



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos
sumando
esfuerzos

Situación del
VIH Sida
en Colombia

2017



Situación del VIH Sida en Colombia 2017

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

ISSN: 2344-7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D.C., Colombia, agosto de 2018

© 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 2017

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos
sumando
esfuerzos

Junta Directiva

Presidente

Pablo Fernando Otero
SURA EPS

Javier Peña Ramírez
Cajacopi EPS

Beda Margarita Suárez
Anas Wayuu EPSI

Jaime González Montaña
Coosalud EPS

Lina Vanessa Morales
Comfenalco Valle EPS

Carlos Marino Escobar
Cooomeva EPS

José Fernando Cardona
Nueva EPS

María Magdalena Flórez
Ecoopsos ESS 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

Andrés Gutiérrez Montealegre
Estadístico

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, 2017.....	19
Glosario	21
Introducción.....	25
Aspectos éticos y legales.....	27
Aspectos metodológicos.....	29
1. Características sociodemográficas de las personas con diagnóstico de VIH.....	37
1.1. Características sociodemográficas de las personas que viven con VIH, reportados a la Cuenta de Alto Costo, 2017	37
2. Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH.....	49
2.1. Prevalencia e incidencia	49
2.2. Mortalidad y letalidad.....	56
3. Características clínicas de las personas con diagnóstico de VIH.....	63
3.1. Condición clínica en casos incidentes con diagnóstico de VIH...63	
3.2. Distribución por régimen de afiliación	64
3.3. Estadio clínico al momento del diagnóstico en los casos nuevos de infección por VIH según la clasificación CDC 1993....	64
3.4. Estadio clínico actual de las PVV según la clasificación del CDC 2008	69
3.5. Linfocitos T CD4+ y carga viral en los pacientes con VIH	70
3.6. Enfermedades que definen el sida.....	72
4. Tratamiento antirretroviral.....	79
4.1. Tratamiento antirretroviral	79

4.2. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral	79
4.3. Objetivos 90 90 90.....	84
4.4. Cobertura de la terapia antirretroviral.....	84
5. Población de mujeres gestantes	93
5.1. Características generales de la población de mujeres gestantes	93
5.2. Población de mujeres gestantes con infección por el VIH	98
6. Población menor de 18 meses, hijos de madres con diagnóstico de VIH.....	107
6.1. Características generales de los menores de 18 meses, hijos de madres con VIH en seguimiento	107
6.2. Características generales de la población menor de 18 meses con VIH	108
7. Población con tuberculosis.....	113
7.1. Características generales de la población con tuberculosis.....	113
7.2. Características generales de la población con coinfección TB/VIH	115
8. Indicadores de gestión del riesgo y consenso	123
8.1. Indicadores de la gestión del riesgo.....	123
8.2. Indicadores de consenso	128
Discusión y conclusiones	139
Referencias.....	143

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos de VIH por sexo según la entidad territorial.....	39
Tabla 2. Distribución de los casos de VIH según la entidad que reporta ...	45
Tabla 3. Prevalencia e incidencia del VIH ajustadas por edad según el sexo y el régimen de afiliación.....	50
Tabla 4. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad territorial.....	51
Tabla 5. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad	52
Tabla 6. Mortalidad y letalidad en VIH según la entidad territorial.....	58
Tabla 7. Distribución de la mortalidad y la letalidad según el régimen de afiliación y la entidad	60
Tabla 8. Distribución de la mortalidad y la letalidad según los grupos de edad y el sexo	62
Tabla 9. Conteo de linfocitos T CD4+ en los casos incidentes de VIH por percentiles según el sexo	63
Tabla 10. Estadio al momento del diagnóstico	65
Tabla 11. Estadio clínico al momento del diagnóstico por régimen de afiliación	68
Tabla 12. Enfermedades que definen el sida en la población reportada a la CAC	73
Tabla 13. Motivo de inicio de la terapia antirretroviral según el sexo	79
Tabla 14. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral según el sexo	80
Tabla 15. Porcentaje de asesoría para el tratamiento de terapia antirretroviral según la entidad.....	82
Tabla 16. Cobertura de la terapia antirretroviral por entidad territorial.....	85

Tabla 17. Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos.....	87
Tabla 18. Esquemas de tratamiento antirretroviral más usados.....	89
Tabla 19. Distribución de las PVV y el momento de la genotipificación según régimen.....	92
Tabla 20. Porcentaje de tamización de sífilis en las mujeres gestantes por entidad	97
Tabla 21. Distribución de las mujeres gestantes según régimen de afiliación	99
Tabla 22. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad territorial	100
Tabla 23. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad	101
Tabla 24. Estadio actual en las mujeres gestantes con VIH.....	103
Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral en las mujeres gestantes con VIH al momento del corte por entidad territorial	103
Tabla 26. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por entidad territorial y sexo	107
Tabla 27. Proporción de los menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de VIH, 2015 - 2017	108
Tabla 28. Menores de 18 meses expuestos con VIH según pertenencia étnica.....	109
Tabla 29. Distribución de los menores de 18 meses de edad con VIH por entidad territorial.....	109
Tabla 30. Porcentaje de menores de 18 meses expuestos con VIH por entidad	110
Tabla 31. Grupo de edad de los casos de tuberculosis reportados a Cuenta de Alto Costo.....	113
Tabla 32. Casos reportados por las entidades según la presencia o no de TB	116
Tabla 33. Proporción de los casos de TB por sexo según el grupo de edad.....	118
Tabla 34. Porcentaje de coinfección de TB/VIH por régimen de afiliación	118

Tabla 35. Proporción de los casos de coinfección TB/VIH por entidad territorial.....	119
Tabla 36. Estandar de medición de los indicadores de la gestión del riesgo.....	123
Tabla 37. Indicadores de gestión del riesgo 2012 - 2017.....	124
Tabla 38 a. Indicadores de la gestión del riesgo (1 al 4), 2017.....	125
Tabla 38 b. Indicadores de la gestión del riesgo (5 al 8), 2017.....	127
Tabla 39. Estandar de medición de los indicadores de consenso	129
Tabla 40. Indicadores de consenso 2014 - 2017	130
Tabla 41 a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2017	132
Tabla 41 b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2017	134
Tabla 41 c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2017.....	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Población proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2017	33
Figura 2. Número de afiliados por empresa administradora de planes de beneficios	34
Figura 3. Pirámide poblacional de las personas con VIH en Colombia	38
Figura 4. Casos incidentes y prevalentes de VIH según el grupo de edad.....	38
Figura 5. Distribución porcentual de los casos de VIH por entidad territorial	40
Figura 6. Distribución de casos de VIH por sexo y división regional, según la asignación del producto interno bruto nacional	42
Figura 7. Distribución de casos de VIH por sexo según régimen de afiliación	43
Figura 8. Distribución porcentual según los grupos de edad y el régimen de afiliación de las personas que viven con VIH	43
Figura 9. Distribución por régimen de afiliación según la edad	44
Figura 10. Prevalencia del VIH por sexo y edad	54
Figura 11. Pirámide poblacional de los casos incidentes	55
Figura 12. Incidencia del VIH por sexo y edad	55
Figura 13. Mortalidad cruda por todas las causas en personas con VIH según el sexo y la edad	56
Figura 14. Histograma del conteo de linfocitos T CD4+ por sexo	64
Figura 15. Distribución de los casos de VIH según el conteo de linfocitos T CD4+ por régimen de afiliación en casos incidentes.....	64
Figura 16. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por sexo en menores de 13 años	66

Figura 17. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por sexo en mayores de 13 años	67
Figura 18. Estadio clínico actual en los casos incidentes y prevalentes de VIH.....	69
Figura 19. Estadio clínico actual en los casos prevalentes de VIH por sexo	70
Figura 20. Conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico versus conteo actual.....	71
Figura 21. Carga viral al inicio de la terapia antirretroviral versus carga viral actual	71
Figura 22. Enfermedades que definen el sida en la población reportada a la CAC.....	72
Figura 23. Enfermedades que definen el sida según el sexo.....	74
Figura 24. Enfermedades que definen el sida en los casos incidentes por sexo	75
Figura 25. Conteo de linfocitos T CD4+ según las enfermedades que definen el sida en los casos antiguos y nuevos	76
Figura 26. Resultado de la carga viral según las enfermedades que definen el sida en los casos prevalentes	77
Figura 27. Resultado de carga viral según las enfermedades definen el sida en los casos incidentes	78
Figura 28. Porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral en las personas con el VIH por régimen de afiliación	81
Figura 29. Porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral en los casos incidentes con VIH por régimen de afiliación	81
Figura 30. Cobertura de la terapia antirretroviral por el régimen de afiliación	87
Figura 31. Distribución de las personas que viven con el VIH y uso de la terapia antirretroviral	90
Figura 32. Causa del cambio de la primera terapia antirretroviral en los pacientes con VIH.....	91
Figura 33. Histograma de edad de las mujeres gestantes reportadas a la CAC	93

Figura 34. Rango de edades (en años) de las mujeres gestantes por el régimen de afiliación.....	94
Figura 35. Distribución de las mujeres gestantes reportadas a la CAC por los entes territoriales	95
Figura 36. Distribución de las mujeres gestantes por entidad.....	96
Figura 37. Mujeres gestantes con VIH reportadas a la CAC por grupo de edad.....	99
Figura 38. Resultado de la última carga viral a la fecha de corte en las mujeres gestantes con VIH según el régimen de afiliación.	105
Figura 39. Pirámide poblacional de las personas con tuberculosis reportadas a la Cuenta de Alto Costo.....	114
Figura 40. Histograma de la edad (años) en población con TB	114
Figura 41. Casos de TB por régimen de afiliación.....	115
Figura 42. Tratamiento de terapia antirretroviral y anti TB en las personas con coinfección TB/VIH.	121

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División regional de Colombia según la agrupación del DANE, junio de 2017	41
Mapa 2. Prevalencia ajustada de VIH por edad en Colombia (100 habitantes), 2017	49
Mapa 3. Incidencia ajustada de VIH por edad en Colombia (100.000 habitantes), 2017	50
Mapa 4. Mortalidad ajustada por todas las causas en los pacientes con VIH en Colombia (100.000 habitantes), 2017	57
Mapa 5. Letalidad por VIH en Colombia (1.000 pacientes con VIH), 2017	59
Mapa 6. Cobertura de la terapia antirretroviral en Colombia, 2017	86
Mapa 7. Proporción de los casos con coinfección TB/VIH (100 habitantes), 2017	120



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
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Empresas administradoras de planes de beneficios
EOC	Entidades obligadas a compensar
EPS	Entidad Promotora de Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
IC	Intervalo de confianza
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
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
TB	Tuberculosis
TEC	Trabajadores encargados de asesorar el cumplimiento
TMI	Transmisión materno infantil
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



LISTA DE ENTIDADES QUE REPORTARON A LA CUENTA DE ALTO COSTO, 2017

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. EPS
EPSoo3	Cafesalud
EPSoo5	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.
EPSoo8	Compensar EPS
EPSo10	EPS SURA
EPSo12	Comfenalco Valle EPS
EPSo16	Coomeva EPS. S.A.
EPSo17	EPS Famisanar Ltda.
EPSo18	Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. -S.O.S.
EPSo23	Cruz Blanca EPS S.A.
EPSo33	Saludvida EPS. S.A.
EPSo37	Nueva EPS S.A.
Régimen Subsidiado	
CCFo07	Comfamiliar Cartagena EPS- CCF de Cartagena
CCFo09	Caja de Compensación Familiar de Boyacá (Comfaboy EPS)
CCFo15	Comfacor EPS-CCF de Córdoba
CCFo23	Caja de Compensación Familiar de la Guajira
CCFo24	Caja de Compensación Familiar del 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
CCF102	Comfachocó-CCF del Chocó
EPS022	Entidad administradora de régimen subsidiado CONVIDA
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare-CAPRESOCA-EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar -Dusakawi
EPSI02	Asociación de cabildos del resguardo indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba-Sucre-Manexka
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca -A.I.C.
EPSI04	Anas Wayuu EPS Indígena
EPSI05	Entidad Promotora de Salud -MALLAMAS EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS03	Cafesalud
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
Régimen de excepción	
RES003	Fuerzas Militares
No afiliados	
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena (DADIS)
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
70000	Secretaria de Salud Departamental de Sucre
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle del Cauca



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 primo-infección 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.

EPIDEMIA CONCENTRADA. En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones, pero aún no se ha extendido entre la población general. Típicamente, su prevalencia es superior al 5% en las subpoblaciones e inferior al 1% en la población general, estos parámetros deben interpretarse con la máxima cautela. En una epidemia concentrada del VIH, aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada.

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.

SECTOR DE LA SALUD. Está integrado por servicios organizados de salud, públicos y privados (entre los que se incluyen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la atención); ministerios de salud; organizaciones no gubernamentales relacionadas con la salud; grupos comunitarios sobre salud y organizaciones profesionales en el ámbito de la salud, así como instituciones que contribuyen directamente al sistema de atención sanitaria, como la industria farmacéutica y las instituciones educativas

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

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es una enfermedad que desde su descubrimiento en la década de 1980 ha causado la muerte de 35 millones de personas (2) generando una alerta mundial y haciendo que los países implementen diferentes estrategias para la eliminación de esta epidemia (3). Para que esto suceda, se espera que en el 2020 se reduzcan los nuevos casos de infección por el virus en al menos 500.000 en el mundo y poner fin al VIH en el 2030 (3).

Una de las estrategias para que las metas propuestas se logren, es la relacionada con el abordaje rápido para la intervención de la infección por VIH (Fast Track approach), donde se plantea que el 90 % de la población que vive con VIH conozca su estado serológico, el 90 % de los que conocen su estado tengan acceso al tratamiento y el 90 % de las personas que están en tratamiento alcancen la supresión de la carga viral (3); lo que requiere esfuerzos de todos los sectores involucrados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad, más aún si se tiene en cuenta que esta enfermedad es considerada como crónica, dado el aumento en la expectativa de vida de la población afectada, cuyo control implica la inversión de recursos que son finitos (4), en el contexto de un sistema sanitario con recursos limitados y dificultades en la financiación y sostenibilidad.

Estimaciones realizadas por ONUSIDA muestran un descenso del 11 % en los casos de nuevas infecciones entre 2010 y 2016, pasando de 1,9 millones (1,6-2,1) a 1,7 millones (1,4-1,9) (3), y una disminución de los casos nuevos en niños, los cuales pasaron de 300.000 en 2010 a 160.000 para 2016. Cifras relacionadas con la mortalidad también han mostrado una reducción en este periodo, de 48 % a nivel mundial y 12 % en América Latina. Sin embargo, aún son 36,7 millones (30,8 - 42,9) de personas que viven con el VIH (PVV), quienes requieren un manejo integral que les permitirá, no solo una mayor supervivencia y mejor calidad de vida, sino una disminución de la probabilidad de transmisión de la infección.

Si bien son cifras alentadoras, es necesario mejorar el continuo de la atención, especialmente en lo que se refiere al acceso al tratamiento, pues para el 2016 se estimó que solo el 53 % (39 % - 65 %) de las personas en el mundo que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento, en tanto en América Latina esta cifra fue de 58 % (42 % - 72 %), lejos de la meta del 90 % en la cobertura del tratamiento antirretroviral.



En Colombia, las cifras no distan mucho de la realidad mundial, pues siendo una epidemia concentrada, es decir, que se encuentra en menos del 1 % de la población general, pero más del 5 % en cualquier grupo de “alto riesgo” (5), se ha evidenciado un aumento en la prevalencia e incidencia en la población general; además de una brecha del 55 %, para el 2014 (3), de las PVV que no conocen su estado serológico, lo que indica la necesidad de un mayor esfuerzo en la tamización de esta enfermedad.

Las acciones realizadas por el país han permitido que las PVV accedan a la terapia antirretroviral en el 91,5 % de los casos. No obstante, aún existe una brecha del 23,4 % para alcanzar la meta de personas en terapia que han logrado la supresión viral (6), hecho que mantiene la transmisibilidad de la infección y aumenta el riesgo de aparición de complicaciones clínicas.

Si bien el reporte de casos y la calidad de los datos han mejorado en los sistemas de información con que cuenta Colombia, deben minimizarse las diferencias en los resultados de dichos sistemas. Esto permitirá datos más reales que orienten la toma de decisiones en salud.

La Cuenta de Alto Costo (CAC), como un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), que promueve la gestión de riesgo, la generación de resultados en salud y la gestión de conocimiento para esta y otras enfermedades (7), es la entidad que recopila de manera periódica la información de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las demás entidades obligadas a compensar (EOC), sobre la atención de los pacientes en seguimiento por esta condición, permitiéndole al país conocer sus propios datos y su distancia con el logro de las metas anteriormente mencionadas. Esta información puede orientar la planeación de los servicios, la distribución de recursos y la gestión del riesgo, a través del seguimiento de cohortes de grupos de riesgo; lo que además permite aproximarse al nivel de observancia de las guías de práctica clínica y las rutas integrales de atención en salud por parte de los prestadores, en coherencia con las necesidades y las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 y el Modelo Integral de Atención en Salud.

Por lo anterior y dando cumplimiento a una de las misiones de la CAC, se pone a disposición del público este documento, en el que se presenta la caracterización de la situación del VIH en Colombia, desde las perspectivas epidemiológica, demográfica y clínica, así como desde los resultados de gestión del riesgo, mediante los indicadores establecidos en el 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 (8). Igualmente, en este libro se da a conocer información relacionada con los casos de tuberculosis, gestantes y menores de 18 meses que son hijos de madres con VIH, datos solicitados por las resoluciones 4725 del 2011 y 783 del 2012 (9) que respaldan el reporte obligatorio de esta enfermedad en el país.



ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las EAPB y EOC realizaron a la CAC durante el año 2017.

Su objeto es producir y difundir información y conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientadas a la protección y 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 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 datos 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 (10) 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 al instructivo que se encuentra en las resoluciones correspondientes.

El grupo de las entidades que reportaron esta información está conformado por:

- 47 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Empresas Obligadas a Compensar (EOC).
- 5 Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.
- 4 Regímenes Especiales y Universidades.
- 1 Regímenes de excepción (Fuerzas Militares)

Posterior a la auditoría y la depuración de los datos se obtuvo información de 82.856 pacientes diagnosticados con VIH, 1.029 menores de 18 meses que son hijos de madres con diagnóstico de VIH, 446.357 mujeres gestantes de las cuales 674 tenían VIH, 1.062 menores de 18 meses hijos de madres con VIH y 10.986 pacientes con diagnóstico de tuberculosis de los cuales 1.681 casos tenía coinfección con VIH; todos ellos provenientes de los 32 departamentos.

Periodo evaluado

Se abarca a la población con diagnóstico de VIH, personas con tuberculosis (enfermedad activa o curada) y los hijos de mujeres con infección por VIH que



tenían menos de 18 meses a la fecha de corte; entre el 1° de febrero de 2016 y el 31 de enero de 2017. Entre la población con diagnóstico de VIH se incluye aquella con diagnóstico anterior al periodo evaluado y a la población con nuevo diagnóstico durante el periodo. Se reportó igualmente la información de la población que falleció durante el periodo de observación. Las mujeres embarazadas corresponden al periodo entre el 1° de agosto de 2016 hasta el 31 de enero de 2017.

Población

De acuerdo con lo establecido por la resolución, la información de toda la población con infección por VIH, tuberculosis, embarazo, menores de 18 meses, hijo de madre con infección por VIH debe ser reportada en este registro administrativo. La Cuenta de Alto Costo aplica un proceso de auditoría de historias clínicas para realizar la verificación de los datos. Se auditó el 100 % de los 82.856 registros de los pacientes que viven con VIH y el 100 % de los 1.029 menores de 18 meses hijos de madres que viven con VIH.

Para la población de gestantes y personas con tuberculosis se auditó un porcentaje de la totalidad de historias clínicas que fue seleccionado por medio de una muestra representativa de 4.935 y 2.027 registros respectivamente.

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 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 pacientes coincidentes dentro de la misma entidad

La aclaración de 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 2017. 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 confirmación de 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, Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y 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 datos a una única bodega de datos, para realizar los análisis respectivos.

Análisis epidemiológico

Para esta versión se tuvieron en cuenta generalmente los pacientes vivos, muertos, afiliados, y desafiados. Sin embargo en algunos indicadores se tuvo 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, la clasificación del VIH según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) de 1993 y 2008, el seguimiento y las terapias administradas.

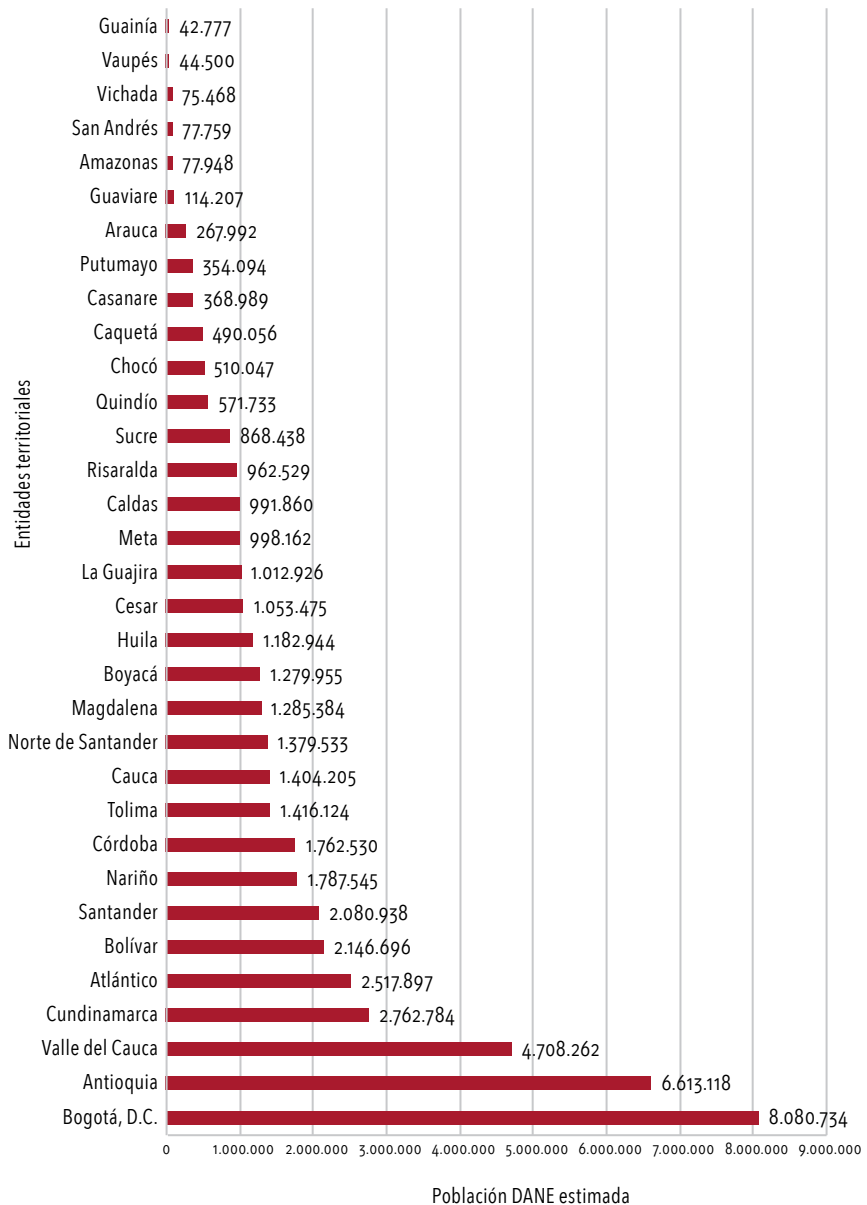
En el subgrupo de personas que viven con VIH (PVV) fue incluido el análisis de los indicadores para la gestión de riesgo en VIH establecidos por la Cuenta de Alto Costo y los indicadores del Consenso basado en la evidencia de indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones 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 ($n = 49.291.609$) (figura 1) según quinquenios, para el corte de junio de 2017.

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 2017 ($n = 44.063.768$) (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 2017, independiente de su estado de existencia en el momento de publicación de este documento.



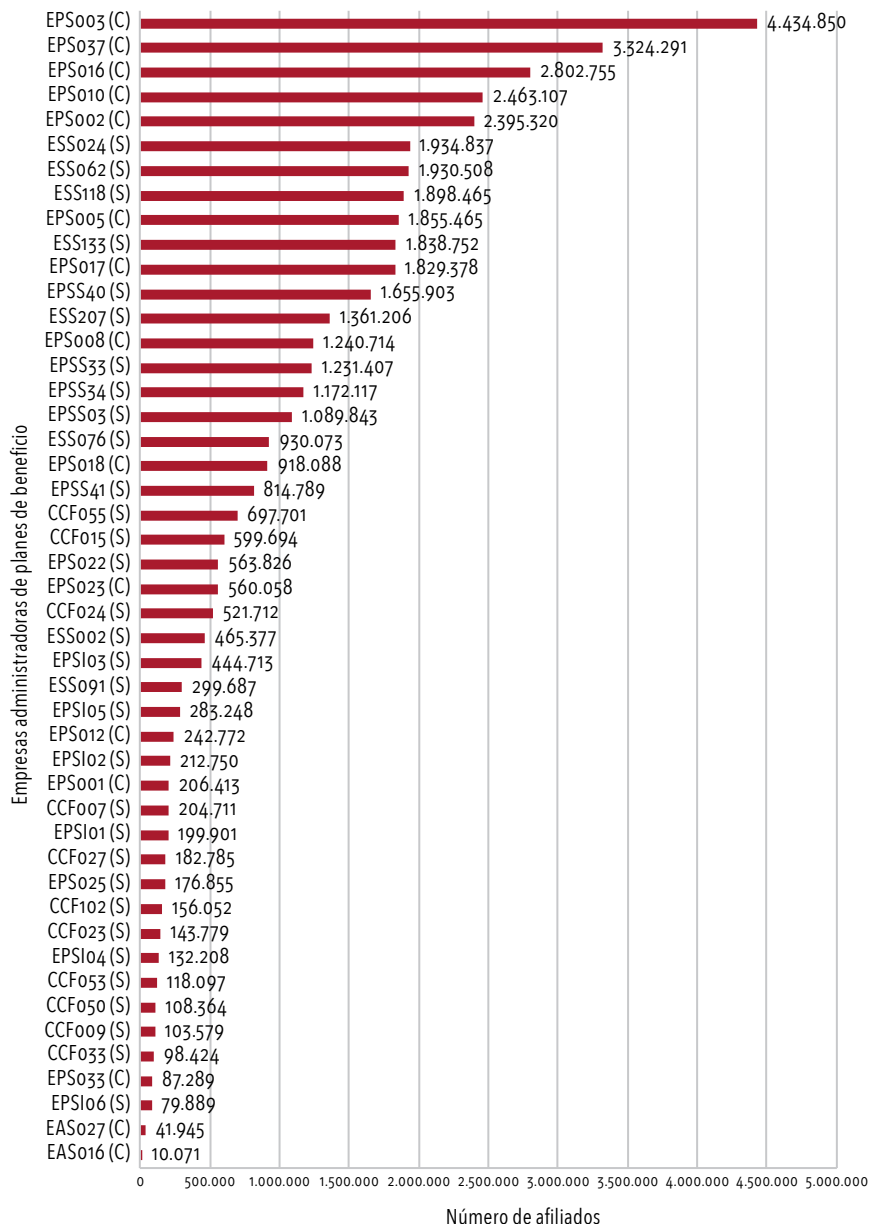
Figura 1. Población proyectada para Colombia por el DANE según la entidad territorial, 2017



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección 2017



Figura 2. Número de afiliados por empresa administradora de planes de beneficios



C: contributivo S: subsidiado

Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte 30 junio 2017.



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 2016 al 31 de enero de 2017.

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 tasa de 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 (8).

Generalidades metodológicas

Este cuarto 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 (SIS-PRO), 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 CON DIAGNÓSTICO DE VIH

1.1. Características sociodemográficas de las personas que viven con VIH, reportados a la Cuenta de Alto Costo, 2017

Para el corte del 31 de enero de 2017 fueron reportadas 82.856 personas diagnosticadas con infección por VIH¹. Al analizar la información por las variables sociodemográficas se encontró que el 74,6 % eran de sexo masculino. La relación hombre-mujer con el diagnóstico fue de 3:1. La media de edad fue de 39,6 años para los hombres y 38,8 años para las mujeres.

1.1.1. Distribución por grupos de edad

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).

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).

1.1.2. Distribución por pertenencia étnica y entidad territorial

Solo en el 3,04 % de los casos se registró la pertenencia a una etnia específica, siendo el 2,45 % (n = 2.030) negros o afrodescendientes, el 0,57 % (n = 470) indígenas y el 0,02 % (n = 18) Rom (gitanos).

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 sexo masculino (figura 5).

¹ Personas diagnosticadas con infección por VIH: incluye vivos, afiliados, muertos y desafiliados.



