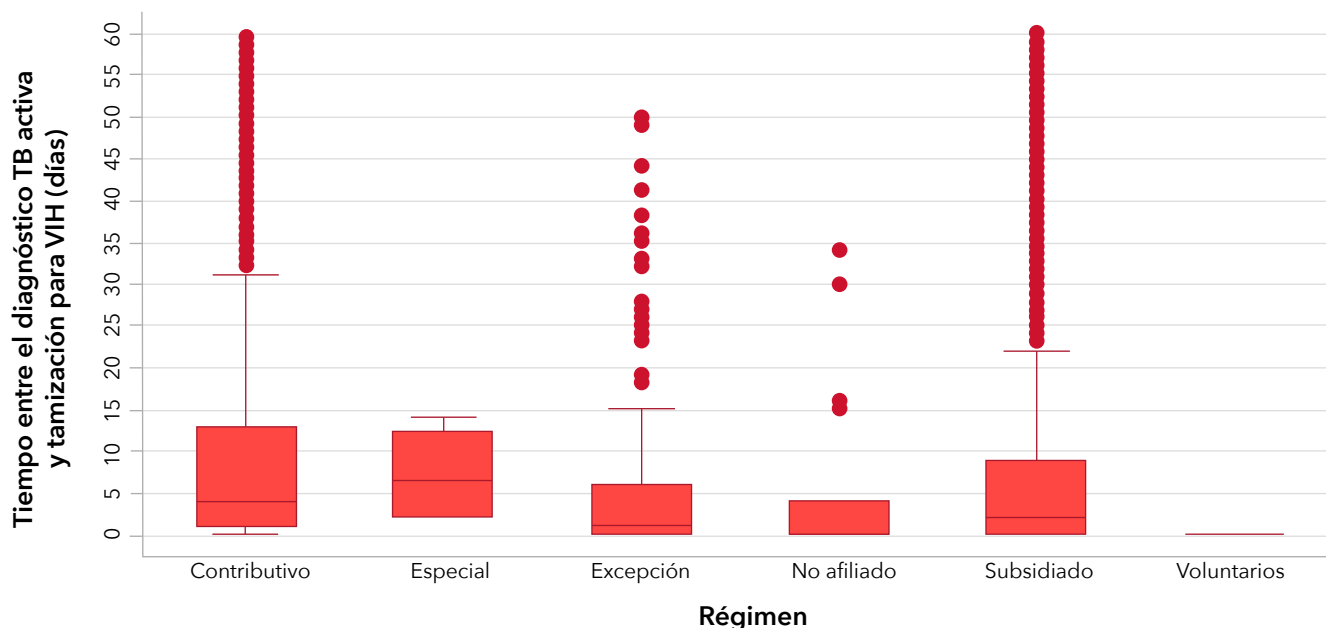
En el periodo se reportaron 13.301 casos con TB activa, lo cual corresponde a un aumento porcentual del 37,97% comparado con el periodo anterior (9.640 casos). Por otro lado, en cuanto al resultado por los regímenes, el 79,16% de la población del contributivo y el 70,35% del subsidiado tuvo tamización para VIH (**tabla 42**).

Tabla 42. Tamización del VIH en la población con TB según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Realización del tamizaje de VIH en población con TB	Contributivo	Especial	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Voluntarios	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Persona con TB activa con prueba de tamización para VIH	5.212 (79,16)	6 (75,00)	320 (88,15)	42 (58,33)	4.413 (70,35)	1 (100,00)	9.994 (75,14)
Persona con TB activa sin prueba de tamización para VIH	695 (10,56)	1 (12,50)	18 (4,96)	14 (19,44)	1.088 (17,34)	0 (0,00)	1.816 (13,65)
Persona con TB activa que rechazó prueba de tamización para VIH	6 (0,09)	1 (12,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,10)	0 (0,00)	13 (0,10)
No se realizó la prueba porque tenía previamente diagnóstico de VIH	670 (10,18)	0 (0,00)	25 (6,89)	16 (22,22)	734 (11,70)	0 (0,00)	1.445 (10,86)
Sin dato	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	32 (0,51)	0 (0,00)	33 (0,25)
Total	6.584 (100,00)	8 (100,00)	363 (100,00)	72 (100,00)	6.273 (100,00)	1 (100,00)	13.301 (100,00)

La mediana del tiempo entre el diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH fue de 3 días (RIC: 0 - 11) y el promedio fue de 8,61 días (DE ± 12,68). La oportunidad fue mejor en el régimen subsidiado (2 días), mientras que la más alta se presenta en el especial (6 días). En la **figura 16** se muestra el tiempo de tamización por el régimen de afiliación con corte a 60 días.

Figura 16. Tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023



[Descargar figura](#)



6.2. Características generales de la población con TB y con coinfección TB/VIH

El 13,59% de los casos con TB activa en el periodo, tuvieron coinfección con VIH. La mediana de la edad en la población con TB fue de 44 años (RIC: 29 - 62), mientras que en los coinfectados con TB/VIH fue de 37 años (RIC: 30 - 46). Esta coinfección se presentó con mayor frecuencia en los hombres (80,59%) y en el grupo etario de 30 a 34 años (18,31%), seguido de 25 a 29 años (16,48) (**tabla 43**).

Tabla 43. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2023

Características	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	n (%)
Sexo		
Mujer	5.024 (37,77)	351 (19,41)
Hombre	8.277 (62,23)	1.457 (80,59)
Intersexual	0 (0,00)	0 (0,00)
Grupo etario		
0 - 4	199 (1,50)	3 (0,17)
5 - 9	85 (0,64)	1 (0,06)
10 - 14	124 (0,93)	2 (0,11)
15 - 19	535 (4,02)	16 (0,88)
20 - 24	1.135 (8,53)	119 (6,58)
25 - 29	1.364 (10,25)	298 (16,48)
30 - 34	1.293 (9,72)	331 (18,31)
35 - 39	1.051 (7,90)	274 (15,15)
40 - 44	1.023 (7,69)	252 (13,94)
45 - 49	772 (5,80)	138 (7,63)
50 - 54	818 (6,15)	107 (5,92)
55 - 59	1.015 (7,63)	117 (6,47)
60 - 64	941 (7,07)	81 (4,48)
65 - 69	873 (6,56)	46 (2,54)
70 - 74	765 (5,75)	14 (0,77)
75 - 79	541 (4,07)	6 (0,33)
80-max	767 (5,77)	3 (0,17)
Pertenencia étnica		
Indígena	526 (3,95)	18 (1,00)
ROM Gitano	8 (0,06)	1 (0,06)
Raizal	14 (0,11)	1 (0,06)
Palenquero	4 (0,03)	4 (0,22)
Negro/a	299 (2,25)	65 (3,60)
Ninguna	12.450 (93,60)	1.719 (95,08)
Total	13.301 (100,00)	1.808 (100,00)

6.2.1. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la región y la entidad territorial

En la región Central se reportó el mayor número de casos de TB y de coinfección con TB/VIH. Los departamentos con la mayor frecuencia de TB fueron Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Bogotá, D. C. En la **tabla 44** se describe, por región y entidad territorial, el número de los casos reportados con TB y coinfección TB/VIH. En el **mapa 2**, se muestra la distribución de los casos de coinfección por la entidad territorial .

Situación del VIH en Colombia 2023

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

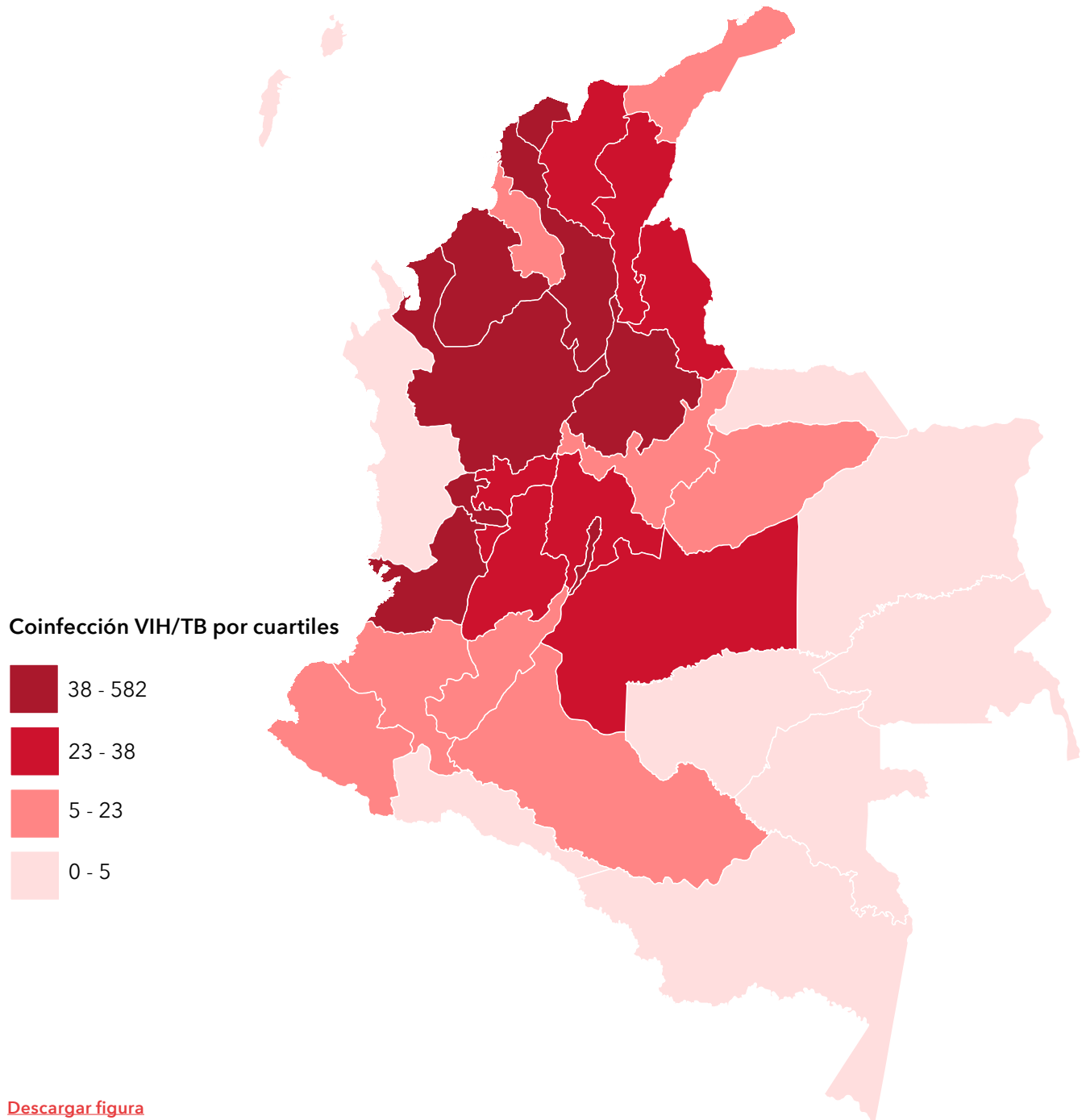
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 44. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	n (%)
Bogotá, D. C.	1.286 (9,67)	232 (12,83)
Caribe	2.494 (18,75)	340 (18,81)
Atlántico	1.070 (8,04)	158 (8,74)
Bolívar	294 (2,21)	42 (2,32)
Cesar	297 (2,23)	34 (1,88)
Córdoba	230 (1,73)	48 (2,65)
La Guajira	292 (2,20)	9 (0,50)
Magdalena	201 (1,51)	35 (1,94)
Sucre	98 (0,74)	13 (0,72)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	12 (0,09)	1 (0,06)
Central	5.007 (37,64)	801 (44,30)
Antioquia	3.217 (24,19)	582 (32,19)
Caldas	266 (2,00)	38 (2,10)
Caquetá	204 (1,53)	8 (0,44)
Huila	190 (1,43)	23 (1,27)
Quindío	172 (1,29)	38 (2,10)
Risaralda	558 (4,20)	85 (4,70)
Tolima	400 (3,01)	27 (1,49)
Oriental	1.956 (14,71)	147 (8,13)
Boyacá	130 (0,98)	8 (0,44)
Cundinamarca	229 (1,72)	24 (1,33)
Meta	580 (4,36)	32 (1,77)
Norte de Santander	339 (2,55)	36 (1,99)
Santander	678 (5,10)	47 (2,60)
Pacífica	2.170 (16,31)	270 (14,93)
Cauca	212 (1,59)	16 (0,88)
Chocó	114 (0,86)	5 (0,28)
Nariño	170 (1,28)	23 (1,27)
Valle del Cauca	1.674 (12,59)	226 (12,50)
Amazonía-Orinoquía	388 (2,92)	18 (1,00)
Arauca	120 (0,90)	2 (0,11)
Casanare	49 (0,37)	10 (0,55)
Putumayo	75 (0,56)	3 (0,17)
Amazonas	57 (0,43)	2 (0,11)
Guainía	23 (0,17)	0 (0,00)
Guaviare	34 (0,26)	1 (0,06)
Vaupés	18 (0,14)	0 (0,00)
Vichada	12 (0,09)	0 (0,00)
Total	13.301 (100,00)	1.808 (100,00)



Mapa 2. Distribución de los casos con coinfección TB/VIH por 100 PVV, según la entidad territorial, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

6.2.2. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la entidad aseguradora

En el régimen contributivo, la entidad con la mayor frecuencia de casos reportados con TB sin VIH fue la EPS010 (n= 1.559), seguida de la EPS002 (n= 1.390) y de la EPS037 (n= 1.236), y en el subsidiado fue la EPSS41 (n= 1.301), seguida por la EPSS40 (n= 1.103). En cuanto a la población con coinfección de TB y VIH, la entidad del contributivo con la mayor cantidad de casos fue la EPS010 (n= 268), seguida por la EPS002 (n= 188), y en el régimen subsidiado fueron las EPSS40 (n= 245) y ESS207 (n= 129) (**tabla 45**).

