



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del **VIH Sida** en Colombia

2018

Situación del VIH Sida en Colombia 2018

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISSN: 2344-7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D.C., Colombia, junio de 2019

© Todos los derechos reservados

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

Situación del VIH Sida en Colombia 2018

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Junta Directiva

Presidente
Pablo Fernando Otero
SURA EPS

Jaime González Montaña
COOSALUD EPS

Carlos Marino Escobar
Coomeva EPS S.A.

Justo Paz Wilches
MUTUAL SER ESS EPS-S

Helena Patricia Aguirre
EPS Famisanar Ltda.

José Joaquín Cortés
Cajacopi Atlántico

Beda Margarita Suárez
ANAS WAYUU EPSI

José Fernando Cardona
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo
de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

Luis Alberto Soler
Coordinador de Gestión del Riesgo

Fernando Valderrama
Coordinador de Gestión de la Tecnología

María Teresa Daza
Coordinadora de Auditoría y Gestión de la Información

Juan Camilo Fuentes
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Grupo desarrollador

Lizbeth Acuña

Directora ejecutiva

Juan Camilo Fuentes

Coordinador de Gestión del Conocimiento

Paula Ximena Ramírez Barbosa

Líder de Gestión del Conocimiento

Julieth Carolina Castillo Cañón

Especialista en Analítica

Ana Milena Gil Quijano

Especialista en Analítica

Andrea Castillo Niuman

Especialista en Analítica

Hernando Alvarado Quintero

Estadístico

Andrés Alejandro Orjuela Trujillo

Estadístico

Revisores

Jesús Tapia García

Médico cirujano con especialización en epidemiología, especialización clínica médica (medicina interna), especialización en infectología y maestría en infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presidente del capítulo del Caribe de la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

Dra. Bertha Gómez Martínez

Asesora Subregional Programa VIH/Sida

Organización Panamericana de la Salud, OPS - OMS

Comité editorial

Lizbeth Acuña
Presidenta

Juan Camilo Fuentes
Secretario

Luis Alberto Soler
Vocal

Fernando Valderrama
Vocal

María Teresa Daza
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Corrección de estilo, diseño y diagramación:
Alejandro Niño Bogoya - UCD y María Victoria Vásquez - UCD

CONTENIDO

Abreviaturas.....	17
Lista de entidades que reportaron a la Cuenta de Alto Costo, 2018	19
Glosario	23
Introducción.....	27
Aspectos éticos y legales.....	29
Aspectos metodológicos.....	31
1. Características sociodemográficas de las personas que viven con VIH.....	39
1.1 Características sociodemográficas de las personas que viven con VIH, reportados a la Cuenta de Alto Costo, 2018.....	39
2. Características clínicas de las personas que viven con VIH	51
2.1 Estadio clínico actual de las PVV según la clasificación del CDC 2008	51
2.2 Comorbilidades en las PVV	52
2.3 Enfermedades que definen el Sida	55
2.4 Seguimiento en el conteo de linfocitos T CD4 ⁺ y carga viral en las PVV	59
3. Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH.....	63
3.1 Prevalencia e incidencia	63
3.2 Mortalidad y letalidad.....	70
4. Características de los casos incidentes con diagnóstico de VIH.....	79
4.1 Caracterización sociodemográfica y clínica de los casos incidentes	79

4.2	Estadio clínico al momento del diagnóstico en los casos nuevos de infección por VIH según la clasificación CDC 1993....	84
5.	Tratamiento antirretroviral.....	89
5.1	Inicio del tratamiento antirretroviral.....	89
5.2	Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral	89
5.3	Objetivos 90 90 90.....	92
6.	Población de mujeres gestantes	103
6.1	Características generales de la población de mujeres gestantes	103
6.2	Población gestante con infección por el VIH	109
7.	Población menor de 18 meses, hijos de madres con diagnóstico de VIH.....	117
7.1	Características generales de los menores de 18 meses, hijos de madres con VIH en seguimiento	117
7.2	Características generales de la población menor de 18 meses expuesta al VIH con diagnóstico positivo	120
8.	Población con tuberculosis	127
8.1	Características generales de la población con tuberculosis.....	127
8.2	Características generales de la población con coinfección TB/VIH	132
9.	Indicadores de gestión de riesgo y de consenso.....	139
9.1	Indicadores de gestión de riesgo.....	139
9.2	Indicadores de consenso	145
	Discusión y conclusiones	155
	Referencias bibliográficas.....	159

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos de VIH por sexo según la entidad territorial.....	40
Tabla 2. Proporción de los casos por el régimen de afiliación según el grupo de edad de interés de las personas que viven con VIH.....	45
Tabla 3. Distribución de los casos de VIH reportados según la entidad que reporta	46
Tabla 4. Comorbilidades en las PVV por sexo.....	54
Tabla 5. Enfermedades que definen el Sida según la información reportada por sexo	57
Tabla 6. Prevalencia e incidencia del VIH por la entidad territorial.....	64
Tabla 7. Prevalencia e incidencia ajustadas por edad del VIH según el sexo y el régimen de afiliación.....	66
Tabla 8. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad	67
Tabla 9. Mortalidad y letalidad en VIH según la entidad territorial.....	71
Tabla 10. Distribución de la mortalidad y la letalidad según el régimen de afiliación y la entidad	74
Tabla 11. Distribución de la mortalidad y la letalidad según los grupos de edad y el sexo	77
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la edad al diagnóstico de VIH.....	79
Tabla 13. Estadios clínicos en las PVV según el sexo, 2018	81
Tabla 14. Estadio al momento del diagnóstico.....	84
Tabla 15. Estadio clínico al momento del diagnóstico por el régimen de afiliación	88
Tabla 16. Motivo de inicio de la terapia antirretroviral según el sexo	89
Tabla 17. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral según el sexo ...	90
Tabla 18. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral por entidad.....	91

Tabla 19. Cobertura de la terapia antirretroviral por la entidad territorial...	93
Tabla 20. Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos.....	95
Tabla 21. Medicamentos usados en las PVV.....	97
Tabla 22. Esquemas de tratamiento antirretroviral más usados en la población prevalente	98
Tabla 23. Esquemas de tratamiento antirretroviral más usados en la población incidente	99
Tabla 24. Esquemas de tratamiento antirretroviral con el porcentaje más alto de supresión viral	99
Tabla 25. Distribución de las PVV y el momento de la genotipificación según el régimen	101
Tabla 26. Porcentaje de tamización de sífilis en las mujeres gestantes por entidad	107
Tabla 27. Distribución de las mujeres gestantes según régimen de afiliación	110
Tabla 28. Distribución de las gestantes con VIH por la entidad territorial..	111
Tabla 29. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad	112
Tabla 30. Estadio actual en las mujeres gestantes con VIH	114
Tabla 31. Esquemas antirretrovirales usados en mujeres gestantes	114
Tabla 32. Resultado de la última carga viral a la fecha de corte en las mujeres gestantes con VIH según el régimen de afiliación	115
Tabla 33. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por la entidad territorial y el sexo	117
Tabla 34. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por la entidad y el sexo	118
Tabla 35. Estudio inicial y con segunda carga viral para VIH en menores de 18 meses expuestos al VIH	120
Tabla 36. Proporción de los menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de VIH, 2015 - 2018	121
Tabla 37. Distribución de los menores de 18 meses de edad con VIH por entidad territorial	122

Tabla 38. Porcentaje de los menores de 18 meses expuestos al VIH positivos por entidad.....	123
Tabla 39. Grupo de edad de los casos de tuberculosis reportados a Cuenta de Alto Costo.....	128
Tabla 40. Distribución de los casos de tuberculosis por la entidad territorial.....	130
Tabla 41. Uso de medicamentos antituberculosos en los pacientes con TB.....	132
Tabla 42. Proporción de los casos de TB por el sexo según el grupo de edad.....	133
Tabla 43. Porcentaje de coinfección de TB/VIH por el régimen de afiliación.....	133
Tabla 44. Proporción de los casos de coinfección TB/VIH por entidad territorial.....	134
Tabla 45. Porcentaje de uso de TAR y tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH por el régimen de afiliación.....	136
Tabla 46. Porcentaje de uso de la TAR y tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH por entidad territorial.....	136
Tabla 47. Esquemas de TAR usados en las personas con coinfección TB/VIH.....	137
Tabla 48. Semaforización de los indicadores de gestión del riesgo.....	139
Tabla 49. Indicadores de gestión del riesgo 2012 - 2018.....	140
Tabla 50a. Indicadores de gestión del riesgo (1 al 4), 2018.....	141
Tabla 50b. Indicadores de gestión del riesgo (5 al 8), 2018.....	143
Tabla 51. Estándar de medición de los indicadores de consenso.....	145
Tabla 52. Indicadores de consenso 2014 - 2018.....	146
Tabla 53a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2018.....	147
Tabla 53b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2018.....	150
Tabla 53c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2018.....	152

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Población proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2018.....	35
Figura 2. Número de personas afiliadas a las EAPB	36
Figura 3. Pirámide poblacional de las personas con VIH en Colombia	39
Figura 4. Casos incidentes y prevalentes de VIH según el grupo de edad.....	40
Figura 5. Distribución porcentual de los casos de VIH por entidad territorial	42
Figura 6. Distribución de los casos de VIH por sexo y división regional, según la asignación del producto interno bruto nacional	44
Figura 7. Distribución de los casos de VIH por el sexo según el régimen de afiliación	45
Figura 8. Distribución por régimen de afiliación según la edad	46
Figura 9. Estadio clínico actual en casos prevalentes según el sexo.....	51
Figura 10. Estadio clínico actual según el régimen de afiliación en los casos prevalentes	52
Figura 11. Porcentaje de comorbilidades en las PVV	52
Figura 12. Porcentaje de comorbilidades en las PVV según el sexo	53
Figura 13. Enfermedades que definen el Sida en la población reportada ...	55
Figura 14. Enfermedades que definen el Sida según el sexo.....	56
Figura 15. Resultado de la carga viral según las enfermedades que definen el Sida en los casos prevalentes.....	58
Figura 16. Distribución de las PVV por el régimen de afiliación según el reporte del último resultado de la carga viral.....	59

Figura 17. Carga viral al inicio de la terapia antirretroviral versus carga viral actual	60
Figura 18. Distribución de los casos de PVV según el último conteo de linfocitos T CD4 ⁺	61
Figura 19. Valor del último conteo de linfocitos T CD4 ⁺ según el régimen de afiliación	61
Figura 20. Conteo de linfocitos T CD4 ⁺ al momento del diagnóstico versus conteo actual	62
Figura 21. Prevalencia del VIH por el sexo y la edad.....	69
Figura 22. Incidencia del VIH por el sexo y la edad	69
Figura 23. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con VIH según el sexo y la edad	70
Figura 24. Pirámide poblacional de los casos incidentes con VIH.....	79
Figura 25. Distribución de los casos incidentes por el régimen de afiliación según el sexo.....	80
Figura 26. Distribución de casos incidentes de VIH según mecanismo de transmisión	80
Figura 27. Porcentaje de los casos incidentes con comorbilidades por sexo	82
Figura 28. Distribución de los casos incidentes según el conteo de linfocitos T CD4 ⁺ al diagnóstico por el régimen de afiliación	83
Figura 29. Distribución de los casos incidentes según el último reporte de carga viral	83
Figura 30. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por el sexo en los menores de 13 años	85
Figura 31. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por el sexo en los mayores de 13 años.....	86
Figura 32. Porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral por TEC en las PVV por el régimen de afiliación	90
Figura 33. Cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación	95
Figura 34. Causa del cambio de la primera terapia antirretroviral en los pacientes con VIH.....	100

Figura 35. Histograma de edad de las gestantes reportadas a la CAC	103
Figura 36. Rango de edades de las mujeres gestantes por el régimen de afiliación	104
Figura 37. Distribución de las mujeres gestantes reportadas a la CAC por las entidades territoriales	105
Figura 38. Distribución de las mujeres gestantes por entidad.....	106
Figura 39. Gestantes con VIH reportadas a la CAC por el grupo de edad.....	109
Figura 40. Esquemas de tratamiento antirretroviral en los menores de 18 meses expuestos al VIH con diagnóstico positivo	125
Figura 41. Histograma de la edad en la población con TB	127
Figura 42. Pirámide poblacional de las personas con tuberculosis reportadas a la Cuenta de Alto Costo.....	129
Figura 43. Casos de TB por régimen de afiliación	129

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División regional de Colombia según la agrupación del DANE.....	43
Mapa 2. Prevalencia ajustada por edad del VIH en Colombia (100 habitantes), 2018.....	63
Mapa 3. Incidencia ajustada por edad del VIH en Colombia (100.000 habitantes), 2018.....	66
Mapa 4. Mortalidad por todas las causas en los pacientes con VIH en Colombia (100.000 habitantes), 2018.....	71
Mapa 5. Letalidad por VIH en Colombia (1.000 pacientes con VIH), 2018 ..	73
Mapa 6. Cobertura de la terapia antirretroviral en Colombia (%), 2018.....	94
Mapa 7. Porcentaje de casos de TB.....	131
Mapa 8. Porcentaje de coinfección TB/VIH (x 100 habitantes).....	135



ABREVIATURAS

BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CAC	Cuenta de Alto Costo
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention)
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DE	Desviación estándar
EAPB	Empresas administradoras de planes de beneficios
EOC	Entidades obligadas a compensar
EPS	Entidad Promotora de Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
IPS	Institución prestadora de servicios
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPD	Prueba cutánea de derivado proteico purificado
PVV	Persona que vive con el VIH
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
TAR	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TEC	Trabajadores encargados de asesorar el cumplimiento
TMI	Transmisión materno infantil
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



LISTA DE ENTIDADES QUE REPORTARON A LA CUENTA DE ALTO COSTO, 2018

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
EASo16	Empresas Públicas de Medellín, Departamento Médico Antioquia Medellín
EASo27	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPSoo1	Aliansalud
EPSoo2	Salud total S.A. Entidad Promotora de Salud
EPSoo5	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.
EPSoo8	Compensar E.P.S.
EPSo10	EPS SURA
EPSo12	Comfenalco Valle E.P.S.
EPSo16	Coomeva E.P.S. S.A.
EPSo17	E.P.S. Famisanar Ltda.
EPSo18	Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - S.O.S.
EPSo23	Cruz Blanca EPS S.A.
EPSo33	Saludvida E.P.S. S.A.
EPSo37	Nueva EPS S.A.
EPSo44	Medimás EPS
Régimen subsidiado	
CCFo07	Comfamiliar Cartagena EPS - CCF de Cartagena
CCFo15	Comfacor EPS - CCF de Córdoba
CCFo23	Caja de Compensación Familiar de la Guajira
CCFo24	Caja de Compensación Familiar de Huila - COMFAMILIAR Huila
CCFo27	Comfamiliar Nariño EPS - CCF
CCFo33	Caja de Compensación Familiar de Sucre - COMFASUCRE
CCFo50	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - COMFAORIENTE
CCFo53	Comfacundi - CCF de Cundinamarca
CCFo55	Caja de Compensación Familiar CAJACOPI Atlántico



Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen subsidiado	
CCF102	ComfaChocó - CCF del Chocó
EPS022	Entidad Administradora de Régimen Subsidiado Convida
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - CAPRESOCA - EPS
EPS045	Medimás EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar - Dusakawi
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C.
EPSI04	Anas Wayuu EPS Indígena
EPSI05	Entidad Promotora de Salud - MALLAMAS EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS33	Saludvida EPS S.A.
EPSS34	Capital salud
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado (Res 02664)
ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud ESS EMDISALUD
ESS024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.
ESS062	Asociación Mutual la Esperanza ASMET SALUD
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. - AMBUQ
ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud - ECOOPSOS
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR ESS
ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria - COMPARTA
ESS207	Asociación - Mutual Ser - Empresa Solidaria de Salud ESS
Régimen Especial	
EMPO17	Colmédica Medicina Prepagada
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud Universidad de Córdoba
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
Régimen de Excepción	
RES001	Policía Nacional
RES003	Fuerzas Militares
No afiliado	
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS
20000	Dirección Departamental de Salud de Cesar



Código de la entidad	Nombre de la entidad
No afiliado	
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
41000	Dirección Departamental de Salud de Huila
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
63000	Dirección Departamental de Salud de Quindío
68000	Dirección Departamental de Salud de Santander
76000	Dirección Departamental de Salud de Valle del Cauca
91000	Dirección Departamental de Salud de Amazonas



GLOSARIO (1)

ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL VIH. Los síntomas de la infección por el VIH pueden aparecer tanto al comienzo de la infección por el VIH como a partir del estado de inmunosupresión que lleva al Sida. Durante la infección por el VIH inicial, cuando el virus entra en contacto con la superficie mucosa, este encuentra células blanco-susceptibles y pasa al tejido linfático, donde tiene lugar la reproducción masiva del virus. Esto desencadena una viremia de alto nivel (el virus pasa al torrente sanguíneo), con una amplia propagación del virus. En este estadio, algunas personas pueden presentar síntomas parecidos a la gripe, pero estos generalmente se diagnostican como síntomas de primoinfección o infección aguda más que de una enfermedad relacionada con el VIH. La respuesta inmunitaria resultante para suprimir el virus solo es exitosa en parte, pues algunos virus escapan, pudiendo permanecer indetectables durante meses y años. Durante el curso de la infección, las células inmunitarias más importantes, llamados linfocitos T CD4⁺, se desactivan y son destruidas, mientras que la cantidad de células disponibles disminuye progresivamente. Así pues, la enfermedad relacionada con el VIH está caracterizada por el deterioro gradual de la función inmunitaria. Finalmente, el alto nivel de rotación vírica lleva a la destrucción del sistema inmunitario (algunas veces denominada infección por el VIH avanzada), cuyo resultado es la manifestación del Sida.

EPIDEMIOLOGÍA. Rama de la ciencia médica que se ocupa de las causas, la distribución y el control de las enfermedades en una población.

INCIDENCIA. Número de nuevas infecciones que ocurren durante un periodo específico en una determinada población.

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH. Evítese la expresión “personas que viven con el VIH y Sida” y la abreviatura “PVVS”. Al hacer referencia a las personas que viven con el VIH, es preferible evitar ciertos términos: “paciente de Sida” (debería usarse solo en un contexto médico, dado que, la mayoría del tiempo, una persona con Sida no tiene el papel de paciente); “víctima del Sida” o “enfermo de Sida”, que



implican que el individuo en cuestión ya no ejerce ningún tipo de control sobre su vida. Es preferible usar “personas que viven con el VIH” (PVV), ya que refleja que una persona infectada puede continuar viviendo bien y de forma productiva durante muchos años.

POBLACIONES CLAVE DE MAYOR RIESGO. Las poblaciones clave son distintas de las poblaciones vulnerables, las cuales están supeditadas a presiones de índole social o circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a la exposición a las infecciones; entre ellas, el VIH.

PREVALENCIA. Habitualmente se presenta en forma de porcentaje. La prevalencia del VIH cuantifica la proporción de individuos en una población que viven con el VIH en un momento específico.

RIESGO Referido al riesgo de exposición al VIH o a la probabilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. 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.

Sida Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) es una definición epidemiológica basada en los signos y síntomas clínicos. Es una enfermedad causada por el VIH, el virus de la inmunodeficiencia humana, el cual destruye la capacidad del organismo para combatir la infección y la enfermedad, lo que al final puede llevar a la muerte. Los medicamentos antirretrovíricos o antirretrovirales hacen más lenta la reproducción vírica, y pueden mejorar mucho la calidad de vida, pero no eliminan la infección por el VIH.

TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA O ANTIRRETROVIRAL DE ALTA POTENCIA. 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. Por tanto, el término “de alta potencia” no es necesario a efectos de clasificación. El régimen habitual de terapia antirretrovírica o antirretroviral combina tres o más medicamentos diferentes, como dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, y un inhibidor de la proteasa; dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa, u otras combinaciones.

VIH Virus que debilita el sistema inmunitario y que, en última instancia, causa el Sida.



VIH/Sida o VIH y Sida. Utilícese el término más específico y apropiado en cada contexto para evitar la confusión entre VIH (referido al virus) y Sida (referido al síndrome clínico).



INTRODUCCIÓN

En Colombia, la infección por VIH/Sida es considerada como una enfermedad de alto costo, principalmente porque las personas que viven con el VIH (PVV) tienen un mayor riesgo de complicaciones, muerte y consumo de recursos, superior a la población general (2). No obstante, es posible gestionar e intervenir en esta población de tal manera que se mejore calidad de vida, se eviten nuevos casos y se reduzcan sus costos.

En el 2017, esta enfermedad ocasionó en el mundo 37 millones de PVV, cerca de 940.000 muertes por enfermedades relacionadas con el Sida y 1,8 millones de nuevas infecciones (3). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social estimó para el 2016, 150.116 PVV, de las cuales solo el 72% han sido diagnosticadas ($n = 108.648$), lo que indica que una tercera parte de las personas con el diagnóstico no han accedido a los servicios de salud (4), aumentando el riesgo de transmisión de la enfermedad, las complicaciones derivadas del Sida y un mayor costo en los servicios de atención en salud. Diferentes estudios (5,6) aseguran que estos gastos están dados principalmente por la compra de medicamentos antirretrovirales, los gastos de hospitalización y de atención ambulatoria, las pruebas de diagnóstico y las pruebas de seguimiento (7).

Dada la importancia de esta enfermedad en el país, desde el 2012 la Cuenta de Alto Costo realiza el seguimiento a la cohorte de las PVV atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para este año se capturaron 95.745 PVV de las cuales 10.256 fueron casos nuevos en el periodo de reporte. Este seguimiento ha permitido la medición de los principales indicadores de la gestión de riesgo de esta enfermedad y el establecimiento del mecanismo de pago de compensación entre las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) de los regímenes subsidiado y contributivo que atienden a esta población.

Este documento pone a disposición las características sociodemográficas y clínicas de las PVV reportadas en el periodo, con el fin de que las entidades conozcan la población en riesgo y por ende planeen, programen e implementen estrategias dirigidas a evitar nuevos casos de transmisión y reducir las complicaciones en las PVV; y además cuenta con datos claves del registro de gestantes, recién nacidos expuestos al VIH y pacientes con tuberculosis a quienes se les hace seguimiento según la normatividad vigente.



Esta información permitirá que las entidades encargadas de la atención de estas poblaciones puedan garantizar los recursos que deben ser dirigidos a los servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud, y por supuesto permitirá conocer en qué grupos poblacionales existe un mayor riesgo, para orientar las estrategias hacia la prevención de la enfermedad basadas en las mejores prácticas.



ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos a partir del reporte obligatorio que las EAPB y EOC realizaron a la CAC durante el año 2018.

Su objeto es producir y difundir la información y el conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínicas y administrativas, orientadas a la protección y la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo, con el propósito de contribuir a mejorar los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados 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 interés compartido.

El contenido de este informe es producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de información en Colombia, garantizando que la información recolectada de fuentes de datos primarias; se administra, conserva, custodia y mantiene en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki, Informe Belmont y Pautas CIOMS) y la normativa colombiana establecida (8) por la Resolución 8430 de 1993, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para este caso en particular, la protección de datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de *habeas data* 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada mediante la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 del 2013 que regula el manejo adecuado de datos sensibles.



ASPECTOS METODOLÓGICOS

Metodología de la recolección de los datos y el análisis estadístico para garantizar la calidad de la información

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, mediante las Resoluciones 4725 del 2011 y 0783 de 2012, estableció las características del reporte para el registro de los pacientes con infección por el VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), personas con tuberculosis (enfermedad activa o curada), mujeres embarazadas e hijos de mujeres con infección por VIH que tienen menos de 18 meses de edad a la fecha de corte. Este reporte es realizado por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a la Cuenta de Alto Costo, con la información suministrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas; los datos hacen parte de la bodega de información de la Cuenta de Alto Costo y se estructura de acuerdo con el instructivo que se encuentra en las resoluciones correspondientes.

El grupo de las entidades que reportó información en este periodo estuvo conformado por el 98% de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Empresas Obligadas a Compensar (EOC) (45/46), el 26% de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud (9/35), el 50% de las entidades del régimen especial (5/10) y el 50% de las entidades del régimen de excepción (2/4). En las entidades que no reportaron información, se desconoce si fue por ausencia de casos u omisión del reporte.

Periodo evaluado

El libro contiene información de la población con diagnóstico de VIH (diagnosticados en años anteriores o durante el periodo evaluado), las personas con tuberculosis (enfermedad activa o curada en el periodo de corte) y los hijos de mujeres con infección por VIH que tenían menos de 18 meses entre el 1° de febrero de 2017 y el 31 de enero de 2018. También incluye mujeres gestantes que estuvieron embarazadas entre el 1° de agosto de 2017 y el 31 de enero de 2018.



Población

Inicialmente se obtuvo el registro de 82.950 pacientes con diagnóstico antiguo de VIH, 13.397 pacientes con nuevo diagnóstico y 974 menores de 18 meses expuestos a este virus, los cuales fueron auditados en un 100%. Para la población gestante se reportaron 432.944 mujeres gestantes de las cuales fueron auditadas 6.458 (según el tamaño de la muestra definida previamente). La población con tuberculosis (TB) correspondió a 11.436 registros de los cuales ningún caso fue auditado.

Posterior a la auditoría y a la selección de los casos válidos para el análisis del presente libro, se estableció como población de análisis: 95.745 PVV (tanto casos antiguos como nuevos en la fecha de reporte), 976 menores de 18 meses, 432.535 mujeres gestantes y 11.238 casos de tuberculosis.

Auditoría de la información

La auditoría de la información contra los soportes clínicos es uno de los pilares en el curso de la gestión de la información a cargo de la Cuenta de Alto Costo y diferencia este registro administrativo de las demás fuentes; su objetivo es verificar la autenticidad del dato reportado y obtener resultados certeros a partir de la información disponible. Este proceso consta de dos grandes componentes: la auditoría que hace el sistema de información a través de una malla de validación y la verificación de la información contra la historia clínica.

Malla de validación en sistemas de información

La malla de validación identifica los errores que puede presentar cada variable en el reporte. El objetivo de este paso de la auditoría es retroalimentar a las entidades encargadas del reporte sobre los posibles errores al momento de cargar la información en el sistema, teniendo en cuenta la estructura, la consistencia y la coherencia entre variables.

Obtención de registros únicos, aclaración de los pacientes coincidentes dentro de la misma entidad

La aclaración de los pacientes coincidentes se realiza cuando se encuentran dos registros o más, de un mismo paciente, con diferencias en variables seleccionadas. Por medio de los soportes de afiliación y prestación del servicio de estos pacientes, se comprueba la información que permite identificarlos plenamente. En caso de tratarse de registros coincidentes por haber sido digitados varias veces, a la EPS o EOC le corresponde informar cuál de los registros se debe incluir y cuál eliminar.



Aclaración de pacientes compartidos entre diferentes entidades

Los registros compartidos son aquellos que tienen el mismo tipo y número de identificación, pero diferente EPS, EOC o régimen. Esto puede ocurrir por errores de diligenciamiento en la base de datos o porque el paciente no se encontraba afiliado a la entidad para el 31 de enero de 2018. La finalidad de esta verificación es impedir la existencia de pacientes duplicados en la base de datos.

Auditoría de campo

Para verificar los datos reportados contra las historias clínicas y los soportes requeridos para la confirmación del diagnóstico y tratamiento de cada caso, la auditoría de campo se realizó en cada EAPB y en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud que realizaron el reporte.

El objetivo fundamental del proceso de auditoría es constatar la existencia de las personas con VIH, tuberculosis, gestantes y menores de 18 meses hijos de madres con VIH en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), evaluando y detallando la calidad de la información en las EAPB, las EOC y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Para tal fin, la auditoría realiza la verificación de soportes clínicos, promoviendo como objetivos subsecuentes la gestión del riesgo y el seguimiento de estas cohortes.

Ajuste de los datos después de la auditoría

Durante el proceso de auditoría se identificaron los pacientes únicos. En aquellos casos en los que la información reportada difería de lo observado, el auditor pudo capturar la información real y corregir el dato. Una vez se obtuvo la información de la auditoría de campo y se realizaron los ajustes definitivos, se migraron los registros a una única bodega de datos, para realizar los análisis respectivos.

Análisis epidemiológico

Para esta versión se tuvieron en cuenta principalmente los pacientes vivos, muertos, afiliados, y desafiados. Sin embargo, en algunos indicadores se tuvieron en cuenta solo los casos vivos y afiliados dado que son los pacientes en los que se puede realizar la gestión del riesgo. Se realizó un análisis descriptivo de la información, incluyendo variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas relacionadas con cada uno de los subgrupos. Entre las variables sociodemográficas se describieron la edad, el sexo, el régimen de afiliación, la pertenencia étnica y la entidad territorial. Entre las variables epidemiológicas se analizaron la prevalencia, la incidencia, la mortalidad y la letalidad. Asimismo, entre las variables clínicas se describieron los aspectos relacionados con la evaluación inicial, el diagnóstico, el estado actual, el seguimiento y el uso de las terapias antirretrovirales.

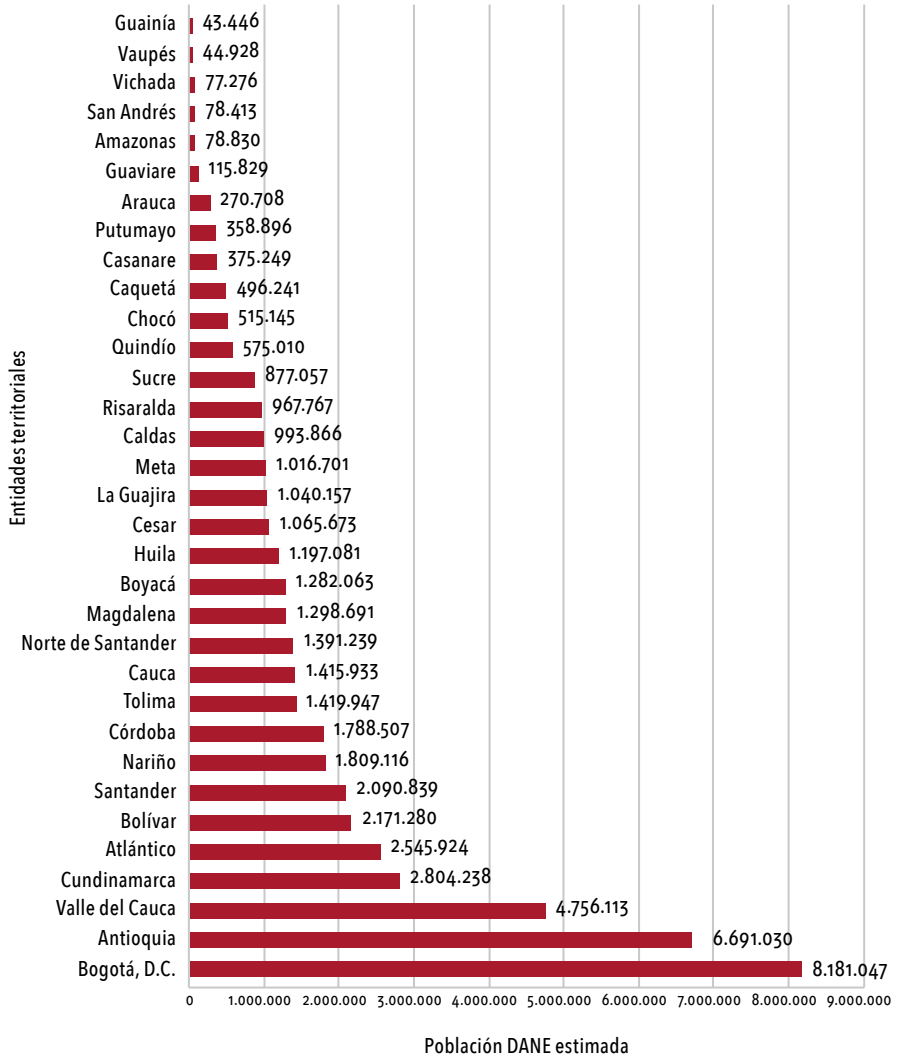


En el subgrupo de personas que viven con VIH (PVV) fue incluido el análisis de los indicadores para la gestión de riesgo en VIH establecidos por la Cuenta de Alto Costo y los indicadores del *Consenso basado en la evidencia de indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia*.

Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante medidas de tendencia central y las cualitativas con frecuencias y proporciones. Los indicadores de morbimortalidad se analizaron de manera cruda y ajustada por edad. Para el ajuste de los indicadores se utilizó el método directo, tomando como referencia la población colombiana estimada por el DANE ($n = 49.834.240$) (figura 1) según quinquenios, para el corte de junio de 2018.



Figura 1. Población proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2018



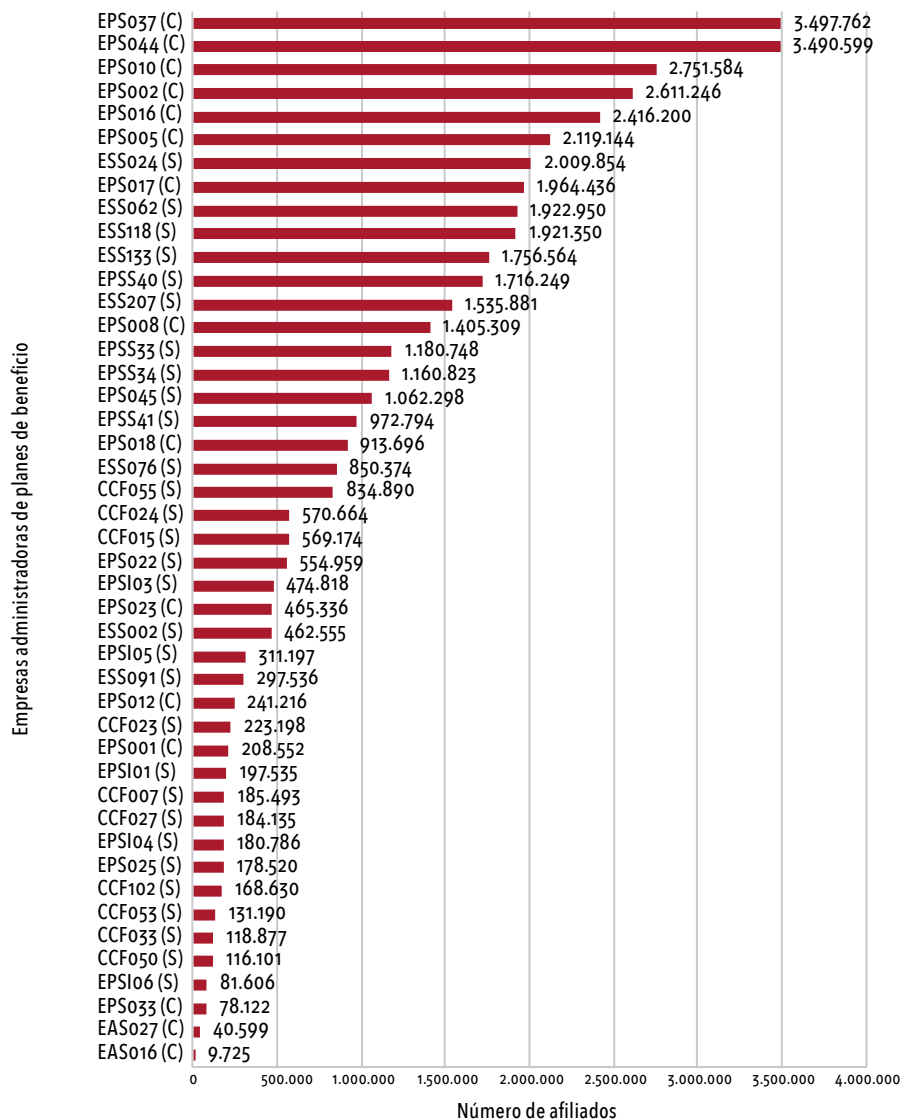
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección 2018

Para los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada, se usó la información suministrada por la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 31 de enero de 2018 (n = 44.145.275) (figura 2). No se realizó el ajuste en los regímenes de excepción y especial, ni en las direcciones departamentales, dado que no se



cuenta con el universo de esta población. Se incluyeron todas las entidades que reportaron en el 2018 independiente de su estado de existencia en el momento de publicación de este documento.

Figura 2. Número de personas afiliadas a las EAPB



C: contributivo S: subsidiado

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte 30 de junio de 2018



Definiciones epidemiológicas

Prevalencia

Los casos prevalentes para VIH fueron considerados como las personas con diagnóstico de VIH reportadas en el periodo.

Incidencia

Se estableció que un caso incidente es aquel cuya fecha de diagnóstico de infección fue entre el 1° de febrero de 2017 al 31 de enero de 2018.

Mortalidad

Las muertes se establecieron con base en las novedades administrativas del reporte, por las glosas encontradas en la auditoría, y el cruce con la base de datos de mortalidad provenientes del Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección Social. El cálculo de la mortalidad se ajustó por edad para cada departamento y EAPB.