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

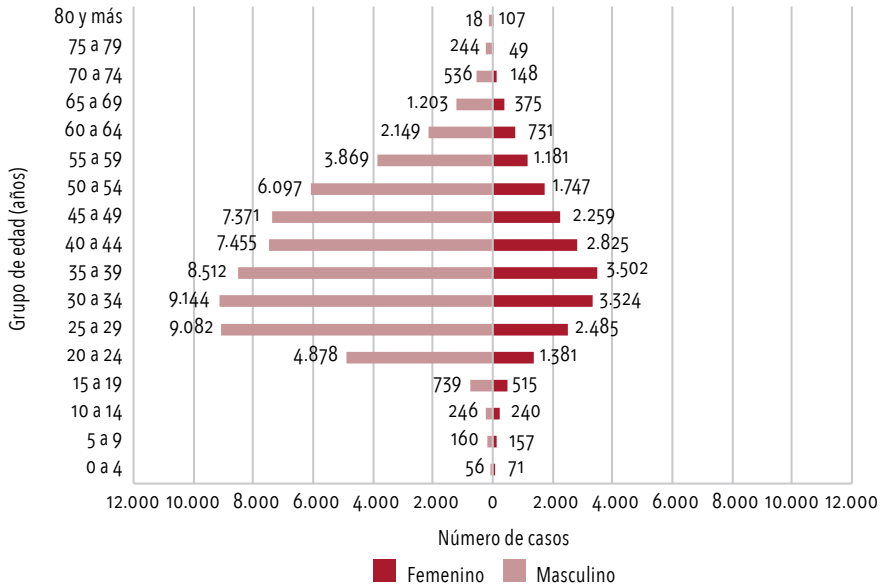


Figura 4. Casos incidentes y prevalentes de VIH según el grupo de edad

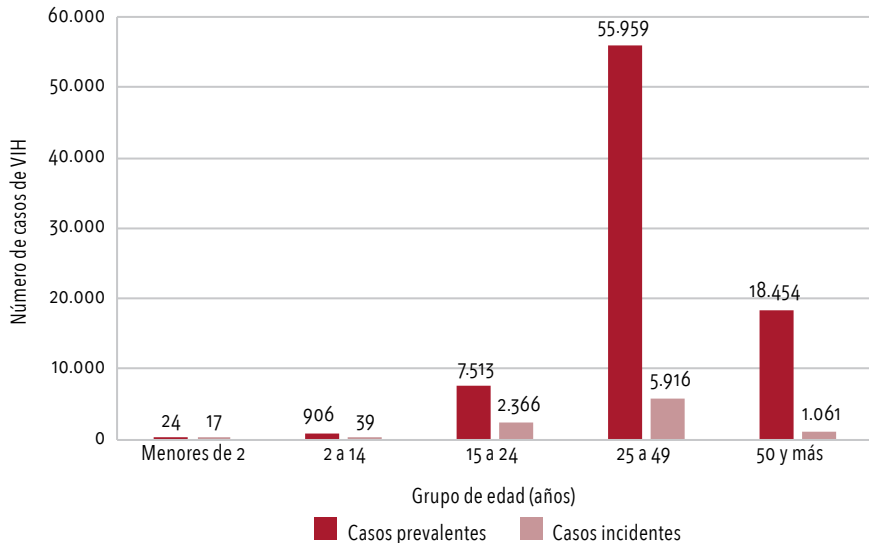


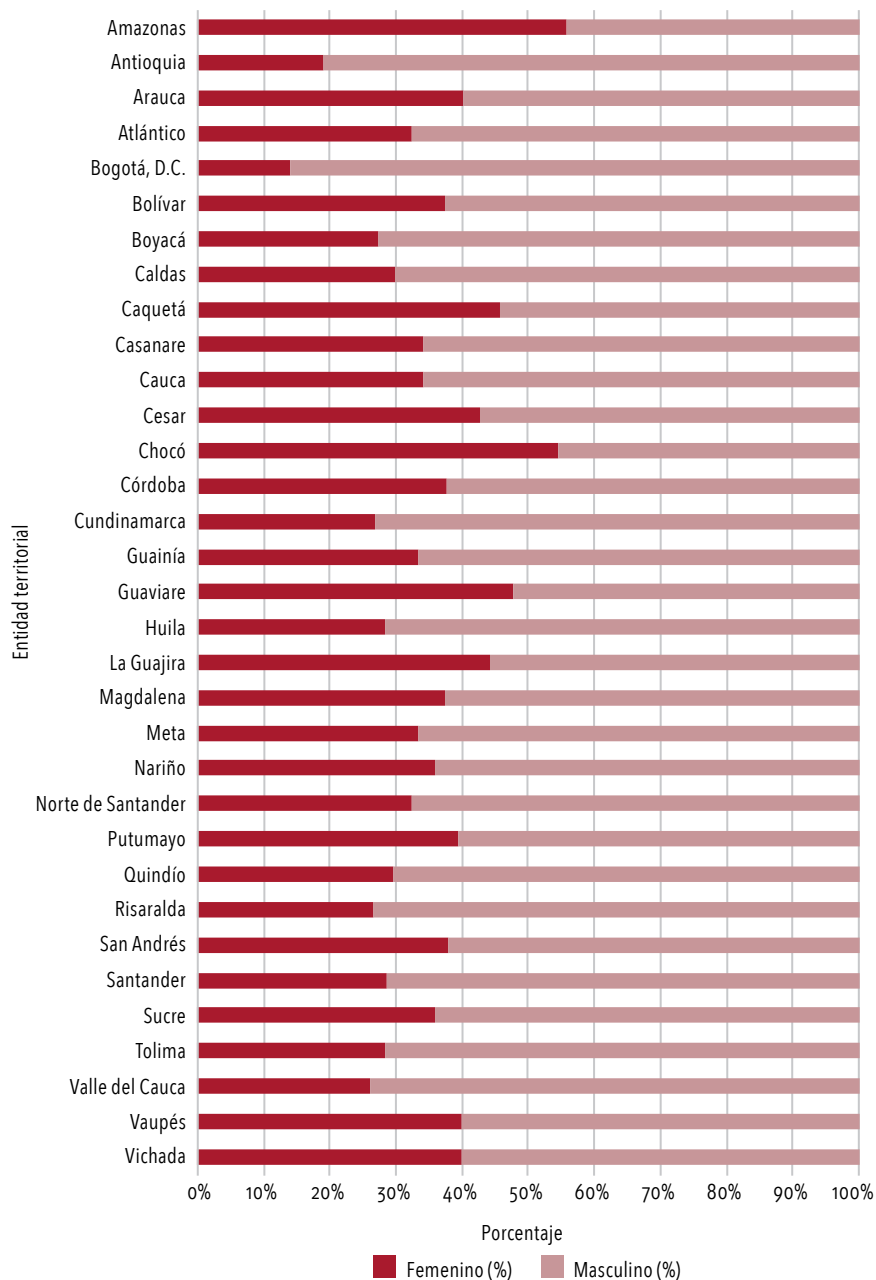


Tabla 1. Número de casos de VIH por sexo según la entidad territorial

Entidad territorial	Femenino	Masculino	Total
Bogotá, D.C.	2.763	16.980	19.743
Antioquia	2.722	11.540	14.262
Valle del Cauca	2.750	7.847	10.597
Atlántico	1.729	3.593	5.322
Bolívar	1.277	2.127	3.404
Santander	932	2.321	3.253
Córdoba	1.021	1.690	2.711
Norte de Santander	796	1.670	2.466
Risaralda	622	1.711	2.333
Magdalena	750	1.256	2.006
Cundinamarca	460	1.261	1.721
Cesar	731	976	1.707
Meta	558	1.112	1.670
Quindío	429	1.022	1.451
Caldas	424	997	1.421
Tolima	395	999	1.394
Sucre	463	824	1.287
Huila	364	921	1.285
Nariño	392	698	1.090
Cauca	314	605	919
La Guajira	311	391	702
Boyacá	137	366	503
Casanare	162	314	476
Caquetá	194	231	425
Putumayo	73	112	185
Arauca	68	101	169
Chocó	80	67	147
San Andrés	30	49	79
Guaviare	30	33	63
Amazonas	19	15	34
Vichada	6	9	15
Vaupés	4	6	10
Guainía	2	4	6
Total	21.008	61.848	82.856



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

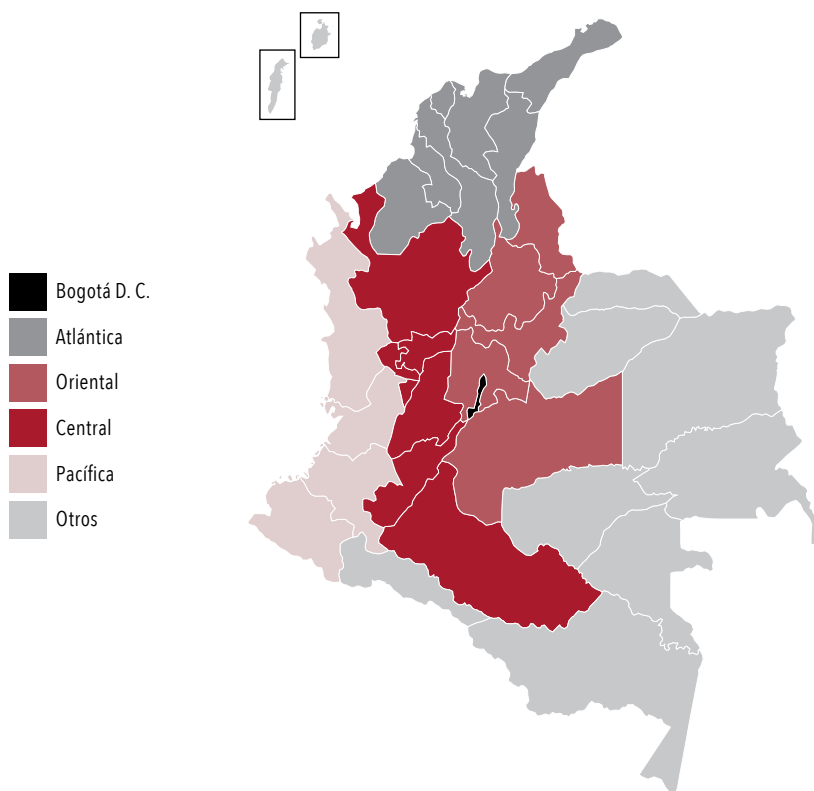




1.1.3. Distribución por división regional

Al analizar los datos por la división regional establecida por el DANE, de acuerdo con la asignación del producto interno bruto (mapa 1), se observó un mayor número de casos del sexo masculino en Bogotá D.C., mientras que la región Atlántica contó con más casos en el sexo femenino (figura 6).

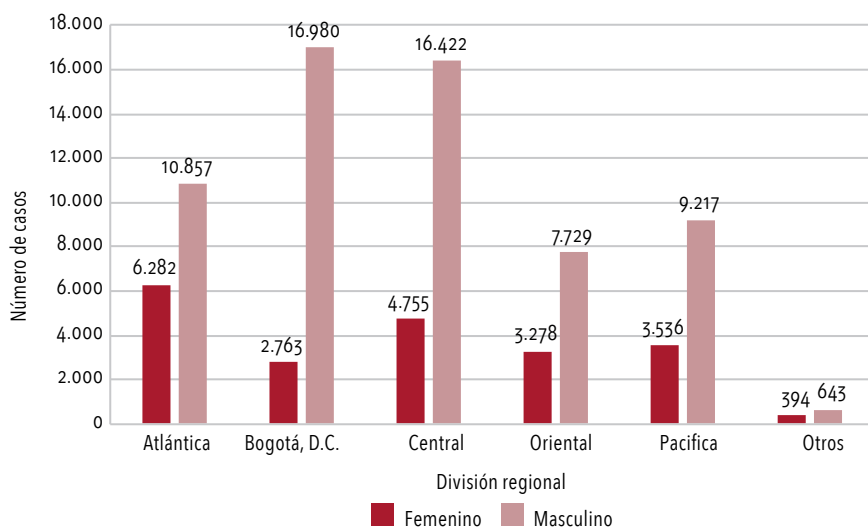
Mapa 1. División regional de Colombia según la agrupación del DANE, junio de 2017



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 casos de VIH por sexo y división regional, según la asignación del producto interno bruto nacional

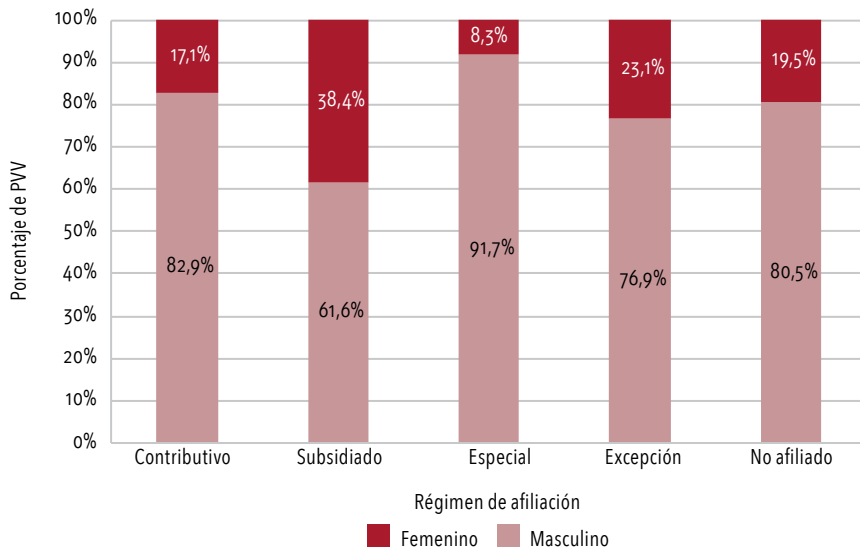


1.1.4. Distribución por régimen de afiliación

Según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 60,1 % de los casos de VIH pertenecen al régimen contributivo ($n = 49.782$), el 38,2 % al régimen subsidiado ($n = 31.689$), el 1,6 % al régimen de excepción ($n = 1.332$) y el 0,01 % al régimen especial ($n = 12$); 41 casos (0,05 %) no estaban afiliados al sistema en el momento del reporte. En la figura 7 se muestra la distribución porcentual de los casos por sexo y régimen de afiliación reportado a la Cuenta de Alto Costo.

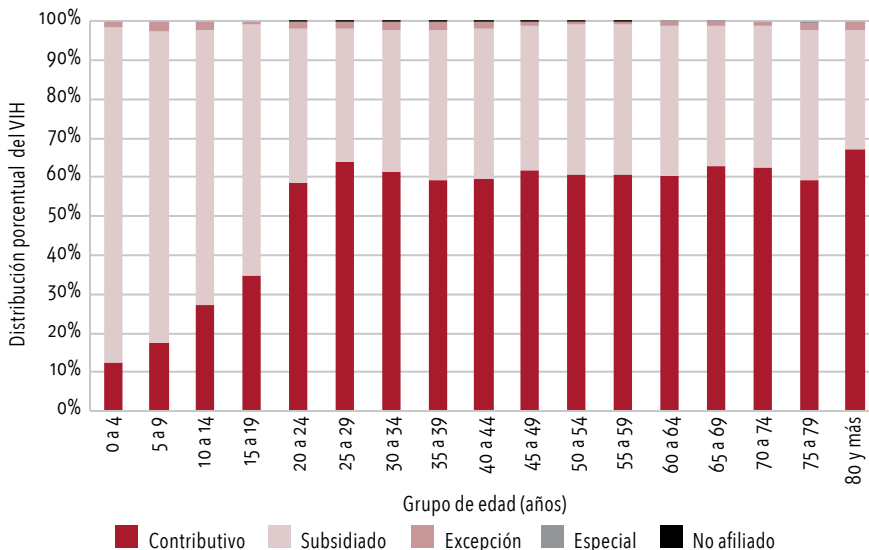


Figura 7. Distribución de casos de VIH por sexo según régimen de afiliación



Por grupo de edad, se observó que los menores de 19 años están distribuidos en mayor proporción en el régimen subsidiado (figura 8).

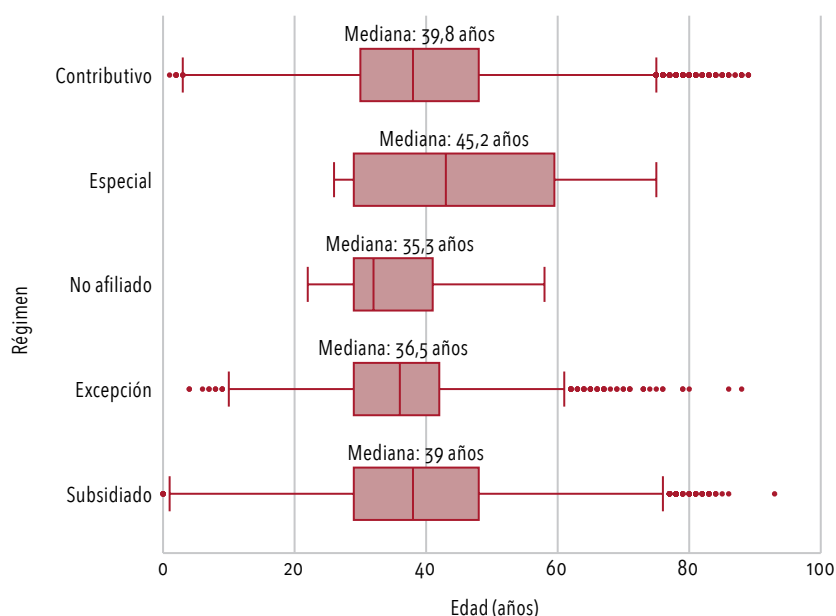
Figura 8. Distribución porcentual según los grupos de edad y el régimen de afiliación de las personas que viven con VIH





En la figura 9 se observa la distribución de la edad de los casos reportados con VIH por régimen de afiliación, encontrando una población más joven en los no afiliados y población mayor en el régimen especial.

Figura 9. Distribución por régimen de afiliación según la edad



1.1.5. Distribución por entidad

Las entidades con mayor número de afiliados con diagnóstico de VIH fueron Cafesalud y Coomeva. En la tabla 2 se muestra el número de casos reportados por cada entidad y su proporción con respecto a los 82.856 casos notificados a la CAC.


Tabla 2. Distribución de los casos de VIH 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	25	0,03
EASo27	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia	48	0,06
EPSoo1	Aliansalud	588	0,71
EPSoo2	Salud Total S.A. EPS	5.339	6,44
EPSoo3	Cafesalud	10.406	12,56
EPSoo5	Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.	3.681	4,44
EPSoo8	Compensar EPS	2.415	2,91
EPSo10	EPS SURA	6.116	7,38
EPSo12	Comfenalco Valle EPS	933	1,13
EPSo16	Coomeva EPS. S.A.	6.920	8,35
EPSo17	EPS Famisanar Ltda.	3.348	4,04
EPSo18	Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. -S.O.S.	2.066	2,49
EPSo23	Cruz Blanca EPS S.A.	1.475	1,78
EPSo33	Saludvida EPS. S.A.	158	0,19
EPSo37	Nueva EPS S.A.	6.264	7,56
Régimen Subsidiado			
CCFo07	Comfamiliar Cartagena EPS- CCF de Cartagena	405	0,49
CCFo09	Caja de Compensación Familiar de Boyacá (Comfaboy EPS)	60	0,07
CCFo15	Comfacor EPS-CCF de Córdoba	1.038	1,25
CCFo23	Caja de Compensación Familiar de la Guajira	138	0,17
CCFo24	Caja de Compensación Familiar del Huila- COMFAMILIAR Huila	517	0,62
CCFo27	Comfamiliar Nariño EPS-CCF	170	0,21
CCFo33	Caja de Compensación Familiar de Sucre- COMFASUCRE	131	0,16
CCFo50	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano- COMFAORIENTE	173	0,21
CCFo53	Comfacundi-CCF de Cundinamarca	222	0,27
CCFo55	Caja de Compensación Familiar CAJACOPI Atlántico	1.087	1,31



Tabla 2. Distribución de los casos de VIH según la entidad que reporta (continúa)

Código de la entidad	Nombre de la entidad	Casos de VIH	%
CCF102	Comfachocó-CCF del Chocó	56	0,07
EPSO22	Entidad administradora de régimen subsidiado CONVIDA	397	0,48
EPSO25	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare-CAPRESOCA-EPS	202	0,24
EPSIO1	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar -Dusakawi	92	0,11
EPSIO2	Asociación de cabildos del resguardo indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba-Sucre-Manexka	1	0,00
EPSIO3	Asociación Indígena del Cauca -A.I.C.	128	0,15
EPSIO4	Anas Wayuu EPS Indígena	99	0,12
EPSIO5	Entidad Promotora de Salud -MALLAMAS EPSI	132	0,16
EPSIO6	Pijaos Salud EPSI	44	0,05
EPSSO3	Cafesalud	1.367	1,65
EPSS33	Saludvida EPS S.A.	2.044	2,47
EPSS34	Capital Salud	2.559	3,09
EPSS40	Savia Salud EPS	3.438	4,15
EPSS41	Nueva EPS subsidiado (Res 02664)	1380	1,67
ESSO02	Empresa mutual para el desarrollo integral de la salud ESS EMDISALUD	515	0,62
ESSO24	Cooperativa de salud y desarrollo integral zona sur oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	3.126	3,77
ESSO62	Asociación mutual la Esperanza ASMET SALUD	2.692	3,25
ESSO76	Asociación mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. -AMBUQ	1.178	1,42
ESSO91	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud -ECOOPSOS	346	0,42
ESS118	Asociación mutual Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR ESS	3.002	3,62
ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria -COMPARTA	2.297	2,77
ESS207	Asociación -MUTUAL SER- Empresa Solidaria de Salud ESS	2.653	3,20
Régimen especial			
EMPO17	Colmédica Medicina Prepagada	3	0,00
RESO09	Universidad del Cauca	2	0,00
RESO11	Unidad de salud de la Universidad de Antioquia	4	0,00
RESO12	Unidad Administrativa Especial de Salud. Universidad de Córdoba	3	0,00



Tabla 2. Distribución de los casos de VIH según la entidad que reporta (continúa)

Código de la entidad	Nombre de la entidad	Casos de VIH	%
Régimen de excepción			
RES003	Fuerzas Militares	1.332	1,61
No afiliados			
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena (DADIS)	10	0,01
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca	1	0,00
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander	3	0,00
70000	Secretaria de Salud Departamental de Sucre	1	0,00
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle del Cauca	26	0,03
Total		82.856	100 %

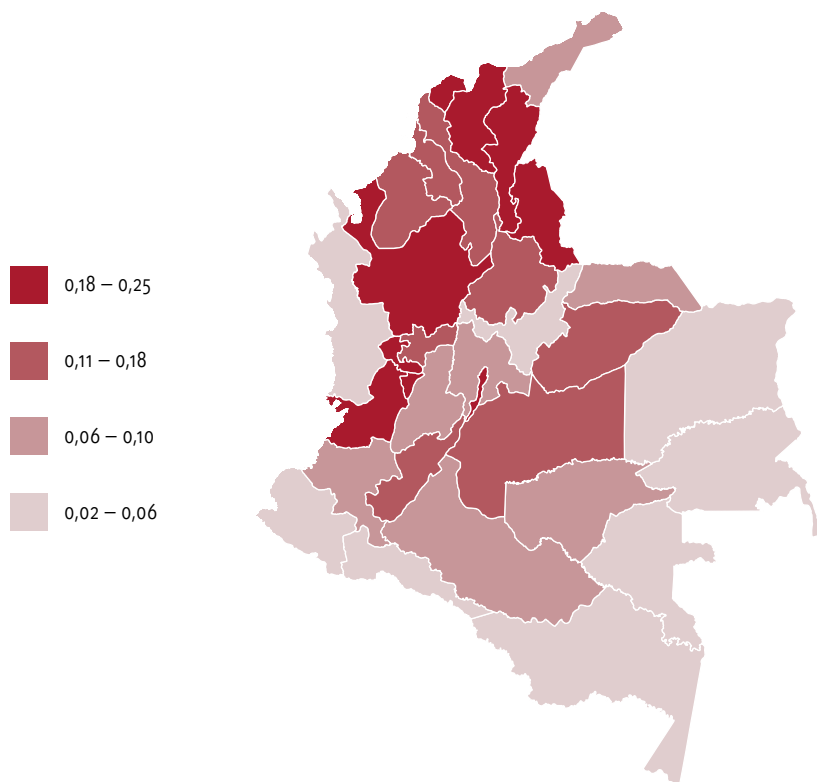


2. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

2.1. Prevalencia e incidencia

Para el año 2017 se obtuvo una prevalencia nacional ajustada por edad de VIH de 0,17 por 100 habitantes. Quindío, Risaralda y Bogotá, D.C. (0,25, 0,24 y 0,23 respectivamente) continúan siendo las entidades con mayor prevalencia en comparación con el año 2016 (tabla 3, mapa 2).

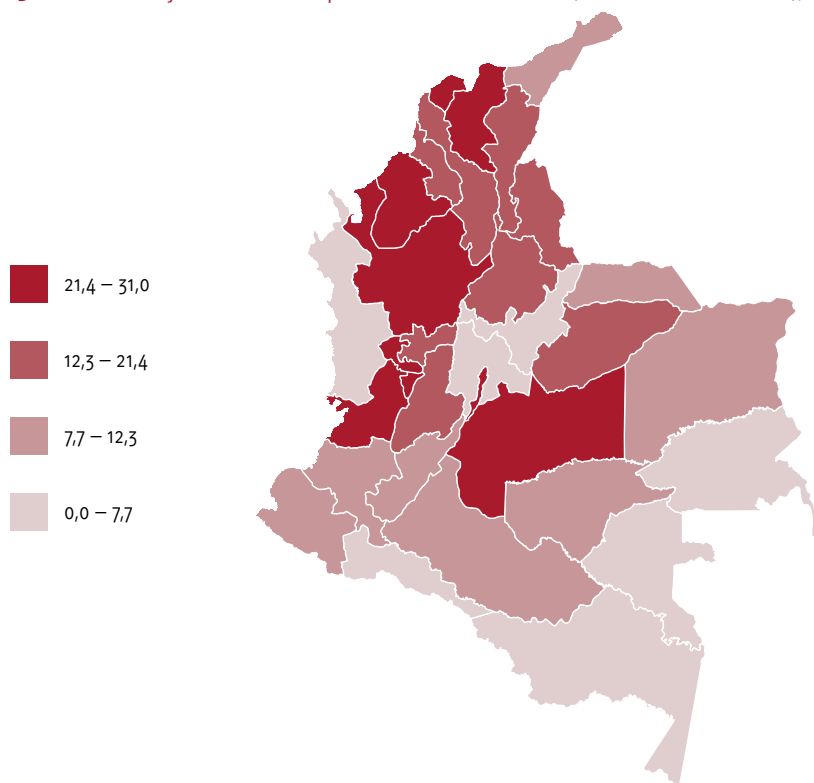
Mapa 2. Prevalencia ajustada de VIH por edad en Colombia (100 habitantes), 2017





En cuanto a la incidencia nacional ajustada por edad, se encontró un valor de 19,07 por 100.000 habitantes, que al compararse con el año anterior aumentó en un 2,23 por 100.000 habitantes. Antioquia y Bogotá, D.C. siguen siendo las entidades con mayor número de casos nuevos (tabla 4, mapa 3).

Mapa 3. Incidencia ajustada de VIH por edad en Colombia (100.000 habitantes), 2017



En cuanto a la población afiliada al sistema de salud se estimó una prevalencia de 0,19 por 100 afiliados y un incidencia de 21,3 por 1000.000 afiliados. Al diferenciar los resultados anteriores por sexo, se observó mayor prevalencia e incidencia en el sexo masculino al igual que en el régimen contributivo (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia e incidencia del VIH ajustadas por edad según el sexo y el régimen de afiliación

Sexo	Prevalencia ajustada		Incidencia ajustada			
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino		
Régimen de afiliación	Contributivo	Subsidiado	0,25 por 100 habitantes	0,08 por 100 habitantes	30,6 por 100.000 habitantes	7,8 por 100.000 habitantes
			0,22 por 100 afiliados	0,15 por 100 afiliados	24,55 por 100.000 afiliados	17,45 por 100.000 afiliados



Tabla 4. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad territorial

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)		Prevalencia (100.000 habitantes)		Casos nuevos	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
		Casos de VIH-sida	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Incidencia cruda			
Amazonas	77.948	34	0,04	0,05	4	5,13	6,16	
Antioquia	6.613.118	14.262	0,22	0,21	1.648	24,92	24,40	
Arauca	267.992	169	0,06	0,07	27	10,07	10,85	
Atlántico	2.517.897	5.322	0,21	0,21	604	23,99	23,58	
Bogotá, D.C.	8.080.734	19.743	0,24	0,23	2.063	25,53	24,88	
Bolívar	2.146.696	3.404	0,16	0,17	428	19,94	20,62	
Boyacá	1.279.955	503	0,04	0,04	76	5,94	6,46	
Caldas	991.860	1.421	0,14	0,14	198	19,96	20,15	
Caquetá	490.056	425	0,09	0,1	53	10,82	11,21	
Casanare	368.989	476	0,13	0,13	69	18,7	17,93	
Cauca	1.404.205	919	0,07	0,07	139	9,9	10,00	
Cesar	1.053.475	1.707	0,16	0,18	195	18,51	19,67	
Chocó	510.047	147	0,03	0,04	10	1,96	2,49	
Cundinamarca	2.762.784	1.721	0,06	0,06	173	6,26	6,30	
Córdoba	1.762.530	2.711	0,15	0,16	365	20,71	21,42	
Guainía	42.777	6	0,01	0,02	1	2,34	1,87	
Guaviare	114.207	63	0,06	0,07	9	7,88	9,16	
Huila	1.182.944	1.285	0,11	0,11	127	10,74	10,92	
La Guajira	1.012.926	702	0,07	0,08	86	8,49	9,20	
Magdalena	1.285.384	2.006	0,16	0,18	258	20,07	22,43	
Meta	998.162	1670	0,17	0,17	226	22,64	22,43	
Nariño	1.787.545	1090	0,06	0,06	168	9,4	9,39	
Norte de Santander	1.379.533	2.466	0,18	0,19	269	19,5	19,90	
Putumayo	354.094	185	0,05	0,06	21	5,93	6,32	
Quindío	571.733	1.451	0,25	0,25	133	23,26	23,31	
Risaralda	962.529	2.333	0,24	0,24	298	30,96	31,02	
San Andrés	77.759	79	0,1	0,1	3	3,86	3,63	
Santander	2.080.938	3.253	0,16	0,15	342	16,43	16,18	
Sucre	868.438	1.287	0,15	0,16	171	19,69	20,27	
Tolima	1.416.124	1.394	0,1	0,1	163	11,51	12,30	
Valle del Cauca	4.708.262	10.597	0,23	0,21	1.067	22,66	22,12	
Vaupés	44.500	10	0,02	0,03	0	0	0,00	
Vichada	75.468	15	0,02	0,03	5	6,63	7,69	
Total	49.291.609	82.856	0,17	0,17	9.399	19,1	19,1	



Tabla 5. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad

Entidad	Afiliados BDUA	Prevalencia por 100 afiliados			Incidencia por 100.000 afiliados		
		Casos de VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos de VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada
EASo16	10.071	25	0,25	0,37	3	29,8	16,5
EASo27	41.945	48	0,11	0,31	3	7,2	2,6
EPS001	206.413	588	0,28	0,24	35	17,00.	15,5
EPS002	2.395.320	5.339	0,22	0,22	782	32,6	28,7
EPS003	4.434.850	10.406	0,23	0,21	887	20	18,6
EPS005	1.855.465	3.681	0,2	0,18	541	29,2	26,6
EPS008	1.240.714	2.415	0,19	0,17	337	27,2	24,3
EPS010	2.463.107	6.116	0,25	0,21	895	36,3	30,4
EPS012	242.772	933	0,38	0,34	92	37,9	35,6
EPS016	2.802.755	6.920	0,25	0,22	676	24,1	22,8
EPS017	1.829.378	3.348	0,18	0,17	409	22,4	19,6
EPS018	918.088	2.066	0,23	0,2	257	28	25,5
EPS023	560.058	1.475	0,26	0,24	108	19,3	18,5
EPS033	87.289	158	0,18	0,14	23	26,3	18,5
EPS037	3.324.291	6.264	0,19	0,17	455	13,7	14,5
CCFo07	204.711	405	0,2	0,24	57	27,8	32,7
CCFo09	103.579	60	0,06	0,07	15	14,5	16,2
CCFo15	599.694	1.038	0,17	0,2	116	19,3	21
CCFo23	143.779	138	0,1	0,12	19	13,2	16,4
CCFo24	521.712	517	0,1	0,11	67	12,8	14,6
CCFo27	182.785	170	0,09	0,1	29	15,9	16,3
CCFo33	98.424	131	0,13	0,15	16	16,3	17,6
CCFo50	108.364	173	0,16	0,17	20	18,5	19,4
CCFo53	118.097	222	0,19	0,19	23	19,5	20,4
CCFo55	697.701	1.087	0,16	0,17	163	23,4	23,9
CCFi02	156.052	56	0,04	0,05	1	0,6	0,6
EPS022	563.826	397	0,07	0,08	29	5,1	6
EPS025	176.855	202	0,11	0,13	32	18,1	19,1
EPSIo1	199.901	92	0,05	0,06	8	4	4,3



Tabla 5. Prevalencia e incidencia del VIH por entidad (continúa)

Entidad	Afiliados BDUA	Prevalencia por 100 afiliados			Incidencia por 100.000 afiliados		
		Casos de VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos de VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada
EPSIo2	212.750	1	0	0	0	0	
EPSIo3	444.713	128	0,03	0,03	13	2,9	3,2
EPSIo4	132.208	99	0,07	0,1	13	9,8	13,1
EPSIo5	283.248	132	0,05	0,05	25	8,8	9,1
EPSIo6	79.889	44	0,06	0,07	5	6,3	7,2
EPSSo3	1.089.843	1.367	0,13	0,14	133	12,2	13,2
EPSS33	1.231.407	2.044	0,17	0,19	252	20,5	22,9
EPSS34	1.172.117	2.559	0,22	0,24	212	18,1	20,8
EPSS40	1.655.903	3.438	0,21	0,23	347	21	23,5
EPSS41	814.789	1.380	0,17	0,21	198	24,3	28,1
ESSOo2	465.377	515	0,11	0,13	66	14,2	15,4
ESSO24	1.934.837	3.126	0,16	0,18	401	20,7	22,3
ESSO62	1.930.508	2.692	0,14	0,16	407	21,1	23,5
ESSO76	930.073	1.178	0,13	0,15	168	18,1	21,1
ESSO91	299.687	346	0,12	0,13	41	13,7	14,8
ESS118	1.898.465	3.002	0,16	0,16	322	17	17
ESS133	1.838.752	2.297	0,12	0,14	212	11,5	12,9
ESS207	1.361.206	2.653	0,19	0,21	368	27	28,4
EMPO17	*	3	*	*	1	*	*
RESOo9	*	2	*	*	0	*	*
RESO11	*	4	*	*	0	*	*
RESO12	*	3	*	*	0	*	*
RESOo3	*	1.332	*	*	101	*	*
13001	*	10	*	*	5	*	*
25000	*	1	*	*	0	*	*
54000	*	3	*	*	3	*	*
70000	*	1	*	*	1	*	*
76000	*	26	*	*	7	*	*
	44.063.768	82.856	0,19	0,19	9.399	213	213

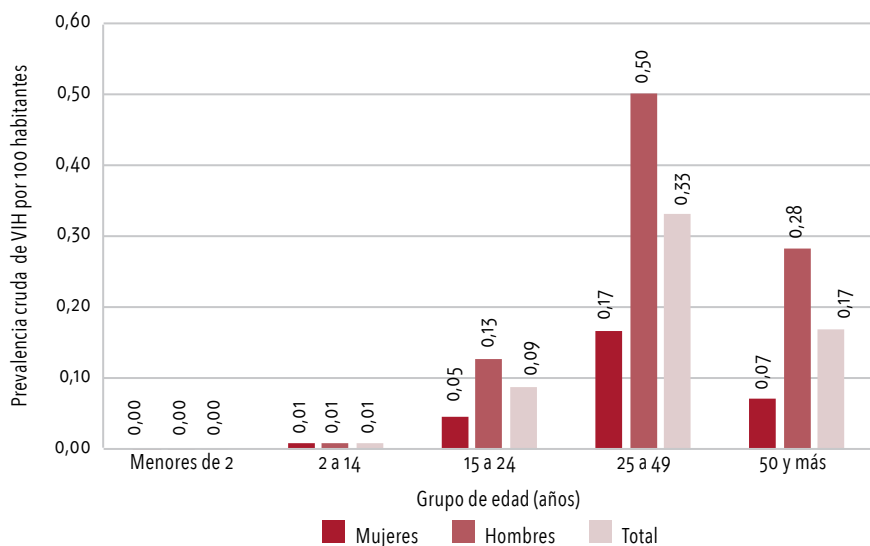
* Sin información



En la tabla 5 se describen los datos de la prevalencia y de la incidencia por entidad.