Situación del VIH en Colombia 2023

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 45. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	n (%)
Contributivo	6.584 (49,50)	832 (46,02)
EAS016	6 (0,05)	0 (0,00)
EAS027	19 (0,14)	4 (0,22)
EPS001	31 (0,23)	4 (0,22)
EPS002	1.390 (10,45)	188 (10,40)
EPS005	1.142 (8,59)	103 (5,70)
EPS008	316 (2,38)	51 (2,82)
EPS010	1.559 (11,72)	268 (14,82)
EPS012	160 (1,20)	10 (0,55)
EPS017	359 (2,70)	65 (3,60)
EPS018	281 (2,11)	38 (2,10)
EPS037	1.236 (9,29)	92 (5,09)
EPS042	28 (0,21)	2 (0,11)
EPS046	21 (0,16)	2 (0,11)
EPS048	36 (0,27)	5 (0,28)
Subsidiado	6.273 (47,16)	922 (51,00)
CCF033	10 (0,08)	1 (0,06)
CCF050	69 (0,52)	10 (0,55)
CCF055	410 (3,08)	56 (3,10)
EPS025	6 (0,05)	6 (0,33)
EPSI01	122 (0,92)	3 (0,17)
EPSI03	93 (0,70)	8 (0,44)
EPSI04	122 (0,92)	4 (0,22)
EPSI05	72 (0,54)	3 (0,17)
EPSI06	26 (0,20)	1 (0,06)
EPSS34	423 (3,18)	72 (3,98)
EPSS40	1.103 (8,29)	245 (13,55)
EPSS41	1.301 (9,78)	77 (4,26)
ESS024	733 (5,51)	115 (6,36)
ESS062	634 (4,77)	80 (4,42)
ESS091	83 (0,62)	7 (0,39)
ESS118	481 (3,62)	105 (5,81)
ESS207	585 (4,40)	129 (7,13)
Excepción	363 (2,73)	31 (1,71)
RES001	41 (0,31)	5 (0,28)
RES002	37 (0,28)	0 (0,00)
RES003	169 (1,27)	9 (0,50)
RES004	116 (0,87)	17 (0,94)
No afiliado	72 (0,54)	23 (1,27)
5000	10 (0,08)	5 (0,28)
11001	38 (0,29)	11 (0,61)
13000	2 (0,02)	0 (0,00)
41000	2 (0,02)	0 (0,00)



Tabla 45. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Régimen de afiliación	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	n (%)
50000	2 (0,02)	2 (0,11)
52000	1 (0,01)	0 (0,00)
54000	2 (0,02)	0 (0,00)
66000	2 (0,02)	2 (0,11)
68000	11 (0,08)	1 (0,06)
85000	2 (0,02)	2 (0,11)
Especial	8 (0,06)	0 (0,00)
RES008	1 (0,01)	0 (0,00)
RES011	6 (0,05)	0 (0,00)
RES012	1 (0,01)	0 (0,00)
Voluntarios	1 (0,01)	0 (0,00)
EMP017	1 (0,01)	0 (0,00)
Total	13.301 (100,00)	1.808 (100,00)

6.2.3. Caracterización del tratamiento anti-TB y TAR en los casos con TB y coinfección TB/VIH

El 91,54% de los casos con coinfección TB/VIH presenta TB de tipo sensible, el 1,83% es multidrogorresistente y el 0,83% es monorresistente a rifampicina. Además, el 62,02% de esta población en el régimen contributivo y el 66,81% en el subsidiado recibía tratamiento a la fecha de corte. En la **tabla 46** también se describe la información por los demás regímenes de afiliación.

Tabla 46. Tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Tipo de TB activa/Recepción del tratamiento	Contributivo	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tipo de TB activa que presenta o presentó la persona con coinfección TB/VIH en los últimos 12 meses					
TB sensible	794 (95,43)	28 (90,32)	22 (95,65)	811 (87,96)	1.655 (91,54)
TB monorresistente a isoniácida	7 (0,84)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (1,19)	18 (1,00)
TB multidrogorresistente (isoniácida y rifampicina)	16 (1,92)	1 (3,23)	0 (0,00)	16 (1,74)	33 (1,83)
TB extremadamente resistente	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)	1 (0,06)
TB con respuesta desconocida al tratamiento/sin tratamiento	6 (0,72)	2 (6,45)	1 (4,35)	76 (8,24)	85 (4,70)
TB monorresistente a rifampicina	8 (0,96)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,76)	15 (0,83)
Sin dato	1 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,06)
Persona con coinfección TB/VIH que recibe o recibió tratamiento para TB activa en los últimos 12 meses					
Sí recibió tratamiento completo	256 (30,77)	12 (38,71)	7 (30,43)	239 (25,92)	514 (28,43)
Sí recibe tratamiento a la fecha de corte	516 (62,02)	18 (58,06)	10 (43,48)	616 (66,81)	1.160 (64,16)
No recibe porque rechaza el tratamiento	6 (0,72)	1 (3,23)	1 (4,35)	2 (0,22)	10 (0,55)
No recibe por no adherencia	10 (1,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (1,84)	27 (1,49)
No recibe por abandono del tratamiento	35 (4,21)	0 (0,00)	5 (21,74)	38 (4,12)	78 (4,31)
No ha iniciado tratamiento antituberculoso	9 (1,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (1,08)	19 (1,05)
Total	832 (100,00)	31 (100,00)	23 (100,00)	922 (100,00)	1.808 (100,00)

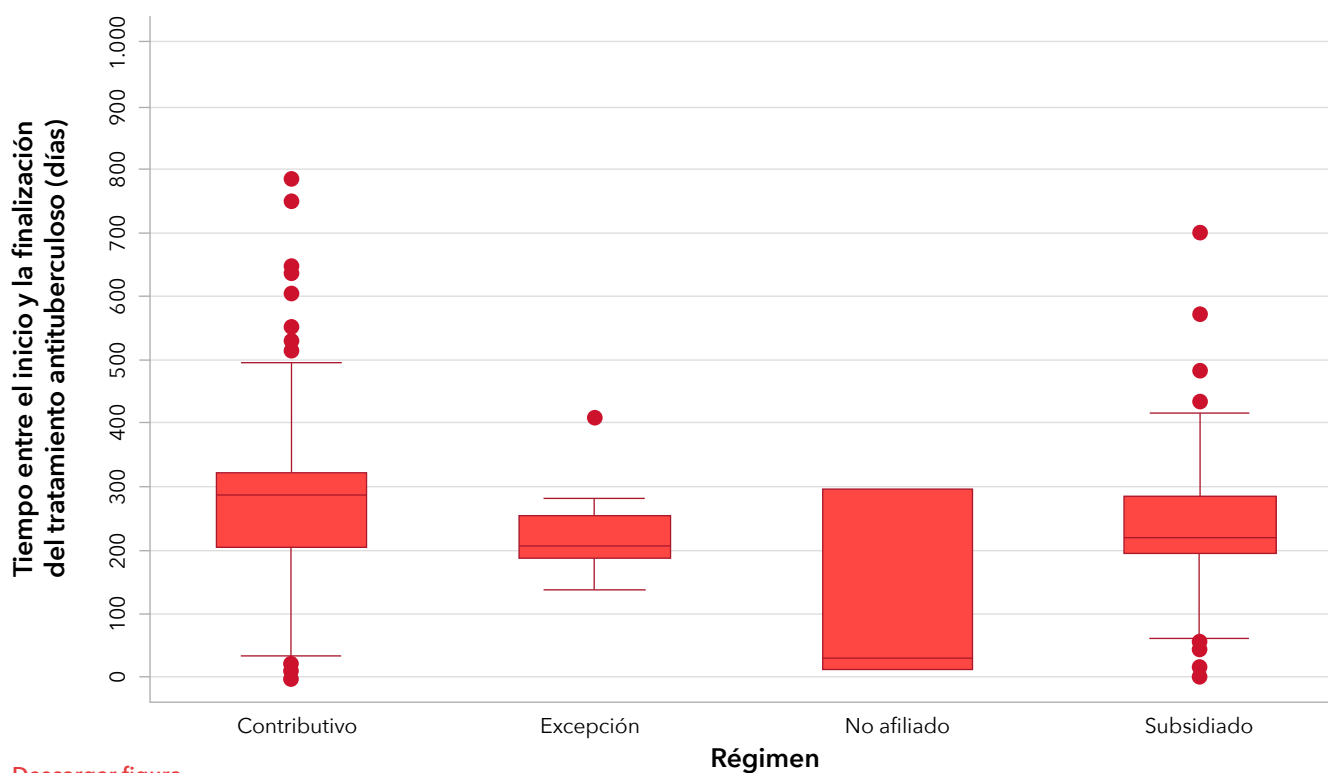
El tratamiento anti-TB más utilizado fue el etambutol, isoniazida, pirazinamida, rifampicina, seguido de la isoniazida, rifampicina, utilizado en la segunda fase del tratamiento. Se reportaron 53 combinaciones diferentes en la población; en la **tabla 47** se describen las más usadas que corresponden al 96,26% de todas las formuladas.

Tabla 47. Esquemas antituberculosos más frecuentes en los casos de coinfección TB/VIH, Colombia 2023

Esquemas anti - TB	n (%)
Etambutol, isoniazida, pirazinamida, rifampicina	1.292 (73,20)
Isoniazida, rifampicina	257 (14,56)
Etambutol, isoniazida, pirazinamida	29 (1,64)
Etambutol, isoniazida, rifampicina	25 (1,42)
Etambutol	18 (1,02)
Etambutol, isoniazida, moxifloxacina, pirazinamida, rifampicina	18 (1,02)
Isoniazida, pirazinamida, rifampicina	18 (1,02)
Etambutol, isoniazida, moxifloxacina, pirazinamida	12 (0,68)
Isoniazida	11 (0,62)
Levofloxacina, linezolid	11 (0,62)
Etambutol, isoniazida, levofloxacina, pirazinamida, rifampicina	8 (0,45)
Total general	1.699 (96,26)

La duración del tratamiento anti-TB se muestra en la **figura 17**. El promedio del tiempo de tratamiento en todos los pacientes fue de 250,99 días (DE \pm 109,04). La mediana entre el inicio del tratamiento y la finalización del mismo en todos los pacientes fue de 238 días (RIC: 195 - 307).

Figura 17. Duración del tratamiento antituberculoso (en número de días) según el régimen de afiliación, Colombia 2023



[Descargar figura](#)



Al finalizar el periodo de reporte, 9,96% de los pacientes coinfectados con TB/VIH egresaron con curación de TB, 16,87% salieron de la cohorte con tratamiento terminado, y el 55,75% aún estaba en tratamiento. Entre los regímenes contributivo y subsidiado, hubo una pérdida similar del seguimiento de casos, 5,17% y 5,42% respectivamente (**tablas 48**).

Tabla 48. Condición de egreso del tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Condición de egreso	Contributivo	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Curado	92 (11,06)	5 (16,13)	1 (4,35)	82 (8,89)	180 (9,96)
Tratamiento terminado	142 (17,07)	9 (29,03)	0 (0,00)	154 (16,70)	305 (16,87)
Pérdida en el seguimiento	43 (5,17)	0 (0,00)	4 (17,39)	50 (5,42)	97 (5,37)
Fracaso	2 (0,24)	1 (3,23)	0 (0,00)	3 (0,33)	6 (0,33)
Fallecido	48 (5,77)	3 (9,68)	3 (13,04)	84 (9,11)	138 (7,63)
No evaluado	23 (2,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	35 (3,80)	58 (3,21)
No recibió tratamiento	10 (1,20)	0 (0,00)	1 (4,35)	5 (0,54)	16 (0,88)
Aún en tratamiento a la fecha de corte	472 (56,73)	13 (41,94)	14 (60,87)	509 (55,21)	1.008 (55,75)
Total	832 (100,00)	31 (100,00)	23 (100,00)	922 (100,00)	1.808 (100,00)

Con respecto al periodo anterior (n= 1.334), hubo un aumento del 10,94% (n= 1.480) en la cobertura del tratamiento antirretroviral en los pacientes con coinfección TB/VIH. El esquema más frecuentemente usado en esta población fue el efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil (33,04%). En la **tabla 49** se muestran los 15 esquemas principalmente utilizados (90,47%).

Tabla 49. Esquemas de tratamiento antirretroviral utilizados en la población con coinfección TB/VIH, Colombia 2023

Esquemas de TAR	n (%)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	489 (33,04)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	358 (24,19)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	143 (9,66)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	120 (8,11)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	41 (2,77)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	36 (2,43)
Emtricitabina, tenofovir disoproxil	33 (2,23)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	24 (1,62)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	20 (1,35)
Dolutegravir, lamivudina	20 (1,35)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	19 (1,28)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir alafenamida	12 (0,81)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	11 (0,74)
Darunavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	8 (0,54)
Atazanavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	5 (0,34)
Total general	1.339 (90,47)



Indicadores de la gestión del riesgo



Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 7

Indicadores de la gestión del riesgo

Periodo: del 1° de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.



La proporción de gestantes tamizadas para el VIH **no alcanzó la meta proyectada ($\geq 95\%$)**, mientras que el estudio de la transmisión materno - infantil aumentó de 90,43% a 93,03%, con un incremento de 2,87%.

La indetectabilidad del virus del VIH (< 50 copias/ml) en quienes llevan más de **48 semanas en TAR fue menor al 70%.**



En los indicadores relacionados con la cobertura de TAR, se presentan algunos desafíos importantes en el aseguramiento y en los prestadores para implementar las recomendaciones de la GPC 2021.



La valoración del riesgo cardiovascular en el periodo presentó un aumento importante pasando de 64,60% a 82,04%, con un aumento del 27,00%.



Los indicadores de tratamiento de las infecciones y enfermedades (profilaxis para neumonía, vacunación para la hepatitis B y tratamiento para TB latente), mantienen la tendencia de descenso, continuando con el bajo cumplimiento.



En los nuevos indicadores evaluados por consenso, se presentan retos en la evaluación del seguimiento paraclínico, retención en la atención y atención por el infectólogo.

La oportunidad de **inicio de la TAR con TB/VIH**

y la proporción de las personas que presentan abandono de la misma, requieren de mayor trabajo entre los aseguradores, los prestadores y los pacientes, para intervenir los determinantes y en las

estrategias de adherencia en la población.

GPC: guía de práctica clínica.

TAR: tratamiento antirretroviral.

VPH: virus del papiloma humano.

ETMI: estudio de la transmisión materno - infantil.