Letalidad

Para este documento se definió como la proporción de personas con diagnóstico de VIH que murieron en el periodo, entre todos los casos reportados a la CAC con diagnóstico de VIH para el mismo corte.

Gestión del riesgo

Se presentan los indicadores para la gestión de riesgo en VIH establecidos por la Cuenta de Alto Costo y los indicadores del *Consenso basado en la evidencia de indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia*.

Generalidades metodológicas

Este quinto análisis de la situación del VIH en Colombia, al igual que los anteriores, se concentra en los resultados de la población con diagnóstico de VIH, tuberculosis, mujeres embarazadas e hijos de mujeres con infección por VIH que tienen menos de 18 meses de edad.

La base de datos que resulta de este proceso de reporte y verificación de la información, se constituye como un registro administrativo y es fuente primaria para el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual genera nuevas salidas de información a través de la creación de indicadores y tableros de control que permiten el seguimiento a las cohortes de alto costo, haciendo posible la identificación de los resultados de morbilidad, mortalidad, calidad, acceso a los servicios y oportunidad de la atención; y que son insumos indispensables para la planeación de los servicios de salud.



1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

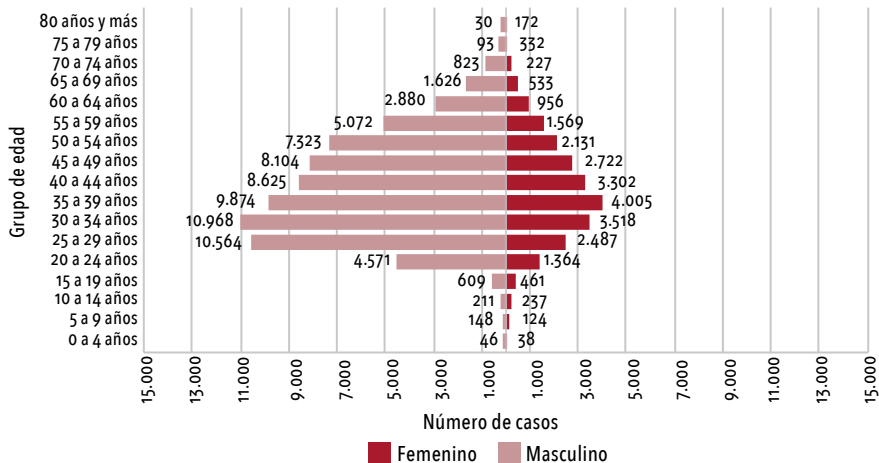
1.1 Características sociodemográficas de las personas que viven con VIH, reportados a la Cuenta de Alto Costo, 2018

Para el corte del 31 de enero de 2018 fueron reportadas 95.745 personas diagnosticadas con infección por VIH¹ de las cuales 10.246 fueron casos nuevos para este periodo. Al analizar la información por las variables sociodemográficas en la población prevalente, se encontró que el 75,1% (n = 71.942) eran de sexo masculino. La relación hombre-mujer con el diagnóstico fue de 3:1. La media de edad fue de 40,5 años para los hombres y 40,2 años para las mujeres.

1.1.1 Distribución por grupos de edad y sexo

Al agrupar los registros por edad en quinquenios, el sexo masculino presentó mayor número de casos en el rango de 30 a 34 años, y el sexo femenino en el rango de 35 a 39 años (figura 3).

Figura 3. Pirámide poblacional de las personas con VIH en Colombia

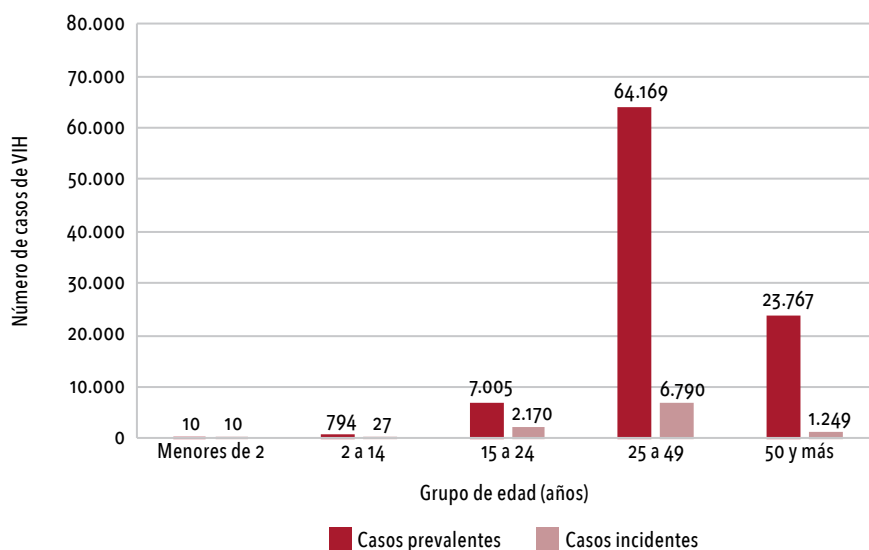


¹ Personas diagnosticadas con infección por VIH: Incluye vivos, afiliados, muertos y desafiados.



Al momento de analizar los casos prevalentes e incidentes por grupo de edad, se observó mayor número de casos para el grupo de 25 a 49 años (figura 4).

Figura 4. Casos incidentes y prevalentes de VIH según el grupo de edad



1.1.2 Distribución por pertenencia étnica y entidad territorial

Solo en el 3,32% de los casos se registró la pertenencia a una etnia específica, siendo el 2,74% (n = 2.620) negros o afrodescendientes, el 0,57% (n = 546) indígenas y el 0,01% Rom (n = 11). Los demás casos se reportaron como otros.

En cuanto a la entidad territorial, Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca reportaron el mayor número de casos (tabla 1). Según la distribución por sexo, en el Amazonas y Chocó se evidenció una mayor proporción de casos de sexo femenino; mientras que en Bogotá, D.C. y Antioquia la proporción más alta estuvo en el masculino (figura 5).

Tabla 1. Número de casos de VIH por sexo según la entidad territorial

Entidad territorial	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
Amazonas	40	36	76
Antioquia	3.018	13.292	16.310
Arauca	77	132	209
Atlántico	1.952	4.144	6.096



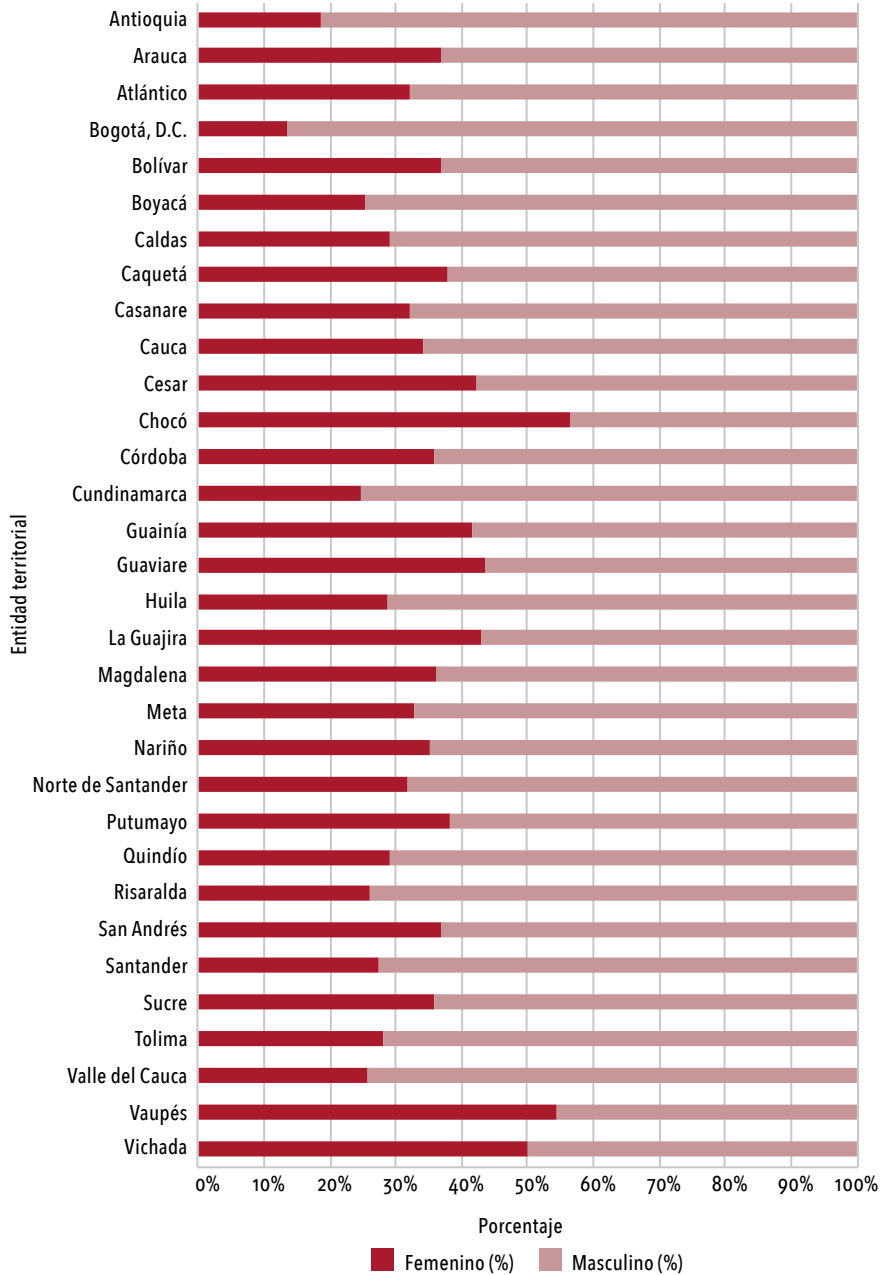
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Tabla 1. Número de casos de VIH por sexo según la entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
Bogotá, D.C.	3.012	19.148	22.160
Bolívar	1.444	2.462	3.906
Boyacá	158	467	625
Caldas	513	1.255	1.768
Caquetá	118	195	313
Casanare	181	383	564
Cauca	428	822	1.250
Cesar	814	1.106	1.920
Chocó	129	99	228
Córdoba	1.165	2.077	3.242
Cundinamarca	545	1.664	2.209
Guainía	5	7	12
Guaviare	43	56	99
Huila	441	1.088	1.529
La Guajira	346	462	808
Magdalena	848	1.504	2.352
Meta	626	1.285	1.911
Nariño	467	866	1.333
Norte de Santander	919	1.983	2.902
Putumayo	89	145	234
Quindío	573	1.406	1.979
Risaralda	652	1.867	2.519
San Andrés	34	58	92
Santander	970	2.586	3.556
Sucre	569	1.016	1.585
Tolima	453	1.171	1.624
Valle del Cauca	3.162	9.149	12.311
Vaupés	6	5	11
Vichada	6	6	12
Total	23.803	71.942	95.745



Figura 5. Distribución porcentual de los casos de VIH por entidad territorial



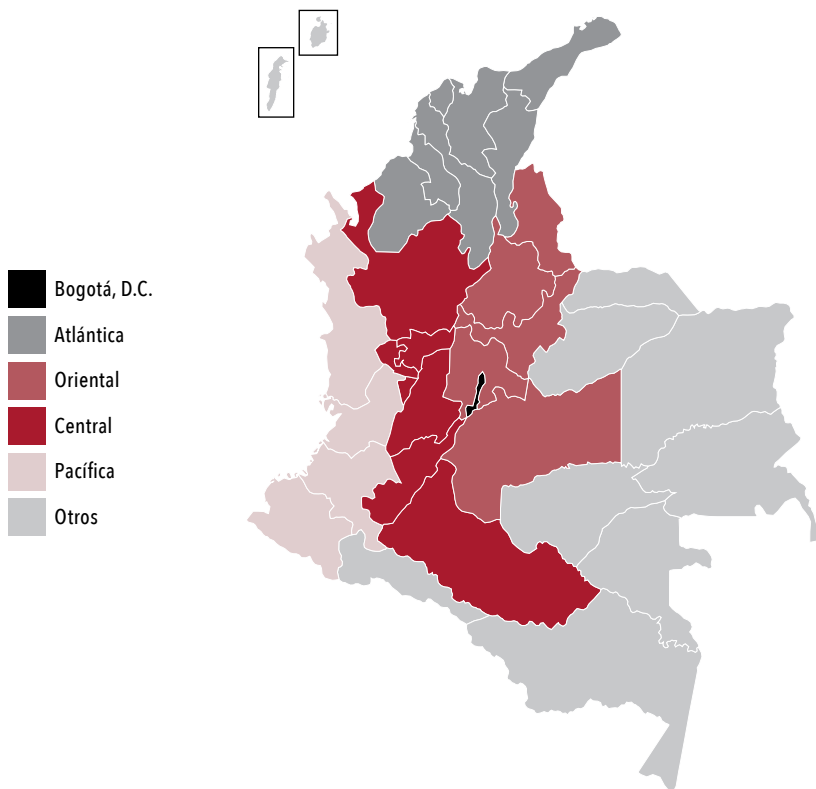


1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

1.1.3 Distribución por división regional

Al analizar los datos por la división regional establecida por el DANE, de acuerdo con la asignación del producto interno bruto (mapa 1), se observa una mayor proporción de casos en el sexo masculino en todas las regiones, siendo la pacífica la de mayor proporción (86,4%) y la región Atlántica la de menor (figura 6).

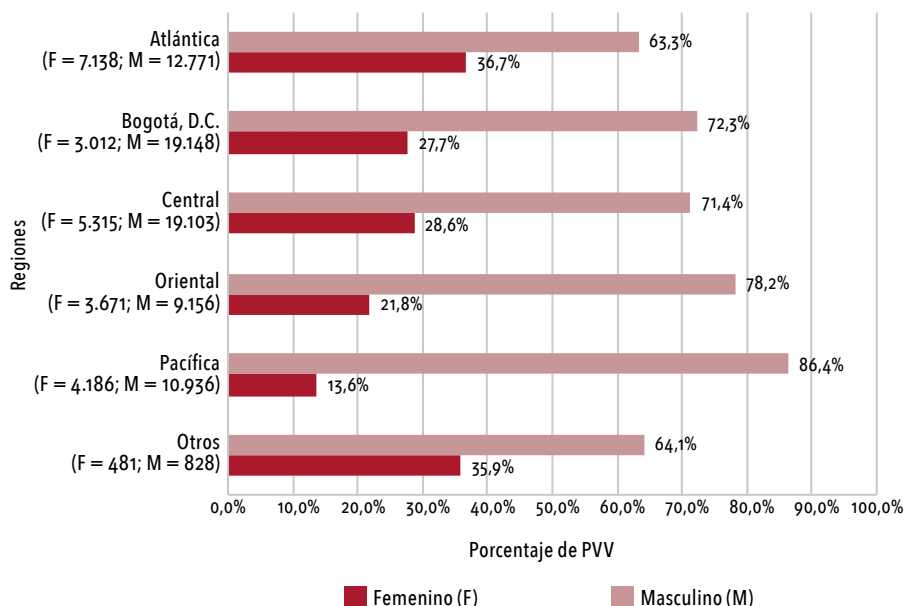
Mapa 1. División regional de Colombia según la agrupación del DANE



Tomado de: Indicadores por regiones para identificar desigualdades y actuar para una mayor equidad en salud. Consultado 26/04/2018. Disponible en https://cuentadealtocosto.org/site/images/Boletin_Tecnico_Indicadores_Resultados_Nov212017.pdf



Figura 6. Distribución de los casos de VIH por sexo y división regional, según la asignación del producto interno bruto nacional



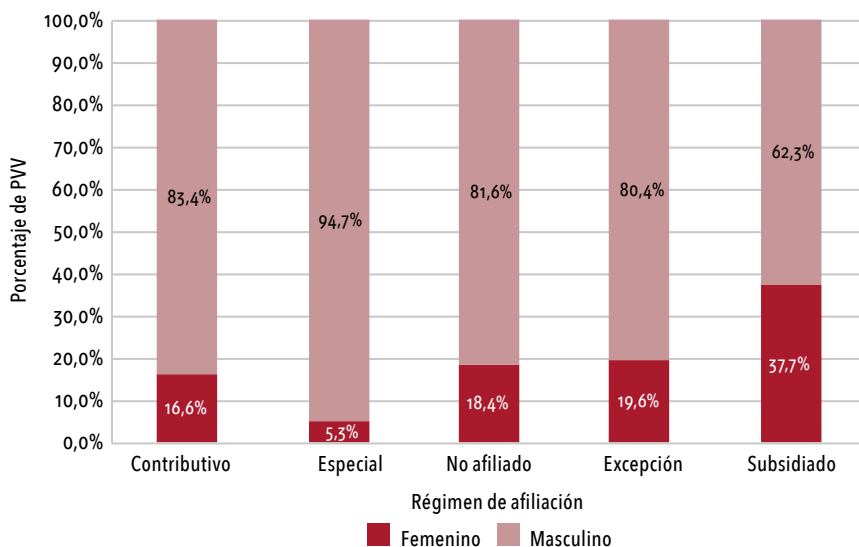
1.1.4 Distribución por el régimen de afiliación

Según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 58,49% de los casos de VIH pertenecen al contributivo ($n = 56.001$), el 38,92% al subsidiado ($n = 7.266$), el 2,53% al régimen de excepción ($n = 2.421$) y el 0,02% al especial ($n = 19$); 38 casos (0,04%) no estaban afiliados al sistema en el momento del reporte. En la figura 7 se muestra la distribución porcentual de los casos por el sexo y por el régimen de afiliación con base en la información reportada a la Cuenta de Alto Costo.



1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Figura 7. Distribución de los casos de VIH por el sexo según el régimen de afiliación



Por el grupo de edad de interés, se observó que los grupos de menores de 14 años están distribuidos en mayor proporción en el régimen subsidiado (tabla 2).

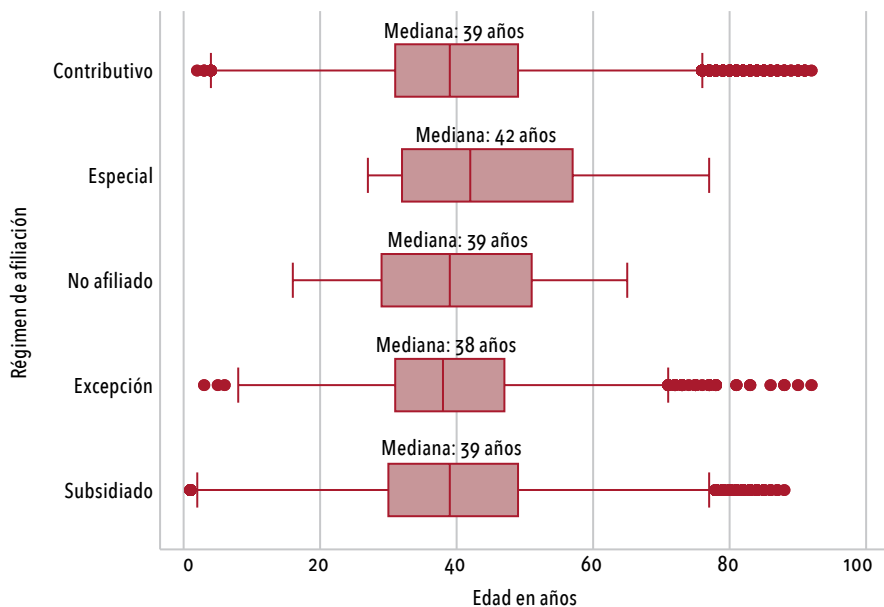
Tabla 2. Proporción de los casos por el régimen de afiliación según el grupo de edad de interés de las personas que viven con VIH

Régimen de afiliación	Grupos de edad de interés					Total
	Menores de 2 años	De 2 a 14 años	De 15 a 24 años	De 25 a 49 años	De 50 y más	
Contributivo	0,00	0,26	6,40	68,35	25,00	100,00
Subsidiado	0,03	1,68	8,78	64,62	24,89	100,00
Especial	0,00	0,00	0,00	68,42	31,58	100,00
No afiliado	0,00	0,00	13,16	55,26	31,58	100,00
Excepción	0,00	0,91	5,99	73,44	19,66	100,00
Total	0,01	0,83	7,32	67,02	24,82	100,00

En la figura 8 se observa la distribución de la edad de los casos de VIH reportados por régimen de afiliación, encontrando una población más joven en los de excepción y población mayor en el régimen especial.



Figura 8. Distribución por régimen de afiliación según la edad



1.1.5 Distribución por la entidad

Las entidades con mayor número de afiliados con diagnóstico de VIH fueron Medimás EPS y Coomeva. En la tabla 3 se muestra el número de casos reportados por cada entidad y su proporción con respecto a los 95.745 casos notificados a la CAC.

Tabla 3. Distribución de los casos de VIH reportados según la entidad que reporta

Código de la entidad	Nombre de la entidad	Casos de VIH	%
Régimen contributivo			
EASo16	Empresas Públicas de Medellín. Departamento Médico Antioquia Medellín	24	0,03
EASo27	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia	57	0,06
EPSoo1	Aliansalud	648	0,68
EPSoo2	Salud total S.A. Entidad Promotora de Salud	6.219	6,50
EPSoo5	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.	4.913	5,13
EPSoo8	Compensar E.P.S.	2.961	3,09
EPSo10	Sura EPS	7.522	7,86



1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Tabla 3. Distribución de los casos de VIH reportados según la entidad que reporta (continuación)

Código de la entidad	Nombre de la entidad	Casos de VIH	%
Régimen contributivo			
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	1.040	1,09
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	7.499	7,83
EPS017	E.P.S. Famisanar Ltda.	3.951	4,13
EPS018	Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - S.O.S.	2.149	2,24
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A.	1.546	1,61
EPS033	Saludvida E.P.S. S.A.	241	0,25
EPS037	Nueva EPS S.A.	7.139	7,46
EPS044	Medimás EPS	10.092	10,54
Régimen subsidiado			
CCF007	Comfamiliar Cartagena EPS - CCF de Cartagena	430	0,45
CCF015	Comfacor EPS - CCF de Córdoba	1.173	1,23
CCF023	Caja de Compensación Familiar de la Guajira	233	0,24
CCF024	Caja de Compensación Familiar de Huila - COMFAMILIAR Huila	646	0,67
CCF027	Comfamiliar Nariño EPS - CCF	206	0,22
CCF033	Caja de Compensación Familiar de Sucre - COMFASUCRE	165	0,17
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - COMFAORIENTE	202	0,21
CCF053	Comfacundi - CCF de Cundinamarca	246	0,26
CCF055	Caja de Compensación Familiar CAJACOPI Atlántico	1.404	1,47
CCF102	ComfaChocó - CCF del Chocó	70	0,07
EPS022	Entidad Administradora de Régimen Subsidiado Convida	420	0,44
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - CAPRESOCA - EPS	234	0,24
EPS045	Medimás EPS	1.525	1,59
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar - Dusakawi	88	0,09
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C.	199	0,21

**Tabla 3.** Distribución de los casos de VIH reportados según la entidad que reporta (continuación)

Código de la entidad	Nombre de la entidad	Casos de VIH	%
Régimen subsidiado			
EPSI04	Anas Wayuu EPS Indígena	159	0,17
EPSI05	Entidad Promotora de Salud - MALLAMAS EPSI	161	0,17
EPSI06	Pijaos Salud EPSI	49	0,05
EPSS33	Saludvida EPS S.A.	2.194	2,29
EPSS34	Capital salud	2.951	3,08
EPSS40	Savia Salud EPS	3.903	4,08
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado (Res 02664)	1.990	2,08
ESS002	Empresa Mutua para el Desarrollo Integral de la Salud ESS EMDISALUD	344	0,36
ESS024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	3.780	3,95
ESS062	Asociación Mutua la Esperanza ASMET SALUD	3.116	3,25
ESS076	Asociación Mutua Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. - AMBUQ	1.308	1,37
ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud - ECOOPSOS	370	0,39
ESS118	Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR ESS	3.785	3,95
ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria - COMPARTA	2.488	2,60
ESS207	Asociación - Mutua Ser - Empresa Solidaria de Salud ESS	3.427	3,58
Régimen Especial			
EMPO17	Colmédica Medicina Prepagada	4	0,00
RES009	Universidad del Cauca	3	0,00
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia	8	0,01
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud Universidad de Córdoba	3	0,00
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico	1	0,00
Régimen de Excepción			
RES001	Policía Nacional	1.045	1,09
RES003	Fuerzas Militares	1.376	1,44



1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Tabla 3. Distribución de los casos de VIH reportados según la entidad que reporta (continuación)

Código de la entidad	Nombre de la entidad	Casos de VIH	%
No afiliado			
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS	5	0,01
20000	Dirección Departamental de Salud de Cesar	2	0,00
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca	3	0,00
41000	Dirección Departamental de Salud de Huila	1	0,00
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander	1	0,00
63000	Dirección Departamental de Salud de Quindío	15	0,02
68000	Dirección Departamental de Salud de Santander	5	0,01
76000	Dirección Departamental de Salud de Valle del Cauca	5	0,01
91000	Dirección Departamental de Salud de Amazonas	1	0,00
Total		95.745	100

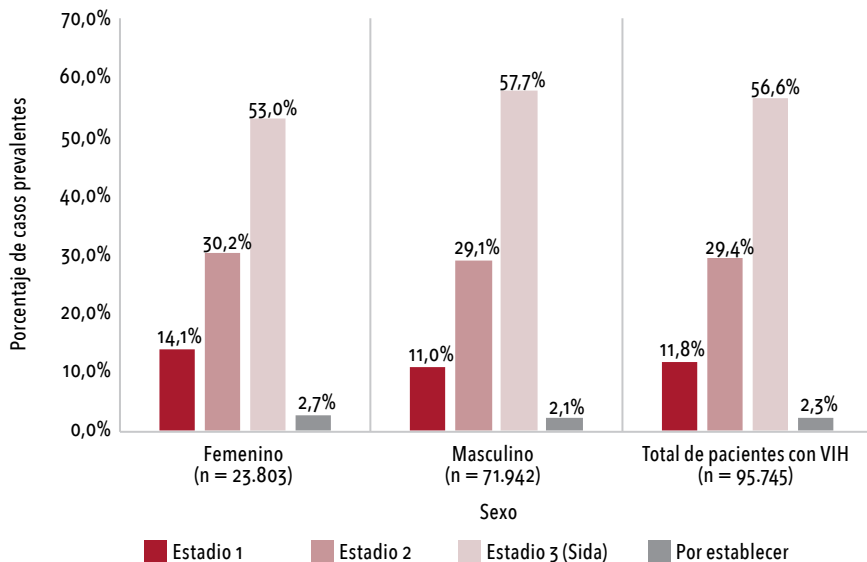


2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

2.1 Estadio clínico actual de las PVV según la clasificación del CDC 2008

El 56,6% de los casos prevalentes se encuentran en estadio clínico 3 o Sida; al analizar los datos por sexo, se observó un aumento en el estadio Sida de 50,0% a 53,0% en el sexo femenino y de 56,6% a 57,7% comparado con el año anterior. En la figura 9 se muestra la distribución de los estadios en las PVV según el sexo.

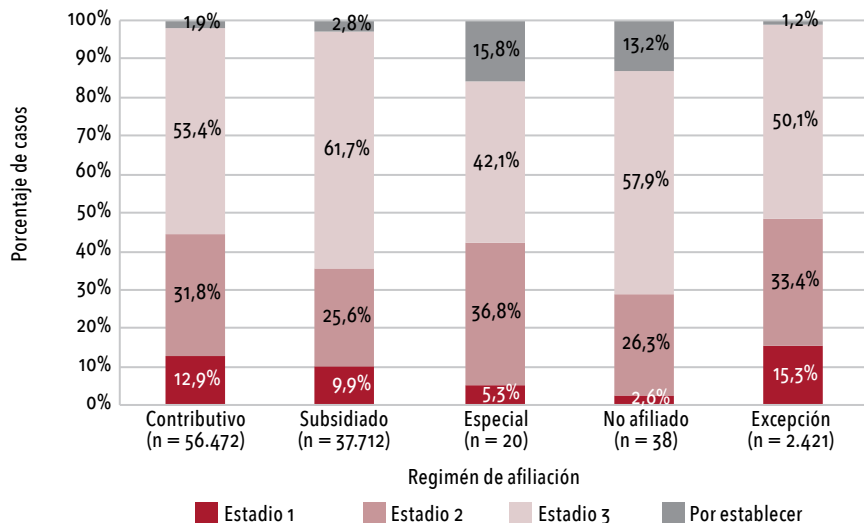
Figura 9. Estadio clínico actual en casos prevalentes según el sexo



En cuanto al estadio clínico según el régimen de afiliación, se observó que el subsidiado tiene el mayor porcentaje de casos en estadio Sida, seguido de los no afiliados. En la figura 10 se muestra la distribución de los casos prevalentes por estadio según el régimen de afiliación.



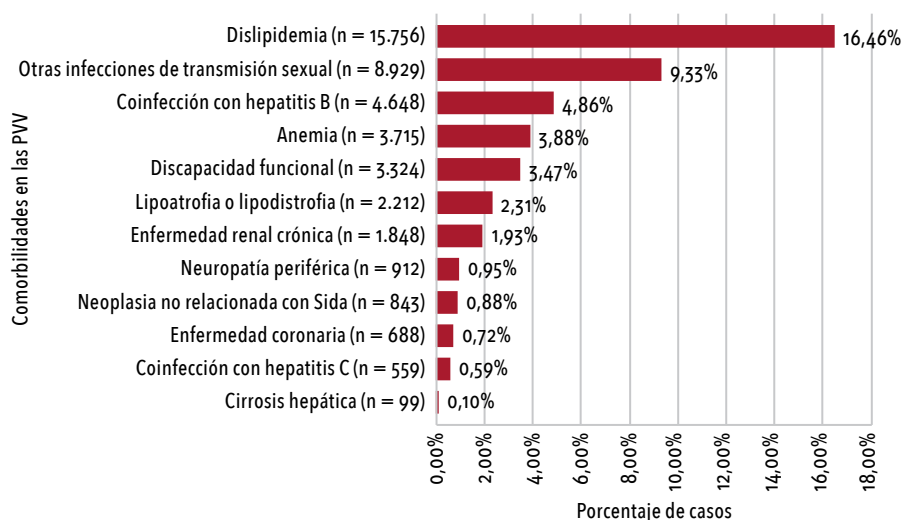
Figura 10. Estadio clínico actual según el régimen de afiliación en los casos prevalentes



2.2 Comorbilidades en las PVV

Según las comorbilidades en las PVV, el mayor porcentaje de casos presenta dislipidemia, seguido de infecciones de transmisión sexual y coinfección con hepatitis B (figura 11).

Figura 11. Porcentaje de comorbilidades en las PVV





2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Al analizar la información por el sexo, se evidencia un mayor porcentaje de anemia y neoplasia en el femenino en comparación con el masculino (figura 12). En la tabla 4 se muestra el número de casos que presentan la comorbilidad, los que no la presentan y los casos en los que se desconoce la información.

Figura 12. Porcentaje de comorbilidades en las PVV según el sexo

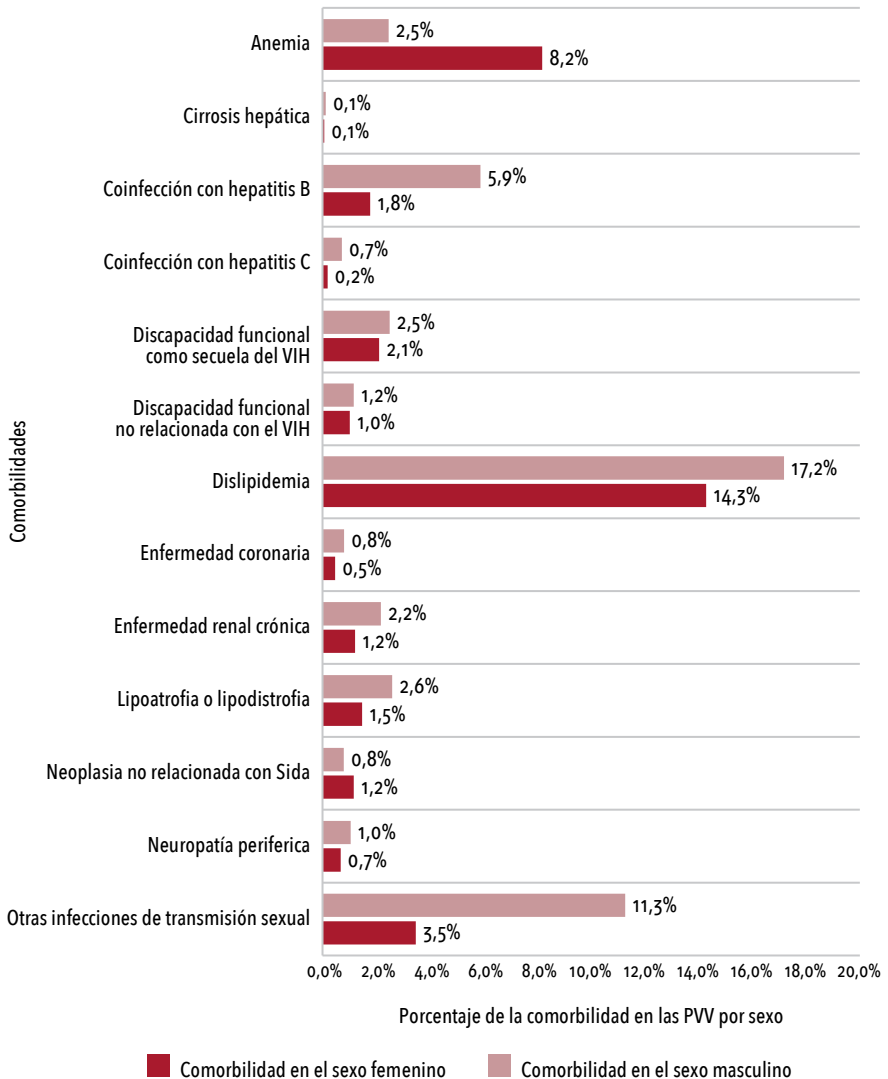




Tabla 4. Comorbilidades en las PVV por sexo

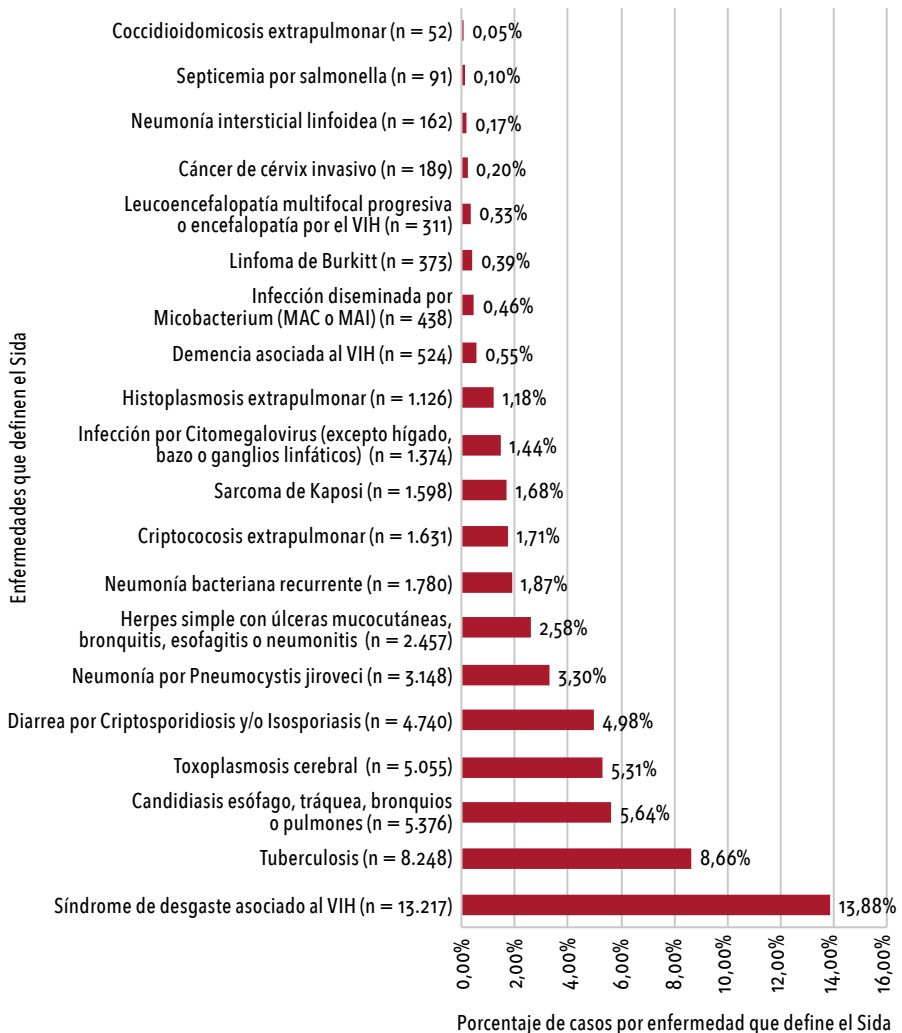
Comorbilidades	Femenino	Masculino	Total	
Dislipidemia	No presenta la enfermedad	20.399	59.579	79.978
	Sí presenta la enfermedad	3.398	12.358	15.756
	Sin dato	6	5	11
Neuropatía periférica	No presenta la enfermedad	23.637	71.185	94.822
	Sí presenta la enfermedad	160	752	912
	Sin dato	6	5	11
Lipoatrofia o lipodistrofia	No presenta la enfermedad	23.447	70.075	93.522
	Sí presenta la enfermedad	350	1.862	2.212
	Sin dato	6	5	11
Coinfección con hepatitis B	No presenta la enfermedad	23.375	67.711	91.086
	Sí presenta la enfermedad	422	4.226	4.648
	Sin dato	6	5	11
Coinfección con hepatitis C	No presenta la enfermedad	23.561	71.132	94.693
	Sí presenta la enfermedad	45	514	559
	Sin dato	197	296	493
Anemia	No presenta la enfermedad	21.851	70.169	92.020
	Sí presenta la enfermedad	1.946	1.769	3.715
	Sin dato	6	4	10
Cirrosis hepática	No presenta la enfermedad	23.782	71.854	95.636
	Sí presenta la enfermedad	15	84	99
	Sin dato	6	4	10
Enfermedad renal crónica	No presenta la enfermedad	23.509	70.378	93.887
	Sí presenta la enfermedad	288	1.560	1.848
	Sin dato	6	4	10
Enfermedad coronaria	No presenta la enfermedad	23.686	71.361	95.047
	Sí presenta la enfermedad	111	577	688
	Sin dato	6	4	10
Otras infecciones de transmisión sexual	No presenta la enfermedad	22.971	63.835	86.806
	Sí presenta la enfermedad	826	8.103	8.929
	Sin dato	6	4	10
Neoplasia no relacionada con Sida	No presenta la enfermedad	23.521	71.371	94.892
	Sí presenta la enfermedad	276	567	843
	Sin dato	6	4	10
Discapacidad funcional	No presenta discapacidad	23.065	69.346	92.411
	Sí presenta la discapacidad como secuela de complicación del VIH	496	1.776	2.272
	Sí presenta la discapacidad no relacionada con el VIH	236	816	1.052
	Sin dato	6	4	10



2.3 Enfermedades que definen el Sida

Para el 2018, las enfermedades más frecuentes que definen el Sida fueron el síndrome de desgaste asociado al VIH, la tuberculosis y la candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones. En la figura 13 se muestra el porcentaje de casos según estas enfermedades, en las PVV en las que se reportó información.