Al revisar los datos por grupos de edad relevantes, la prevalencia fue mayor en la población de 25 a 49 años, tanto en hombres como en mujeres (figura 10).

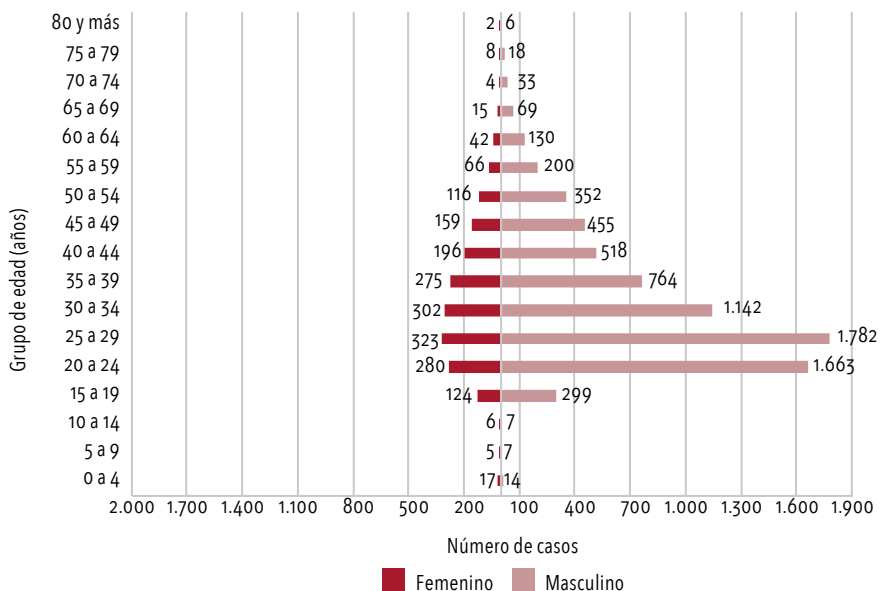
Figura 10. Prevalencia del VIH por sexo y edad



Para los casos incidentes, es decir 9.399 personas que fueron diagnosticadas y reportadas en el periodo comprendido entre el 1º de febrero de 2016 y el 31 de enero de 2017, el 79,4 % (n = 7.459) de los casos fueron de sexo masculino. Al analizar los datos por grupos de edad quinquenal, el de 25 a 29 años fue el de mayor frecuencia para ambos sexos (figura 11).

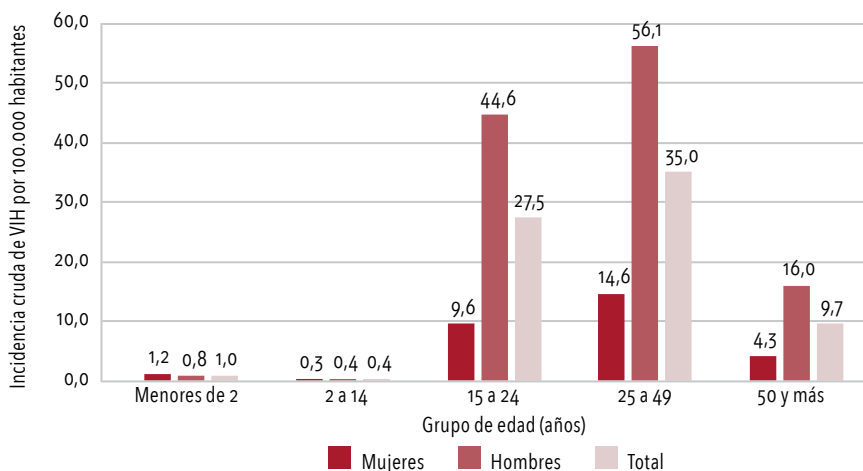


Figura 11. Pirámide poblacional de los casos incidentes



Si se analiza la incidencia por rangos de edad de interés, el mayor número de 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 12).

Figura 12. Incidencia del VIH por sexo y edad



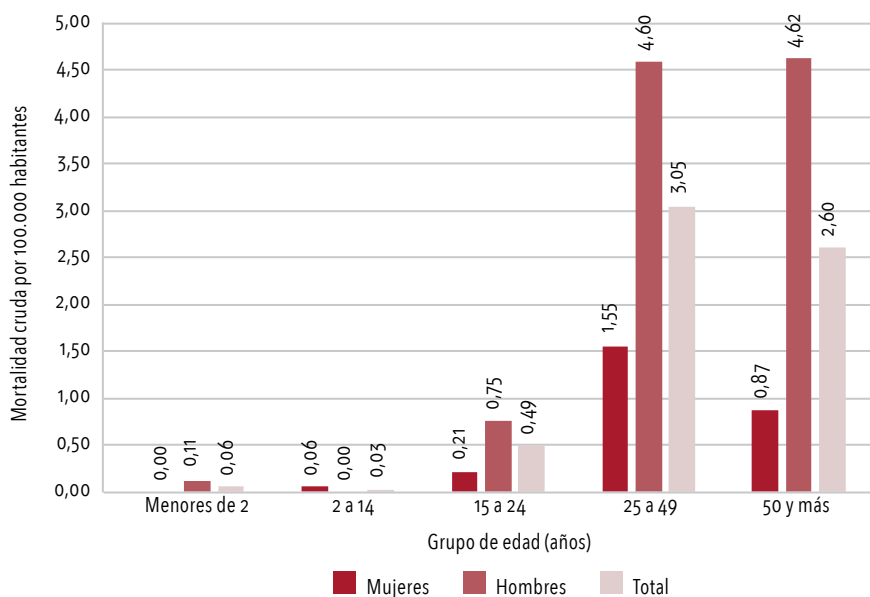


2.2. Mortalidad y letalidad

Para el corte del 31 de enero de 2017 se presentaron 845 muertes entre las personas con diagnóstico de VIH, con una mortalidad por todas las causas de 1,7 por 100.000 habitantes. Al analizar el reporte por sexo, se identificaron 196 muertes en el sexo femenino y 649 en el sexo masculino, es decir una mortalidad por 100.000 habitantes de 0,8 y 2,7 respectivamente.

Según el grupo de edad, la mayor mortalidad por todas las causas ocurrió en el grupo de 25 a 49 años (3,0 por 100.000 habitantes) y en mayores de 50 años (2,6 por 100.000 habitantes). Al analizar los grupos de edad por sexo, se observó 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 13).

Figura 13. Mortalidad cruda por todas las causas en personas con VIH según el sexo y la edad



Las entidades territoriales con mayor mortalidad fueron Risaralda, Magdalena y Meta (3,4; 2,7 y 2,9 por 100.000 habitantes, respectivamente) (tabla 6, mapa 4).



Tabla 6. Mortalidad y letalidad en VIH según la entidad territorial

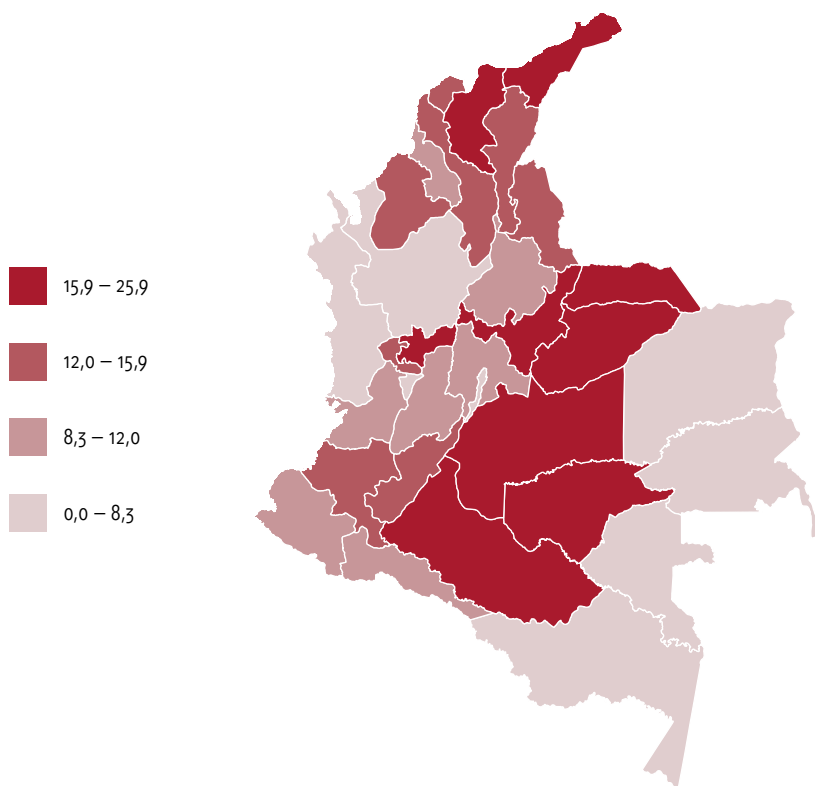
Departamento	Población total	Casos de VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda (100.000 habitantes)	Mortalidad ajustada (100.000 habitantes)	Letalidad (1.000 personas con VIH)
Antioquia	6.613.118	14.262	114	1,7	1,7	8,0
Atlántico	2.517.897	5.322	64	2,5	2,5	12,0
Bogotá, D.C.	8.080.734	19.743	127	1,6	1,4	6,4
Bolívar	2.146.696	3.404	51	2,4	2,5	15,0
Boyacá	1.279.955	503	12	0,9	0,9	23,9
Caldas	991.860	1.421	23	2,3	2,2	16,2
Caquetá	490.056	425	11	2,2	2,6	25,9
Cauca	1.404.205	919	11	0,8	0,8	12,0
Cesar	1.053.475	1.707	23	2,2	2,4	13,5
Córdoba	1.762.530	1.721	33	1,9	2,0	19,2
Cundinamarca	2.762.784	2.711	17	0,6	0,6	6,3
Chocó	510.047	147	1	0,2	0,3	6,8
Huila	1.182.944	1.285	20	1,7	1,8	15,6
La Guajira	1.012.926	702	12	1,2	1,5	17,1
Magdalena	1.285.384	2.006	32	2,5	2,9	16,0
Meta	998.162	1.670	27	2,7	2,7	16,2
Nariño	1.787.545	1.090	10	0,6	0,6	9,2
Norte de Santander	1.379.533	2.466	30	2,2	2,3	12,2
Quindío	571.733	1.451	12	2,1	1,9	8,3
Risaralda	962.529	2.333	34	3,5	3,4	14,6
Santander	2.080.938	3.253	34	1,6	1,6	10,5
Sucre	868.438	1.287	14	1,6	1,8	10,9
Tolima	1.416.124	1.394	13	0,9	0,9	9,3
Valle del Cauca	4.708.262	10.597	105	2,2	2,1	9,9
Arauca	267.992	169	3	1,1	1,4	17,8
Casanare	368.989	476	9	2,4	2,6	18,9
Putumayo	354.094	185	2	0,6	0,7	10,8
San Andrés	77.759	79	0	0,0	0,0	0,0
Amazonas	77.948	34	0	0,0	0,0	0,0
Guainía	42.777	6	0	0,0	0,0	0,0
Guaviare	114.207	63	1	0,9	1,1	15,9
Vaupés	44.500	10	0	0,0	0,0	0,0
Vichada	75.468	15	0	0,0	0,0	0,0
Total	49.291.609	82.856	845	1,7	1,7	10,2

La letalidad para este año fue de 10,2 muertes por 1.000 personas con VIH (845/82.856), dato menor al reportado en 2016, que fue de 11,3 por 1.000 personas con VIH. Los departamentos con mayor letalidad fueron Caquetá,



Boyacá y Córdoba (25,9; 23,9 y 19,2 por 1.000 pacientes, respectivamente) (tabla 6, mapa 5).

Mapa 5. Letalidad por VIH en Colombia (1.000 pacientes con VIH), 2017



Según el régimen de afiliación, el 57,4 % (485/845) de los fallecimientos ocurrieron en el subsidiado y el 41,1 % (347/845) en el contributivo. En los regímenes de excepción ($n = 11$; 1,3 %) y en los no afiliados ($n = 2$; 0,2 %) se reportaron menos casos de mortalidad. Al calcular la tasa de mortalidad ajustada por edad, en el régimen subsidiado fue de 2,24 por 100.000 afiliados y para el régimen contributivo de 1,55 por 100.000 afiliados. Para los demás grupos no se realizó análisis de esta información por no disponer de los denominadores poblacionales.

En la tabla 7 se muestran los datos de mortalidad y letalidad por entidad, donde se encontró que para el régimen subsidiado la entidad con mayor tasa de mortalidad fue la CCFO07 (5,24 personas por 100.000 afiliados) y para el régimen subsidiado la EPS003 (4,06 personas por 100.000 afiliados). En



cuanto a la letalidad, la entidad del régimen subsidiado con la tasa más alta fue la ESSO91 (37,5 muertes por 1.000 pacientes) y del régimen contributivo fue la EPS 033 (25,3 muertes por 1.000 pacientes).

Tabla 7. Distribución de la mortalidad y la letalidad según el régimen de afiliación y la entidad

Régimen	Entidad	Población BDUA	Casos de VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Letalidad (1.000 personas con VIH)
Contributivo	EASo16	10.071	25	0	0,00	0,00	0,0
	EASo27	41.945	48	0	0,00	0,00	0,0
	EPSO01	206.413	588	2	0,97	0,95	3,4
	EPSO02	2.395.320	5.339	46	1,92	2,08	8,6
	EPSO03	4.434.850	10.406	93	2,10	2,14	8,9
	EPSO05	1.855.465	3.681	9	0,49	0,47	2,4
	EPSO08	1.240.714	2.415	13	1,05	1,02	5,4
	EPSO10	2.463.107	6.116	28	1,14	1,19	4,6
	EPSO12	242.772	933	5	2,06	2,11	5,4
	EPSO16	2.802.755	6.920	48	1,71	1,72	6,9
	EPSO17	1.829.378	3.348	16	0,87	0,96	4,8
	EPSO18	918.088	2.066	20	2,18	2,19	9,7
	EPSO23	560.058	1.475	13	2,32	2,28	8,8
	EPSO33	87.289	158	4	4,58	4,06	25,3
EPSO37	3.324.291	6.264	50	1,50	1,27	8,0	
Subsidiado	CCFo07	204.711	405	10	4,88	5,24	24,7
	CCFo09	103.579	60	1	0,97	0,76	16,7
	CCFo15	599.694	1.038	5	0,83	0,83	4,8
	CCFo23	143.779	138	2	1,39	1,66	14,5
	CCFo24	521.712	517	16	3,07	3,20	30,9
	CCFo27	182.785	170	4	2,19	1,97	23,5
	CCFo33	98.424	131	4	4,06	4,29	30,5
	CCFo50	108.364	173	3	2,77	2,53	17,3
	CCFo53	118.097	222	2	1,69	1,63	9,0
	CCFo55	697.701	1.087	23	3,30	3,49	21,2
	CCF102	156.052	56	0	0,00	0,00	0,0
	EPSO22	563.826	397	6	1,06	1,05	15,1
	EPSO25	176.855	202	6	3,39	3,68	29,7
	EPSIo1	199.901	92	2	1,00	1,34	21,7
	EPSIo2	212.750	1	0	0,00	0,00	0,0
	EPSIo3	444.713	128	2	0,45	0,43	15,6
	EPSIo4	132.208	99	3	2,27	3,33	30,3
EPSIo5	283.248	132	4	1,41	1,40	30,3	



Tabla 7. Distribución de la mortalidad y la letalidad según el régimen de afiliación y la entidad (continúa)

Régimen	Entidad	Población BDUA	Casos de VIH	Casos de mortalidad	Mortalidad cruda (100.000 afiliados)	Mortalidad ajustada (100.000 afiliados)	Letalidad (1.000 personas con VIH)
Subsidiado	EPSIo6	79.889	44	0	0,00	0,00	0,0
	EPSSo3	1.089.843	1.367	20	1,84	1,74	14,6
	EPSS33	1.231.407	2.044	25	2,03	2,08	12,2
	EPSS34	1.172.117	2.559	36	3,07	3,09	14,1
	EPSS40	1.655.903	3.438	60	3,62	3,51	17,5
	EPSS41	814.789	1.380	5	0,61	0,51	3,6
	ESSoo2	465.377	515	16	3,44	3,56	31,1
	ESSo24	1.934.837	3.126	47	2,43	2,46	15,0
	ESSo62	1.930.508	2.692	51	2,64	2,72	18,9
	ESSo76	930.073	1.178	20	2,15	2,37	17,0
	ESSo91	299.687	346	13	4,34	4,18	37,6
	ESS118	1.898.465	3.002	33	1,74	1,61	11,0
	ESS133	1.838.752	2.297	32	1,74	1,83	13,9
ESS207	1.361.206	2.653	34	2,50	2,43	12,8	
Especial	EMPo17	0	3	0	*	*	*
	RESoo9	0	2	0	*	*	*
	RESo11	0	4	0	*	*	*
	RESo12	0	3	0	*	*	*
Excepción	RESoo3	0	1332	11	*	*	8,3
No afiliado	13.001	0	10	2	*	*	200,0
	25.000	0	1	0	*	*	*
	54.000	0	3	0	*	*	*
	70.000	0	1	0	*	*	*
	76.000	0	26	0	*	*	*
Total		44.063.768	82.856	845	1,92	1,92	10,2

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

Al analizar los datos por sexo, la mortalidad fue mayor en el sexo masculino con 2,67 muertes por cada 100.000 habitantes, en tanto para el sexo femenino fue de 0,79 por cada 100.000 habitantes. Igualmente, la letalidad fue mayor en el sexo masculino con 10,49 muertes por cada 1.000 pacientes versus 9,33 por cada 1.000 pacientes en el sexo femenino. 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 75 a 79 años (tabla 8).



Tabla 8. Distribución de la mortalidad y la letalidad según los grupos de edad y el sexo

Grupo de edad (años)	Población DANE						Casos de VIH			Casos de muerte			Mortalidad (100.000 habitantes)			Letalidad (1.000 pacientes)					
	Femenino		Masculino		Total	Femenino		Masculino		Total	Femenino		Masculino		Total	Femenino		Masculino		Total	
0 a 4	2.123.053	2.225.023	4.348.076	71	56	127	0	1	1	1	0,00	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	17,86	7,87			
5 a 9	2.086.679	2.184.229	4.270.908	157	160	317	3	0	3	0	0,14	0,00	0,07	0,00	0,00	19,11	0,00	9,46			
10 a 14	2.081.054	2.175.150	4.256.204	240	246	486	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
15 a 19	2.104.957	2.194.279	4.299.236	515	739	1.254	2	3	5	0	0,10	0,14	0,12	0,12	3,88	4,06	3,99				
20 a 24	2.105.867	2.201.266	4.307.133	1.381	4.878	6.259	7	30	37	0	0,33	1,36	0,86	0,86	5,07	6,15	5,91				
25 a 29	2.003.072	2.080.552	4.083.624	2.485	9.082	11.567	20	71	91	0	1,00	3,41	2,23	2,23	8,05	7,82	7,87				
30 a 34	1.852.099	1.824.409	3.676.508	3.524	9.144	12.468	31	83	114	0	1,67	4,55	3,10	3,10	9,33	9,08	9,14				
35 a 39	1.704.923	1.613.457	3.318.380	3.502	8.512	12.014	32	81	113	0	1,88	5,02	3,41	3,41	9,14	9,52	9,41				
40 a 44	1.532.080	1.429.577	2.961.657	2.825	7.455	10.280	30	70	100	0	1,96	4,90	3,38	3,38	10,62	9,39	9,73				
45 a 49	1.492.641	1.363.549	2.856.190	2.259	7.371	9.630	20	77	97	0	1,34	5,65	3,40	3,40	8,85	10,45	10,07				
50 a 54	1.455.799	1.318.127	2.773.926	1.747	6.097	7.844	19	74	93	0	1,31	5,61	3,35	3,35	10,88	12,14	11,86				
55 a 59	1.261.025	1.125.784	2.386.809	1.181	3.869	5.050	13	50	63	0	1,03	4,44	2,64	2,64	11,01	12,92	12,48				
60 a 64	998.341	878.207	1.876.548	731	2.149	2.880	10	45	55	0	1,00	5,12	2,93	2,93	13,68	20,94	19,10				
65 a 69	761.814	658.313	1.420.127	375	1.203	1.578	5	28	33	0	0,66	4,25	2,32	2,32	13,33	23,28	20,91				
70 a 74	553.979	459.560	1.013.539	148	536	684	2	12	14	0	0,36	2,61	1,38	1,38	13,51	22,39	20,47				
75 a 79	402.967	308.208	711.175	49	244	293	2	17	19	0	0,50	5,52	2,67	2,67	40,82	69,67	64,85				
80 y más	433.512	298.057	731.569	18	107	125	0	7	7	0	0,00	2,35	0,96	0,96	0,00	65,42	56,00				
Total	24.953.862	24.337.747	49.291.609	21.008	61.848	82.856	196	649	845	0,79	2,67	1,71	9,33	10,49	10,20						



3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH

3.1. Condición clínica en casos incidentes con diagnóstico de VIH

De los 9.399 casos incidentes, en el 77,8 % (n = 7.317) de los pacientes se registró el valor para el conteo de linfocitos T CD4+, es decir la condición inmunológica al momento del diagnóstico. En 1.324 casos (14,1 %) no se conocía el resultado porque se hizo el diagnóstico en otra EPS diferente a la que reportó o por causas externas. Al 6,2% (n = 575) de los pacientes no se les hizo el conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico. En el 1,9 % (n = 183) de los casos no se registró información. En la tabla 9 se muestra la información de los valores encontrados en los pacientes que tenían esta prueba de laboratorio.

Tabla 9. Conteo de linfocitos T CD4+ en los casos incidentes de VIH por percentiles según el sexo

Percentil	Casos incidentes		
	Femenino (n = 1.485)	Masculino (n = 5.832)	Total (n = 7.317)
Percentil 25	285	295	123
Percentil 50	114	125	293
Percentil 75	494	473	475

Al analizar los datos mediante un histograma, se observó que el conteo de linfocitos T CD4+ fue menor en el grupo de los hombres (figura 14).

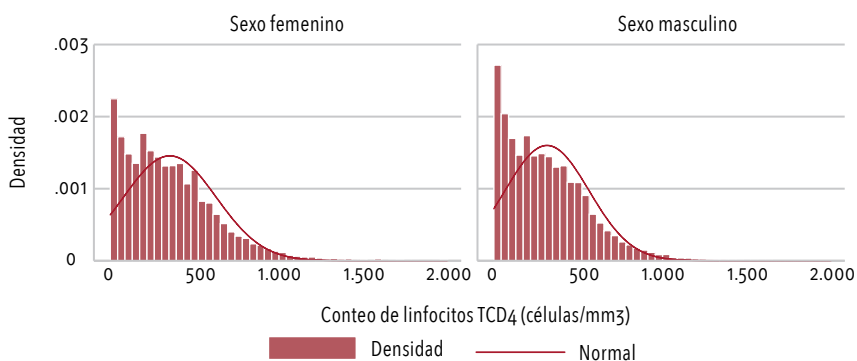


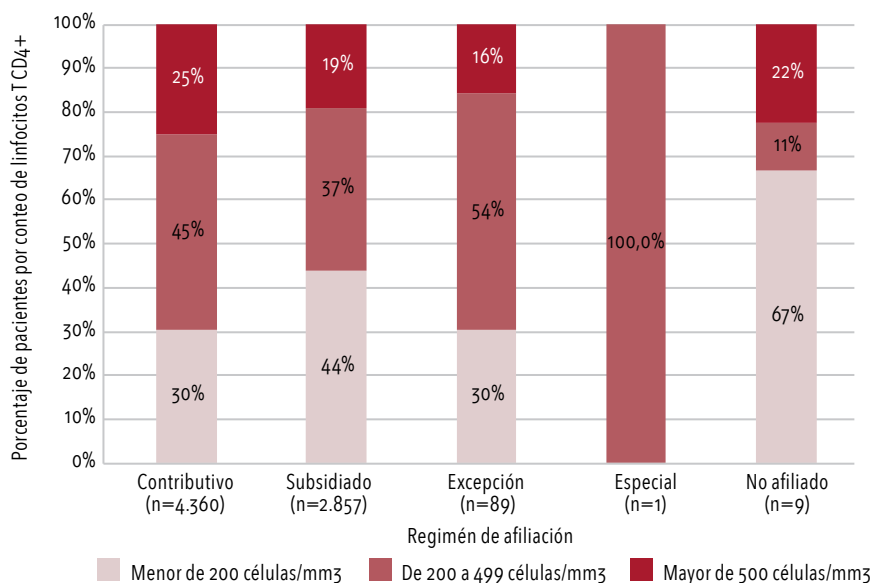


Figura 14. Histograma del conteo de linfocitos T CD4+ por sexo

3.2. Distribución por régimen de afiliación

Al agrupar los conteos de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico, se observó que los no afiliados tienen reportado un mayor recuento de linfocitos T CD4+ que los pacientes pertenecientes a los diferentes regímenes de afiliación (figura 15).

Figura 15. Distribución de los casos de VIH según el conteo de linfocitos T CD4+ por régimen de afiliación en casos incidentes.



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

De los casos incidentes notificados ($n = 9.399$), el 0,52 % ($n = 49$) tenían menos de 13 años y 99,48 % ($n = 9.350$) tenían una edad igual o mayor de 13 años. En los menores de 13 años el 49,3 % de los casos se diagnosticaron en N1 y C3 mientras que los mayores de 13 años fueron diagnosticados en estadios más tempranos (A1 y A2) (tabla 10). Continúan siendo diagnosticados tardíamente alrededor del 35 % de los casos nuevos; según datos anteriores, en el 2015 esta cifra fue de 36,5 %, para el 2016 de 34,9 % y para este año del 35,4 %.



Tabla 10. Estadio al momento del diagnóstico

Estadio	Menores de 13 años		Mayores o igual a 13 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
A1	7	14,3	1989	21,3	1.996	21,2
A2	2	4,1	2.669	28,5	2671	28,4
A3	2	4,1	954	10,2	956	10,2
B1	3	6,1	151	1,6	154	1,6
B2	3	6,1	675	7,2	678	7,2
B3	1	2,0	438	4,7	439	4,7
C1	3	6,1	61	0,7	64	0,7
C2	1	2,0	230	2,5	231	2,5
C3	9	18,4	1.632	17,5	1.641	17,5
N1	12	24,5	*	*	12	0,1
N2	3	6,1	*	*	3	0,0
Por establecer	2	4,1	415	4,4	417	4,4
Sin información	1	2,0	136	1,5	137	1,5
Total	49	100	9.350	100	9.399	100

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

En los menores de 13 años al momento del diagnóstico, el 51 % eran de sexo masculino (n = 25) y en los mayores de 13 años el 79,5 % (n = 7.434). Los estadios 1 y 2 fueron los de mayor diagnóstico en ambos grupos (61,2 % menores de 13 años y 58,7 % en los mayores de 13 años). En la figura 16 se muestra la distribución de los casos por sexo según el estadio. En la figura 17 se muestra la misma información para los mayores de 13 años.

Por régimen de afiliación, se observó que el 90 % (n = 44) de los casos incidentes en menores de 13 años fueron del subsidiado y el 10 % (n = 5) restante del contributivo. Para los casos con edad igual o mayor de 13 años, el régimen con más alto reporte fue el contributivo (n = 5.498; 58,8 %) seguido del subsidiado (n = 3.734; 39,9 %). En los regímenes de excepción y especial fue de 1,1 % y 0,2 % respectivamente (n = 101; n = 16). Solo se reportó un caso en la población de no afiliados (0,01 %).

Para los menores de 13 años, en el régimen subsidiado se reportó el 34 % (n = 15) de los casos en estadio sida, en tanto que en el contributivo la proporción fue de 20 % (n = 1). En los pacientes de 13 años o más, los no afiliados representaron el 50 % (n = 8) de los nuevos casos en estadio sida, seguidos del régimen subsidiado, que reportó el 43 % (n = 1.605), de excepción con el 34 % (n = 34) y contributivo con el 30 % (n = 1.668).