Para efectos de este capítulo la sigla ETMI hace referencia al indicador de gestión del riesgo **VIH_03 estudio de transmisión materno - infantil**, el cual se define como el porcentaje de los niños y de las niñas mayores de 6 meses expuestos al VIH a quienes se les realizaron mínimo dos estudios de carga viral en los primeros 6 meses de edad.

[Descargar infografía](#)

7. Indicadores de la gestión del riesgo

La gestión integral del riesgo en salud requiere de la articulación e interacción de los integrantes del sistema de salud y otros sectores para la identificación, la evaluación, la medición, el tratamiento, el seguimiento y el monitoreo de las consecuencias asociadas a la enfermedad (3).

En este contexto, los indicadores de la gestión del riesgo han constituido una herramienta objetiva para medir los aspectos relacionados con la atención y los resultados en salud de las personas viviendo con el VIH en el país. La evaluación continua de sus resultados ha permitido el diseño y la ejecución de intervenciones para mejorar la calidad de la atención; en concordancia, en el 2023 se publicó la actualización del consenso de los indicadores de gestión del riesgo (4).

En la **tabla 50** se observa la descripción del dominio, nombres de los indicadores y rangos de cumplimiento con su correspondiente semaforización. El rango de cumplimiento ideal de cada indicador debe ser "alto".

Tabla 50. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2023

Dominio	Código	Indicador	Rangos de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Binomio madre-hijo	VIH_01	Gestantes tamizadas para VIH.	● ≥ 95%	● ≥ 85 y < 95%	● < 85%
Binomio madre-hijo	VIH_02*	Niños y niñas expuestas al VIH con profilaxis post natal.	● 100%	*	● < 100%
Binomio madre-hijo	VIH_03	Estudio de transmisión materno - infantil.	● ≥ 95%	● ≥ 85 y < 95%	● < 85%
Binomio madre-hijo	VIH_04	TAR en las gestantes que viven con el VIH.	● 100%	● ≥ 95 y < 100%	● < 95%
Diagnóstico	VIH_05	Detección con CD4 > 350 cel/mm ³ en los casos incidentes.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_06	Atención por el infectólogo en el periodo.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_07	Retención en la atención.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Seguimiento	VIH_08	Tamización de TB latente.	● ≥ 80%	● ≥ 50 y < 80%	● < 50%
Seguimiento	VIH_09	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Seguimiento	VIH_10	Tamización para sífilis en el periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Seguimiento	VIH_11	Valoración del riesgo cardiovascular.	● ≥ 95%	● ≥ 85 y < 95%	● < 85%
Seguimiento	VIH_12	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR.	● ≥ 90%	● ≥ 80 y < 90%	● < 80%
Seguimiento	VIH_13*	Estudio de resistencias en pacientes con falla virológica dentro del periodo.	● ≥ 85%	● ≥ 75 y < 85%	● < 75%
Seguimiento	VIH_14	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Seguimiento	VIH_15	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Seguimiento	VIH_16	Seguimiento paraclínico en el periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Seguimiento	VIH_17	Tamización de VPH en las mujeres viviendo con VIH.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_18*	Esquema completo de vacunación.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_19	Abandono de la TAR durante el periodo.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_20*	Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_21	Tamización anal del VPH.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_22	Tamización para hepatitis B.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_23	Tamización para hepatitis C.		Línea de base	



Tabla 50. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2023 (continuación)

Dominio	Código	Indicador	Rangos de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Seguimiento	VIH_24	Hospitalización por causa del VIH en personas con menos de 6 meses de diagnóstico.	Línea de base		
Seguimiento	VIH_25	Hospitalización por causa del VIH en personas con más de 6 meses de diagnóstico.	Línea de base		
Seguimiento	VIH_26	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico.	Línea de base		
Seguimiento	VIH_27	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico.	Línea de base		
Tratamiento	VIH_28	Cobertura de la TAR en el periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 85 y < 95%	● < 85%
Tratamiento	VIH_29	Prescripción de la TAR en el periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_30	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	● > 95%	● 90 y 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_31	Cambio de esquema de la TAR.	● < 30%	● 30 y < 40%	● ≥ 40%
Tratamiento	VIH_32	PVV que reciben tratamiento para TB latente.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_33*	Adherencia a la TAR.	● ≥ 90%	● ≥ 70 y < 90%	● < 70%
Tratamiento	VIH_34	Oportunidad de inicio de la TAR.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_35*	Coinfección hepatitis B/VIH.	Línea de base		
Tratamiento	VIH_36*	Coinfección hepatitis C/VIH.	Línea de base		
Tratamiento	VIH_37	Coinfección TB/VIH.	Línea de base		

† La unidad de medida de todos los indicadores es el porcentaje.

* Indicadores no calculados en el periodo 2023 debido a la poca disponibilidad de la información en las variables requeridas.



Le invitamos a consultar la información de los indicadores trazadores para la gestión del riesgo en las PVV por las diferentes desagregaciones demográficas y del aseguramiento, en la plataforma **HIGIA**

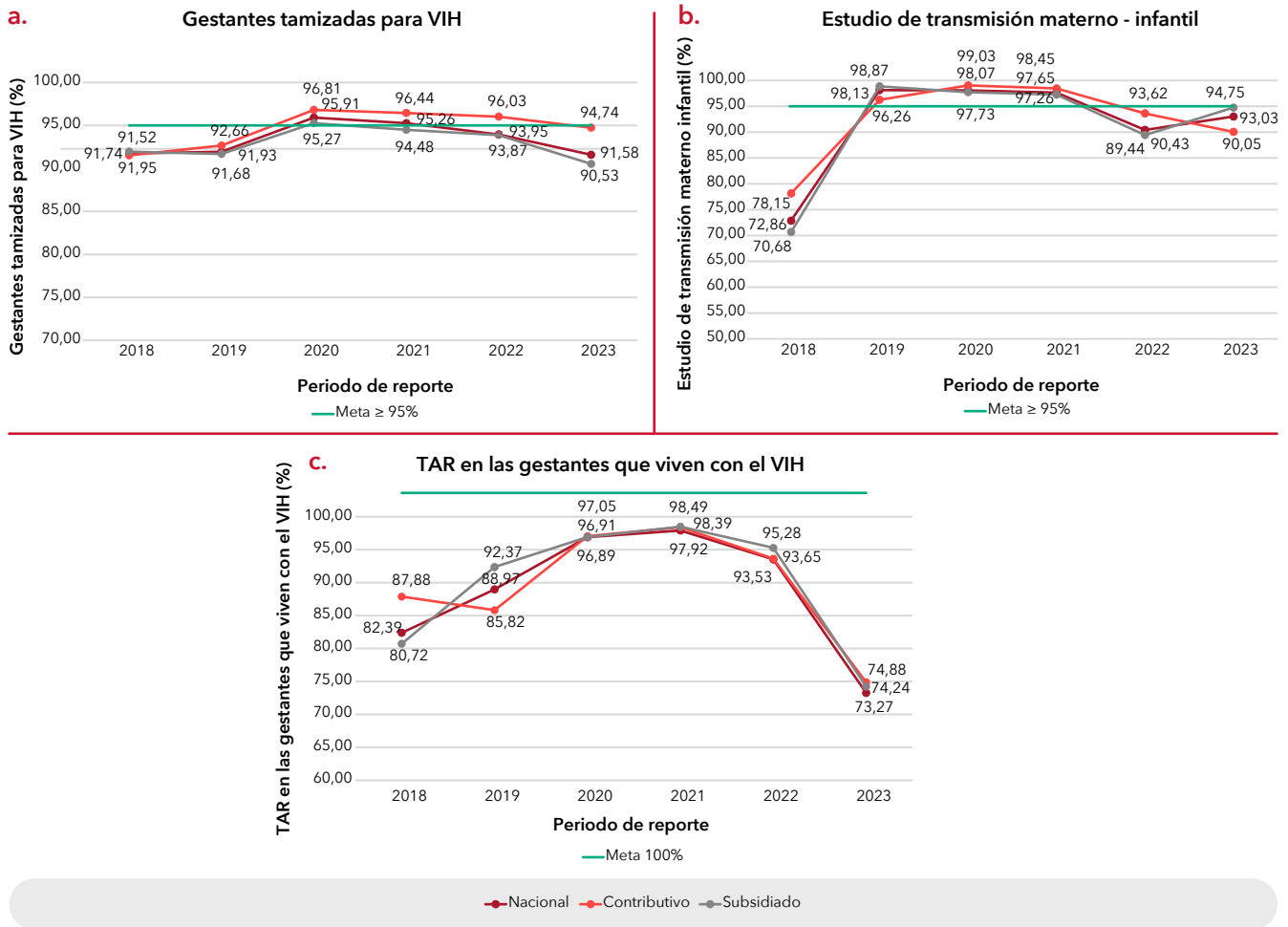
En la **figura 18** se detalla la tendencia de los indicadores relacionados con la tamización y la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH en el ámbito nacional y según los regímenes de afiliación al sistema de salud. Dos indicadores presentaron un descenso respecto al periodo anterior, ubicándose en un rango de cumplimiento medio para la tamización en las gestantes (91,58%) y con bajo desempeño para la cobertura de TAR en las gestantes que viven con el VIH (73,27%) con los esquemas recomendados en la GPC. El descenso en este último puede explicarse dado que el país atraviesa en un periodo de implementación y transición a las recomendaciones de la GPC 2021. Finalmente, en relación con el estudio de transmisión materno - infantil, se evidencia una mejora nacional y en el régimen subsidiado, sin embargo, este continúa en un cumplimiento medio.

Situación del VIH en Colombia 2023

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 18. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023



[Descargar figura](#)

En la **tabla 51** se observan las diferencias regionales y territoriales en el comportamiento de estos indicadores. La Central y la Pacífica lograron tamizar cerca del 95% de las gestantes. La Pacífica fue la única que logró la meta de estudio de transmisión materno - infantil (96,33%). En contraste, Bogotá, D. C., tuvo el menor cumplimiento en el porcentaje de gestantes tamizadas (87,64%) y cobertura de la TAR en las gestantes que viven con el VIH (58,25%).

Tabla 51. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	VIH_01 Gestantes tamizadas para VIH	VIH_03 Estudio de transmisión materno - infantil	VIH_04 TAR en las gestantes que viven con el VIH
	≥ 95%	≥ 95%	100%
	≥ 85 y < 95%	≥ 85 y < 95%	≥ 95 y < 100%
	< 85%	< 85%	< 95%
Bogotá, D. C.	● 87,64	● 87,80	● 58,25
Amazonía-Orinoquía	● 88,87	● 77,78	● 65,52
Arauca	● 87,33	● 100,00	● 57,14



Tabla 51. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	VIH_01 Gestantes tamizadas para VIH	VIH_03 Estudio de transmisión materno - infantil	VIH_04 TAR en las gestantes que viven con el VIH
	≥ 95%	≥ 95%	100%
	≥ 85 y < 95%	≥ 85 y < 95%	≥ 95 y < 100%
	< 85%	< 85%	< 95%
Casanare	● 91,92	● 60,00	● 72,72
Putumayo	● 94,78	● 100,00	● 100,00
Amazonas	● 71,20	● 100,00	● 66,66
Guainía	● 83,33	Sin casos	● 0,00
Guaviare	● 75,57	Sin casos	● 50,00
Vaupés	● 57,14	Sin casos	Sin casos
Vichada	● 79,45	Sin casos	● 0,00
Caribe	● 90,27	● 92,94	● 79,47
Atlántico	● 92,51	● 90,47	● 84,61
Bolívar	● 88,59	● 97,36	● 62,50
Cesar	● 95,80	● 97,05	● 84,37
Córdoba	● 93,98	● 95,23	● 80,00
La Guajira	● 89,81	● 72,41	● 71,87
Magdalena	● 74,90	● 100,00	● 80,39
Sucre	● 96,10	● 100,00	● 90,00
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 89,59	Sin casos	Sin casos
Central	● 94,73	● 93,46	● 70,26
Antioquia	● 95,25	● 90,52	● 64,93
Caldas	● 95,39	● 100,00	● 83,33
Caquetá	● 96,42	● 100,00	● 87,50
Huila	● 93,03	● 100,00	● 65,21
Quindío	● 93,76	● 100,00	● 80,00
Risaralda	● 90,67	● 95,23	● 76,92
Tolima	● 95,56	● 100,00	● 82,60
Oriental	● 91,02	● 92,00	● 71,76
Boyacá	● 93,14	● 100,00	● 83,33
Cundinamarca	● 95,37	● 87,50	● 60,00
Meta	● 92,36	● 93,75	● 62,85
Norte de Santander	● 81,88	● 100,00	● 75,00
Santander	● 88,71	● 90,90	● 86,20
Pacífica	● 94,97	● 96,33	● 74,09
Cauca	● 97,01	● 100,00	● 92,00
Chocó	● 90,81	● 100,00	● 45,83
Nariño	● 93,71	● 100,00	● 86,04
Valle del Cauca	● 94,63	● 94,80	● 71,87
Nacional	● 91,58	● 93,03	● 73,27

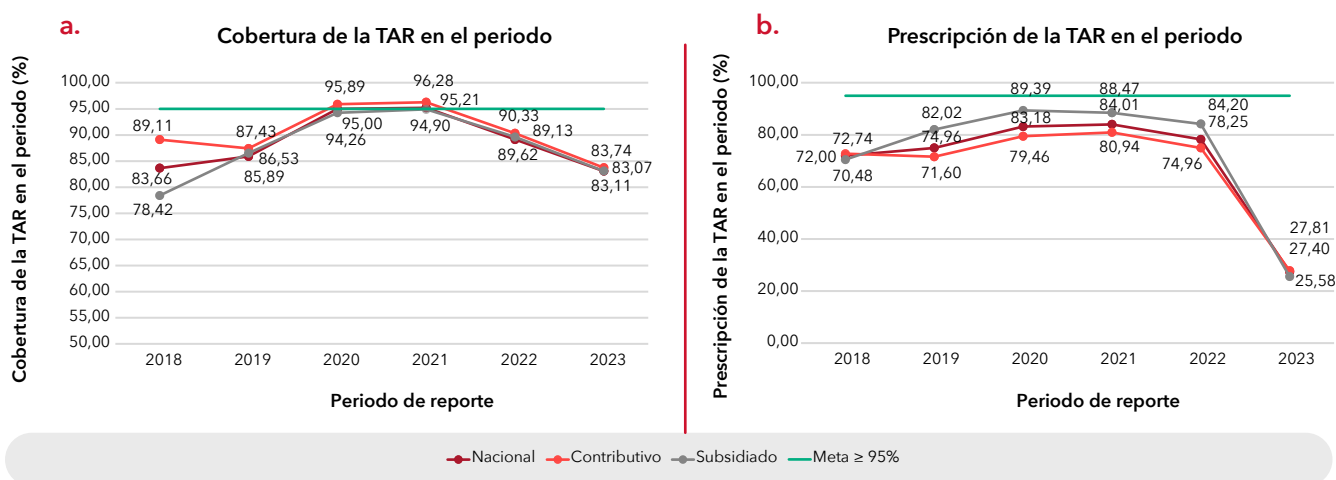
Al analizar el cumplimiento de los indicadores por el régimen de afiliación, se identifica que en la población no asegurada y en los planes voluntarios se reportaron los menores porcentajes de cribado del VIH en la población gestante. Además, en las personas no aseguradas no se realizó el estudio de la transmisión materno - infantil. En cuanto a la cobertura de TAR en las gestantes, en todos los regímenes se observó un bajo cumplimiento.