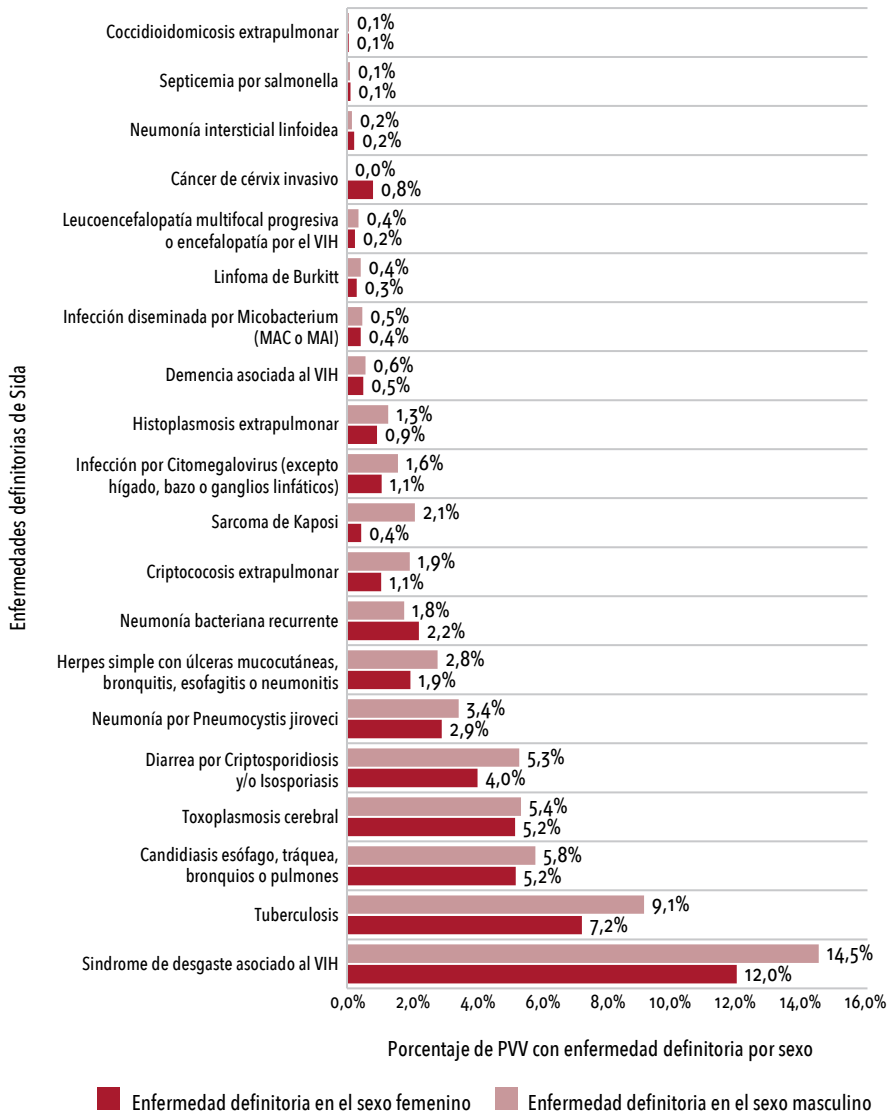
Figura 13. Enfermedades que definen el Sida en la población reportada





En la figura 14, se muestra para cada sexo, la proporción de casos con enfermedades que definen el Sida.

Figura 14. Enfermedades que definen el Sida según el sexo



En la tabla 5 se muestra el número de casos para cada enfermedad según el sexo.

**Tabla 5.** Enfermedades que definen el Sida según la información reportada por sexo

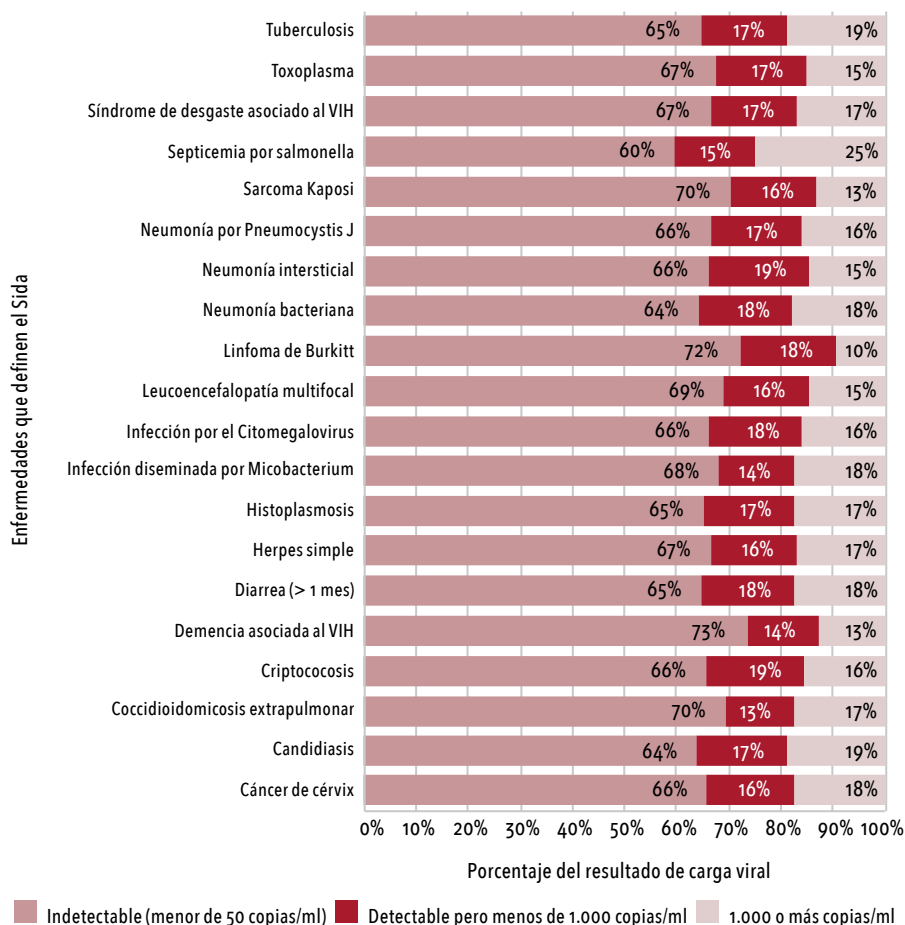
Enfermedades que definen el Sida	Casos que tienen o han tenido esta enfermedad		Casos que no tienen ni han tenido esta enfermedad		Sin información	
	F	M	F	M	F	M
Síndrome de desgaste asociado al VIH (n = 13.217)	2.828	10.389	20.779	61.240	196	313
Tuberculosis (n = 8.248)	1.705	6.543	21.908	65.116	190	283
Candidiasis esófago, tráquea, bronquios o pulmones (n = 5.376)	1.225	4.151	22.383	67.505	195	286
Toxoplasmosis cerebral (n = 5.055)	1.220	3.835	22.398	67.828	185	279
Diarrea por criptosporidiosis y/o isosporiasis (n = 4.740)	947	3.793	22.659	67.839	197	310
Neumonía por Pneumocystis jiroveci (n = 3.148)	688	2.460	22.929	69.202	186	280
Herpes simple con úlceras mucocutáneas, bronquitis, esofagitis o neumonitis (n = 2.457)	460	1.997	23.153	69.664	190	281
Neumonía bacteriana recurrente (n = 1.780)	522	1.258	23.095	70.405	186	279
Criptococosis extrapulmonar (n = 1.631)	248	1.383	23.369	70.285	186	274
Sarcoma de Kaposi (n = 1.598)	103	1.495	23.514	70.174	186	273
Infección por Citomegalovirus (excepto hígado, bazo o ganglios linfáticos) (n = 1.374)	251	1.123	23.366	70.545	186	274
Histoplasmosis extrapulmonar (n = 1.126)	218	908	23.399	70.761	186	273
Demencia asociada al VIH (n = 524)	118	406	23.499	71.262	186	274
Infección diseminada por micobacterium (MAC o MAI) (n = 438)	100	338	23.517	71.329	186	275
Linfoma de Burkitt (n = 373)	70	303	23.546	71.365	187	274
Leucoencefalopatía multifocal progresiva o encefalopatía por el VIH (n = 311)	58	253	23.559	71.416	186	273
Cáncer de cérvix invasivo (n = 189)	189	0	23.427	71.942	187	0
Neumonía intersticial linfoidea (n = 162)	52	110	23.565	71.560	186	272
Septicemia por salmonella (n = 91)	25	66	23.592	71.604	186	272
Coccidioidomicosis extrapulmonar (n = 52)	12	40	23.605	71.629	186	273

F: femenino; M: masculino



En cuanto a la carga viral en los pacientes prevalentes y con enfermedad que define el Sida, se observó mayores cargas virales en aquellos con septicemia por salmonella, tuberculosis, neumonía bacteriana y candidiasis (figura 15).

Figura 15. Resultado de la carga viral según las enfermedades que definen el Sida en los casos prevalentes



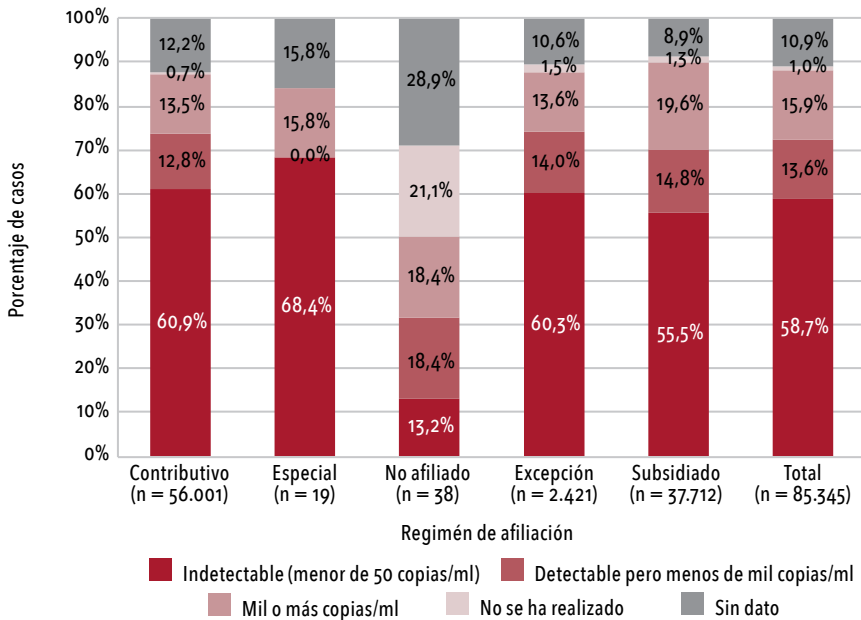


2.4 Seguimiento en el conteo de linfocitos T CD4+ y carga viral en las PVV

Según el conteo de la carga viral realizado en el 88,2% (n = 85.345) de las PVV, el 58,7% se encontraron indetectables, el 13,6% con carga viral detectable pero menos de mil copias, y el 15,9% con más de mil copias. En el 11,9% no se reportó un valor en la medición de esta variable.

El análisis por régimen de afiliación evidenció que en el especial era mayor el porcentaje de PVV con supresión virológica; sin embargo, este régimen tuvo solo 20 PVV en seguimiento. Si se comparan los regímenes contributivo y subsidiado, que tienen mayor número de casos, en el primero se observó mayor número de PVV con carga viral indetectable (figura 16).

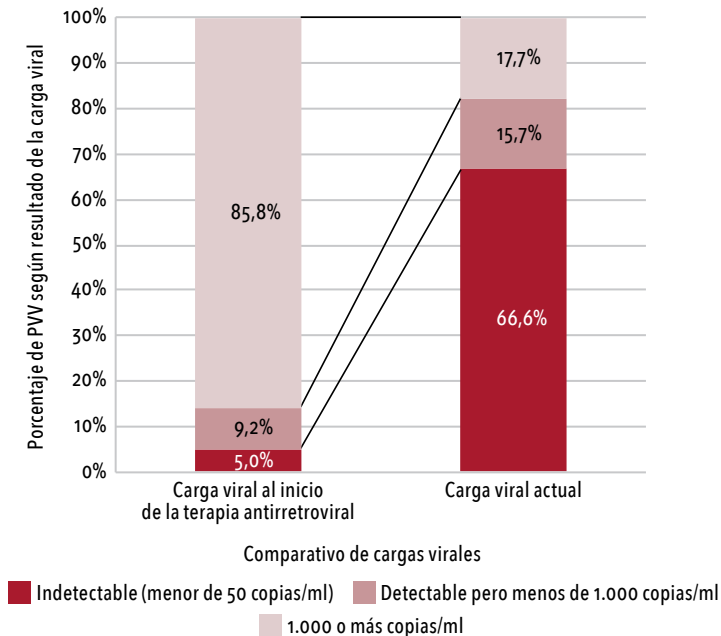
Figura 16. Distribución de las PVV por el régimen de afiliación según el reporte del último resultado de la carga viral



Por otro lado, de los 95.745, 50.457 pacientes (52,6%) contaban con resultado de carga viral al momento de la terapia antirretroviral y con resultado en los últimos 6 meses antes del corte, evidenciando un aumento del 61,5% en los pacientes con carga viral indetectable desde el inicio de la terapia hasta la última medición y una disminución del 67,9% en los casos con cargas virales de más de 1.000 copias (figura 17).



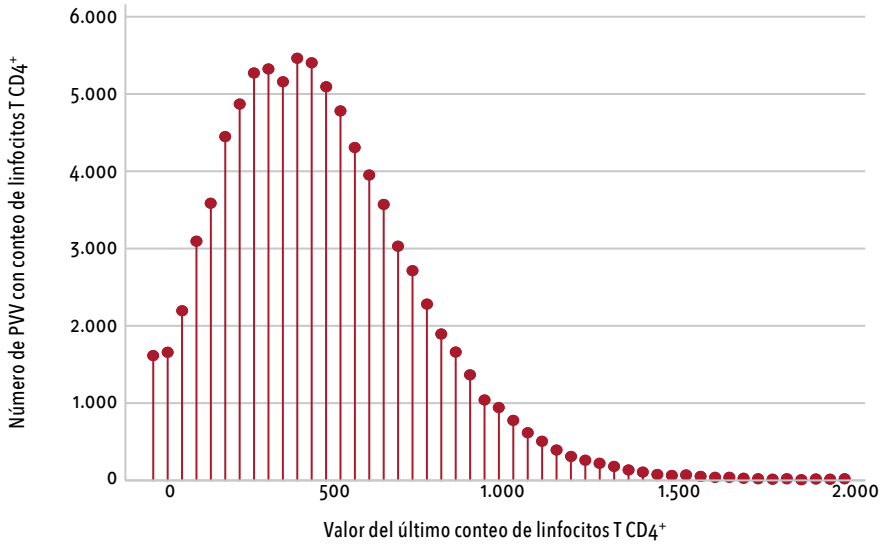
Figura 17. Carga viral al inicio de la terapia antirretroviral versus carga viral actual



En cuanto al conteo de linfocitos T CD4⁺, en la última medición se evidenció el resultado de este laboratorio en el 92,6% de las PVV (n = 88.746). En la figura 18 se muestra el comportamiento de este laboratorio en todos los casos prevalentes. La media de este conteo fue de 495,6 mm/ml y la mediana de 462 mm/ml con una DE de 278,7 mm/ml. Al revisar el dato de acuerdo con el sexo, el masculino (n = 66.765) obtuvo una media de 490,0 mm/ml y una mediana de 458 mm/ml con una DE de 273,4 mm/ml mientras que las mujeres (n = 21.981) tuvieron conteos un poco más altos, donde la media fue de 512,7 mm/ml, la mediana de 475 mm/ml y una DE de 293,5 mm/ml.

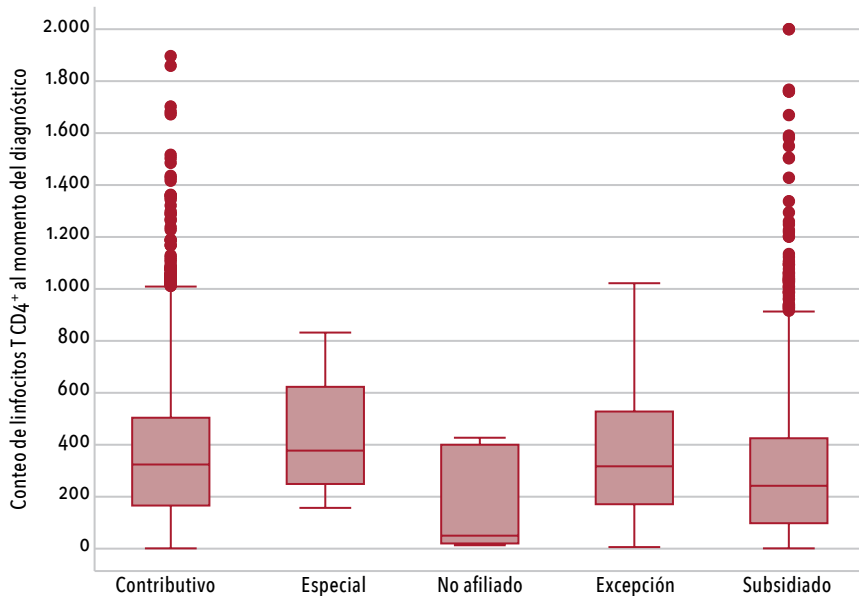


Figura 18. Distribución de los casos de PVV según el último conteo de linfocitos T CD4⁺



En la figura 19 se muestra este conteo de linfocitos por regímenes de afiliación, evidenciando mejores conteos en el contributivo.

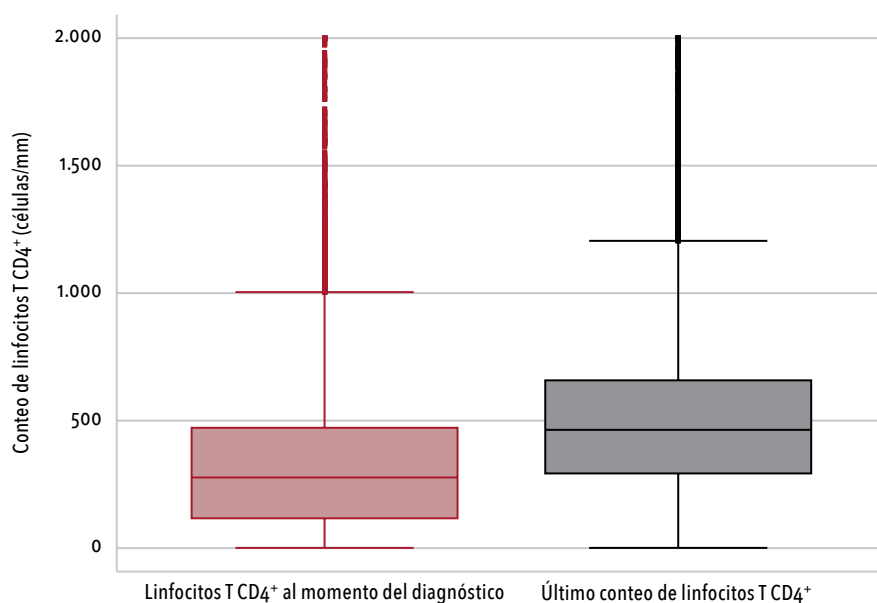
Figura 19. Valor del último conteo de linfocitos T CD4⁺ según el régimen de afiliación





Ahora bien, al realizar un análisis comparativo entre las personas con resultado de linfocitos T CD4⁺ al momento del diagnóstico y el resultado actual, se encontró que de las 95.745 personas con diagnóstico de VIH, el 53.228 (55,5%) tenían ambas mediciones, evidenciando en la primera medición una media en el conteo de estos linfocitos de 323,3 con una DE de 257,2 y una mediana de 277,0 mientras que en la última medición tuvo una media en el conteo de estos linfocitos de 495,6 con una DE de 278,7 y una mediana de 462. En la figura 20, se muestra la distribución de estos datos.

Figura 20. Conteo de linfocitos T CD4⁺ al momento del diagnóstico versus conteo actual





3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

3.1 Prevalencia e incidencia

Para el año 2018 se obtuvo una prevalencia nacional ajustada por la edad de VIH de 0,19 por 100 habitantes. El departamento de Quindío fue el de mayor prevalencia (0,33 por 100 habitantes) seguido de Bogotá, D.C., Risaralda y Valle del Cauca con el 0,25 por 100 habitantes respectivamente (mapa 2, tabla 6).

Mapa 2. Prevalencia ajustada por edad del VIH en Colombia (100 habitantes), 2018

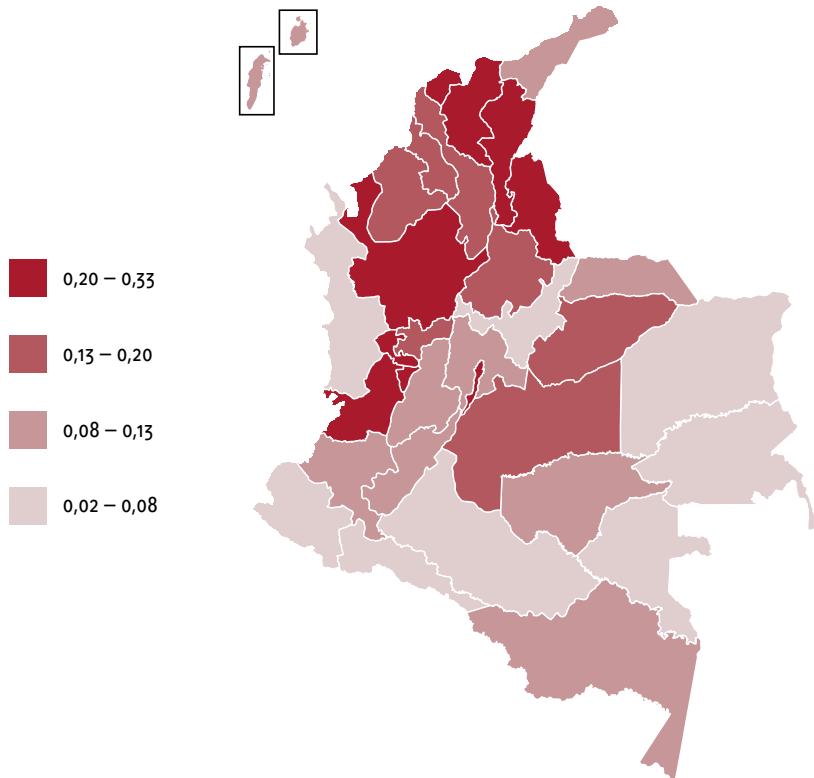




Tabla 6. Prevalencia e incidencia del VIH por la entidad territorial

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Amazonas	78.830	76	0,10	0,12	9	11,42	14,70
Antioquia	6.691.030	16.310	0,24	0,24	1.777	26,56	25,98
Arauca	270.708	209	0,08	0,09	34	12,56	14,61
Atlántico	2.545.924	6.096	0,24	0,23	605	23,76	23,29
Bogotá, D.C.	8.181.047	22.160	0,27	0,25	2.180	26,65	25,96
Bolívar	2.171.280	3.906	0,18	0,19	445	20,49	21,29
Boyacá	1.282.063	625	0,05	0,05	91	7,10	7,82
Caldas	993.866	1.768	0,18	0,18	200	20,12	20,49
Caquetá	496.241	313	0,06	0,07	28	5,64	6,07
Casanare	375.249	564	0,15	0,15	77	20,52	20,17
Cauca	1.415.933	1.250	0,09	0,09	195	13,77	13,79
Cesar	1.065.673	1.920	0,18	0,20	213	19,99	21,27
Chocó	515.145	228	0,04	0,06	23	4,46	4,77
Córdoba	1.788.507	3.242	0,18	0,19	414	23,15	23,87
Cundinamarca	2.804.238	2.209	0,08	0,08	223	7,95	7,92
Guainía	43.446	12	0,03	0,03	1	2,30	3,26
Guaviare	115.829	99	0,09	0,11	8	6,91	7,70



3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

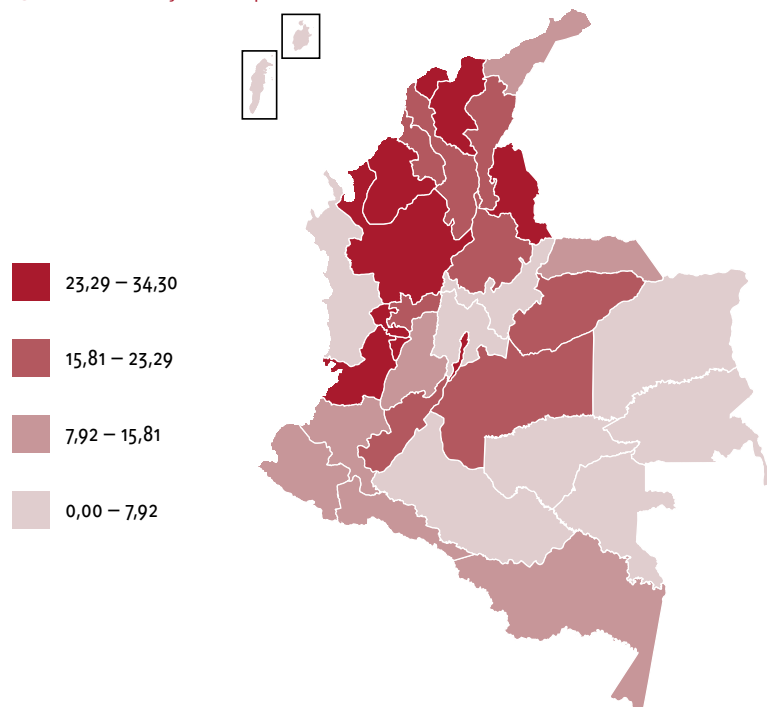
Tabla 6. Prevalencia e incidencia del VIH por la entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Huila	1.197.081	1.529	0,13	0,13	188	15,70	15,81
La Guajira	1.040.157	808	0,08	0,09	105	10,09	11,42
Magdalena	1.298.691	2.352	0,18	0,21	285	21,95	24,23
Meta	1.016.701	1.911	0,19	0,19	211	20,75	20,59
Nariño	1.809.116	1.333	0,07	0,07	209	11,55	11,60
Norte de Santander	1.391.239	2.902	0,21	0,22	319	22,93	23,41
Putumayo	358.896	234	0,07	0,07	31	8,64	9,15
Quindío	575.010	1.979	0,34	0,33	198	34,43	34,30
Risaralda	967.767	2.519	0,26	0,25	254	26,25	26,14
San Andrés	78.413	92	0,12	0,11	5	6,38	5,95
Santander	2.090.839	3.556	0,17	0,16	388	18,56	18,35
Sucre	877.057	1.585	0,18	0,19	192	21,89	22,66
Tolima	1.419.947	1.624	0,11	0,12	170	11,97	12,60
Valle del Cauca	4.756.113	12.311	0,26	0,25	1.166	24,52	23,84
Vaupés	44.928	11	0,02	0,03	0	0,00	0,00
Vichada	77.276	12	0,02	0,02	2	2,59	2,75
Total	49.834.240	95.745	0,19	0,19	10.246	20,56	20,56



En cuanto a la incidencia nacional ajustada por edad, se encontró un valor de 20,56 por 100.000 habitantes, que al compararse con el año anterior aumentó en 1,49 por 100.000 habitantes. Quindío, Risaralda y Antioquia fueron las entidades con mayor número de casos nuevos (tabla 6, mapa 3).

Mapa 3. Incidencia ajustada por edad del VIH en Colombia (100.000 habitantes), 2018



En cuanto a la población afiliada al sistema de salud se estimó una prevalencia de 0,21 por 100 afiliados y una incidencia de 22,67 por 1000.000 afiliados. En la tabla 7 se muestran las prevalencias y las incidencias por el sexo y los regímenes contributivo y subsidiado.

Tabla 7. Prevalencia e incidencia ajustadas por edad del VIH según el sexo y el régimen de afiliación

Variable	Tipo	Prevalencia ajustada	Incidencia ajustada	Fuente
Sexo	Masculino	0,29 por 100 habitantes	33,6 por 100.000 afiliados	DANE
	Femenino	0,09 por 100 habitantes	7,8 por 100.000 afiliados	
Régimen de afiliación	Contributivo	0,25 por 100 afiliados	25,8 por 100.000 afiliados	BDUA
	Subsidiado	0,17 por 100 afiliados	19,5 por 100.000 afiliados	

En la tabla 8 se describen los datos de la prevalencia y de la incidencia por entidad.



3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

Tabla 8. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad

Entidad	Afiliados BDUA	Prevalencia (100 afiliados)			Incidencia (100.000 afiliados)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
CCFo07	185.493	430	0,23	0,27	36	19,41	23,15
CCFo15	569.174	1.173	0,21	0,23	94	16,52	18,30
CCFo23	223.198	233	0,10	0,13	28	12,54	13,79
CCFo24	570.664	646	0,11	0,13	86	15,07	16,76
CCFo27	184.135	206	0,11	0,12	40	21,72	21,70
CCFo33	118.877	165	0,14	0,16	15	12,62	14,32
CCFo50	116.101	202	0,17	0,18	28	24,12	25,25
CCFo53	131.190	246	0,19	0,19	22	16,77	16,41
CCFo55	834.890	1.404	0,17	0,18	193	23,12	23,92
CCF102	168.630	70	0,04	0,05	1	0,59	0,68
EASo16	9.725	24	0,25	0,42	1	10,28	4,66
EASo27	40.599	57	0,14	0,38	7	17,24	74,00
EPSoo1	208.552	648	0,31	0,26	52	24,93	25,67
EPSoo2	2.611.246	6.219	0,24	0,22	661	25,31	22,22
EPSoo5	2.119.144	4.913	0,23	0,20	727	34,31	30,45
EPSoo8	1.405.309	2.961	0,21	0,19	395	28,11	24,87
EPSo10	2.751.584	7.522	0,27	0,23	1.060	38,52	32,11
EPSo12	241.216	1.040	0,43	0,38	94	38,97	36,82
EPSo16	2.416.200	7.499	0,31	0,28	736	30,46	28,53
EPSo17	1.964.436	3.951	0,20	0,18	453	23,06	20,25
EPSo18	913.696	2.149	0,24	0,21	159	17,40	15,43
EPSo22	554.959	420	0,08	0,08	25	4,50	4,80
EPSo23	465.336	1.546	0,33	0,30	91	19,56	19,40
EPSo25	178.520	234	0,13	0,15	37	20,73	23,94
EPSo33	78.122	241	0,31	0,24	25	32,00	25,66
EPSo37	3.497.762	7.139	0,20	0,19	594	16,98	17,56
EPSo44	3.490.599	10.092	0,29	0,27	669	19,17	18,06
EPSo45	1.062.298	1.525	0,14	0,15	154	14,50	16,09
EPSIo1	197.535	88	0,04	0,06	0	0,00	0,00
EPSIo3	474.818	199	0,04	0,05	44	9,27	10,48
EPSIo4	180.786	159	0,09	0,11	23	12,72	15,07
EPSIo5	311.197	161	0,05	0,06	27	8,68	9,19
EPSIo6	81.606	49	0,06	0,07	5	6,13	7,82



Tabla 8. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad (continuación)

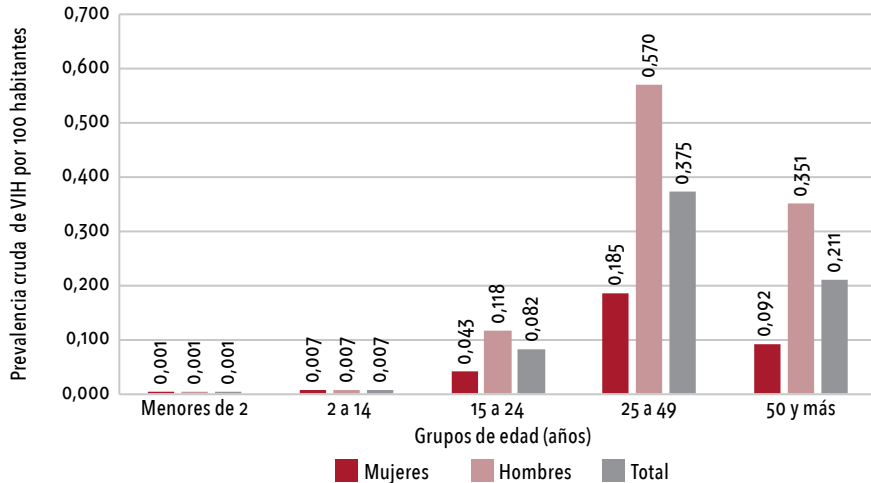
Entidad	Afiliados BDUA	Prevalencia (100 afiliados)			Incidencia (100.000 afiliados)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
EPSS33	1.180.748	2.194	0,19	0,21	197	16,68	18,76
EPSS34	1.160.823	2.951	0,25	0,28	261	22,48	25,55
EPSS40	1.716.249	3.903	0,23	0,24	334	19,46	21,13
EPSS41	972.794	1.990	0,20	0,24	285	29,30	33,96
ESS002	462.555	344	0,07	0,09	23	4,97	5,47
ESS024	2.009.854	3.780	0,19	0,21	481	23,93	25,69
ESS062	1.922.950	3.116	0,16	0,18	410	21,32	23,76
ESS076	850.374	1.308	0,15	0,18	136	15,99	18,21
ESS091	297.536	370	0,12	0,14	44	14,79	16,50
ESS118	1.921.350	3.785	0,20	0,20	514	26,75	26,73
ESS133	1.756.564	2.488	0,14	0,16	243	13,83	16,03
ESS207	1.535.881	3.427	0,22	0,24	499	32,49	34,15
EMPO17	***	4	***	***	2	***	***
RES001	***	1.045	***	***	112	***	***
RES003	***	1.376	***	***	104	***	***
RES009	***	3	***	***	0	***	***
RES011	***	8	***	***	1	***	***
RES012	***	3	***	***	0	***	***
REUE09	***	1	***	***	1	***	***
13001	***	5	***	***	5	***	***
18000	***	0	***	***	0	***	***
20000	***	2	***	***	2	***	***
25000	***	3	***	***	1	***	***
41000	***	1	***	***	1	***	***
54000	***	1	***	***	1	***	***
63000	***	15	***	***	4	***	***
68000	***	5	***	***	2	***	***
76000	***	5	***	***	1	***	***
91000	***	1	***	***	0	***	***
Total	44.145.275	95.745	0,21	0,21	10.246	22,67	22,67

***No se presentan datos y por lo tanto no se calcula el indicador

Al revisar los datos por los grupos de edad, la prevalencia fue mayor en el grupo de 25 a 49 años, tanto en hombres como en mujeres (figura 21).