Figura 16. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por sexo en menores de 13 años

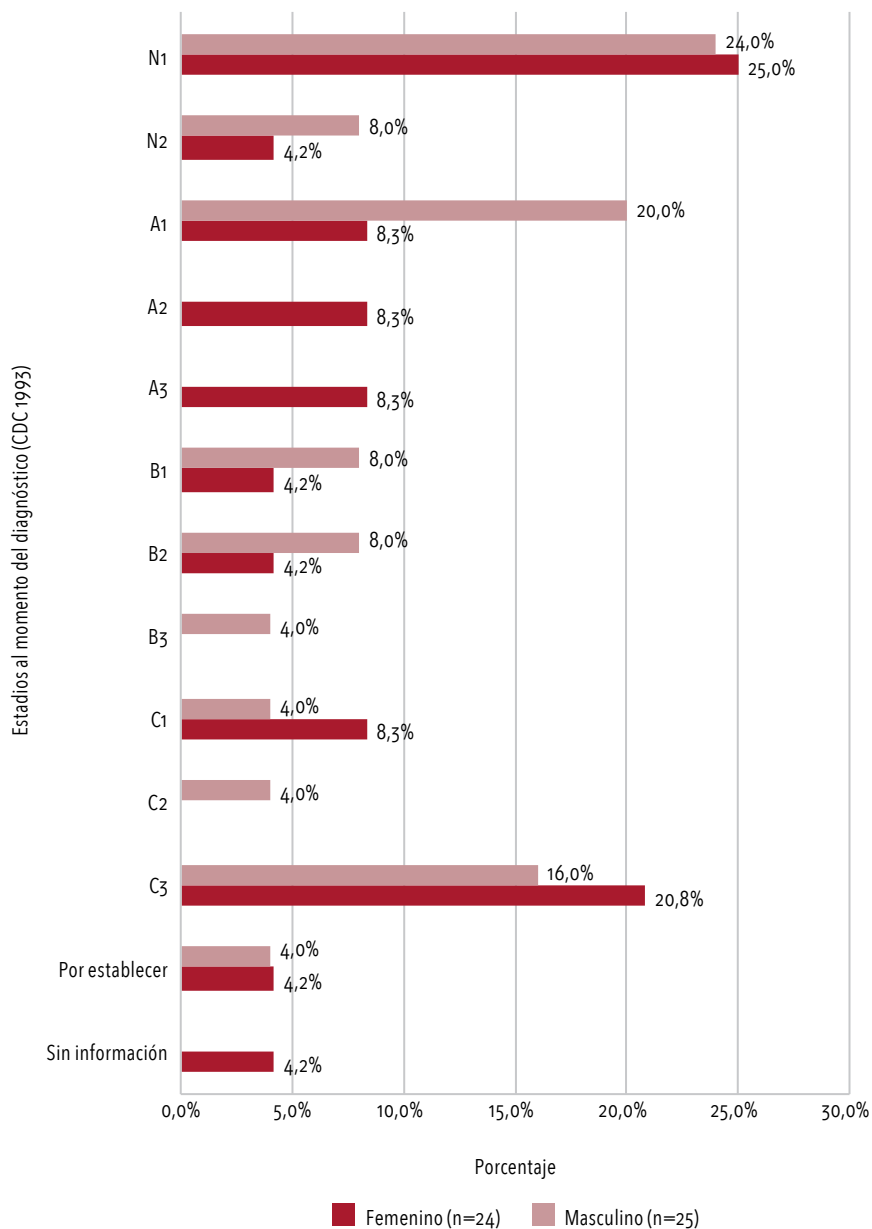
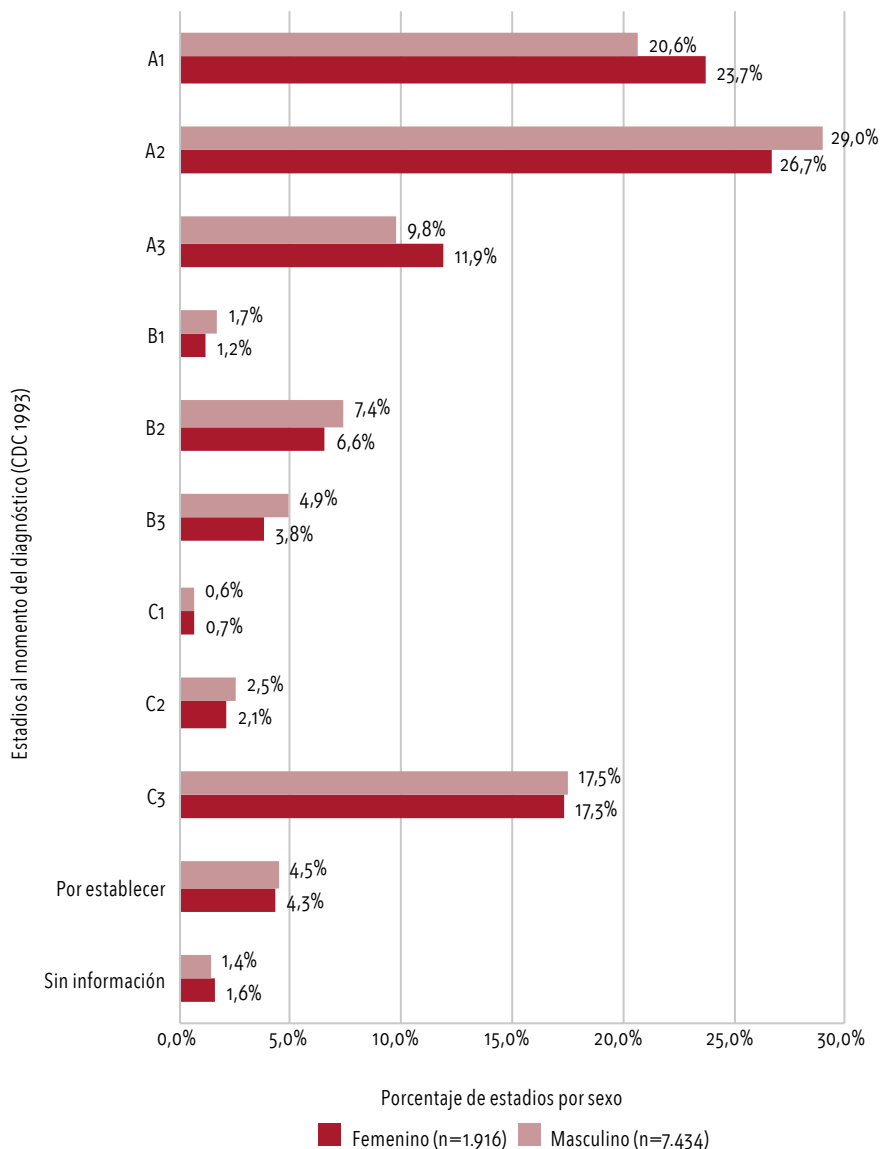




Figura 17. Distribución del estadio al momento del diagnóstico por sexo en mayores de 13 años



En la tabla 11 se muestra la distribución de los casos incidentes según el estadio clínico al momento del diagnóstico para cada régimen de afiliación.



Tabla 11. Estado clínico al momento del diagnóstico por régimen de afiliación

Estado	Menores de 13 años						Mayores de 13 años									
	Contributivo		Subsidiado		Total		Contributivo		Especial		No afiliado		Excepción		Subsidiado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
N1	1	20,0	11	25,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
N2	0	0,0	3	6,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
A1	2	40,0	5	11,4	1.259	22,9	0	0,0	2	12,5	15	14,9	713	19,1		
A2	0	0,0	2	4,5	1.811	32,9	1	100,0	1	6,3	41	40,6	815	21,8		
A3	0	0,0	2	4,5	592	10,8	0	0,0	1	6,3	15	14,9	346	9,3		
B1	0	0,0	3	6,8	102	1,9	0	0,0	2	12,5	2	2,0	45	1,2		
B2	1	20,0	2	4,5	365	6,6	0	0,0	0	0,0	8	7,9	302	8,1		
B3	0	0,0	1	2,3	231	4,2	0	0,0	0	0,0	7	6,9	200	5,4		
C1	0	0,0	3	6,8	18	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	43	1,2		
C2	0	0,0	1	2,3	101	1,8	0	0,0	0	0,0	3	3,0	126	3,4		
C3	1	20,0	8	18,2	726	13,2	0	0,0	7	43,8	9	8,9	890	23,8		
Por establecer	0	0,0	2	4,5	254	4,6	0	0,0	2	12,5	0	0,0	159	4,3		
Sin información	0	0,0	1	2,3	39	0,7	0	0,0	1	6,3	1	1,0	95	2,5		
Total	5	100	44	100	5.498	100	1	100	16	100	101	100	3.734	100	100	100

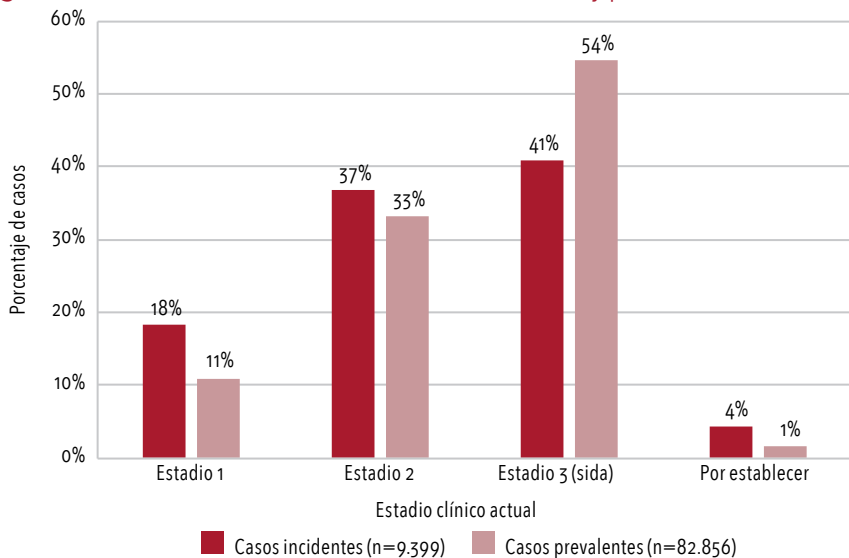
* El estado N solo aplica para la clasificación en menores de 13 años



3.4. Estado clínico actual de las PVV según la clasificación del CDC 2008

El estadio clínico 3 o sida continúa siendo predominante en este periodo, sugiriendo el deterioro y la progresión de la enfermedad, esto influye negativamente en el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. En la figura 18 se muestra la distribución de los casos incidentes y prevalentes por estadios.

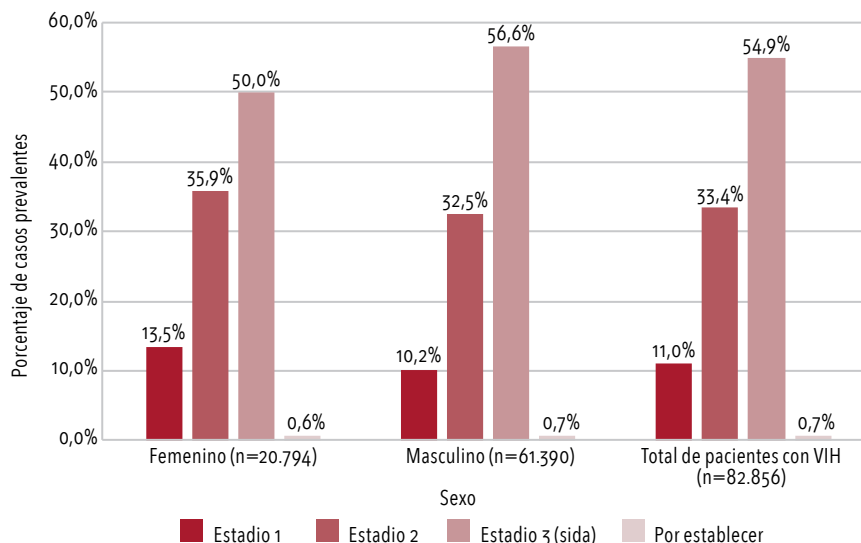
Figura 18. Estado clínico actual en los casos incidentes y prevalentes de VIH



Para los casos prevalentes, ambos sexos se comportan de manera similar en la distribución por estadios (figura 19). Respecto al periodo previo, continúa siendo el estadio 3 o sida el más común para los sexos masculino y femenino. Sin embargo, el estadio sida aumentó de 49,4 % a 50,0 % en el sexo femenino y disminuyó en el masculino pasando de 57,03 % a 56,6 %.



Figura 19. Estadio clínico actual en los casos prevalentes de VIH por sexo



3.5. Linfocitos T CD4+ y carga viral en los pacientes con VIH

De las 82.856 personas con diagnóstico de VIH, 43.545 tenían resultado de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico y el resultado de linfocitos T CD4+ en los últimos 6 meses antes del corte. Se comparó el cambio de los linfocitos T CD4+ en estas mediciones, evidenciando un aumento en la proporción de los casos con linfocitos T CD4+ mayores de 500 células/mm³ que pasó del 22 % al 43 % (figura 20). Por otro lado, de los 82.856, 45.975 pacientes 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 62 % en los pacientes con carga viral indetectable desde el inicio de la terapia hasta la última medición (figura 21). Es evidente el avance en los resultados de los laboratorios de linfocitos T CD4+ y carga viral, lo que lleva a la reducción de enfermedades oportunistas y la disminución del riesgo de transmisión de la enfermedad.



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

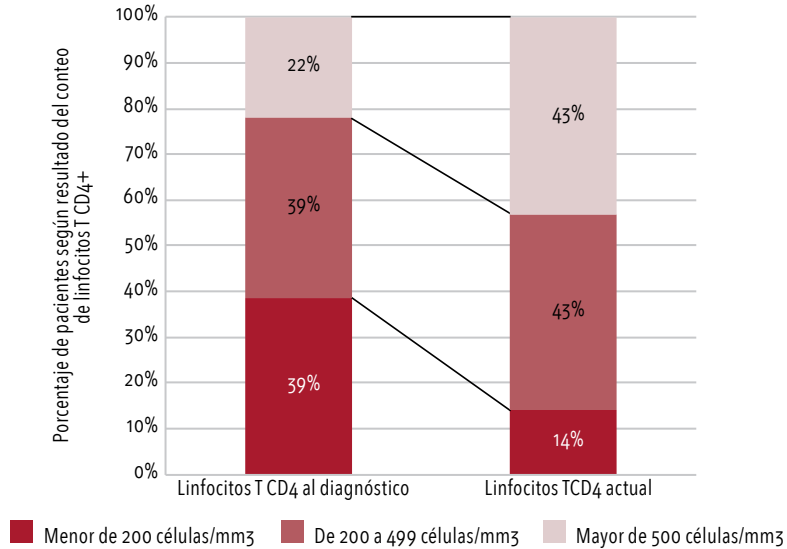
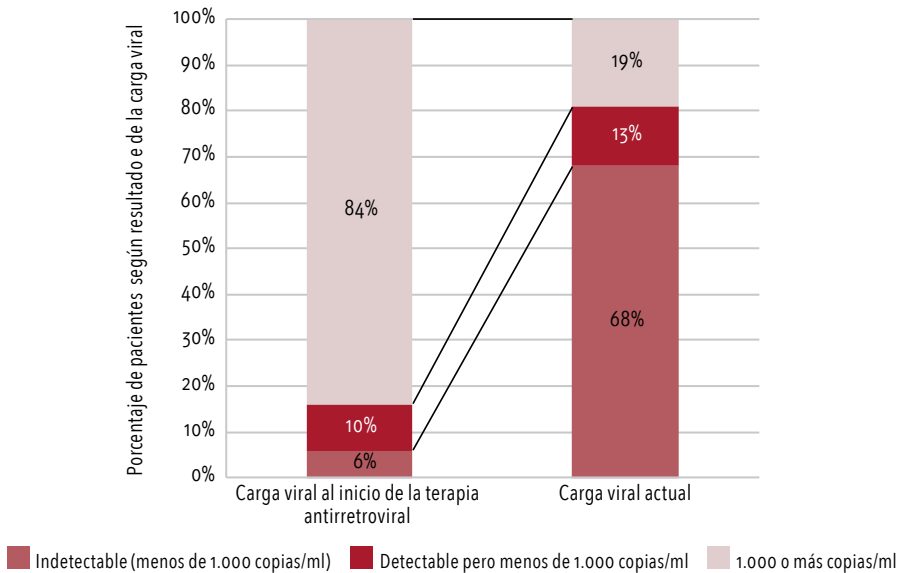


Figura 21. Carga viral al inicio de la terapia antirretroviral versus carga viral actual





3.6. Enfermedades que definen el sida

En el periodo analizado, 40.461 personas con diagnóstico de VIH se encontraban en estadio 3 o sida, es decir el 49% del total de casos con VIH ($n = 82.856$), lo que implica que tuvieron o tienen, alguna enfermedad que define el sida.

Para el 2017 las enfermedades más frecuentes fueron el síndrome de desgaste asociado al VIH, la tuberculosis y la toxoplasmosis cerebral (figura 22). En la tabla 12 se muestra el porcentaje de cada enfermedad sobre el total de la población en la que se reportó la ocurrencia de cada evento.

Figura 22. Enfermedades que definen el sida en la población reportada a la CAC

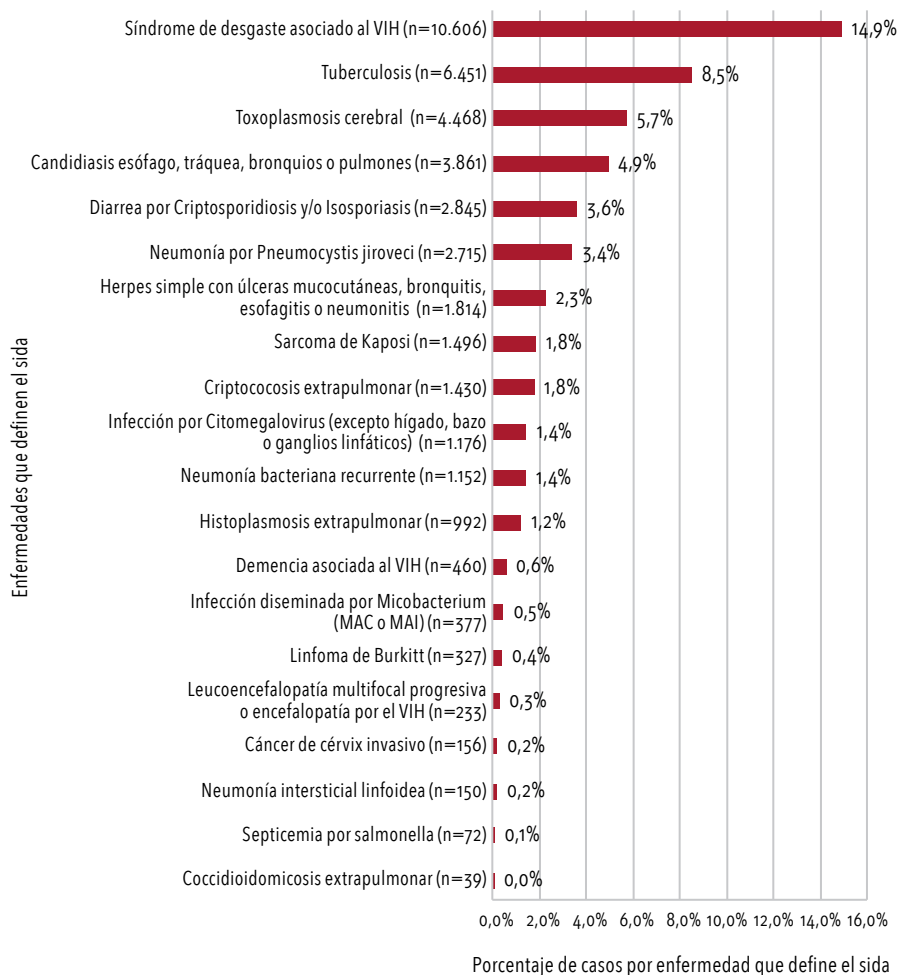




Tabla 12. Enfermedades que definen el sida en la población reportada a la CAC

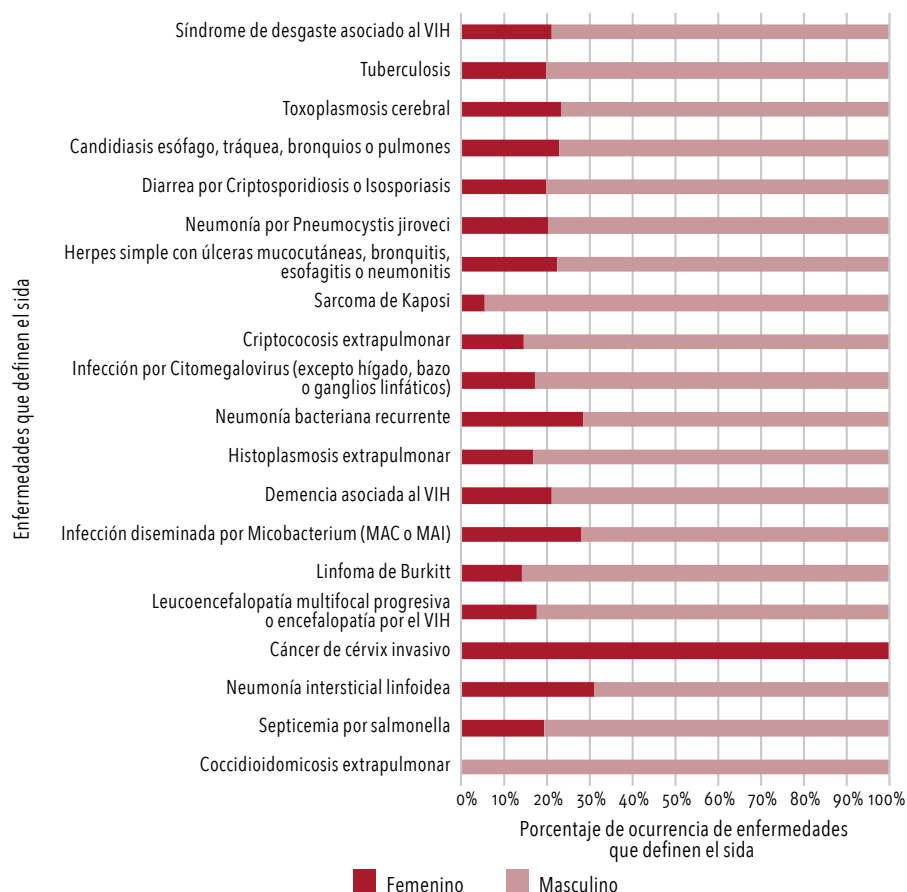
Enfermedades que definen el sida	Casos que tienen o han tenido esta enfermedad	Casos que no tienen ni han tenido esta enfermedad	Sin información	Porcentaje de PVV que tienen una enfermedad que define el sida *
Síndrome de desgaste asociado al VIH (n=10.606)	10.606	71.218	1.032	14,9
Tuberculosis (n=6.451)	6.451	75.928	477	8,5
Toxoplasmosis cerebral (n=4.468)	4.468	78.048	340	5,7
Candidiasis esófago, tráquea, bronquios o pulmones (n=3.861)	3.861	78.295	700	4,9
Diarrea por Criptosporidiosis y/o Isosporiasis (n=2.845)	2.845	79.153	858	3,6
Neumonía por Pneumocystis jiroveci (n=2.715)	2.715	79.703	438	3,4
Herpes simple con úlceras mucocutáneas, bronquitis, esofagitis o neumonitis (n=1.814)	1.814	80.479	563	2,3
Sarcoma de Kaposi (n=1.496)	1.496	81.059	301	1,8
Criptococosis extrapulmonar (n=1.430)	1.430	81.140	286	1,8
Infección por Citomegalovirus (excepto hígado, bazo o ganglios linfáticos) (n=1.176)	1.176	81.361	319	1,4
Neumonía bacteriana recurrente (n=1.152)	1.152	81.296	408	1,4
Histoplasmosis extrapulmonar (n=992)	992	81.589	275	1,2
Demencia asociada al VIH (n=460)	460	82.118	278	0,6
Infección diseminada por Micobacterium (MAC o MAI) (n=377)	377	82.209	270	0,5
Linfoma de Burkitt (n=327)	327	82.270	259	0,4
Leucoencefalopatía multifocal progresiva o encefalopatía por el VIH (n=233)	233	82.370	253	0,3
Cáncer de cérvix invasivo (n=156)	156	82.636	64	0,2
Neumonía intersticial linfoidea (n=150)	150	82.451	255	0,2
Septicemia por salmonella (n=72)	72	82.533	251	0,1
Coccidioidomicosis extrapulmonar (n=39)	39	82.567	250	0,0

*El porcentaje se calculó sobre los casos que reportaron información.



Al observar la distribución por sexo para cada enfermedad, se observa que en las mujeres predominan el cáncer de cérvix invasivo, la neumonía intersticial linfoidea, la neumonía bacteriana recurrente y la infección diseminada por *Micobacterium* (MAC o MAI); mientras que en los hombres predominan las enfermedades como el sarcoma de Kaposi, el linfoma de Burkitt, la criptococosis extrapulmonar y la histoplasmosis extrapulmonar (figura 23).

Figura 23. Enfermedades que definen el sida según el sexo

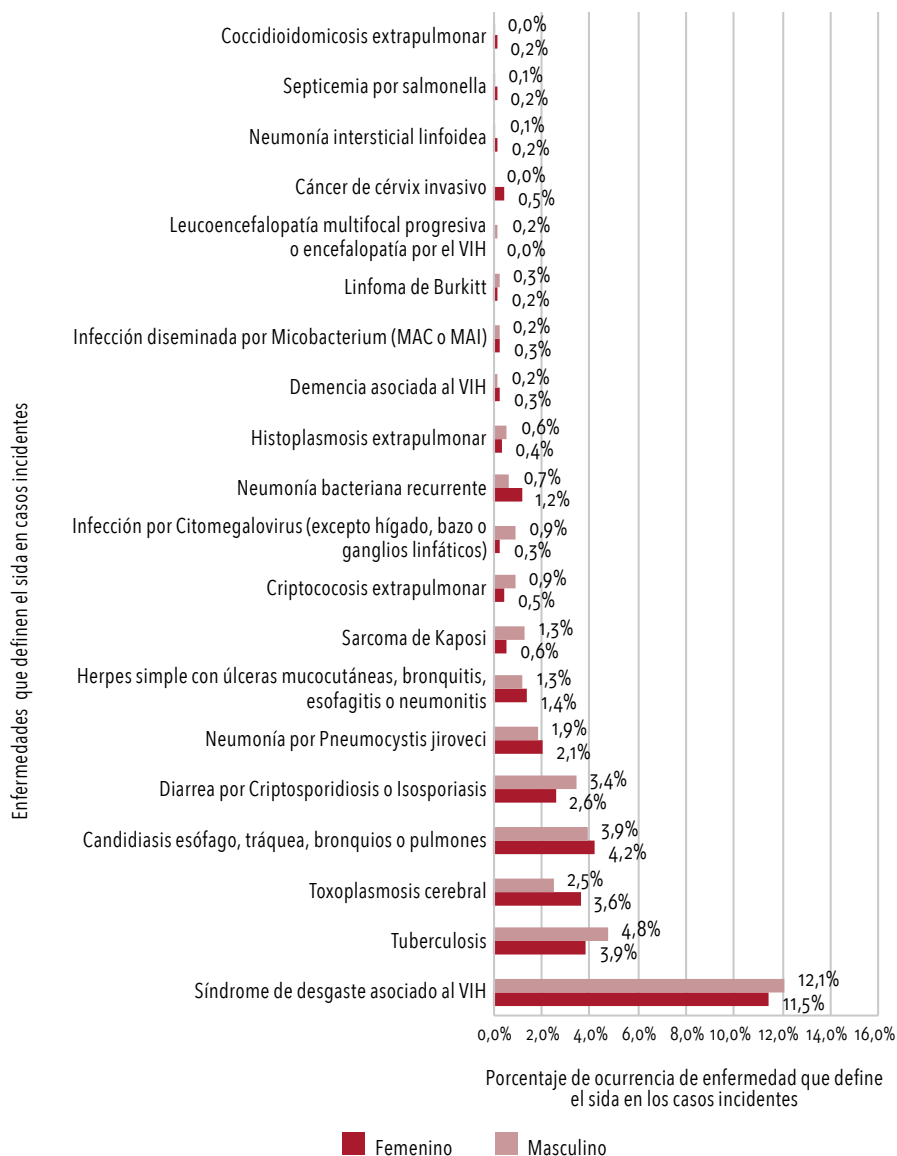


En los casos incidentes, el síndrome de desgaste asociado al VIH, la tuberculosis y la candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones fueron las de mayor frecuencia. Al revisar la información por sexo, el síndrome de desgaste fue el diagnóstico principal para ambos sexos, en segundo lugar, para las mujeres fue la candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones;



mientras que en los hombres fue la tuberculosis. En la figura 24 se muestra el porcentaje de ocurrencia de cada enfermedad que define el sida según el sexo en los casos incidentes (figura 24).

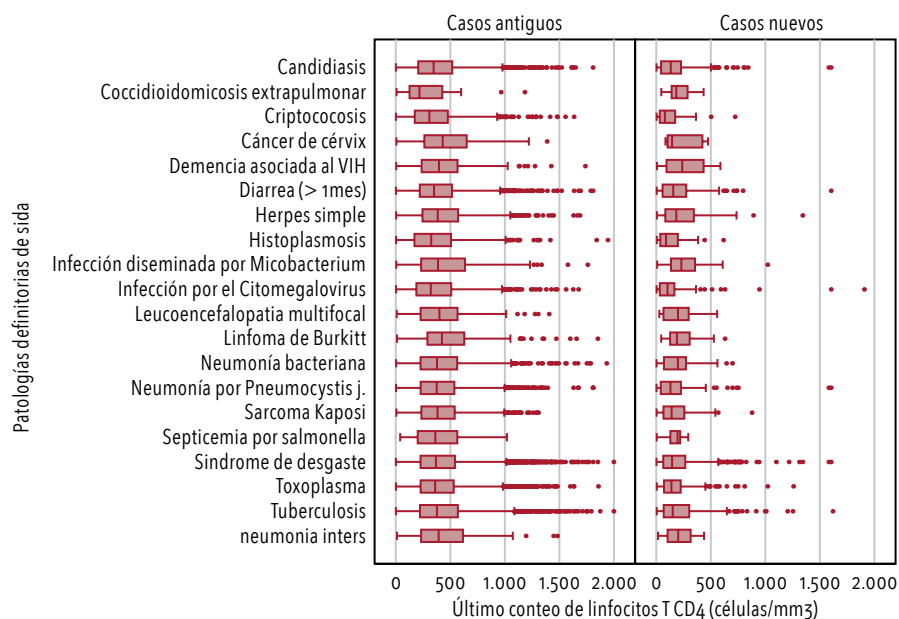
Figura 24. Enfermedades que definen el sida en los casos incidentes por sexo





Al analizar los casos de los pacientes con enfermedad que define el sida en los casos incidentes y prevalentes según el último conteo de linfocitos T CD4+, los casos prevalentes tienen mejor conteo de linfocitos que los incidentes (figura 25).

Figura 25. Conteo de linfocitos T CD4+ según las enfermedades que definen el sida en los casos antiguos y nuevos



En cuanto a la carga viral en los pacientes prevalentes y con enfermedad que define el sida, se observó menor supresión viral en aquellos con coccidomocosis y septicemia por salmonella (figura 26) y para los casos incidentes se observó menor supresión en los casos con criptococosis y candidiasis (figura 27).



Figura 26. Resultado de la carga viral según las enfermedades que definen el sida en los casos prevalentes

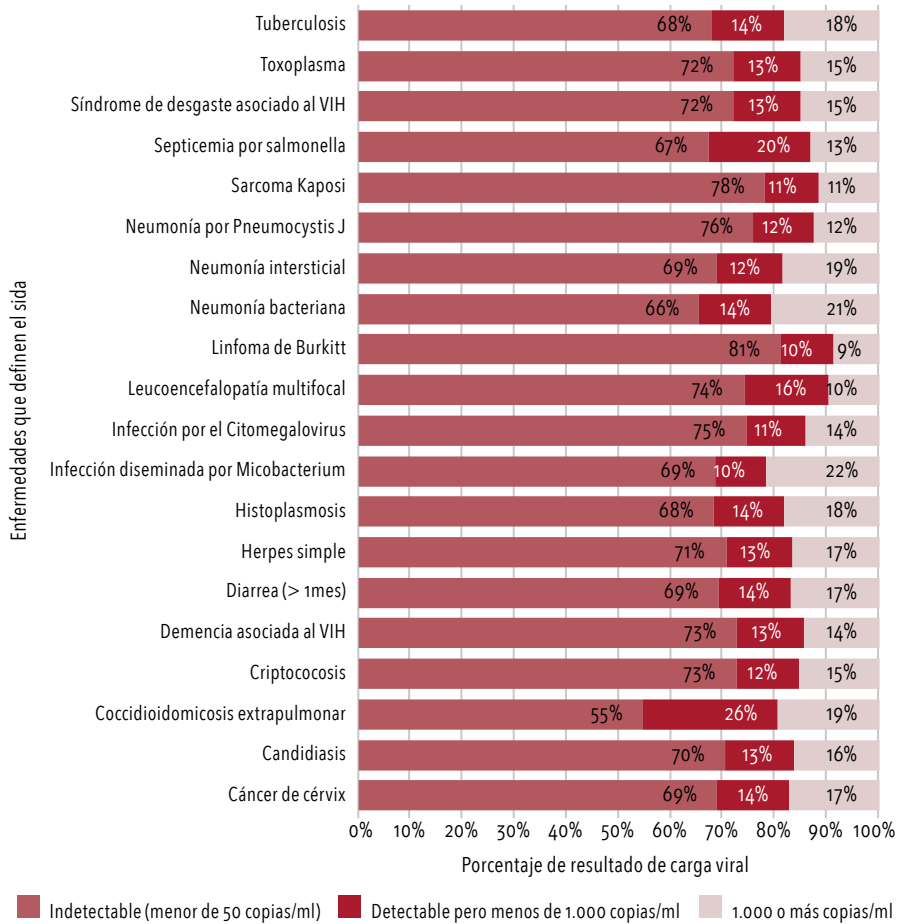
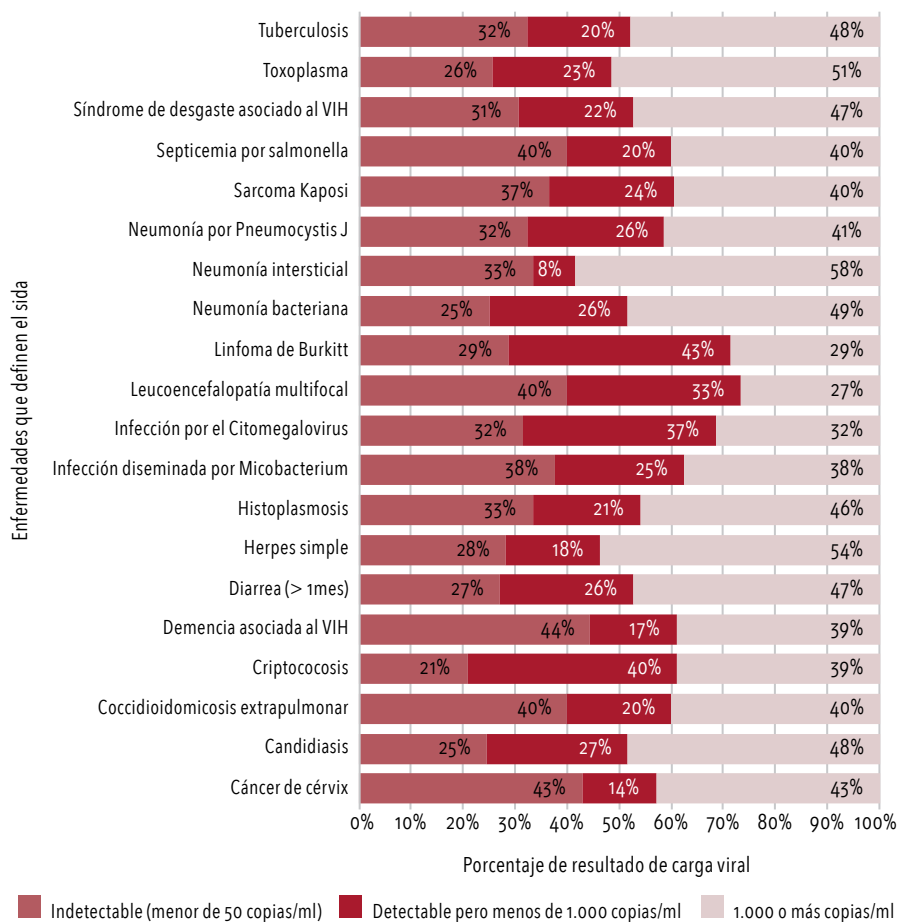




Figura 27. Resultado de carga viral según las enfermedades definen el sida en los casos incidentes





4. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

4.1. Tratamiento antirretroviral

En el 2017, la principal indicación para el inicio de la terapia antirretroviral fue el conteo absoluto de linfocitos T CD4+ (menor de 500 células / mm³) (35,8 %), el cual aumentó con respecto al año anterior, que fue de 34,19 % (tabla 13). En el 12,9 % de los casos se desconoce el motivo de inicio de la terapia. Son cerca de 4.000 pacientes con VIH en los que no se ha iniciado terapia, probablemente por no tener criterios para el inicio del tratamiento.

Tabla 13. 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	5.089	24,2	16.837	27,2	21.926	26,5
Gestación	3.284	15,6	0,0	0,0	3.284	4,0
Por conteo de Linfocitos T CD4 ⁺	6.020	28,7	23.656	38,2	29.676	35,8
Por porcentaje de Linfocitos T CD4 ⁺	276	1,3	863	1,4	1.139	1,4
Por carga viral	1.422	6,8	5.230	8,5	6.652	8,0
Otra causa	1.230	5,9	4.282	6,9	5.512	6,7
Sin información	2.823	13,4	7.843	12,7	10.666	12,9
No ha iniciado terapia antirretroviral	864	4,1	3.137	5,1	4.001	4,8
Total	21.008	100,0	61.848	100,0	82.856	100,0

4.2. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral

De las 82.856 personas diagnosticadas con VIH, 73.790 personas han estado en tratamiento antirretroviral, es decir el 89 % de los casos. Según el sexo, el 75 % (n = 55.059) de los casos prevalentes que recibieron terapia antirretroviral son de sexo masculino y el 25 % de sexo femenino (n = 18.731). Para el caso de los incidentes (n = 7.399), 7.311 pacientes iniciaron terapia antirretroviral (98,8 %), cuya distribución por sexo fue de 21,1 % para el sexo femenino (n = 1.541) y 78,9 % para el sexo masculino (n = 5.770).



En la tabla 14 se describe el porcentaje de los pacientes que recibieron asesoría, clasificados según el sexo. Llama la atención que el sexo femenino recibió en mayor porcentaje asesoría por un trabajador encargado de asesorar el cumplimiento (TEC) que el sexo masculino. En general, el 76,4 % recibió asesoría para iniciar la terapia.

Tabla 14. Asesoría para el uso de la terapia antirretroviral según el sexo

Asesoría del uso de la terapia antirretroviral	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No recibió asesoría	370	2,0	1.320	2,4	1.690	2,3
Recibió por TEC	11.712	62,5	34.056	61,9	45.768	62,0
Recibió asesoría por otra persona no TEC	2.590	13,8	8.038	14,6	10.628	14,4
No se tiene le dato porque se inició la terapia en otra EPS	3.743	20,0	10.317	18,8	14.060	19,1
No se tiene le dato porque se inició antes 2006	316	1,7	1.328	2,4	1.644	2,2
Total	18.731	100,0	55.059	100,0	73.790	100,0

Al observar los datos por régimen de afiliación, los no afiliados tuvieron mayor cobertura en la asesoría previa de la terapia antirretroviral. Sin embargo, hay que tener en cuenta el volumen de pacientes para los diferentes grupos. En las figuras 28 y 29 se muestran los porcentajes por régimen tanto en los casos prevalentes como en los incidentes.



Figura 28. Porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral en las personas con el VIH por régimen de afiliación

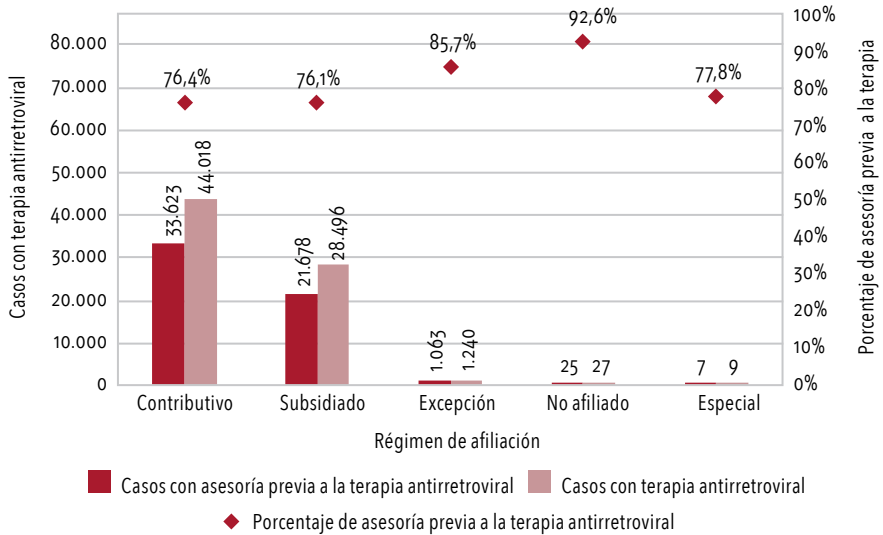
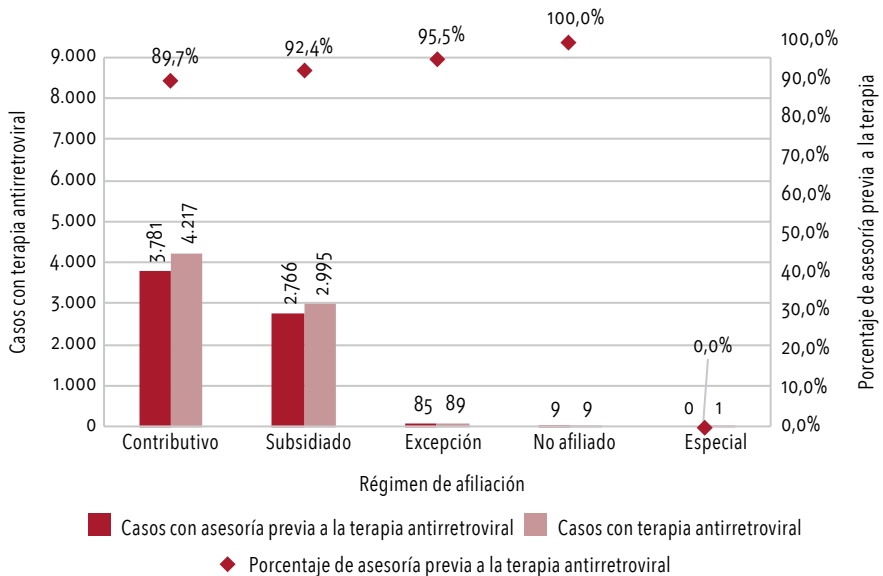


Figura 29. Porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral en los casos incidentes con VIH por régimen de afiliación





En la tabla 15 se muestran las personas que viven con el VIH (PVV) que se encontraban con terapia antirretroviral y el porcentaje de asesoría previa a la terapia antirretroviral por entidad que reporta la información.

Tabla 15. Porcentaje de asesoría para el tratamiento de terapia antirretroviral según la entidad

Entidad	Prevalentes (n = 73.790)			Incidentes (n = 7.311)		
	PVV asesoradas que reciben tratamiento actual	PVV que reciben tratamiento actual	Porcentaje de asesoría para tratamiento	PVV asesoradas que reciben tratamiento actual	PVV que reciben tratamiento actual	Porcentaje de asesoría para tratamiento
13001	2	2	100	1	1	100
25000	0	1	0	0	0	*
54000	2	2	100	2	2	100
76000	21	22	95	6	6	100
CCFo07	311	366	85	40	41	98
CCFo09	38	59	64	7	15	47
CCFo15	794	977	81	102	104	98
CCFo23	117	131	89	17	17	100
CCFo24	361	420	86	37	37	100
CCFo27	134	157	85	24	24	100
CCFo33	93	121	77	11	13	85
CCFo50	159	159	100	17	17	100
CCFo53	142	206	69	8	21	38
CCFo55	917	994	92	128	136	94
CCF102	21	45	47	0	0	*
EASo16	21	21	100	3	3	100
EASo27	43	48	90	2	3	67
EMPo17	0	1	0	0	1	0
EPSo01	343	556	62	25	26	96
EPSo02	4.148	4.660	89	532	550	97
EPSo03	8.784	8.999	98	633	669	95
EPSo05	2.590	3.260	79	418	429	97
EPSo08	2.040	2.142	95	234	246	95
EPSo10	3.257	5.265	62	610	698	87
EPSo12	654	768	85	74	75	99
EPSo16	2.224	5.997	37	281	483	58
EPSo17	2.335	3.100	75	343	352	97



Tabla 15. Porcentaje de asesoría para el tratamiento de terapia antirretroviral según la entidad (continúa)

Entidad	Prevalentes (n = 73.790)			Incidentes (n = 7.311)		
	PVV asesoradas que reciben tratamiento actual	PVV que reciben tratamiento actual	Porcentaje de asesoría para tratamiento	PVV asesoradas que reciben tratamiento actual	PVV que reciben tratamiento actual	Porcentaje de asesoría para tratamiento
EPS018	1.506	1.801	84	179	194	92
EPS022	267	370	72	26	28	93
EPS023	1.052	1.333	79	83	84	99
EPS025	65	112	58	22	23	96
EPS033	101	127	80	18	18	100
EPS037	4.525	5.941	76	346	387	89
EPSI01	78	83	94	7	8	88
EPSI03	90	117	77	11	11	100
EPSI04	95	95	100	13	13	100
EPSI05	101	127	80	22	23	96
EPSI06	34	35	97	3	3	100
EPSS03	850	1.201	71	89	103	86
EPSS33	1.429	1.891	76	206	208	99
EPSS34	1.549	2.201	70	136	136	100
EPSS40	1.986	3.073	65	229	251	91
EPSS41	920	1.328	69	160	182	88
ESS002	386	436	89	49	49	100
ESS024	2.273	2.829	80	305	323	94
ESS062	1.937	2.414	80	259	290	89
ESS076	700	1.076	65	134	140	96
ESS091	173	314	55	27	27	100
ESS118	2.251	2.669	84	247	262	94
ESS133	1.510	2.059	73	127	180	71
ESS207	1.897	2.431	78	303	310	98
RES003	1.063	1.240	86	85	89	96
RES009	2	2	100	0	0	*
RES011	3	4	75	0	0	*
RES012	2	2	100	0	0	*
Total	56.396	73.790	76	6.641	7.311	91

* No se calcula el dato por no presentarse casos incidentes.

Sigla: PVV: personas que viven con el VIH



4.3. 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 82.856 personas con diagnóstico de VIH para el año 2017, donde 80.063 personas se encuentran vivas y afiliadas al SGSSS. La cobertura de la terapia antirretroviral para este grupo de pacientes fue del 92,2 %, aumentando 1,1 % en comparación con el año 2016 y alcanzando la meta de los objetivos. Es decir que son 73.812 PVV con terapia y 6.251 casos sin ella.

De los casos con tratamiento, 49.143 tienen supresión viral, es decir el 66,6 % de los casos con terapia antirretroviral. Existen 24.669 PVV que no han alcanzado la supresión virológica a la fecha de corte.

4.4. Cobertura de la terapia antirretroviral

Al analizar la cobertura por sexo, se observó una cifra en el sexo femenino de 91,8 % (18.737/20.412) y del sexo masculino del 92,2 % (20.412/59.651).

En la tabla 16 se describe el porcentaje de cobertura de la terapia antirretroviral por entidad territorial (mapa 6).

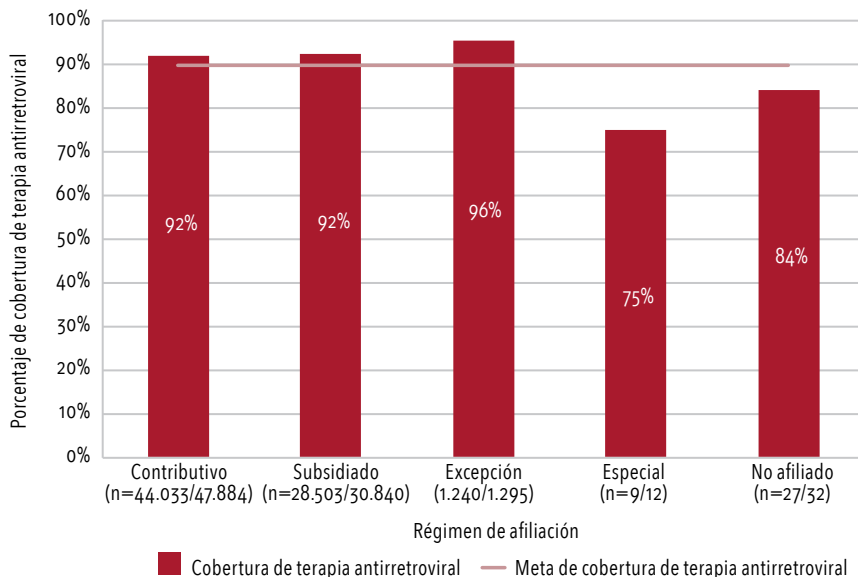


Tabla 16. Cobertura de la terapia antirretroviral por entidad territorial

Entidad territorial	Casos con terapia	Casos de VIH	Porcentaje de terapia
Amazonas	28	30	93,3
Antioquia	12.565	13.843	90,8
Arauca	149	161	92,5
Atlántico	4.850	5.151	94,2
Bogotá, D.C.	17.608	19.098	92,2
Bolívar	3.098	3.273	94,7
Boyacá	440	477	92,2
Caldas	1.262	1.365	92,5
Caquetá	369	403	91,6
Casanare	340	456	74,6
Cauca	838	887	94,5
Cesar	1.542	1.667	92,5
Chocó	123	143	86,0
Cundinamarca	1.575	1.660	94,9
Córdoba	2.490	2.601	95,7
Guainía	6	6	100,0
Guaviare	59	60	98,3
Huila	1.093	1.240	88,1
La Guajira	640	667	96,0
Magdalena	1.788	1.936	92,4
Meta	1.428	1.594	89,6
Nariño	1.018	1.065	95,6
Norte de Santander	2.282	2.389	95,5
Putumayo	175	182	96,2
Quindío	1.304	1.406	92,7
Risaralda	2.052	2.237	91,7
San Andrés	74	78	94,9
Santander	2.864	3.131	91,5
Sucre	1.176	1.251	94,0
Tolima	1.251	1.353	92,5
Valle del Cauca	9.302	10.229	90,9
Vaupés	10	10	100,0
Vichada	13	14	92,9
Total	73.812	80.063	92,2



Figura 30. Cobertura de la terapia antirretroviral por el régimen de afiliación



A continuación, se presenta la cobertura de terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos (tabla 17).

Tabla 17. Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos

Entidad	PVV con terapia antirretroviral	PVV	Porcentaje
CCFo07	366	393	93,1
CCFo09	59	59	100,0
CCFo15	978	1.021	95,8
CCFo23	131	133	98,5
CCFo24	420	497	84,5
CCFo27	157	162	96,9
CCFo33	121	126	96,0
CCFo50	159	170	93,5
CCFo53	206	215	95,8
CCFo55	994	1.064	93,4
CCF102	45	56	80,4
EASo16	21	23	91,3
EASo27	48	48	100,0
EMPo17	1	3	33,3
EPSoo1	556	582	95,5
EPSoo2	4.661	5.178	90,0
EPSoo3	9.006	9.885	91,1



Tabla 17. Cobertura de la terapia antirretroviral según la entidad que reportó los datos (continúa)

Entidad	PVV con terapia antirretroviral	PVV	Porcentaje
EPS005	3.261	3.548	91,9
EPS008	2.142	2.297	93,3
EPS010	5.266	6.034	87,3
EPS012	768	894	85,9
EPS016	5.997	6.493	92,4
EPS017	3.100	3.257	95,2
EPS018	1.805	1.940	93,0
EPS022	370	383	96,6
EPS023	1.334	1.452	91,9
EPS025	113	194	58,2
EPS033	127	129	98,4
EPS037	5.941	6.124	97,0
EPSI01	83	87	95,4
EPSI02	0	1	0,0
EPSI03	117	121	96,7
EPSI04	95	96	99,0
EPSI05	127	128	99,2
EPSI06	35	43	81,4
EPSS03	1.201	1.333	90,1
EPSS33	1.892	1.992	95,0
EPSS34	2.204	2.479	88,9
EPSS40	3.073	3.319	92,6
EPSS41	1.328	1.374	96,7
ESS002	436	499	87,4
ESS024	2.829	3.034	93,2
ESS062	2.414	2.603	92,7
ESS076	1.076	1.145	94,0
ESS091	314	326	96,3
ESS118	2.669	2.942	90,7
ESS133	2.060	2.255	91,4
ESS207	2.431	2.590	93,9
RES003	1.240	1.295	95,8
RES009	2	2	100,0
RES011	4	4	100,0
RES012	2	3	66,7
13001	2	2	100,0
25000	1	1	100,0
54000	2	3	66,7
76000	22	26	84,6
Total	73.812	80.063	92,2



4.4.1. Medicamentos antirretrovirales

Los esquemas recomendados por la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) para las personas mayores de 13 años son las siguientes:

- Abacavir/Lamivudina + Efavirenz
- Abacavir/Lamivudina + Atazanavir y Ritonavir.

Sin embargo, existe otro esquema sugerido por la Guía consolidada del uso de terapia antirretroviral para tratamiento y prevención de la Infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud (2016) (11), el cual también es reportado a la CAC aunque en menor proporción.

Este esquema es:

- Tenofovir + Lamivudina (o Emtricitabina) + Efavirenz.

Si este llegara a estar contraindicado o no estuviera disponible se requeriría el uso de:

- Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz
- Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina
- Tenofovir + Lamivudina (o Emtricitabina) + Nevirapina.

Actualmente el 18,3 % de los pacientes que reciben terapia antirretroviral reciben la primera línea de terapia propuesta por la Guía de Práctica Clínica Colombiana (2014). Aproximadamente el 81 % de las PVV usan los esquemas de terapia antirretroviral presentados en la tabla 18.

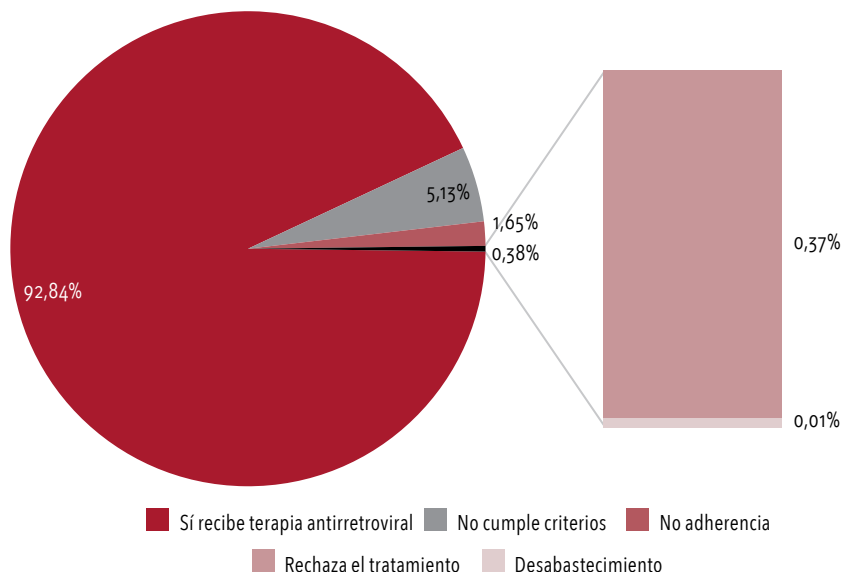
Tabla 18. Esquemas de tratamiento antirretroviral más usados

Terapia antirretroviral actual	n	%
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz	13.527	18,3
Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz	8.396	11,4
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz	9.611	13,0
Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir	4.685	6,3
Abacavir + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir	5.185	7,0
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina	3.581	4,9
Abacavir + Lamivudina + Atazanavir/Ritonavir	3.941	5,3
Abacavir + Lamivudina + Nevirapina	2.732	3,7
Tenofovir + Emtricitabina + Atazanavir/Ritonavir	4.144	5,6
Tenofovir + Emtricitabina + Lopinavir/Ritonavir	2.430	3,3
Tenofovir + Nevirapina + Emtricitabina	1.242	1,7
Zidovudina + Lamivudina + Atazanavir/Ritonavir	988	1,3



Por otra parte, el grupo de pacientes que no recibió tratamiento por desabastecimiento se mantuvo igual que el año anterior, en 0,01%. En relación con el corte previo, el no cumplimiento de los criterios pasó de 6,59 % (2016) a 5,13 % (2017) (figura 31); la no adherencia se mantuvo en 1,6 %. Sin embargo, llama la atención que pese a la alta adherencia reportada, aún no se han obtenido los resultados esperados en la supresión viral en la población con terapia antirretroviral (ver capítulo de indicadores de gestión del riesgo).

Figura 31. Distribución de las personas que viven con el VIH y uso de la terapia antirretroviral

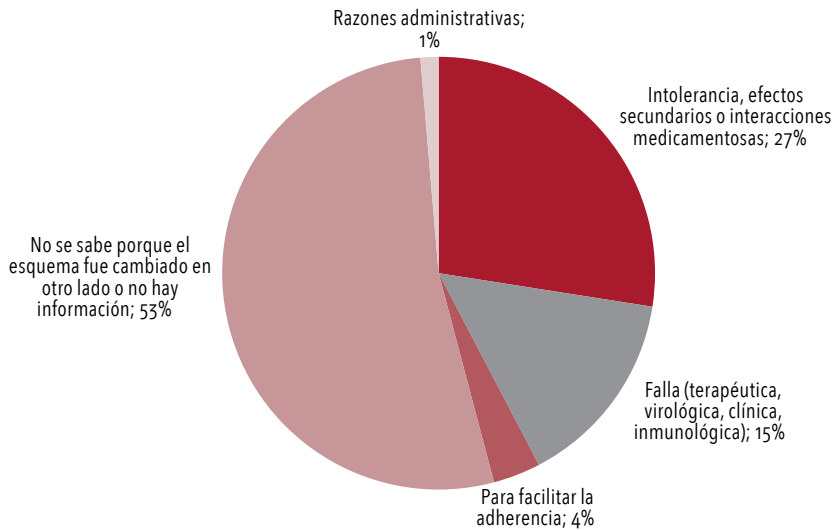


4.4.2. Motivo del cambio de la terapia antirretroviral

Según los datos reportados a la CAC en el periodo 2017, de las 80.063 personas que viven con VIH que se encuentran activos y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al 83 % (n = 66.555) se les ha realizado cambio de la terapia antirretroviral con respecto a la terapia inicial. En el 53 % de los casos se desconoce la razón del cambio. El 27 % fue por intolerancia, efectos secundarios o interacciones medicamentosas (figura 32), cifra mayor al año anterior, que fue de 23,09 %.



Figura 32. Causa del cambio de la primera terapia antirretroviral en los pacientes con VIH



4.4.3. Momento de la genotipificación

Las recomendaciones dirigidas desde la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/sida, orienta el uso de la genotipificación como estrategia para determinar la mejor alternativa terapéutica después de la primera falla terapéutica en la infección por VIH. De las 82.856 PVV, a 6.517 se les realizó la prueba de genotipificación en cualquier momento del seguimiento, lo que corresponde al 7,9 % de la población reportada. En la tabla 19 se describe el momento de la genotipificación por régimen de afiliación.



Tabla 19. Distribución de las PVV y el momento de la genotipificación según régimen

Genotipificación	Contributivo		Especial		No asegurado		Excepción		Subsidiado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No se realizó	42.146	84,7	12	100,0	41	100,0	1.229	92,3	29.078	91,8	72.506	87,5
Al diagnóstico	784	1,6	0	0,0	0	0,0	7	0,5	157	0,5	948	1,1
Al inicio de TAR	338	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,2	301	0,9	642	0,8
Primera falla	2.267	4,6	0	0,0	0	0,0	71	5,3	1.428	4,5	3.766	4,5
Segunda falla	505	1,0	0	0,0	0	0,0	16	1,2	388	1,2	909	1,1
Tres o más fallas	114	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,4	133	0,4	252	0,3
Sin información	3.628	7,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1	204	0,6	3.833	4,6
Total	49.782	100,0	12	100,0	41	100,00	1.332	100,0	31.689	100,0	82.856	100,0



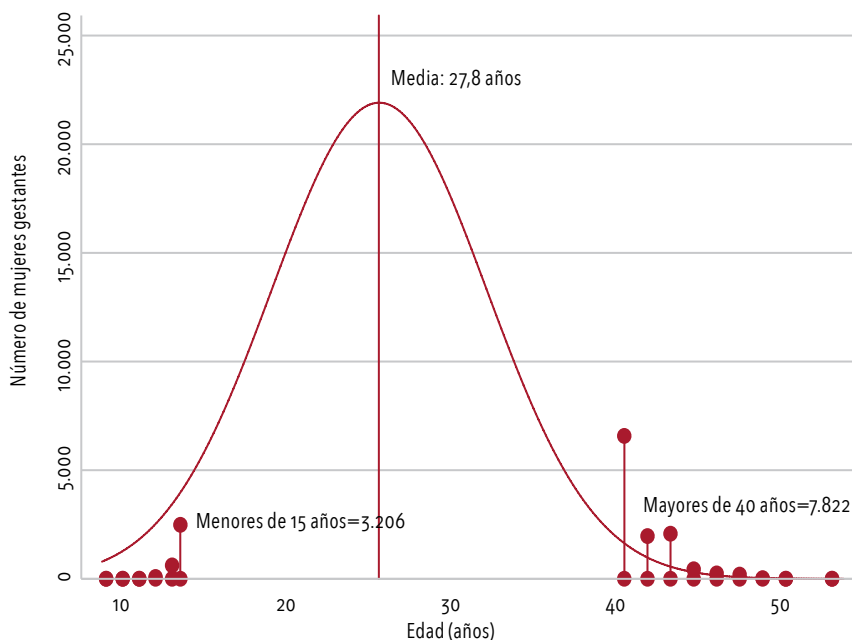
5. POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES

5.1. Características generales de la población de mujeres gestantes

5.1.1. Distribución por edad

Al 31 de enero de 2017 fueron reportadas a la CAC 446.357 mujeres gestantes, con edades que oscilan entre los 9 y los 54 años, con un promedio de 25,8 años. El 50 % de los casos tenían entre 21 y 30 años. Las menores de 15 años representaron el 0,7 % del total de las mujeres gestantes ($n = 3.206$) y las mayores de 40 años el 1,8 % ($n = 7.822$) (figura 33).

Figura 33. Histograma de edad de las mujeres gestantes reportadas a la CAC

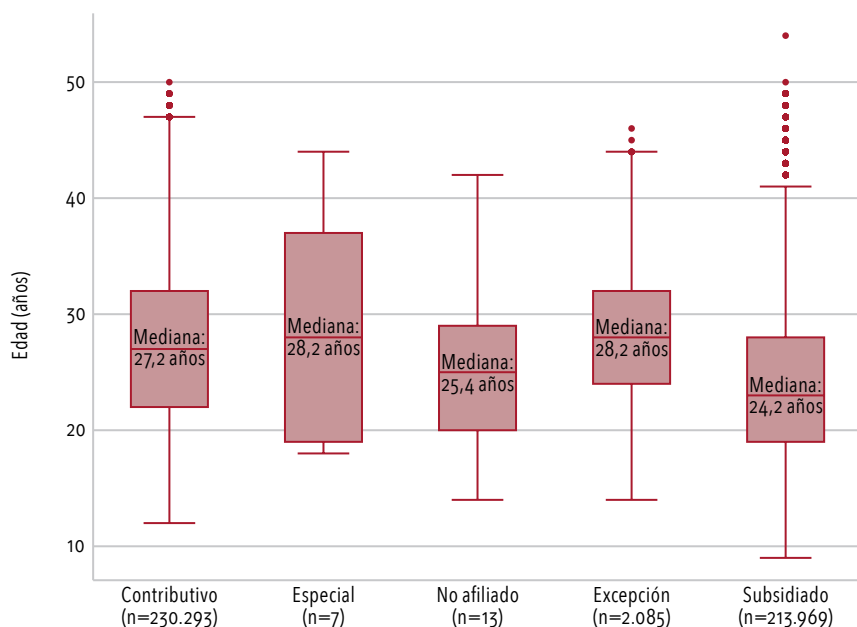




5.1.2. Distribución por el régimen de afiliación

Según la afiliación, el 51,6 % de las mujeres gestantes pertenecían al régimen contributivo (n = 230.283) y el 47,9 % al régimen subsidiado (n = 213.969). En el régimen de excepción solo se reportaron 2.085 mujeres (0,5 %). Para el régimen especial se reportaron 7 casos. No se encontraban afiliadas 13 mujeres gestantes. En la figura 34 se muestra el rango de edad según el régimen de afiliación.

Figura 34. Rango de edades (en años) de las mujeres gestantes por el régimen de afiliación



5.1.3. Distribución por entidad.

Igual que para el periodo del 2016, las mujeres en gestación se encontraron en mayor proporción en Bogotá, D.C. (17,3 %), seguido por Antioquia (14,1 %) y Valle del Cauca (6,8 %) (figura 35). En la figura 36 se muestra el número de gestantes reportadas según entidad.



Figura 35. Distribución de las mujeres gestantes reportadas a la CAC por los entes territoriales

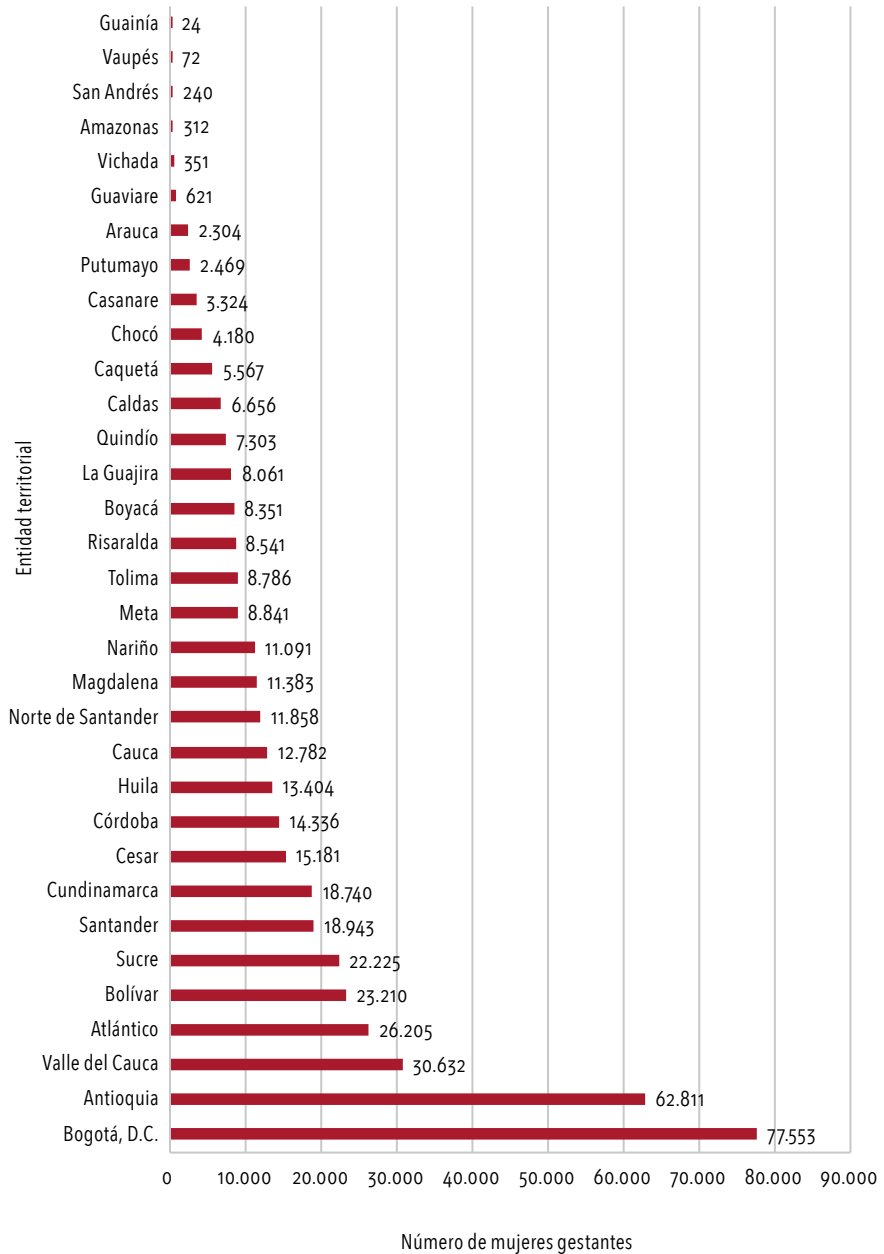
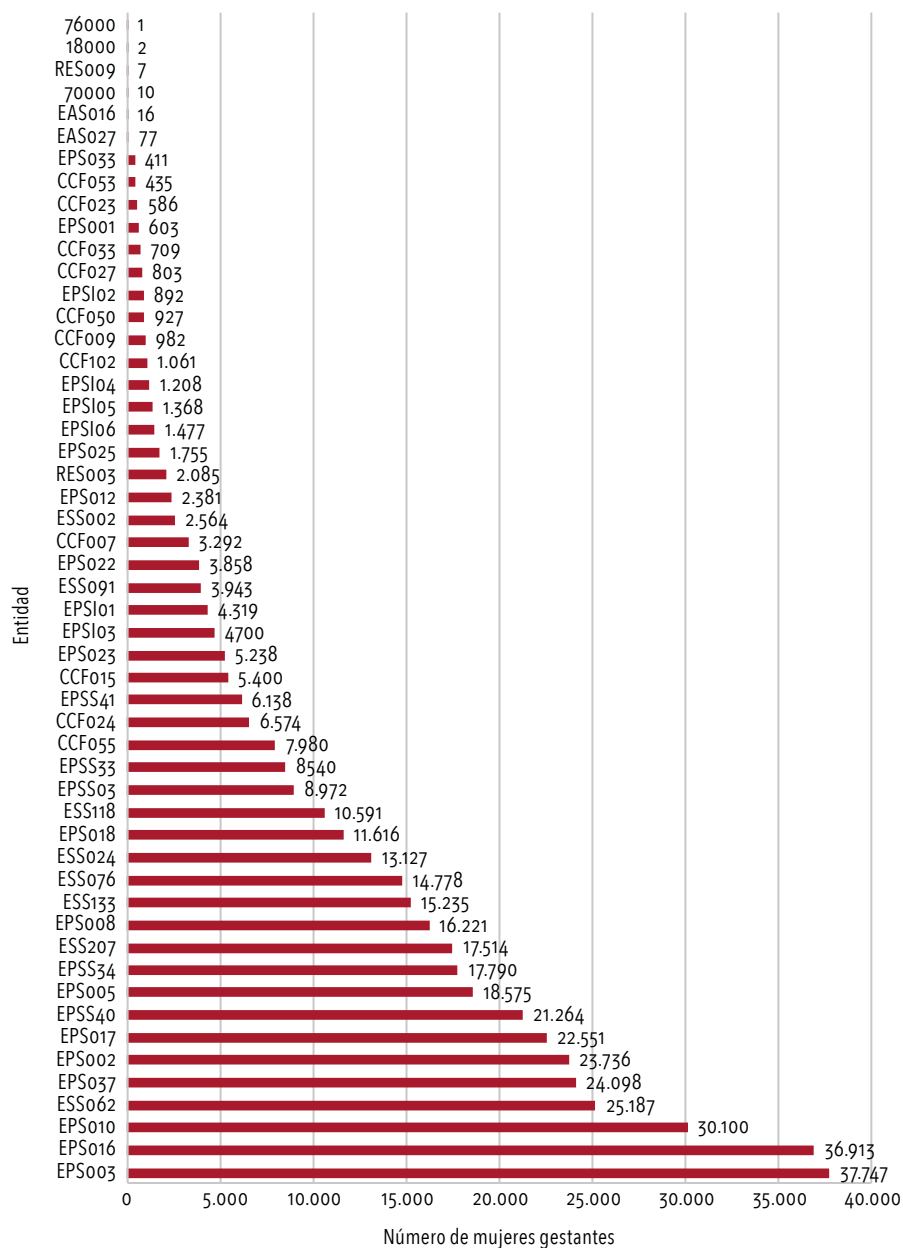




Figura 36. Distribución de las mujeres gestantes por entidad





5.1.4. Tamización para sífilis en las mujeres gestantes

Del total de mujeres gestantes reportadas, 388.543 fueron tamizadas para sífilis en algún momento de la atención, lo que corresponde al 87 %. En la tabla 20 se muestra el número de mujeres gestantes reportadas y de estas, cuántas fueron tamizadas por la entidad que reporta.

Tabla 20. 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 tamización de sífilis en mujeres gestantes
EPS003	37.574	37.747	99,5
EPS016	36.375	36.913	98,5
EPS010	28.836	30.100	95,8
ESS062	23.028	25.187	91,4
EPS037	22.238	24.098	92,3
EPS002	21.797	23.736	91,8
EPS017	21.169	22.551	93,9
EPSS40	19.673	21.264	92,5
EPS005	145	18.575	0,8
EPSS34	8.326	17.790	46,8
ESS207	17.186	17.514	98,1
EPS008	12.776	16.221	78,8
ESS133	13.927	15.235	91,4
ESS076	14.357	14.778	97,2
ESS024	12.053	13.127	91,8
EPS018	11.527	11.616	99,2
ESS118	10.115	10.591	95,5
EPSS03	8.857	8.972	98,7
EPSS33	2.752	8.540	32,2
CCFo55	7.398	7.980	92,7
CCFo24	6.572	6.574	100,0
EPSS41	5.066	6.138	82,5
CCFo15	5.394	5.400	99,9
EPS023	5.114	5.238	97,6
EPSI03	4.112	4.700	87,5
EPSI01	4.319	4.319	100,0
ESS091	3.326	3.943	84,4
EPS022	2.115	3.858	54,8
CCFo07	3.290	3.292	99,9
ESS002	2.313	2.564	90,2
EPS012	2.376	2.381	99,8



Tabla 20. Porcentaje de tamización de sífilis en las mujeres gestantes por entidad (continúa)

Entidad	Mujeres gestantes reportadas, que son tamizadas para sífilis	Mujeres gestantes reportadas	Porcentaje de tamización de sífilis en mujeres gestantes
RES003	1.986	2.085	95,3
EPS025	1.738	1.755	99,0
EPSI06	1.348	1.477	91,3
EPSI05	1.276	1.368	93,3
EPSI04	1.208	1.208	100,0
CCF102	1.061	1.061	100,0
CCF009	978	982	99,6
CCF050	622	927	67,1
EPSI02	892	892	100,0
CCF027	802	803	99,9
CCF033	709	709	100,0
EPS001	590	603	97,8
CCF023	575	586	98,1
CCF053	390	435	89,7
EPS033	160	411	38,9
EAS027	76	77	98,7
EAS016	16	16	100,0
70000	0	10	0,0
RES009	7	7	100,0
18000	2	2	100,0
76000	1	1	100,0
Total	388.543	446.357	87,0

5.2. Población de mujeres gestantes con infección por el VIH

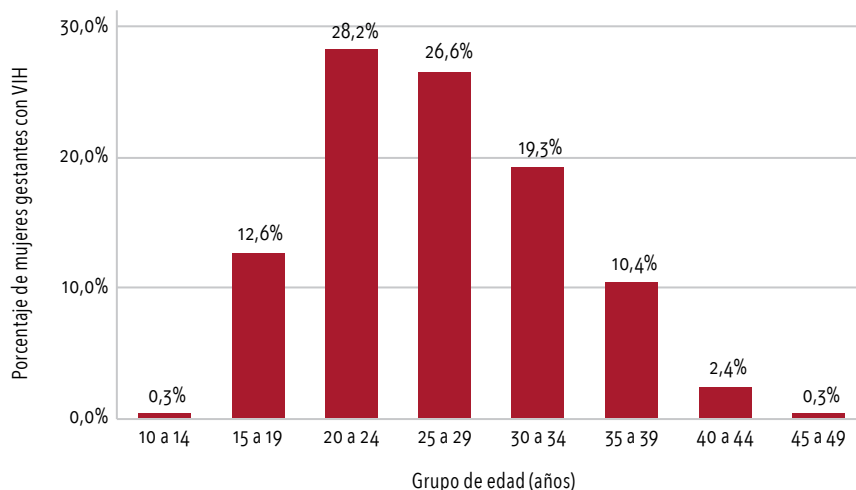
Para el 2017 se reportaron a la CAC 674 mujeres con VIH que estuvieron en gestación durante el periodo de análisis, cifra menor comparada con el año anterior que fue de 785. Para este año la prevalencia del VIH en las mujeres gestantes reportadas fue del 0,15 %. El número de las mujeres gestantes que estuvieron embarazadas en la fecha del corte fue 323.

5.2.1. Distribución por edad de las mujeres gestantes con infección por el VIH

El rango de edad de esta población estuvo entre 14 y 46 años. La edad media fue de 26 años (IC 95 % 26,1 - 27,1). El grupo de 20 a 24 años tuvo el mayor porcentaje de mujeres gestantes con VIH (figura 37), para el año anterior el porcentaje más alto se presentó en el grupo de 25 a 29 años.



Figura 37. Mujeres gestantes con VIH reportadas a la CAC por grupo de edad



5.2.2. Distribución por régimen de afiliación de las mujeres gestantes con infección por el VIH

Según el régimen de afiliación, el mayor porcentaje de mujeres gestantes con VIH fue del subsidiado (70,2 %, n = 473). Para el régimen contributivo la proporción fue de 28,9 % (n = 195) y para los regímenes de excepción de 0,74 % (n = 5). Solo 1 caso fue reportado como no afiliado. En la tabla 21 se muestra la proporción de las mujeres gestantes con VIH durante el periodo de análisis.

Tabla 21. Distribución de las mujeres gestantes según régimen de afiliación

Régimen	Mujeres en gestación en los últimos 6 meses, pero no lo está a la fecha de corte			Mujeres en gestación en la fecha de corte (31 de enero de 2017)		
	Mujeres en gestación con VIH	Mujeres gestantes	Proporción de mujeres en gestación con VIH	Mujeres en gestación con VIH	Mujeres gestantes	Proporción de mujeres en gestación con VIH
Contributivo	195	230.283	0,08	125	114.854	0,11
Subsidiado	473	213.969	0,22	194	119.059	0,16
Excepción	5	2.085	0,24	4	1.602	0,25
Especial	0	7	0,00	0	6	0,00
No asegurado	1	13	7,69	0	12	0,00
Total	674	446.357	0,15	323	235.533	0,14



5.2.3. Distribución por entidad territorial y entidad que reporta las mujeres gestantes con infección por el VIH

La distribución de las gestantes con VIH en las entidades territoriales mostró mayor concentración en Vaupés, Guaviare, Magdalena y Arauca (tabla 22).

Tabla 22. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad territorial

Entidad territorial	Mujeres gestantes con VIH	Mujeres gestantes	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH
Amazonas	0	312	0,00
Antioquia	92	62.811	0,15
Arauca	7	2.304	0,30
Atlántico	59	26.205	0,23
Bogotá, D.C.	83	77.553	0,11
Bolívar	42	23.210	0,18
Boyacá	4	8.351	0,05
Caldas	14	6.656	0,21
Caquetá	11	5.567	0,20
Casanare	2	3.324	0,06
Cauca	10	12.782	0,08
Cesar	34	15.181	0,22
Chocó	6	4.180	0,14
Córdoba	38	14.336	0,27
Cundinamarca	12	18.740	0,06
Guainía	0	24	0,00
Guaviare	3	621	0,48
Huila	11	13.404	0,08
La Guajira	17	8.061	0,21
Magdalena	35	11.383	0,31
Meta	11	8.841	0,12
Nariño	18	11.091	0,16
Norte de Santander	19	11.858	0,16
Putumayo	1	2.469	0,04
Quindío	4	7.303	0,05
Risaralda	13	8.541	0,15
San Andrés	0	240	0,00
Santander	30	18.943	0,16
Sucre	19	22.225	0,09
Tolima	14	8.786	0,16
Valle del Cauca	63	30.632	0,21
Vaupés	1	72	1,39
Vichada	1	351	0,28
Total	674	446.357	0,15



En la tabla 23 se muestra la misma información distribuida por la entidad que reporta los datos.

Tabla 23. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad

Entidad	Mujeres gestantes con VIH	Mujeres gestantes	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH
EPS003	23	37.747	0,06
EPS016	38	36.913	0,10
EPS010	13	30.100	0,04
ESS062	48	25.187	0,19
EPS037	30	24.098	0,12
EPS002	27	23.736	0,11
EPS017	18	22.551	0,08
EPSS40	62	21.264	0,29
EPS005	13	18.575	0,07
EPSS34	38	17.790	0,21
ESS207	48	17.514	0,27
EPS008	6	16.221	0,04
ESS133	35	15.235	0,23
ESS076	22	14.778	0,15
ESS024	44	13.127	0,34
EPS018	18	11.616	0,15
ESS118	15	10.591	0,14
EPSS03	13	8.972	0,14
EPSS33	45	8.540	0,53
CCFo55	3	7.980	0,04
CCFo24	10	6.574	0,15
EPSS41	27	6.138	0,44
CCFo15	18	5.400	0,33
EPS023	3	5.238	0,06
EPSI03	1	4700	0,02
EPSI01	3	4.319	0,07
ESS091	3	3.943	0,08
EPS022	3	3.858	0,08
CCFo07	10	3.292	0,30
ESS002	11	2.564	0,43
EPS012	1	2.381	0,04



Tabla 23. Distribución de las mujeres gestantes con VIH por entidad (continúa)

Entidad	Mujeres gestantes con VIH	Mujeres gestantes	Porcentaje de mujeres gestantes con VIH
RES003	5	2.085	0,24
EPS025	1	1.755	0,06
EPSI06	0	1.477	0,00
EPSI05	3	1.368	0,22
EPSI04	0	1.208	0,00
CCF102	2	1.061	0,19
CCF009	0	982	0,00
CCF050	2	927	0,22
EPSI02	0	892	0,00
CCF027	2	803	0,25
CCF033	0	709	0,00
EPS001	0	603	0,00
CCF023	4	586	0,68
CCF053	0	435	0,00
EPS033	4	411	0,97
EAS027	1	77	1,30
EAS016	0	16	0,00
70000	0	10	0,00
RES009	0	7	0,00
18000	0	2	0,00
76000	1	1	100,00
Total	674	446.357	0,15

5.2.4. Distribución por el mecanismo de transmisión del VIH en las mujeres gestantes

En cuanto al mecanismo de transmisión del virus en las mujeres gestantes con VIH, el 91,5 % (n = 617) de los casos ocurrieron por transmisión sexual, el 1,3 % por transmisión materno infantil (n = 9), 1 caso por accidente ocupacional (0,1 %) y en 47 casos no se conoció el mecanismo (7 %).

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

Según el estadio clínico, el de mayor proporción fue el estadio 2 con el 43,5 %. Si bien el 66,6 % se encuentra en estadio VIH (estadios 1 y 2), El 28,9 % están en etapa sida.



Tabla 24. Estadio actual en las mujeres gestantes con VIH

Estadio actual	Casos	Porcentaje
Estadio 1	156	23,1
Estadio 2	293	43,5
Estadio 3	195	28,9
Por establecer	30	4,5
Total	674	100,0

5.2.6. Cobertura de la terapia antirretroviral en las mujeres gestantes con infección por el VIH

La transmisión materno infantil logra reducirse en menos del 2 % con intervenciones dirigidas a la etapa anteparto, parto y puerperio; una de estas estrategias es el inicio del tratamiento antirretroviral. En la población de mujeres gestantes con VIH se encontró que el 96,2 % (n = 311) al momento del corte tenían terapia antirretroviral. En 1 caso se reportó no cumplimiento en el tratamiento, 1 caso no contaba con información y 10 casos no tenían criterios para el inicio del tratamiento, probablemente por tener menos de 14 semanas de gestación. En la tabla 25 se muestra la cobertura de terapia antirretroviral por entidad territorial.

Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral en las mujeres gestantes con VIH al momento del corte por entidad territorial

Entidad territorial	Mujeres gestantes con VIH en terapia antirretroviral	Mujeres gestantes con VIH	Cobertura de la terapia antirretroviral en mujeres gestantes (%)
Antioquia	39	39	100,0
Arauca	3	3	100,0
Atlántico	25	25	100,0
Bogotá, D.C.	39	41	95,1
Bolívar	17	17	100,0
Boyacá	2	2	100,0
Caldas	11	12	91,7
Caquetá	7	7	100,0
Casanare	1	1	100,0
Cauca	5	5	100,0
Cesar	20	20	100,0
Chocó	3	4	75,0



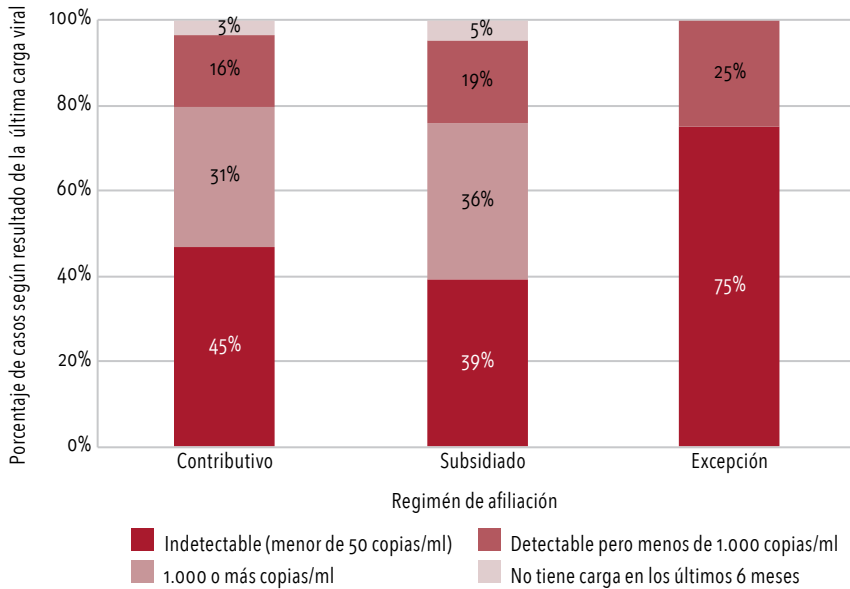
Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral en las mujeres gestantes con VIH al momento del corte por entidad territorial (continúa)

Entidad territorial	Mujeres gestantes con VIH en terapia antirretroviral	Mujeres gestantes con VIH	Cobertura de la terapia antirretroviral en mujeres gestantes (%)
Córdoba	21	21	100,0
Cundinamarca	4	4	100,0
Guaviare	2	2	100,0
Huila	2	3	66,7
La Guajira	7	7	100,0
Magdalena	10	10	100,0
Meta	4	4	100,0
Nariño	11	13	84,6
Norte de Santander	8	8	100,0
Putumayo	1	1	100,0
Quindío	2	2	100,0
Risaralda	3	5	60,0
Santander	19	19	100,0
Sucre	8	8	100,0
Tolima	6	6	100,0
Valle del Cauca	31	34	91,2
Total	311	323	96,3

De las mujeres gestantes con VIH a la fecha del corte, el 41 % (n = 134) tenían carga viral indetectable (menos de 50 copias/ml), el 18 % tenían carga viral detectable pero menor de 1.000 copias/ml (n = 58), el 34 % tenían carga viral con 1.000 o más copias/ml (n = 109) y el 4 % no se les realizó carga viral en los últimos 6 meses (n = 13). En 9 casos no se reportó información respecto a la toma de la prueba (3 %). Al realizar el análisis de la carga viral por el régimen de afiliación, se observó que el régimen de excepción cuenta con la mayor proporción de casos indetectables (figura 38).



Figura 38. Resultado de la última carga viral a la fecha de corte en las mujeres gestantes con VIH según el régimen de afiliación.





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

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

Para el corte a 31 de enero de 2017, 1.029 niños y niñas eran menores de 18 meses hijos de madres con VIH, según la distribución por sexo se encontraron 530 niños (51,5%) y 499 niñas (45,5%). En la tabla 26 se muestra la distribución de estos casos por entidad territorial y sexo. Bogotá, D.C. y Antioquia fueron los lugares con mayor número de casos.

Tabla 26. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por entidad territorial y sexo

Entidad territorial	Femenino	Masculino	Total
Amazonas	0	4	4
Antioquia	54	49	103
Arauca	4	3	7
Atlántico	42	49	91
Bogotá, D.C.	66	85	151
Bolívar	35	40	75
Boyacá	5	1	6
Caldas	8	4	12
Caquetá	9	6	15
Casanare	5	9	14
Cauca	8	12	20
Cesar	31	20	51
Chocó	3	8	11
Córdoba	19	19	38
Cundinamarca	13	9	22
Guaviare	1	1	2
Huila	12	10	22
La Guajira	9	13	22
Magdalena	26	20	46
Meta	9	11	20
Nariño	11	13	24



Tabla 26. Distribución de los menores de 18 meses hijos de madres con VIH por entidad territorial y sexo (continúa)

Entidad territorial	Femenino	Masculino	Total
Norte de Santander	28	19	47
Putumayo	1	1	2
Quindío	10	22	32
Risaralda	5	13	18
Santander	22	25	47
Sucre	18	16	34
Tolima	10	7	17
Valle del Cauca	33	41	74
Vaupés	1	0	1
Vichada	1	0	1
Total	499	530	1.029

Según la afiliación, el régimen con el mayor número de casos de menores expuestos a la infección por VIH fue el subsidiado con el 65,5 % (n = 674), le sigue el contributivo con 32,7 % (n = 337). El régimen de excepción reportó 18 casos (1,75 %).

6.2. Características generales de la población menor de 18 meses con VIH

Para el corte a 31 de enero de 2017, 20 niños fueron reportados con diagnóstico de VIH, disminuyendo con respecto al corte previo en 3 casos. Todos los casos se presentaron en el régimen subsidiado.

Según el sexo el 55 % (n = 11) de los casos ocurrieron en el sexo femenino. La proporción de menores de 18 meses expuestos con VIH fue de 1,94 %. Sin embargo, si se analiza el dato por sexo, la proporción en niñas fue del 2,2 %. En la tabla 27 se muestra este comportamiento en los últimos tres años, evidenciándose una disminución con respecto al año anterior.

Tabla 27. Proporción de los menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de VIH, 2015 - 2017

Sexo	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Menores de 18 meses con VIH	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH	%	Menores de 18 meses con VIH	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH	%	Menores de 18 meses con VIH	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH	%
Niñas	12	531	2,26	5	512	0,98	11	499	2,20
Niños	6	512	1,17	18	548	3,28	9	530	1,70
Total	18	1.043	1,73	23	1.060	2,17	20	1.029	1,94



Según la distribución por pertenencia étnica el 95 % (n = 19) de los casos se reportaron en la categoría de "otro". Solo 1 caso ocurrió en la población indígena. Sin embargo, este solo caso representó una proporción del 5 % para este grupo específico (tabla 28).

Tabla 28. Menores de 18 meses expuestos con VIH según pertenencia étnica

Pertenencia étnica	Menores de 18 meses con diagnóstico de VIH	Menores de 18 meses hijo de madre con VIH	%
Afrodescendiente	0	58	0
Indígena	1	20	5,00
Otro	19	951	2,00
Total	20	1.029	1,94

6.2.1. Distribución por 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 29. Casanare y Cundinamarca fueron los departamentos con mayor porcentaje de casos de niños con VIH positivo.

Tabla 29. Distribución de los menores de 18 meses de edad con VIH por entidad territorial

Entidad territorial	Casos de VIH	Menores de 18 meses	%
Amazonas	0	4	0,0
Antioquia	1	103	1,0
Arauca	0	7	0,0
Atlántico	0	91	0,0
Bogotá, D.C.	0	151	0,0
Bolívar	2	75	2,7
Boyacá	0	6	0,0
Caldas	2	12	16,7
Caquetá	0	15	0,0
Casanare	4	14	28,6
Cauca	0	20	0,0
Cesar	0	51	0,0
Chocó	0	11	0,0
Córdoba	1	38	2,6
Cundinamarca	2	22	9,1
Guaviare	0	2	0,0



Tabla 29. Distribución de los menores de 18 meses de edad con VIH por entidad territorial (continúa)

Entidad territorial	Casos de VIH	Menores de 18 meses	%
Huila	0	22	0,0
La Guajira	2	22	9,1
Magdalena	0	46	0,0
Meta	0	20	0,0
Nariño	0	24	0,0
Norte de Santander	1	47	2,1
Putumayo	0	2	0,0
Quindío	0	32	0,0
Risaralda	0	18	0,0
Santander	2	47	4,3
Sucre	0	34	0,0
Tolima	0	17	0,0
Valle del Cauca	3	74	4,1
Vaupés	0	1	0,0
Vichada	0	1	0,0
Total	20	1.029	1,9

6.2.2. Distribución por entidad

Según la distribución por entidad, 44 reportaron casos de menores de 18 meses hijos de madres con VIH, de estas, 10 entidades (23 %) reportaron casos de menores de 18 meses con VIH y las 34 entidades restantes a pesar de que tenían casos de menores de 18 meses hijos de madres con VIH no reportaron positividad (tabla 30).

Tabla 30. Porcentaje de menores de 18 meses expuestos con VIH por entidad

Entidad	Casos de VIH en menores de 18 meses	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH	%
CCF007	1	25	4,0
CCF015	0	13	0,0
CCF023	1	3	33,3
CCF024	0	15	0,0
CCF027	0	3	0,0
CCF033	0	4	0,0
CCF050	0	6	0,0


Tabla 30. Porcentaje de menores de 18 meses expuestos con VIH por entidad (continúa)

Entidad	Casos de VIH en menores de 18 meses	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH	%
CCFo53	0	3	0,0
CCFo55	0	26	0,0
CCF102	0	6	0,0
EPS001	0	1	0,0
EPS002	0	38	0,0
EPS003	0	30	0,0
EPS005	0	23	0,0
EPS008	0	17	0,0
EPS010	0	20	0,0
EPS012	0	3	0,0
EPS016	0	77	0,0
EPS017	0	47	0,0
EPS018	0	23	0,0
EPS022	1	1	100,0
EPS023	0	3	0,0
EPS025	4	12	33,3
EPS033	0	4	0,0
EPS037	0	51	0,0
EPSI01	0	7	0,0
EPSI03	0	2	0,0
EPSI04	0	4	0,0
EPSI05	0	5	0,0
EPSI06	0	1	0,0
EPSS03	0	14	0,0
EPSS33	3	69	4,3
EPSS34	0	42	0,0
EPSS40	0	71	0,0
EPSS41	0	29	0,0
ESS002	1	7	14,3
ESS024	4	39	10,3
ESS062	2	77	2,6
ESS076	0	28	0,0
ESS091	1	7	14,3
ESS118	2	36	5,6
ESS133	0	73	0,0
ESS207	0	46	0,0
RES003	0	18	0,0
Total	20	1.029	1,9



6.2.3. Características clínicas de los menores de 18 meses de edad con VIH

En cuanto a las características clínicas de los 20 menores de 18 meses expuestos con VIH, el 55 % (n = 11) fue reportado en estadio 1 y 40 % en estadio 3 (n = 8). Está pendiente por establecer el estadio de 1 caso (5 %).

Según la última carga viral reportada, el 65 % de los niños tenían carga viral detectable, donde 11 de ellos tenían 1.000 o más copias/ml y 2, menos de 1.000 copias/ml. Solo el 30 % (n = 6) eran indetectables (menos de 50 copias/ml). Un caso no tenía carga viral en los últimos 6 meses.

El 60 % (n = 12) de los niños tenían resultados de linfocitos T CD4+, los valores oscilaron entre 909 células/mm³ y 1.909 células/mm³, (desviación estándar: 338 células/mm³). La media fue de 1.408 células/mm³. El 50 % de los datos estaban entre 1.207 células/mm³ y 1.583 células/mm³.

Al revisar las enfermedades que definen el sida en esta población, se identificó que el 20 % (n = 4) fueron reportados con alguna de estas enfermedades. Una niña tenía TB, y dos niños tenían infección por citomegalovirus y toxoplasmosis cerebral respectivamente. En un niño se reportaron tres enfermedades (candidiasis esofágica, neumonía por jiroveci y síndrome de caquexia).



7. POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS

7.1. 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 2017, 10.986 personas fueron reportadas con diagnóstico de tuberculosis (TB), de las cuáles 5.765 pacientes tenían diagnóstico a la fecha de corte; 2.987 tuvieron TB en los 6 meses previos a la fecha de corte y 2.234 en el primer semestre del periodo. Para este año el número de casos fue mayor con respecto al reportado en el 2016 (n = 10.462).

La edad máxima de las personas con diagnóstico de TB en el periodo fue de 97 años, la mínima fue de 1 año. La media de la edad fue de 45,2 años (IC 95 % 44,9 - 45,6). El grupo etario con mayor número de casos fue el de 25 a 29 años (10 %); seguido por el grupo entre 30 a 34 años (9,4 %). El 3,5 % de los casos se encuentran en las personas menores de 15 años, mientras que los mayores de 65 años representan el 19,7 % de los casos (tabla 31).

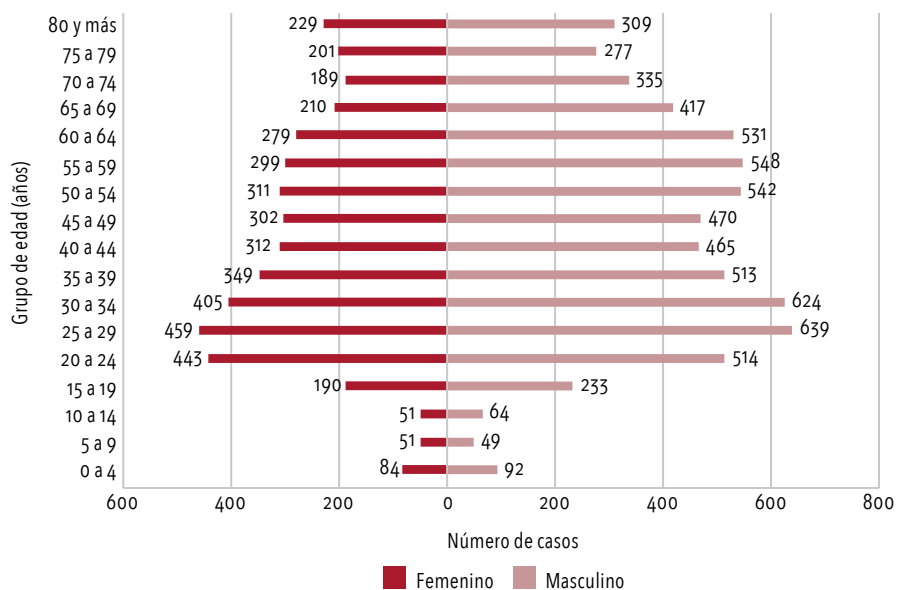
Tabla 31. Grupo de edad de los casos de tuberculosis reportados a Cuenta de Alto Costo

Grupo de edad (años)	Casos de TB	Porcentaje
0 a 4	176	1,6
5 a 9	100	0,9
10 a 14	115	1,0
15 a 19	423	3,9
20 a 24	957	8,7
25 a 29	1,098	10,0
30 a 34	1,029	9,4
35 a 39	862	7,8
40 a 44	777	7,1
45 a 49	772	7,0
50 a 54	853	7,8
55 a 59	847	7,7
60 a 64	810	7,4
65 a 69	627	5,7
70 a 74	524	4,8
75 a 79	478	4,4
80 y más	538	4,9
Total	10.986	100,0



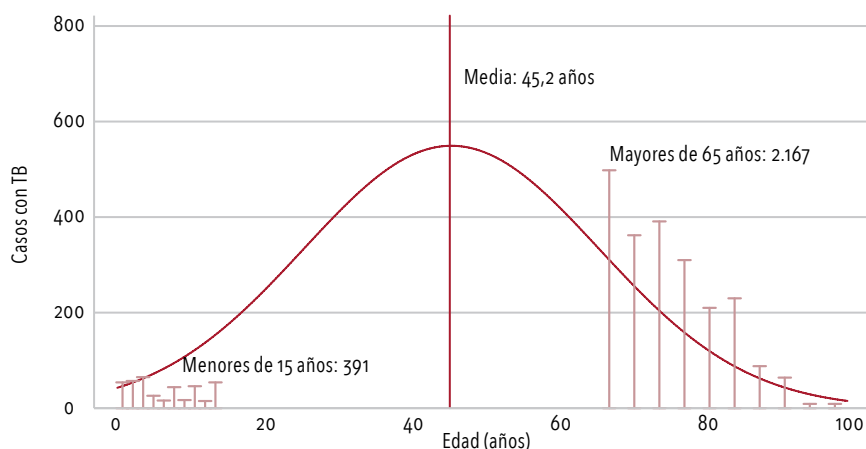
Según el sexo, el 60,3 % (n = 6.622) de los casos se presentaron en el sexo masculino. En la figura 39 se muestra el número de casos por grupo etario.

Figura 39. Pirámide poblacional de las personas con tuberculosis reportadas a la Cuenta de Alto Costo



En la figura 40, se muestra la distribución de la edad de los casos con tuberculosis.

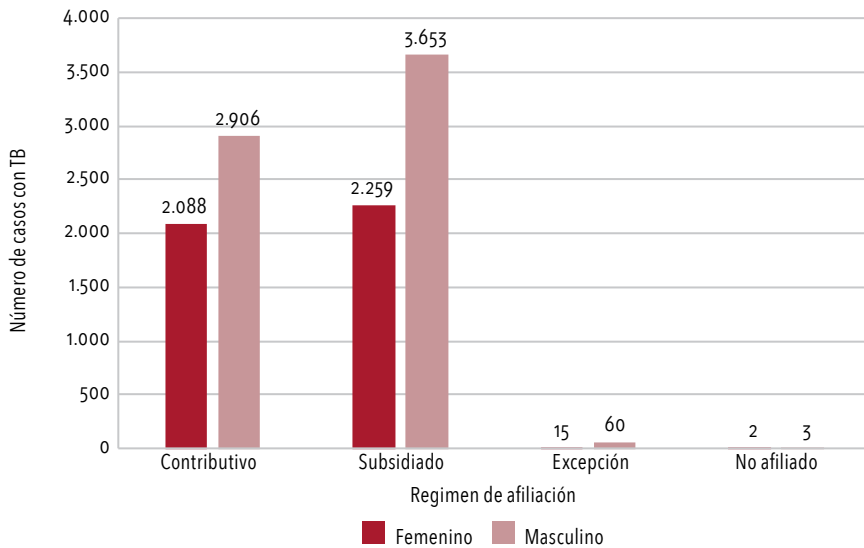
Figura 40. Histograma de la edad (años) en población con TB





Según el régimen de afiliación, el subsidiado tuvo mayor número de casos (5.912/53,8 %) seguido del contributivo (4.994/45,5 %) y del excepción (75/0,7 %). El no afiliado tuvo 5 casos (0,05 %) (figura 41).

Figura 41. Casos de TB por régimen de afiliación



7.2. Características generales de la población con coinfección TB/VIH

Al corte del 31 de enero de 2017 se reportaron a la Cuenta de Alto Costo 82.856 pacientes con VIH de los cuales 1.681 personas tenían coinfección con TB en el periodo (2,03 %), 81.027 personas no tenían la coinfección (97,7 %) y 148 casos (0,18 %) no disponían de la información. Para este año el reporte de casos de coinfección fue menor comparado con el año anterior que fue de 1.997, es decir, el 2,7 % de la población con VIH reportada en ese periodo. En la tabla 32 se muestran las entidades que reportaron información relacionada con la coinfección de TB.



Tabla 32. Casos reportados por las entidades según la presencia o no de TB

Entidades	Personas con VIH sin tuberculosis	Personas con TB activa	Personas con TB activa en los últimos 6 meses pero curados	Personas con TB entre 1 febrero de 2016 al 31 de julio de 2016	Sin dato
13001	9	1	0	0	0
25000	1	0	0	0	0
54000	3	0	0	0	0
70000	1	0	0	0	0
76000	24	2	0	0	2
CCF007	397	5	0	1	0
CCF009	60	0	0	0	0
CCF015	1.029	4	1	4	0
CCF023	137	1	0	0	0
CCF024	496	14	4	3	0
CCF027	167	2	1	0	0
CCF033	130	0	0	1	0
CCF050	172	1	0	0	0
CCF053	215	6	0	1	3
CCF055	1.066	14	3	1	0
CCF102	53	0	0	3	0
EASo16	24	1	0	0	0
EASo27	48	0	0	0	0
EMPo17	3	0	0	0	2
EPS001	579	5	1	1	2
EPS002	5.266	41	15	15	8
EPS003	10.283	67	23	25	45
EPS005	3.602	24	7	3	0
EPS008	2.383	14	1	17	0
EPS010	6.004	54	22	36	0
EPS012	926	3	2	2	1
EPS016	6.800	43	16	60	2
EPS017	3.307	25	4	10	5
EPS018	2.023	20	5	13	0
EPS022	383	8	3	3	0
EPS023	1464	9	2	0	0
EPS025	195	5	2	0	0
EPS033	156	2	0	0	20
EPS037	6.164	37	27	16	0



Tabla 32. Casos reportados por las entidades según la presencia o no de TB (continúa)

Entidades	Personas con VIH sin tuberculosis	Personas con TB activa	Personas con TB activa en los últimos 6 meses pero curados	Personas con TB entre 1 febrero de 2016 al 31 de julio de 2016	Sin dato
EPSIo1	89	2	1	0	1
EPSIo3	125	1	1	1	0
EPSIo4	97	0	1	1	0
EPSIo5	130	0	1	1	0
EPSIo6	44	0	0	0	0
EPSSo3	1.307	35	1	14	10
EPSS33	2.006	27	8	2	1
EPSS34	2.470	61	15	7	6
EPSS40	3.167	84	60	127	0
EPSS41	1344	17	15	2	2
ESSo02	506	5	0	4	0
ESSo24	3.029	44	20	20	13
ESSo62	2.574	80	15	14	9
ESSo76	1.164	5	2	1	6
ESSo91	341	5	0	0	0
ESS118	2.922	22	9	41	8
ESS133	2.253	36	4	3	1
ESS207	2.576	39	16	22	0
RESoo3	1.304	12	5	10	1
RESoo9	2	0	0	0	0
RESo11	4	0	0	0	0
RESo12	3	0	0	0	0
Total	81.027	883	313	485	148

De las coinfecciones con TB/VIH (n = 1.681) el 52,5 % (n = 883) de los casos tenían tuberculosis en el momento de la fecha de corte, el 18,6 % tuvo TB en los últimos 6 meses pero estaban curados en la fecha de corte (n = 313) y el 28,9 % tuvo TB en el periodo del 1 de febrero de 2016 al 31 de julio de 2016 (n = 485).

Según el sexo, el 81 % (n = 1.363) de las coinfecciones ocurrieron en el sexo masculino. El rango de edad de las personas con coinfección TB/VIH estuvo entre 1 y 88 años, con una edad media de 38 años (IC 95 % 38,8 - 39,9). El grupo de edad de mayor prevalencia fue de 35 a 39 años (15,1 %) en el sexo femenino y 30 a 34 años en el sexo masculino (17,1 %) (tabla 33).



Tabla 33. Proporción de los casos de TB por sexo según el grupo de edad

Grupo de edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 4	1	0,3	1	0,1	2	0,1
5 a 9	5	1,6	1	0,1	6	0,4
10 a 14	1	0,3	1	0,1	2	0,1
15 a 19	7	2,2	17	1,2	24	1,4
20 a 24	21	6,6	89	6,5	110	6,5
25 a 29	36	11,3	197	14,5	233	13,9
30 a 34	47	14,8	241	17,7	288	17,1
35 a 39	48	15,1	209	15,3	257	15,3
40 a 44	44	13,8	163	12,0	207	12,3
45 a 49	42	13,2	157	11,5	199	11,8
50 a 54	36	11,3	119	8,7	155	9,2
55 a 59	20	6,3	73	5,4	93	5,5
60 a 64	7	2,2	51	3,7	58	3,5
65 a 69	2	0,6	29	2,1	31	1,8
70 a 74	0	0,0	7	0,5	7	0,4
75 a 79	1	0,3	5	0,4	6	0,4
80 y más	0	0,0	3	0,2	3	0,2
Total	318	100,0	1.363	100,0	1.681	100,0

Según el régimen, el 58,3 % de los casos de coinfección ocurrieron en el subsidiado (n = 983), el 39,7 % en el contributivo (n = 668) y 1,6 % en el régimen de excepción (n = 27). En el régimen especial no se presentaron casos. Se identificaron 3 casos en no afiliados. Al revisar la prevalencia de TB sobre los pacientes con VIH por régimen se observa una mayor proporción en los no asegurados seguido del régimen subsidiado (tabla 34).

Tabla 34. Porcentaje de coinfección de TB/VIH por régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Casos de TB	Casos de VIH	Porcentaje de coinfección TB/VIH (%)
Contributivo	668	4.978	1,34
Subsidiado	983	31.689	3,10
Especial	0	12	0,00
Excepción	27	1.332	2,03
No afiliado	3	41	7,32
Total	1.681	82.856	2,03

Según el departamento, Vaupés y Guaviare presentan más casos de coinfección TB/VIH (tabla 35)

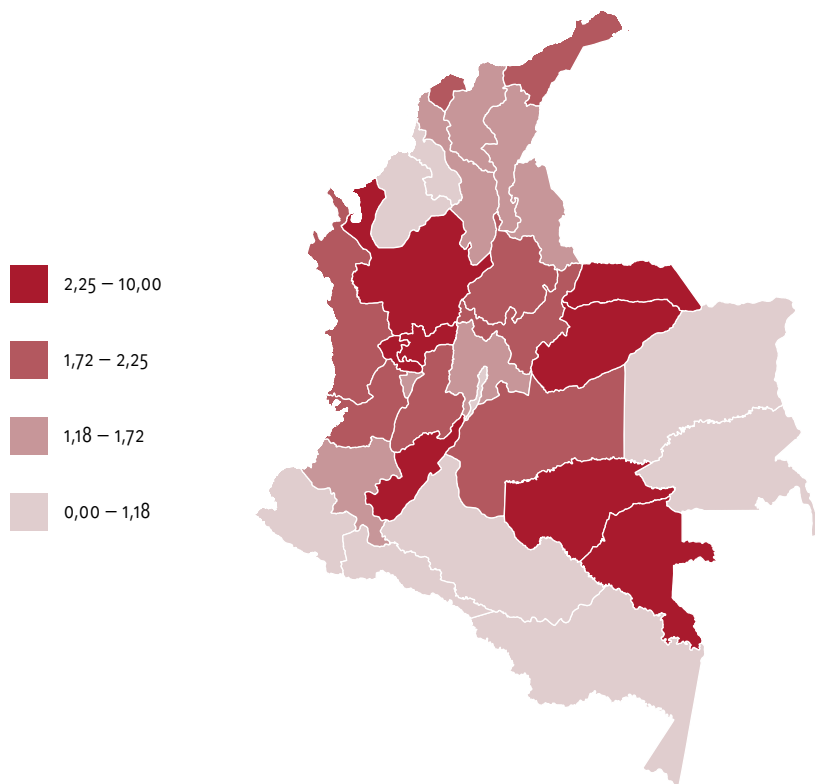


Tabla 35. Proporción de los casos de coinfección TB/VIH por entidad territorial

Ente territorial	TB durante el período	Casos de VIH	Porcentaje de coinfección TB/VIH
Amazonas	0	34	0,00
Antioquia	514	14.262	3,60
Arauca	4	169	2,37
Atlántico	120	5.322	2,25
Bogotá, D.C.	233	19.743	1,18
Bolívar	41	3.404	1,20
Boyacá	9	503	1,79
Caldas	57	1.421	4,01
Caquetá	3	425	0,71
Casanare	12	476	2,52
Cauca	12	919	1,31
Cesar	22	1.707	1,29
Chocó	3	147	2,04
Cundinamarca	23	1.721	1,34
Córdoba	25	2.711	0,92
Guainía	0	6	0,00
Guaviare	4	63	6,35
Huila	34	1.285	2,65
La Guajira	13	702	1,85
Magdalena	32	2.006	1,60
Meta	35	1.670	2,10
Nariño	6	1090	0,55
Norte de Santander	37	2.466	1,50
Putumayo	0	185	0,00
Quindío	25	1.451	1,72
Risaralda	113	2.333	4,84
San Andrés	1	79	1,27
Santander	73	3.253	2,24
Sucre	10	1.287	0,78
Tolima	27	1.394	1,94
Valle del Cauca	192	10.597	1,81
Vaupés	1	10	10,00
Vichada	0	15	0,00
Total	1.681	82.856	2,03



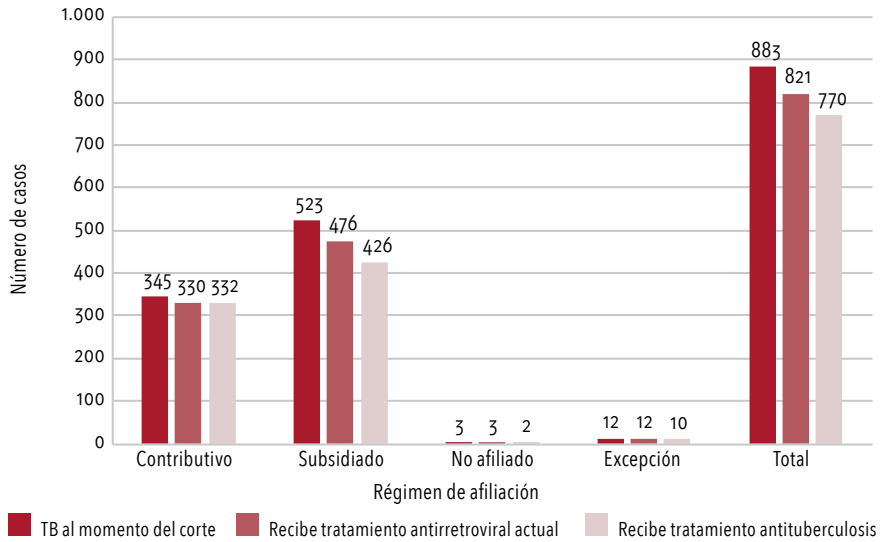
Mapa 7. Proporción de los casos con coinfección TB/VIH (100 habitantes), 2017



Del total de casos con TB al momento del corte ($n = 883$), 821 se encontraban con tratamiento antirretroviral, es decir el 93 %. En la figura 42 se describen de los casos con TB al momento del corte si se encontraban en tratamiento para TB y en terapia antirretroviral por asegurador.



Figura 42. Tratamiento de terapia antirretroviral y anti TB en las personas con coinfección TB/VIH.





8. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO Y CONSENSO

8.1. Indicadores de la gestión del riesgo

Desde el inicio de la Cuenta de Alto Costo, el equipo técnico planteó la medición de 8 indicadores que permitieran evaluar la gestión del riesgo de las entidades que atendían a las personas que viven con el VIH. Estos indicadores se concentran en la evaluación de la transmisión materno infantil, la detección temprana de los pacientes con VIH, y 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 es analizado, originando un resultado y comparándose con las metas establecidas para cada uno de ellos. En la tabla 36 se muestra los rangos de medición en alto, medio y bajo.

Tabla 36. Estandar de medición de los indicadores de la gestión del riesgo

Indicador	Alto	Medio	Bajo
1	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
2	● 100	*	● <100
3	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
4	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
5	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
6	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85
7	● >90	● 70 a 89,9	● <70
8	● ≥95	● 85 a 94,9	● <85

*No tiene rango para medición

Siglas: PVV: Personas que viven con el VIH

En la tabla 37 se resumen los resultados de los indicadores de gestión del riesgo y en las tablas 38 a y 38 b se discriminan por entidad que reporta.

En síntesis, todos los indicadores se mantienen en los mismos rangos comparados con el año anterior. Tres indicadores se mantienen en rango medio: gestantes tamizadas para VIH, cobertura de la terapia antirretroviral y realización de carga viral en el periodo con tratamiento antirretroviral. Los demás indicadores aún se encuentran en un rango bajo, existiendo brechas



entre 13 y 50 puntos porcentuales. Es necesario formular planes de mejora que permitan alcanzar las metas establecidas.

Tabla 37. Indicadores de gestión del riesgo 2012 - 2017

Ind.	Nombre del indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH	● 61,3 %	● 86,2 %	● 70,5 %	● 78,9 %	● 85,5 %	● 89,0 %
2	Porcentaje de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	● 77,0 %	● 82,8 %	● 96,3 %	● 96,1 %	● 92,8 %	● 86,5 %
3	Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos	● 23,5 %	● 40,49 %	● 47,3 %	● 58,3 %	● 70,6 %	● 75,0 %
4	Porcentaje de cobertura de terapia antirretroviral indicada	● 98,4 %	● 99,9 %	● 95,5 %	● 95,8 %	● 94,2 %	● 94,7 %
5	Realización de linfocitos TCD4+ en PVV en el período, sin terapia antirretroviral en el corte	● 67,8 %	● 84,4 %	● 55,7 %	● 54,1 %	● 53,1 %	● 44,7 %
6	Realización carga viral para PVV en el período, con terapia antirretroviral en el corte	***	● 86,7 %	● 63,6 %	● 79,3 %	● 86,7 %	● 85,9 %
7	PVV con terapia antirretroviral con carga viral indetectable	***	***	***	● 51,4 %	● 57,5 %	● 66,8 %
8	PVV con detección temprana en incidentes	***	***	***	● 57,4 %	● 60,0 %	● 59,0 %

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



Tabla 38 a. Indicadores de la gestión del riesgo (1 al 4), 2017

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	***	***	***	● 100,0
25000	***	***	***	● 100,0
54000	***	***	***	● 100,0
76000	***	***	***	● 100,0
CCF007	● 99,8	● 83,3	● 70,0	● 95,3
CCF009	● 98,8	***	***	● 100,0
CCF015	● 99,4	● 66,7	● 87,5	● 97,2
CCF023	● 86,8	***	***	● 99,2
CCF024	● 99,8	● 100,0	● 100,0	● 86,7
CCF027	● 90,1	***	● 100,0	● 97,9
CCF033	● 98,3	***	● 50,0	● 98,3
CCF050	● 52,1	● 100,0	● 100,0	● 96,1
CCF053	● 56,8	***	***	● 96,3
CCF055	● 45,4	● 20,0	● 46,7	● 94,5
CCF102	● 57	***	● 16,7	● 94,1
EAS016	● 100,0	***	***	● 95,2
EAS027	● 61,8	***	***	● 100,0
EMP017	***	***	***	● 50,0
EPS001	● 99,8	***	***	● 97,6
EPS002	● 100,0	● 100,0	● 65,4	● 93,4
EPS003	● 99,3	● 100,0	● 82,8	● 93,9
EPS005	● 79,1	● 100,0	● 45,5	● 94,6
EPS008	● 89,8	● 100,0	● 75,0	● 96,1
EPS010	● 99,2	● 100,0	● 92,3	● 92,8
EPS012	● 97,1	***	● 50,0	● 86,8
EPS016	● 93,4	● 92,9	● 78,6	● 95,8
EPS017	● 90,8	● 76,9	● 76,5	● 96,7
EPS018	● 85,7	● 75,0	● 90,9	● 95,4
EPS022	● 22,9	***	***	● 97,0



Tabla 38 a. Indicadores de la gestión del riesgo (1 al 4), 2017 (continúa)

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
EPS023	● 88,2	● 50,0	***	● 94,3
EPS025	● 90,8	● 100,0	● 62,5	● 59,6
EPS033	● 100,0	● 100,0	***	● 99,2
EPS037	● 89,2	● 92,3	● 73,1	● 98,1
EPSI01	● 98,6	***	● 75,0	● 100,0
EPSI02	● 78,4	***	***	***
EPSI03	● 73,7	***	***	● 98,2
EPSI04	● 80,8	***	● 100,0	● 98,9
EPSI05	● 99,9	***	● 50,0	● 99,1
EPSI06	● 93,8	● 100,0	***	● 88,9
EPSS03	● 98,5	● 100,0	● 37,5	● 93,1
EPSS33	● 100,0	● 92,6	● 63,2	● 97,0
EPSS34	● 57,1	● 90,9	● 85,2	● 91,8
EPSS40	● 75	● 86,7	● 89,2	● 94,1
EPSS41	● 78,6	● 23,1	● 53,8	● 98,0
ESS002	● 79,2	● 50,0	● 80,0	● 91,0
ESS024	● 70,9	● 81,8	● 66,7	● 95,5
ESS062	● 97,2	● 81,3	● 74,0	● 94,1
ESS076	● 95,1	● 100,0	● 80,0	● 95,2
ESS091	● 79,5	● 100,0	● 80,0	● 97,0
ESS118	● 97,7	● 91,7	● 79,2	● 93,6
ESS133	● 97,3	● 100,0	● 80,0	● 92,9
ESS207	● 93,1	● 100,0	● 88,0	● 95,8
RES003	● 80,5	● 100,0	● 100,0	● 95,8
RES009	● 85,7	***	***	● 100,0
RES011	***	***	***	● 100,0
RES012	***	***	***	● 100,0
Total	● 89,0	● 86,5	● 75,0	● 94,7

*** Sin dato



Tabla 38 b. Indicadores de la gestión del riesgo (5 al 8), 2017

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 período, 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 período
	≥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	● 100,0	***
25000	***	***	***	***
54000	***	***	***	***
76000	***	● 40,9	● 37,5	***
CCF007	● 42,3	● 92,8	● 39,9	● 45,6
CCF009	***	● 98,3	● 72,5	● 57,1
CCF015	● 68,3	● 91,2	● 55,6	● 52,7
CCF023	● 50,0	● 80,0	***	***
CCF024	● 47,9	● 94,5	● 74,9	● 41,5
CCF027	● 60,0	● 93,3	● 65,5	● 70,4
CCF033	● 40,0	● 95,0	● 60,3	● 20,0
CCF050	● 72,7	● 93,1	● 67,6	● 45,0
CCF053	● 66,7	● 88,8	● 69,0	● 46,7
CCF055	● 81,2	● 90,9	● 58,1	● 58,7
CCF102	● 18,2	● 20,5	● 11,1	***
EAS016	● 50,0	● 85,7	● 73,3	● 100
EAS027	***	● 83,3	***	***
EMP017	***	● 100,0	● 100,0	● 100,0
EPS001	● 61,5	● 81,9	● 78,8	● 57,6
EPS002	● 41,2	● 82,9	● 66,2	● 55,6
EPS003	● 36,9	● 70,6	● 55,2	● 67,8
EPS005	● 36,2	● 90,0	● 80,7	● 67,4
EPS008	● 51,0	● 95,2	● 80,6	● 57,9
EPS010	● 52,0	● 87,1	● 84,0	● 74,9
EPS012	● 31,7	● 85,9	● 67,3	● 67,1
EPS016	● 39,4	● 88,7	● 77,4	● 80,0
EPS017	● 45,5	● 89,7	● 67,5	● 62,5
EPS018	● 30,1	● 59,9	● 60,2	● 65,8
EPS022	● 46,2	● 88,2	● 57,1	● 57,1
EPS023	● 46,6	● 79,6	● 60,2	● 60,6
EPS025	● 85,9	● 96,4	● 64,1	● 56,7



Tabla 38 b. Indicadores de la gestión del riesgo (5 al 8), 2017 (continúa)

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 período, 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 período
	≥95	≥95	>90	≥95
	85 a 94,9	85 a 94,9	70 a 89,9	85 a 94,9
	<85	<85	<70	<85
EPS033	● 50,0	● 79,8	● 58,2	● 61,9
EPS037	● 65,6	● 92,3	● 75,7	● 57,3
EPSI01	● 50,0	● 91,1	● 50,7	● 50,0
EPSI02	***	***	***	***
EPSI03	● 25,0	● 55,0	● 25,0	***
EPSI04	***	● 87,9	● 54,3	● 61,5
EPSI05	● 100,0	● 96,5	● 60,2	● 65,2
EPSI06	● 12,5	● 85,3	● 82,6	● 40,0
EPSS03	● 38,6	● 70,2	● 50,9	● 41,6
EPSS33	● 49,5	● 80,0	● 48,3	● 51,7
EPSS34	● 41,1	● 85,8	● 65,4	● 55,0
EPSS40	● 43,1	● 83,2	● 57,2	● 67,3
EPSS41	● 60,9	● 92,7	● 60,3	● 39,7
ESS002	● 22,2	● 89,1	● 63,4	● 42,9
ESS024	● 53,7	● 93,3	● 60,4	● 52,3
ESS062	● 34,9	● 89,6	● 67,2	● 46,0
ESS076	● 84,1	● 99,2	● 75,6	● 64,2
ESS091	● 58,3	● 93,0	● 53,0	● 35,0
ESS118	● 52,0	● 93,5	● 68,8	● 49,7
ESS133	● 25,1	● 97,2	● 58,0	● 44,2
ESS207	● 47,7	● 94,8	● 69,8	● 46,4
RES003	● 56,4	● 87,8	● 73,9	● 68,4
RES009	***	● 100,0	***	***
RES011	***	● 50,0	● 33,3	***
RES012	***	● 100,0	● 100,0	***
Total	● 44,7	● 85,9	● 66,8	● 59,0

*** Sin dato

8.2. Indicadores de consenso

La Cuenta de Alto Costo realizó en el año 2014 el 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 (12). Desde entonces, cada año se mide una serie de indicadores que permite conocer la gestión realizada con las PVV que son atendidos en Colombia. De los 17 indicadores consensuados, se dispone de datos para el cálculo de 13 de ellos, dado que aún se requiere obtener otras variables y fortalecer el reporte confiable y oportuno para medir los cuatro indicadores faltantes: realización de carga viral en la valoración inicial, tamización para sífilis anual, valoración del riesgo cardiovascular y estudio de resistencia en el fracaso virológico. Para el análisis del presente año, fue necesario ajustar los indicadores según la calidad del dato reportada durante el proceso de auditoría, realizando el análisis únicamente con los datos conformes de este proceso y omitiendo los valores que no fueron verificables en la historia clínica; por lo cual es probable que los resultados varíen al momento de ser analizados con los datos previos, pues este proceso de verificación se inició hasta el año 2017, cuando la Cuenta de Alto Costo conformó directamente el grupo de auditoría. Esto permite, de ahora en adelante, mediciones más confiables y reales que son soportadas por los datos originales de las historias clínicas de cada uno de los pacientes reportados.

Cada indicador cuenta con una meta estándar y se interpreta según su valor como rango adecuado, medio y bajo (tabla 39)

Tabla 39. Estándar de medición de los indicadores de consenso

Indicador	Adecuado	Medio	Bajo
1	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
2	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
3	***	***	***
4	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
5	● ≥80	● ≥50 y <80	● <50
6	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
7	***	***	***
8	***	***	***
9	● 100,0	● ≥95 y <100	● <95
10	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
11	● ≥80	● ≥60 y <80	● <60
12	● ≥80	● ≥70 y <80	● <70
13	***	***	***
14	● <30	● ≥30 y <40	● ≥40
15	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
16	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90
17	● ≥95	● ≥90 y <95	● <90

*** No se midieron estos indicadores



En la tabla 40, se describe el promedio general de cada uno de los indicadores y en las tablas 41 a, 41 b, y 41 c los indicadores por entidad que reporta. En síntesis, de los trece indicadores, solo uno de ellos cumple con la meta estándar y es el relacionado con la proporción de PVV a quienes se les realiza cambio de terapia antirretroviral, evidenciando una mejoría de este indicador al pasar de 8,1 % en el 2014 a 7,4 % en el 2017. Este indicador se mide con el fin de conocer la duración del primer esquema de terapia antirretroviral dado que el hecho de presentar cambios tempranos en el esquema inicial puede estar relacionado con la intolerancia, los efectos adversos o el fracaso en la terapia (13).

En el rango medio continúan los indicadores de proceso relacionados con la atención por médico experto e inicio de tratamiento antirretroviral en las gestantes, los cuales mejoraron en menos de 1 % comparado con el año anterior. El indicador relacionado con la proporción de PVV en tratamiento por TB latente pasó del estándar a riesgo medio, probablemente por el ajuste en la calidad del dato. Sin embargo, se hace un llamado a asegurar que los pacientes con coinfección de tuberculosis y VIH se encuentren en tratamiento antirretroviral y TB según lo recomendado en las guías colombianas.

Los demás indicadores se mantuvieron en rango bajo. Se espera que estos resultados orienten a las entidades en la realización de planes de mejoramiento y al establecimiento de prioridades en la atención con el fin de mejorar los resultados en salud de las PVV en Colombia.

Tabla 40. Indicadores de consenso 2014 - 2017

Ind.	Nombre del indicador (Consenso VIH 2014)	2014	2015	2016	2017
1	Proporción de PVV que reciben atención por médico experto	● 93,3 %	● 94,0 %	● 92,9 %	● 93,3 %
2	Proporción de PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4+ en la valoración inicial	● 63,4 %	● 65,7 %	● 75,0 %	● 78,1 %
3	Proporción de PVV con diagnóstico dentro del período 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 %
5	Proporción de PVV con realización de PPD (anual)	● 14,6 %	● 22,5 %	● 33,9 %	● 38,8 %
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 %
7	Proporción de PVV con tamizaje para sífilis anual	***	***	***	***
8	Proporción de PVV con valoración de riesgo cardiovascular anual	***	***	***	***



Tabla 40. Indicadores de consenso 2014 -2017 (continúa)

Ind.	Nombre del indicador (Consenso VIH 2014)	2014	2015	2016	2017
9	Proporción de TAR en PVV gestantes	● 82,6 %	● 93,7 %	● 95,1 %	● 96,8 %
10	Proporción de PVV con prescripción adecuada de terapia antirretroviral	● 68,8 %	● 67,0 %	● 57,7 %	● 69,1 %
11	Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultaneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral	● 54,4 %	● 80,6 %	● 87,3 %	● 76,2 %
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 %
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 %
15	Proporción de PVV en terapia por tuberculosis latente	● 12,8 %	● 18,0 %	● 27,8 %	● 28,6 %
16	Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	● 43,2 %	● 50,0 %	● 56,4 %	● 61,7 %
17	Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)	● 31,5 %	● 39,3 %	● 45,1 %	● 46,1 %

Los indicadores 3, 7, 8, y 13 no cuentan con dato para realizar el cálculo.



Tabla 41 a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2017

Entidad	1-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del período 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 período 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
25000	***	***	***	***
54000	● 33,3	● 50,0	● 100,0	● 33,3
70000	***	***	***	***
76000	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
CCF007	● 96,1	● 89,3	● 87,5	● 19,1
CCF009	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 0,0
CCF015	● 88,7	● 88,8	● 83,2	● 8,8
CCF023	● 88,9	***	***	● 12,0
CCF024	● 89,5	● 80,6	● 80,6	● 51,1
CCF027	● 74,1	● 92,3	● 92,3	● 51,9
CCF033	● 86,7	● 60,0	● 60,0	● 4,2
CCF050	● 94,4	● 92,9	● 28,6	● 62,7
CCF053	● 100,0	● 92,3	● 84,6	● 76,8
CCF055	● 100,0	● 84,6	● 53,1	● 16,8
CCF102	● 100,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0
EAS016	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 18,8
EAS027	● 66,7	***	***	● 20,5
EMP017	● 100,0	***	***	● 0,0
EPS001	● 90,9	● 75,0	● 59,4	● 8,2
EPS002	● 91,9	● 61,6	● 48,6	● 48,0
EPS003	● 100,0	● 83,6	● 74,2	● 40,3
EPS005	● 95,1	● 89,3	● 73,9	● 32,8
EPS008	● 93,3	● 76,1	● 65,5	● 26,8
EPS010	● 92,4	● 94,6	● 76,6	● 19,7
EPS012	● 72,4	● 98,6	● 81,9	● 36,3
EPS016	● 96,3	● 55,6	● 55,6	● 52,6
EPS017	● 89,5	● 58,0	● 42,0	● 43,4
EPS018	● 98,7	● 79,8	● 68,1	● 65,9
EPS022	● 96,4	● 50,0	● 37,5	● 35,7



Tabla 41 a. Indicadores de consenso (1 al 5), 2017 (continúa)

Entidad	1-Proporción de PVV con diagnóstico dentro del período 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 período 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
EPS023	● 99,0	● 84,8	● 80,4	● 49,8
EPS025	● 100,0	● 95,7	● 95,7	● 28,3
EPS033	● 100,0	● 90,5	● 85,7	● 55,9
EPS037	● 98,6	● 84,6	● 56,6	● 51,0
EPSI01	● 100,0	● 62,5	● 87,5	● 57,5
EPSI02	***	***	***	***
EPSI03	● 50,0	***	***	● 9,5
EPSI04	● 0,0	● 100,0	● 100,0	● 42,4
EPSI05	● 91,7	● 95,2	● 81,0	● 50,8
EPSI06	● 60,0	● 75,0	● 50,0	● 51,3
EPSS03	● 97,7	● 90,3	● 83,2	● 25,0
EPSS33	● 96,3	● 70,4	● 68,0	● 57,6
EPSS34	● 96,6	● 57,2	● 51,2	● 51,6
EPSS40	● 100,0	● 52,2	● 32,6	● 41,9
EPSS41	● 99,0	● 54,7	● 39,6	● 43,0
ESS002	● 83,6	● 76,7	● 73,3	● 14,3
ESS024	● 91,8	● 89,4	● 73,2	● 39,4
ESS062	● 77,5	● 66,0	● 39,3	● 53,5
ESS076	● 99,4	● 63,0	● 52,2	● 13,0
ESS091	● 68,8	● 57,1	● 54,3	● 37,5
ESS118	● 74,8	● 76,7	● 63,0	● 14,7
ESS133	● 96,0	● 95,7	● 62,2	● 15,9
ESS207	● 96,3	● 86,0	● 82,7	● 37,4
RES003	● 100,0	● 88,4	● 81,4	● 45,7
RES009	***	***	***	● 0,0
RES011	***	***	***	● 100,0
RES012	***	***	***	● 0,0
Total	● 93,3	● 78,1	● 64,0	● 38,8

*** Sin dato

PPD: prueba cutánea de derivado proteico purificado



Tabla 41 b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2017

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	● 0,0	***	● 85,7	***
25000	● 0,0	***	***	***
54000	● 0,0	***	● 100,0	***
70000	***	***	● 100,0	***
76000	● 29,2	***	● 77,8	● 50,0
CCF007	● 84,8	● 100,0	● 75,0	● 75,0
CCF009	● 98,0	***	● 87,5	***
CCF015	● 84,6	● 100,0	● 74,6	● 100,0
CCF023	● 68,8	● 100,0	● 80,0	● 0,0
CCF024	● 83,8	● 50,0	● 34,5	● 63,6
CCF027	● 79,2	● 50,0	● 92,6	● 0,0
CCF033	● 90,0	***	● 78,6	***
CCF050	● 84,9	***	● 86,4	● 0,0
CCF053	● 81,6	***	● 53,8	● 100,0
CCF055	● 79,7	● 100,0	● 64,0	● 76,9
CCF102	● 14,3	● 50,0	● 33,3	***
EAS016	● 76,2	***	● 100,0	● 100,0
EAS027	● 65,2	***	● 60,0	***
EMP017	● 33,3	***	● 100,0	***
EPS001	● 77,2	***	● 65,8	● 100,0
EPS002	● 71,9	● 100,0	● 53,9	● 100,0
EPS003	● 55,8	● 95,0	● 62,9	● 85,5
EPS005	● 78,3	● 100,0	● 70,8	● 100,0
EPS008	● 76,9	● 100,0	● 48,9	● 84,6
EPS010	● 77,0	● 100,0	● 87,2	● 83,0
EPS012	● 66,2	● 100,0	● 83,8	● 100,0
EPS016	● 71,3	● 94,1	● 62,2	● 89,2
EPS017	● 76,2	● 100,0	● 81,8	● 91,3
EPS018	● 45,8	● 87,5	● 75,8	● 90,0



Tabla 41 b. Indicadores de consenso (6 al 11), 2017 (continúa)

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
EPS022	● 78,9	● 100,0	● 71,9	● 87,5
EPS023	● 63,3	***	● 63,8	● 88,9
EPS025	● 90,9	***	● 83,9	● 100,0
EPS033	● 68,3	● 100,0	● 64,3	● 100,0
EPS037	● 83,4	● 100,0	● 79,1	● 58,8
EPSI01	● 81,0	● 100,0	● 44,4	● 100,0
EPSI02	● 0,0	***	***	***
EPSI03	● 39,5	● 100,0	● 77,8	● 100,0
EPSI04	● 76,3	***	● 60,0	***
EPSI05	● 86,4	● 100,0	● 66,7	***
EPSI06	● 67,5	***	● 50,0	***
EPSS03	● 49,2	● 100,0	● 73,4	● 86,2
EPSS33	● 65,9	● 100,0	● 67,4	● 87,5
EPSS34	● 68,8	● 100,0	● 41,8	● 23,7
EPSS40	● 68,3	● 100,0	● 64,2	● 78,0
EPSS41	● 82,8	● 100,0	● 74,1	● 75,0
ESS002	● 74,8	● 100,0	● 69,2	● 50,0
ESS024	● 83,7	● 100,0	● 69,8	● 82,9
ESS062	● 78,5	● 96,0	● 63,7	● 67,1
ESS076	● 96,8	● 100,0	● 47,4	● 80,0
ESS091	● 82,7	● 100,0	● 52,8	● 100,0
ESS118	● 78,3	● 83,3	● 64,7	● 76,2
ESS133	● 86,3	● 100,0	● 67,8	● 38,2
ESS207	● 87,0	● 100,0	● 76,6	● 96,9
RES003	● 79,5	● 100,0	● 87,2	● 72,7
RES009	● 100,0	***	***	***
RES011	● 50,0	***	***	***
RES012	● 50,0	***	***	***
Total	● 73,1	● 96,8	● 69,1	● 76,2

*** Sin dato



Tabla 41 c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2017

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	***	***	***	● 100,0	● 0,0
25000	***	***	***	***	***
54000	***	***	***	***	● 0,0
70000	***	***	***	***	***
76000	● 11,1	***	***	● 57,1	● 0,0
CCF007	● 36,9	● 30,6	● 0,0	● 65,4	● 1,5
CCF009	● 70,0	● 0,0	***	● 50,0	● 18,8
CCF015	● 57,4	● 5,1	● 30,8	● 49,7	● 8,6
CCF023	● 42,7	***	● 100,0	● 100,0	● 27,7
CCF024	● 71,4	● 6,5	● 100,0	● 75,0	● 79,3
CCF027	● 61,4	● 18,9	***	● 66,7	● 50,0
CCF033	● 58,8	● 0,0	● 0,0	● 55,0	● 29,9
CCF050	● 57,6	● 5,3	● 100,0	● 33,3	● 82,4
CCF053	● 60,6	● 0,0	● 72,7	● 83,3	● 66,5
CCF055	● 56,8	● 6,8	● 36,4	● 56,4	● 19,4
CCF102	● 0,0	● 0,0	***	***	● 0,0
EAS016	● 72,2	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 4,8
EAS027	● 57,7	***	***	***	● 42,9
EMP017	***	***	***	***	● 0,0
EPS001	● 65,8	● 7,5	● 30,0	● 46,9	● 60,9
EPS002	● 60,3	● 2,9	● 6,9	● 61,4	● 35,2
EPS003	● 51,1	● 3,9	● 19,0	● 43,6	● 39,1
EPS005	● 73,9	● 6,6	● 41,9	● 77,9	● 61,3
EPS008	● 80,5	● 3,8	● 20,0	● 41,0	● 7,6
EPS010	● 69,8	● 21,9	● 32,1	● 86,7	● 61,9
EPS012	● 59,0	● 6,0	● 9,1	● 17,9	● 50,9
EPS016	● 67,3	● 0,0	● 19,9	● 83,3	● 61,2
EPS017	● 63,6	● 7,0	● 15,4	● 34,1	● 49,6
EPS018	● 50,5	● 1,2	● 16,1	● 21,5	● 65,4



Tabla 41 c. Indicadores de consenso (12 al 17), 2017 (continúa)

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
EPS022	● 61,0	● 5,3	● 42,9	● 77,8	● 62,3
EPS023	● 57,8	● 0,9	● 21,1	● 56,6	● 43,7
EPS025	● 61,6	● 33,3	***	● 54,8	● 47,2
EPS033	● 55,8	● 11,8	● 27,3	● 93,8	● 37,0
EPS037	● 74,8	● 6,7	● 56,2	● 72,4	● 63,3
EPSI01	● 54,4	● 10,0	● 50,0	● 57,1	● 66,7
EPSI02	***	***	***	***	***
EPSI03	● 30,0	● 0,0	***	● 50,0	● 1,6
EPSI04	● 50,0	● 15,4	***	● 40,0	● 31,6
EPSI05	● 61,8	● 5,9	● 66,7	● 60,9	● 14,4
EPSI06	● 77,3	● 25,0	***	● 66,7	● 37,0
EPSS03	● 40,6	● 7,6	● 41,5	● 62,1	● 34,9
EPSS33	● 45,7	● 6,1	● 44,2	● 75,3	● 42,9
EPSS34	● 62,4	● 1,3	● 33,3	● 77,4	● 24,1
EPSS40	● 57,6	● 1,7	● 20,5	● 60,6	● 70,8
EPSS41	● 57,6	● 2,1	● 18,2	● 77,8	● 46,6
ESS002	● 58,7	● 9,8	● 62,5	● 63,8	● 47,6
ESS024	● 58,0	● 6,4	● 23,4	● 75,2	● 33,7
ESS062	● 67,1	● 8,7	● 45,0	● 71,4	● 64,9
ESS076	● 73,0	● 0,8	● 50,0	● 28,1	● 18,5
ESS091	● 54,5	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 42,7
ESS118	● 67,1	● 8,6	● 30,6	● 61,7	● 30,3
ESS133	● 60,8	● 10,5	● 47,6	● 73,3	● 13,9
ESS207	● 69,0	● 9,5	● 64,4	● 68,8	● 53,6
RES003	● 66,0	● 6,9	● 48,9	● 54,2	● 60,9
RES009	***	***	***	***	● 0,0
RES011	● 0,0	● 0,0	***	● 100,0	● 33,3
RES012	***	***	***	***	● 0,0
Total	● 63,1	● 7,4	● 28,6	● 61,7	● 46,1

*** Sin dato



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo de PVV muestran un aumento en la prevalencia e incidencia de esta enfermedad en el territorio nacional, pasando de una prevalencia de 0,12 por 100 habitantes en el 2014 a 0,17 en el 2017 y una incidencia de 11,59 por 100.000 afiliados en el 2014 a 21,3 para el 2017, posiblemente por la mejora en el sistema de reporte, el aumento de los casos o el fortalecimiento en el diagnóstico. Sea cual sea la causa, es necesario intervenir en la población para controlar la epidemia y así cumplir con las metas nacionales como las definidas en el Plan Nacional de Salud Pública o las metas internacionales como la eliminación de la transmisión de casos para el 2030, según el objetivo 90 90 90. ONUSIDA estimó para Colombia en el 2013 que solo el 45 % de los casos habían sido diagnosticados, indicando cerca de 150.000 casos nuevos (2). Sin embargo hasta el momento se han registrado 82.856 casos, lo que implica una ardua labor del sistema de salud y de los demás sectores relacionados con la tamización de la población.

Los resultados en Colombia, muestran un mayor número de casos en el sexo masculino, manteniendo una relación de 3 hombres por 1 mujer con el diagnóstico. Sin embargo, pese a ser el de mayor diagnóstico el sexo masculino, también tiene una menor probabilidad de acceder a la terapia antirretroviral (14). Esta diferencia nacional es distinta al panorama mundial, pues se estima que el 51,5 % de la población adulta con VIH es de sexo femenino (14), lo cual sugiere que es probable que exista en Colombia un porcentaje de mujeres que aún se encuentran sin el diagnóstico; es necesario realizar una mayor sensibilización en este grupo sobre el riesgo de contraer esta enfermedad. Si bien las mujeres consultan más a los servicios de salud, existen barreras sociales, culturales y educativas para el acceso a la prueba (15).

Otro aspecto que llama la atención es el aumento en el número de casos de adolescentes y adultos mayores, lo cual indica una deficiencia en la educación sobre prácticas sexuales seguras en todos los grupos poblacionales. Múltiples son los factores que pueden aumentar el riesgo de infección en el grupo de adolescentes, entre estas las situaciones de abuso sexual, acceso limitado a los servicios de salud sexual y al uso del condón, principalmente por barreras económicas, sociales y culturales (16). ONUSIDA reporta que la tercera parte de los casos nuevos de VIH ocurrieron en la población de 15 a 24 años de edad, en Colombia este grupo hace parte del 27 % de los casos



nuevos, haciendo evidente lo que sugieren algunos estudios que indican que solo el 20 % de las mujeres adolescentes y el 29 % de los hombres adolescentes entre 15 y 19 años tienen un conocimiento acertado de cómo se transmite y previene este virus (14).

En cuanto al aumento de los casos en los mayores de 65 años, estudios indican que puede estar asociado a diversos factores, entre estos la falta de políticas de prevención dirigidas a este grupo, la invisibilidad del sexo en este momento del curso de vida, la facilidad en el acceso a medicamentos para mejorar el rendimiento sexual y la baja adherencia al uso de los preservativos (17). Por lo tanto se hace un llamado a fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, permitiendo una educación sexual integral y adecuada para la edad, que aborde la igualdad de género y que se base en los derechos humanos (18).

Por otro lado, los datos también evidenciaron un diagnóstico tardío y por ende, también se retrasa el inicio de la terapia, originando el ingreso de los pacientes al sistema de salud con enfermedades que definen el sida, lo que genera un mayor costo en los tratamientos y peores condiciones en la calidad de vida de los pacientes.

La información recolectada evidenció un mayor número de casos con síndrome de desgaste, lo cual indica que aún existen dificultades en el manejo de esta enfermedad, especialmente en la oportunidad diagnóstica. Múltiples mecanismos fisiopatológicos pueden originar este déficit como la ingesta inadecuada de nutrientes o la mala absorción, las alteraciones en el metabolismo (19) y otros factores relacionados con la misma fisiopatología del VIH que genera un proceso proinflamatorio aumentando la comorbilidad.

Si bien existen otros aspectos psicosociales que no pueden ser modificados, el diagnóstico temprano, el acceso al tratamiento y el seguimiento a la toma adecuada de la terapia deben mejorarse para lograr el control adecuado de la enfermedad en las PVV. El uso de la terapia antirretroviral de gran actividad ha resultado en reducciones marcadas y sostenidas en la mortalidad relacionada con el sida y la aparición de enfermedades oportunistas, haciendo de esta una condición crónica, pues está aumentando la expectativa de vida de la población que la padece.

En cuanto a la cobertura del tratamiento antirretroviral, si bien la meta ya fue alcanzada (92 %) se hace evidente la necesidad de fortalecer los programas de atención integral de las PVV principalmente en las variables existentes alrededor de la adherencia al tratamiento. Si bien son múltiples los factores relacionados con el seguimiento a los tratamientos, como aquellos relacionados con el paciente y con el sistema de salud, es necesario intervenir en los factores que son modificables como mejorar el conocimiento del estado serológico, el uso de los esquemas de terapia simplificada, mejorar las ac-



titudes frente a la medicación, mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer el autocuidado de la población (20, 21).

Ahora bien, para que el tratamiento sea óptimo, también se requiere la implementación de estrategias que fortalezcan la evaluación del profesional de la salud por medio de la aplicación de cuestionarios, la revisión de la evolución clínica y los datos de laboratorio, el uso de los sistemas de control electrónico, el recuento de medicación y el registro de retiro de la medicación, entre otras intervenciones que permitan evaluar la toma del tratamiento y la supresión viral, esto permite no solo la estabilidad de la enfermedad sino que también reduce la transmisión de nuevos casos (20). Igualmente debe continuar la vigilancia en la aparición de los eventos adversos, pues si bien en Colombia menos del 30 % de las terapias se han cambiado por la presencia de eventos, el reporte de la literatura indica que estos eventos pueden variar entre 7 % y 92 % (22), lo que en ocasiones limita la toma adecuada de los medicamentos y genera resistencia a los fármacos.

En cuanto al reporte de gestantes, aún existe una diferencia entre lo notificado a la Cuenta de Alto Costo y lo registrado por el DANE, pues para el año 2016 se reportaron 647.521 nacidos vivos a nivel nacional y para el 2017 un dato preliminar da cuenta de 647.679 nacidos vivos (23), en donde aproximadamente el 98 % de los casos son embarazos simples, esperando en promedio 640.000 gestantes para este último año. Por otro lado es evidente que los casos de mujeres gestantes con VIH se presentan en lugares apartados del país, por ejemplo para este año fueron en Vaupés, Guaviare, Magdalena y Arauca los de mayor reporte. Es necesario reforzar la estrategia de eliminación de VIH específicamente en estas zonas, así como el diagnóstico oportuno, pues cerca del 30 % de las gestantes se encontraban en estadio 3, por lo tanto, debe fortalecerse la tamización del VIH en las mujeres gestantes y mejorar los programas de planificación familiar en las mujeres con VIH en edad fértil, pues ellas tienen más probabilidades que otras mujeres de tener un embarazo no deseado (24).

En cuanto a los casos reportados de menores de 18 meses de edad expuestos al VIH, se documentó un 1,97 % de estos menores con infección por VIH, cifra inferior a la encontrada el año anterior (2,17 %). Sin embargo, aún son 1.029 niños hijos de madres con VIH que se encuentran en seguimiento. Es necesario fortalecer la estrategia, especialmente en el régimen subsidiado y en el grupo poblacional indígena, dado que al analizar estos subgrupos fue mayor este indicador con respecto al valor nacional. Algunos estudios sugieren que los factores como la baja escolaridad, la multiparidad, la ausencia o insuficiencia en los controles prenatales, el diagnóstico materno tardío, el uso de drogas inyectables y por supuesto, no recibir tratamiento antirretroviral o dar lactancia materna aumentan la probabilidad de transmisión materno infantil (TMI), por lo cual deben realizarse esfuerzos



para aplicar la estrategia de eliminación de transmisión vertical y mejorar el acceso oportuno a la atención, detección y tratamiento del VIH para todas las mujeres (25,26).

En cuanto a la coinfección de TB y VIH, continúa siendo el régimen subsidiado el de mayor reporte de casos, siendo necesario fortalecer las actividades colaborativas según lo dispuesto en la Circular 0007 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se actualizaron los lineamientos para el manejo programático de tuberculosis en Colombia.

En conclusión, según los datos planteados, es necesario seguir fortaleciendo el reporte, el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación del VIH en Colombia. Es deber de todos los actores involucrados tomar las medidas necesarias para mejorar estos indicadores y poder alcanzar no solo que los pacientes tengan supresión viral sino también que tengan una mejor calidad de vida.



REFERENCIAS

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. 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
3. ONUSIDA. 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [Internet]. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. 2015 [citado el 20 de junio de 2018]. p. 1-37. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
4. Borderi M, Angarano G, Antinori A, Chirianni A, Cinque P, D'Arminio Monforte A, et al. Managing the long surviving HIV patient: a proposal for a multidimensional first-level diagnostic assessment. *New Microbiol* [Internet]. abril de 2018 [citado el 22 de junio de 2018];41(2):112-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29806690>
5. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento. VIH SIDA. Colombia, 2017 [Internet]. 2017 [citado el 27 de junio de 2018]. p. 1-15. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2017.pdf
6. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia [Internet]. Bogotá, D.C.: Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo; 2016 [citado el 27 de junio de 2018]. p. 1-96. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.Co_2017_06_13_Libro_Sit_VIH_2016_V_o.1.pdf.pdf
7. Ministerio de Salud y la Protección Social. Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia [Internet]. 2011 [citado el 27 de junio de 2018]. p. 1-23. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf
8. 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]. Colombia: Cuenta de Alto Costo,; 2014. p. 1-42. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Consenso.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 0783 de 2012 [Internet]. 2012 [citado el 12 de junio de 2018]. p. 1-7. Disponible en: https://cuenta-dealtocosto.org/site/images/RESOLUCION_783_2012-VIH.pdf
 10. 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>
 11. World Health Organisation. WHO | Consolidated guidelines on the use of anti-retroviral drugs for treating and preventing HIV infection. WHO [Internet]. 2016 [citado el 7 de julio de 2018]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK374294/>
 12. 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>
 13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. [Internet]. 2014 [citado el 5 de mayo de 2018]. 500 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/GPC-corta-VIH-ADOLESCENTES-ADULTOS-final.pdf>
 14. Onusida. Hoja informativa-Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. 2017 [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
 15. Ekstrand ML, Heylen E, Mazur A, Steward WT, Carpenter C, Yadav K, et al. The Role of HIV Stigma in ART Adherence and Quality of Life Among Rural Women Living with HIV in India. [Internet]. AIDS and behavior. United States; 2018 [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29789984>
 16. Noreña-Herrera C, Rojas C C-JL. Prevalencia del VIH en niños, niñas y adolescentes en situación de calle y explotación sexual comercial: una revisión sistemática [Internet]. Vol. 32, Cad. Saúde Pública. 2016 [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016001002001&script=sci_abstract&tlng=es
 17. Sodio M, Mari L, Lassen AO, Bensghir R, Chakib A, Himmich H EFK. Causes of death among 91 HIV-infected adults in the era of potent antiretroviral therapy.



- Press Med [Internet]. 2012 [citado el 20 de junio de 2018];41(7-8):e386-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22350063>
18. Araujo G, Machado de L, Hildebrandt L, Oliveski CBM. Self-care of elderly people after the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado el 20 de junio de 2018];71(Suppl 2):793-800. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800793&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0248>
 19. Ogoina, D, Obiako, R. O, Muktar H. HIV Wasting Syndrome in a Nigerian Failing Antiretroviral Therapy: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Medicine*. 2010 [citado el 20 de junio de 2018]; Disponible en: <http://doi.org/10.1155/2010/192060>
 20. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. Área salud Fam y comunitarioa Proy VIH/SIDA [Internet]. 2011 [citado el 20 de junio de 2018];71. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js22290es/>
 21. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care* [Internet]. 2015 [citado el 24 de junio de 2018];27(7):805-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25702789>
 22. Lorio M, Colasanti J, Moreira S, Gutierrez G, Quant C. Adverse Drug Reactions to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients at the Largest Public Hospital in Nicaragua. *J Int Assoc Provid AIDS Care* [Internet]. 2014 [citado el 27 de junio de 2018];13(5):466-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24935691>
 23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín técnico. Estadísticas vitales-EEVV. [Internet]. 2018 [citado el 20 de junio de 2018]. p. 1-22. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticas-vitales_2017pre-28-marzo-2018.pdf
 24. Onusida. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH [Internet]. 2016 [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/october/20161024_EMotherToChildT
 25. do Prado T, Brickley D, Hills N, Zandonade E, Moreira-Silva S MA. Factors Associated with Maternal-Child Transmission of HIV-1 in Southeastern Brazil: A Retrospective Study. *AIDS Behav* [Internet]. 2018 [citado el 27 de junio de 2018]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29845389>



26. Bitnun A, Lee T, Brophy J, Samson LM, Kakkar F VW. Missed opportunities for prevention of vertical HIV transmission in Canada, 1997-2016: a surveillance study. C Open [Internet]. 2018 [citado el 27 de junio de 2018];10(6(2)):E202-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29759976>



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Se ^osumamos
o ^osumando
esfuerzos ^o

Este libro fue realizado en caracteres
Avenir Next en el mes de agosto de 2018
Bogotá, D.C., Colombia



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos
sumando
esfuerzos

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



Libertad y Orden