Tabla 52. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	VIH_01 Gestantes tamizadas para VIH	
	≥ 95%	
	≥ 85 y < 95%	
	< 85%	
Contributivo	●	94,74
Especial	●	73,58
Excepción	●	94,65
No afiliado	●	41,97
Subsidiado	●	90,53
Planes Voluntarios de Salud	●	38,28
Nacional	●	91,58

El indicador de la cobertura de la TAR en el periodo pasó de un cumplimiento medio en el 2022, a un desempeño bajo, en ambos regímenes de aseguramiento y en el ámbito nacional. Por otra parte, en el indicador de la prescripción adecuada de la TAR, se observa un descenso abrupto, que está explicado por la transición a los esquemas recomendados por la GPC publicada en el 2021. La adherencia a las nuevas indicaciones terapéuticas, con mejor perfil de seguridad y efectividad es menor al 30% en el país y en los regímenes contributivo y subsidiado (**figura 19**).

Figura 19. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura del tratamiento antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023



[Descargar figura](#)

En la **tabla 53** se pueden analizar las diferencias regionales y territoriales en los indicadores de cobertura y prescripción de la TAR. Las regiones con las menores coberturas son la Central (79,81%), la Pacífica (81,46%) y Bogotá, D. C., (82,64%); ninguna alcanzó la meta propuesta. Respecto a la prescripción adecuada de la TAR de acuerdo con las nuevas recomendaciones según la evidencia de la GPC 2021 (23), en todas las regiones se observó un cumplimiento inferior al 40%.



Tabla 53. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura del tratamiento antirretroviral según la región geográfica, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	VIH_28 Cobertura de la TAR en el periodo	VIH_29 Prescripción de la TAR en el periodo
	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 85 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 85%	< 90%
Bogotá, D. C.	● 82,64	● 37,36
Amazonía-Orinoquía	● 85,22	● 31,52
Arauca	● 88,67	● 53,28
Casanare	● 82,54	● 29,62
Putumayo	● 89,34	● 23,60
Amazonas	● 73,98	● 30,00
Guainía	● 76,00	● 20,00
Guaviare	● 89,09	● 5,88
Vaupés	● 68,75	● 25,00
Vichada	● 93,06	● 25,00
Caribe	● 87,88	● 23,33
Atlántico	● 86,03	● 22,89
Bolívar	● 89,01	● 21,18
Cesar	● 89,48	● 23,26
Córdoba	● 89,15	● 29,73
La Guajira	● 83,51	● 22,43
Magdalena	● 87,40	● 16,60
Sucre	● 92,03	● 23,12
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 79,03	● 29,41
Central	● 79,81	● 21,82
Antioquia	● 75,06	● 19,55
Caldas	● 89,87	● 34,78
Caquetá	● 90,80	● 29,66
Huila	● 89,66	● 22,94
Quindío	● 88,93	● 26,60
Risaralda	● 84,77	● 25,60
Tolima	● 87,50	● 23,50
Oriental	● 85,47	● 33,84
Boyacá	● 86,71	● 27,66
Cundinamarca	● 79,88	● 32,96
Meta	● 82,41	● 16,48
Norte de Santander	● 89,16	● 29,26
Santander	● 88,05	● 50,58
Pacífica	● 81,46	● 27,50
Cauca	● 90,46	● 41,50
Chocó	● 86,03	● 21,53
Nariño	● 89,59	● 30,19
Valle del Cauca	● 79,36	● 26,11
Nacional	● 83,07	● 27,40

Según el régimen del aseguramiento se identifica que el especial (96,26%) tiene la mayor cobertura de TAR en las PVV, seguido por el de excepción (90,00%), los demás se ubican en un rango de cumplimiento bajo (**tabla 54**). En contraste, solamente el 25,58% de la población en el contributivo y el 25,58% en el subsidiado fueron reportadas con prescripción terapéutica indicada según las recomendaciones de la GPC. Lo anterior, pone en manifiesto un reto importante para los aseguradores y los prestadores en la adherencia a las recomendaciones relacionadas con el acceso terapéutico indicado.

Tabla 54. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura del tratamiento antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2023

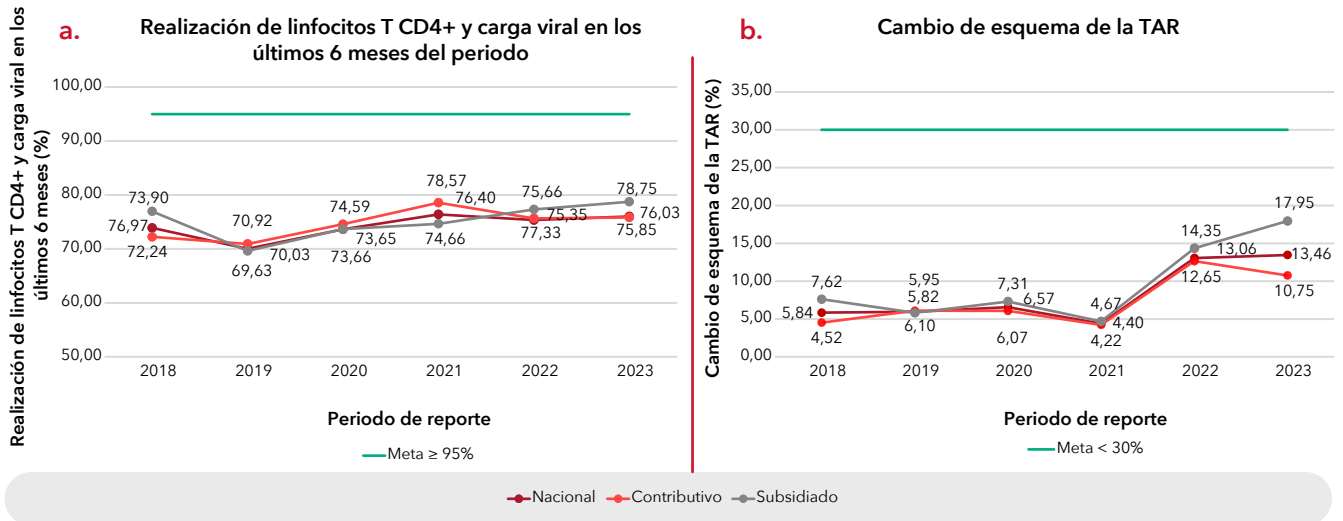
Régimen de afiliación	VIH_28 Cobertura de la TAR en el periodo	VIH_29 Prescripción de la TAR en el periodo
	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 85 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 85%	< 90%
Contributivo	● 83,74	● 27,81
Especial	● 96,26	● 71,43
Excepción	● 90,00	● 42,52
No afiliado	● 13,68	● 42,70
Subsidiado	● 83,11	● 25,58
Planes Voluntarios de Salud	● 16,99	● 68,57
Nacional	● 83,07	● 27,40

En la **figura 20** se observa la tendencia de los indicadores relacionados con el control virológico y el cambio de esquema de TAR. Se observa una oportunidad de mejora en la realización de linfocitos T CD4+ y CV en los últimos 6 meses del periodo, tanto el régimen contributivo como el subsidiado tuvieron un leve aumento respecto al periodo anterior, sin embargo, el indicador se mantiene en un rango de cumplimiento bajo. La proporción de PVV que requirió cambio de la TAR durante los 12 meses posteriores a su inicio, pasó de 14,35% a 17,95% en el régimen subsidiado, mientras que en el contributivo se observó una disminución, pasando de 12,65% a 10,75%, manteniendo un alto cumplimiento nacional.

En lo relacionado con las causas del cambio del esquema de TAR en el periodo, el 48,17% (n= 3.372) ocurrió por intolerancia o efectos secundarios, el 6,29% (n= 440) debido a interacciones medicamentosas, el 6,71% (n= 470) por falla (terapéutica, virológica, clínica o inmunológica), el 18,76% (n= 1.313) para facilitar la adherencia al esquema, el 11,84% (n= 829) fue por razones administrativas, mientras que en el 8,23 (n= 576) de las PVV no se reportó información sobre el motivo del cambio.



Figura 20. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023



[Descargar figura](#)

La **tabla 55** muestra las diferencias regionales y territoriales en los indicadores de control virológico y de cambio de esquema de la TAR. Se identifica que el Caribe, es la región con la mayor proporción de realización de estudios de seguimiento, seguida de la región Oriental, sin embargo, se mantienen en un rango de cumplimiento bajo. Por otra parte, en cuanto al cambio de esquema de TAR la región con mejor desempeño es la Central, seguida de la región Pacífica.

Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y seguimiento según la región geográfica, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	VIH_09 Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	VIH_31 Cambio de esquema de la TAR
	≥ 95%	< 30%
	≥ 90 y < 95%	30 y < 40%
	< 90%	≥ 40%
Bogotá, D. C.	● 70,42	● 16,48
Amazonía-Orinoquía	● 74,46	● 19,24
Arauca	● 77,83	● 26,32
Casanare	● 79,11	● 16,91
Putumayo	● 80,60	● 19,88
Amazonas	● 36,59	● 15,00
Guainía	● 60,00	● 0,00
Guaviare	● 55,76	● 13,73
Vaupés	● 37,50	● 0,00
Vichada	● 72,22	● 18,75
Caribe	● 83,08	● 18,11
Atlántico	● 81,78	● 17,56
Bolívar	● 83,02	● 19,92
Cesar	● 84,38	● 17,29

Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y seguimiento según la región geográfica, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	VIH_09 Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	VIH_31 Cambio de esquema de la TAR
	≥ 95%	< 30%
	≥ 90 y < 95%	30 y < 40%
	< 90%	≥ 40%
Córdoba	● 83,13	● 19,39
La Guajira	● 74,22	● 14,33
Magdalena	● 84,78	● 18,63
Sucre	● 90,21	● 18,76
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 79,03	● 5,88
Central	● 75,63	● 6,72
Antioquia	● 72,32	● 2,63
Caldas	● 83,23	● 14,44
Caquetá	● 84,91	● 10,00
Huila	● 87,09	● 16,88
Quindío	● 85,41	● 18,22
Risaralda	● 74,34	● 14,69
Tolima	● 80,32	● 13,58
Oriental	● 76,24	● 19,37
Boyacá	● 72,96	● 16,80
Cundinamarca	● 68,58	● 19,53
Meta	● 66,42	● 17,00
Norte de Santander	● 82,78	● 21,78
Santander	● 82,64	● 18,69
Pacífica	● 75,92	● 12,31
Cauca	● 84,17	● 12,24
Chocó	● 57,88	● 20,98
Nariño	● 83,16	● 17,94
Valle del Cauca	● 74,56	● 11,69
Nacional	● 76,03	● 13,46

De acuerdo con la población afiliada al SGSSS, en el régimen subsidiado se presentó la mayor proporción de estudios de seguimiento (78,75%), seguido del contributivo (76,83%) (tabla 56). Por otro lado, el contributivo y los no afiliados tuvieron el mejor desempeño en el indicador de cambio de esquema de TAR, obteniendo valores de 10,75% y 5,56%, respectivamente.