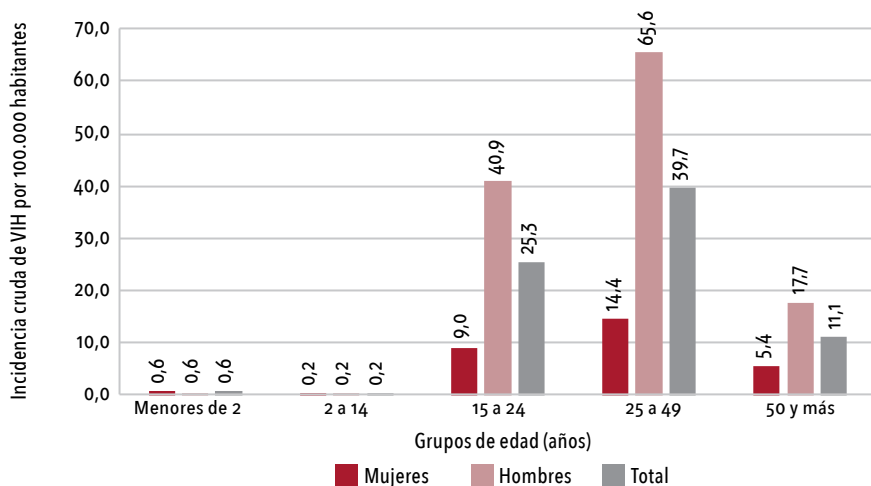
Figura 21. Prevalencia del VIH por el sexo y la edad



Para los casos incidentes, es decir 10.246 personas que fueron diagnosticadas y reportadas en el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2017 y el 31 de enero de 2018, el 80,7% (n = 8.266) de los casos fueron de sexo masculino.

Si se analiza la incidencia por los rangos de edad de interés, el mayor número de los casos nuevos ocurrieron en los adultos de 25 a 49 años. Sin embargo, el grupo de 15 a 24 años también tiene alta incidencia comparado con los mayores de 50 años, para ambos sexos (figura 22).

Figura 22. Incidencia del VIH por el sexo y la edad





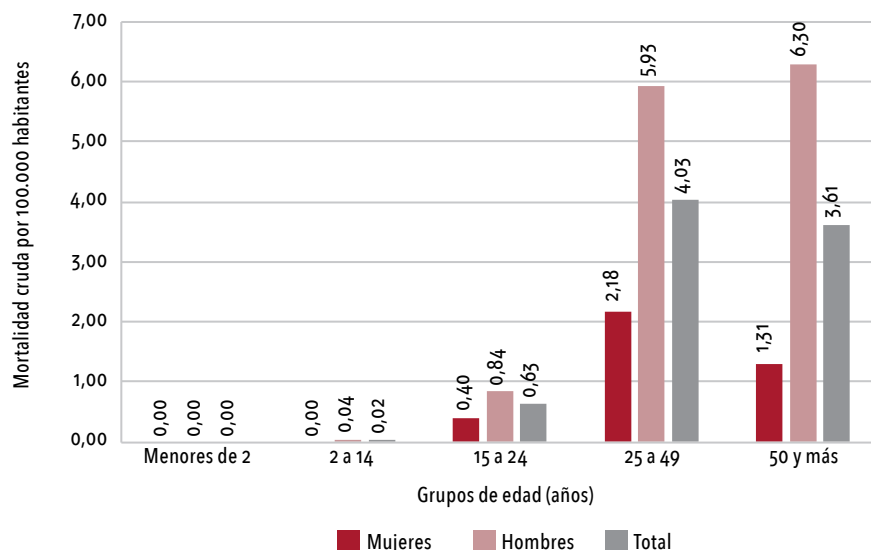
3.2 Mortalidad y letalidad

Para el corte del 31 de enero de 2018 se presentaron 1.152 muertes entre las personas con diagnóstico de VIH, de las cuales el 30,6% correspondieron a muerte por Sida, el 21,2% se consideró muerte por otra enfermedad no definitiva de Sida y en mayor proporción el 40,0% fue por muerte por causa externa. Se desconoce la causa de la muerte en el 8,2% de los casos.

La mortalidad por todas las causas para este año fue de 2,31 por 100.000 habitantes, cifra superior al del año pasado que fue de 1,71 por 100.000 habitantes. Al analizar el reporte de la mortalidad por sexo, se identificaron 285 muertes en las mujeres y 867 en los hombres, es decir una mortalidad por 100.000 habitantes de 1,13 y 3,52 respectivamente, lo cual es concordante con la relación de casos hombre:mujer que es 3 a 1.

Según el grupo de edad, la mayor mortalidad por todas las causas ocurrió en el grupo de 25 a 49 años (4,03 por 100.000 habitantes) y en el de mayores de 50 años (3,61 por 100.000 habitantes). Al analizar los grupos de edad por sexo, se observó una mayor mortalidad en los hombres mayores de 50 años, mientras que la mortalidad en el sexo femenino ocurrió, en mayor proporción, en el grupo de 25 a 49 años (figura 23).

Figura 23. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con VIH según el sexo y la edad



Las entidades territoriales con mayor mortalidad fueron Magdalena (4,1 por 100.000 habitantes), Atlántico, Cesar y Córdoba (3,7 por 100.000 habitantes, respectivamente) (mapa 4, tabla 9).



Mapa 4. Mortalidad por todas las causas en los pacientes con VIH en Colombia (100.000 habitantes), 2018

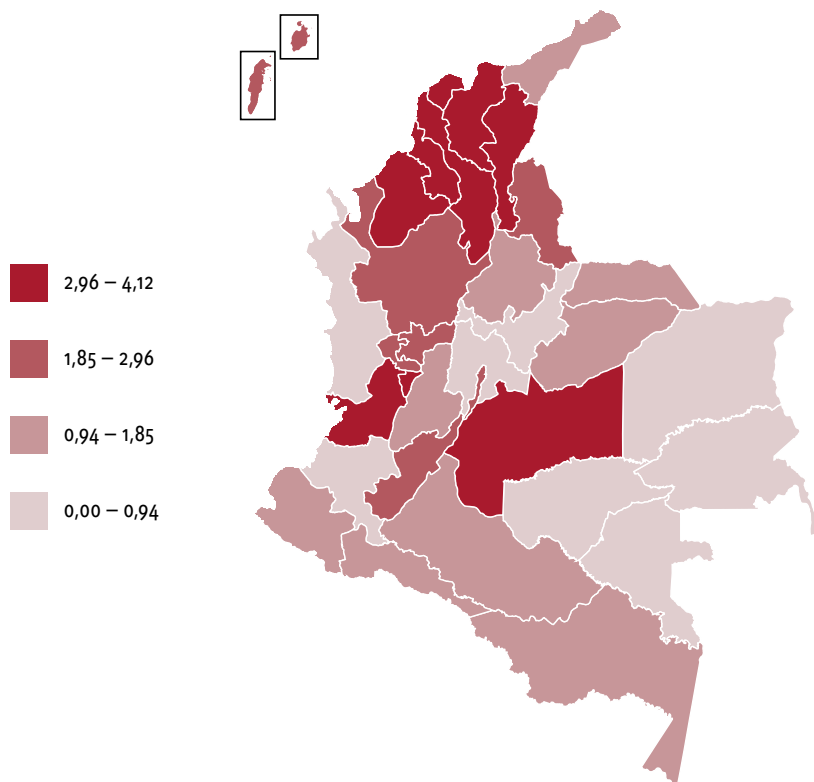


Tabla 9. Mortalidad y letalidad en VIH según la entidad territorial

Entidad	Población total DANE	Casos VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada	Letalidad (1.000 PVV)
Amazonas	78.830	76	1	1,27	1,85	13,16
Antioquia	6.691.030	16.310	178	2,66	2,56	10,91
Arauca	270.708	209	2	0,74	0,94	9,57
Atlántico	2.545.924	6.096	96	3,77	3,73	15,75
Bogotá, D.C.	8.181.047	22.160	184	2,25	2,08	8,30
Bolívar	2.171.280	3.906	61	2,81	3,01	15,62



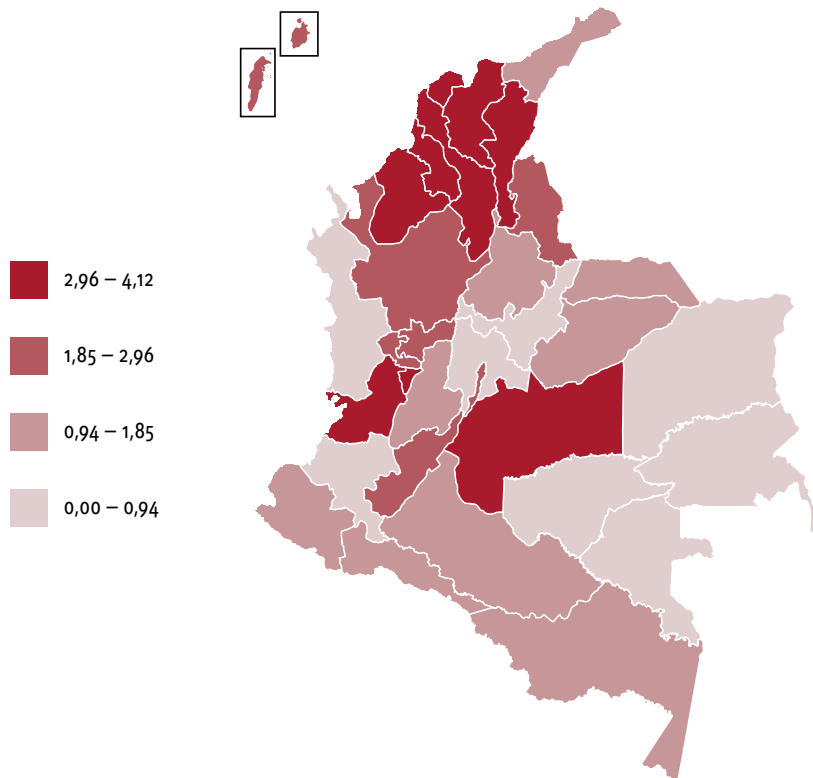
Tabla 9. Mortalidad y letalidad en VIH según la entidad territorial (continuación)

Entidad	Población total DANE	Casos VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada	Letalidad (1.000 PVV)
Boyacá	1.282.063	625	3	0,23	0,23	4,80
Caldas	993.866	1.768	22	2,21	2,16	12,44
Caquetá	496.241	313	4	0,81	0,97	12,78
Casanare	375.249	564	6	1,60	1,59	10,64
Cauca	1.415.933	1.250	12	0,85	0,91	9,60
Cesar	1.065.673	1.920	35	3,28	3,70	18,23
Chocó	515.145	228	3	0,58	0,80	13,16
Córdoba	1.788.507	3.242	61	3,41	3,73	18,82
Cundinamarca	2.804.238	2.209	18	0,64	0,65	8,15
Guainía	43.446	12	0	0,00	0,00	0,00
Guaviare	115.829	99	0	0,00	0,00	0,00
Huila	1.197.081	1.529	28	2,34	2,52	18,31
La Guajira	1.040.157	808	12	1,15	1,48	14,85
Magdalena	1.298.691	2.352	46	3,54	4,12	19,56
Meta	1.016.701	1.911	30	2,95	2,96	15,70
Nariño	1.809.116	1.333	20	1,11	1,12	15,00
Norte de Santander	1.391.239	2.902	33	2,37	2,49	11,37
Putumayo	358.896	234	3	0,84	1,00	12,82
Quindío	575.010	1.979	20	3,48	3,23	10,11
Risaralda	967.767	2.519	24	2,48	2,47	9,53
San Andrés	78.413	92	2	2,55	2,45	21,74
Santander	2.090.839	3.556	37	1,77	1,68	10,40
Sucre	877.057	1.585	27	3,08	3,30	17,03
Tolima	1.419.947	1.624	16	1,13	1,17	9,85
Valle del Cauca	4.756.113	12.311	168	3,53	3,33	13,65
Vaupés	44.928	11	0	0,00	0,00	0,00
Vichada	77.276	12	0	0,00	0,00	0,00
Total	49.834.240	95.745	1.152	2,31	2,31	12,03



La letalidad para este año fue de 12,03 muertes por 1.000 PVV (1.152/95.745), dato mayor al reportado en 2017, que fue de 10,19 por 1.000 PVV. Los departamentos con mayor letalidad fueron San Andrés, Magdalena y Córdoba (mapa 5).

Mapa 5. Letalidad por VIH en Colombia (1.000 pacientes con VIH), 2018



Según el régimen de afiliación, el 64,24% (740/1.152) de los fallecimientos ocurrieron en el subsidiado y el 35,07% (404/1.152) en el contributivo. En el régimen de excepción se reportaron 8 casos (0,69%). Al calcular la tasa de mortalidad ajustada por la edad, en el régimen subsidiado fue de 3,37 por 100.000 afiliados y para el contributivo de 1,82 por 100.000 afiliados. Para los demás grupos no se realizó el análisis de esta información por no disponer de los denominadores poblacionales.

En la tabla 10 se muestran los datos de mortalidad y letalidad por entidad, donde se encontró que para el régimen contributivo, la EASO27 tuvo una mayor mortalidad y letalidad y para el subsidiado fue la CCFO07. La mortalidad por afiliados fue de 2,59.



Tabla 10. Distribución de la mortalidad y la letalidad según el régimen de afiliación y la entidad

Régimen	Asegurador	Población BDUA	Casos VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Letalidad (1.000 PVV)
Contributivo	EASo16	9.725	24	0	0,00	0,00	0,00
	EASo27	40.599	57	3	7,39	2,84	52,63
	EPSO01	208.552	648	5	2,40	1,89	7,72
	EPSO02	2.611.246	6.219	80	3,06	3,01	12,86
	EPSO05	2.119.144	4.913	32	1,51	1,39	6,51
	EPSO08	1.405.309	2.961	23	1,64	1,50	7,77
	EPSO10	2.751.584	7.522	55	2,00	1,82	7,31
	EPSO12	241.216	1.040	15	6,22	5,79	14,42
	EPSO16	2.416.200	7.499	78	3,23	3,02	10,40
	EPSO17	1.964.436	3.951	34	1,73	1,77	8,61
	EPSO18	913.696	2.149	17	1,86	1,81	7,91
	EPSO23	465.336	1.546	21	4,51	4,58	13,58
	EPSo33	78.122	241	3	3,84	2,49	12,45
	EPSO37	3.497.762	7.139	16	0,46	0,41	2,24
	EPSO44	3.490.599	10.092	22	0,63	0,61	2,18
Subsidiado	CCFo07	185.493	430	19	10,24	12,48	44,19
	CCFo15	569.174	1.173	35	6,15	7,08	29,84
	CCFo23	223.198	233	4	1,79	2,10	17,17
	CCFo24	570.664	646	23	4,03	4,57	35,60
	CCFo27	184.135	206	3	1,63	1,62	14,56
	CCFo33	118.877	165	3	2,52	2,48	18,18
	CCFo50	116.101	202	7	6,03	6,22	34,65
	CCFo53	131.190	246	3	2,29	2,11	12,20
	CCFo55	834.890	1.404	35	4,19	4,45	24,93
	CCFo12	168.630	70	1	0,59	1,00	14,29
	EPSo22	554.959	420	6	1,08	0,98	14,29
	EPSo25	178.520	234	2	1,12	1,51	8,55
	EPSo45	1.062.298	1.525	8	0,75	0,82	5,25
	EPSIo1	197.535	88	1	0,51	1,05	11,36
EPSIo3	474.818	199	8	1,68	2,16	40,20	
EPSIo4	180.786	159	1	0,55	0,69	6,29	



3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

Tabla 10. Distribución de la mortalidad y la letalidad según el régimen de afiliación y la entidad (continuación)

Régimen	Asegurador	Población BDUA	Casos VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Letalidad (1.000 PVV)
	EPSI05	311.197	161	3	0,96	1,21	18,63
	EPSI06	81.606	49	0	0,00	0,00	0,00
	EPS533	1.180.748	2.194	42	3,56	4,04	19,14
	EPS534	1.160.823	2.951	52	4,48	4,79	17,62
	EPS540	1.716.249	3.903	93	5,42	5,85	23,83
	EPS541	972.794	1.990	14	1,44	1,59	7,04
	ESS002	462.555	344	4	0,86	0,99	11,63
	ESS024	2.009.854	3.780	72	3,58	3,94	19,05
	ESS062	1.922.950	3.116	60	3,12	3,47	19,26
	ESS076	850.374	1.308	33	3,88	4,68	25,23
	ESS091	297.536	370	12	4,03	4,21	32,43
	ESS118	1.921.350	3.785	88	4,58	4,72	23,25
	ESS133	1.756.564	2.488	30	1,71	1,98	12,06
	ESS207	1.535.881	3.427	78	5,08	5,53	22,76
	EMP017	***	4	0	***	***	0,00
	RES009	***	3	0	***	***	0,00
	RES011	***	8	0	***	***	0,00
	RES012	***	3	0	***	***	0,00
	REUJEO9	***	1	0	***	***	0,00
	RES001	***	1.045	5	***	***	4,78
	RES003	***	1.376	3	***	***	2,18
	13001	***	5	0	***	***	0,00
	20000	***	2	0	***	***	0,00
	25000	***	3	0	***	***	0,00
	41000	***	1	0	***	***	0,00
	54000	***	1	0	***	***	0,00
	63000	***	15	0	***	***	0,00
	68000	***	5	0	***	***	0,00
	76000	***	5	0	***	***	0,00
	91000	***	1	0	***	***	0,00
Total		44.145.275	95.745	1.152	2,59	2,59	12,03

***No se presentan datos y por lo tanto no se calcula el indicador



El análisis de los datos por sexo muestra que la mortalidad fue mayor entre los hombres con 3,52 muertes por cada 100.000 habitantes, en tanto que para el sexo femenino fue de 1,13 por cada 100.000 habitantes.

Igualmente, la letalidad fue mayor en el sexo masculino con 12,05 muertes por cada 1.000 pacientes versus 11,97 por cada 1.000 pacientes entre las mujeres. Según los grupos de edad por quinquenios, se presentó la mayor mortalidad en el grupo de 45 a 49 años, y la mayor letalidad en el grupo de mayores de 80 años (tabla 11).



3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

Tabla 11. Distribución de la mortalidad y la letalidad según los grupos de edad y el sexo

Grupo	Población DANE			Caso VIH			Casos de muerte			Mortalidad (100.000 habitantes)			Letalidad (1.000 PVV)		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
	0 a 4 años	2.128.308	2.231.050	4.359.358	46	38	84	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5 a 9 años	2.091.199	2.189.328	4.280.527	148	124	272	0	2	2	0,00	0,09	0,05	0,00	16,13	7,35
10 a 14 años	2.078.839	2.173.872	4.252.711	211	237	448	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15 a 19 años	2.095.237	2.184.400	4.279.637	461	609	1.070	4	5	9	0,19	0,23	0,21	8,68	8,21	8,41
20 a 24 años	2.104.192	2.194.912	4.299.104	1.364	4.571	5.935	13	32	45	0,62	1,46	1,05	9,53	7,00	7,58
25 a 29 años	2.027.968	2.110.684	4.138.652	2.487	10.564	13.051	14	87	101	0,69	4,12	2,44	5,63	8,24	7,74
30 a 34 años	1.876.093	1.873.924	3.750.017	3.518	10.968	14.486	36	117	153	1,92	6,24	4,08	10,23	10,67	10,56
35 a 39 años	1.730.231	1.639.402	3.369.633	4.005	9.874	13.879	52	100	152	3,01	6,10	4,51	12,98	10,13	10,95
40 a 44 años	1.564.117	1.463.783	3.027.900	3.302	8.625	11.927	51	91	142	3,26	6,22	4,69	15,45	10,55	11,91
45 a 49 años	1.479.968	1.354.753	2.834.721	2.722	8.104	10.826	36	106	142	2,43	7,82	5,01	13,23	13,08	13,12
50 a 54 años	1.472.854	1.331.190	2.804.044	2.131	7.323	9.454	21	96	117	1,43	7,21	4,17	9,85	13,11	12,38
55 a 59 años	1.303.076	1.163.904	2.466.980	1.569	5.072	6.641	26	84	110	2,00	7,22	4,46	16,57	16,56	16,56



Tabla 11. Distribución de la mortalidad y la letalidad según los grupos de edad y el sexo (continuación)

Grupo	Población DANE			Caso VIH			Casos de muerte			Mortalidad (100.000 habitantes)			Letalidad (1.000 PVV)		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
60 a 64 años	1.042.147	912.157	1.954.304	956	2.880	3.836	14	55	69	1,34	6,03	3,53	14,64	19,10	17,99
65 a 69 años	794.380	683.495	1.477.875	533	1.626	2.159	11	39	50	1,38	5,71	3,38	20,64	23,99	23,16
70 a 74 años	581.704	480.229	1.061.933	227	823	1.050	2	23	25	0,34	4,79	2,35	8,81	27,95	23,81
75 a 79 años	409.761	313.226	722.987	93	332	425	4	17	21	0,98	5,43	2,90	43,01	51,20	49,41
80 años y más	448.370	305.487	753.857	30	172	202	1	13	14	0,22	4,26	1,86	33,33	75,58	69,31
Total	25.228.444	24.605.796	49.834.240	23.803	71.942	95.745	285	867	1.152	1.113	3.52	2.31	11,97	12,05	12,03

F: femenino; M: masculino



4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS INCIDENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

4.1 Caracterización sociodemográfica y clínica de los casos incidentes

Para el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2017 y el 31 de enero de 2018 se reportaron 10.246 casos incidentes, encontrando que el 80,7% (n = 8.266) eran de sexo masculino, con una relación de hombre-mujer de 3:1.

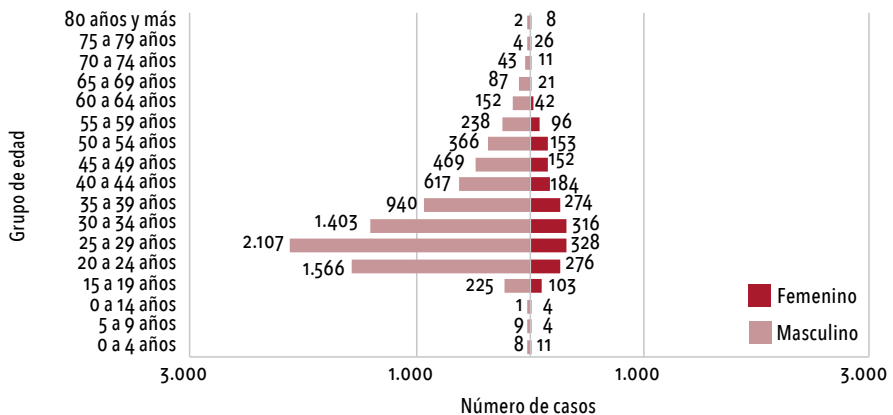
En cuanto a la edad actual, se registró un promedio de 31 años en la población en general, pero al discriminar por el sexo, las personas del sexo masculino tenían una edad promedio menor que el femenino (tabla 12).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la edad al diagnóstico de VIH

Casos incidentes	Media (años)	Mediana (años)	Desviación estándar (años)
Sexo masculino	33,4	30	11,5
Sexo femenino	35,6	34	12,6
Casos totales	33,8	31	11,8

Por grupos de edad se evidenció un mayor número de casos incidentes en el grupo de 25 a 29 años, para ambos sexos (figura 24).

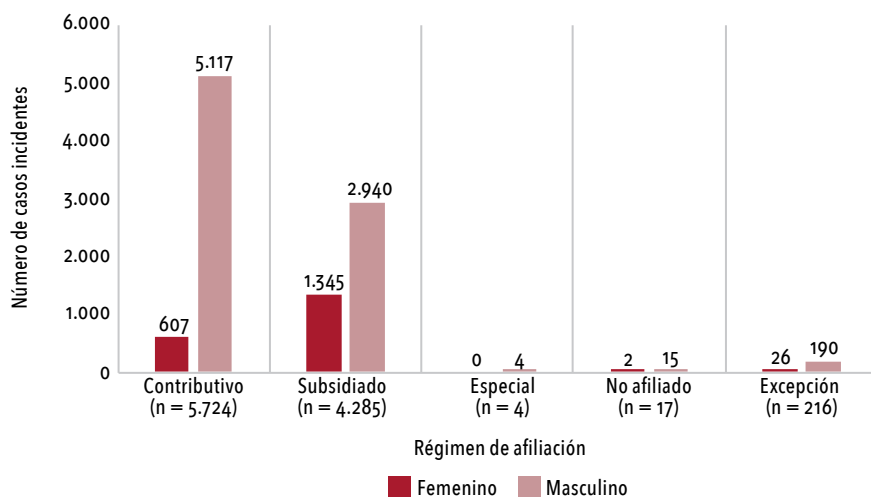
Figura 24. Pirámide poblacional de los casos incidentes con VIH





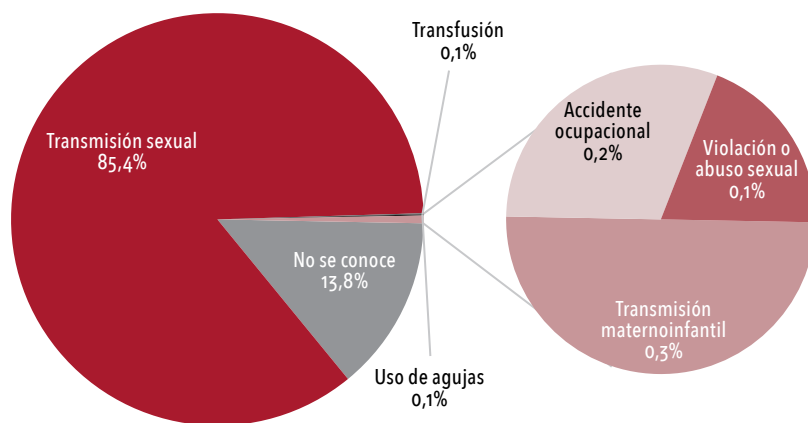
Según el régimen de afiliación, el 55,8% de los casos nuevos fueron reportados por el contributivo, seguido del subsidiado con el 41,9%, el de excepción 2,1%. 4 casos fueron reportados en el especial y 17 como no afiliados. En la figura 25 se muestra el número de casos por sexo y total para cada régimen.

Figura 25. Distribución de los casos incidentes por el régimen de afiliación según el sexo



La transmisión sexual fue el principal mecanismo de transmisión del VIH. En la figura 26 se muestra la distribución de los casos.

Figura 26. Distribución de casos incidentes de VIH según mecanismo de transmisión





4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS INCIDENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

El 42,3% (n = 4.335) de los casos incidentes se encuentran en estadio Sida, el 55,3% (n = 5.678) en estadios 1 y 2 y el 2,3% (n = 233) aún tienen pendiente establecer el estadio. Al revisar los datos según el sexo, se encontró que el femenino tiene mayor proporción de personas en estadio Sida (tabla 13).

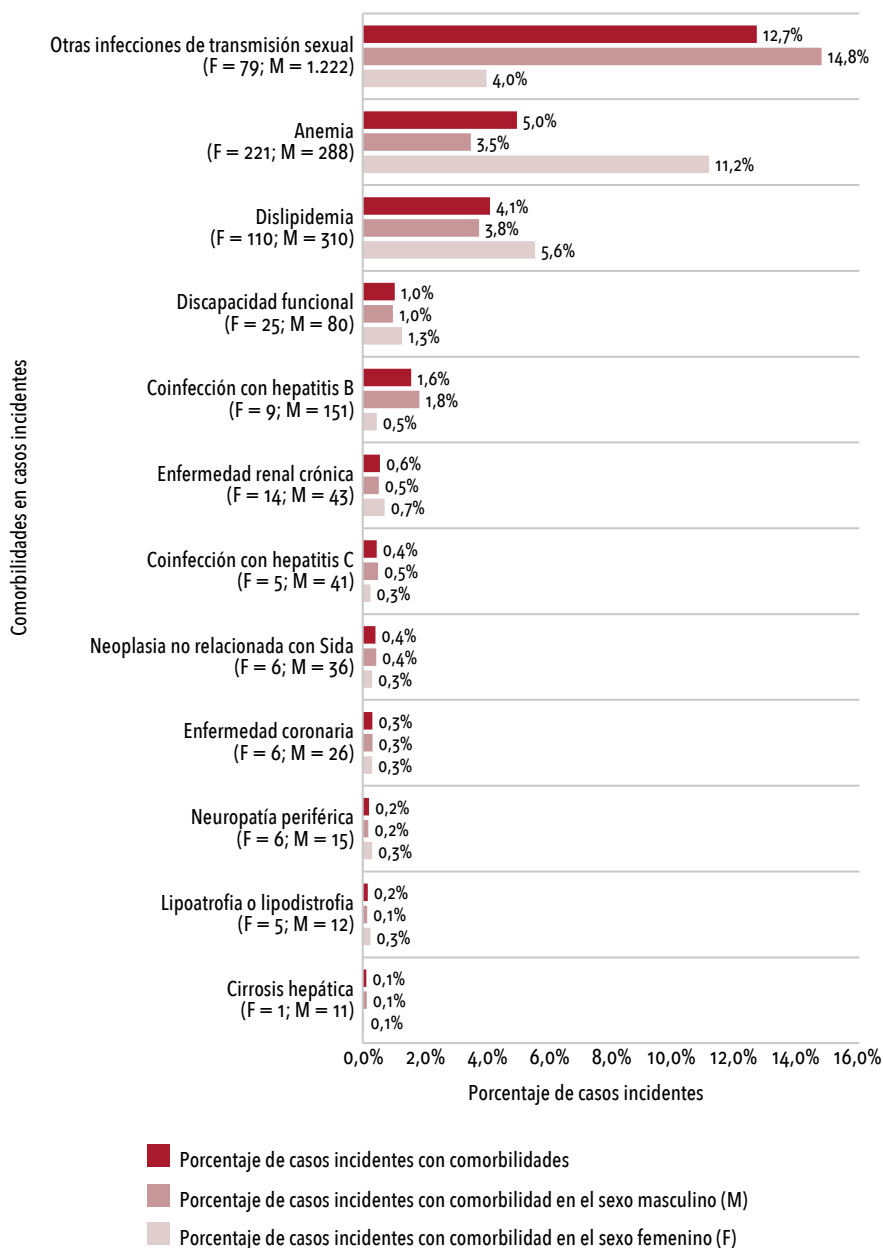
Tabla 13. Estadios clínicos en las PVV según el sexo, 2018

Estadio clínico actual	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Estadio 1	391	19,75	1.482	17,93	1.873	18,28
Estadio 2	684	34,55	3.121	37,76	3.805	37,14
Estadio 3	859	43,38	3.476	42,05	4.335	42,31
Por establecer	46	2,32	187	2,26	233	2,27
Total	1.980	100,00	8.266	100,00	10.246	100,00

Entre las comorbilidades más frecuentes en los casos incidentes se encontró, en el primer lugar, la categoría denominada “otras infecciones de transmisión sexual”, seguida por la anemia y las dislipidemias. En la figura 27 se muestra el porcentaje de las comorbilidades en general y por sexo reportadas a la CAC durante el periodo.



Figura 27. Porcentaje de los casos incidentes con comorbilidades por sexo

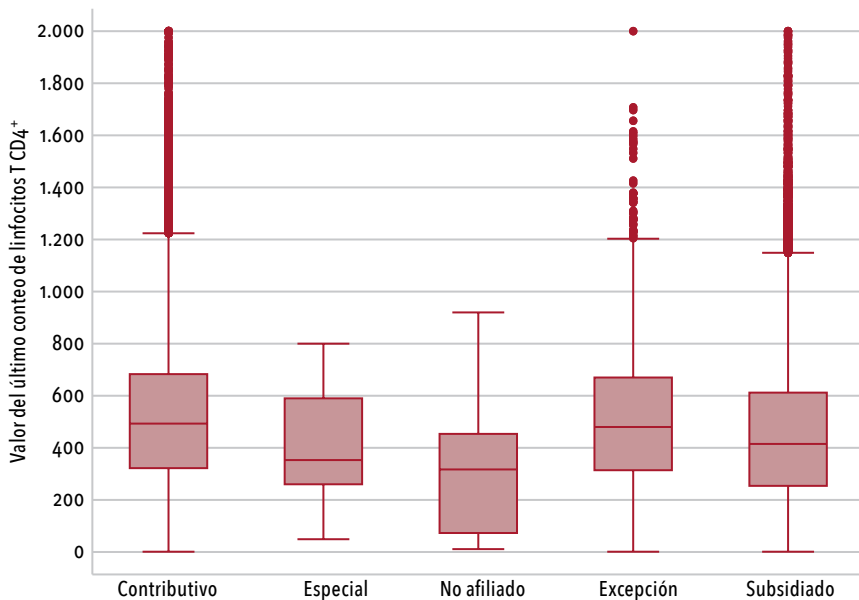




4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS INCIDENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

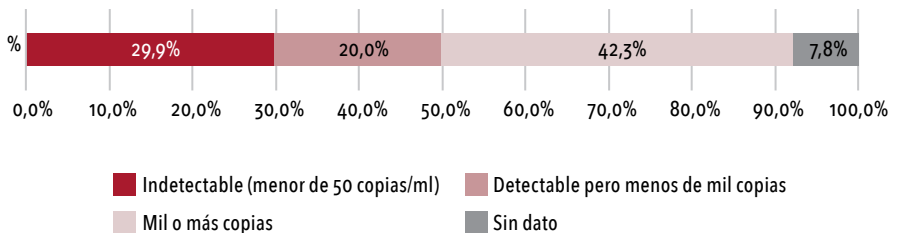
En cuanto a los laboratorios de seguimiento, se evidenció que los casos incidentes ingresaron en promedio con un conteo de linfocitos T CD4⁺ de 296, una media de 330,7 y una DE de 247,1. Al agrupar los casos incidentes que reportaron conteo de linfocitos T CD4⁺ al momento del diagnóstico, se observó entre el régimen subsidiado y contributivo, mejor recuento en el grupo del contributivo (figura 28).

Figura 28. Distribución de los casos incidentes según el conteo de linfocitos T CD4⁺ al diagnóstico por el régimen de afiliación



En cuanto al conteo de la carga viral en la última medición se encontró que el 29,9% se encontraba indetectable. En un 7,8% de los casos aún se desconoce este valor (figura 29).

Figura 29. Distribución de los casos incidentes según el último reporte de carga viral





4.2 Estadio clínico al momento del diagnóstico en los casos nuevos de infección por VIH según la clasificación CDC 1993

De los casos incidentes notificados ($n = 10.246$), el 0,33% ($n = 34$) tenía menos de 13 años y 99,66% ($n = 10.212$) tenía una edad de 13 años o más. En los menores de 13 años el 50% de los casos se diagnosticaron en estadios Sida mientras que en los de 13 años o más fue del 36% (tabla 14).

Tabla 14. Estadio al momento del diagnóstico

Estadio	Menores de 13 años		Mayores o igual a 13 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
A1	3	8,8	2.069	20,3	2.072	20,2
A2	3	8,8	2.919	28,6	2.922	28,5
A3	3	8,8	1.047	10,3	1.050	10,2
B1	2	5,9	225	2,2	227	2,2
B2	0	0,0	767	7,5	767	7,5
B3	1	2,9	507	5,0	508	5,0
C1	1	2,9	67	0,7	68	0,7
C2	1	2,9	266	2,6	267	2,6
C3	8	23,5	1.781	17,4	1.789	17,5
N1	7	20,6	*	*	7	0,1
N2	1	2,9	*	*	1	0,0
N3	3	8,8	*	*	3	0,0
Por establecer	1	2,9	451	4,4	452	4,4
Sin información	0	0,0	113	1,1	113	1,1
Total	34	100	10.212	100	10.246	100,0%

* El estadio N solo es para clasificación en menores de 13 años

De los menores de 13 años al momento del diagnóstico, la mitad eran niñas ($n = 17$) y otra mitad niños ($n = 17$); siendo estos últimos diagnosticados en estadio Sida en mayor proporción (58,8%) comparados con las niñas (41,2%). Para el caso de los mayores o iguales a 13 años, el 80,8% ($n = 8.249$) eran de sexo masculino y el 19,2% de sexo femenino ($n = 1.963$). El 36,7% de las mujeres fueron diagnosticadas en estadio Sida mientras que los hombres fueron diagnosticados en ese estadio en el 35,7%.

En las figuras 30 y 31 se muestra la distribución de los casos por sexo según el estadio para ambos grupos.



4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS INCIDENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

Figura 30. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por el sexo en los menores de 13 años

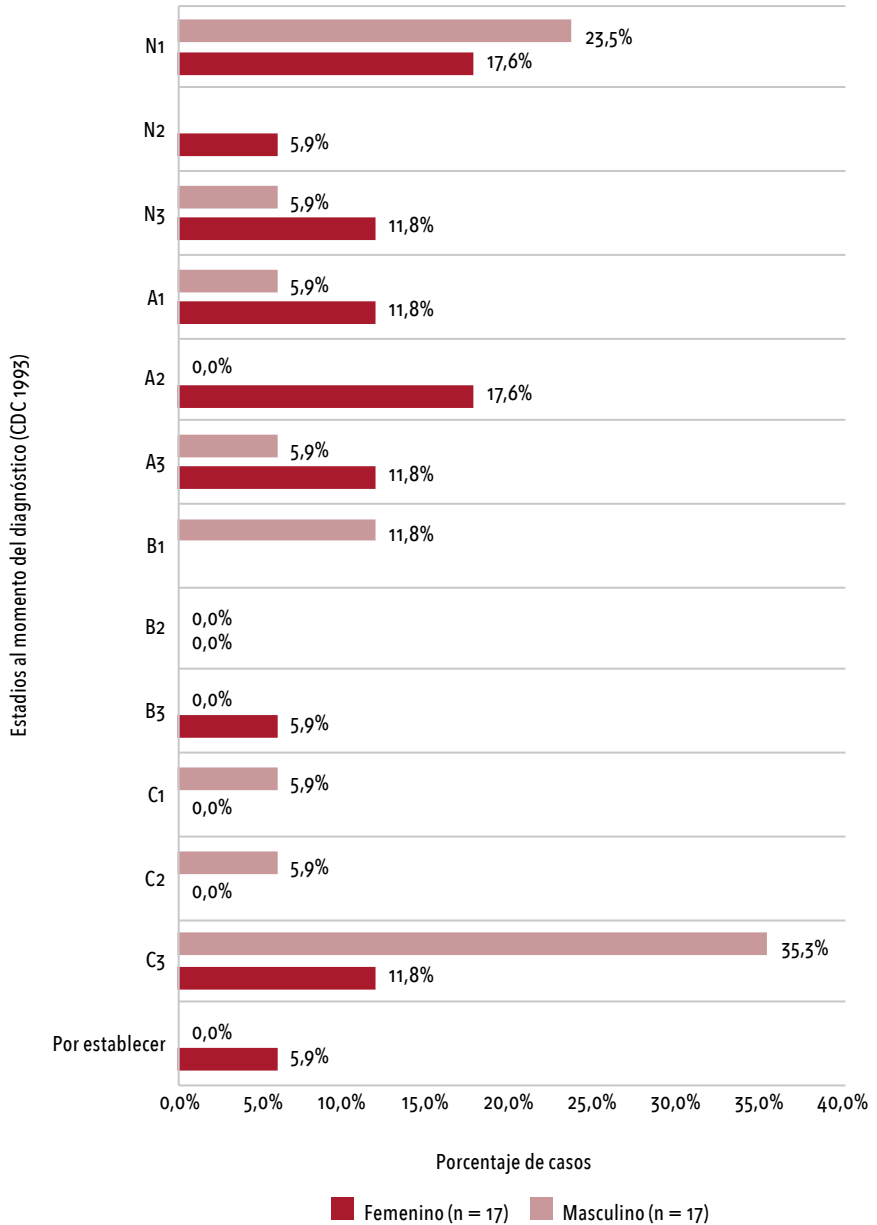
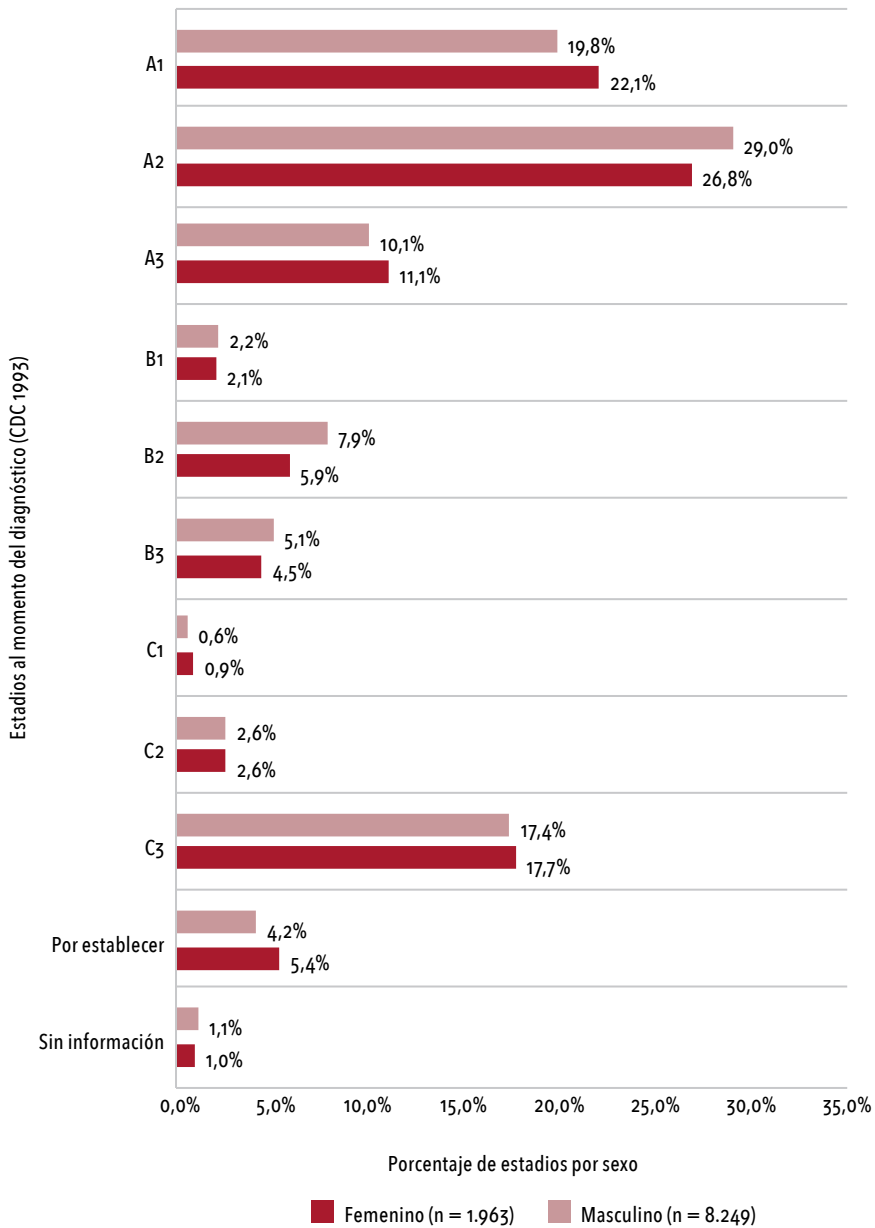




Figura 31. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por el sexo en los mayores de 13 años





4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS INCIDENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

El análisis de la información por el régimen de afiliación mostró que el 88,2% (n = 30) de los casos incidentes en los menores de 13 años fueron del subsidiado, el 8,8% (n = 3) del contributivo y el 2,9% del de excepción (n = 1). Para los casos que corresponden a las personas con edad igual o mayor de 13 años, el régimen con más alto reporte fue el contributivo con el 56,0% (n = 5.721) seguido del subsidiado (n = 4.255; 41,7%). En los regímenes de excepción y especial fue de 2,1% y 0,04% respectivamente (n = 215; n = 4). Se reportaron 17 casos en la población de no afiliados (0,2%).

En los casos incidentes, según el estadio clínico al momento del diagnóstico por el régimen de afiliación, se encontró que, en los menores de 13 años, en el régimen contributivo predominó el estadio C3, en el de excepción el C1 y en el subsidiado el N1. En las personas con edad igual o mayor a 13 años, predominó el estadio A2 en todos los regímenes, excepto en los no afiliados donde predominó el estadio C3. En la tabla 15 se muestra la distribución de los casos incidentes según el estadio clínico al momento del diagnóstico para cada régimen de afiliación.



Tabla 15. Estado clínico al momento del diagnóstico por el régimen de afiliación

Estado	Menores de 13 años						Mayores o iguales a 13 años							
	Contributivo	Excepción	Subsidiado	Contributivo	Especial	No afiliado	Excepción	Subsidiado	Contributivo	Especial	No afiliado	Excepción	Subsidiado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
N1	0	0,0	0	0,0	7	23,3	*	*	*	*	*	*	*	*
N2	0	0,0	0	0,0	1	3,3	*	*	*	*	*	*	*	*
N3	1	33,3	0	0,0	2	6,7	*	*	*	*	*	*	*	*
A1	0	0,0	0	0,0	3	10,0	1.344	23,5	0	0,0	1	5,9	58	27,0
A2	0	0,0	0	0,0	3	10,0	1.832	32,0	2	50,0	1	5,9	80	37,2
A3	0	0,0	0	0,0	3	10,0	567	9,9	0	0,0	0	0,0	11	5,1
B1	0	0,0	0	0,0	2	6,7	124	2,2	1	25,0	0	0,0	1	0,5
B2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	442	7,7	0	0,0	2	11,8	7	3,3
B3	0	0,0	0	0,0	1	3,3	284	5,0	1	25,0	0	0,0	12	5,6
C1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	29	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5
C2	0	0,0	0	0,0	1	3,3	124	2,2	0	0,0	0	0,0	2	0,9
C3	2	66,7	0	0,0	6	20,0	749	13,1	0	0,0	8	47,1	29	13,5
Por establecer	0	0,0	0	0,0	1	3,3	152	2,7	0	0,0	5	29,4	10	4,7
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	1,3	0	0,0	0	0,0	4	1,9
Total	3	100	1	100	30	100	5.721	100	4	100	17	100	215	100
														4.255
														100

* El estado N solo aplica para la clasificación en los menores de 13 años



5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

5.1 Inicio del tratamiento antirretroviral

11.261 casos iniciaron TAR durante el 2018. Entre las principales indicaciones para el inicio de la terapia antirretroviral, según la GPC colombiana (9), se destaca el conteo absoluto de linfocitos T CD4⁺ (menor de 500 células / mm³) (34,2%), seguido del cuadro clínico. Sin embargo, futuras actualizaciones a este documento deberán incluir el uso de la terapia en todas las PVV como una de las principales estrategias dirigidas a la reducción de la transmisión. En la tabla 16 se describen los motivos discriminando la información por el sexo.

Tabla 16. Motivo de inicio de la terapia antirretroviral según el sexo

Motivo de inicio terapia antirretroviral	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cuadro Clínico	587	25,9	2.337	25,0	2.924	25,2
Gestante	414	18,3	0	0,0	414	3,6
Conteo de Linfocitos T CD4 ⁺	624	27,5	3.350	35,8	3.974	34,2
Porcentaje de Linfocitos T CD4 ⁺	25	1,1	122	1,3	147	1,3
Por carga viral	332	14,6	2.275	24,3	2.607	22,4
Por otra causa	212	9,4	996	10,6	1.208	10,4
No se tiene información	73	3,2	274	2,9	347	3,0
Total	2.267	100,0	9354	100,0	11.621	100,0

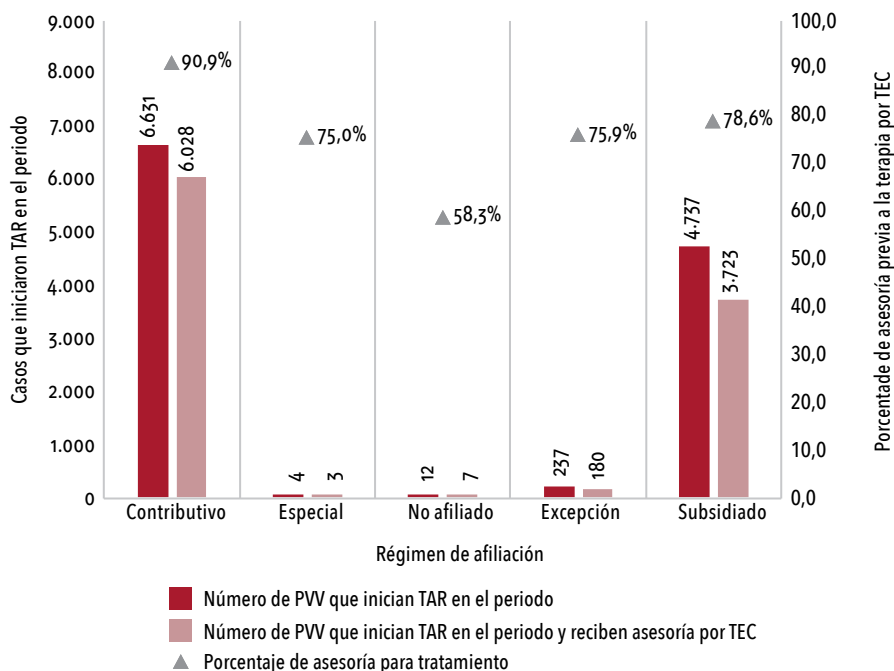
5.2 Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral

De las 11.621 PVV que iniciaron TAR en el periodo de corte, 9.941 recibieron asesoría por parte de un trabajador encargado de asesorar el cumplimiento (TEC), es decir el 85,5%; siendo mayor en el sexo masculino que en el femenino. En la tabla 17 se describe el porcentaje de los pacientes que recibieron asesoría, clasificados según el sexo.

**Tabla 17.** Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral según el sexo

Motivo de inicio terapia antirretroviral	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No recibió asesoría	32	1,4	126	1,3	158	1,4
Sí recibió asesoría por TEC	1.859	82,0	8.082	86,4	9.941	85,5
Sí recibió asesoría por otra persona diferente al TEC	285	12,6	793	8,5	1.078	9,3
No se tiene el dato	91	4,0	353	3,8	444	3,8
Total	2.267	100,0	9.354	100,0	11.621	100,0

Al observar la población que recibió asesoría por TEC ($n = 9.941$) según el régimen de afiliación, se evidenció un mayor porcentaje en el contributivo. En la figura 32 se muestra esta comparación para cada régimen.

Figura 32. Porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral por TEC en las PVV por el régimen de afiliación

En la tabla 18, se muestra la información por la entidad que reportó.



5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Tabla 18. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral por entidad

Entidad	Número de PVV que inician TAR en el periodo	Número de PVV que inician TAR en el periodo y reciben asesoría por TEC	Porcentaje de asesoría para tratamiento (%)
CCF007	39	35	89,7
CCF015	98	78	79,6
CCF023	42	38	90,5
CCF024	89	81	91,0
CCF027	47	47	100,0
CCF033	15	12	80,0
CCF050	28	14	50,0
CCF053	33	33	100,0
CCF055	163	157	96,3
CCF102	1	0	0,0
EAS016	3	0	0,0
EAS027	8	2	25,0
EMP017	2	2	100,0
EPS001	55	45	81,8
EPS002	864	769	89,0
EPS005	828	778	94,0
EPS008	461	388	84,2
EPS010	1.335	1265	94,8
EPS012	120	118	98,3
EPS016	849	762	89,8
EPS017	478	468	97,9
EPS018	208	181	87,0
EPS022	27	19	70,4
EPS023	93	83	89,2
EPS025	38	38	100,0
EPS033	26	23	88,5
EPS037	630	507	80,5
EPS044	673	639	94,9
EPS045	195	142	72,8
EPSI03	50	47	94,0
EPSI04	37	0	0,0
EPSI05	27	26	96,3

**Tabla 18.** Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral por entidad (continuación)

Entidad	Número de PVV que inician TAR en el periodo	Número de PVV que inician TAR en el periodo y reciben asesoría por TEC	Porcentaje de asesoría para tratamiento (%)
EPSIo6	5	5	100,0
EPSS33	227	181	79,7
EPSS34	242	8	3,3
EPSS40	427	373	87,4
EPSS41	301	248	82,4
ESSo02	28	18	64,3
ESSo24	528	420	79,5
ESSo62	440	413	93,9
ESSo76	129	54	41,9
ESSo91	45	35	77,8
ESS118	613	575	93,8
ESS133	278	184	66,2
ESS207	545	442	81,1
RESo01	116	87	75,0
RESo03	121	93	76,9
RESo11	1	1	100,0
REUEo9	1	0	0,0
13001	5	4	80,0
20000	1	1	100,0
25000	1	0	0,0
63000	4	2	50,0
76000	1	0	0,0
Total	11.621	9.941	85,5

5.3 Objetivos 90 90 90

Eliminar la epidemia de Sida requiere que para el 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH (PVV) conozcan su estado serológico respecto a la enfermedad; que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

La Cuenta de Alto Costo, como parte de este seguimiento encontró que han sido reportadas 95.745 personas con diagnóstico de VIH para el año 2018, de las cuales 89.917 se encuentran vivas y afiliadas al SGSSS. La cobertura de la terapia antirretroviral para este grupo de pacientes fue del



5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

82,9% (n = 74.568) disminuyendo la cobertura de TAR con respecto al año anterior; probablemente por el aumento en el reporte de casos requeridos que habían sido notificados desde el 2012 a la fecha y se desconoce su estado pero continúan como activos para el SGSSS.

De estos casos con tratamiento y activos (n = 74.568), 48.707 tienen supresión viral, es decir el 65,3%, lo que indica que aún se debe realizar un mayor esfuerzo en lograr el control de la transmisión del virus y reducir la aparición de enfermedades oportunistas en las PVV.

En la tabla 19 se describe el porcentaje de cobertura de la terapia antirretroviral por la entidad territorial (mapa 6).

Tabla 19. Cobertura de la terapia antirretroviral por la entidad territorial

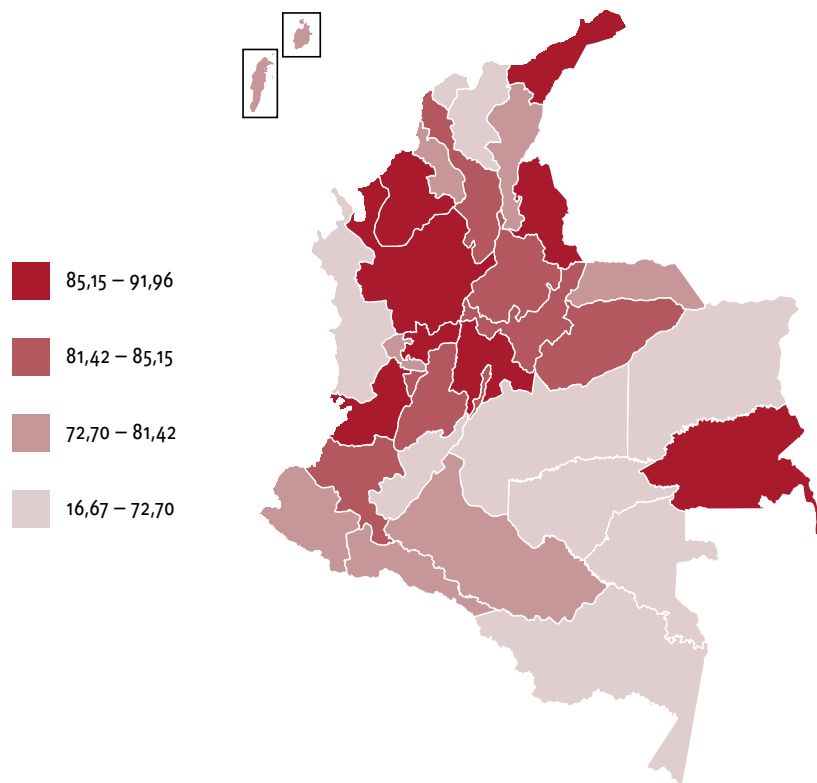
Entidad territorial	Casos de VIH activos en el SGSSS con TAR	Casos de VIH activos en el SGSSS	Porcentaje de TAR (%)
Amazonas	17	73	23,3
Antioquia	13.161	15.381	85,6
Arauca	145	191	75,9
Atlántico	4.115	5.761	71,4
Bogotá, D.C.	17.735	20.947	84,7
Bolívar	3.153	3.724	84,7
Boyacá	489	577	84,7
Caldas	1.453	1.630	89,1
Caquetá	238	296	80,4
Casanare	435	524	83,0
Cauca	980	1.181	83,0
Cesar	1.404	1.823	77,0
Chocó	63	217	29,0
Córdoba	2.625	3.010	87,2
Cundinamarca	1.815	2.102	86,3
Guainía	10	11	90,9
Guaviare	38	90	42,2
Huila	988	1.359	72,7
La Guajira	652	754	86,5
Magdalena	1.587	2.246	70,7
Meta	1.274	1.791	71,1
Nariño	994	1.265	78,6
Norte de Santander	2.492	2.710	92,0
Putumayo	184	226	81,4



Tabla 19. Cobertura de la terapia antirretroviral por la entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	Casos de VIH activos en el SGSSS con TAR	Casos de VIH activos en el SGSSS	Porcentaje de TAR (%)
Quindío	1.577	1.852	85,2
Risaralda	1.583	2.097	75,5
San Andrés	68	87	78,2
Santander	2.725	3.336	81,7
Sucre	1.206	1.521	79,3
Tolima	1.276	1.519	84,0
Valle del Cauca	10.081	11.593	87,0
Vaupés	3	11	27,3
Vichada	2	12	16,7
Total	74.568	89.917	82,9

Mapa 6. Cobertura de la terapia antirretroviral en Colombia (%), 2018

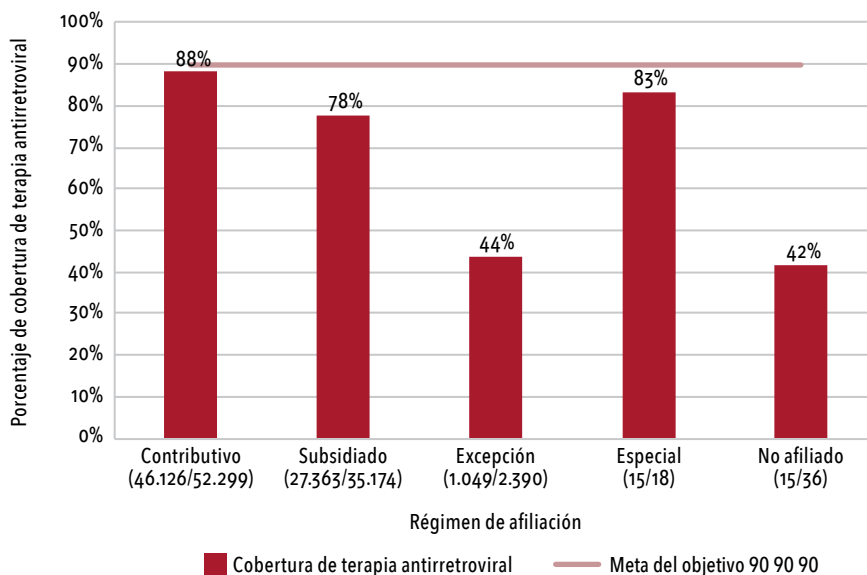




5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

En cuanto al régimen de afiliación, el de excepción y los no afiliados presentaron menor cobertura de la terapia antirretroviral (figura 33). Al comparar los regímenes contributivo y subsidiado; el primero presentó un mejor cumplimiento de este indicador, sin embargo, aún falta alcanzar la meta propuesta.

Figura 33. Cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación



A continuación se presenta la cobertura de la terapia antirretroviral, según la entidad que reportó los datos (tabla 20).

Tabla 20. Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos

Entidad	PVV con TAR activos en el SGSSS	PVV activos en el SGSSS	Porcentaje de TAR en pacientes activos en el SGSSS (%)
CCF007	329	399	82,5
CCF015	922	1.117	82,5
CCF023	222	226	98,2
CCF024	499	613	81,4
CCF027	191	199	96,0
CCF033	152	161	94,4
CCF050	174	193	90,2
CCF053	232	237	97,9
CCF055	798	1.349	59,2
CCF102	0	69	0,0

**Tabla 20.** Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos (continuación)

Entidad	PVV con TAR activos en el SGSSS	PVV activos en el SGSSS	Porcentaje de TAR en pacientes activos en el SGSSS (%)
EASo16	23	23	100,0
EASo27	35	51	68,6
EMPO17	1	3	33,3
EPSOo1	544	628	86,6
EPSOo2	5.373	5.777	93,0
EPSOo5	4.277	4.618	92,6
EPSOo8	2.684	2.807	95,6
EPSO10	6.515	7.120	91,5
EPSO12	875	975	89,7
EPSO16	6.384	6.786	94,1
EPSO17	3.238	3.723	87,0
EPSO18	1.792	2.009	89,2
EPSO22	332	410	81,0
EPSO23	1.225	1.472	83,2
EPSO25	210	229	91,7
EPSO33	132	145	91,0
EPSO37	5.608	6.929	80,9
EPSO44	7.421	9.236	80,3
EPSO45	1.301	1.467	88,7
EPSIO1	75	87	86,2
EPSIO3	160	187	85,6
EPSIO4	147	155	94,8
EPSIO5	24	157	15,3
EPSIO6	20	49	40,8
EPSS33	1.827	2.059	88,7
EPSS34	1.394	2.825	49,3
EPSS40	3.212	3.702	86,8
EPSS41	798	1.285	62,1
ESSOo2	123	328	37,5
ESSO24	2.819	3.675	76,7
ESSO62	2.549	3.019	84,4
ESSO76	76	1.252	6,1
ESSO91	332	352	94,3
ESS118	3.218	3.632	88,6
ESS133	2.179	2.434	89,5
ESS207	3.048	3.307	92,2
RESOo1	852	1.035	82,3



Tabla 20. Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos (continuación)

Entidad	PVV con TAR activos en el SGSSS	PVV activos en el SGSSS	Porcentaje de TAR en pacientes activos en el SGSSS (%)
RES003	197	1.355	14,5
RES009	3	3	100,0
RES011	8	8	100,0
RES012	3	3	100,0
REUE09	0	1	0,0
13001	0	4	0,0
20000	0	2	0,0
25000	0	3	0,0
41000	0	1	0,0
54000	0	1	0,0
63000	10	14	71,4
68000	0	5	0,0
76000	4	5	80,0
91000	1	1	100,0
Total	74.568	89.917	82,9

5.3.1 Medicamentos antirretrovirales

Del total de PVV que usan terapia antirretroviral y se encuentran activos en el SGSSS (n = 74.568), en el 59% se usa lamivudina, seguido de efavirenz, abacavir y tenofovir. En la tabla 21 se muestra el porcentaje de uso de cada uno de los medicamentos de la TAR.

Tabla 21. Medicamentos usados en las PVV

Medicamento	Número de PVV que usan el medicamento	Porcentaje de uso del medicamento (%)
Lamivudina	44.244	59,33
Efavirenz	33.760	45,27
Abacavir	29.550	39,63
Tenofovir	28.566	38,31
Ritonavir	28.232	37,86
Emtricitabina	27.792	37,27
Zidovudina	14.542	19,50
Atazanavir	13.136	17,62
Lopinavir	11.798	15,82
Nevirapina	7.285	9,77
Raltegravir	3.412	4,58
Darunavir	3.328	4,46

**Tabla 21.** Medicamentos usados en las PVV (continuación)

Medicamento	Número de PVV que usan el medicamento	Porcentaje de uso del medicamento (%)
Dolutegravir	1.184	1,59
Fosamprenavir	755	1,01
Etravirina	686	0,92
Didanosina	467	0,63
Emtricitabina, tenofovir y rilpivirina	450	0,60
Elvitegravir, cobicistat, emtricitabine y tenofovir	443	0,59
Rilpivirina	227	0,30
Maraviroc	164	0,22
Estavudina	47	0,06
Nelfinavir	33	0,04
Saquinavir	28	0,04
Enfuvirtida	21	0,03
Indinavir	10	0,01

Ahora bien, el esquema de tratamiento más usado fue el de: abacavir, efavirenz y lamivudina (18,4%). El 83,2% de las combinaciones de antirretrovirales se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Esquemas de tratamiento antirretroviral más usados en la población prevalente

Esquemas	Número de PVV que usan el esquema	Porcentaje de uso del esquema (%)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	13.731	18,4
Efavirenz, tenofovir, emtricitabina	12.070	16,2
Atazanavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	5.906	7,9
Efavirenz, lamivudina, zidovudina	5.719	7,7
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	4.606	6,2
Abacavir, lamivudina, lopinavir, ritonavir	4.248	5,7
Lamivudina, lopinavir, ritonavir, zidovudina	3.295	4,4
Abacavir, lamivudina, nevirapina	2.698	3,6
Lamivudina, nevirapina, zidovudina	2.641	3,5
Lopinavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	2.534	3,4
Nevirapina, tenofovir, emtricitabina	1.496	2,0
Tenofovir, emtricitabina, raltegravir	1.272	1,7
Ritonavir, tenofovir, emtricitabina, darunavir	1.081	1,4
Atazanavir, lamivudina, ritonavir, zidovudina	766	1,0
Total	62.063	83,2



5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

En cuanto a la población incidente, 7.631 PVV iniciaron TAR en el periodo, encontrando que el esquema más usado fue efavirenz, tenofovir y emtricitabina (37,1%). El 91,4% de las combinaciones de los antirretrovirales se distribuyen según se describe en la tabla 23.

Tabla 23. Esquemas de tratamiento antirretroviral más usados en la población incidente

Esquemas	Número de PVV que usan el esquema	Porcentaje de uso del esquema (%)
Efavirenz, tenofovir, emtricitabina	2.829	37,1
Abacavir, efavirenz, lamivudina	1.529	20,0
Atazanavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	916	12,0
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	399	5,2
Efavirenz, lamivudina, zidovudina	205	2,7
Nevirapina, tenofovir, emtricitabina	195	2,6
Lopinavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	157	2,1
Abacavir, lamivudina, nevirapina	150	2,0
Abacavir, lamivudina, lopinavir, ritonavir	146	1,9
Lamivudina, lopinavir, ritonavir, zidovudina	137	1,8
Tenofovir, emtricitabina, raltegravir	134	1,8
Efavirenz, lamivudina, tenofovir	96	1,3
Lamivudina, nevirapina, zidovudina	85	1,1
Total	6.978	91,4

Ahora bien, entre los esquemas más usados en los casos prevalentes, las combinaciones con mayor porcentaje de pacientes con cargas virales indetectables es la de abacavir, lamivudina y nevirapina; y la de efavirenz, lamivudina y zidovudina. En la tabla 24 se muestra el porcentaje de casos que usan el esquema y la indetectabilidad para cada uno de ellos.

Tabla 24. Esquemas de tratamiento antirretroviral con el porcentaje más alto de supresión viral

Esquema	PVV que usan el esquema	PVV que usan el esquema y tienen supresión viral	Porcentaje de supresión viral (%)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	13.731	10.054	73,2
Efavirenz, tenofovir, emtricitabina	12.070	7.812	64,7
Atazanavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	5.906	3.032	51,3
Efavirenz, lamivudina, zidovudina	5.719	4.198	73,4
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	4.606	2.736	59,4
Abacavir, lamivudina, lopinavir, ritonavir	4.248	2.662	62,7
Lamivudina, lopinavir, ritonavir, zidovudina	3.295	1.966	59,7
Abacavir, lamivudina, nevirapina	2.698	2.028	75,2
Lamivudina, nevirapina, zidovudina	2.641	1.925	72,9



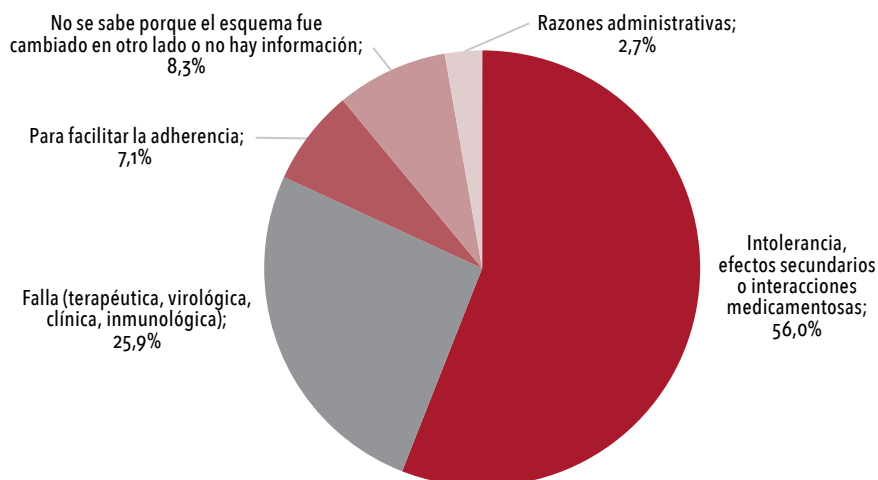
Tabla 24. Esquemas de tratamiento antirretroviral con el porcentaje más alto de supresión viral (continuación)

Esquema	PVV que usan el esquema	PVV que usan el esquema y tienen supresión viral	Porcentaje de supresión viral (%)
Lopinavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	2.534	1.421	56,1
Nevirapina, tenofovir, emtricitabina	1.496	1.000	66,8
Tenofovir, emtricitabina, raltegravir	1.272	845	66,4
Ritonavir, tenofovir, emtricitabina, darunavir	1.081	633	58,6
Atazanavir, lamivudina, ritonavir, zidovudina	766	455	59,4

5.3.2 Motivo del cambio de la terapia antirretroviral

Según los datos reportados a la CAC en el periodo, de las 84.564 personas que viven con VIH que se encuentran activos, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y han iniciado TAR en algún momento, 40.891 han reportado algún cambio en la terapia antirretroviral con respecto a la terapia inicial. En el 56,0% de las causas del cambio se deben a la intolerancia, efectos secundarios o interacciones medicamentosas. En la figura 34 se muestran las demás causas reportadas.

Figura 34. Causa del cambio de la primera terapia antirretroviral en los pacientes con VIH



5.3.3 Momento de la genotipificación

El 84,48% de las PVV activas al SGSSS no cuentan con genotipificación. En la tabla 25 se muestra el momento de la genotipificación por el régimen de afiliación.



5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Tabla 25. Distribución de las PVV y el momento de la genotipificación según el régimen

Genotipificación	Contributivo		Especial		No asegurado		Excepción		Subsidiado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No se realizó	43.345	82,88	18	100,00	34	94,44	2.145	89,75	30.421	86,49	75.963	84,48
Al diagnóstico	270	0,52	0	0,00	0	0,00	28	1,17	142	0,40	440	0,49
Al inicio de TAR	299	0,57	0	0,00	0	0,00	6	0,25	236	0,67	541	0,60
Primera falla	2.302	4,40	0	0,00	0	0,00	111	4,64	1.672	4,75	4.085	4,54
Segunda falla	435	0,83	0	0,00	0	0,00	28	1,17	362	1,03	825	0,92
Tres o más fallas	117	0,22	0	0,00	0	0,00	23	0,96	243	0,69	383	0,43
Sin información	5.531	10,58	0	0,00	2	5,56	49	2,05	2.098	5,96	7.680	8,54
Total	52.299	100,00	18	100,00	36	100,00	2.390	100,00	35.174	100,00	89.917	100,00



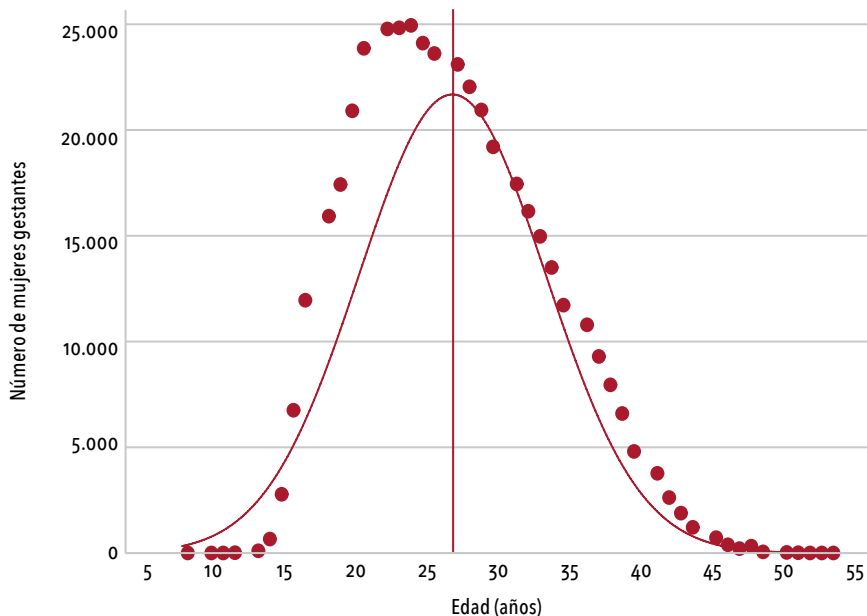
6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

6.1 Características generales de la población de mujeres gestantes

6.1.1 Distribución por edad

Al 31 de enero de 2018 fueron reportadas a la CAC 432.535 gestantes, con edades que oscilan entre los 8 y los 54 años, con un promedio de 27 años (figura 35). La mayor concentración de casos se observa en las menores de 27 años con un sesgo a la derecha debido al número de gestantes con edades entre los 20 y los 27 años.

Figura 35. Histograma de edad de las gestantes reportadas a la CAC

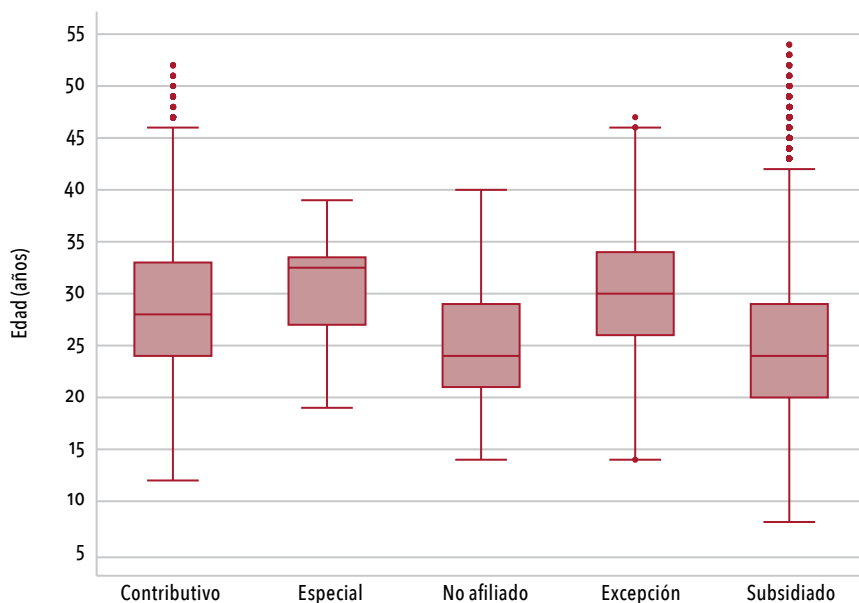




6.1.2 Distribución por el régimen de afiliación

Según el régimen de afiliación, el 49,06% de las mujeres gestantes pertenece al contributivo (n = 212.196) y el 50,38% al subsidiado (n = 217.894). El porcentaje restante (0,57%) agrupa los casos de mujeres gestantes pertenecientes al régimen especial (n = 8), al de excepción (n = 2.232) y a la población gestante no afiliada (n = 205 casos). Según el rango de edad por el régimen, se evidenciaron edades promedio de gestantes más tempranas en el grupo de no afiliadas y régimen subsidiado (24 años). Este último régimen además cuenta con gestantes en extremos de la vida (edad mínima de gestación: 8 años; edad máxima de gestación: 54 años) (figura 36).

Figura 36. Rango de edades de las mujeres gestantes por el régimen de afiliación



6.1.3 Distribución por departamento y entidad

Igual que para el periodo anterior (2017), las mujeres en gestación se encontraron en mayor proporción en Bogotá, D.C., seguido por Antioquia y Valle del Cauca (figura 37). Las entidades con mayor número de casos corresponden a EPS016, EPS010, ESS062 y EPS005 con porcentajes mayores al 5% sobre el total de la población gestante en cada una de ellas (figura 38).



6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

Figura 37. Distribución de las mujeres gestantes reportadas a la CAC por las entidades territoriales

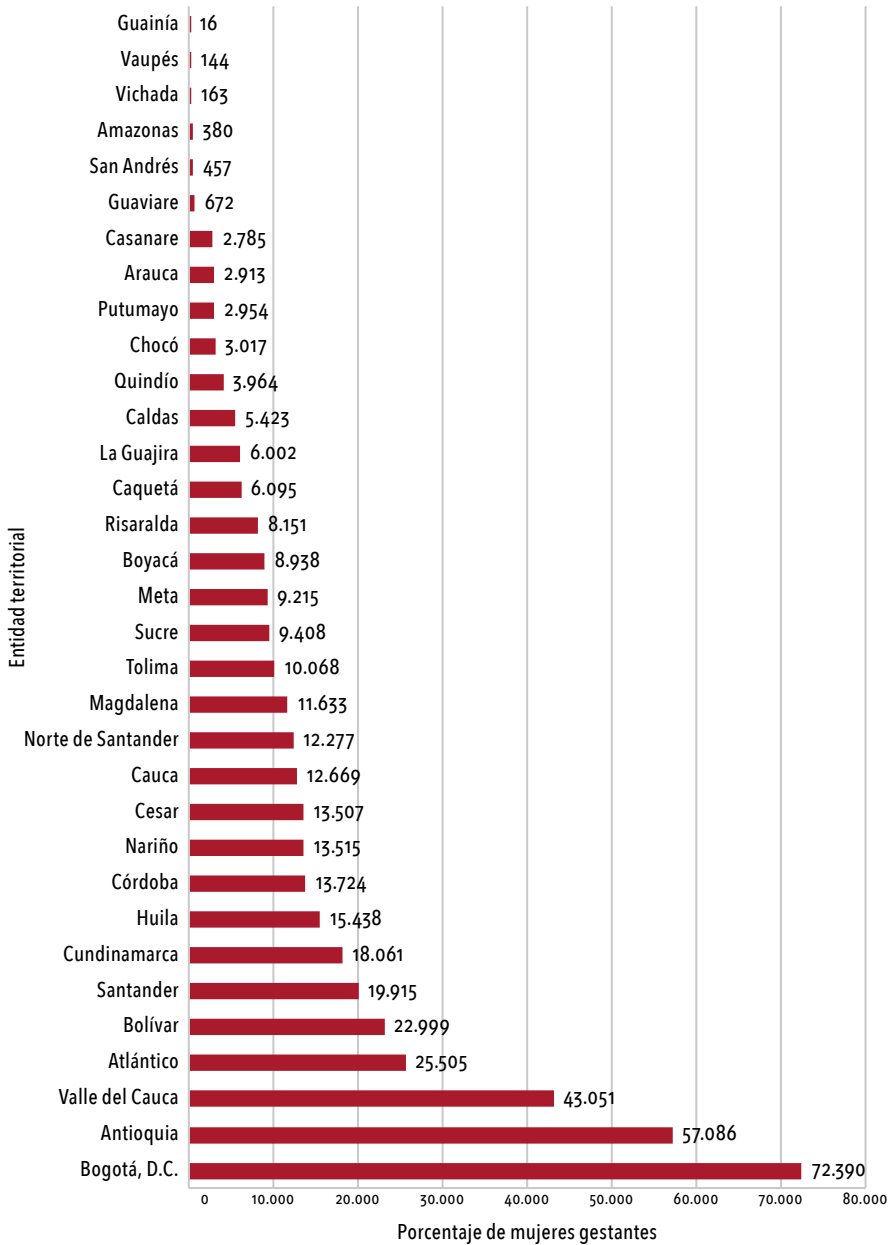
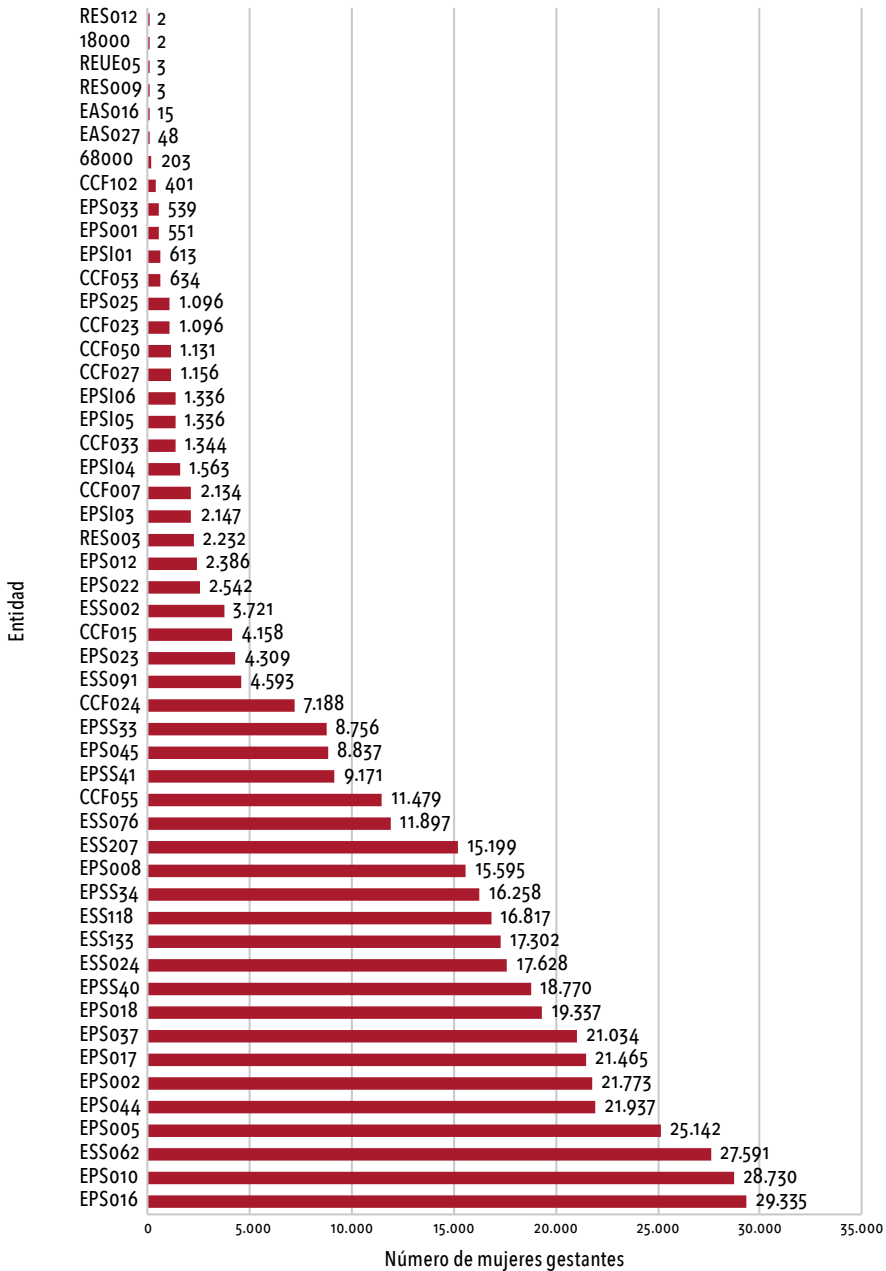




Figura 38. Distribución de las mujeres gestantes por entidad





6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

6.1.4 Tamización para sífilis y VIH en las mujeres gestantes

Del total de gestantes reportadas, 395.868 fueron tamizadas para sífilis en algún momento de la atención, lo que corresponde al 91,52%, evidenciándose un aumento del 4,48% en comparación con el indicador del periodo anterior. En la tabla 26 se muestra el número de mujeres gestantes reportadas, y de estas, la proporción de gestantes tamizadas por la entidad que reporta.

Tabla 26. Porcentaje de tamización de sífilis en las mujeres gestantes por entidad

Entidad	Mujeres gestantes reportadas que son tamizadas para sífilis	Mujeres gestantes reportadas	Porcentaje de tamizaje de sífilis en mujeres gestantes (%)
CCF007	2.077	2.134	97,3
CCF015	4.156	4.158	100,0
CCF023	979	1.096	89,3
CCF024	7.140	7.188	99,3
CCF027	1.149	1.156	99,4
CCF033	1.256	1.344	93,5
CCF050	951	1.131	84,1
CCF053	443	634	69,9
CCF055	10.513	11.479	91,6
CCF102	401	401	100,0
EASo16	15	15	100,0
EASo27	47	48	97,9
EPS001	539	551	97,8
EPS002	19.304	21.773	88,7
EPS005	22.099	25.142	87,9
EPS008	13.273	15.595	85,1
EPS010	28.076	28.730	97,7
EPS012	2.364	2.386	99,1
EPS016	29.179	29.335	99,5
EPS017	19.753	21.465	92,0
EPS018	19.313	19.337	99,9
EPS022	2.508	2.542	98,7
EPS023	4.032	4.309	93,6
EPS025	1.032	1.096	94,2
EPS033	538	539	99,8
EPS037	20.293	21.034	96,5
EPS044	21.121	21.937	96,3
EPS045	8.835	8.837	100,0
EPSl01	0	613	0,0
EPSl03	1.595	2.147	74,3

**Tabla 26.** Porcentaje de tamización de sífilis en las mujeres gestantes por entidad (continuación)

Entidad	Mujeres gestantes reportadas que son tamizadas para sífilis	Mujeres gestantes reportadas	Porcentaje de tamizaje de sífilis en mujeres gestantes (%)
EPSIo4	1.561	1.563	99,9
EPSIo5	1.335	1.336	99,9
EPSIo6	1.134	1.336	84,9
EPSS33	8.732	8.756	99,7
EPSS34	5.459	16.258	33,6
EPSS40	17.528	18.770	93,4
EPSS41	7.744	9.171	84,4
ESSo02	3.656	3.721	98,3
ESSo24	16.659	17.628	94,5
ESSo62	24.848	27.591	90,1
ESSo76	11.889	11.897	99,9
ESSo91	3.088	4.593	67,2
ESS118	15.689	16.817	93,3
ESS133	16.277	17.302	94,1
ESS207	14.978	15.199	98,6
RESoo3	2.160	2.232	96,8
RESoo9	3	3	100,0
RESo12	2	2	100,0
REUEo5	3	3	100,0
18000	2	2	100,0
68000	140	203	69,0
Total	395.868	432.535	91,5

En cuanto a la tamización de VIH en las gestantes, 432.184 fueron identificadas con información válida para el cálculo de este indicador, ya sea por no tener diagnóstico confirmado de VIH previo al embarazo y contar con los datos para el cálculo, de estos 394.012 casos fueron tamizadas para VIH en cualquier momento de la gestación es decir el 91,2%. Si se analizan los datos por régimen de afiliación se encontró mayor porcentaje de tamización en el régimen subsidiado con el 91,9% (199.971/217.658), seguido del régimen contributivo con el 96% (192.075/212.087). En el régimen especial fue de 87,5% (7/8) y en el de excepción fue de 80,9% (1.802/2.227). Los no afiliados tuvieron menor cobertura de tamizaje con en el 77,0% (157/204).

Por región en el país, se evidenció en la región Atlántica una mayor cobertura de pruebas de tamización con el 95,1% alcanzando la meta planteada de una cobertura de más del 95%. En la región Oriental la cobertura fue de 92,1% (72.202/78.416), en la región Central fue del 94,4% (90.678/96.105), en



6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

otros departamentos fue del 91,3% (9.562/10.476), en Bogotá, D.C. del 88,6% (64.120/72.352) y en la Pacífica del 82,9% (59.847/72.198).

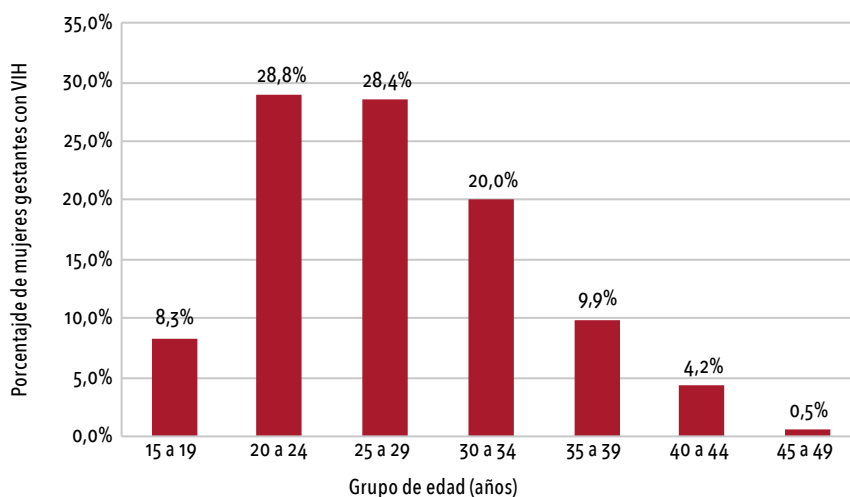
6.2 Población gestante con infección por el VIH

Para el 2018, se reportaron a la CAC 761 mujeres con VIH que estuvieron en gestación durante el periodo de análisis, cifra mayor comparada con el año anterior que fue de 674 gestantes. Para este año la prevalencia del VIH en gestantes fue del 0,18% (761/ 432.535) mientras que en el 2017 esta fue de 0,15% (674/446.357).

6.2.1 Distribución por la edad de las mujeres gestantes con infección por el VIH

El rango de edad de esta población estuvo entre 15 y 49 años. La edad media fue de 27,4 años, la mediana de 26, con una DE de 6,3 años. El grupo de 20 a 24 años tuvo el mayor porcentaje de gestantes con VIH, al igual que en el periodo anterior (figura 39).

Figura 39. Gestantes con VIH reportadas a la CAC por el grupo de edad



6.2.2 Distribución de las mujeres gestantes con infección por el VIH según el régimen de afiliación

Según el régimen de afiliación, el contributivo es el que presenta la menor proporción de VIH dentro de las gestantes reportadas. En la tabla 27 se muestra la proporción de VIH entre las gestantes según el tiempo del embarazo en el corte.



Tabla 27. Distribución de las mujeres gestantes según régimen de afiliación

Regímenes de afiliación	Mujeres embarazadas en los últimos 6 meses, pero no en la fecha de corte			Mujeres embarazadas en la fecha de corte			Mujeres en gestación en el corte		
	Mujeres en gestación con VIH	Mujeres gestantes en gestación con VIH	Proporción de mujeres gestantes en gestación con VIH	Mujeres en gestación con VIH	Mujeres gestantes en gestación con VIH	Proporción de mujeres gestantes en gestación con VIH	Mujeres en gestación con VIH	Mujeres gestantes en gestación con VIH	Proporción de mujeres gestantes en gestación con VIH
Contributivo	102	105.557	0,10	107	106.639	0,10	209	212.196	0,10
Especial	0	5	0,00	0	3	0,00	0	8	0,00
No afiliado	0	95	0,00	1	110	0,91	1	205	0,49
Excepción	5	1.155	0,43	1	1.077	0,09	6	2.232	0,27
Subsidiado	252	107.025	0,24	293	110.869	0,26	545	217.894	0,25
Total	359	213.837	0,17	402	218.698	0,18	761	432.535	0,18



6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

6.2.3 Distribución de las mujeres gestantes con infección por el VIH según la entidad territorial y la entidad que reporta

La proporción de mujeres gestantes con VIH entre el total de mujeres gestantes por el departamento mostró a Córdoba, Casanare y Chocó como los entes territoriales con mayor concentración (tabla 28).

Tabla 28. Distribución de las gestantes con VIH por la entidad territorial

Entidad territorial	Mujeres gestantes con VIH	Mujeres gestantes	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH (%)
Amazonas	0	380	0,00
Antioquia	72	57.086	0,13
Arauca	4	2.913	0,14
Atlántico	61	25.505	0,24
Bogotá, D.C.	73	72.390	0,10
Bolívar	55	22.999	0,24
Boyacá	11	8.938	0,12
Caldas	9	5.423	0,17
Caquetá	2	6.095	0,03
Casanare	12	2.785	0,43
Cauca	22	12.669	0,17
Cesar	32	13.507	0,24
Chocó	12	3.017	0,40
Córdoba	70	13.724	0,51
Cundinamarca	14	18.061	0,08
Guainía	0	16	0,00
Guaviare	2	672	0,30
Huila	22	15.438	0,14
La Guajira	20	6.002	0,33
Magdalena	41	11.633	0,35
Meta	20	9.215	0,22
Nariño	33	13.515	0,24
Norte de Santander	30	12.277	0,24
Putumayo	1	2.954	0,03
Quindío	10	3.964	0,25
Risaralda	13	8.151	0,16
San Andrés	0	457	0,00

**Tabla 28.** Distribución de las gestantes con VIH por la entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	Mujeres gestantes con VIH	Mujeres gestantes	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH (%)
Santander	24	19.915	0,12
Sucre	22	9.408	0,23
Tolima	15	10.068	0,15
Valle del Cauca	59	43.051	0,14
Vaupés	0	144	0,00
Vichada	0	163	0,00
Total	761	432.535	0,18

En la tabla 29 se muestra la misma información distribuida por la entidad que reportó los datos.

Tabla 29. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad

Entidad	Número de mujeres gestantes	Número de mujeres gestantes con VIH	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH (%)
18000	2	0	0,00
68000	203	1	0,49
CCF007	2.134	11	0,52
CCF015	4.158	26	0,63
CCF023	1.096	9	0,82
CCF024	7.188	15	0,21
CCF027	1.156	11	0,95
CCF033	1.344	1	0,07
CCF050	1.131	2	0,18
CCF053	634	0	0,00
CCF055	11.479	18	0,16
CCF102	401	4	0,99
EAS016	15	0	0,00
EAS027	48	0	0,00
EPS001	551	1	0,18
EPS002	21.773	30	0,14
EPS005	25.142	20	0,08
EPS008	15.595	10	0,06
EPS010	28.730	12	0,04
EPS012	2.386	5	0,21



6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

Tabla 29. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad (continuación)

Entidad	Número de mujeres gestantes	Número de mujeres gestantes con VIH	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH (%)
EPS016	29.335	27	0,09
EPS017	21.465	17	0,08
EPS018	19.337	15	0,08
EPS022	2.542	3	0,12
EPS023	4.309	3	0,07
EPS025	1.096	7	0,64
EPS033	539	1	0,19
EPS037	21.034	26	0,12
EPS044	21.937	42	0,19
EPS045	8.837	17	0,19
EPSI01	613	0	0,00
EPSI03	2.147	1	0,05
EPSI04	1.563	5	0,32
EPSI05	1.336	3	0,22
EPSI06	1.336	2	0,15
EPSS33	8.756	41	0,47
EPSS34	16.258	27	0,17
EPSS40	18.770	47	0,25
EPSS41	9.171	27	0,29
ESS002	3.721	3	0,08
ESS024	17.628	57	0,32
ESS062	27.591	44	0,16
ESS076	11.897	24	0,20
ESS091	4.593	4	0,09
ESS118	16.817	21	0,12
ESS133	17.302	58	0,34
ESS207	15.199	57	0,38
RES003	2.232	6	0,27
RES009	3	0	0,00
RES012	2	0	0,00
REUE05	3	0	0,00
Total	432.535	761	0,18



6.2.4 Distribución de las mujeres gestantes con infección por el VIH según el estadio clínico

Según el estadio clínico, el de mayor proporción fue el estadio 2 con el 46,8%. Un 2,3% no cuenta aún con el estadio de la enfermedad (tabla 30).

Tabla 30. Estadio actual en las mujeres gestantes con VIH

Estadio actual	Mujeres gestantes con VIH	Porcentaje según el estadio (%)
Estadio 1	188	24,7
Estadio 2	356	46,8
Estadio 3	200	26,3
Por establecer	9	1,2
Sin dato	8	1,1
Total	761	100,0

6.2.5 Cobertura de la terapia antirretroviral en las mujeres gestantes con infección por el VIH al momento del corte

En la población gestante con VIH en el momento del corte ($n = 402$) se encontró que el 16,4% ($n = 66$) no tenía terapia antirretroviral. En las mujeres gestantes con TAR ($n = 336$) predominó el uso del esquema: lamivudina, lopinavir, ritonavir y zidovudina. En la tabla 31 se muestra el porcentaje de uso de los principales esquemas que fueron utilizados en más del 1% de la población de referencia y que contempla el 92,26% de los esquemas.

Tabla 31. Esquemas antirretrovirales usados en mujeres gestantes

Esquema antirretroviral usado en mujeres gestantes	Porcentaje de uso (%)
Lamivudina, lopinavir, ritonavir, zidovudina	22,62
Abacavir, lamivudina, lopinavir, ritonavir	15,77
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	13,10
Atazanavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	10,12
Lopinavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	8,93
Abacavir, efavirenz, lamivudina	6,55
Efavirenz, tenofovir, emtricitabina	4,46
Abacavir, lamivudina, nevirapina	2,68
Tenofovir, emtricitabina, raltegravir	2,38
Ritonavir, tenofovir, emtricitabina, darunavir	1,49
Lamivudina, lopinavir, ritonavir, zidovudina, raltegravir	1,49
Atazanavir, lamivudina, ritonavir, zidovudina	1,49
Abacavir, lamivudina, raltegravir	1,19
Total	92,26



6. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

De las mujeres gestantes con VIH a la fecha del corte ($n = 402$), el 53,0% ($n = 213$) tenía carga viral indetectable (menos de 50 copias/ml), el 20,4% tenía carga viral detectable pero menor de 1.000 copias/ml ($n = 82$), el 20,4% tenía carga viral con 1.000 o más copias/ml ($n = 82$) y el 2,7% no se les realizó carga viral en los últimos 6 meses ($n = 11$). En 14 casos no se reportó la información respecto a la toma de la prueba (3,5%). Al realizar el análisis de la carga viral por el régimen de afiliación, se observó que entre el régimen subsidiado y el contributivo, en el primero hay menos proporción de casos indetectables (figura 40).

Al realizar el análisis de la última carga viral tomada por el régimen de afiliación, se observó que entre el régimen contributivo y el subsidiado, en el primero hay mayor proporción de mujeres gestantes indetectables (tabla 32).

Tabla 32. Resultado de la última carga viral a la fecha de corte en las mujeres gestantes con VIH según el régimen de afiliación

Resultado de la última carga viral	Contributivo		No afiliado		Excepción		Subsidiado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indetectable (menor de 50 copias/ml)	64	59,81	0	0	1	100	148	50,5	213	53,0
Detectable pero menos de 1.000 copias/ml	16	14,95	0	0	0	0	66	22,5	82	20,4
Más de 1.000 copias/ml	19	17,76	0	0	0	0	63	21,5	82	20,4
No se ha realizado	4	3,74	1	100	0	0	6	2,0	11	2,7
Sin dato	4	3,74	0	0	0	0	10	3,4	14	3,5
Total	107	100,00	1	100	1	100	293	100,0	402	100,0



7. POBLACIÓN MENOR DE 18 MESES, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

7.1 Características generales de los menores de 18 meses, hijos de madres con VIH en seguimiento

Para el corte a 31 de enero de 2018, 975 niños y niñas eran menores de 18 meses hijos de madres con VIH. Según la distribución por el sexo se encontraron 504 niños (51,69%) y 471 niñas (48,31%). En la tabla 33 se muestra la distribución de estos casos por la entidad territorial y el sexo. Valle del Cauca, Bogotá, D.C. y Antioquia son los lugares con el mayor número de casos.

Tabla 33. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por la entidad territorial y el sexo

Entidad territorial	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Amazonas	1	1	2
Antioquia	53	48	101
Arauca	3	5	8
Atlántico	41	42	83
Bogotá, D.C.	49	59	108
Bolívar	32	29	61
Boyacá	7	2	9
Caldas	6	11	17
Caquetá	7	2	9
Casanare	4	7	11
Cauca	15	19	34
Cesar	28	26	54
Chocó	7	3	10
Córdoba	14	23	37
Cundinamarca	8	6	14
Guaviare	0	5	5
Huila	14	13	27

**Tabla 33.** Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por la entidad territorial y el sexo (continuación)

Entidad territorial	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
La Guajira	10	8	18
Magdalena	21	22	43
Meta	8	13	21
Nariño	13	18	31
Norte de Santander	12	22	34
Putumayo	1	4	5
Quindío	2	5	7
Risaralda	7	6	13
San Andrés	0	0	0
Santander	21	20	41
Sucre	15	13	28
Tolima	9	8	17
Valle del Cauca	62	63	125
Vaupés	0	0	0
Vichada	1	1	2
Total	471	504	975

Según el régimen de afiliación, el de mayor número de casos de menores expuestos a la infección por VIH fue el subsidiado con el 73,13% (n = 713), le sigue el contributivo con 26,15% (n = 255), mientras que el régimen de excepción reportó 7 casos (0,72%).

La entidad que reportó más casos de menores expuestos al VIH fue la ESSo24. En la tabla 34 se muestra el número de casos menores de 18 meses expuestos a la infección de VIH según la entidad y el sexo.

Tabla 34. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por la entidad y el sexo

Entidad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
CCF007	7	9	16
CCF015	2	2	4
CCF023	3	6	9
CCF024	9	8	17
CCF027	2	2	4
CCF033	0	1	1

**Tabla 34.** Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por la entidad y el sexo (continuación)

Entidad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
CCFo50	3	2	5
CCFo55	17	20	37
EPS002	16	14	30
EPS005	8	12	20
EPS008	9	5	14
EPS010	14	7	21
EPS012	3	1	4
EPS016	28	14	42
EPS017	7	9	16
EPS018	10	9	19
EPS023	1	3	4
EPS025	4	4	8
EPS033	3	3	6
EPS037	14	25	39
EPS044	18	22	40
EPS045	2	1	3
EPSI03	0	3	3
EPSI04	1	0	1
EPSI05	3	2	5
EPSI06	1	0	1
EPSS33	32	40	72
EPSS34	14	19	33
EPSS40	26	30	56
EPSS41	11	32	43
ESS024	48	48	96
ESS062	39	48	87
ESS076	17	12	29
ESS091	4	2	6
ESS118	30	35	65
ESS133	35	32	67
ESS207	26	19	45
RES003	4	3	7
Total	471	504	975



Ahora bien, de los 975 menores de 18 meses expuestos al VIH, 20 ya fueron reportados como casos positivos de VIH y 950 aún siguen siendo estudiados o ya fueron descartados para VIH.

Según la GPC (9), se debe realizar una primera prueba a las 4 semanas de vida (1 mes de edad) y si es no detectable, repetirla nuevamente a los 4 meses de edad. La primera carga viral realizada en los 950 casos ocurrió entre la 4 y las 24 semanas de vida (47,1%). La segunda carga viral fue realizada en mayor proporción entre la semana 17 y 24 (tabla 35).

Tabla 35. Estudio inicial y con segunda carga viral para VIH en menores de 18 meses expuestos al VIH

Medición	n	%
<i>Primera carga viral</i>		
No se ha realizado	52	5,4
Se realizó la primera carga viral a las 4 semanas de vida	403	42,2
Se realizó la primera carga viral entre las 4 y las 24 semanas de vida	450	47,1
Se realizó la primera carga viral entre las 25 y las 53 semanas de vida	9	0,9
Sin dato	41	4,3
Total	955	100,0
<i>Segunda carga viral</i>		
No se ha realizado	303	31,7
Se realizó la segunda carga viral a las 16 semanas de vida	190	19,9
Se realizó la segunda carga viral entre 17 y las 24 semanas de vida	350	36,6
Se le realizó la primera carga viral entre las 25 y las 53 semanas de vida	59	6,2
Se le realizó la segunda carga viral entre el año cumplido y los 18 meses	5	0,5
Sin dato	48	5,0
Total	955	100,0

7.2 Características generales de la población menor de 18 meses expuesta al VIH con diagnóstico positivo

Para el corte a 31 de enero de 2018, 20 niños habían sido expuestos al VIH (hijos de madres con VIH) y fueron diagnosticados con el virus; de los cuales 11 casos fueron diagnosticados durante el periodo de corte. De los 20 casos con VIH, el 95% (n = 19) ocurrieron en el régimen subsidiado y uno fue reportado por el contributivo.

Según el sexo, el 55,0% (n = 11) de los casos ocurrieron en el sexo femenino y 45% en el masculino (n = 9). La proporción de los menores de 18 meses expuestos al VIH con diagnóstico positivo fue de 2,05%, cifra mayor que del 2017 que fue de 1,94%. Al analizar el dato por el sexo, la proporción de positividad entre las niñas fue de 2,34% y de los niños de 1,79%. En la tabla 36 se muestra este comportamiento en los últimos cuatro años, evidenciándose una disminución con respecto al año anterior.



7. POBLACIÓN MENOR DE 18 MESES, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE VIH

Tabla 36. Proporción de los menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de VIH, 2015 - 2018

Sexo	2015			2016			2017			2018		
	Menores de 18 meses hijos de VIH y Sida	Menores de 18 meses con VIH y Sida	%	Menores de 18 meses hijos de VIH y Sida	Menores de 18 meses con VIH y Sida	%	Menores de 18 meses hijos de VIH y Sida	Menores de 18 meses con VIH y Sida	%	Menores de 18 meses hijos de VIH y Sida	Menores de 18 meses con VIH y Sida	%
Niñas	12	531	2,26	5	512	0,98	11	499	2,20	11	471	2,34
Niños	6	512	1,17	18	548	3,28	9	530	1,70	9	504	1,79
Total	18	1.043	1,73	23	1.060	2,17	20	1.029	1,94	20	975	2,05



7.2.1 Distribución por la entidad territorial

El porcentaje de los menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de infección por VIH según la entidad territorial se describe en la tabla 37. Casanare, Santander y Atlántico fueron los departamentos con mayor porcentaje de casos de menores expuestos al VIH que fueron positivos antes del corte.

Tabla 37. Distribución de los menores de 18 meses de edad con VIH por entidad territorial

Entidad territorial	Casos de VIH	Menores de 18 meses expuestos al VIH	%
Amazonas	0	2	0,00
Antioquia	0	101	0,00
Arauca	0	8	0,00
Atlántico	6	83	7,23
Bogotá, D.C.	0	108	0,00
Bolívar	0	61	0,00
Boyacá	0	9	0,00
Caldas	0	17	0,00
Caquetá	0	9	0,00
Casanare	1	11	9,09
Cauca	2	34	5,88
Cesar	1	54	1,85
Chocó	0	10	0,00
Córdoba	1	37	2,70
Cundinamarca	1	14	7,14
Guaviare	0	5	0,00
Huila	0	27	0,00
La Guajira	0	18	0,00
Magdalena	1	43	2,33
Meta	0	21	0,00
Nariño	0	31	0,00
Norte de Santander	1	34	2,94
Putumayo	0	5	0,00
Quindío	0	7	0,00
Risaralda	0	13	0,00
San Andrés	0	0	0,00
Santander	3	41	7,32

**Tabla 37.** Distribución de los menores de 18 meses de edad con VIH por entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	Casos de VIH	Menores de 18 meses expuestos al VIH	%
Sucre	0	28	0,00
Tolima	0	17	0,00
Valle del Cauca	3	125	2,40
Vaupés	0	0	0,00
Vichada	0	2	0,00
Total	20	975	2,05

7.2.2 Distribución por entidad

Según la distribución por entidad, 38 reportaron casos de menores de 18 meses hijos de madres con VIH; de estas, 10 entidades (26,3%) presentaron casos de menores de 18 meses expuestos al VIH con diagnóstico positivo. Las entidades con mayor número de casos fueron la EPS025 y la ESS091 (tabla 38).

Tabla 38. Porcentaje de los menores de 18 meses expuestos al VIH positivos por entidad

Entidad	Casos de VIH	Menores de 18 meses expuestos al VIH	%
CCF007	0	16	0,0
CCF015	0	4	0,0
CCF023	0	9	0,0
CCF024	0	17	0,0
CCF027	0	4	0,0
CCF033	0	1	0,0
CCF050	0	5	0,0
CCF055	0	37	0,0
EPS002	0	30	0,0
EPS005	0	20	0,0
EPS008	0	14	0,0
EPS010	0	21	0,0
EPS012	0	4	0,0
EPS016	0	42	0,0
EPS017	0	16	0,0
EPS018	1	19	5,3
EPS023	0	4	0,0
EPS025	1	8	12,5

**Tabla 38.** Porcentaje de los menores de 18 meses expuestos al VIH positivos por entidad (continuación)

Entidad	Casos de VIH	Menores de 18 meses expuestos al VIH	%
EPSO33	0	6	0,0
EPSO37	0	39	0,0
EPSO44	0	40	0,0
EPSO45	0	3	0,0
EPSIO3	0	3	0,0
EPSIO4	0	1	0,0
EPSIO5	0	5	0,0
EPSIO6	0	1	0,0
EPSS33	5	72	6,9
EPSS34	0	33	0,0
EPSS40	0	56	0,0
EPSS41	1	43	2,3
ESSO24	5	96	5,2
ESSO62	2	87	2,3
ESSO76	2	29	6,9
ESSO91	1	6	16,7
ESS118	1	65	1,5
ESS133	0	67	0,0
ESS207	1	45	2,2
RESO03	0	7	0,0
Total	20	975	2,1

7.2.3 Características clínicas de los menores de 18 meses de edad con VIH, hijos de madres VIH

En cuanto a las características clínicas de los 20 menores de 18 meses expuestos al VIH positivos, el 55% (n = 11) fue reportado en estadio 1, 3 casos fueron reportados en estadio 2 (15%) y 6 casos en estadio 3 (30%).

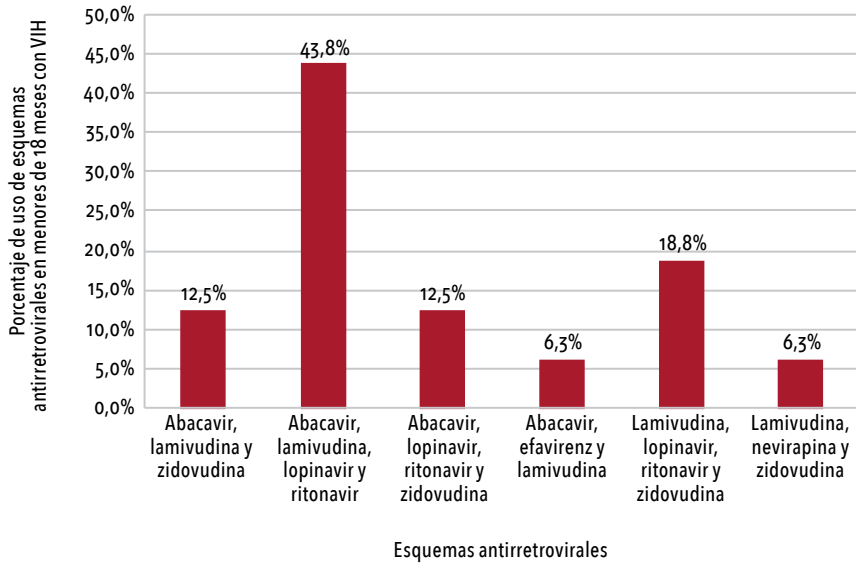
Según la última carga viral reportada, solo 1 caso tenía carga viral indetectable (5%), 6 casos eran detectables, pero menos de 1.000 copias (30%) y 13 casos tenían más de 1.000 copias (65%).

Solo 9 niños tenían resultados de linfocitos T CD4⁺, los valores oscilaron entre 315 y 2.000 células/mm³, (desviación estándar: 556,3 células/mm³). La mediana fue de 1.232 células/mm³ y la media de 1.234 células/mm³.



El 80% (n = 16) de los casos tenían TAR al momento del corte, siendo el esquema más usado: abacavir, lamivudina, lopinavir y ritonavir (figura 40).

Figura 40. Esquemas de tratamiento antirretroviral en los menores de 18 meses expuestos al VIH con diagnóstico positivo





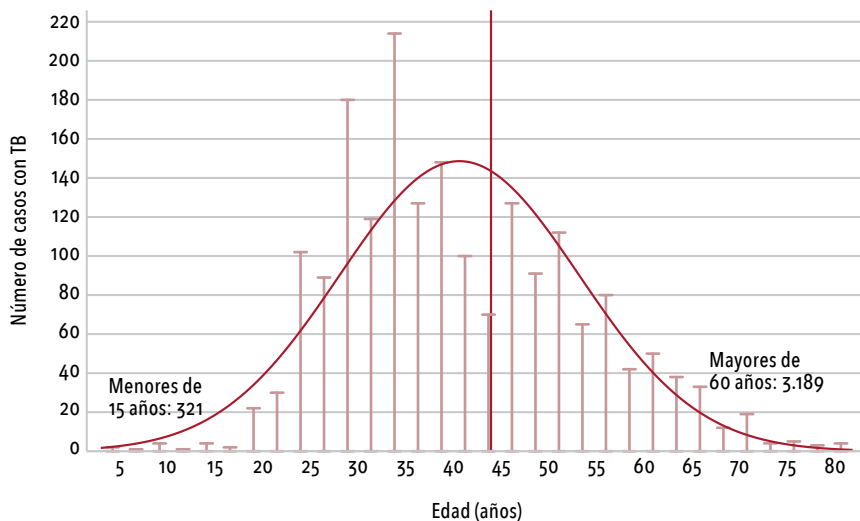
8. POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS

8.1 Características generales de la población con tuberculosis

De acuerdo con los datos del registro administrativo de la CAC con corte a 31 de enero de 2018, 11.238 personas fueron reportadas con diagnóstico de tuberculosis (TB), de las cuáles 5.768 pacientes tenían diagnóstico a la fecha de corte; 2.899 tuvieron TB en los 6 meses previos a la fecha de corte y 2.571 en el primer semestre del periodo. Para este año el número de casos se incrementó en un 2,29% comparado con el reportado en el 2017 que fue de 10.986.

La edad máxima de las personas con diagnóstico de TB en el periodo fue de 99 años, la mínima fue de 1 año. La media de la edad fue de 46,06 años con una DE de 20,11 años y una edad promedio de 44 años. En la figura 41 se muestra la distribución por la edad.

Figura 41. Histograma de la edad en la población con TB





El grupo etario con el mayor número de casos fue el de 25 a 29 años (10,4%), seguido por el grupo entre 30 a 34 años (9,6%). El 2,9% de los casos se encuentran en las personas menores de 15 años, mientras que los mayores de 65 años representan el 20,8% de los casos (tabla 39).

Tabla 39. Grupo de edad de los casos de tuberculosis reportados a Cuenta de Alto Costo

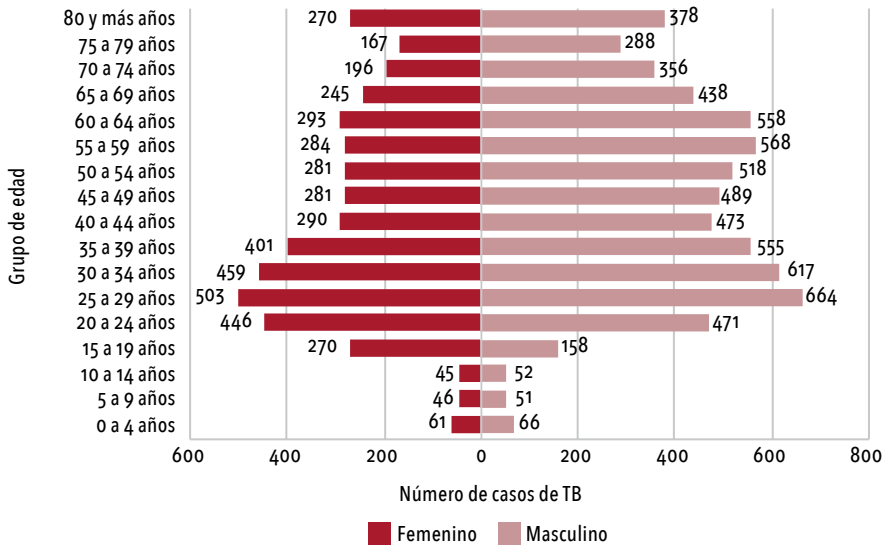
Grupo de edad	Casos de TB	Porcentaje (%)
De 0 a 4 años	127	1,1
De 5 a 9 años	97	0,9
De 10 a 14 años	97	0,9
De 15 a 19 años	428	3,8
De 20 a 24 años	917	8,2
De 25 a 29 años	1.167	10,4
De 30 a 34 años	1.076	9,6
De 35 a 39 años	956	8,5
De 40 a 44 años	763	6,8
De 45 a 49 años	770	6,9
De 50 a 54 años	799	7,1
De 55 a 59 años	852	7,6
De 60 a 64 años	851	7,6
De 65 a 69 años	683	6,1
De 70 a 74 años	552	4,9
De 75 a 79 años	455	4,0
De 80 años y más	648	5,8
Total	11.238	100,0

Según el sexo, el 59,6% (n = 6.700) de los casos se presentaron en el sexo masculino. En la figura 42, se muestra el número de casos por el grupo de edad para ambos sexos.



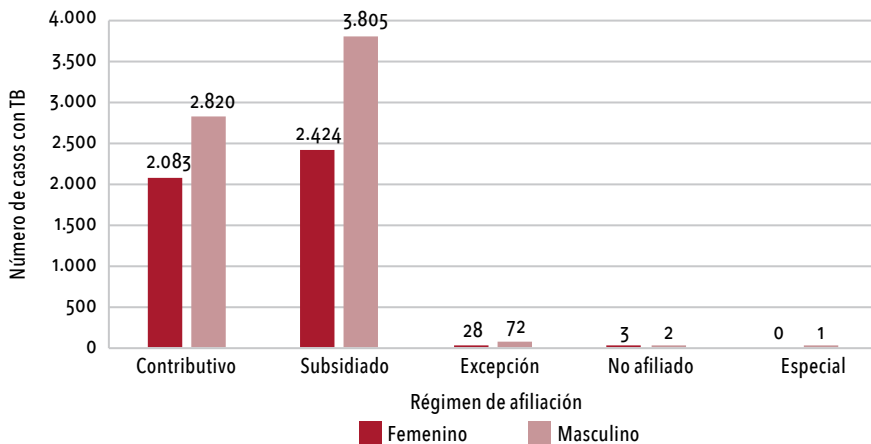
8. POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS

Figura 42. Pirámide poblacional de las personas con tuberculosis reportadas a la Cuenta de Alto Costo



Según el régimen de afiliación, el subsidiado tuvo el mayor número de casos (n = 6.229/55,43%) seguido del contributivo (n = 4.903/43,63%), el de excepción (n = 100/0,89%) y el especial (n = 1/0,01%). El no afiliado tuvo 5 casos (0,04%). En la figura 43 se muestra el número de casos reportados por el régimen de afiliación según el sexo.

Figura 43. Casos de TB por régimen de afiliación





Según la entidad territorial, en Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico se reportó el mayor número de casos (tabla 40, mapa 7).

Tabla 40. Distribución de los casos de tuberculosis por la entidad territorial

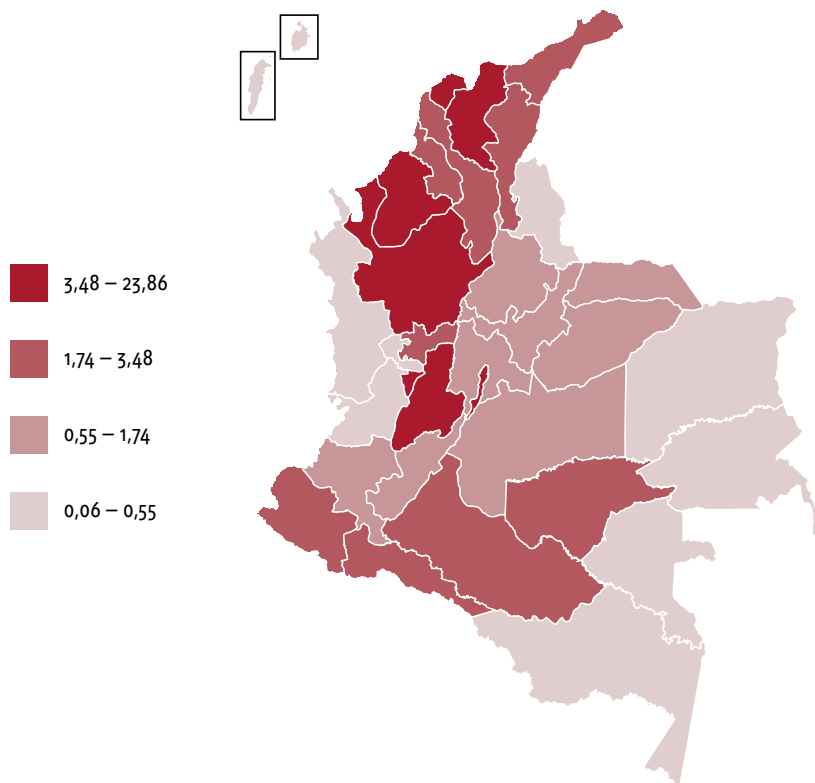
Entidad territorial	n	%
Amazonas	34	0,30
Antioquia	2.681	23,86
Arauca	62	0,55
Atlántico	858	7,63
Bogotá, D.C.	853	7,59
Bolívar	391	3,48
Boyacá	90	0,80
Caldas	363	3,23
Caquetá	238	2,12
Casanare	97	0,86
Cauca	182	1,62
Cesar	244	2,17
Chocó	49	0,44
Córdoba	399	3,55
Cundinamarca	156	1,39
Guainía	0	0,00
Guaviare	38	0,34
Huila	289	2,57
La Guajira	93	0,83
Magdalena	195	1,74
Meta	447	3,98
Nariño	86	0,77
Norte de Santander	335	2,98
Putumayo	22	0,20
Quindío	200	1,78
Risaralda	525	4,67
San Andrés	13	0,12
Santander	511	4,55
Sucre	69	0,61
Tolima	355	3,16



Tabla 40. Distribución de los casos de tuberculosis por la entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	n	%
Valle del Cauca	1.343	11,95
Vaupés	7	0,06
Vichada	13	0,12
Total	11.238	100,00

Mapa 7. Porcentaje de casos de TB



Ahora bien, en cuanto al tamizaje de VIH en la población con TB, del total de casos ($n = 11.238$), el 77,40% ($n = 8.698$) de los casos no tenían infección por el VIH, el 3,6% ($n = 402$) no han sido estudiados para infección por el VIH, el 2,1% aún están sin diagnóstico definitivo de infección por el VIH ($n = 233$), el 0,1% rechaza la prueba de VIH ($n = 8$). El 16,9% de los casos de TB tenían VIH ($n = 1.895$).



8.1.1 Uso de medicamentos antituberculosos

En cuanto a los medicamentos antituberculosos que usan los pacientes con tuberculosis en el momento del corte ($n = 5.768$), los de mayor frecuencia son la isoniacida, la rifampicina y la pirazinamida. En la tabla 41 se muestra el porcentaje de uso de cada uno.

Tabla 41. Uso de medicamentos antituberculosos en los pacientes con TB

Tratamiento antituberculoso	Sin uso del medicamento	Usa el medicamento	Porcentaje de uso (%)
Amikacina	5.748	20	0,35
Ciprofloxacina	5.765	3	0,05
Estreptomina	5.720	48	0,83
Ethambutol	2.967	2.801	48,56
Ethionamida	5.649	119	2,06
Isoniacida	989	4.779	82,85
Pirazinamida	2.926	2.842	49,27
Rifampicina	1.072	4.696	81,41
Rifabutina	5.731	37	0,64

8.2 Características generales de la población con coinfección TB/VIH

Al corte del 31 de enero de 2018, se reportaron a la Cuenta de Alto Costo 95.745 PVV, de las cuales 93.845 no tenían TB (98,02%), 1.030 tenían TB al momento del corte (1,08%), 340 tuvieron TB en los últimos 6 meses (0,36%) y 525 tuvieron TB activa o curada (0,55%). En 5 casos no se disponía de la información (0,01%). Para este año, el reporte de casos de coinfección se incrementó en un 12,7%, dado que para el año 2017, se presentaron 1.681 casos de TB y este año fue de 1.895; sin embargo, sí hubo disminución de la coinfección al realizar la comparación entre el porcentaje de coinfección entre VIH y TB del 2017 y 2018, encontrando que para el 2017 fue de 2,03% y para este año de 1,97%.

De las coinfecciones con TB/VIH ($n = 1.895$) el 54,17% ($n = 1.030$) de los casos tenían tuberculosis en el momento de la fecha de corte, el 17,94% tuvo TB en los últimos 6 meses, pero estaban curados en la fecha de corte ($n = 340$) y el 27,70% tuvo TB en el periodo del 1° de febrero de 2017 al 31 de julio de 2017 ($n = 525$).

Según el sexo, el 78,79% ($n = 1.493$) de las coinfecciones ocurrieron en el sexo masculino. El rango de edad de las personas con coinfección TB/VIH estuvo entre 3 y 82 años, con una edad media de 40,7 años, DE 12,6 años y mediana de 39 años. El grupo de edad de mayor prevalencia fue de 30 a 34 años tanto a nivel general como por el sexo. En la tabla 42 se muestra la distribución de los casos de coinfección de TB y VIH por el grupo de edad y el sexo.

**Tabla 42.** Proporción de los casos de TB por el sexo según el grupo de edad

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
De 0 a 4 años	1	0,2	1	0,1	2	0,1
De 5 a 9 años	1	0,2	1	0,1	2	0,1
De 10 a 14 años	2	0,5	5	0,3	7	0,4
De 15 a 19 años	1	0,2	11	0,7	12	0,6
De 20 a 24 años	25	6,2	72	4,8	97	5,1
De 25 a 29 años	49	12,2	215	14,4	264	13,9
De 30 a 34 años	65	16,2	249	16,7	314	16,6
De 35 a 39 años	60	14,9	227	15,2	287	15,1
De 40 a 44 años	54	13,4	171	11,5	225	11,9
De 45 a 49 años	55	13,7	163	10,9	218	11,5
De 50 a 54 años	42	10,4	135	9,0	177	9,3
De 55 a 59 años	28	7,0	94	6,3	122	6,4
De 60 a 64 años	8	2,0	80	5,4	88	4,6
De 65 a 69 años	7	1,7	38	2,5	45	2,4
De 70 a 74 años	2	0,5	21	1,4	23	1,2
De 75 a 79 años	1	0,2	7	0,5	8	0,4
De 80 años y más	1	0,2	3	0,2	4	0,2
Total	402	100	1.493	100,0	1.895	100,0

Según el régimen de afiliación, el 63,43% de los casos de coinfección ocurrieron en el subsidiado (n = 1.202), el 34,51% en el contributivo (n = 654) y 1,90% en el régimen de excepción (n = 36). En el régimen especial solo se presentó un caso (0,05%). Se identificaron 2 casos de no afiliados (0,11%). Al revisar la prevalencia de la coinfección TB-VIH entre los regímenes contributivo y subsidiado, este último tiene una mayor coinfección (tabla 43).

Tabla 43. Porcentaje de coinfección de TB/VIH por el régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Casos de TB	Casos de VIH	Porcentaje de coinfección TB/VIH (%)
Contributivo	654	56.001	1,17
Subsidiado	1.202	37.266	3,23
Especial	1	19	5,26
Excepción	36	2.421	1,49
No afiliado	2	38	5,26
Total	1.895	95.745	1,98



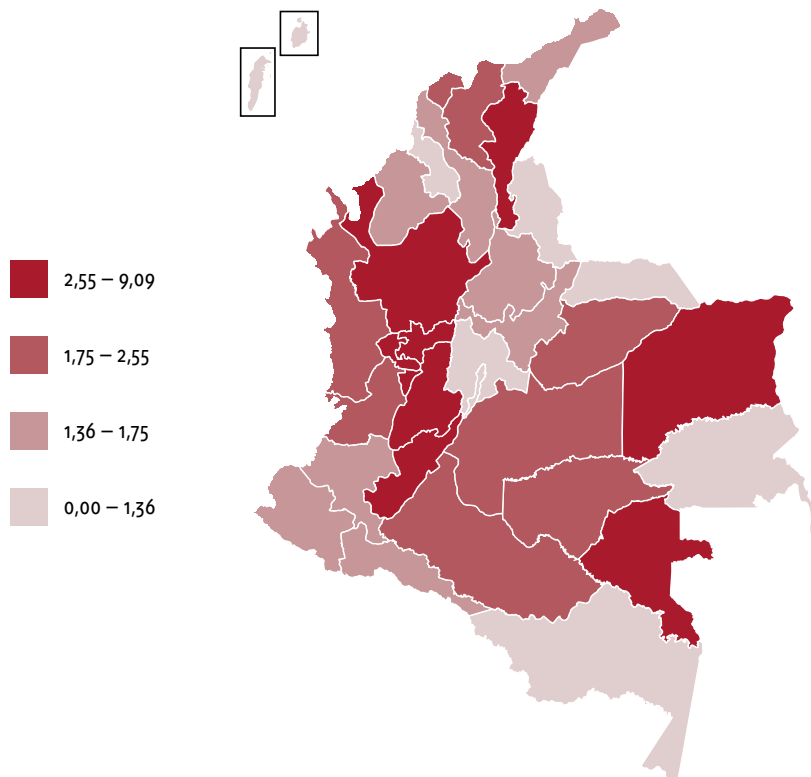
Según el departamento, Vaupés y Vichada presentan más casos de coinfección TB/VIH (tabla 44 y mapa 8).

Tabla 44. Proporción de los casos de coinfección TB/VIH por entidad territorial

Ente territorial	Casos de VIH	Casos de VIH con TBC durante el periodo	Porcentaje de coinfección TB/VIH (%)
Amazonas	76	1	1,32
Antioquia	16.310	446	2,73
Arauca	209	2	0,96
Atlántico	6.096	141	2,31
Bogotá, D.C.	22.160	233	1,05
Bolívar	3.906	65	1,66
Boyacá	625	9	1,44
Caldas	1.768	89	5,03
Caquetá	313	7	2,24
Casanare	564	14	2,48
Cauca	1.250	21	1,68
Cesar	1.920	49	2,55
Chocó	228	4	1,75
Córdoba	3.242	44	1,36
Cundinamarca	2.209	23	1,04
Guainía	12	0	0,00
Guaviare	99	2	2,02
Huila	1.529	41	2,68
La Guajira	808	13	1,61
Magdalena	2.352	47	2,00
Meta	1.911	37	1,94
Nariño	1.333	21	1,58
Norte de Santander	2.902	36	1,24
Putumayo	234	4	1,71
Quindío	1.979	51	2,58
Risaralda	2.519	106	4,21
San Andrés	92	0	0,00
Santander	3.556	58	1,63
Sucre	1.585	16	1,01

Tabla 44. Proporción de los casos de coinfección TB/VIH por entidad territorial (continuación)

Ente territorial	Casos de VIH	Casos de VIH con TBC durante el periodo	Porcentaje de coinfección TB/VIH (%)
Tolima	1.624	57	3,51
Valle del Cauca	12.311	256	2,08
Vaupés	11	1	9,09
Vichada	12	1	8,33
Total	95.745	1.895	1,98

Mapa 8. Porcentaje de coinfección TB/VIH (x 100 habitantes)

Del total de casos que tienen TB al momento del corte ($n = 1.030$), 769 se encontraban con tratamiento antirretroviral, es decir el 74,7% y 894 se encontraban en tratamiento para tuberculosis (86,8%). En la tabla 45 se muestra la información por el régimen de afiliación.

**Tabla 45.** Porcentaje de uso de TAR y tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH por el régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Coinfección TB/VIH	Coinfección TB/VIH con TAR	Porcentaje de TAR (%)	Coinfección TB/VIH con tratamiento antituberculoso	Porcentaje de tratamiento antituberculoso (%)
Contributivo	320	278	86,9	304	95,0
Especial	1	1	100,0	0	0,0
No afiliado	2	0	0,0	1	50,0
Excepción	13	4	30,8	10	76,9
Subsidiado	694	486	70,0	579	83,4
Total	1.030	769	74,7	894	86,8

Al revisar la información por la entidad territorial, se observó menos cobertura de TAR en los casos de coinfección en Huila, Sucre y Meta y menos cobertura del tratamiento antirretroviral en Chocó y Guaviare (tabla 46).

Tabla 46. Porcentaje de uso de la TAR y tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH por entidad territorial

Entidad territorial	Coinfección TB/VIH	Coinfección TB/VIH con TAR	Porcentaje de TAR (%)	Coinfección TB/VIH con tratamiento antituberculoso	Porcentaje de tratamiento antituberculoso (%)
Amazonas	1	0	0,0	1	100,0
Antioquia	257	201	78,2	223	86,8
Arauca	1	0	0,0	1	100,0
Atlántico	76	50	65,8	68	89,5
Bogotá, D.C.	113	74	65,5	102	90,3
Bolívar	38	35	92,1	31	81,6
Boyacá	5	5	100,0	5	100,0
Caldas	47	37	78,7	36	76,6
Caquetá	4	4	100,0	2	50,0
Casanare	10	10	100,0	10	100,0
Cauca	11	9	81,8	11	100,0
Cesar	31	20	64,5	27	87,1
Chocó	1	0	0,0	0	0,0
Córdoba	26	22	84,6	24	92,3
Cundinamarca	11	11	100,0	10	90,9
Guaviare	1	0	0,0	0	0,0
Huila	28	14	50,0	23	82,1



8. POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS

Tabla 46. Porcentaje de uso de la TAR y tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH por entidad territorial (continuación)

Entidad territorial	Coinfección TB/VIH	Coinfección TB/VIH con TAR	Porcentaje de TAR (%)	Coinfección TB/VIH con tratamiento antituberculoso	Porcentaje de tratamiento antituberculoso (%)
La Guajira	9	7	77,8	9	100,0
Magdalena	32	21	65,6	29	90,6
Meta	24	13	54,2	20	83,3
Nariño	5	5	100,0	5	100,0
Norte de Santander	17	17	100,0	11	64,7
Putumayo	1	1	100,0	1	100,0
Quindío	35	29	82,9	27	77,1
Risaralda	46	29	63,0	44	95,7
Santander	31	23	74,2	27	87,1
San Andrés	0	0	*	0	*
Sucre	10	5	50,0	8	80,0
Tolima	13	12	92,3	13	100,0
Valle del Cauca	145	114	78,6	125	86,2
Vichada	1	1	100,0	1	100,0
Total	1.030	769	74,7	894	86,8

*No se presentaron casos, por lo tanto, no se calcula el indicador

Ahora bien, en cuanto al esquema TAR más usado en esta población fue el de efavirenz / tenofovir / emtricitabina (41,0%). En la tabla 47 se muestran los esquemas que fueron usados con mayor frecuencia; donde el 74,3% de las PVV con coinfección de TB activa al momento del corte presentaron alguna de estas combinaciones. Los demás esquemas fueron usados en menos del 2% presentando múltiples combinaciones.

Tabla 47. Esquemas de TAR usados en las personas con coinfección TB/VIH

Esquema	n	%
Efavirenz, tenofovir, emtricitabina	315	41,0
Abacavir, efavirenz, lamivudina	108	14,0
Tenofovir, emtricitabina, raltegravir	76	9,9
Efavirenz, lamivudina, zidovudina	47	6,1
Atazanavir, ritonavir, tenofovir, emtricitabina	25	3,3
Total	571	74,3



9. INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGO Y DE CONSENSO

9.1 Indicadores de gestión de riesgo

Desde el inicio de la Cuenta de Alto Costo, fueron planteados por parte del equipo técnico la medición de 8 indicadores que permitieran evaluar la gestión del riesgo de las entidades que atendían pacientes con VIH, los cuales se concentran en la detección temprana de los pacientes con esta enfermedad, el tratamiento adecuado medido a través de la cobertura de la terapia antirretroviral y del seguimiento del estado virológico e inmunológico de los pacientes.

Cada uno de los indicadores fue analizado originando un resultado y comparándose con las metas establecidas para cada uno de ellos y los resultados de años previos. En la tabla 48 se muestra el listado de indicadores y la semaforización.

Tabla 48. Semaforización de los indicadores de gestión del riesgo

Indicador	Rango		
	Alto	Medio	Bajo
1. Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
2. Porcentaje de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	● 100	*	● <100
3. Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
4. Porcentaje de cobertura de tratamiento antirretroviral indicada	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
5. Realización de CD4 en PVV en el periodo, sin tratamiento antirretroviral en el corte	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
6. Realización carga viral para PVV en el periodo, con tratamiento antirretroviral en el corte	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
7. PVV con tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable	● >90	● 70 a 89,9	● <70
8. PVV con detección temprana en incidentes	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85

*No tiene rango medio

PVV: Personas que viven con el VIH

En la tabla 49 se resumen los resultados de los indicadores de gestión del riesgo y en las tablas 50a y 50b se discriminan por la entidad que reporta.



En resumen, de los 8 indicadores, el relacionado con el porcentaje de la cobertura de la terapia antirretroviral indicada disminuyó en comparación con el año anterior pasando de 94,7% a 83,7%, por lo tanto, se pasó de un indicador de rango medio a uno de rango bajo. El indicador de transmisión materno infantil en los menores de 6 meses expuestos, también disminuyó 0,8 puntos porcentuales continuando en rango bajo. Los demás indicadores mejoraron su puntuación encontrando aumento de las puntuaciones entre 0,4% y 13,1% con un promedio de 4,1% y continuando en los mismos rangos del año anterior.

Tabla 49. Indicadores de gestión del riesgo 2012 - 2018

Ind.	Nombre del indicador	Años						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH	● 61,3%	● 86,2%	● 70,5%	● 78,9%	● 85,5%	● 89,0%	● 91,2%
2	Porcentaje de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	● 77%	● 82,8%	● 96,3%	● 96,1%	● 92,8%	● 86,5%	● 91,4%
3	Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos	● 23,5%	● 40,49%	● 47,3%	● 58,3%	● 70,6%	● 75,0%	● 73,0%
4	Porcentaje de cobertura de terapia antirretroviral indicada	● 98,4%	● 99,9%	● 95,5%	● 95,8%	● 94,2%	● 94,7%	● 83,7%
5	Realización de linfocitos T CD4+ en PVV en el periodo, sin terapia antirretroviral en el corte	● 67,8%	● 84,4%	● 55,7%	● 54,1%	● 53,1%	● 44,7%	● 57,8%
6	Realización carga viral para PVV en el periodo, con terapia antirretroviral en el corte	***	● 86,7%	● 63,6%	● 79,3%	● 86,7%	● 85,9%	● 87,7%
7	PVV con terapia antirretroviral con carga viral indetectable	***	***	***	● 51,4%	● 57,5%	● 66,8%	● 68,0%
8	PVV con detección temprana en incidentes	***	***	***	● 57,4%	● 60,0%	● 59,0%	● 58,8%

*** No se disponía de la información para la medición del indicador en este periodo



Tabla 50a. Indicadores de gestión del riesgo (1 al 4), 2018

Entidad	1- Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH	2- Porcentaje de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	3- Estudio de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 6 meses expuestos	4- Porcentaje de cobertura de terapia antirretroviral indicada
	≥95	100,0	≥95	≥95
	85 a 94,9	***	85 a 94,9	85 a 94,9
	<85	<100	<85	<85
13001	***	***	***	***
20000	***	***	***	***
25000	***	***	***	***
41000	***	***	***	***
54000	***	***	***	***
63000	***	***	***	● 71,4
68000	***	***	***	***
76000	***	***	***	● 75,0
91000	***	***	***	● 100,0
CCF007	● 92,8	● 60,0	● 54,5	● 81,9
CCF015	● 85,4	***	● 75,0	● 83,7
CCF023	● 99,9	● 0,0	● 50,0	● 97,6
CCF024	● 100,0	● 100,0	● 77,8	● 82,1
CCF027	● 68,4	● 100,0	● 50,0	● 93,9
CCF033	● 78,7	***	● 100,0	● 95,4
CCF050	● 70,8	● 100,0	● 50,0	● 90,1
CCF053	● 54,7	***	***	● 97,9
CCF055	● 96,1	● 71,4	● 52,2	● 59,2
CCF102	● 91,9	***	***	***
EAS016	● 60,0	***	***	● 100,0
EAS027	● 83,3	***	***	● 66,7
EMP017	***	***	***	● 50,0
EPS001	● 99,8	***	***	● 86,6
EPS002	● 100,0	● 100,0	● 94,1	● 93,9
EPS005	● 85,4	● 100,0	● 91,7	● 92,5
EPS008	● 89,8	● 100,0	● 100,0	● 96,9
EPS010	● 99,4	● 100,0	● 66,7	● 91,1
EPS012	● 97,9	● 100,0	● 100,0	● 89,1
EPS016	● 98,1	● 100,0	● 86,2	● 95,6
EPS017	● 91,8	● 66,7	● 30,0	● 87,6
EPS018	● 43,9	● 100,0	● 80,0	● 88,6



Tabla 50a. Indicadores de gestión del riesgo (1 al 4), 2018 (continuación)

Entidad	1- Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH	2- Porcentaje de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	3- Estudio de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 6 meses expuestos	4- Porcentaje de cobertura de terapia antirretroviral indicada
	≥95	100,0	≥95	≥95
	85 a 94,9	***	85 a 94,9	85 a 94,9
	<85	<100	<85	<85
EPS022	● 51,1	***	***	● 82,2
EPS023	● 93,0	***	● 75,0	● 82,7
EPS025	● 96,4	● 100,0	● 66,7	● 91,8
EPS033	● 96,5	***	● 83,3	● 92,5
EPS037	● 96,1	● 92,3	● 80,0	● 81,4
EPS044	● 99,0	● 100,0	● 68,8	● 83,2
EPS045	● 98,2	● 100,0	● 50,0	● 90,3
EPSI01	● 71,5	***	***	● 93,5
EPSI03	● 76,0	***	● 100,0	● 81,9
EPSI04	● 98,5	● 100,0	***	● 92,3
EPSI05	● 99,3	● 100,0	● 66,7	● 16,3
EPSI06	● 79,8	***	● 100,0	● 47,6
EPSS33	● 99,2	● 100,0	● 61,5	● 90,3
EPSS34	● 75,7	● 16,7	● 53,8	● 51,6
EPSS40	● 93,6	● 84,2	● 45,9	● 86,4
EPSS41	● 85,7	● 85,7	● 66,7	● 63,7
ESS002	● 79,9	***	***	● 41,0
ESS024	● 94,6	● 93,5	● 72,6	● 75,4
ESS062	● 95,7	● 100,0	● 97,9	● 84
ESS076	● 95,9	● 91,7	● 64,7	● 7,0
ESS091	● 81,0	● 100,0	● 66,7	● 95,4
ESS118	● 94,6	● 95,8	● 78,0	● 90,1
ESS133	● 94,3	● 100,0	● 92,5	● 90,4
ESS207	● 99,5	● 100,0	● 81,3	● 94,0
RES001	***	***	***	● 83,9
RES003	● 80,9	● 100,0	● 100,0	● 14,3
RES009	● 100,0	***	***	● 100,0
RES011	***	***	***	● 100,0
RES012	● 100,0	***	***	● 100,0
REUE09	***	***	***	***
Total	● 91,2	● 91,4	● 73,0	● 83,7

*** No hay datos para el cálculo del indicador



Tabla 50b. Indicadores de gestión del riesgo (5 al 8), 2018

Entidad	5-PVV sin terapia antirretroviral en el corte con realización de prueba de conteo de linfocitos T CD4 ⁺	6-Realización carga viral para PVV en el periodo, con terapia antirretroviral en el corte	7-PVV con terapia antirretroviral con carga viral indetectable	8-Detección temprana en personas incidentes de VIH en el periodo
	≥95	≥95	>90	≥95
	85 a 94,9	85 a 94,9	70 a 89,9	85 a 94,9
	<85	<85	<70	<85
13001	● 100,0	***	***	***
20000	● 0,0	***	***	***
25000	● 50,0	***	***	***
41000	● 0,0	***	***	***
54000	● 0,0	***	***	***
63000	● 25,0	● 60,0	● 40	***
68000	● 25,0	***	***	***
76000	● 0,0	● 100,0	● 100,0	***
91000	***	***	***	***
CCF007	● 62,9	● 90,6	● 44,3	● 54,3
CCF015	● 41,7	● 70,7	● 38,6	● 43,4
CCF023	● 25,0	● 76,3	● 46,4	● 51,9
CCF024	● 50,5	● 93,8	● 69,9	● 55,8
CCF027	● 50,0	● 93,0	● 60,4	● 60,5
CCF033	● 50,0	● 95,9	● 66,4	● 40,0
CCF050	● 73,7	● 96,5	● 67,2	● 41,7
CCF053	● 60,0	● 80,3	● 56,6	● 57,9
CCF055	● 78,9	● 83,6	● 46,3	● 34,3
CCF102	● 59,4	***	***	● 0,0
EAS016	***	● 78,3	● 60,0	● 100,0
EAS027	● 31,3	● 79,4	● 54,5	● 28,6
EMP017	● 0,0	● 100,0	***	● 100,0
EPS001	● 75,9	● 89,9	● 83,2	● 75,0
EPS002	● 37,9	● 90,3	● 66,5	● 62,1
EPS005	● 32,0	● 92,9	● 75,4	● 68,0
EPS008	● 37,7	● 88,9	● 72,3	● 61,4
EPS010	● 38,1	● 90,8	● 73,3	● 76,9
EPS012	● 17,0	● 85,3	● 47,6	● 57,1
EPS016	● 34,2	● 88,1	● 70,2	● 60,1
EPS017	● 44,1	● 86,1	● 68,5	● 70,0
EPS018	● 44,2	● 89,4	● 73,8	● 60,9



Tabla 50b. Indicadores de gestión del riesgo (5 al 8), 2018 (continuación)

Entidad	5-PVV sin terapia antirretroviral en el corte con realización de prueba de conteo de linfocitos T CD4 ⁺	6-Realización carga viral para PVV en el periodo, con terapia antirretroviral en el corte	7-PVV con terapia antirretroviral con carga viral indetectable	8-Detección temprana en personas incidentes de VIH en el periodo
	≥95	≥95	>90	≥95
	85 a 94,9	85 a 94,9	70 a 89,9	85 a 94,9
	<85	<85	<70	<85
EPS022	● 69,2	● 83,6	● 55,2	● 39,1
EPS023	● 29,1	● 69,8	● 52,6	● 55,8
EPS025	● 76,5	● 98,6	● 62,9	● 65,6
EPS033	● 38,5	● 95,4	● 73,2	● 45,5
EPS037	● 78,2	● 90,5	● 79,7	● 60,9
EPS044	● 42,8	● 70,3	● 62,2	● 57,7
EPS045	● 35,4	● 69,8	● 31,9	● 33,3
EPSI01	● 33,3	● 96,0	● 50,7	***
EPSI03	● 63,0	● 94,2	● 57,0	● 37,8
EPSI04	● 75,0	● 94,4	● 45,1	● 50,0
EPSI05	● 91	● 88,9	● 66,7	● 57,7
EPSI06	● 72,4	● 100,0	● 71,4	● 40,0
EPSS33	● 41,3	● 94,6	● 60,9	● 48,9
EPSS34	● 67,0	● 90,0	● 71,7	● 47,7
EPSS40	● 23,9	● 87,9	● 58,3	● 47,1
EPSS41	● 74,9	● 88,6	● 57,2	● 47,3
ESS002	● 55,7	● 95,7	● 72,4	● 54,5
ESS024	● 70,1	● 94,1	● 65,3	● 48,0
ESS062	● 56,0	● 94,3	● 63,2	● 52,9
ESS076	● 75,1	● 80,6	● 70,0	● 55,7
ESS091	● 57,9	● 91,1	● 60,2	● 51,2
ESS118	● 55,7	● 98,2	● 74,7	● 56,2
ESS133	● 21,4	● 92,0	● 56,2	● 50,2
ESS207	● 37,6	● 96,7	● 73,6	● 47,9
RES001	● 49,7	● 57,7	● 52,1	● 81,0
RES003	● 89,6	● 92,2	● 57,7	● 57,8
RES009	***	● 100,0	***	***
RES011	***	● 50,0	● 50,0	● 100
RES012	***	● 100,0	● 66,7	***
REUE09	● 100,0	***	***	***
Total	● 57,8	● 87,7	● 68,0	● 58,8

*** No hay datos para el cálculo del indicador



9.2 Indicadores de consenso

La Cuenta de Alto Costo reporta desde el 2014, los indicadores propuestos en el documento técnico “Consenso de indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas que viven con el VIH (PVV) en Colombia” (10). De los 17 indicadores consensuados, se dispone de los datos para el cálculo de 13 de ellos, dado que la normatividad actual no dispone de todas las variables para el cálculo de los indicadores.

A continuación, se describen los 13 indicadores que dan cuenta del seguimiento de la PVV; cada uno de ellos tiene una meta estándar y se interpreta según su valor como: rango adecuado, medio y bajo, según lo dispuesto en la tabla 51.

Tabla 51. Estándar de medición de los indicadores de consenso

Ind.	Nombre del indicador (Consenso VIH 2014)	Rango		
		Adecuado	Medio	Bajo
1	Proporción de PVV que reciben atención por médico experto	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
2	PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4 ⁺ en la valoración inicial	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
3	Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte con realización de carga viral en la valoración inicial	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
4	Proporción de PVV con realización de linfocitos totales en la valoración inicial	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
5	Proporción de PVV con realización de PPD (anual)	● ≥80	● ≥50 y <80	● <50
6	Proporción de PVV con seguimiento de linfocitos T CD4 ⁺ y carga viral en los últimos 6 meses	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
7	Proporción de PVV con tamizaje para sífilis anual	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
8	Proporción de PVV con valoración de riesgo cardiovascular anual	● ≥80	● ≥60 y <80	● <60
9	Proporción de TAR en PVV gestantes	● 100,0	● ≥95 y <100	● <95
10	Proporción de PVV con prescripción adecuada de terapia antirretroviral	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
11	Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral	● ≥80	● ≥60 y <80	● <60
12	Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral	● ≥80	● ≥70 y <80	● <70
13	Proporción de PVV con estudio de resistencias en el fracaso virológico	● ≥90	● ≥70 y <90	● <70
14	Proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral	● <30	● ≥30 y <40	● ≥40
15	Proporción de PVV en terapia por tuberculosis latente	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
16	Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
17	Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90

*** No se midieron estos indicadores



En la tabla 52, se describe el promedio general de cada uno de los indicadores y en las tablas 53a, 53b y 53c se listan los indicadores por la entidad que reporta.

De los 13 indicadores, 10 mejoraron entre 0,1 y 12 puntos porcentuales con un promedio de 4,9%, manteniéndose en el mismo rango del año anterior. El indicador de proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral es el único indicador que se mantiene en rango alto. Los indicadores relacionados con la atención por médico experto, uso de TAR en PVV gestantes, uso del tratamiento antirretroviral y TB en las personas con coinfección TB/VIH disminuyeron entre 0,4% y 14,5% comparado con el año anterior con un promedio de 7,0%. El indicador relacionado con uso de TAR en PVV gestantes disminuyó pasando del 96,8% al 82,3%.

Tabla 52. Indicadores de consenso 2014 - 2018

Ind.	Nombre del indicador (Consenso VIH 2014)	Años				
		2014	2015	2016	2017	2018
1	Proporción de PVV que reciben atención por médico experto	● 93,3 %	● 94,0 %	● 92,9 %	● 93,3%	● 92,9%
2	PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4+ en la valoración inicial	● 63,4%	● 65,7%	● 75,0 %	● 78,1 %	● 86,9%
3	Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte con realización de carga viral en la valoración inicial	***	***	***	***	***
4	Proporción de PVV con realización de linfocitos totales en la valoración inicial	● 52,5%	● 52,2%	● 66,5%	● 64,0%	● 76,0%
5	Proporción de PVV con realización de PPD (anual)	● 14,6 %	● 22,5%	● 33,9%	● 38,8%	● 46,8%
6	Proporción de PVV con seguimiento de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses	● 69,5 %	● 72,8%	● 74%	● 73,1%	● 73,9%
7	Proporción de PVV con tamizaje para sífilis anual	***	***	***	***	***
8	Proporción de PVV con valoración de riesgo cardiovascular anual	***	***	***	***	***
9	Proporción de TAR en PVV gestantes	● 82,6 %	● 93,7%	● 95,1 %	● 96,8%	● 82,3%
10	Proporción de PVV con prescripción adecuada de terapia antirretroviral	● 68,8 %	● 67,0 %	● 57,7%	● 69,1%	● 72,0%
11	Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral	● 54,4 %	● 80,6 %	● 87,3%	● 76,2%	● 70,2%



9. INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGO Y DE CONSENSO

Tabla 52. Indicadores de consenso 2014 - 2018 (continuación)

Ind.	Nombre del indicador (Consenso VIH 2014)	Años				
		2014	2015	2016	2017	2018
12	Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral	● 50,1 %	● 55,0%	● 61,2%	● 63,1%	● 64,4%
13	Proporción de PVV con estudio de resistencias en el fracaso virológico	***	***	***	***	***
14	Proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral	● 8,1%	● 9,7 %	● 7,2 %	● 7,4%	● 5,8%
15	Proporción de PVV en terapia por tuberculosis latente	● 12,8 %	● 18,0 %	● 27,8 %	● 28,6%	● 28,7%
16	Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis Jiroveci</i>	● 43,2%	● 50,0 %	● 56,4 %	● 61,7%	● 66,8%
17	Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)	● 31,5 %	● 39,3 %	● 45,1 %	● 46,1%	● 54,9%

Los indicadores 3, 7, 8, y 13 no se han calculado.

Tabla 53a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2018

Entidad	1-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte que reciben atención por médico experto	2-Proporción de PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4 ⁺ en la valoración inicial	4-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte con linfocitos totales en la valoración inicial	5-Proporción de PVV con realización de PPD anual
	≥ 95	≥ 95	≥ 95	≥ 80
	≥ 90 y < 95	≥ 90 y < 95	≥ 90 y < 95	≥ 50 y < 80
	< 90	< 90	< 90	< 50
13001	● 100,0	***	***	● 0,0
20000	● 100,0	***	***	***
25000	● 100,0	***	***	● 0,0
41000	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
54000	● 100,0	***	***	***
63000	● 33,3	● 0,0	● 0,0	● 0,0
68000	● 0,0	***	***	● 0,0
76000	● 0,0	***	***	● 0,0
91000	***	***	***	***
CCF007	● 100,0	● 93,9	● 72,7	● 38,3



Tabla 53a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2018 (continuación)

Entidad	1-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte que reciben atención por médico experto	2-Proporción de PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4+ en la valoración inicial	4-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte con linfocitos totales en la valoración inicial	5-Proporción de PVV con realización de PPD anual
	≥ 95	≥95	≥95	≥80
	≥90 y <95	≥90 y <95	≥90 y <95	≥50 y <80
	<90	<90	<90	<50
CCF015	● 93,1	● 80,2	● 79,0	● 23,7
CCF023	● 28,6	● 100,0	● 100,0	● 8,5
CCF024	● 94,8	● 92,9	● 88,6	● 54,6
CCF027	● 92,5	● 91,7	● 91,7	● 83,8
CCF033	● 100,0	● 85,7	● 85,7	● 6,1
CCF050	● 100,0	● 40	● 40,0	● 47,4
CCF053	● 100,0	● 93,8	● 81,3	● 63,8
CCF055	● 98,9	● 74,3	● 45,9	● 20,3
CCF102	● 100,0	● 0,0	● 0,0	● 60,0
EAS016	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 6,3
EAS027	● 71,4	● 85,7	● 71,4	● 34,7
EMP017	● 50,0	● 100,0	● 100,0	● 0,0
EPS001	● 98,0	● 90,6	● 81,3	● 5,6
EPS002	● 95,0	● 95,1	● 85,4	● 55,3
EPS005	● 99,7	● 94,5	● 91,7	● 42,8
EPS008	● 98,9	● 92,7	● 78,5	● 51,2
EPS010	● 99,7	● 98,5	● 92,6	● 34,3
EPS012	● 77,3	● 82,7	● 91,4	● 21,7
EPS016	● 70,0	● 83,4	● 60,0	● 50,4
EPS017	● 95,2	● 90,9	● 84,1	● 62,9
EPS018	● 98,7	● 92,1	● 32,5	● 62,3
EPS022	● 100,0	● 50,0	● 30,0	● 49,3
EPS023	● 97,6	● 85,6	● 75,6	● 65,4
EPS025	● 97,2	● 90,0	● 53,3	● 85,5
EPS033	● 100,0	● 75,0	● 68,8	● 53,4
EPS037	● 98,8	● 84,5	● 75,3	● 48,6
EPS044	● 95,1	***	***	● 45,7



Tabla 53a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2018 (continuación)

Entidad	1-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte que reciben atención por médico experto	2-Proporción de PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4+ en la valoración inicial	4-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del periodo de reporte con linfocitos totales en la valoración inicial	5-Proporción de PVV con realización de PPD anual
	≥ 95	≥95	≥95	≥80
	≥90 y <95	≥90 y <95	≥90 y <95	≥50 y <80
	<90	<90	<90	<50
EPS045	● 97,9	***	***	● 41,4
EPSI01	***	***	***	● 88,3
EPSI03	● 92,9	● 90,3	● 90,3	● 66,5
EPSI04	● 0,0	● 87,5	● 87,5	● 39,5
EPSI05	● 92,6	● 90,5	● 85,7	● 70,2
EPSI06	● 80,0	● 75,0	● 75,0	● 61,9
EPSS33	● 99,4	● 65,9	● 62,6	● 50,6
EPSS34	● 97,7	● 72,4	● 68,4	● 63,4
EPSS40	● 89,3	● 78,1	● 63,7	● 47,8
EPSS41	● 100,0	● 85,3	● 75,5	● 46,8
ESS002	● 95,7	● 90,0	● 90,0	● 30,6
ESS024	● 90,1	● 82,1	● 70,9	● 38,4
ESS062	● 95,1	● 82,4	● 59,1	● 72,1
ESS076	● 100,0	● 78,8	● 61,0	● 24,8
ESS091	● 52,3	● 65,0	● 42,5	● 36,0
ESS118	● 80,5	● 80,4	● 75,0	● 38,6
ESS133	● 99,6	● 88,9	● 81,9	● 39,8
ESS207	● 99,8	● 91,3	● 86,8	● 49,5
RES001	● 58,0	● 74,5	● 51,1	● 23,1
RES003	● 100,0	● 88,8	● 86,5	● 51,8
RES009	***	***	***	● 0,0
RES011	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 0,0
RES012	***	***	***	● 66,7
REUE09	● 0,0	● 100,0	● 100,0	***
Total	● 92,9	● 86,9	● 76,0	● 46,8

*** No hay datos para el cálculo del indicador

PPD: prueba cutánea de derivado proteico purificado



Tabla 53b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2018

Entidad	6-Proporción de PVV con seguimiento de linfocitos T CD4 ⁺ y carga viral en los últimos 6 meses	9-Proporción de terapia antirretroviral en PVV gestantes	10-Proporción de PVV con prescripción de terapia antirretroviral inicial de acuerdo a las pautas de elección definidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) Colombiana	11-Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral
	≥95	100,0	≥95	≥80
	≥90 y <95	≥95 y <100	≥90 y <95	≥60 y <80
	<90	<95	<90	<60
13001	● 100,0	***	● 0,0	***
20000	***	***	● 100,0	● 0,0
25000	● 50,0	***	● 0,0	***
41000	● 0,0	***	***	***
54000	● 0,0	***	***	***
63000	● 45,5	***	● 100,0	***
68000	● 0,0	***	***	***
76000	● 20,0	***	● 100,0	***
91000	● 0,0	***	***	***
CCF007	● 78,0	● 100,0	● 72,6	● 100,0
CCF015	● 46,6	● 87,5	● 72,1	● 62,5
CCF023	● 64,5	● 100,0	● 73,5	● 100,0
CCF024	● 82,4	● 100,0	● 42,4	● 54,5
CCF027	● 83,0	● 87,5	● 85,7	● 100,0
CCF033	● 90,3	● 100,0	● 71,4	***
CCF050	● 92,2	***	● 87,5	● 0,0
CCF053	● 65,9	***	● 50,0	● 100,0
CCF055	● 72,9	● 50,0	● 69,1	● 36,8
CCF102	● 39,1	● 0,0	● 20,0	***
EAS016	● 63,6	***	● 75,0	***
EAS027	● 60,0	***	● 66,7	● 0,0
EMP017	● 0,0	***	● 66,7	***
EPS001	● 82,5	● 100,0	● 56,7	● 100,0
EPS002	● 78,1	● 90,9	● 73,0	● 95,9
EPS005	● 82,7	● 100,0	● 77,2	● 96,3
EPS008	● 81,8	● 100,0	● 47,0	● 80,0
EPS010	● 75,9	● 100,0	● 84,9	● 95,0



Tabla 53b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2018 (continuación)

Entidad	6-Proporción de PVV con seguimiento de linfocitos T CD4 ⁺ y carga viral en los últimos 6 meses	9-Proporción de terapia antirretroviral en PVV gestantes	10-Proporción de PVV con prescripción de terapia antirretroviral inicial de acuerdo a las pautas de elección definidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) Colombiana	11-Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral
	≥95	100,0	≥95	≥80
	≥90 y <95	≥95 y <100	≥90 y <95	≥60 y <80
	<90	<95	<90	<60
EPS012	● 60,8	● 100,0	● 79,0	● 100,0
EPS016	● 72,3	● 85,7	● 54,3	● 91,4
EPS017	● 76,7	● 66,7	● 81,5	● 84,6
EPS018	● 77,1	● 100,0	● 80,9	● 95,7
EPS022	● 69,2	● 100,0	● 58,7	● 83,3
EPS023	● 49,9	● 100,0	● 59,0	● 55,6
EPS025	● 96,2	● 100,0	● 71,1	● 100,0
EPS033	● 84,2	***	● 69,5	***
EPS037	● 84,8	● 60,0	● 75,4	● 69,7
EPS044	● 49,8	● 85,7	● 73,1	● 81,6
EPS045	● 45,5	● 100,0	● 74,3	● 67,7
EPSI01	● 81,6	***	● 37,5	***
EPSI03	● 82,9	● 100,0	● 77,3	● 100,0
EPSI04	● 84,3	● 100,0	● 56,5	● 100,0
EPSI05	● 87,2	● 0,0	● 68,5	***
EPSI06	● 81,3	● 100,0	● 80,0	***
EPSS33	● 82,8	● 81,3	● 71,1	● 72,0
EPSS34	● 69,0	● 72,7	● 45,9	● 35,7
EPSS40	● 72,2	● 96,8	● 85,4	● 68,4
EPSS41	● 78,9	● 50,0	● 70,7	● 68,4
ESS002	● 49,2	● 100,0	● 72,7	● 33,3
ESS024	● 85,5	● 82,8	● 69,1	● 69,8
ESS062	● 83,3	● 91,7	● 60,2	● 48,5
ESS076	● 67,6	● 7,1	● 58,7	● 5,3
ESS091	● 80,5	● 100,0	● 64,9	● 100,0
ESS118	● 86,6	● 84,6	● 77,8	● 85,2
ESS133	● 78,2	● 95,2	● 70,0	● 67,9



Tabla 53b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2018 (continuación)

Entidad	6-Proporción de PVV con seguimiento de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses	9-Proporción de terapia antirretroviral en PVV gestantes	10-Proporción de PVV con prescripción de terapia antirretroviral inicial de acuerdo a las pautas de elección definidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) Colombiana	11-Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral
	≥95	100,0	≥95	≥80
	≥90 y <95	≥95 y <100	≥90 y <95	≥60 y <80
	<90	<95	<90	<60
ESS207	● 88,6	● 95,0	● 77,9	● 85,7
RES001	● 40,7	***	● 80,1	● 100,0
RES003	● 85,5	● 50,0	● 82,1	● 16,7
RES009	● 100,0	***	***	***
RES011	● 12,5	***	● 100,0	● 0,0
RES012	● 100,0	***	***	***
REUE09	***	***	● 0,0	***
Total	● 73,9	● 82,3	● 72,0	● 70,2

*** No hay datos para el cálculo del indicador

Tabla 53c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2018

Entidad	12-Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral	14-Proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral	15-Proporción de PVV en tratamiento por tuberculosis latente	16-Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	17-Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)
	≥80	<30	≥95	≥95	≥95
	≥70 y <80	≥30 y <40	≥90 y <95	≥90 y <95	≥90 y <95
	<70	≥40	<90	<90	<90
13001	***	***	***	***	● 0,0
20000	***	***	***	***	***
25000	***	***	***	***	● 0,0
41000	***	***	***	***	***
54000	***	***	***	***	***
63000	● 50	● 0,0	***	● 0,0	● 16,7
68000	***	***	***	***	● 0,0

Tabla 53c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2018 (continuación)

Entidad	12-Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral	14-Proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral	15-Proporción de PVV en tratamiento por tuberculosis latente	16-Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	17-Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)
	≥80	<30	≥95	≥95	≥95
	≥70 y <80	≥30 y <40	≥90 y <95	≥90 y <95	≥90 y <95
	<70	≥40	<90	<90	<90
76000	***	***	***	***	● 0,0
91000	***	***	***	***	***
CCF007	● 41,2	● 30,6	● 0,0	● 84,4	● 1,5
CCF015	● 37,5	● 5,6	● 8,3	● 67,4	● 20,1
CCF023	● 47,1	● 22,2	● 0,0	● 53,3	● 18,9
CCF024	● 70,8	● 11,9	● 80,0	● 84,8	● 76,6
CCF027	● 62,6	● 10,0	● 12,5	● 70,6	● 50,0
CCF033	● 66,1	● 14,3	● 0,0	● 52,2	● 21,9
CCF050	● 71,9	● 0,0	● 100,0	● 57,1	● 76,7
CCF053	● 50,3	● 15,8	● 50,0	● 77,8	● 76,1
CCF055	● 46,8	● 7,2	● 15,6	● 66,7	● 18,4
CCF102	***	● 0,0	● 75,0	● 100,0	● 51,0
EAS016	● 50,0	● 0,0	***	● 0,0	● 5,3
EAS027	● 37,5	● 0,0	● 0,0	● 40,0	● 43,2
EMP017	***	***	***	***	● 0,0
EPS001	● 76,5	● 2,9	● 57,1	● 64,5	● 63,9
EPS002	● 66,4	● 3,9	● 12,8	● 62,7	● 55,6
EPS005	● 76,1	● 4,2	● 67,1	● 77,4	● 65,1
EPS008	● 70,4	● 6,5	● 18,3	● 41,1	● 77,0
EPS010	● 72,0	● 2,8	● 21,5	● 85,3	● 66,2
EPS012	● 46,2	● 8,0	● 53,3	● 40,0	● 56,8
EPS016	● 64,9	● 8,1	● 18,5	● 78,9	● 62,4
EPS017	● 59,3	● 5,3	● 45,9	● 65,8	● 64,1
EPS018	● 70,6	● 8,1	● 5,7	● 26,1	● 77,6
EPS022	● 52,6	● 0,0	● 71,4	● 64,0	● 57,2
EPS023	● 49,2	● 1,0	● 20,0	● 40,5	● 36,1
EPS025	● 67,3	● 5,9	● 50,0	● 81,1	● 85,9
EPS033	● 70,4	● 10,5	● 28,6	● 47,1	● 51,9



Tabla 53c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2018 (continuación)

Entidad	12-Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral	14-Proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral	15-Proporción de PVV en tratamiento por tuberculosis latente	16-Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	17-Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)
	≥80	<30	≥95	≥95	≥95
	≥70 y <80	≥30 y <40	≥90 y <95	≥90 y <95	≥90 y <95
	<70	≥40	<90	<90	<90
EPS037	● 74,5	● 2,4	● 37,5	● 64,9	● 72,3
EPS044	● 45,5	***	● 48,1	● 37,6	● 41,4
EPS045	● 36,6	***	● 95,0	● 87,0	● 32,1
EPSI01	● 49,3	● 12,5	● 40,0	● 69,6	● 69,1
EPSI03	● 60,7	● 25,0	● 0,0	● 96,3	● 38,9
EPSI04	● 47,6	● 7,1	***	● 47,1	● 26,6
EPSI05	● 72,7	● 18,2	● 11,1	● 66,7	● 37,6
EPSI06	● 63,2	● 33,3	● 100,0	● 100,0	● 47,1
EPSS33	● 62,6	● 9,0	● 50,7	● 62,9	● 47,5
EPSS34	● 70,0	● 3,0	● 2,7	● 74,0	● 27,5
EPSS40	● 59,4	● 3,9	● 14,2	● 86,0	● 69,5
EPSS41	● 59,0	● 6,4	● 18,8	● 64,4	● 47,4
ESS002	● 77,0	● 0,0	● 25,0	● 68,8	● 52,4
ESS024	● 63,0	● 5,7	● 29,5	● 60,5	● 39,5
ESS062	● 63,7	● 11,9	● 42,7	● 93,6	● 69,5
ESS076	● 54,8	● 4,3	● 21,1	● 44,1	● 20,3
ESS091	● 63,0	● 10,0	● 0,0	● 0,0	● 52,1
ESS118	● 75,1	● 8,5	● 32,4	● 88,0	● 41,0
ESS133	● 59,8	● 10,8	● 48,1	● 69,2	● 35,0
ESS207	● 73,6	● 6,2	● 43,9	● 72,1	● 54,0
RES001	● 40,4	● 3,5	● 50,0	● 23,1	● 42,0
RES003	● 61,7	● 7,7	● 42,9	● 83,0	● 78,0
RES009	● 100,0	***	***	***	● 0,0
RES011	● 40,0	● 0,0	***	● 100,0	● 100,0
RES012	● 66,7	***	***	***	● 33,3
REUE09	***	***	***	***	***
Total	● 64,4	● 5,8	● 28,7	● 66,8	● 54,9

*** No hay datos para el cálculo del indicador



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para el corte del 31 de enero de 2018 fueron reportadas 95.745 personas diagnosticadas con infección por VIH¹, es decir cerca de 12.000 casos nuevos reportados comparado con el año anterior cuando se presentaron 82.856 casos. Estos datos estiman una prevalencia de 0,19 por 100 habitantes, es decir 2 puntos porcentuales más que el año anterior y una prevalencia de 0,21 por 100 afiliados; con mayor número de casos reportados en la EPS Medimás y SURA.

Si bien se evidencia un incremento de los casos reportados, estimaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (4) han proyectado que aún una tercera parte de los casos con el diagnóstico no han llegado a los servicios de salud o han abandonado los programas de atención, siendo los más afectados por el diagnóstico tardío las personas heterosexuales, los usuarios de drogas intravenosas, las personas mayores de 50 años e inmigrantes, debido a la baja percepción de riesgo en estas poblaciones (2,3) y a las barreras en las pruebas institucionales (13). Cambiar la cultura de la prueba, requiere probablemente del aumento de la autoevaluación del riesgo en las personas para que busquen los servicios de salud, el reentrenamiento de los trabajadores de la salud (14,15), mejorar las habilidades de comunicación acerca de la salud sexual, mejorar el conocimiento con respecto al uso de las pruebas y sobre la enfermedad, conocer las enfermedades clínicas indicadoras de VIH, mejorar la experiencia en la entrega y comunicación de los resultados de las pruebas (5,6) e iniciar el uso del autotest (16).

Por otra parte, sigue siendo necesario realizar la búsqueda de casos en todos los sexos, en todas las edades y en todos los momentos del curso de vida en donde se perciba el riesgo, si bien el VIH es estudiado de manera sistemática principalmente en las mujeres gestantes y en poblaciones específicas, se debe ofrecer también la prueba en otros momentos de la vida (17). Aunque los nuevos diagnósticos están en mayor proporción en el grupo de 25 a 29 años, deben usarse estrategias más dirigidas, por ejemplo

¹ Personas diagnosticadas con infección por VIH: Incluye vivos, afiliados, muertos y desafiados durante el periodo de análisis.



en los adolescentes ya que el comportamiento sexual de riesgo está dado por el no uso del condón, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas como la práctica de *Chemsex* (sexo intencional bajo la influencia de drogas psicoactivas) (18), el sexo transaccional y la experiencia previa de violencia sexual (19). En estos casos por ejemplo, se requieren de intervenciones conductuales o educativas específicas, servicios amigables para los jóvenes, intervenciones basadas en la comunidad o basadas en pares (20) e integrar la prueba a los programas de tuberculosis, de infecciones de transmisión sexual y de hepatitis viral (21).

Las entidades territoriales con el mayor número de casos continúan siendo: Bogotá, D.C., Antioquia y Valle del Cauca, posiblemente por la mayor concentración de los servicios de salud en estas zonas del país. Sin embargo Quindío, Bogotá, D.C., Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca son las cinco zonas con mayor incidencia que el reportado a nivel nacional, información similar a la reportada por el INS quien se encarga de la notificación de estos eventos de interés en la salud pública (22).

Una vez la población es diagnosticada es necesario trabajar en un reto más: asegurar que la población se vincule inmediatamente a los servicios de salud (23) e inicie la atención integral por parte del SGSSS. Las entidades deben emplear estrategias que permitan la adherencia a las PVV a estos programas según las recomendaciones de las GPC colombianas (24). La gestión de riesgo de los aseguradores está desde el momento de la búsqueda de los casos hasta mantener la supresión viral en su población.

Las terapias antirretrovirales en Colombia han mostrado, para este año, una menor cobertura, siendo esta cercana al 83%; sin embargo esta disminución puede darse porque para este periodo de análisis se solicitó a los aseguradores reportar los casos que han sido notificados desde el inicio del seguimiento de la Cuenta de Alto Costo a esta enfermedad y que aún continúan activos en el Sistema de Salud Colombiano. Sin embargo, pese a esta disminución, aún es superior al dato mundial emitido por ONUSIDA donde en el 2017, cuatro de cada cinco PVV tenían acceso al tratamiento (79%); pero continuamos lejos de cumplir una de las metas para eliminar la epidemia de Sida.

No solo se requiere la formulación de un esquema de medicamentos, sino también asegurar la toma adecuada de los mismos, pues si bien un alto porcentaje tiene TAR, solo el 58,7% se encuentra en supresión viral, lo que indica que aún debe trabajarse en temas de adherencia, los cuales se han asociado, según la literatura, a problemas de salud mental, factores estresantes psicológicos, abuso de sustancias, falta de apoyo social, nivel socioeconómico bajo, mala relación médico-paciente, complejidad terapéutica y los efectos secundarios del tratamiento (25,26), entre otros, y es precisamente sobre estos factores que se debe trabajar.



En este análisis también se incluyó la información de los casos con tuberculosis, siendo la primera causa de muerte entre las personas seropositivas en el mundo. No obstante, se estima que el 49% de las personas que viven con el VIH y tuberculosis desconocen su infección simultánea y, por lo tanto, no reciben atención. Se debe garantizar la permanente comunicación entre el programa de tuberculosis y el programa de VIH de tal manera que se monitoreen estas dos enfermedades de interés y se incentive la realización de la prueba de VIH al 100% de las personas con TB así como la búsqueda activa de TB en PVV.

Ahora bien, en cuanto a las mujeres gestantes, el 50% están en el régimen subsidiado con embarazos en los extremos de la vida, aumentando el riesgo de complicaciones durante el embarazo. El porcentaje de tamización del VIH aumentó con respecto al año anterior pasando de 87% al 91% y por ende también un aumento de 0,3% en la prevalencia de gestantes con VIH; pero solo el 53,0% de las gestantes con VIH tienen carga viral indetectable (menos de 50 copias/ml) lo que implica un mayor compromiso para cumplir la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH (EMTI-PLUS) (27).

En cuanto a los menores expuestos hijos de madres con VIH, para este año fueron 975 niños en seguimiento, 20 de ellos confirmados como VIH, es decir un porcentaje de positividad de 2,05%, cifra mayor que del 2017 que fue de 1,94%. De estos solo el 47% tenía una primera carga viral entre las semanas de vida 4 y la 24, lo que indica el no cumplimiento del seguimiento de la primera CV que debe ser el primer mes de vida. Además, llama la atención que de los 20 niños, el 30% se encuentran en estadio Sida.

Para este año, se continuó el seguimiento a los indicadores de riesgo y de consenso definidos en la CAC para la gestión del riesgo, evidenciando que el único en rango alto es el relacionado con la proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral.

En cuanto a los indicadores de gestión de riesgo, el indicador de estudio de la transmisión materno-infantil en los menores de 6 meses expuestos y el de porcentaje de cobertura de la terapia antirretroviral indicada disminuyeron, en donde el primero se mantuvo en el mismo rango medio y el último paso a rango bajo en el cumplimiento.

Los indicadores de consenso relacionados con la atención por el médico experto y el uso del tratamiento antirretroviral y TB en las personas con coinfección TB/VIH disminuyeron pero se mantienen en rango medio. El indicador sobre el uso de la TAR en PVV gestantes también disminuyó pasando a rango bajo. Es tarea de las EPS analizar cada uno de los indicadores y plantear las mejoras necesarias para alcanzar las metas propuestas.

En conclusión, el reporte de casos a la CAC ha ido en aumento, obteniendo datos más reales de las PVV. Estos datos permiten planear mejor la



prestación del servicio de salud e identificar las falencias en la atención. Es función de las entidades analizar sus propios datos a la luz de la estrategia 90 90 90 y la medición de los indicadores de gestión de riesgo que les permita establecer planes de mejoramiento para elevar la calidad de vida de estas poblaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Onusida. Orientaciones terminológicas de Onusida [Internet]. 2011 [citado el 20 de junio de 2018]. p. 7-30. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_o.pdf
2. Ministerio de salud y protección social. Ficha técnica de indicadores de Calidad. Resolución 0256 de 2017.
3. ONUSIDA. Hoja informativa. Día mundial del Sida de 2017. Estadísticas mundiales sobre VIH [Internet]. 2017 [citado el 20 de junio de 2018]. p. 1-9. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
4. Ministerio de Salud y la Protección Social. Boletín de Prensa No 198 de 2018. El diagnóstico de VIH cada vez se hace de manera más temprana [Internet]. 30/11/2018. 2018 [citado el 30 de diciembre de 2018]. p. 1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-se-acerca-a-la-meta-de-diagnostico-en-VIH.aspx>
5. Urueña Durán, J. Salazar Duarte, S., Ojeda Quintero, L. y Mantilla Reyes T. Estudio de los costos en que incurren las entidades promotoras de salud en Colombia por la prevención y el tratamiento del VIH. *Cienc y Tecnol para la Salud Vis y Ocul.* 2014;12(1):51-63.
6. Guarín Téllez NE, Moreno Calderón JA, Muñoz-Galindo IM, Augusto Díaz Rojas J, Arévalo Roa HO. Cost-Effectiveness of a Care Program for HIV/AIDS Patients Affiliated with a Health Insurer in Colombia, Comparing Three Health Care Providers Nationwide. *Value Heal Reg Issues* [Internet]. el 1 de diciembre de 2016;11:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2015.11.001>
7. Velasco C, Pérez I, Podzamczar D, Llibre JM, Domingo P, González-García J, et al. Prediction of higher cost of antiretroviral therapy (ART) according to clinical complexity. A validated clinical index. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(3):149-58.
8. Lopera M. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. [Internet]. Vol. 37, *Biomédica.* 2017 [citado el 5 de julio de 2018]. p. 577-89. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i4.3333>



9. Ministerio de la Protección social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad [Internet]. 2014 [citado el 20 de diciembre de 2018]. p. 37-9. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/PP/GPC-corta-VIH-pediatria-final.pdf>
10. 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 [Internet]. 2014. p. 1-44. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Consenso.pdf>
11. Lee JJ, Zhou Y. Facilitators and barriers to HIV testing among Asians in the United States: a systematic review. *AIDS Care* [Internet]. el 1 de febrero de 2019;31(2):141-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1533231>
12. Moran Arribas M, Rivero A, Fernandez E, Poveda T, Cayla JA. Burden of HIV infection, vulnerable populations and access barriers to healthcare. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. septiembre de 2018;36 Suppl 1:3-9.
13. Davies CF, Kesten JM, Gompels M, Horwood J, Crofts M, Billing A, et al. Evaluation of an educational intervention to increase HIV-testing in high HIV prevalence general practices: a pilot feasibility stepped-wedged randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. diciembre de 2018;19(1):195.
14. Deblonde J, Van Beckhoven D, Loos J, Boffin N, Sasse A, Nostlinger C, et al. HIV testing within general practices in Europe: a mixed-methods systematic review. *BMC Public Health*. octubre de 2018;18(1):1191.
15. Bulsara SM, Wainberg ML, Newton-John TRO. Predictors of Adult Retention in HIV Care: A Systematic Review. Vol. 22, *AIDS and Behavior*. 2018. p. 752-64.
16. Qin Y, Han L, Babbitt A, Walker JS, Liu F, Thirumurthy H, et al. Experiences using and organizing HIV self-testing. *AIDS*. 2018;32(3):371-81.
17. ONUSIDA. El lema del Día Mundial del Sida de 2018 anima a todo el mundo a conocer su estado serológico [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/september/20180917_WAD_theme
18. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ* (Online). 2015;351.
19. Ssewanyana D, Mwangala PN, Van Baar A, Newton CR, Abubakar A. Health Risk Behaviour among Adolescents Living with HIV in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 2018, *BioMed Research International*. 2018.
20. Zanoni BC, Elliott RJ, Neilan AM, Haberer JE. Screening for HIV and linkage to care in adolescents: insights from a systematic review of recent interventions



- in high- versus low- and middle-income settings. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:211-35.
21. Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. el 1 de junio de 2017;7(6):e015310. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/6/e015310.abstract>
 22. Cuéllar Espitia N. Informe del evento. VIH/SIDA COLOMBIA PERÍODO VI-2018 [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2018 [citado el 14 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA SEMESTRE I 2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_SEMESTRE_I_2018.pdf)
 23. Croxford S, Raben D, Jakobsen SF, Burns F, Copas A, Brown AE, et al. Defining linkage to care following human immunodeficiency virus (HIV) diagnosis for public health monitoring in Europe. *Euro Surveill Bull Eur sur les Mal Transm = Eur Commun Dis Bull.* noviembre de 2018;23(48).
 24. Detsis M, Tsioutis C, Karageorgos SA, Sideroglou T, Hatzakis A, Mylonakis E. Factors Associated with HIV Testing and HIV Treatment Adherence: A Systematic Review. *Curr Pharm Des.* 2017;23(18):2568-78.
 25. Spaan P, van Luenen S, Garnefski N, Kraaij V. Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *J Health Psychol* [Internet]. el 8 de febrero de 2018;1359105318755545. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1359105318755545>
 26. Costa J de M, Torres TS, Coelho LE, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* [Internet]. el 1 de enero de 2018;21(1):e25066. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jia2.25066>
 27. Ministerio de Salud y la Protección Social. ETMI-PLUS: Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis Congénita, la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas. Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de la Cohorte [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-tmi-del-vih-cohortes-2014-2015.pdf>



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Este documento fue realizado en caracteres
Avenir Next en el mes de junio de 2019
Bogotá, D.C., Colombia



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito Público



Libertad y Orden