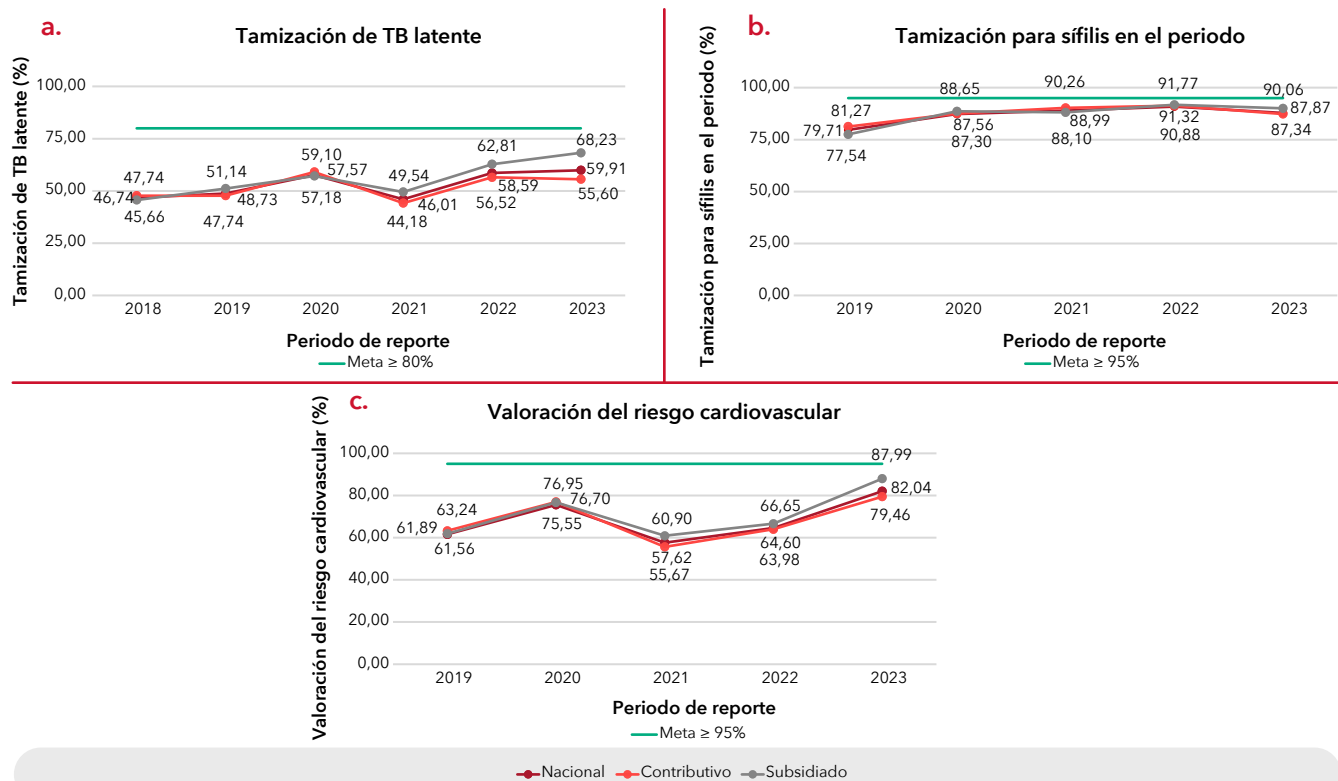


Tabla 56. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el control virológico y el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	Vih_09 Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	VIH_12 Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	VIH_31 Cambio de esquema de la TAR
	≥ 95%	≥ 90%	< 30%
	≥ 90 y < 95%	≥ 80 y < 90%	30 y < 40%
	< 90%	< 80%	≥ 40%
Contributivo	● 75,85	● 64,11	● 10,75
Especial	● 73,83	● 77,55	● 14,29
Excepción	● 68,98	● 61,00	● 19,05
No afiliado	● 19,30	● 13,71	● 5,56
Subsidiado	● 78,75	● 64,56	● 17,95
Planes Voluntarios de Salud	● 11,23	● 10,21	● 11,43
Nacional	● 76,03	● 63,71	● 13,46

Respecto al cribado de enfermedades en las PVV, en la **figura 21** se muestra la tendencia de los indicadores relacionados. Se observó un incremento en la proporción de las personas a las que se evaluó el riesgo cardiovascular; alcanzando el nivel más alto desde el 2019, sin embargo, se ubica en un rango de cumplimiento bajo. Mientras que la tamización de la TB latente incrementó en el ámbito nacional y en el régimen subsidiado, en el contributivo se observó una disminución. Por otra parte, de acuerdo con la proporción de la tamización en sífilis, se observó un decremento tanto en el valor nacional como en los regímenes, manteniendo un bajo cumplimiento.

Figura 21. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023



[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2023

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En la **tabla 57** se observa la desagregación por las regiones geográficas y por las entidades territoriales de los indicadores relacionados con la tamización de las enfermedades en las PVV. Se identificó una mayor adherencia a la recomendación de la tamización anual con PPD en las regiones Caribe (66,33%) y Oriental (65,70%) las cuales registran un cumplimiento medio. Respecto al cribado de sífilis únicamente la Caribe tuvo un desempeño intermedio. En cuanto a la valoración del riesgo cardiovascular, se reportó una mayor proporción de los pacientes evaluados en la región Caribe (86,95%) seguida de Bogotá, D. C., (84,07%); sin embargo, esta última y las demás regiones obtuvieron un cumplimiento bajo en este indicador.

Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	VIH_08 Tamización de TB latente	VIH_10 Tamización para sífilis en el periodo	VIH_11 Valoración del riesgo cardiovascular
	≥ 80%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 50 y < 80%	≥ 90 y < 95%	≥ 85 y < 95%
	< 50%	< 90%	< 85%
Bogotá, D. C.	● 55,04	● 88,85	● 84,07
Amazonía-Orinoquía	● 61,92	● 87,87	● 76,30
Arauca	● 26,63	● 86,94	● 78,90
Casanare	● 76,70	● 88,29	● 73,84
Putumayo	● 74,65	● 89,55	● 82,68
Amazonas	● 32,40	● 77,23	● 56,25
Guainía	● 71,42	● 88,00	● 100,00
Guaviare	● 40,55	● 92,12	● 72,83
Vaupés	● 33,33	● 56,25	● 66,66
Vichada	● 73,33	● 91,66	● 89,47
Caribe	● 66,33	● 91,83	● 86,95
Atlántico	● 64,50	● 90,50	● 82,18
Bolívar	● 57,74	● 90,64	● 87,83
Cesar	● 79,65	● 94,21	● 91,65
Córdoba	● 64,09	● 93,56	● 91,69
La Guajira	● 61,88	● 85,88	● 82,80
Magdalena	● 79,12	● 93,69	● 89,40
Sucre	● 65,86	● 95,06	● 91,25
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 52,77	● 81,45	● 33,33
Central	● 56,86	● 85,02	● 80,67
Antioquia	● 48,02	● 85,11	● 78,65
Caldas	● 66,90	● 86,70	● 80,37
Caquetá	● 87,08	● 95,09	● 88,38
Huila	● 87,18	● 90,00	● 78,34
Quindío	● 84,59	● 92,89	● 85,89
Risaralda	● 65,54	● 83,40	● 84,43
Tolima	● 58,72	● 70,85	● 85,05
Oriental	● 65,70	● 87,42	● 78,37
Boyacá	● 58,89	● 85,55	● 77,69
Cundinamarca	● 50,99	● 84,50	● 77,07



Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	VIH_08 Tamización de TB latente	VIH_10 Tamización para sífilis en el periodo	VIH_11 Valoración del riesgo cardiovascular
	≥ 80%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 50 y < 80%	≥ 90 y < 95%	≥ 85 y < 95%
	< 50%	< 90%	< 85%
Meta	● 65,25	● 81,29	● 89,21
Norte de Santander	● 72,55	● 91,95	● 76,29
Santander	● 72,38	● 89,63	● 76,01
Pacífica	● 59,64	● 86,96	● 78,40
Cauca	● 76,47	● 93,53	● 85,09
Chocó	● 78,79	● 91,41	● 81,57
Nariño	● 77,35	● 89,22	● 87,55
Valle del Cauca	● 55,06	● 85,84	● 76,85
Nacional	● 59,91	● 87,87	● 82,04

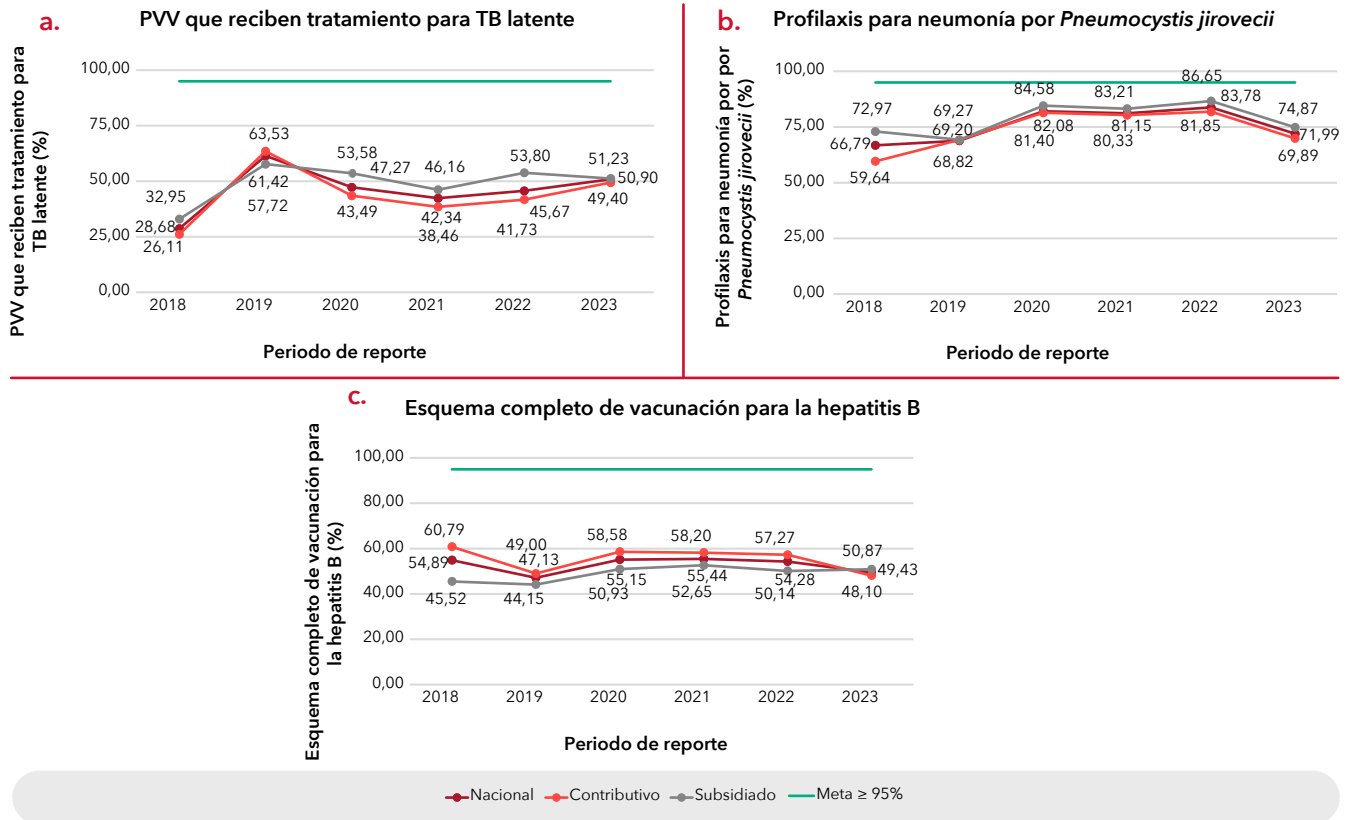
En la **tabla 58** se observa la desagregación de los indicadores relacionados con la tamización de las enfermedades en las PVV por el régimen de afiliación. Se identifica una mayor proporción de los casos con cribado para la TB en el régimen de excepción (73,73%) seguido del subsidiado (68,23%). En cuanto a la sífilis, el 90,06% de los pacientes en el subsidiado y el 90,46% del de excepción fueron tamizados en el periodo, alcanzando la meta intermedia en ambos regímenes. Respecto al riesgo cardiovascular, únicamente el subsidiado alcanzó un cumplimiento medio de este indicador (87,99%).

Tabla 58. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	VIH_08 Tamización de TB latente	VIH_10 Tamización para sífilis en el periodo	VIH_11 Valoración del riesgo cardiovascular
	≥ 80%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 50 y < 80%	≥ 90 y < 95%	≥ 85 y < 95%
	< 50%	< 90%	< 85%
Contributivo	● 55,60	● 87,34	● 79,46
Especial	● 40,40	● 73,83	● 53,16
Excepción	● 73,73	● 90,46	● 81,35
No afiliado	● 12,03	● 44,07	● 29,07
Subsidiado	● 68,23	● 90,06	● 87,99
Planes Voluntarios de Salud	● 19,47	● 30,28	● 29,15
Nacional	● 59,91	● 87,87	● 82,04

Se presenta en la **figura 22** la tendencia de los indicadores relacionados con las estrategias farmacológicas para el tratamiento y la prevención de las coinfecciones en las PVV. Se identificó un incremento en la proporción de las personas con cobertura terapéutica para TB latente en el ámbito nacional y en el régimen contributivo. Mientras que la profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y la vacunación para la hepatitis B tuvieron una disminución significativa en el último periodo en el país y en ambos regímenes. Se deben incrementar los esfuerzos para lograr el cumplimiento de estos indicadores, ya que se mantiene un bajo desempeño a lo largo del seguimiento de la cohorte.

Figura 22. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023



Descargar figura

En la **tabla 59** se observan las diferencias regionales en los indicadores de tratamiento y prevención de enfermedades. Se nota una diferencia amplia entre las regiones en el indicador del tratamiento para la TB latente, el cuál alcanza su valor máximo en la Oriental (74,36%) comparado con la región Central donde se reporta un 36,06% de cobertura. En contraste, respecto a la profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* se identifica un comportamiento más homogéneo entre las regiones con un rango entre 77,02% y 63,81% para Bogotá, D. C., y la Amazonía-Orinoquía, respectivamente. En cuanto a la vacunación completa para la hepatitis B, se observó una mayor cobertura en la región Pacífica, seguida de la Oriental; sin embargo, en todas las regiones se requieren afinar las estrategias para lograr aumentar la inmunización en las PVV.

Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	VIH_14 Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	VIH_15 Esquema completo de vacunación para la hepatitis B	VIH_32 PVV que reciben tratamiento para TB latente
	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 90%	< 90%	< 90%
Bogotá, D. C.	● 77,02	● 44,28	● 68,33
Amazonía-Orinoquía	● 63,81	● 44,25	● 71,43
Arauca	● 54,34	● 18,49	● 66,66



Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	VIH_14 Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	VIH_15 Esquema completo de vacunación para la hepatitis B	VIH_32 PVV que reciben tratamiento para TB latente
	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 90%	< 90%	< 90%
Casanare	● 67,24	● 38,64	● 100,00
Putumayo	● 82,69	● 70,60	● 80,00
Amazonas	● 42,10	● 42,72	Sin casos
Guainía	● 66,66	● 33,33	Sin casos
Guaviare	● 38,46	● 63,57	● 0,00
Vaupés	● 33,33	● 40,00	Sin casos
Vichada	● 40,00	● 87,87	● 100,00
Caribe	● 76,75	● 43,26	● 55,90
Atlántico	● 74,78	● 42,81	● 55,45
Bolívar	● 72,73	● 34,09	● 50,68
Cesar	● 85,36	● 47,67	● 62,16
Córdoba	● 78,35	● 46,20	● 57,14
La Guajira	● 73,39	● 27,20	● 66,66
Magdalena	● 76,98	● 49,49	● 53,12
Sucre	● 83,17	● 59,66	● 66,66
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 53,33	● 44,57	● 50,00
Central	● 68,84	● 49,83	● 36,06
Antioquia	● 67,61	● 46,27	● 17,90
Caldas	● 70,31	● 56,52	● 90,12
Caquetá	● 85,54	● 81,85	● 78,94
Huila	● 75,00	● 65,36	● 96,70
Quindío	● 58,62	● 70,65	● 80,55
Risaralda	● 72,65	● 48,53	● 69,43
Tolima	● 71,47	● 32,14	● 54,54
Oriental	● 64,07	● 55,26	● 74,36
Boyacá	● 78,33	● 43,88	● 69,23
Cundinamarca	● 78,80	● 46,83	● 72,72
Meta	● 66,85	● 41,74	● 59,09
Norte de Santander	● 45,40	● 66,95	● 78,12
Santander	● 60,94	● 64,46	● 78,67
Pacífica	● 70,26	● 59,64	● 64,03
Cauca	● 75,55	● 82,28	● 90,00
Chocó	● 42,55	● 37,11	● 90,90
Nariño	● 83,85	● 67,74	● 87,50
Valle del Cauca	● 67,70	● 56,36	● 60,48
Nacional	● 71,99	● 49,43	● 50,90

Al analizar el comportamiento de estos indicadores por el régimen, se observa un bajo cumplimiento del tratamiento de TB latente en todos, excepto en el especial y en el subsidiado. Por otra parte, son los planes voluntarios de salud y el especial los que tienen la menor cobertura de profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, mientras que el subsidiado y el contributivo tienen una mayor proporción de los pacientes recibéndola. Finalmente, respecto a la vacunación para hepatitis B se evidencian coberturas de alrededor del 50,00% en el contributivo y subsidiado, así como un reto muy importante para lograr la inmunización de la población no asegurada (18,64%) y en los planes voluntarios de salud (20,34%).

Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	VIH_14 Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	VIH_15 Esquema completo de vacunación para la hepatitis B	VIH_32 PVV que reciben tratamiento para TB latente
	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 90%	< 90%	< 90%
Contributivo	● 69,89	● 48,10	● 49,39
Especial	● 60,00	● 54,54	● 100,00
Excepción	● 61,57	● 64,07	● 78,57
No afiliado	● 71,23	● 18,63	● 100,00
Subsidiado	● 74,87	● 50,86	● 51,23
Planes Voluntarios de Salud	● 14,28	● 20,34	● 0,00
Nacional	● 71,99	● 49,42	● 50,89

En la actualización del consenso de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH (4), se propuso un cambio en la operacionalización del indicador de indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR, por esta razón no hay comparabilidad con los resultados de los periodos anteriores, ya que ahora se tiene en cuenta la última CV reportada durante el periodo evaluado. Cabe resaltar, además, que el rango de cumplimiento también fue ajustado, siendo ahora ≥ 95% la meta de proporción de personas con CV < 50 copias/ml.

En la **tabla 61** se muestran los resultados de indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR, según la región geográfica y la entidad territorial. El Caribe tuvo el rendimiento más alto de este indicador (67,22%), seguida de la Pacífica (64,50%), superando así el valor nacional, sin embargo, se presenta un bajo cumplimiento de este indicador.

Tabla 61. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según la región geográfica, Colombia 2023

Región/Entidad territorial	VIH_12 Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR
	≥ 90%
	≥ 80 y < 90%
	< 80%
Bogotá, D. C.	● 61,94
Amazonía-Orinoquía	● 57,31
Arauca	● 57,14
Casanare	● 61,37
Putumayo	● 65,88
Amazonas	● 22,10



Tabla 61. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según la región geográfica, Colombia 2023 (continuación)

Región/Entidad territorial	VIH_12 Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR
	≥ 90%
	≥ 80 y < 90%
	< 80%
Guainía	● 65,00
Guaviare	● 33,58
Vaupés	● 27,27
Vichada	● 55,22
Caribe	● 67,22
Atlántico	● 67,67
Bolívar	● 65,76
Cesar	● 67,43
Córdoba	● 69,84
La Guajira	● 50,71
Magdalena	● 68,74
Sucre	● 71,81
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 57,57
Central	● 62,71
Antioquia	● 59,79
Caldas	● 69,36
Caquetá	● 71,06
Huila	● 70,87
Quindío	● 72,88
Risaralda	● 62,96
Tolima	● 63,87
Oriental	● 63,45
Boyacá	● 60,01
Cundinamarca	● 57,11
Meta	● 55,35
Norte de Santander	● 69,41
Santander	● 68,34
Pacífica	● 64,50
Cauca	● 71,97
Chocó	● 45,85
Nariño	● 67,08
Valle del Cauca	● 63,81
Nacional	● 63,71

Por otro lado, de acuerdo con las personas afiliadas al SGSSS, el régimen con una mayor proporción de PVV con CV < 50 copias/ml fue el especial, seguido del subsidiado y contributivo. En el ámbito nacional se observa un bajo rendimiento de este indicador, que puede ser explicado debido al ajuste operativo que tuvo el indicador (**tabla 62**).

Tabla 62. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen de afiliación	VIH_12 Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	
	≥ 90%	
	≥ 80 y < 90%	
	< 80%	
Contributivo	●	64,10
Especial	●	77,55
Excepción	●	60,99
No afiliado	●	13,70
Subsidiado	●	64,56
Planes Voluntarios de Salud	●	10,21
Nacional	●	63,71

Por otra parte, en la actualización del consenso (10), también se plantearon nuevos indicadores en los dominios de binomio madre - hijo, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de acuerdo con las recomendaciones de la GPC de 2021 para una atención integral de esta población. A continuación, en las **tablas 63 y 64** se presentan los resultados de la línea de base de los indicadores que fue posible evaluar con la información reportada por aseguradores y de los prestadores según la región geográfica, entidad territorial y el régimen del aseguramiento, respectivamente.

La detección en los casos incidentes con conteo de linfocitos T CD4+ > 350 cel/mm³ osciló entre el 35% y 47% en las diferentes regiones geográficas. A pesar de que esta proporción fue mayor para el indicador de seguimiento paraclínico en el periodo, este obtuvo un bajo nivel de cumplimiento nacional y en todas las regiones.

En el dominio de seguimiento, se observan proporciones mayores al 60% (desempeño bajo) para la retención en la atención de la población viviendo con el VIH en el ámbito nacional y en las diferentes regiones, con un mayor cumplimiento en la Caribe, seguida por la Oriental. Por otra parte, las proporciones de atención por el infectólogo en el periodo oscilaron entre el 40 y 70%, valores correspondientes a las regiones Central y Amazonía-Orinoquía, respectivamente.

En los indicadores adicionales de tamización de infecciones, se observa una cobertura nacional del 74,22% en el cribado de VPH en las mujeres viviendo con el VIH, mientras que el tamizaje anal del VPH requiere de esfuerzos adicionales en las diferentes regiones para alcanzar las proporciones de cobertura mayores al 30%. Por el contrario, en los indicadores correspondientes al tamizaje de las hepatitis B y C, el desempeño general del país es mayor al 80% para ambos indicadores, con resultados homogéneos entre las regiones.

En el contexto del país, se evidenció una mayor proporción de las hospitalizaciones (3,09%) y de la letalidad (1,17%) por causa del VIH en las personas que tenían menos de 6 meses de diagnóstico; observando un comportamiento similar entre las regiones.

En relación con la TAR, pese a que la oportunidad nacional de inicio fue cercana al 44%, en Bogotá, D. C., se reportó la menor proporción (24,84%) y el cumplimiento en general fue bajo en las regiones. Por otra parte, a pesar que el abandono de la TAR no fue mayor al 30% en ninguna región y el país, se deben trabajar los determinantes y las estrategias de adherencia en la población.



Tabla 63. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2023

Región/entidad territorial	VIH_5	VIH_6	VIH_7	VIH_16	VIH_17
	Detección con CD4 > 350 cel/mm ³ en los casos incidentes	Atención por el infectólogo en el periodo	Retención en la atención	Seguimiento paraclínico en el periodo	Tamización de VPH en las mujeres viviendo con VIH
Bogotá, D. C.	46,59	55,78	65,90	57,46	82,33
Amazonía-Orinoquía	39,47	69,43	69,43	54,43	55,84
Arauca	44,07	62,81	63,05	62,07	44,66
Casanare	33,33	70,13	75,48	53,48	65,15
Putumayo	30,88	68,02	79,53	59,49	76,15
Amazonas	66,67	55,28	27,64	28,46	24,00
Guainía	66,67	68,00	60,00	52,00	66,67
Guaviare	50,00	87,88	55,15	46,67	33,87
Vaupés	0,00	68,75	37,50	31,25	14,29
Vichada	100,00	88,89	70,83	59,72	46,15
Caribe	35,33	66,91	79,76	59,52	70,23
Atlántico	36,28	58,39	77,28	54,61	77,11
Bolívar	37,35	70,92	80,32	65,85	63,52
Cesar	36,04	60,22	82,04	56,89	72,97
Córdoba	34,88	78,44	80,65	65,23	74,57
La Guajira	35,84	72,33	71,66	48,81	41,81
Magdalena	30,45	69,35	81,00	53,71	65,48
Sucre	32,88	69,59	87,63	72,18	78,16
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	33,33	77,42	71,77	54,03	57,14
Central	46,90	39,93	68,95	53,77	78,06
Antioquia	50,50	30,33	63,55	50,72	79,19
Caldas	38,46	53,44	80,79	44,82	78,04
Caquetá	36,59	73,37	83,19	50,80	88,21
Huila	30,15	44,60	84,33	74,79	65,72
Quindío	38,74	77,16	82,84	61,97	84,77
Risaralda	46,21	50,00	70,04	57,56	77,82
Tolima	47,55	52,61	77,11	59,79	69,77
Oriental	44,14	65,95	73,03	57,24	72,19
Boyacá	47,88	76,13	70,47	50,83	69,27
Cundinamarca	40,36	60,59	63,79	56,70	68,52
Meta	40,26	60,85	62,96	37,34	73,35
Norte de Santander	47,79	82,25	81,14	71,21	74,45
Santander	44,96	57,76	79,34	58,56	71,88
Pacífica	43,59	45,65	66,59	49,85	73,15
Cauca	32,48	71,91	80,03	43,60	86,21
Chocó	55,10	85,63	54,69	44,71	59,21
Nariño	38,75	76,54	80,76	56,45	75,36
Valle del Cauca	45,69	37,99	63,67	49,87	71,94
Nacional	43,46	53,35	70,55	55,58	74,22

* La unidad de medida de todos los indicadores es el porcentaje.

Situación del VIH en Colombia 2023

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 63. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica, Colombia 2023

Región/entidad territorial	VIH_19	VIH_21	VIH_22	VIH_23	VIH_24
	Abandono de la TAR durante el periodo	Tamización anal del VPH	Tamización para hepatitis B	Tamización para hepatitis C	Hospitalización por causa del VIH en personas con menos de 6 meses de diagnóstico
Bogotá, D. C.	28,15	28,10	82,33	85,57	3,28
Amazonía-Orinoquía	22,54	4,77	76,88	76,80	2,45
Arauca	24,00	1,81	70,96	69,46	0,00
Casanare	18,79	4,72	87,30	87,69	3,67
Putumayo	25,91	6,94	83,89	81,66	3,33
Amazonas	36,97	6,25	43,22	43,90	6,67
Guainía	33,33	0,00	88,00	88,00	0,00
Guaviare	24,05	3,85	39,13	38,18	0,00
Vaupés	33,33	33,33	56,25	56,25	0,00
Vichada	11,11	11,76	74,00	81,94	0,00
Caribe	25,23	22,46	85,70	88,38	3,45
Atlántico	24,56	34,88	81,89	84,21	1,94
Bolívar	24,61	11,73	90,35	90,70	3,75
Cesar	28,09	22,03	83,48	88,31	2,53
Córdoba	19,35	11,45	86,91	91,91	4,84
La Guajira	28,54	1,59	64,64	75,14	4,19
Magdalena	32,29	4,94	90,52	93,57	4,42
Sucre	24,58	31,85	94,08	94,06	5,64
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	37,70	19,23	78,70	79,03	0,00
Central	20,63	32,51	76,38	85,79	2,88
Antioquia	17,73	30,97	72,14	86,55	2,54
Caldas	19,35	26,19	88,38	88,90	2,84
Caquetá	21,64	32,14	92,56	92,63	4,03
Huila	44,57	29,92	90,33	89,68	3,56
Quindío	19,06	38,39	87,55	91,57	3,72
Risaralda	25,03	41,34	79,25	82,10	3,73
Tolima	23,91	40,65	71,20	71,19	3,20
Oriental	25,38	27,10	80,63	77,08	2,25
Boyacá	31,07	14,94	81,43	79,76	3,14
Cundinamarca	32,34	25,55	78,24	81,89	2,29
Meta	27,52	24,73	80,68	74,15	1,94
Norte de Santander	24,50	22,87	84,35	83,43	1,91
Santander	18,65	34,62	78,82	69,62	2,41
Pacífica	25,17	21,37	78,48	83,85	3,47
Cauca	18,51	30,39	91,95	92,86	4,53
Chocó	23,57	20,00	89,91	90,40	3,33
Nariño	23,45	12,48	87,15	87,02	3,51
Valle del Cauca	26,14	21,22	75,12	82,30	3,33
Nacional	24,56	27,79	80,48	84,76	3,09

* La unidad de medida de todos los indicadores es el porcentaje.



Tabla 63. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica, Colombia 2023

Región/entidad territorial	VIH_25	VIH_26	VIH_27	VIH_30	VIH_34	VIH_37
	Hospitalización por causa del VIH en personas con más de 6 meses de diagnóstico	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa	Oportunidad de inicio de la TAR	Coinfección TB/VIH
Bogotá, D. C.	2,88	1,03	0,09	10,00	24,84	24,04
Amazonía-Orinoquía	0,88	2,15	0,42	100,00	44,74	46,88
Arauca	1,08	1,25	0,00	Sin casos	54,24	40,00
Casanare	0,73	2,75	0,73	Sin casos	42,42	61,54
Putumayo	1,60	3,33	0,23	100,00	39,71	37,50
Amazonas	0,84	0,00	0,00	Sin casos	16,67	50,00
Guainía	0,00	0,00	0,00	Sin casos	66,67	Sin casos
Guaviare	0,00	0,00	0,64	Sin casos	56,25	33,33
Vaupés	0,00	0,00	0,00	Sin casos	100,00	Sin casos
Vichada	0,00	0,00	0,00	Sin casos	33,33	0,00
Caribe	1,84	1,89	0,41	32,69	60,77	36,88
Atlántico	2,05	1,45	0,36	21,05	53,84	35,23
Bolívar	1,54	1,25	0,41	57,14	64,78	28,70
Cesar	2,44	0,42	0,47	60,00	57,14	46,48
Córdoba	1,56	3,37	0,52	33,33	77,67	34,75
La Guajira	0,52	0,60	0,19	0,00	46,90	53,33
Magdalena	2,43	3,41	0,39	25,00	62,39	49,25
Sucre	1,53	3,56	0,42	50,00	64,41	38,71
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,82	0,00	0,00	Sin casos	55,56	33,33
Central	1,85	0,54	0,18	27,54	41,36	24,20
Antioquia	1,84	0,44	0,18	32,00	44,03	24,39
Caldas	2,97	1,29	0,18	0,00	32,97	26,05
Caquetá	1,84	0,00	0,00	Sin casos	46,34	18,52
Huila	1,49	0,25	0,04	20,00	48,47	16,67
Quindío	1,72	0,53	0,30	Sin casos	54,15	43,24
Risaralda	1,35	1,04	0,21	18,18	24,78	21,97
Tolima	2,08	0,46	0,13	0,00	30,77	21,51
Oriental	1,49	0,89	0,21	25,00	44,03	24,84
Boyacá	2,08	0,45	0,24	Sin casos	32,73	38,10
Cundinamarca	2,38	0,00	0,09	25,00	23,39	20,25
Meta	0,91	1,29	0,28	25,00	36,30	30,26
Norte de Santander	0,87	1,43	0,25	50,00	65,73	31,00
Santander	1,51	1,03	0,21	12,50	49,20	19,67
Pacífica	1,43	1,69	0,25	36,84	50,91	28,09
Cauca	2,54	0,85	0,14	0,00	38,89	21,74
Chocó	0,43	1,11	0,21	50,00	40,82	18,75
Nariño	1,77	1,75	0,17	60,00	51,88	56,41
Valle del Cauca	1,30	1,82	0,27	33,33	52,67	27,04
Nacional	1,96	1,17	0,22	28,92	43,96	26,81

* La unidad de medida de todos los indicadores es el porcentaje.

Al analizar estos indicadores por el régimen de afiliación, la detección en los casos incidentes con conteo de linfocitos T CD4+ > 350 cel/mm³ se realizó en una mayor proporción en los planes voluntarios de salud y en el contributivo. A pesar de que esta proporción fue mayor para el indicador de seguimiento paraclínico en el periodo, este obtuvo un bajo nivel de cumplimiento en todos los regímenes, pero en especial una proporción de menos del 10% en los planes voluntarios y en la población no asegurada.

En el dominio de seguimiento, pese a que se observan proporciones mayores al 60% (desempeño bajo) para la retención en la atención de la población viviendo con el VIH en el ámbito nacional y en algunos de los regímenes, los planes voluntarios y la población no asegurada presentan cifras inferiores al 11%. Por otra parte, las proporciones más altas de atención por el infectólogo en el periodo se presentaron en los regímenes especial, de excepción y subsidiado.

En los indicadores de tamización de infecciones (VPH en mujeres que viven con el VIH, hepatitis B y C), se observan coberturas importantes en todos los regímenes excepto por los planes voluntarios y la población no asegurada. Adicionalmente, la tamización anal del VPH requiere de esfuerzos adicionales por parte del aseguramiento, así como a nivel demográfico para alcanzar mejores resultados de cobertura.

Los indicadores de hospitalizaciones y letalidad por el aseguramiento tuvieron un comportamiento similar al demográfico, se evidenciaron las mayores proporciones en las personas que tenían menos de 6 meses de diagnóstico.

En relación con la TAR, tres de los regímenes tuvieron un mejor desempeño en la oportunidad de inicio de la misma al comparar con el resultado nacional, sin embargo, en la población no asegurada y en el contributivo se registraron los menores porcentajes y el cumplimiento en general fue bajo en todos los regímenes y el país. Por otra parte, pese a que el abandono de la TAR no fue mayor al 30% en el país, en la población no asegurada esta cifra fue cercana al 70%.

Tabla 64. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Código	Indicador	Contributivo	Subsidiado	Especial	Excepción	No afiliado	Voluntarios	Nacional
VIH_5	Detección con CD4 > 350 cel/mm ³ en los casos incidentes.	47,00	37,90	16,67	41,32	43,65	55,56	43,46
VIH_6	Atención por el infectólogo en el periodo.	46,21	65,32	69,16	68,32	19,76	29,25	53,35
VIH_7	Retención en la atención.	● 69,58	● 74,48	● 67,29	● 65,47	● 10,94	● 7,83	● 70,55
VIH_16	Seguimiento paraclínico en el periodo.	● 58,25	● 52,77	● 31,78	● 50,64	● 8,21	● 4,84	● 55,58
VIH_17	Tamización de VPH en las mujeres viviendo con VIH.	79,12	70,93	75,00	72,33	16,30	9,30	74,22
VIH_19	Abandono de la TAR durante el periodo.	22,78	26,68	12,50	28,79	66,99	34,79	24,56
VIH_21	Tamización anal del VPH.	28,93	24,83	18,60	22,74	22,48	8,56	27,79
VIH_22	Tamización para hepatitis B.	78,36	85,36	51,25	81,62	38,10	34,13	80,48
VIH_23	Tamización para hepatitis C.	86,29	83,74	54,21	81,83	34,19	38,77	84,76
VIH_24	Hospitalización por causa del VIH en personas con menos de 6 meses de diagnóstico.	2,08	4,15	14,29	3,65	21,19	2,56	3,09
VIH_25	Hospitalización por causa del VIH en personas con más de 6 meses de diagnóstico.	2,11	1,81	2,88	1,09	3,09	0,10	1,96
VIH_26	Letalidad menos de 6 meses de diagnóstico.	0,59	2,04	0,00	0,87	3,39	2,56	1,17
VIH_27	Letalidad más de 6 meses de diagnóstico.	0,13	0,38	0,96	0,17	0,33	0,00	0,22
VIH_30	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	● 28,75	● 30,25	Sin casos	● 0,00	● 0,00	Sin casos	● 28,92
VIH_34	Oportunidad de inicio de la TAR.	● 39,43	● 51,64	● 66,67	● 41,05	● 30,95	● 48,15	● 43,96
VIH_37	Coinfección TB/VIH.	20,86	36,55	0,00	20,93	12,90	0,00	26,81

* La unidad de medida de todos los indicadores es el porcentaje.



Discusión y conclusiones

La incidencia mantiene la tendencia al incremento observada desde el 2015 y que solo se vio afectada durante la pandemia por COVID-19. Desde el sistema de vigilancia epidemiológica nacional, se informa una dirección similar, para el 2022 el Instituto Nacional de Salud confirmó 18.766 pacientes nuevos con VIH, con una tasa de incidencia de 36,3 casos por 100.000 habitantes (24). En el mundo, aproximadamente 1,3 millones de personas se infectaron por el VIH en 2022, regiones como Europa del Este, Asia, África del Norte y América Latina han experimentado aumentos anuales de las infecciones durante la última década (25). En la prevalencia también persiste la tendencia al incremento presentado desde el 2017; mientras que ONUSIDA estima una prevalencia mundial del 0,7% entre la población adulta de 15 a 49 años (26), en la población colombiana, se estima una prevalencia de 0,33 por 100 habitantes.

En relación con la mortalidad, una tercera parte de los fallecimientos en PVV se produjo por complicaciones directas del VIH; y se observa un patrón estable de la tasa de mortalidad. En el mundo las tasas de mortalidad están disminuyendo. En América Latina, el número de las personas que fallecieron por causas relacionadas con el VIH pasó de 40.000 en 2010 a 29.000 en 2021 (27); mientras que, los datos globales muestran una reducción del 69 al 51% de muertes relacionadas a la infección, situación que se presenta desde el 2010 (26). En este informe, la letalidad fue mayor en PVV mayores de 75 años; en China una cohorte de 1990 a 2019 evidencia una tendencia gradual ascendente en el riesgo de muerte por el VIH entre la población mayor de 75 años, concluyendo que el envejecimiento es un tema importante en el control actual de la enfermedad (28).

En la población colombiana, según las características demográficas, la epidemia se concentra en los hombres adultos jóvenes, en las edades comprendidas entre los 25 a 39 años. La epidemia en el país y en general, en Latinoamérica es de tipo concentrada, afectando principalmente a poblaciones clave (29). Mientras que en el mundo, el 53% de todas las PVV son mujeres y niñas, predominantemente en África, así mismo, se ha producido una reducción del 44% entre los menores (0 - 14 años) y los jóvenes (15 - 24 años) desde el 2010 (7). La mayor proporción de los casos prevalentes residen en las regiones Bogotá, D. C., y Central del país, donde se ubican algunas ciudades principales; hallazgos similares a los presentados por el INS; para los CDC, el VIH es considerado una enfermedad urbana, ya que la mayoría de los casos ocurren en las áreas metropolitanas con poblaciones de más de 500.000 habitantes (30).

Más de la mitad de los casos nuevos indicaron que pertenecían a uno o más grupos de poblaciones clave, la mayor proporción se identificó como HSH. Se estima que las poblaciones clave representan menos del 5% de los habitantes a nivel mundial, pero ellas y sus parejas sexuales constituyeron el 70% de las nuevas infecciones por VIH en el 2021 (25). Un estudio transversal en la población de los HSH realizado en Bogotá, D. C., Medellín y Cali en Colombia durante el 2019, concluyó que en esta población clave, las prácticas sexuales con más de un hombre a la vez son cercanas al 60%, el 45% de los participantes no tenía una percepción de vulnerabilidad o riesgo para adquirir la infección y existe desconocimiento frente al tema de la profilaxis pre-exposición (PrEP) (28).



De acuerdo con las recomendaciones de la

GPC para Colombia,

la TAR debe ser iniciada

tempranamente,

dentro de las siguientes **4 semanas posteriores al diagnóstico** (25). En el periodo de análisis la TAR se inició entre 2,57 a 7,43 semanas posteriormente al diagnóstico,

En cuanto al diagnóstico, el 34,46% de los casos incidentes fueron diagnosticados en fase sida. En América Latina y el Caribe se estima que el 18% de las personas desconocen su infección y aproximadamente un tercio de las PVV se diagnostican tardíamente, con inmunodeficiencia avanzada (menos de 200 CD4/mm³) (26). Según la OMS, entre las barreras que dificultan el diagnóstico oportuno están algunos factores personales, profesionales e institucionales; entre las estrategias para mitigar esta problemática se resalta el uso del autotest (29). En Colombia, el programa liderado por la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial S.A. - Enterritorio, promueve la implementación del autotest en algunas ciudades, permitiendo aumentar la aceptabilidad y la equidad en el acceso a estas pruebas (31).

De acuerdo con las recomendaciones de la GPC para Colombia, la TAR debe ser iniciada tempranamente, dentro de las siguientes 4 semanas posteriores al diagnóstico (25). En el periodo de análisis la TAR se inició entre las 2,57 a 7,43 semanas posteriores al diagnóstico, además, la CV resultó indetectable

(<50 copias/ml) en el 79,33% de las PVV retenidas en la atención. En comparación, según ONUSIDA para el año 2022 en América Latina, el porcentaje de las PVV en tratamiento que estaban en supresión viral fue aproximadamente del 65% (32); entre las barreras descritas que impiden llegar a tener una CV indetectable están los problemas de adherencia, el desarrollo de resistencia, la toxicidad y los eventos adversos relacionados con la TAR (25).

Entre las enfermedades definitivas del sida, las más frecuentes fueron el síndrome de desgaste asociado y la TB pulmonar o extrapulmonar; similar a lo encontrado en el INS en los casos incidentes (25). A su vez, un estudio en pacientes hospitalizados realizado en Medellín, mostró que la enfermedad asociada más frecuente fue la tuberculosis (33). Un poco más de la mitad de las PVV están clasificadas en estadio clínico de sida, resultados similares a estudios internacionales (34).

En lo relacionado con la profilaxis en las PVV prevalentes, entre los 1.293 pacientes que tuvieron profilaxis para *mycobacterium avium complex* (MAC) se informó que el 29,31% (n= 379) recibieron o están recibiendo profilaxis con macrólidos, en contraste, de acuerdo con la GPC del 2021 (23), para MAC no se indica macrólido a menos que se anticipe retraso en el inicio de la TAR por otras infecciones como TBC o criptococosis meníngea, por lo que se esperaría que la proporción de los pacientes con esta profilaxis fuera más baja. Sin embargo, se aclara que en las historias clínicas no se especifica la razón por la que se indican los macrólidos en estos pacientes, de esta forma se recomienda a los médicos tratantes describir con mayor especificidad la justificación de la prescripción de la profilaxis.

Por su parte, la profilaxis con fluconazol o itraconazol para criptococo neoformans se recomienda en los pacientes con recuento de CD4 inferior a 100 células/mm³, quienes tienen antígeno para criptococo en suero positivo (23). En comparación, en el periodo de análisis le fueron informados a la CAC, 2.524 pacientes en profilaxis para criptococo, de los cuales 2.453 (82,78%) recibieron o están recibiendo profilaxis con fluconazol y 71 (51,06%) con itraconazol, sin embargo, el antígeno para criptococo en suero está entre las variables reportadas a la CAC, razón por la cual no se puede evaluar cuantos pacientes tuvieron esta prueba.



Según las metas establecidas por ONUSIDA, en la cobertura de la TAR en las PVV y la supresión viral (< 1.000 copias/ml), se observa una tendencia decreciente desde el 2021. Sin embargo, Colombia presenta mejores resultados que los de Latinoamérica, donde el 72% de las PVV reciben tratamiento y entre estas el 66% tiene supresión viral (32).

En los esquemas de TAR empleados en el país, se observó un incremento importante en el uso de dolutegravir en las PVV prevalentes, pasando de 10,23% a 16,32%, demostrando así la implementación de las recomendaciones de la GPC de 2021, que indica los fármacos inhibidores de integrasa como regímenes de primera línea para aumentar la adherencia, la recuperación del sistema inmune y la disminución de los eventos adversos (23). En Estados Unidos, en el seguimiento a una cohorte desde 2007 a 2018 se observó que este medicamento se asoció a mejores resultados y tratamientos más duraderos, comparado con otros esquemas (35). En la cohorte gestionada por la CAC, la proporción de falla terapéutica fue inferior a la reportada en otros países; por ejemplo, en Estados Unidos aproximadamente el 20% de las personas que viven con el VIH a las que se les prescribe TAR no logran suprimir el virus, constituyéndose en fracaso virológico (36).

Por otro lado, llama la atención que, entre los esquemas reportados con mayor frecuencia en las PVV, están algunos aparentemente incompletos o de carácter atípico, los cuales no se ajustan a las recomendaciones de la GPC 2021 (23); como emtricitabina - tenofovir - disoproxil, emtricitabina - ritonavir - tenofovir - disoproxil y darunavir - dolutegravir - ritonavir. Es importante indagar las causas que provocan la singularidad de estos esquemas, si se relacionan con la prescripción o por el contrario se asocian con el desabastecimiento de medicamentos que se ha presentado en el país.

En cuanto a la estrategia ETMI-Plus, la tamización para el VIH fue realizada en la mayoría de las gestantes reportadas, entre las cuales el diagnóstico de infección por VIH se realizó hacia las 14 semanas de gestación. En contraste, en el mundo para el 2020, se produjeron casi 65.000 infecciones infantiles, originadas por la ausencia del diagnóstico de la infección durante el embarazo. En el país aumentó la proporción de gestantes detectadas durante el parto, ONUSIDA recalca la importancia de no olvidar que las mujeres pueden infectarse con el VIH durante el embarazo o la lactancia debido a falta de prevención, la cual incluye PrEP para aquellas con riesgo sustancial de infección (5). La mayoría de las mujeres recibió TAR durante la gestación, en el 2022, ONUSIDA reportó que el 82% de las embarazadas que vivían con el VIH tenían acceso a medicamentos antirretrovirales. En el presente informe, se documenta un aumento en la proporción de las gestantes con VIH que tenían la última CV indetectable; un estudio realizado en EE.UU encontró que el 59% tuvo un recuento de CD4 menor de 300 células/mm³ al inicio de la atención prenatal, y la misma proporción logró la supresión viral en el momento del parto (37).

Otros resultados en el marco de la estrategia la ETMI-Plus muestran que, la proporción de las gestantes con VIH que recibió TAR durante el parto fue de solo del 63%, esta cobertura debería ser mayor al 96%; adicionalmente, aunque la mayoría de los hijos e hijas de las gestantes que viven con el VIH recibieron profilaxis



antirretroviral post natal, esta intervención debe ser universal. A pesar de estas limitaciones, en el país, se cumple la meta de transmisión materno - infantil menor al 2%; en el mundo, los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH han evitado 4 millones de nuevas infecciones por el VIH en las niñas y en los niños desde 2002 (7).



El país ha logrado posicionar el manejo **integral de las PVV,**

permitiendo obtener mejores resultados

que otros países con **características sociales
y económicas similares.**

Respecto a la población con TB, esta pasó de 9.640 a 13.301 casos y entre estos, el 13,59% tuvo coinfección con VIH. En la región de las Américas el 81% de las personas con TB conocían su estado de VIH, evidenciando un ligero aumento en comparación con el 2021 (79%) (34), pero sin cumplir con la meta del 90% establecida para el 2025. La cobertura del tratamiento para la TB activa en los pacientes coinfectados con TB/VIH fue superior al 90%, en las Américas se informó una cobertura para los casos nuevos de TB del 61% y recaídas del 74% (38). Entre los coinfectados con TB/VIH, se reportó un 8% de fallecidos; según la OPS, la TB fue la principal causa de muerte entre las personas con VIH, se estima que el 19% de las PVV fallecieron por esta infección (34). En la estrategia mundial contra el VIH, el modelado de la epidemia muestra que se puede alcanzar el objetivo de disminuir las muertes por TB entre las personas que viven con el VIH para 2025, pasando de 690.000 en 2019 a menos de 250.000 (5).

Por otra parte, en lo relacionado con la gestión del riesgo en las PVV, se observó una reducción en la prescripción y en la cobertura de la TAR tanto en las gestantes, como en la población general, resultado esperado dado el cambio de esquemas recomendados (39) y el cambio en la medición de estos indicadores de tratamiento. Se destaca que, si se tienen en cuenta los esquemas de la GPC de 2014, más del 95% de la población recibe TAR, sin embargo, esto refleja que la transición a los nuevos fármacos recomendados con mayor perfil de seguridad y adherencia se mantiene baja.

Según la gestión del riesgo en el binomio madre - hijo, en el 2019 la tamización para el VIH en las mujeres embarazadas de América Latina alcanzó el máximo histórico del 80%, sin embargo, desde 2020 se ha tenido una tendencia decreciente, principalmente en países como México, Honduras, Nicaragua y Colombia, disminuyendo a una proporción de gestantes tamizadas del 68% en toda la región (40). Esta reducción es explicada por la interrupción de los servicios esenciales durante la pandemia de COVID-19, aunque en Colombia se mantiene una proporción de gestantes tamizadas mayor a la región (91,58%), se deben continuar los esfuerzos por aumentar la realización de esta prueba, teniendo en cuenta el impacto que genera en la transmisión perinatal.

El primer paso en la cascada del diagnóstico infantil temprano es conocer el estado del VIH de las gestantes, sin embargo, posteriormente es importante mantener la retención y la continuidad de la atención tanto en las madres, como en los menores que han sido expuestos (41). En el país, hubo un incremento en el estudio de transmisión materno - infantil, aunque en la región Amazonía-Orinoquía se observó el resultado más bajo (77,77%). Los mecanismos para rastrear a las madres y a los bebés que no regresan para hacerse las pruebas u obtener los resultados de las cargas virales siguen siendo débiles (42), además, a esto se suman las barreras geográficas, económicas y culturales, así como la fragmentación de la atención en salud que ocurre en estos ambientes rurales.



De acuerdo con los indicadores de seguimiento, en el ámbito nacional se observó un bajo cumplimiento en la indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR, siendo este el principal objetivo del tratamiento. Por otro lado, el recuento de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo ha mantenido una tendencia estable, en los últimos 5 periodos, sin alcanzar las metas propuestas. Es importante resaltar la importancia de estas dos mediciones ya que reflejan la efectividad de la TAR en términos de disminución de la carga viral y recuperación del sistema inmune, así como el riesgo de padecer enfermedades oportunistas (43). Adicionalmente, se deben tener en cuenta otros factores que pueden estar relacionados con no alcanzar una baja viremia, como la adherencia a la medicación, la identificación de enfermedades asociadas, las interacciones farmacológicas y el autocuidado (44).

Finalmente, hubo siete indicadores que no fueron medidos en el periodo de análisis, ya que no se contó con los soportes necesarios para validar la información requerida y que son relevantes para la gestión del riesgo en esta población. El país ha logrado posicionar el manejo integral de las PVV, permitiendo obtener mejores resultados que otros países con características sociales y económicas similares, sin embargo, es importante continuar con los esfuerzos para alcanzar los objetivos de las metas establecidas, en el ámbito nacional y mundial, de acabar con el VIH como amenaza para la salud pública para el año 2030. Para lograrlo, se requiere orientar las acciones de atención en salud igualitaria a todas las personas que viven con el VIH, pero especialmente, a los grupos de poblaciones clave, las gestantes y los niños.

Referencias

1. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [en línea]. Septiembre de 2011 [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
2. Gómez A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monit Estratégico [en línea]. Enero de 2014 [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201.pdf>
3. Ministerio de Salud. Gestión integral de riesgo en salud. <https://www.minsalud.gov.co/> [en línea]. Junio de 2018 [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
4. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia - Indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia [en línea]. Marzo de 2023 [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2023/05/final-consenso-vih-actualizado.pdf>
5. ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Marzo de 2021 [citado el 6 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
6. ONUSIDA. Hoja informativa – Estadísticas sobre el VIH [en línea]. 2023 [citado el 6 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
7. ONUSIDA. El camino que pone fin al sida: Actualización mundial sobre el sida 2023 [en línea]. 2023 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update-summary_es.pdf
8. KKF. The U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) [en línea]. Julio de 2023 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-presidents-emergency-plan-for-aids-relief-pepfar/#>
9. OPS. Epidemia de VIH y respuesta en América Latina y el Caribe [en línea]. Noviembre de 2023 [citado el 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/epidemia-vih-respuesta-america-latina-caribe-octubre-2023>
10. Luis Carlos Gómez Ortega, subdirectora Diana Marcela Walteros Acero. Elaborado por C, Sepúlveda Medina H. Informe de evento VIH, SIDA y muerte por SIDA, 2022 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [en línea]. 2023 [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20INFORME%202022.pdf>
11. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2022 [en línea]. Febrero de 2023 [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/wp-content/plugins/pdfjs-viewer-shortcode/pdfjs/web/viewer.php?file=https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2023/05/LIBRO_VIH_2022.pdf&attachment_id=0&dButton=false&pButton=true&oButton=false&sButton=true#zoom=auto&pagemode=none&_wpnonce=2c8ea26209
12. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En Helsinki [en línea]. Octubre de 2013 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/6.pdf
13. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont [en línea]. 1979 [citado el 19 de febrero de 2024]; disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>
14. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [en línea]. Junio de 2017 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [en línea]. 1993 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999 [en línea]. 1999 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%201995%20DE%201999.pdf
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1581 de 2012 [en línea]. 2012 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
18. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1377 de 2013 [en línea]. 2013 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>



19. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 0273 de 2019 [en línea]. 2019 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-273-de-2019.pdf>
20. United Nations. World Population Prospects 2022 Data Sources. [En línea]. 2022 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>
21. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med* [en línea]. Enero de 2011;12(1):61-4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x>
22. Ministerio de Salud y Protección Social, OPS. ETMI-PLUS Colombia 2021-2030 [en línea]. 2020 [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>
23. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial, Instituto de Evaluación Tecnológica En Salud. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes [en línea]. 2021 [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-pediatria-version-profesionales-salud.pdf>
24. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Primer Semestre VIH, SIDA y muerte por SIDA, 2023 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [en línea]. 2023 [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20SIDA%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf>
25. ONUSIDA. Actualización mundial sobre el SIDA 2022. 2022 [citado el 7 de marzo de 2024]; disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update-summary_es.pdf
26. ONUSIDA. Hoja informativa – Estadísticas sobre el VIH [en línea]. 2023 [citado el 6 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
27. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA [en línea]. [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vih sida>
28. Cai, Y., Zhang, J., Liang, J., Xiao, M., Zhang, G., Jing, Z., Lv, L., Nan, K., & Dang, X. (2023). The Burden of Rheumatoid Arthritis: Findings from the 2019 Global Burden of Diseases Study and Forecasts for 2030 by Bayesian Age-Period-Cohort Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 1291 <https://doi.org/10.3390/jcm12041291>
29. Asociación Panamericana de Infectología. Estándares de testeo y prevención en VIH para América Latina. 2023 [citado el 23 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/374078419_Estandares_en_VIH_2023
30. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC). Estadísticas Básicas. 2022 [citado el 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
31. Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial S.A. ENTerritorio y el Fondo Mundial inician en Cartagena nueva fase del proyecto de Respuesta nacional contra el VIH [en línea]. 2023 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.enterritorio.gov.co/web/enterritorio-y-el-fondo-mundial-inician-en-cartagena-nueva-fase-del-proyecto-de-respuesta-nacional-contra-el-vih>
32. UNAIDS. Latin America-Regional Factsheet. UNAIDS Global Report 2023 [en línea]. 2023; disponible en: https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/regional_fs_latin_america.pdf
33. Montúfar Andrade F, Quiroga A, Builes C, Saldarriaga C, Aguilar C, Mesa M, et al. Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio*. Enero de 2016;20(1):9-16.
34. CDC. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [en línea]. 2014;63(3):1-13. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6303.pdf>
35. Mayer S, Rayeed N, Novak RM, Li J, Palella FJ, Buchacz K, et al. INSTI-Based Initial Antiretroviral Therapy in Adults with HIV, the HIV Outpatient Study, 2007-2018. *AIDS Res Hum Retroviruses*. El 1º de octubre de 2021;37(10):768-75.
36. McCluskey SM, Siedner MJ, Marconi VC. Management of Virologic Failure and HIV Drug Resistance. *Infect Dis Clin North Am*. Septiembre de 2019;33(3):707-42.
37. Meade CM, Hussen SA, Momplaisir F, Badell M, Hackett S, Sheth AN. Long term engagement in HIV care among postpartum women with perinatal HIV infection in the United States. *AIDS Care*. El 3 de abril de 2018;30(4):488-92.

38. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la tuberculosis en las Américas [en línea]. [Citado el 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis/situacion-tuberculosis-americas>
39. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial, Instituto de Evaluación Tecnológica En Salud. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. 2021. 865 p.
40. PAHO. EMTCT Plus Initiative 2010-2021 [en línea]. 2021. Disponible en: <https://aidsreportingtool.unaids.org/>
41. Vrazo AC, Firth J, Amzel A, Sedillo R, Ryan J, Phelps BR. Interventions to significantly improve service uptake and retention of positive pregnant women and exposed infants along the prevention of mother-to-child transmission continuum of care: systematic review. *Tropical Medicine & International Health*. 2018;23(2):136-48.
42. Mofenson LM, Cohn J, Sacks E. Challenges in the Early Infant HIV Diagnosis and Treatment Cascade. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2020;84(1):S1-4.
43. UNAIDS. The need for routine viral load testing. *Unaids 2016 Ref* [en línea]. 2016;1-12. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2845_en.pdf%0Ahttp://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2845_en.pdf
44. Giraldo; María Alejandra. Viremia baja y las implicaciones en el control de los pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales: scoping review. Repositorio Institucional EDocUR [en línea]. 2023 [citado el 21 de abril de 2024]; disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa16150f-6445-4cdb-97a0-78c2c37a6e08/content>



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO