



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



Situación del

VIH

en Colombia

2016

SITUACIÓN DEL VIH EN COLOMBIA

2016



Situación del VIH en Colombia 2016

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISSN: 2344-7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá D.C., Colombia, 15 de mayo de 2017

© Todos los derechos reservados

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

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



JUNTA DIRECTIVA

Pablo Fernando Otero Ramón
Presidente de Junta Directiva
Sura EPS

Javier Peña Ramírez
Cajacopi EPS

Nubia Gregoria Espinosa Garzón
Compensar EPS

Claudia Morales Moreno
Saludvida EPS

Gustavo Adolfo Aguilar Vivas
Asmet Salud EPS

Ángela María Cruz Libreros
Coomeva EPS

Ana Eugenia Velásquez Manes
EPM

Claudia Constanza Rivero Betancourt
Capital Salud EPSS

Directora Ejecutiva

Dra. Lizbeth Acuña Merchán

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

Coordinación de Gestión del Conocimiento

Dra. Patricia Sánchez Quintero

Coordinación de Gestión del Riesgo

Dr. Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinación de Gestión de la Tecnología

Ing. Fernando Valderrama Castellanos

Coordinación de Auditoría y Gestión de la Información

Dra. María Teresa Daza

Coordinación de Gestión de Proyectos

Dr. Luis Alejandro Moreno Ramírez

Organizadora de la elaboración del documento

Diana Constanza Pulido Martínez

Coordinación editorial

Alejandro Niño Bogoya

Diseño y diagramación

Adriana Rodríguez-Conto

CONTENIDO

Junta Directiva	7
Glosario	21
Abreviaturas	23
Introducción	25
Aspectos metodológicos	29
Recolección de datos	29
Auditoría de la información	29
Cálculo de muestra para la auditoria de Gestantes y personas con Tuberculosis	29
Ajuste de la información	30
Análisis de la información	30
Población Base de Datos Única de afiliados, BDUA	33
Población Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE ...	35
Situación de la infección de VIH y sida en el SGSSS	36
Capítulo 1. Epidemiología de la infección por VIH y sida	39
1.1 Prevalencia de VIH y sida	39
1.1.1 Prevalencia por departamentos	39
1.1.2 Prevalencia por grupos etarios	43
1.1.3 Prevalencia por EAPB	44
1.2 Incidencia de VIH y sida	46
1.2.1 Incidencia por departamentos	46
1.2.2 Incidencia por grupos etarios	49
1.2.3 Incidencia por EAPB	49
1.3 Mortalidad en VIH y sida	52
1.3.1 Mortalidad por departamentos	52
1.3.2 Mortalidad por grupos etarios	55
1.3.3 Mortalidad por EAPB	56
1.4 Letalidad en VIH y sida	59
1.4.1 Letalidad por departamentos	59
1.4.2 Letalidad por grupos etarios	62
1.4.3 Letalidad por EAPB	62

Capítulo 2. Personas con diagnóstico de VIH y sida en Colombia	69
2.1 Personas con VIH y sida en Colombia	69
2.1.1 Distribución por edad	69
2.1.2 Distribución por sexo	74
2.1.3 Distribución por régimen	74
2.1.4 Distribución por grupo étnico	75
Capítulo 3. Mecanismo de transmisión y prevención de la infección por VIH	79
3.1 Indicación de la prueba presuntiva	79
3.2 Mecanismos de transmisión	81
3.3 Prácticas de prevención: Suministro de preservativos	83
Capítulo 4. Condición clínica en personas con diagnóstico de VIH y sida	91
4.1 Condición clínica en personas con diagnóstico de VIH y sida	91
4.1.1 Condición inmunológica al momento del diagnóstico	91
4.1.2 Estadio clínico al momento del diagnóstico en casos nuevos de infección por VIH	93
4.1.3 Estadio clínico actual	98
4.1.4 Patologías definitorias de sida	100
Capítulo 5. Tratamiento antirretroviral (TAR)	107
5.1 Tratamiento antirretroviral (TAR)	107
5.1.1 Asesoría para el uso de terapia antirretroviral (TAR)	108
5.1.2 Objetivos 90 90 90	112
5.1.3 Medicamentos antirretrovirales	118
5.1.4 Motivo del cambio de la TAR	120
5.1.5 Momento de la genotipificación	121
5.1.6 Valoración por infectología	121
Capítulo 6. Población gestante	125
6.1 Población gestante	125
6.2 Población gestante con infección por VIH y sida	127
6.2.1 Distribución por edad	128
6.2.2 Distribución por régimen	129
6.2.3 Distribución por grupo étnico	131
6.2.4 Distribución por departamentos	131
6.2.5 Distribución por EAPB	131
6.2.6 Mecanismo de transmisión	135
6.2.7 Estadio clínico actual	135
6.2.8 Cobertura de TAR en gestantes con infección por VIH	136

Capítulo 7. Población menor de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	141
7.1 Población menor de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	141
7.1.1 Distribución por sexo	142
7.1.2 Distribución por régimen	142
7.2 Población menor de 18 meses con VIH y sida	143
7.2.1 Distribución por sexo	144
7.2.2 Distribución por grupo étnico	144
7.2.3 Distribución por departamentos	145
7.2.4 Distribución por EAPB	146
Capítulo 8. Población con tuberculosis	151
8.1 Población con Tuberculosis	151
8.1.1 Distribución por edad	151
8.1.2 Distribución por sexo	154
8.1.3 Distribución por régimen	154
8.2 Población con coinfección TB/VIH	155
8.2.1 Distribución por edad	156
8.2.2 Distribución por sexo	158
8.2.3 Distribución por régimen	158
8.2.4 Distribución por EAPB	159
Capítulo 9. Indicadores de gestión del riesgo y de consenso	165
9.1 Indicadores de gestión del riesgo	165
9.2 Indicadores de consenso	171
Conclusiones	179
Referencias bibliográficas	181

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Parámetros estimación tamaño de muestra gestantes y pacientes con tuberculosis, 2016.	30
Tabla 2. EAPB que reportaron a la CAC, corte 31 de enero de 2016	31
Tabla 3. Población BDUA discriminada por régimen, 2016	33
Tabla 4. Población DANE, corte 30 de junio de 2016	35
Tabla 5. Prevalencia cruda y ajustada de VIH según departamentos, 2016	41
Tabla 6. Prevalencia cruda y ajustada de VIH por EAPB, 2016.	44
Tabla 7. Prevalencia cruda y ajustada de VIH por régimen, sexo y total, 2016	46
Tabla 8. Incidencia cruda y ajustada de VIH según departamentos, 2016	48
Tabla 9. Incidencia cruda y ajustada de VIH por EAPB, 2016	50
Tabla 10. Incidencia cruda y ajustada de VIH por régimen, sexo y total, 2016	52
Tabla 11. Mortalidad cruda y ajustada por cualquier causa en VIH por departamentos, 2016.	54
Tabla 12. Mortalidad cruda y ajustada por cualquier causa en VIH por EAPB, 2016	56
Tabla 13. Mortalidad cruda y ajustada por cualquier causa en VIH por régimen, sexo y total, 2016.	59
Tabla 14. Letalidad en VIH por departamentos, 2016	61
Tabla 15. Letalidad en VIH por EAPB, 2016.	63
Tabla 16. Letalidad en VIH por régimen, sexo y total, 2016.	65
Tabla 17. Casos nuevos de infección por VIH por grupos de edad según sexo, 2016.	73
Tabla 18. Distribución personas con VIH y sida por grupo étnico según sexo, 2016.	76
Tabla 19. Distribución suministro de preservativos en PVVIH por régimen, 2016	85
Tabla 20. Distribución suministro de preservativos en PVVIH por EAPB, 2016	85
Tabla 21. Conteo CD4 Total casos, Casos Nuevos y por sexo, 2016	92
Tabla 22. Conteo de CD4 al inicio del diagnóstico por régimen, 2016	93
Tabla 23. Estadio al diagnóstico según Clasificación CDC 1993, 2016.	94
Tabla 24. Estadio al diagnóstico según clasificación CDC 1993, 2016	96
Tabla 25. Estadio al momento del diagnóstico según CDC 1993 por régimen (< 13 años), 2016	98
Tabla 26. Distribución motivo de inicio de TAR según sexo, 2016	107

Tabla 27. Distribución personas con VIH y sida que usan TAR y reciben asesoría por régimen, 2016	109
Tabla 28. Distribución personas con VIH y sida que usan TAR y reciben asesoría por sexo, 2016	109
Tabla 29. Distribución personas con VIH y sida que usan TAR y reciben asesoría por EAPB, 2016	110
Tabla 30. Cobertura de TAR por departamentos, 2016	114
Tabla 31. Cobertura de TAR por sexo, 2016	115
Tabla 32. Cobertura de TAR por EAPB, 2016	116
Tabla 33. Distribución de esquemas de TAR de mayor uso en PVVIH, 2016	118
Tabla 34. Distribución realización de genotipificación por régimen, 2016	121
Tabla 35. Valoración por infectología en los últimos 6 meses, 2016	122
Tabla 36. Rangos Edad y Años en población gestante con VIH, 2016	129
Tabla 37. Proporción gestantes con VIH y sida por régimen, 2016	130
Tabla 38. Proporción de gestantes con VIH y sida a la fecha de corte, 2016	130
Tabla 39. Distribución de gestantes con VIH y sida por pertenencia étnica, 2016	131
Tabla 40. Proporción de gestantes con VIH y sida por EAPB, 2016	133
Tabla 41. Distribución estadio actual CDC 2008 en gestantes con VIH y sida, 2016	136
Tabla 42. Cobertura de TAR en gestantes con VIH a la fecha de corte por departamentos, 2016	136
Tabla 43. Menores de 18 meses con VIH (TMI) por régimen, 2016	143
Tabla 44. Proporción de menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de VIH y sida, 2015-2016	144
Tabla 45. Menores de 18 meses expuestos con VIH y sida por pertenencia étnica, 2016	144
Tabla 46. Menores de 18 meses expuestos con VIH y sida por departamentos, 2016	145
Tabla 47. Menores de 18 meses expuestos con VIH y sida por EAPB, 2016	146
Tabla 48. Distribución de pacientes con coinfección TB/VIH por sexo, 2016	158
Tabla 49. Distribución personas con coinfección TB/VIH por régimen, 2016	158
Tabla 50. Distribución personas con coinfección TB/VIH por EAPB, 2016	159
Tabla 51. Indicadores Gestión del Riesgo 2012-2016	166
Tabla 53. Indicadores 5 a 8 de gestión del riesgo, 2016	169
Tabla 54. Indicadores consenso 2014-2016	172
Tabla 55. Indicadores de consenso 1 a 6, 2016	173
Tabla 56. Indicadores de consenso 9 a 13, 2016	175
Tabla 57. Indicadores de consenso 14 a 17, 2016	177

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Número de personas con diagnóstico de infección por VIH reportados a la CAC, periodo 2012-2016	36
Ilustración 2. Mapa prevalencia ajustada VIH, 2016	40
Ilustración 3. Prevalencia ajustada de VIH, cuartiles de distribución, 2016	42
Ilustración 4. Prevalencia de VIH por sexo y edad (años), 2016	43
Ilustración 5. Incidencia de VIH según departamentos por 100.000 habitantes, 2016	47
Ilustración 6. Incidencia de VIH por sexo y edad (años), 2016	49
Ilustración 7. Mortalidad por cualquier causa en VIH por 100.000 habitantes, 2016	53
Ilustración 8. Mortalidad en VIH por sexo y edad (años), 2016	56
Ilustración 9. Letalidad en VIH según departamentos por 1.000 habitantes, 2016	60
Ilustración 10. Letalidad en VIH por sexo y edad (años), 2016	62
Ilustración 11. Histograma edad/años en personas con diagnóstico de VIH y sida, 2016 ..	69
Ilustración 12. Boxplot edad (años) en personas con diagnóstico de VIH según régimen, 2016	70
Ilustración 13. Histograma edad/años personas con diagnóstico de VIH y sida según sexo, 2016	71
Ilustración 14. Distribución mujeres con diagnóstico de VIH y sida según grupos de edad, 2016	72
Ilustración 15. Distribución hombres con diagnóstico de VIH y sida según grupos de edad, 2016	72
Ilustración 16. Distribución personas con diagnóstico de VIH y sida por sexo, 2016	74
Ilustración 17. Personas con diagnóstico de VIH y sida según régimen, 2016	75
Ilustración 18. Distribución indicación de la prueba presuntiva en mujeres, 2016	80
Ilustración 19. Distribución indicación de la prueba presuntiva en hombres, 2016	80
Ilustración 20. Indicación de la prueba presuntiva por régimen, 2016	81
Ilustración 21. Mecanismo de transmisión Total casos y nuevos casos de VIH y sida, 2016	82
Ilustración 22. Mecanismo de transmisión según sexo, 2016	83
Ilustración 23. Suministro de preservativos en PVVIH, 2016	84
Ilustración 24. Suministro de preservativos según sexo, 2016	84

Ilustración 25. Histograma CD4 al inicio del diagnóstico por sexo, 2016	92
Ilustración 26. Estadio al diagnóstico según clasificación CDC 1993 para mujeres, 2016	95
Ilustración 27. Estadio al diagnóstico según clasificación CDC 1993 para hombres, 2016	95
Ilustración 28. Estadio al diagnóstico en menores de 13 años según CDC 1993 para niñas, 2016	97
Ilustración 29. Estadio al diagnóstico en menores de 13 años según CDC 1993 para niños, 2016	97
Ilustración 30. Estadio clínico actual en personas con diagnóstico de VIH y sida, 2016	99
Ilustración 31. Estadio clínico actual en personas con diagnóstico de VIH y sida por régimen, 2016	99
Ilustración 32. Estadio clínico actual en personas con diagnóstico de VIH y sida según sexo, 2016	100
Ilustración 33. Distribución de patologías que definen sida, 2016	101
Ilustración 34. Patologías definitorias de sida en incidentes, 2016	102
Ilustración 35. Patologías que definen sida en mujeres incidentes, 2016	103
Ilustración 36. Patologías que definen sida en hombres incidentes, 2016	103
Ilustración 37. Cobertura de TAR en PVVIH por departamentos, 2016	113
Ilustración 38. Distribución de PVVIH y tienen TAR por régimen, 2016	115
Ilustración 39. Distribución de PVVIH y uso o no de TAR, 2016	119
Ilustración 40. Causa del cambio de primera TAR en pacientes con VIH y sida, 2016	120
Ilustración 41. Distribución población gestante por régimen, 2016	125
Ilustración 42. Histograma Edad/años gestantes, 2016	126
Ilustración 43. Distribución de gestantes reportadas a la CAC, 2016	127
Ilustración 44. Histograma Edad/años gestantes con infección por VIH y sida, 2016	128
Ilustración 45. Distribución de gestantes con VIH por régimen, 2016	129
Ilustración 46. Número de casos gestantes con VIH y sida por departamentos, 2016	132
Ilustración 47. Distribución mecanismo de contagio en gestantes con VIH y sida, 2016	135
Ilustración 48. Distribución en menores de 18 meses expuestos al VIH por sexo, 2016	142
Ilustración 49. Distribución de menores de 18 meses expuestos al VIH por régimen, 2016	143
Ilustración 50. Histograma Edad/años población con TB, 2016	152
Ilustración 51. Distribución mujeres con TB por grupos de edad, 2016	153
Ilustración 52. Distribución hombres con TB por grupos de edad, 2016	153
Ilustración 53. Distribución de personas con TB por sexo, 2015-2016	154
Ilustración 54. Distribución de pacientes con TB por régimen, 2016	155
Ilustración 55. Histograma Edad/Años personas coinfectadas TB/VIH, 2016	156

Ilustración 56. Distribución mujeres con TB/VIH por grupos de edad, 2016	157
Ilustración 57. Distribución hombres con TB/VIH por grupos de edad, 2016	157

GLOSARIO

Los términos que se presentan a continuación, y que son referencia para todo el documento, se adoptaron desde las orientaciones terminológicas de ONUSIDA (2015).

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana, en ningún caso debe referirse como “virus del VIH” o “virus VIH” ya que es redundante.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el acrónimo “sida” actualmente hace parte del léxico común, por ello actualmente se escribe con minúscula.

VIH Y SIDA: Evítese, en la medida de lo posible, el uso de la expresión VIH/ Sida, ya que genera confusión, no todas las personas con VIH tienen sida. Adicionalmente, situaciones como la prevención son diferentes para el VIH y el sida, para la primera implica el uso correcto y coherente del preservativo, mientras que para el segundo hace referencia al uso de tratamiento antirretroviral. En algunos apartes del documento, se expresa como VIH/ Sida ya que corresponde al nombre original de las referencias citadas.

EPIDEMIA DE VIH O EPIDEMIA DE SIDA: Puede usarse cualquier término, sin embargo, el primero es más inclusivo.

PERSONA O PERSONA(S) QUE SE INYECTAN DROGAS: Evítese el uso de “consumidor de drogas por vía intravenosa” ya que también se pueden ver implicadas la vía subcutánea e intramuscular.

EQUIPO DE INYECCIÓN NO ESTERILIZADO: Indica riesgo de exposición al VIH diferente al equipo de inyección contaminado que implica que se ha producido transmisión de la infección.

POBLACIONES CLAVE: El uso del término “grupo de alto riesgo” induce a un falso sentido de seguridad entre las personas que desarrollan comportamientos de riesgo, pero que a pesar de eso no se identifican con ese grupo. Puede generar discriminación y estigma. Pertenecer a un grupo determinado no expone a las personas a mayores o menores riesgos, ello depende de los cambios comportamentales adoptados.

ABREVIATURAS

- BDUA:** Base de Datos Única de Afiliados.
- CAC:** Cuenta de Alto Costo.
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- EOC:** Entidades Obligadas a Compensar.
- GPC:** Guía de Práctica Clínica.
- IPS:** Institución Prestadora de Servicios.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PVVIH:** Persona que vive con VIH.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- TAR:** Terapia antirretroviral.
- TB:** Tuberculosis.
- TB/VIH:** Referido a la coinfección tuberculosis y VIH.
- TMI:** Transmisión materno infantil.
- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

INTRODUCCIÓN

La Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, definió en el 2015 como prioritaria la eliminación de la epidemia de Sida para el año 2030 (1). Para el 2015, aproximadamente 36.7 millones [34.0 millones-39.8 millones] de personas vivían con VIH; de las cuales 2.0 millones [1.7 millones-2.3 millones] vivían en Latinoamérica y el Caribe. En el mundo, 2.1 millones [1.8 millones-2.4 millones] de nuevos casos aparecieron en 2015, de los cuales 100.000 casos [86.000-120.000] surgen del reporte en Latinoamérica y el Caribe (1).

Actualmente existen en el mundo 17.0 millones de Pacientes Viviendo con VIH en Tratamiento Antirretroviral o TAR (cobertura de TAR: 46%) (1). Según el Informe Global en SIDA (2016) Latinoamérica y el Caribe tienen en la actualidad una cobertura de 55% [47-64%](1), cifra que permite visibilizar los esfuerzos de la región por optimizar el manejo integral del paciente que vive con VIH.

El abordaje rápido para la intervención de la infección por VIH en el mundo (*Fast Track Approach*) se generó con el fin de disminuir para 2020 los casos nuevos a menos de 500.000 en el mundo. Para dicho cumplimiento se determinaron 3 objetivos:

- a. El 90% de la población que vive con VIH conozca su estado y la enfermedad
- b. El 90% de los que conocen su estado tengan acceso al tratamiento
- c. El 90% de las personas que están en tratamiento tengan supresión de carga viral (1) (2).

Colombia a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se adhiere a las políticas globales en salud que proponen ponerle fin a la epidemia del VIH como una amenaza para la salud pública.

La Cuenta de Alto Costo se suma a estos esfuerzos como actor del Sistema de Salud Colombiano y contribuye desde la promoción de la gestión de riesgo para que el país, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios lideren la buena administración de

la enfermedad entre las personas que la padecen, contribuyendo con la estabilización del sistema.(3).

El presente documento se constituye como la versión más actualizada de la situación de la enfermedad (año 2016). Para su análisis se tuvo en cuenta la población viva, activa, desafiada y muerta diagnosticada y reportada a la Cuenta de Alto costo para el periodo entre el 01 de febrero de 2015 y el 31 de enero de 2016.

En este documento se expone la situación de la enfermedad e incluye los indicadores de morbilidad, la descripción del mecanismo de transmisión, la condición clínica de los pacientes al diagnóstico y a la fecha de corte, así como los indicadores relacionados con el tratamiento antirretroviral o TAR, como su cobertura, ya expuesto previamente como un objetivo clave que permitirá dar fin a la epidemia para el año 2030. Adicionalmente, se caracterizó a la población gestante con y sin infección por VIH; a la población con tuberculosis y con coinfección TB/VIH y a los menores de 18 meses hijos de madres con VIH. Por último, se exponen los indicadores de gestión del riesgo y aquellos definidos 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 (4). Todos estos datos se recopilaron con base en la Resolución 4725 de 2011, modificada por la Resolución 0783 de 2012, que conmina a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a reportar dicha información a la Cuenta de Alto Costo (5, 6).

El documento se estructura con una primera parte dedicada a los aspectos metodológicos, en la que se precisa el carácter y origen de los datos usados y las herramientas utilizadas en su análisis. Seguidamente, se describen las bases de datos que son el insumo para la generación de indicadores de morbilidad, dentro de las cuales están la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la base de datos de proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). A diferencia de las publicaciones previas, se da inicio con la presentación de los indicadores de morbilidad; se describen las variables sociodemográficas, dando lugar a los indicadores relacionados con el mecanismo de transmisión, condición inmunológica y clínica, así como las distribuciones relacionadas con el tratamiento antirretroviral.

Posteriormente se describe el comportamiento de variables sociodemográficas relacionadas con la población gestante con y sin la infección, para dar paso a la situación de los menores de 18 meses hijos de madres con infección por VIH; por último, relacionado con las poblaciones objeto de reporte se expone la distribución según variables sociodemográficas y los indicadores relacionados con población con Tuberculosis y con coinfección TB/VIH.

Al finalizar se presentan los indicadores de gestión de riesgo y consenso y un breve resumen de su comportamiento desde el inicio de la medición de los mismos.

De esta manera, y a través de la descripción de la situación actual de la enfermedad en el Sistema General de Salud en Colombia y con la medición de indicadores que son determinantes en el manejo y atención de pacientes con diagnóstico de VIH y sida, es que la Cuenta de Alto Costo se compromete con el objetivo de poner fin a la epidemia de Sida en Colombia para el año 2030.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

En relación con la metodología, se presenta a continuación el proceso de recolección, auditoría y análisis de datos.

Recolección de datos

La información insumo del análisis de este libro proviene del reporte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a la Cuenta de Alto Costo, que da cumplimiento a la Resolución 4725 de 2011 (modificada por la 783 de 2012), que contempla la periodicidad, forma y contenido de la información relacionada con la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida); donde cada fila o registro representa a un paciente que entre el 1° de agosto de 2015 y el 31 de enero de 2016, se encontraba afiliado a la EAPB y cumplía con alguna de las siguientes condiciones:

1. Infección por VIH;
2. Tuberculosis;
3. Embarazo;
4. Menor de 18 meses, hijo de madre con infección por VIH (5) (6).

Auditoría de la información

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 73.465 registros de los pacientes que viven con VIH y el 100% de los 1.060 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 2.744 y 2.599 registros respectivamente.

Cálculo de muestra para la auditoría de Gestantes y personas con Tuberculosis

El tamaño de muestra fue asignado proporcionalmente al número de pacientes reportados por cada empresa administradora de planes de beneficios (EAPB),

en cada una de las poblaciones dentro de cada grupo en cada entidad. Se hizo una selección aleatoria por medio del software STATA 13.0.

La fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra está dada para la diferencia de proporciones considerando un error de diseño de muestreo. Esta fórmula considera una aproximación de distribución Normal a una distribución binomial de las proporciones (p) (7).

$$n = deff * \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p1q1 + p2q2)}{(p2 - p1)^2} \right]$$

Los parámetros que se tuvieron en cuenta para la estimación del tamaño de muestra para gestantes y personas con tuberculosis se presentan a continuación (ver tabla 1).

Tabla 1. Parámetros estimación tamaño de muestra gestantes y pacientes con tuberculosis, 2016

	TB	Gestantes
Nivel de confianza (Z alfa)	-1,96 (95% de confianza)	
Potencia (Z beta)	-0,84 (potencia del 80%)	
Efecto de diseño (deff)	2, corrección del efecto del diseño muestral	
Glosa histórica (p1)	0,60	0,69
Máximo de glosa esperada post-auditoría (p2)	0,65	0,74
Tamaño de muestra	2.599	2.744

Ajuste de la información

Durante la auditoría se identificaron personas que no eran gestantes o se encontraban fallecidas y pacientes con tuberculosis, fallecidos o que no pertenecieran a ninguna entidad; se identificaron como pacientes *no soportados*, para ser descargados de la base de datos y así iniciar el proceso de análisis epidemiológico.

Análisis de la información

Para este proceso se tuvo en cuenta el reporte hecho por 55 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), de las cuales 33 pertenecen al régimen subsidiado, 15 al contributivo, 3 Direcciones Departamentales de Salud, 2 de régimen Especial y 2 de régimen de Excepción (ver tabla 2).

Tabla 2. EAPB que reportaron a la CAC, corte 31 de enero de 2016

Código EAPB	Régimen	Nombre EAPB
CCF007	S	Caja de compensación familiar de Cartagena-Comfamiliar Cartagena EPS
CCF009	S	Caja de compensación familiar de Boyacá-Comfaboy EPS
CCF015	S	Caja de compensación familiar de Córdoba-Comfacor EPS
CCF023	S	Caja de compensación familiar de La Guajira
CCF024	S	Caja de compensación familiar de Huila-Comfamiliar Huila
CCF027	S	Caja de compensación familiar de Huila-Comfamiliar Nariño
CCF033	S	Caja de compensación familiar de Sucre-Comfasucre
CCF049	S	Caja de compensación familiar del oriente colombiano-Comfaoriente
CCF053	S	Caja de compensación familiar de Cundinamarca-Comfacundi
CCF055	S	Caja de compensación familiar del Atlántico-Cajacopi
CCF102	S	Caja de compensación familiar del Chocó-Comfachoco
EPS020	S	Caja de previsión social de comunicaciones-Caprecom
EPS022	S	Entidad administradora de régimen subsidiado Convida
EPS025	S	Caja de previsión social y seguridad del Casanare-Capresoca EPS
EPSI01	S	Asociación de cabildos indígenas del Cesar-Dusakawi
EPSI02	S	Asociación de cabildos del resguardo indígena Zenú de San Andrés de sotavento Córdoba-Sucre-Manexka
EPSI03	S	Asociación indígena del cauca-A.I.C.
EPSI04	S	Anas Wayuu Eps Indígena
EPSI05	S	Entidad promotora de salud-Mallamás EPSI
EPSI06	S	Pijaos salud EPSI
EPSS03	S	Cafesalud EPS (subsidiado)
EPSS33	S	Saludvida EPS. S.A. (subsidiado)
EPSS34	S	Capital salud
EPSS40	S	Savia salud EPS
EPSS41	S	Nueva EPS subsidiado (res 02664)
ESS002	S	Empresa mutual para el desarrollo integral de la salud ESS Emdisalud
ESS024	S	Cooperativa de salud y desarrollo integral zona sur oriental de Cartagena Ltda. Coosalud ESS

Código EAPB	Régimen	Nombre EAPB
ESS062	S	Asociación mutual La Esperanza Asmet Salud
ESS076	S	Asociación mutual barrios unidos de Quibdó ESS-AMBUQ
ESS091	S	Entidad cooperativa solidaria de salud-Ecoopsos
ESS118	S	Asociación mutual empresa solidaria de salud Emssanar ess
ESS133	S	Cooperativa de salud comunitaria-Comparta
ESS207	S	Asociación-Mutual Ser-empresa solidaria de salud ESS
EAS016	C	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	C	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	C	Aliansalud
EPS002	C	Salud Total EPS
EPS003	C	Cafesalud EPS
EPS005	C	EPS Sanitas
EPS008	C	Compensar EPS
EPS010	C	EPS sura
EPS012	C	Comfenalco Valle EPS
EPS016	C	Coomeva EPS
EPS017	C	EPS Famisanar
EPS018	C	EPS Servicio Occidental de Salud SOS
EPS023	C	Cruz Blanca EPS
EPS033	C	Saludvida EPS
EPS037	C	Nueva EPS
18000	N	Dirección Departamental de Salud de Caquetá
63000	N	Dirección Departamental de Salud de Quindío
68000	N	Secretaría de Salud de Santander

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. Dónde: N: identifica el régimen No asegurado o las Direcciones Departamentales de Salud; C: régimen contributivo; S: régimen subsidiado; P: régimen de excepción (Policía y Fuerzas Militares) y E: régimen especial (Medicina prepagada y Universidades).

Para esta versión se tuvieron en cuenta los pacientes vivos, afiliados, desafiliados y muertos, realizando así un análisis descriptivo de la información sociodemográfica y clínica¹ para todos los pacientes diagnosticados con infección por VIH. Para el análisis de otras variables e indicadores de seguimiento como los planteados en el consenso, se tuvieron en cuenta personas vivas a la fecha del corte del reporte de información, es decir, a 31 de enero de 2016.

¹ Variables: Edad, sexo, régimen de afiliación, departamento, ciudad capital y mecanismo de transmisión, diagnóstico, prevención, estadio clínico, infecciones oportunistas, conteo de linfocitos CD4, carga viral y esquemas de tratamiento.

Se estimaron las prevalencias, tasas de incidencia y de mortalidad cruda y ajustada por edad. Para el ajuste de estas mediciones, se realizó el método directo tomando como referencia la población de Colombia estimada por el DANE para el corte junio de 2016.

Se estableció que un caso incidente es aquel cuya fecha de diagnóstico de infección se encuentre en el período 1° de febrero de 2015 a 31 de enero de 2016.

Las muertes se establecieron con base en las novedades administrativas del reporte, por las glosas encontradas en 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.

Se presentan los indicadores para la gestión de riesgo para 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 (4).

Población Base de Datos Única de afiliados, BDUA

A continuación, se presenta la población BDUA con corte 31 de enero de 2016 que es insumo para la generación de indicadores de morbimortalidad ajustados por edad por EAPB.

En Colombia, 44.459.384 personas se encuentran afiliadas y plenamente identificadas en los regímenes subsidiado (22.178.134) y contributivo (22.281.250), las cuales se encuentran distribuidas en las diferentes entidades (ver tabla 3).

Tabla 3. Población BDUA discriminada por régimen, 2016

EAPB	Régimen	Total
CCF007	S	220.687
CCF009	S	102.725
CCF015	S	615.763
CCF023	S	145.216
CCF024	S	533.855
CCF027	S	187.424
CCF033	S	102.102
CCF049	S	107.546
CCF053	S	110.354
CCF055	S	673.323
CCF102	S	158.731
EAS016	C	10.554

EAPB	Régimen	Total
EASo27	C	43.514
EPSoo1	C	200.391
EPSoo2	C	2.237.971
EPSoo3	C	5.437.623
EPSoo5	C	1.455.774
EPSoo8	C	1.121.418
EPSo10	C	2.321.300
EPSo12	C	259.084
EPSo16	C	2.944.162
EPSo17	C	1.727.068
EPSo18	C	901.342
EPSo22	S	580.007
EPSo23	C	592.096
EPSo25	S	177.461
EPSo33	C	83.651
EPSo37	C	2.945.302
EPSIo1	S	204.486
EPSIo2	S	220.355
EPSIo3	S	442.731
EPSIo4	S	129.825
EPSIo5	S	297.969
EPSIo6	S	78.754
EPSSo3	S	1.135.599
EPSS33	S	1.359.034
EPSS34	S	1.207.362
EPSS40	S	1.691.832
EPSS41	S	862.385
ESSoo2	S	497.690
ESSo24	S	1.934.993
ESSo62	S	1.968.654
ESSo76	S	975.378
ESSo91	S	324.670
ESS118	S	1.893.533
ESS133	S	1.912.364
ESS207	S	1.325.326
Total		44.459.384

Fuente: BDU. corte 31 de enero de 2016.

Población Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE

La población DANE por departamento que se presenta a continuación tiene como fecha de corte el 30 de junio de 2016, la cual fue insumo para generar indicadores de morbimortalidad ajustados por edad para el país. La población colombiana proyectada para junio de 2016 fue de 48.747.708 personas. Dicha información se encuentra agrupada por departamentos de la siguiente manera (ver tabla 4).

Tabla 4. Población DANE, corte 30 de junio de 2016

Departamento	Población
Amazonas	77.088
Antioquia	6.534.857
Arauca	265.190
Atlántico	2.489.514
Bogotá	7.980.001
Bolívar	2.121.956
Boyacá	1.278.107
Caldas	989.934
Caquetá	483.846
Casanare	362.721
Cauca	1.391.836
Cesar	1.041.204
Chocó	505.016
Córdoba	1.736.170
Cundinamarca	2.721.368
Guainía	42.123
Guajira	985.452
Guaviare	112.621
Huila	1.168.869
Magdalena	1.272.442
Meta	979.710
Nariño	1.765.906
Norte de Santander	1.367.708
Putumayo	349.537
Quindío	568.506
Risaralda	957.254

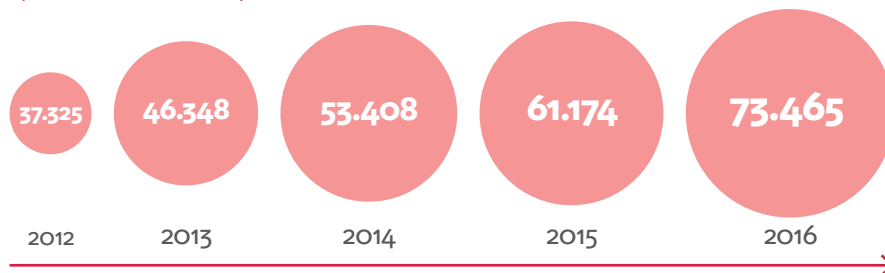
Departamento	Población
San Andrés	77.101
Santander	2.071.016
Sucre	859.913
Tolima	1.412.220
Valle del Cauca	4.660.741
Vaupés	44.079
Vichada	73.702
Total	48.747.708

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, corte de junio de 2016.

Situación de la infección de VIH y sida en el SGSSS

Desde el 2012 la Cuenta de Alto Costo (CAC) genera reportes que dan cuenta de la situación de la infección por VIH en Colombia, el reporte de pacientes diagnosticados con infección por VIH ha tenido un incremento anual que puede ser el resultado de las mejoras en la captación de pacientes por parte de las EAPB o como producto de la sensibilización de las entidades ante la responsabilidad del reporte (ver ilustración 1).

Ilustración 1. Número de personas con diagnóstico de infección por VIH reportados a la CAC, periodo 2012-2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Periodo: 2012-2016.

A continuación, se presenta la epidemiología de la infección por VIH y sida relacionada con el reporte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios a la Cuenta de Alto Costo; se resalta que, para esta última versión, el análisis epidemiológico incluye todas las personas diagnosticadas con infección por VIH, es decir, personas vivas y afiliadas al momento del corte (31 de enero de 2016), muertas y desafiadas.

Capítulo 1

Epidemiología de la infección por VIH y sida

Capítulo 1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

Para el corte a 31 de enero de 2016 fueron reportadas 73.465 personas diagnosticadas con infección por VIH², de las cuáles 71.076 personas vivían con VIH³ (de ahora en adelante, PVVIH) y se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La epidemia del VIH en Colombia se considera concentrada, siendo la prevalencia menor de 1% en población general y mayor del 5% en poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas o trabajadores sexuales) (8) (9).

Según datos de la Cuenta de Alto Costo para el corte a 31 de enero de 2016, la prevalencia general fue de 0,15%, dato que difiere de las estimaciones de ONUSIDA (0,5% para el año 015), es importante considerar que las metodologías para la medición son diferentes. Se recalca que la información de la Cuenta de Alto Costo es considerada evidencia del mundo real, lo que permite dar cuenta de la situación de la infección en el país, con lo que se puede impactar en la toma de decisiones.

1.1 Prevalencia de VIH y sida

1.1.1 Prevalencia por departamentos

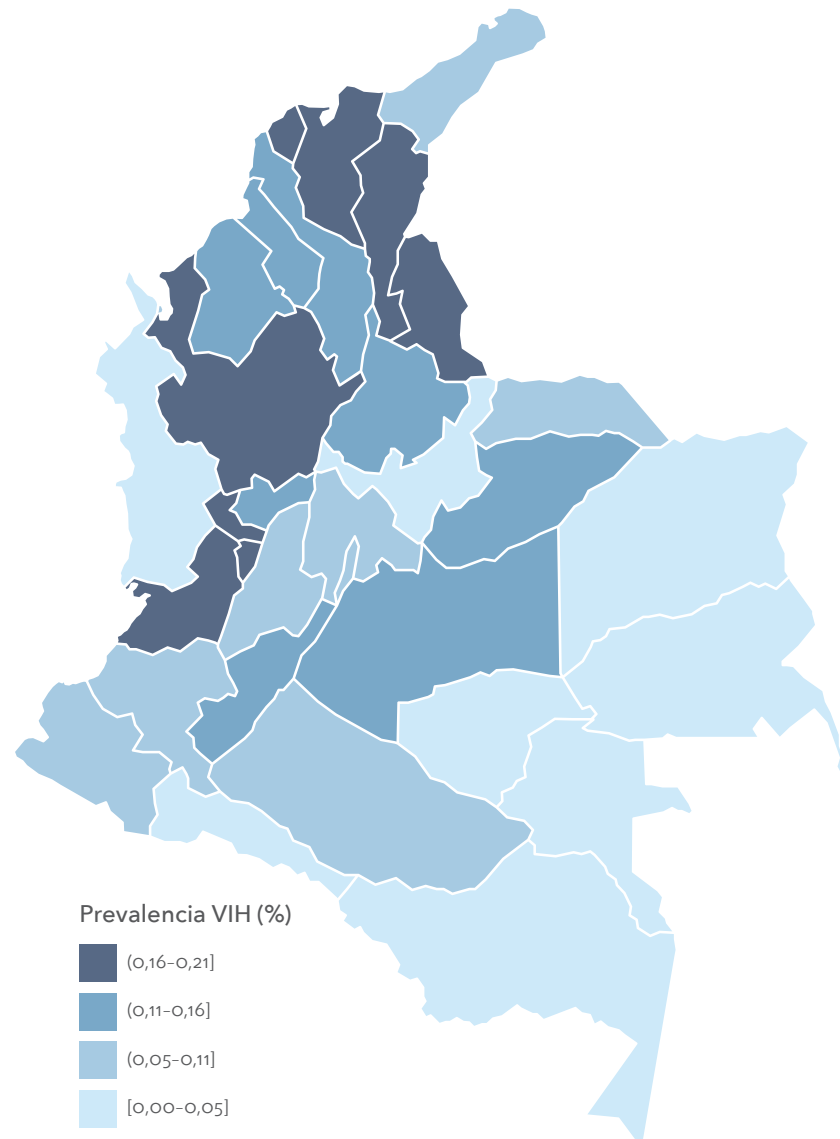
Para el corte a 31 de enero de 2016, la prevalencia ajustada fue mayor en Quindío, Risaralda y Bogotá [0,2-0,21]; a diferencia de los departamentos de Vaupés, Vichada y Guaviare que tienen la menor prevalencia ajustada [0,0-0,02].

A continuación, se presenta la prevalencia cruda y ajustada según departamentos (ver ilustración 2 y tabla 5).

² Personas diagnosticadas con infección por VIH: Incluye vivos, afiliados, muertos y desafiliados.

³ Personas que viven con VIH: Incluye vivos y afiliados.

Ilustración 2. Mapa prevalencia ajustada VIH, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016. Prevalencia por 100 habitantes.

Tabla 5. Prevalencia cruda y ajustada de VIH según departamentos, 2016

Departamento	n=	Prevalencia Cruda*	Prevalencia Ajustada*
Amazonas	26	0,03%	0,04%
Antioquia	12639	0,19%	0,19%
Arauca	117	0,04%	0,05%
Atlántico	4587	0,18%	0,18%
Bogotá D.C.	17644	0,22%	0,20%
Bolívar	2946	0,14%	0,15%
Boyacá	454	0,04%	0,04%
Caldas	1266	0,13%	0,13%
Caquetá	280	0,06%	0,07%
Casanare	402	0,11%	0,11%
Cauca	779	0,06%	0,06%
Cesar	1530	0,15%	0,16%
Chocó	133	0,03%	0,03%
Córdoba	2497	0,14%	0,15%
Cundinamarca	1511	0,06%	0,06%
Guainía	10	0,02%	0,03%
Guajira	618	0,06%	0,07%
Guaviare	20	0,02%	0,02%
Huila	1216	0,10%	0,11%
Magdalena	1753	0,14%	0,16%
Meta	1455	0,15%	0,15%
Nariño	904	0,05%	0,05%
Norte de Santander	2337	0,17%	0,18%
Putumayo	152	0,04%	0,05%
Quindío	1216	0,21%	0,21%
Risaralda	2032	0,21%	0,21%
San Andrés	76	0,10%	0,09%
Santander	2798	0,14%	0,13%
Sucre	1219	0,14%	0,15%
Tolima	1309	0,09%	0,10%
Valle del Cauca	9532	0,20%	0,19%
Vaupés	1	0,00%	0,00%
Vichada	6	0,01%	0,01%
Total	73.465	0,15%	

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016; Población DANE con corte junio de 2016; n= Número de casos reportados a la Cuenta de Alto Costo por departamento. *Prevalencia por 100 habitantes.

1.1.3 Prevalencia por EAPB

La prevalencia ajustada para los regímenes contributivo y subsidiado es de 0,16%, no se tienen en cuenta los regímenes de excepción, el especial ni las direcciones departamentales ya que no tienen población afiliada reportada a la BDUA (ver tabla 6).

Tabla 6. Prevalencia cruda y ajustada de VIH por EAPB, 2016

Régimen	EPS	n=	Prevalencia Cruda*	Prevalencia Ajustada*
Contributivo	EASo16	23	0,22%	0,35%
	EASo27	49	0,11%	0,32%
	EPSoo1	579	0,29%	0,24%
	EPSoo2	4.266	0,19%	0,17%
	EPSoo3	9.991	0,18%	0,16%
	EPSoo5	2.927	0,20%	0,17%
	EPSoo8	1.934	0,17%	0,15%
	EPSo10	4.837	0,21%	0,17%
	EPSo12	879	0,34%	0,29%
	EPSo16	6.252	0,21%	0,18%
	EPSo17	2.844	0,16%	0,15%
	EPSo18	1.788	0,20%	0,17%
	EPSo23	1.437	0,24%	0,21%
	EPSo37	6.390	0,22%	0,20%
	EPSo33	119	0,14%	0,11%
	Subsidiado	CCFo07	386	0,17%
CCFo09		43	0,04%	0,05%
CCFo15		1.000	0,16%	0,18%
CCFo23		128	0,09%	0,11%
CCFo24		455	0,09%	0,10%
CCFo27		145	0,08%	0,08%
CCFo33		122	0,12%	0,13%
CCFo49		159	0,15%	0,15%
CCFo53		160	0,14%	0,14%
CCFo55		810	0,12%	0,13%
CCF102	51	0,03%	0,04%	

Régimen	EPS	n=	Prevalencia Cruda*	Prevalencia Ajustada*
Subsidiado	EPSo20	424	***	***
	EPSo22	346	0,06%	0,07%
	EPSo25	177	0,10%	0,12%
	EPSIo1	96	0,05%	0,06%
	EPSIo2	266	0,12%	0,13%
	EPSIo3	113	0,03%	0,03%
	EPSIo4	90	0,07%	0,09%
	EPSIo5	105	0,04%	0,04%
	EPSIo6	42	0,05%	0,07%
	EPSSo3	1.658	0,15%	0,15%
	EPSS34	2.388	0,20%	0,21%
	EPSS40	3.144	0,19%	0,20%
	EPSS41	33	0,00%	0,00%
	ESSoo2	421	0,08%	0,09%
	ESSo24	2.734	0,14%	0,15%
	ESSo62	2.124	0,11%	0,12%
ESSo76	940	0,10%	0,11%	
ESSo91	316	0,10%	0,11%	
ESS118	2.461	0,13%	0,13%	
ESS133	2.084	0,11%	0,12%	
ESS207	2.136	0,16%	0,17%	
EPSS33	1.768	0,13%	0,14%	
Especial	RESoo9	3	***	***
	RESo12	3	***	***
Excepción	RESoo1	542	***	***
	RESoo3	1.264	***	***
No asegurado	18000	1	***	***
	63000	11	***	***
	68000	1	***	***
Total, C y S		71.640	0,16%	0,16%

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016 y población BDUA con corte 31 de enero de 2016. *Prevalencia por 100 afiliados.

El régimen contributivo continúa teniendo la mayor concentración de casos de VIH y sida (44.315 personas diagnosticadas con la infección), con una prevalencia ajustada de 0,18%, que aumentó respecto al periodo previo (0,15%) [periodo con corte 31 de enero de 2015] (13). Para el régimen subsidiado aumentó 0,01 puntos porcentuales, siendo 0,12% en el corte 31 de enero de 2015 y 0,13% para la situación actual.

A pesar de los cambios en la razón de masculinidad de la infección (2015: 2,7, 2016: 2,8) la patología sigue concentrada entre los hombres, con un aumento de 0,05 puntos porcentuales en la prevalencia ajustada respecto al corte previo, la cual fue de 0,19% (13) (ver tabla 7).

Tabla 7. Prevalencia cruda y ajustada de VIH por régimen, sexo y total, 2016

Resumen prevalencia cruda y ajustada VIH					
	n=	Población	Cruda*	Ajustada*	Fuente población
Total	73.465	48.747.708	0,15%		DANE
Contributivo	44.315	22.281.250	0,20%	0,18%	BDAU
Subsidiado	27.325	22.178.134	0,12%	0,13%	BDAU
Especial	6	***	***	***	***
Excepción	1.806	***	***	***	***
No asegurado	13	***	***	**	***
Femenino	19.011	24.678.673	0,08%	0,08%	DANE
Masculino	54.454	24.069.035	0,23%	0,23%	DANE

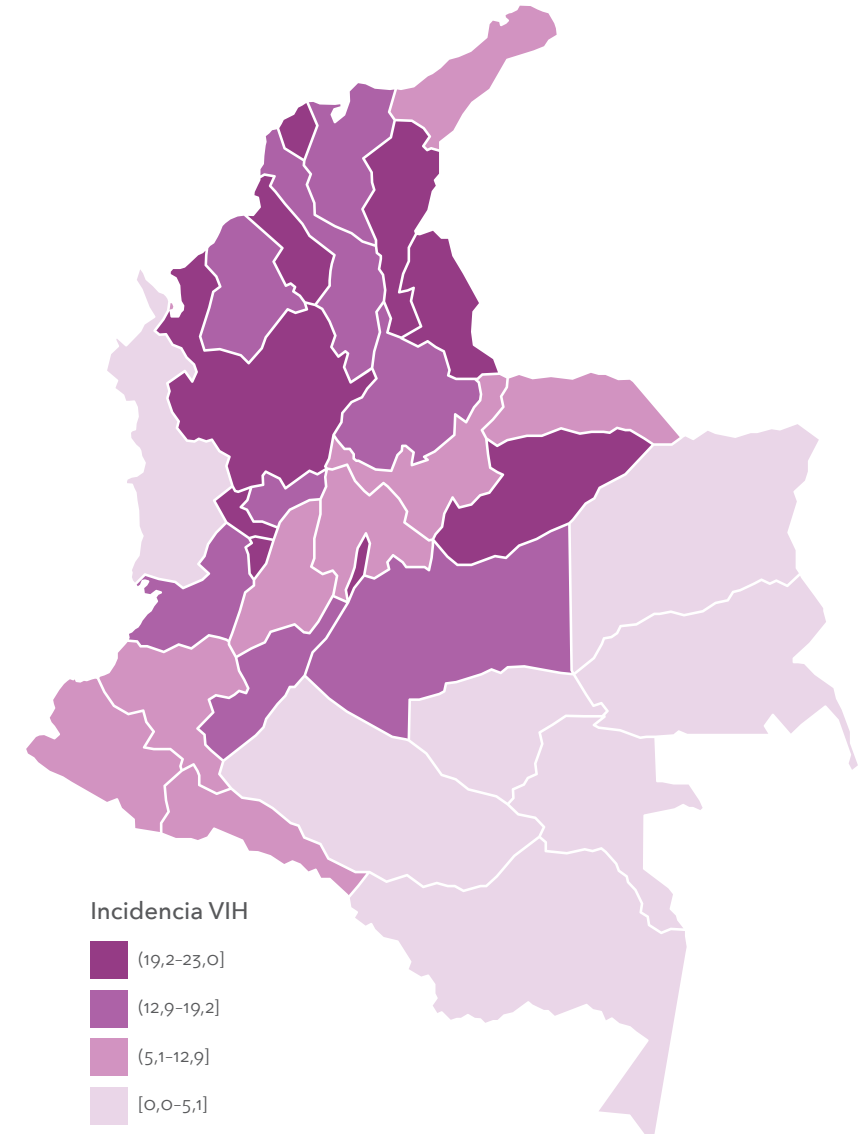
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. Población BDAU con corte de enero de 2016 y población DANE con corte junio de 2016. *Prevalencia por 100 habitantes y/o afiliados. ***No reportados por BDAU.

1.2 Incidencia de VIH y sida

1.2.1 Incidencia por departamentos

Para el corte a 31 de enero de 2016, la incidencia ajustada de infección por VIH es de 16,8 por 100.000 habitantes, siendo mayor en los departamentos de Antioquia; Norte de Santander y Casanare con 23; 22,5 y 21,7 por 100.000 habitantes (ver ilustración 5 y tabla 8).

Ilustración 5. Incidencia de VIH según departamentos por 100.000 habitantes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016. Incidencia por 100.000 habitantes.

Tabla 8. Incidencia cruda y ajustada de VIH según departamentos, 2016

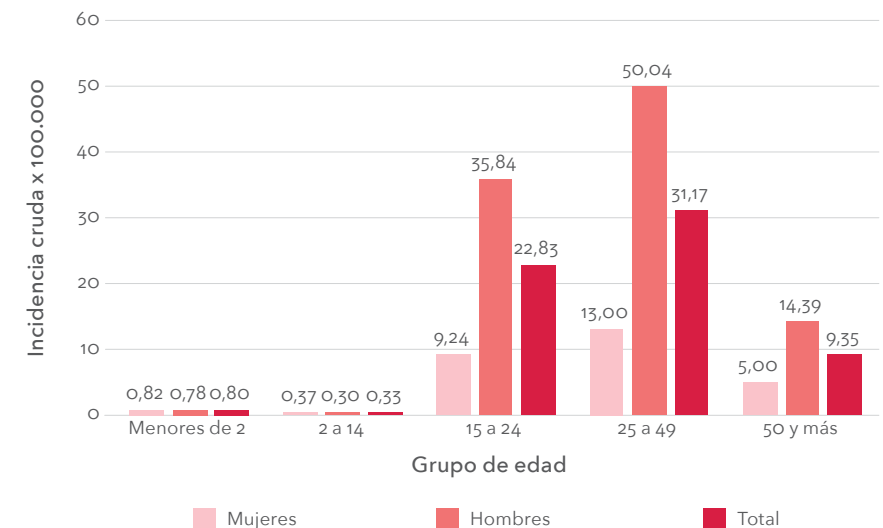
Departamento	n=	Incidencia cruda*	Incidencia ajustada*
Antioquia	1.538	23,5	23,0
Amazonas	2	2,6	3,1
Arauca	17	6,4	7,1
Atlántico	494	19,8	19,5
Bogotá D.C.	1.777	22,3	21,5
Bolívar	338	15,9	16,5
Boyacá	62	4,9	5,3
Caldas	155	15,7	15,8
Caquetá	15	3,1	3,5
Casanare	79	21,8	21,7
Cauca	124	8,9	9,0
Cesar	201	19,3	20,4
Chocó	12	2,4	2,7
Córdoba	320	18,4	19,2
Cundinamarca	152	5,6	5,6
Guainía		0,0	0,0
Guajira	68	6,9	7,6
Guaviare		0,0	0,0
Huila	149	12,7	12,9
Magdalena	220	17,3	19,1
Meta	174	17,8	17,6
Nariño	126	7,1	7,1
Norte de Santander	300	21,9	22,5
Putumayo	17	4,9	5,1
Quindío	110	19,3	19,2
Risaralda	185	19,3	19,5
San Andrés	4	5,2	4,3
Santander	353	17,0	16,8
Sucre	162	18,8	19,8
Tolima	165	11,7	12,4
Valle del Cauca	888	19,1	18,5
Vaupés		0,0	0,0
Vichada	2	2,7	2,5
Total	8.209	16,8	

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016; Población DANE con corte junio de 2016. *Incidencia por 100.000 habitantes.

1.2.2 Incidencia por grupos etarios

Según la clasificación por grupo etario, para el corte a 31 de enero de 2016 hubo 8.209 casos nuevos diagnosticados de VIH y sida, de los cuáles el 63,3% (5.199 casos) tienen edades entre 25 y 49 años, seguido por el grupo etario de 15 a 24 años con 24% (1.970 casos). Desde los 15 a 24 años las mujeres mantienen constante la aparición de nuevos casos, teniendo incidencias de 9,2 por 100.000 habitantes, con posterior crecimiento de 3,8 puntos en relación al siguiente grupo etario, para así pasar a 5 por 100.000 habitantes en mujeres mayores de 50 años. En el sexo masculino, la mayor incidencia se presenta en el grupo etario entre 25 y 49 años siendo 50 por 100.000 habitantes con una disminución hasta 14.4 en mayores de 50 años (ver ilustración 6).

Ilustración 6. Incidencia de VIH por sexo y edad (años), 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

1.2.3 Incidencia por EAPB

En relación con el régimen, para el contributivo fueron reportados 4.943 nuevos casos de infección por VIH mientras que para el régimen subsidiado fueron 3.105. La incidencia ajustada fue de 20,1 y 15 por 100.000 afiliados al régimen contributivo y subsidiado respectivamente. A continuación, se presenta la incidencia de cada EAPB discriminada por régimen para el corte a 31 de enero de 2016 (ver tabla 9).

Tabla 9. Incidencia cruda y ajustada de VIH por EAPB, 2016

Régimen	EPS	n=	Incidencia cruda*	Incidencia Ajustada*	
Contributivo	EASo16	2	19,0	85,1	
	EASo27	5	11,5	30,3	
	EPSoo1	29	14,5	14,5	
	EPSoo2	568	25,4	21,8	
	EPSoo3	1.028	18,9	16,8	
	EPSoo5	404	27,8	25,7	
	EPSoo8	212	18,9	16,4	
	EPSo10	731	31,5	25,6	
	EPSo12	80	30,9	28,9	
	EPSo16	748	25,4	23,2	
	EPSo17	358	20,7	18,1	
	EPSo18	160	17,8	15,5	
	EPSo23	102	17,2	15,9	
	EPSo37	498	16,9	18,5	
	EPSo33	18	21,5	15,4	
	Subsidiado	CCFo07	42	19,0	21,0
		CCFo09	3	2,9	4,0
CCFo15		130	21,1	23,0	
CCFo23		16	11,0	12,3	
CCFo24		47	8,8	9,6	
CCFo27		36	19,2	19,2	
CCFo33		9	8,8	9,1	
CCFo49		19	17,7	17,7	
CCFo53		14	12,7	13,6	
CCFo55		96	14,3	14,6	
CCF102		4	2,5	2,6	
EPSo20		66	***	***	
EPSo22		29	5,0	5,8	
EPSo25		37	20,8	24,6	

Régimen	EPS	n=	Incidencia cruda*	Incidencia Ajustada*
	EPSIo1	12	5,9	7,4
	EPSIo2	36	16,3	17,1
	EPSIo3	12	2,7	3,1
	EPSIo4	12	9,2	10,6
	EPSIo5	18	6,0	6,0
	EPSIo6	7	8,9	10,5
	EPSSo3	201	17,7	18,4
	EPSS34	217	18,0	20,4
	EPSS40	365	21,6	23,2
	Subsidiado	EPSS41	0	0,0
ESSoo2		61	12,3	12,9
ESSo24		317	16,4	17,1
ESSo62		217	11,0	12,2
ESSo76		103	10,6	11,5
ESSo91		26	8,0	8,8
ESS118		229	12,1	12,1
ESS133		251	13,1	14,4
ESS207		258	19,5	20,1
EPSS33		215	15,8	17,2
Especial	RESoo9	0	***	***
	RESo12	2	***	***
Excepción	RESoo1	46	***	***
	RESoo3	101	***	***
No asegurado	18000	1	***	***
	63000	10	***	***
	68000	1	***	***
Total, C y S		8.048	18,1	17,8

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016 y población BDUA con corte 31 de enero de 2016. *Incidencia por 100.000 afiliados.

Según *Global AIDS Update (2016)* la aparición de nuevos casos en el mundo se ha mantenido estática, 1.9 millones de personas infectadas viven actualmente con VIH y sida; sin embargo existen diferencias entre las regiones, países, sexos y edades como pudo evidenciarse (1). En relación con el sexo, los hombres tienen mayor número de casos nuevos reportados e incidencia mayor de 26,6, con aumento de 3,3 punto en relación con el corte previo, que fue de 23,2 por 100.000 habitantes (ver tabla 10).

Tabla 10. Incidencia cruda y ajustada de VIH por régimen, sexo y total, 2016

Resumen incidencia cruda y ajustada					
	n=	Población	Cruda*	Ajustada*	Fuente población
Total	8.209	48.747.708		16,8	DANE
Contributivo	4.943	22.281.250	22,2	20,1	BDUA
Subsidiado	3.105	22.178.134	14,0	15,0	BDUA
Especial	2	***	***	***	
Excepción	147	***	***	***	
No asegurado	12	***	***	***	
Femenino	1.805	24.678.673	7,3	7,3	DANE
Masculino	6.404	24.069.035	26,6	26,5	DANE

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. Población BDUA con corte de enero de 2016 y población DANE con corte junio de 2016. *Incidencia por 100.000 habitantes y/o afiliados. ***No reportados por BDUA.

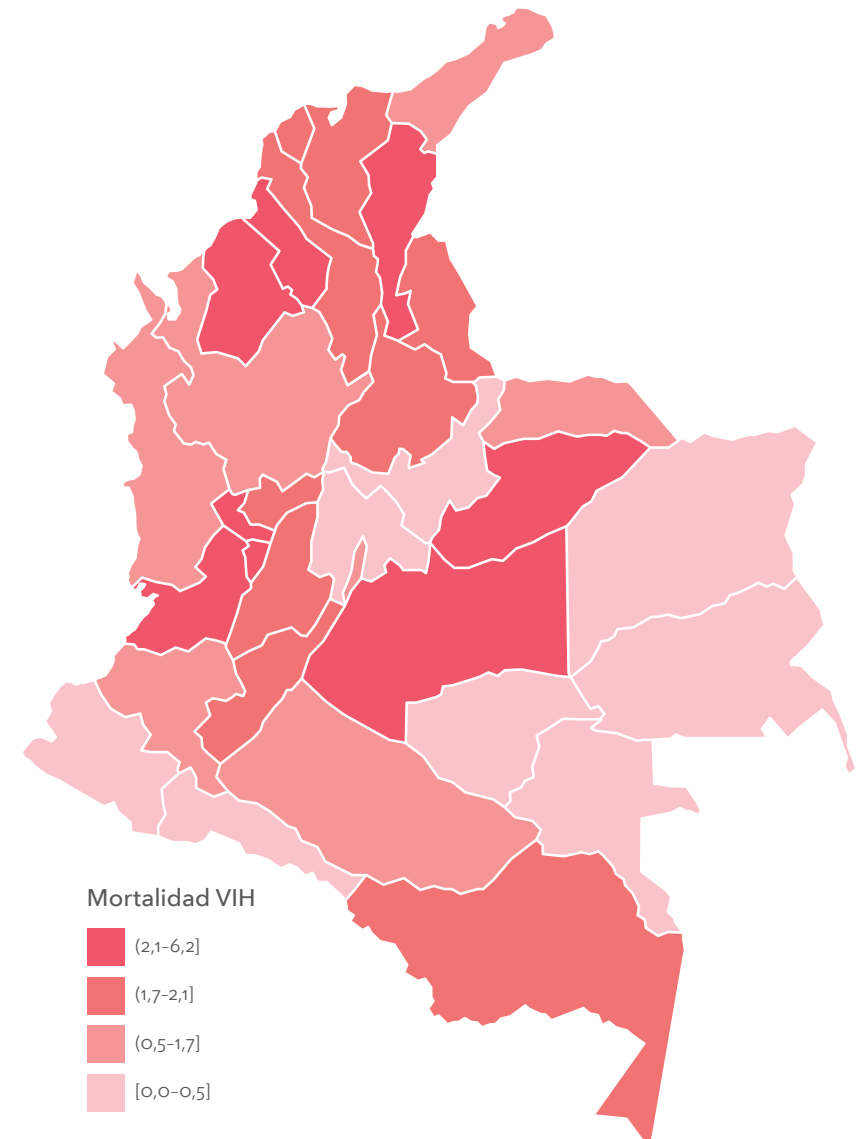
1.3 Mortalidad en VIH y sida

1.3.1 Mortalidad por departamentos

La mortalidad⁵ para el corte a 31 de enero de 2016 por cualquier causa en personas con diagnóstico de VIH y sida fue de 1,7 por 100.000 habitantes (828 casos). Los departamentos con mayor mortalidad fueron Quindío con 6,2, Cesar con 3,2 y Risaralda con 3,0 por 100.000 habitantes (ver ilustración 7. y tabla 11).

⁵ Se define como el número de personas con diagnóstico de VIH muertas por cualquier causa en el periodo de análisis en relación con una población, en este caso población DANE y BDUA.

Ilustración 7. Mortalidad por cualquier causa en VIH por 100.000 habitantes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016.

Tabla 11. Mortalidad cruda y ajustada por cualquier causa en VIH por departamentos, 2016

Departamento	n=	Mortalidad cruda*	Mortalidad ajustada*
Amazonas	1	1,3	1,7
Antioquia	95	1,5	1,4
Arauca	3	1,1	1,4
Atlántico	54	2,2	2,1
Bogotá D.C.	142	1,8	1,6
Bolívar	39	1,8	1,9
Boyacá	4	0,3	0,3
Caldas	21	2,1	2,1
Caquetá	2	0,4	0,5
Casanare	8	2,2	2,2
Cauca	10	0,7	0,7
Cesar	30	2,9	3,2
Chocó	2	0,4	0,5
Córdoba	39	2,2	2,4
Cundinamarca	13	0,5	0,5
Guainía	0	0,0	0,0
Guajira	8	0,8	0,9
Guaviare	0	0,0	0,0
Huila	19	1,6	1,7

Departamento	n=	Mortalidad cruda*	Mortalidad ajustada*
Magdalena	22	1,7	1,9
Meta	23	2,3	2,4
Nariño	7	0,4	0,4
Norte de Santander	26	1,9	2,0
Putumayo	0	0,0	0,0
Quindío	36	6,3	6,2
Risaralda	30	3,1	3,0
San Andrés	0	0,0	0,0
Santander	40	1,9	1,9
Sucre	17	2,0	2,2
Tolima	24	1,7	1,8
Valle del Cauca	113	2,4	2,3
Vaupés	0	0,0	0,0
Vichada	0	0,0	0,0
Total	828	1,7	

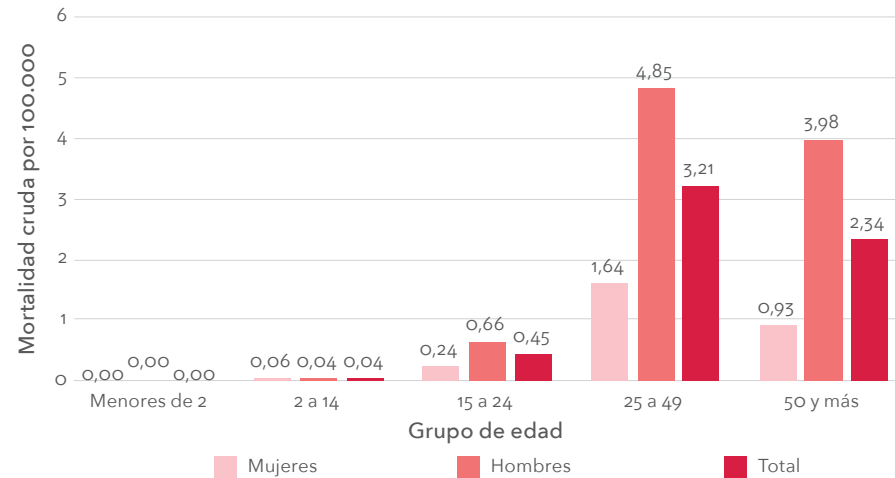
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016; Población DANE con corte junio de 2016.

*Mortalidad por 100.000 habitantes.

1.3.2 Mortalidad por grupos etarios

En general, las personas con diagnóstico de VIH y sida fallecidas por cualquier causa presentaron una mayor frecuencia en los grupos etarios de 25 a 49 años, siendo de 3,2 por 100.000 habitantes, el sexo masculino tiene mayor mortalidad con 4,9, a diferencia de las mujeres que presentaron una mortalidad de 1,6 por 100.000 habitantes (ver ilustración 8).

Ilustración 8. Mortalidad en VIH por sexo y edad (años), 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

1.3.3 Mortalidad por EAPB

La mortalidad en los regímenes contributivo y subsidiado fue de 1,8 por 100.000 afiliados, cabe resaltar que las entidades con mayor mortalidad pertenecen al subsidiado. A continuación, se evidencia la mortalidad discriminada por régimen según EAPB (ver tabla 11).

Tabla 12. Mortalidad cruda y ajustada por cualquier causa en VIH por EAPB, 2016

Régimen	EPS	n=	Mortalidad cruda*	Mortalidad ajustada*
Contributivo	EASo16	0	0,0	0,0
	EASo27	2	4,6	4,1
	EPSoo1	7	3,5	2,5
	EPSoo2	27	1,2	1,1
	EPSoo3	108	2,0	1,7
	EPSoo5	19	1,3	1,1
	EPSoo8	9	0,8	0,8
	EPSo10	14	0,6	0,6

Régimen	EPS	n=	Mortalidad cruda*	Mortalidad ajustada*	
Contributivo	EPSo12	6	2,3	2,1	
	EPSo16	39	1,3	1,1	
	EPSo17	22	1,3	1,1	
	EPSo18	15	1,7	1,4	
	EPSo23	11	1,9	1,7	
	EPSo37	44	1,5	1,2	
	EPSo33	0	0,0	0,0	
	Subsidiado	CCFo07	12	5,4	5,7
		CCFo09	1	1,0	1,2
		CCFo15	18	2,9	3,3
CCFo23		2	1,4	1,6	
CCFo24		6	1,1	1,3	
CCFo27		2	1,1	1,1	
CCFo33		3	2,9	3,5	
CCFo49		1	0,9	1,0	
CCFo53		2	1,8	1,7	
CCFo55		9	1,3	1,6	
CCF102		1	0,6	1,0	
EPSo20		2	***	***	
EPSo22		4	0,7	0,7	
EPSo25		1	0,6	0,7	
EPSIo1		6	2,9	3,8	
EPSIo2	3	1,4	1,5		
EPSIo3	1	0,2	0,3		
EPSIo4	0	0,0	0,0		
EPSIo5	0	0,0	0,0		

Régimen	EPS	n=	Mortalidad cruda*	Mortalidad ajustada*
Subsidiado	EPSIo6	0	0,0	0,0
	EPSSo3	49	4,3	4,4
	EPSS34	50	4,1	4,4
	EPSS40	39	2,3	2,3
	EPSS41	0	0,0	0,0
	ESSo02	13	2,6	3,0
	ESSo24	62	3,2	3,5
	ESSo62	47	2,4	2,7
	ESSo76	22	2,3	2,6
	ESSo91	5	1,5	1,7
	ESS118	34	1,8	1,8
	ESS133	36	1,9	2,1
	ESS207	30	2,3	2,4
	EPSS33	31	2,3	2,5
Especial	RESo09	0	***	***
	RESo12	0	***	***
Excepción	RESo01	1	***	***
	RESo03	8	***	***
No asegurado	18000	0	***	***
	63000	4	***	***
	68000	0	***	***
Total C y S		815	1,8	1,8

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016 y población BDUA con corte 31 de enero de 2016. *Mortalidad por 100.000 afiliados.

El número de casos de muerte por cualquier causa en personas con diagnóstico de VIH y sida es mayor en el régimen subsidiado, siendo 2,4 por 100.000 habitantes (492 casos). Para el sexo masculino la mortalidad fue mayor, 2,6 por 100.000 habitantes hombres (623 casos) (ver tabla 12).

Tabla 13. Mortalidad cruda y ajustada por cualquier causa en VIH por régimen, sexo y total, 2016

Resumen mortalidad cruda y ajustada					
	n=	Población	Cruda*	Ajustada*	Fuente población
Total	828	48.747.708		1,7	DANE
Contributivo	323	22.281.250	1,4	1,3	BDUA
Subsidiado	492	22.178.134	2,2	2,4	BDUA
Especial		***	***	***	
Excepción	9	***	***	***	
No asegurado	4	***	***	***	
Femenino	205	24.678.673	0,8	0,8	DANE
Masculino	623	24.069.035	2,6	2,6	DANE

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. Población BDUA con corte de enero de 2016 y población DANE con corte junio de 2016. *Mortalidad por 100.000 habitantes y/o afiliados. ***No reportados por BDUA.

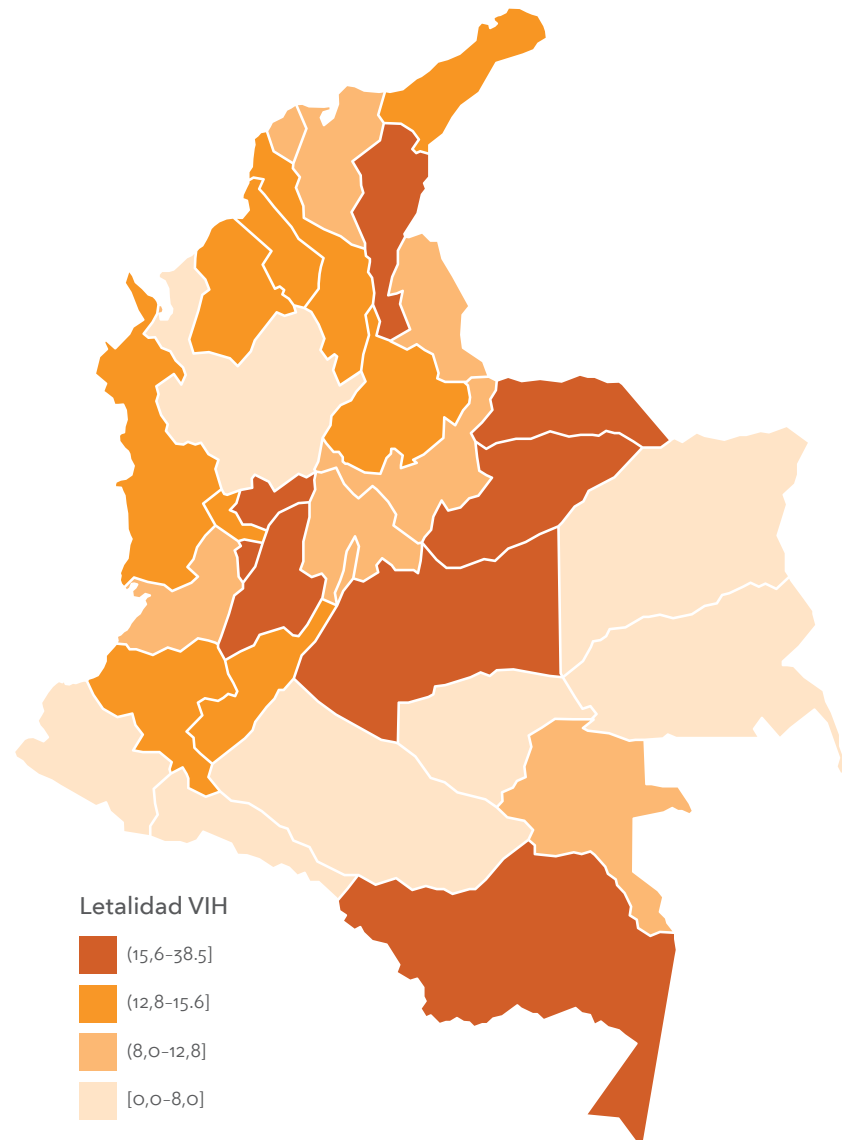
1.4 Letalidad en VIH y sida

1.4.1 Letalidad por departamentos

Para el corte a 31 de enero de 2016, la letalidad⁶ fue de 11,3 por 1.000 personas con diagnóstico de VIH y sida, la mayor letalidad se presentó en el departamento de Amazonas con 38,5 por 1.000 personas con la enfermedad. Departamentos como Antioquia y Bogotá D.C., cuyo número de casos de personas con la infección es mayor, presentan indicadores de letalidad menores, siendo 7,5 y 8,0 respectivamente (ver ilustración 9 y tabla 14).

⁶ Se define como la proporción de personas que mueren por VIH y sida entre los afectados por la misma en el periodo de análisis. Es un indicador de la gravedad de la enfermedad.

Ilustración 9. Letalidad en VIH según departamentos por 1.000 habitantes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. Población DANE con corte junio de 2016.

Tabla 14. Letalidad en VIH por departamentos, 2016

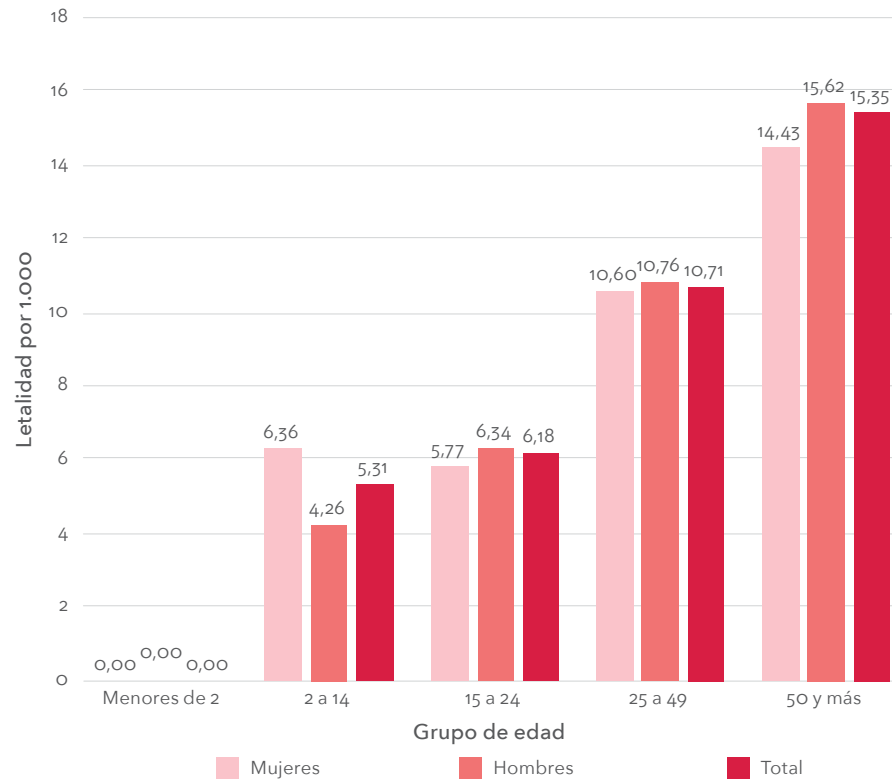
Departamento	Muertes	Casos	Letalidad*
Amazonas	1	26	38,5
Antioquia	95	12639	7,5
Arauca	3	117	25,6
Atlántico	54	4587	11,8
Bogotá D.C.	142	17644	8,0
Bolívar	39	2946	13,2
Boyacá	4	454	8,8
Caldas	21	1266	16,6
Caquetá	2	280	7,1
Casanare	8	402	19,9
Cauca	10	779	12,8
Cesar	30	1530	19,6
Chocó	2	133	15,0
Córdoba	39	2497	15,6
Cundinamarca	13	1511	8,6
Guainía	0	10	0,0
Guajira	8	618	12,9
Guaviare	0	20	0,0
Huila	19	1216	15,6
Magdalena	22	1753	12,5
Meta	23	1455	15,8
Nariño	7	904	7,7
Norte de Santander	26	2337	11,1
Putumayo	0	152	0,0
Quindío	36	1216	29,6
Risaralda	30	2032	14,8
San Andrés	0	76	0,0
Santander	40	2798	14,3
Sucre	17	1219	13,9
Tolima	24	1309	18,3
Valle del Cauca	113	9532	11,9
Vaupés	0	1	0,0
Vichada	0	6	0,0
Total	828	73.465	11,3

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. *Letalidad por 1.000 personas con diagnóstico de VIH.

1.4.2 Letalidad por grupos etarios

Para ambos sexos la letalidad se comporta de manera similar, esto podría ser debido a que por encima de los 50 años, la enfermedad puede tener un comportamiento más grave, ya que pueden presentar menores conteos de CD4, mayores cargas virales y más síntomas al momento del diagnóstico (14) (ver ilustración 10).

Ilustración 10. Letalidad en VIH por sexo y edad (años), 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

1.4.3 Letalidad por EAPB

Los pacientes en el régimen "no asegurado" presentan la mayor letalidad con 307,7 por 1.000 personas con diagnóstico de VIH. Para el periodo no se presentó ninguna muerte en el régimen especial. A continuación se presentan los datos respecto a la letalidad por EAPB (ver tabla 15).

Tabla 15. Letalidad en VIH por EAPB, 2016

Régimen	EPS	Muertes	Personas con diagnóstico de VIH y sida	Letalidad*
Contributivo	EASo16	0	23	0,0
	EASo27	2	49	40,8
	EPSoo1	7	579	12,1
	EPSoo2	27	4.266	6,3
	EPSoo3	108	9.991	10,8
	EPSoo5	19	2.927	6,5
	EPSoo8	9	1.934	4,7
	EPSo10	14	4.837	2,9
	EPSo12	6	879	6,8
	EPSo16	39	6.252	6,2
	EPSo17	22	2.844	7,7
	EPSo18	15	1.788	8,4
	EPSo23	11	1.437	7,7
	EPSo37	44	6.390	6,9
	EPSo33	0	1.19	0,0
	Subsidiado	CCFo07	12	386
CCFo09		1	43	23,3
CCFo15		18	1.000	18,0
CCFo23		2	128	15,6
CCFo24		6	455	13,2
CCFo27		2	145	13,8
CCFo33		3	122	24,6
CCFo49		1	159	6,3
CCFo53		2	160	12,5
CCFo55		9	810	11,1
CCF102	1	51	19,6	
EPSo20	2	424	4,7	

Régimen	EPS	Muertes	Personas con diagnóstico de VIH y sida	Letalidad*
Subsidiado	EPSO22	4	346	11,6
	EPSO25	1	177	5,6
	EPSIo1	6	96	62,5
	EPSIo2	3	266	11,3
	EPSIo3	1	113	8,8
	EPSIo4	0	90	0,0
	EPSIo5	0	105	0,0
	EPSIo6	0	42	0,0
	EPSSo3	49	1.658	29,6
	EPSS34	50	2.388	20,9
	EPSS40	39	3.144	12,4
	EPSS41	0	33	0,0
	ESSOo2	13	421	30,9
	ESSO24	62	2.734	22,7
	ESSO62	47	2.124	22,1
	ESSO76	22	940	23,4
	ESSO91	5	316	15,8
	ESS118	34	2.461	13,8
	ESS133	36	2.084	17,3
	ESS207	30	2.136	14,0
EPSS33	31	1.768	17,5	
Especial	RESOo9	0	3	0,0
	RESO12	0	3	0,0
Excepción	RESOo1	1	542	1,8
	RESOo3	8	1.264	6,3
No asegurado	18000	0	1	0,0
	63000	4	11	363,6
	68000	0	1	0,0
Total		815	71.640	11,4

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. *Letalidad por 1.000 personas con diagnóstico de VIH.

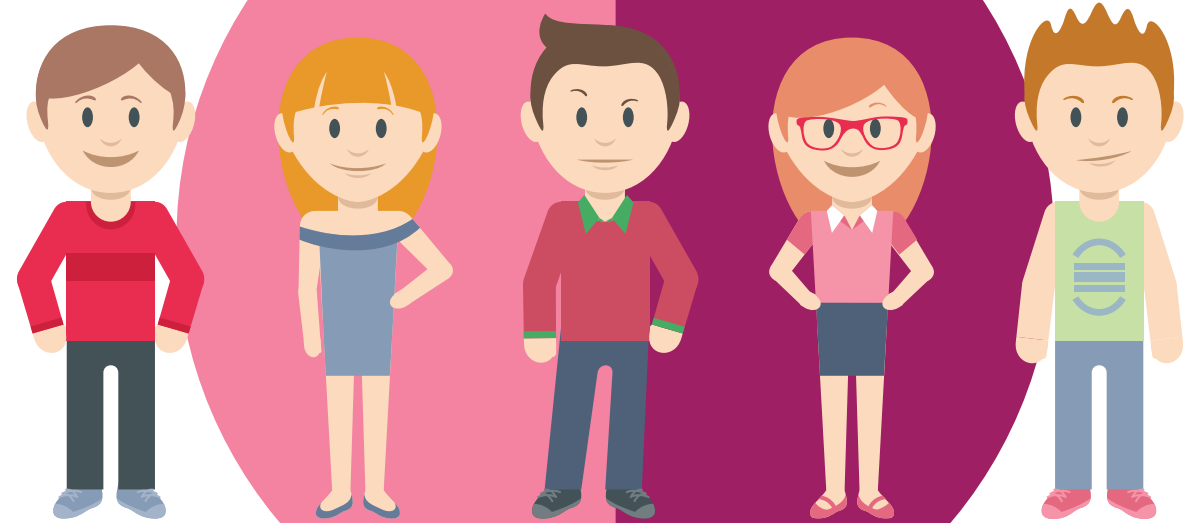
La letalidad es similar en ambos sexos, en el corte previo (31 de enero de 2015) fue para los hombres de 13,9 y para las mujeres de 12,1 por 1.000 personas con diagnóstico de VIH, actualmente continúa siendo mayor en hombres (ver tabla 16).

Tabla 16. Letalidad en VIH por régimen, sexo y total, 2016

Resumen letalidad				
	n=	Casos	Letalidad*	Fuente Población
Total	828	73.465	11,3	CAC
Contributivo	323	44.315	7,3	
Subsidiado	492	27.325	18,0	
Especial		6	0,0	
Excepción	9	1.806	5,0	
No asegurado	4	13	307,7	
Femenino	205	19.011	10,8	
Masculino	623	54.454	11,4	

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2016. *Letalidad por 1.000 personas con diagnóstico de VIH.

Capítulo 2



Personas con diagnóstico de VIH y sida en Colombia.

Capítulo 2. PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH Y SIDA EN COLOMBIA

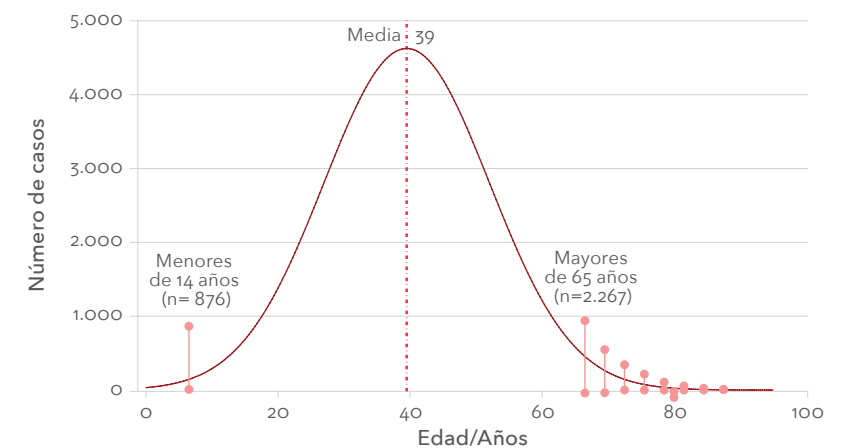
2.1 Personas con VIH y sida en Colombia

Para el corte a 31 de enero de 2016, 73.465 personas fueron reportadas a la CAC con diagnóstico de infección por VIH y sida, teniendo en cuenta que son personas vivas, afiliadas, muertas y desafiliadas. De las personas que fueron reportadas, 71.076 vivían con el VIH y estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

2.1.1 Distribución por edad

El 1,19% de las personas con diagnóstico de VIH y sida tienen 13 años y menos, por otro lado, 3,08% se encuentra por encima de los 65 años. La media de la edad es de 39,49 años para la población con diagnóstico de VIH y para los que actualmente viven con VIH (PVVIH) es de 39,56 años; el 50% de los casos reportados está entre 30 a 48 años (ver ilustración 11).

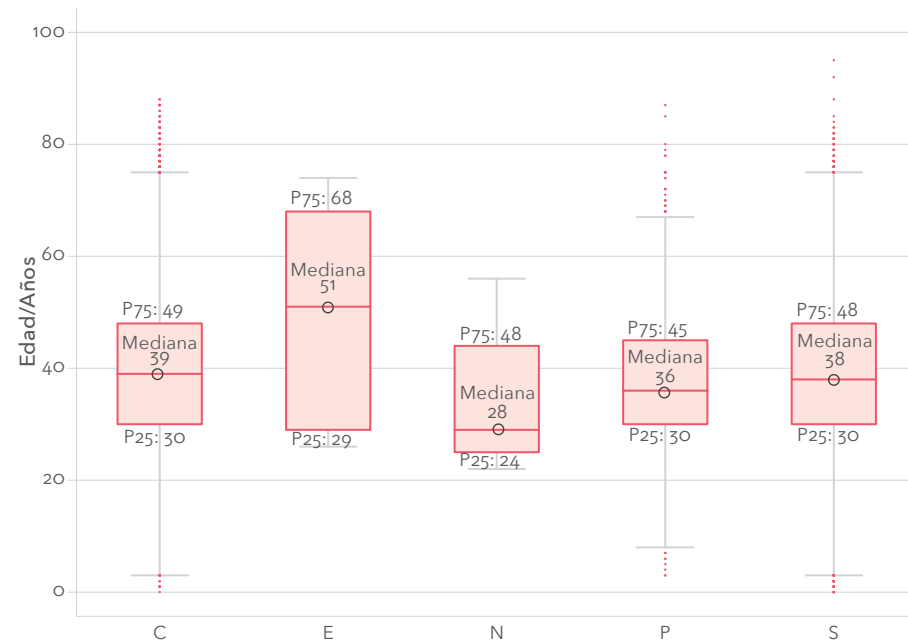
Ilustración 11. Histograma edad/años en personas con diagnóstico de VIH y sida, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

La edad tiene relación con el riesgo de infección por VIH. Según el reporte *Prevention Gap Report* (2016), las personas de 15 a 24 años son más vulnerables ante la infección (11). En las personas con diagnóstico de VIH que están a cargo de las Direcciones Departamentales, el 25% de sus casos corresponden a personas jóvenes (22 a 24 años), a diferencia de los otros regímenes cuyas edades oscilan entre 29 y 30 años. Para el régimen especial el percentil 75 corresponde a personas mayores de 50 años, debido posiblemente a cambios en la población a riesgo o por mantenimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral (12) (ver ilustración 12).

Ilustración 12. Boxplot edad (años) en personas con diagnóstico de VIH según régimen, 2016

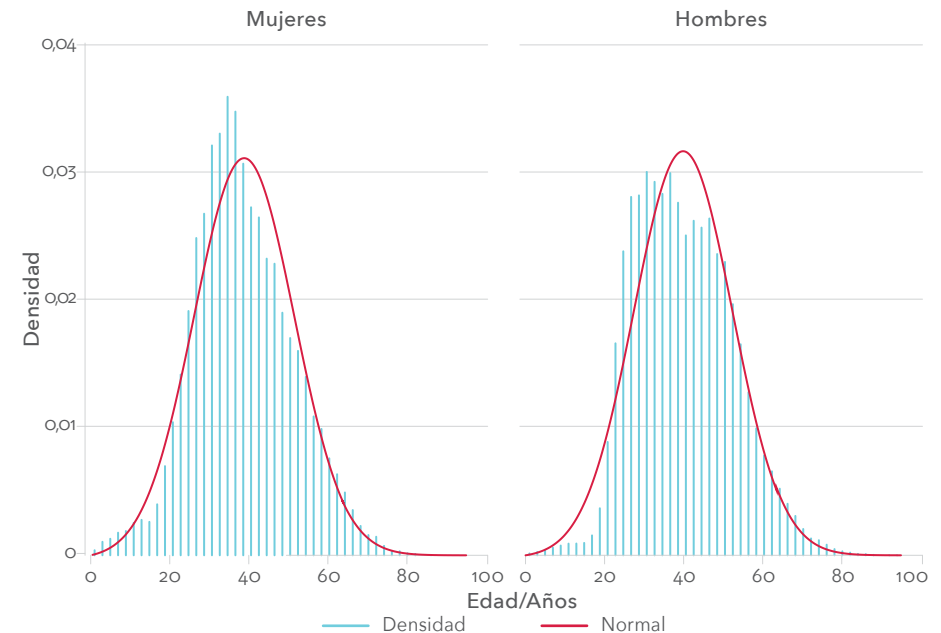


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. Dónde: C: régimen contributivo; E: régimen especial (Medicina prepagada y Universidades); N: identifica el régimen No asegurado o las Direcciones Departamentales de Salud; P: régimen de excepción (Policía y Fuerzas Militares) y S: régimen subsidiado.

La media de la edad para todos los casos es de 39,56 años, para las mujeres fue de 38,37 años, y para los hombres de 39,88 años. Según el histograma que se presenta a continuación, pueden existir diferencias de edades entre

los sexos. De 10 a 20 años se presentan más casos en mujeres que en hombres, ambas curvas tienen comportamientos normales (ver ilustración 13).

Ilustración 13. Histograma edad/años personas con diagnóstico de VIH y sida según sexo, 2016

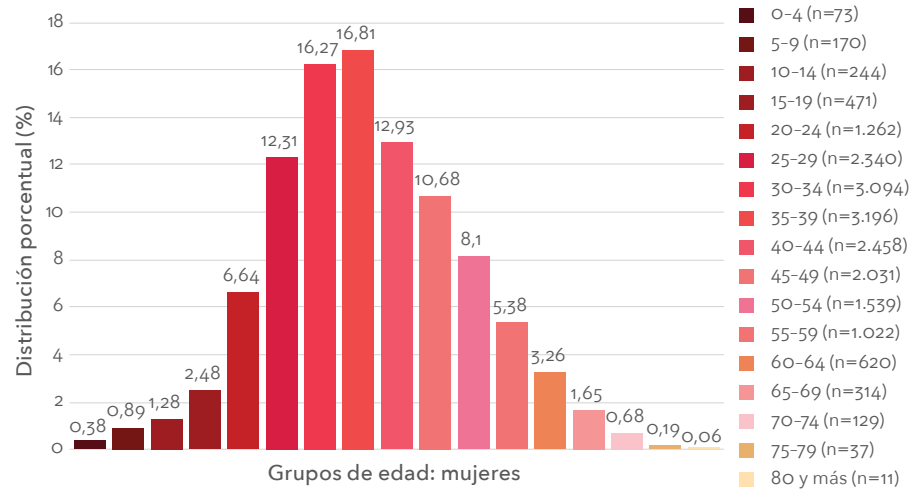


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Según los grupos de edad, la mayoría de las mujeres están entre 35 y 39 años (16,8%), a diferencia del corte previo (2015) cuya concentración se encontraba entre los 30 y los 34 años (17,1%). Para los hombres, las edades entre 25 y 49 años se comportan de forma similar, con una mayor concentración entre los 30 y 34 años (14,6%), lo que difiere de los datos del corte previo (2015) cuya concentración era mayor entre los 35 y los 39 años (14,7%) (Ver ilustraciones 14 y 15).

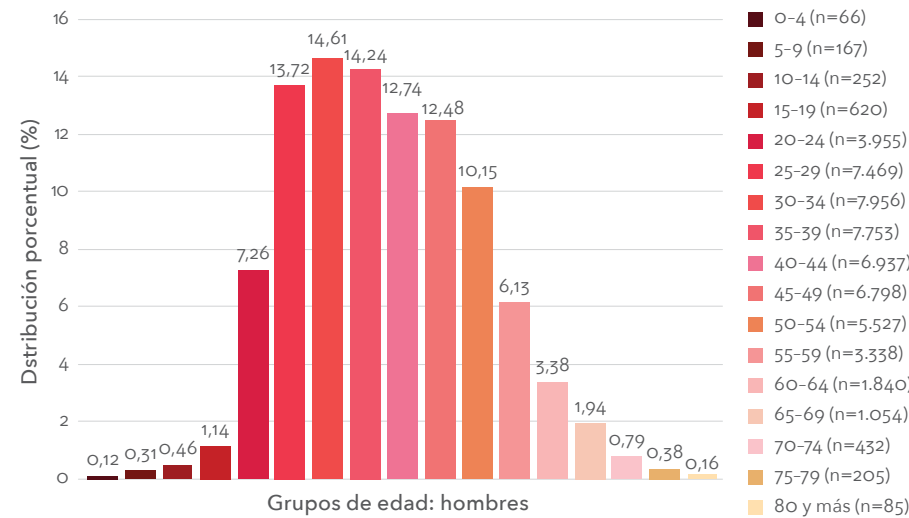
Las jóvenes de entre 15 y 24 años representan el 9,11% de las mujeres con diagnóstico de VIH a diferencia de los hombres con 8,4% en las mismas edades. Las mujeres adolescentes y jóvenes tienen condiciones de vulnerabilidad marcadas por las inequidades de género, las dificultades en el acceso a conocimientos relacionados con el VIH y a las barreras en el sistema de salud, lo que incrementa el riesgo de infección por VIH (1) (11).

Ilustración 14. Distribución mujeres con diagnóstico de VIH y sida según grupos de edad, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 15. Distribución hombres con diagnóstico de VIH y sida según grupos de edad, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Aproximadamente el 20% de las nuevas infecciones a nivel mundial se presentan en personas de entre 15 y 24 años (1). Según los datos de la CAC, para el corte a 31 de enero de 2016, el 24% de las personas con diagnóstico de infección por VIH y sida se encontraban entre 15 y 24 años.

Las mujeres entre 15 y 24 años se consideran población vulnerable, actualmente en África subsahariana representan el 25% de las nuevas infecciones (1), para el corte 31 de enero de 2016, las mujeres con nuevos diagnósticos de infección por VIH representaron el 21,6%, en los hombres fue de 24,6% (ver tabla 17).

Tabla 17. Casos nuevos de infección por VIH por grupos de edad según sexo, 2016

Distribución por edades. Nuevos casos VIH y sida.						
Grupos de edad	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
00_04	17	0,94	14	0,22	31	0,38
05_09	4	0,22	6	0,09	10	0,12
10_14	6	0,33	4	0,06	10	0,12
15_19	114	6,32	255	3,98	369	4,50
20_24	276	15,29	1325	20,69	1601	19,50
25_29	278	15,40	1558	24,33	1836	22,37
30_34	273	15,12	1025	16,01	1298	15,81
35_39	231	12,80	650	10,15	881	10,73
40_44	181	10,03	457	7,14	638	7,77
45_49	141	7,81	405	6,32	546	6,65
50_54	117	6,48	300	4,68	417	5,08
55_59	84	4,65	189	2,95	273	3,33
60_64	49	2,71	102	1,59	151	1,84
65_69	27	1,50	70	1,09	97	1,18
70_74	4	0,22	18	0,28	22	0,27
75_79	2	0,11	17	0,27	19	0,23
80 y más	1	0,06	9	0,14	10	0,12
Total	1.805	100,00	6.404	100,00	8.209	100,00

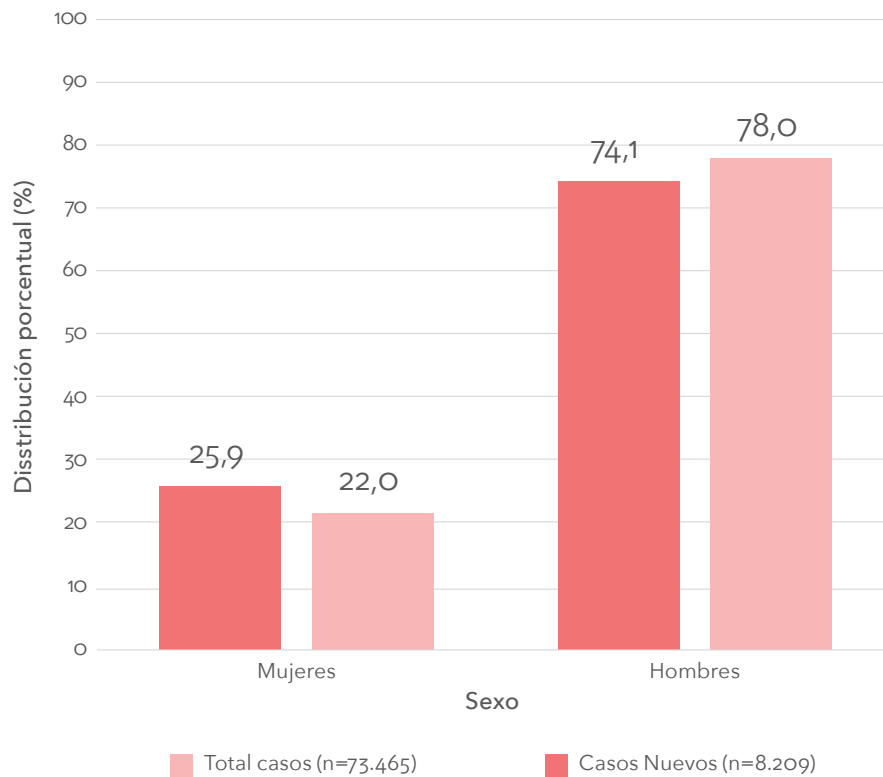
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

2.1.2 Distribución por sexo

Del total de casos reportados a la CAC (73.465), 25,8% son mujeres (19.011 casos) y 74,1% son hombres (54.454).

Del total de casos nuevos (8.209) 22% son mujeres (1.805) y 78% son hombres (6.404). La razón de masculinidad fue de 2.8. (ver ilustración 16).

Ilustración 16. Distribución personas con diagnóstico de VIH y sida por sexo, 2016



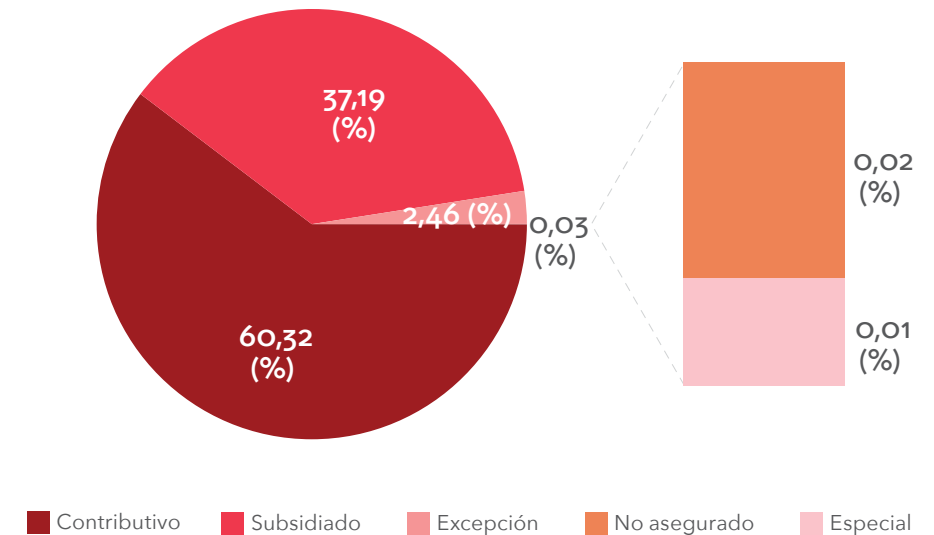
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

2.1.3 Distribución por régimen

Las personas con diagnóstico de VIH y sida tienen mayor concentración en el régimen contributivo (44.315 casos), seguido por el subsidiado (27.325 casos) y el régimen de excepción (1.806 casos) (ver ilustración 17). Este resultado

puede explicarse por la preferencia de los pacientes con enfermedades crónicas por afiliaciones al régimen contributivo en condición de cotizantes, situación que es similar en otras patologías objeto de reporte a la CAC como el cáncer (15).

Ilustración 17. Personas con diagnóstico de VIH y sida según régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

2.1.4 Distribución por grupo étnico

Las personas con diagnóstico de VIH y sida que pertenecen a grupos étnicos son el 2,9% de la población reportada, siendo 2.127 casos (ver tabla 18). Cabe resaltar la vulnerabilidad de los grupos étnicos ante la infección por VIH, ya que múltiples condiciones como: pobreza, marginalidad y exclusión, se han vuelto características estructurales de dichos grupos (10). Dichas circunstancias, promueven la práctica de conductas de riesgo como el uso de drogas inyectadas o la ocupación como trabajador sexual. Adicionalmente, al ser poblaciones marginalizadas tienen dificultades para el acceso y adecuada información en salud, lo que impide su adecuada captación, tratamiento y seguimiento, lo que empeora la situación actual de la infección en dichas poblaciones (16).

Tabla 18. Distribución personas con VIH y sida por grupo étnico según sexo, 2016

Grupo étnico en personas con diagnóstico de VIH y sida						
Grupo étnico	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
Negro o Afrodescendiente	695	3,66	981	1,80	1.676	2,28
Indígena	201	1,06	244	0,45	445	0,61
Gitano/ROM	2	0,01	4	0,01	6	0,01
Otro	18.113	95,28	53.225	97,74	71.338	97,10
Total	19.011	100,00	54.454	100,00	73.465	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Capítulo 3



Personas con diagnóstico de VIH y sida en Colombia.

Capítulo 3. MECANISMO DE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

Según el reporte *Acción Acelerada para la Prevención de la Infección por VIH* (2015) de ONUSIDA, es necesario reducir globalmente los nuevos casos de infección por VIH a menos de 500.000 para el año 2020, para cumplir así con la meta propuesta de acabar con la epidemia como problema de salud pública para el año 2030 (2).

Las estrategias que permitirán el cumplimiento de esa meta se dirigen a prácticas de prevención para poblaciones clave y población general (17). Conocer la indicación de la prueba y el mecanismo de transmisión no sólo dan cuenta de la situación de la enfermedad en el país, también permite evaluar los cambios comportamentales y probables acciones requeridas para la contención de la epidemia.

3.1 Indicación de la prueba presuntiva

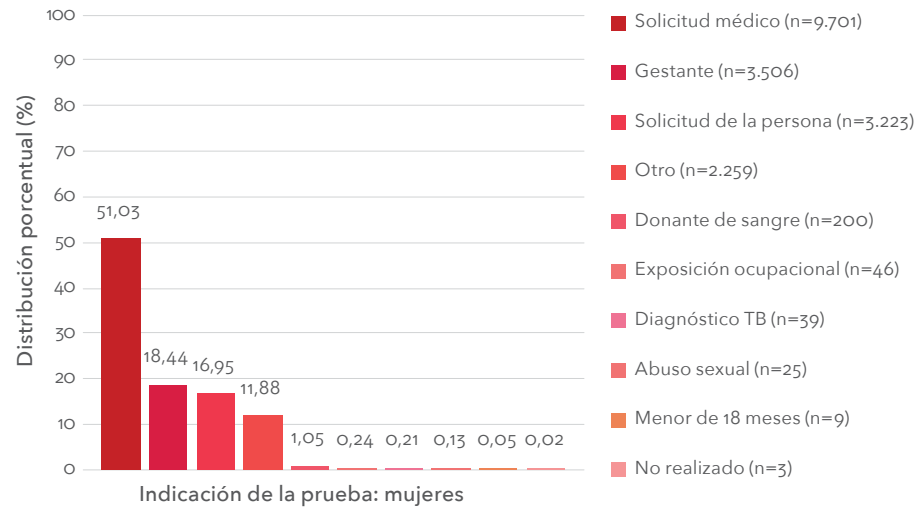
La demanda inducida prevalece sobre los otros tipos de indicaciones de las pruebas presuntivas (solicitud por el médico: 60%); la captación por parte del personal en salud es determinante para el cumplimiento de uno de los objetivos del *Fast Track Approach*:

“Que el 90% de la población que vive con VIH conozca su estado y la enfermedad”(1) (2).

Para ambos sexos, la primera posibilidad de indicación de la prueba es la solicitud por el médico, seguido por la demanda espontánea (solicitud por la persona: 22%). Barreras en el acceso a las pruebas como el requerimiento de la prescripción médica y la asesoría pre test pueden limitar la demanda espontánea, lo que puede explicar estos resultados.

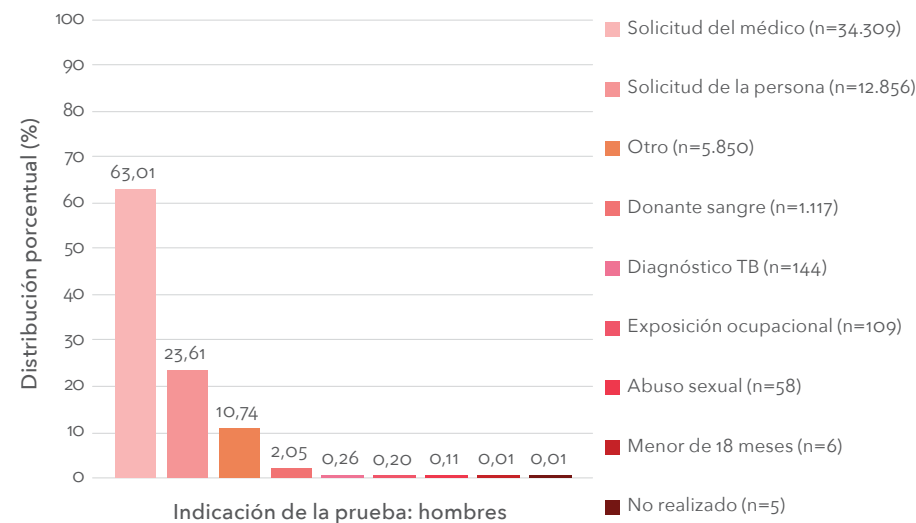
Se resalta la diferencia entre sexos de los casos de solicitud de la prueba por abuso sexual, para el corte previo (2015) y el actual (2016), los casos de abuso en hombres como medio para indicación de la prueba fueron mayores (28 casos o 0,06% para el año 2015 y 58 casos o 0,11% para el año 2016) (ver ilustraciones 18 y 19).

Ilustración 18. Distribución indicación de la prueba presuntiva en mujeres, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

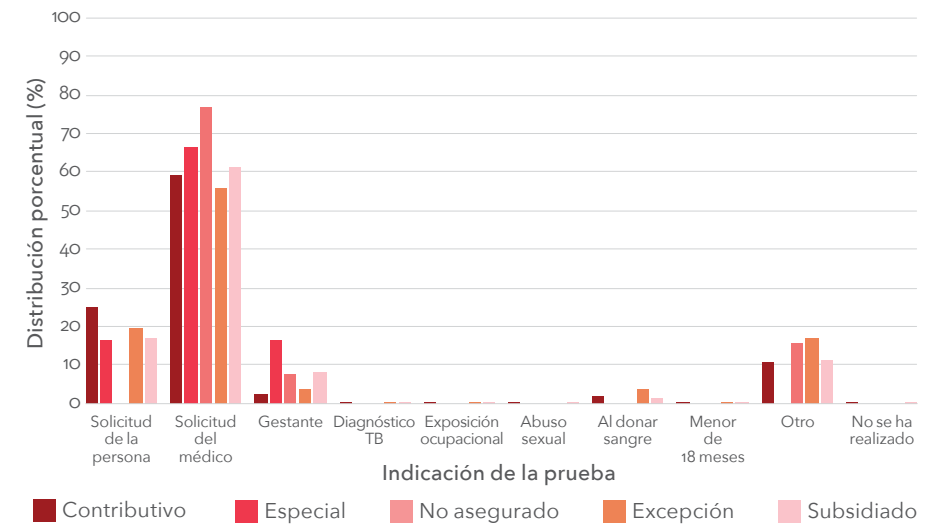
Ilustración 19. Distribución indicación de la prueba presuntiva en hombres, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Para todos los regímenes, la solicitud de la prueba por parte del personal de salud se convierte en la "Puerta de entrada" al sistema, seguido de la solicitud por el paciente (ver ilustración 20).

Ilustración 20. Indicación de la prueba presuntiva por régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

3.2 Mecanismos de transmisión

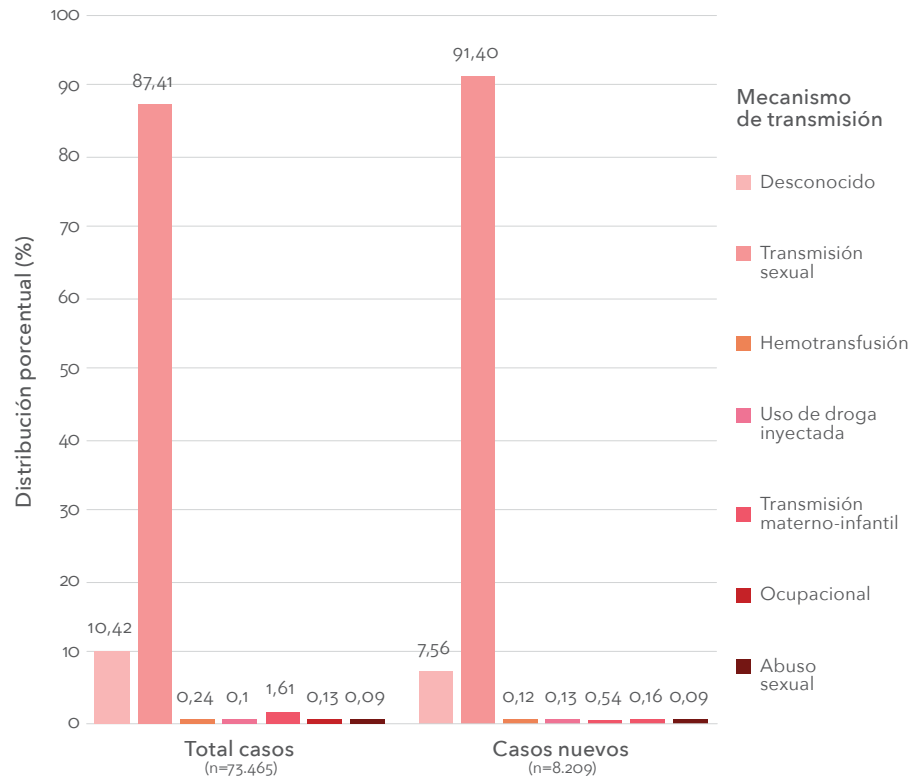
En Colombia y el mundo, el principal mecanismo de transmisión del VIH es por contacto sexual. Para el corte a 31 de enero de 2016, 64.215 personas con diagnóstico fueron reportadas a la CAC con mecanismo de transmisión por vía sexual; los nuevos casos también son representados por esta categoría, 7.504 personas con diagnóstico nuevo de VIH se infectaron por esta vía.

Persisten el subregistro y el desconocimiento del mecanismo de transmisión en los nuevos casos de infección por VIH, en relación con años previos continúa siendo la segunda causa reportada, 621 casos para el corte 2016.

El mecanismo de transmisión por uso de agujas contaminadas fue reportado para 11 nuevos casos de infección por VIH, para el corte de 2015 fueron 8 casos.

Los mecanismos de transmisión por hemotransfusión y por abuso sexual tienen las menores representaciones, lo que implica buenas prácticas de seguridad del paciente respecto a bancos de sangre y atención integral a víctimas de abuso sexual (ver ilustración 21).

Ilustración 21. Mecanismo de transmisión Total casos y nuevos casos de VIH y sida, 2016

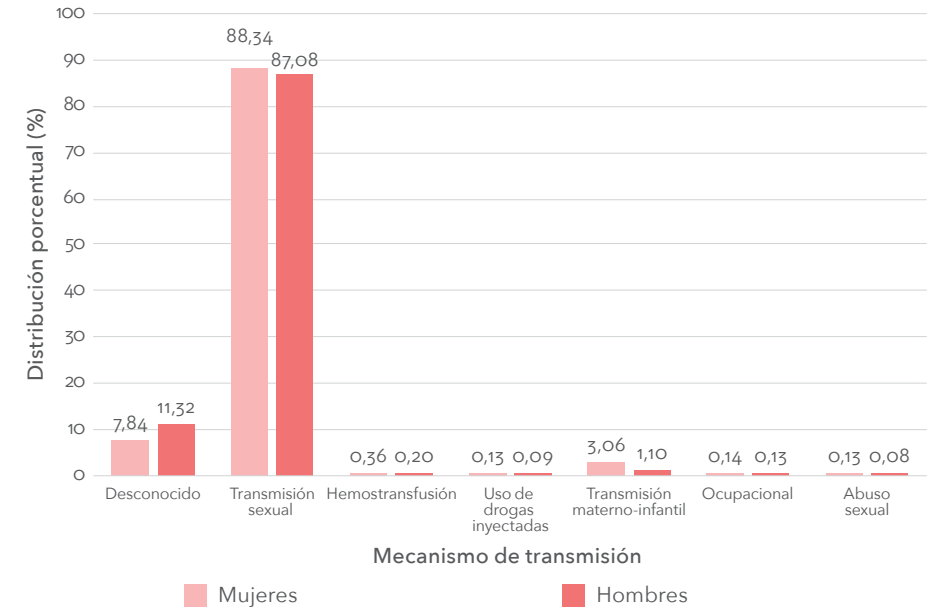


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Para hombres y mujeres, el mecanismo de transmisión sexual es la vía con mayor número de casos con 47.421 y 16.794 personas con diagnóstico de VIH y sida respectivamente.

Para ambos sexos, el reporte "Desconocido" como mecanismo de transmisión continúa siendo la segunda categoría con mayor número de casos, con 1.491 mujeres con diagnóstico de VIH y sida y 6.164 hombres, para quienes el menor número de casos está en la categoría de abuso sexual, sin embargo, del total de personas que tienen como mecanismo de transmisión el abuso sexual (66 casos), el 63,6% de los casos son hombres. Entre las mujeres, el uso de drogas inyectadas representa el menor número de casos como mecanismo de transmisión, siendo de 25 (ver ilustración 22).

Ilustración 22. Mecanismo de transmisión según sexo, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

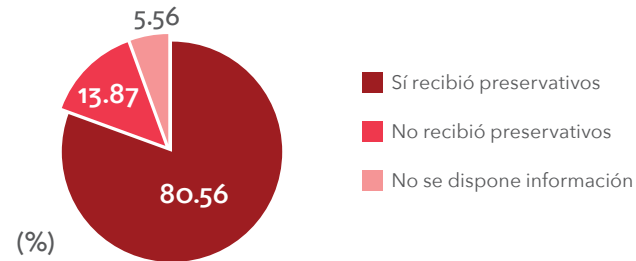
3.3 Prácticas de prevención: Suministro de preservativos

Para ONUSIDA, el reforzamiento de programas de uso frecuente y continuo del preservativo se convierte en uno de los 5 pilares para la prevención de la infección por VIH, junto con la educación sobre la infección y acceso a servicios de salud para mujeres jóvenes y sus parejas en áreas de alta prevalencia; la presencia de servicios desde el enfoque de derechos que permiten el empoderamiento de poblaciones vulnerables; la circuncisión voluntaria en hombres en países con alta prevalencia y la profilaxis pre exposición para poblaciones de alto riesgo (2).

A partir de la información reportada a la CAC por las EAPB, no es posible determinar el uso frecuente y continuo del preservativo por parte de las personas con diagnóstico de VIH, sin embargo, permite dar cuenta de la disposición de las entidades con el suministro de preservativos, influyendo en la disminución de la aparición de nuevos casos de infección por VIH.

Para el corte a 31 de enero de 2016, a 57.262 PVVIH se les han suministrado preservativos por parte de las aseguradoras en los últimos 3 meses (ver ilustración 23).

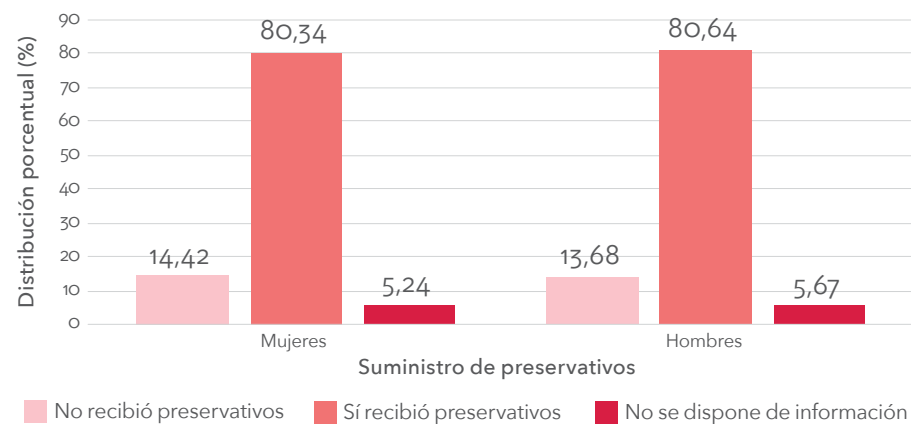
Ilustración 23. Suministro de preservativos en PVVIH, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Del total de PVVIH, 14.844 mujeres reciben preservativos, para el caso de los hombres fueron 42.418. La proporción de suministro de preservativos para ambos sexos es similar, se debe tener en cuenta que su uso continuo y frecuente en personas que tienen relaciones sexuales vaginales y anales puede disminuir desde el 87 al 94% el riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (17) (18). Se resalta la provisión de preservativos a mujeres que viven con VIH, el acceso a métodos de prevención para todos los sexos promueve el enfoque de derechos que permite el empoderamiento de poblaciones vulnerables como mujeres jóvenes (1) (ver ilustración 24).

Ilustración 24. Suministro de preservativos según sexo, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Según la información reportada a la CAC, a las personas que viven con VIH y que son atendidas por Direcciones Departamentales no se les han suministrado preservativos (ver tabla 19). Por otro lado, el régimen contributivo y subsidiado mejoraron el suministro de preservativos respecto al corte previo, el cual fue 71,8% y 86,8% respectivamente para 2015.

Tabla 19. Distribución suministro de preservativos en PVVIH por régimen, 2016

Régimen	PVVIH que reciben preservativos	Total PVVIH	%
Contributivo	32.728	42.921	76,3
Especial	3	6	50,0
No asegurado	0	9	0,0
Excepción	1.495	1.790	83,5
Subsidiado	23.036	26.350	87,4
Total	57.262	71.076	80,6

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

A continuación, se presenta el suministro de preservativos por EAPB, se debe recordar que este análisis se realiza para PVVIH, es decir aquellas que se encuentran vivas y afiliadas a la fecha de corte (ver tabla 20).

Tabla 20. Distribución suministro de preservativos en PVVIH por EAPB, 2016

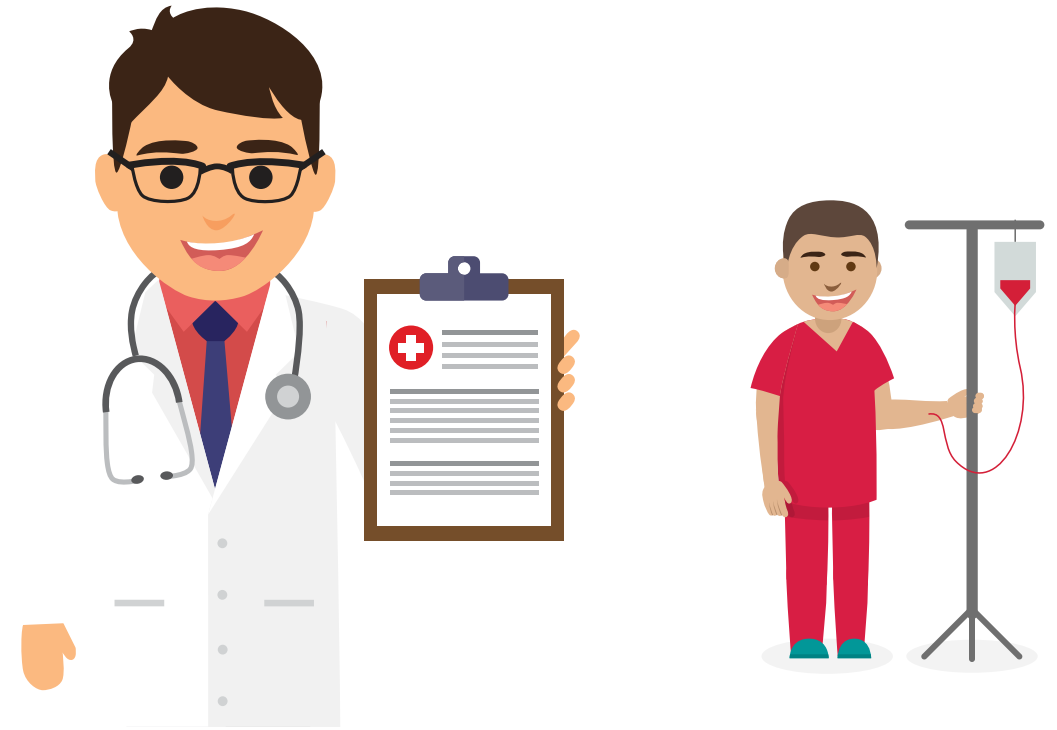
EAPB	PVVIH que sí reciben preservativos	Total casos PVVIH	% Indicador
18000	0	1	0,00
63000	0	7	0,00
68000	0	1	0,00
CCF007	348	364	95,60
CCF009	40	42	95,24
CCF015	915	964	94,92
CCF023	91	125	72,80

EAPB	PVVIH que sí reciben preservativos	Total casos PVVIH	% Indicador
CCFo24	344	436	78,90
CCFo27	131	140	93,57
CCFo33	112	116	96,55
CCFo49	149	158	94,30
CCFo53	132	158	83,54
CCFo55	713	799	89,24
CCF102	50	50	100,00
EASo16	15	23	65,22
EASo27	38	46	82,61
EPSo01	236	530	44,53
EPSo02	2.756	4.125	66,81
EPSo03	8.635	9.725	88,79
EPSo05	1.925	2.769	69,52
EPSo08	1.323	1.853	71,40
EPSo10	2.464	4.800	51,33
EPSo12	160	815	19,63
EPSo16	3.758	6.024	62,38
EPSo17	2.562	2.754	93,03
EPSo18	1.415	1.672	84,63
EPSo20	402	422	95,26
EPSo22	321	337	95,25
EPSo23	1.319	1.395	94,55
EPSo25	126	176	71,59
EPSo37	6.031	6.280	96,04
EPSIo1	79	85	92,94

EAPB	PVVIH que sí reciben preservativos	Total casos PVVIH	% Indicador
EPSIo2	244	261	93,49
EPSIo3	105	110	95,45
EPSIo4	70	88	79,55
EPSIo5	99	104	95,19
EPSIo6	28	40	70,00
EPSSo3	1.376	1.568	87,76
EPSS34	1.987	2.259	87,96
EPSS40	2.768	3.031	91,32
EPSS41	33	33	100,00
ESSo02	378	402	94,03
ESSo24	2.484	2.639	94,13
ESSo62	1.780	2.020	88,12
ESSo76	750	918	81,70
ESSo91	201	301	66,78
ESS118	1.588	2.376	66,84
ESS133	1.893	2.032	93,16
ESS207	1.939	2.087	92,91
RESo01	405	541	74,86
RESo03	1.090	1.249	87,27
RESo09	0	3	0,00
RESo12	3	3	100,00
EPSo33	91	110	82,73
EPSS33	1.360	1.709	79,58
Total	57.262	71.076	80,56

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Capítulo 4



Condición clínica en
personas con diagnóstico
de VIH y sida

Capítulo 4. CONDICIÓN CLÍNICA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH Y SIDA

4.1 Condición clínica en personas con diagnóstico de VIH y sida

4.1.1 Condición inmunológica al momento del diagnóstico

El conteo de linfocitos CD4 debe realizarse al inicio del diagnóstico como parte de la atención integral del paciente con infección por VIH y sida. Esto permite definir el riesgo de complicaciones asociadas al VIH, establece la necesidad de profilaxis para infecciones oportunistas y la indicación de inicio de TAR, adicionalmente, predice la supervivencia o progresión de la enfermedad (19). Según el Reporte Mundial sobre Tratamiento (2013), la mediana de CD4 al inicio del tratamiento ha aumentado, sin embargo, 1 de cada 4 personas inician TAR en forma tardía en países de bajos ingresos con conteos de CD4 menores de 100cél/mm³ (20). Según datos del registro administrativo de la CAC, 1 de cada 3 personas con la enfermedad tiene conteos menores de 100cél/mm³.

A 5,36% de los pacientes del registro administrativo de la CAC no se les realizó conteo de CD4 al inicio del diagnóstico. Para los casos nuevos, el 10% de los pacientes no tienen estudio de CD4 al inicio del diagnóstico, esto, a pesar de las indicaciones definidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) donde se recomienda el estudio del conteo de CD4 en la primera consulta (19).

La mediana de CD4 para todos los casos fue de 277cél/mm³ y para los casos nuevos fue de 294cél/mm³. El conteo de CD4 determina que en los hombres el diagnóstico es tardío, sin embargo, se evidencia que la población, al ser diagnosticada, tiene estadios más avanzados. A continuación, se presenta el comportamiento de los CD4 al inicio del diagnóstico para el total de casos y casos nuevos⁷ (ver tabla 21).

⁷ El análisis se realizó considerando que el conteo de CD4 en personas sanas se encuentra entre 500 y 1.600 cél/mm³. Se permite un corte de 2.000cél/mm³.

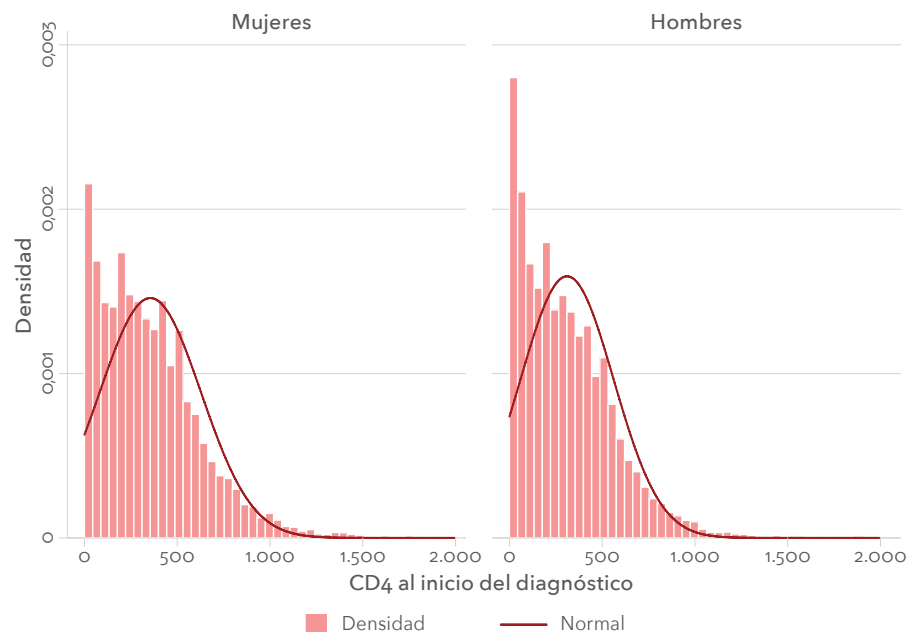
Tabla 21. Conteo CD4 Total casos, Casos Nuevos y por sexo, 2016

Conteo de CD4 al diagnóstico			
	Mediana	p25	p75
Total casos	277	115	468
Casos Nuevos	294	116	477
Mujeres	309	144	501
Hombres	266	106	454

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

El histograma del conteo de CD4 evidencia las diferencias de la condición inmunológica al diagnóstico entre hombres y mujeres con infección por VIH y sida (ver ilustración 25), se resalta que el comportamiento no es normal, implicando diagnósticos tardíos relacionados con el estado inmunológico.

Ilustración 25. Histograma CD4 al inicio del diagnóstico por sexo, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

El conteo de CD4 al diagnóstico en todos los tipos de régimen se concentró en rangos menores a 500cél/mm³, es preocupante el ingreso de los pacientes con infección por VIH al sistema de salud en condiciones inmunológicas que los clasifican en estadios 2 y fase sida (ver tabla 22).

Tabla 22. Conteo de CD4 al inicio del diagnóstico por régimen, 2016

Conteo CD4	Régimen de afiliación									
	Contributivo		Especial		No asegurado		Excepción		Subsidiado	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Más 500	5.776	23,1	0	0,0	0	0,0	189	25,4	2.565	19,9
200-499	10.149	40,6	1	50,0	0	0,0	281	37,8	4.603	35,7
Menor 200	9.049	36,2	1	50,0	1	100,0	273	36,7	5.725	44,4
Total	24.974	100,0	2	100,0	1	100,0	743	100,0	12.893	100,0

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

4.1.2 Estadio clínico al momento del diagnóstico en casos nuevos de infección por VIH

De acuerdo con la GPC del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), los costos de atención de pacientes con VIH aumentan por la aparición de eventos graves relacionados con el estadio de presentación (ejemplo: servicios de hospitalización por infecciones oportunistas). En relación con lo observado en los datos del corte actual, la representatividad de la enfermedad en el estadio más grave, consecuentemente derivara en mayores costos para los diferentes regímenes de afiliación; de ahí la importancia del diagnóstico temprano, tratamiento agudo y seguimiento en la adherencia y manejo integral de PVVIH (19).

Estadio al momento del diagnóstico para mayores de 13 años

Los estadios al momento del diagnóstico que concentran el mayor número de nuevos casos en mayores de 13 años son A2 y A1, el 60,3% de los nuevos casos se encuentran en estadios de detección tempranos; sin embargo, el 34,9% de los nuevos casos se encuentran en fase sida (ver tabla 23). En relación con el corte previo el 36,5% de los pacientes se encontraban al diagnóstico en fase sida, lo que sugiere mejoras leves en la detección temprana de la enfermedad.

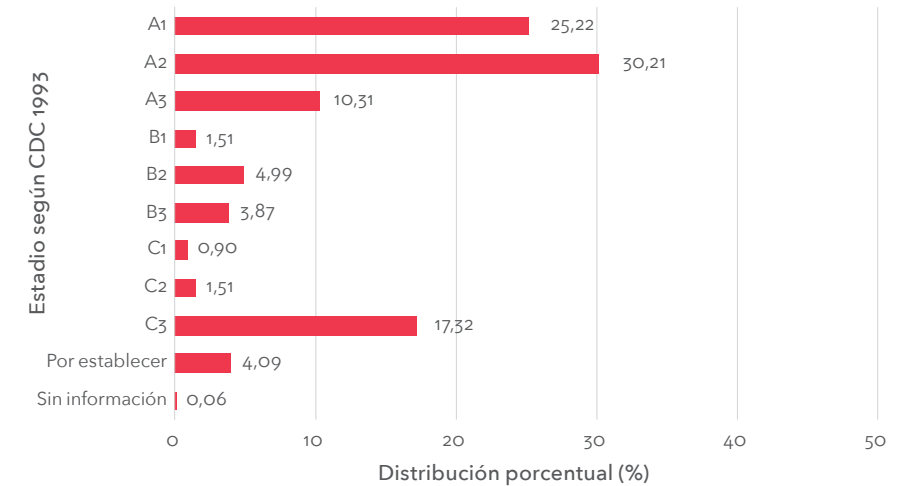
Tabla 23. Estadio al diagnóstico según Clasificación CDC 1993, 2016

Estadio al diagnóstico en mayores de 13 años		
Estadio	n=	%
A1	1.863	22,81
A2	2.461	30,13
A3	783	9,59
B1	129	1,58
B2	477	5,84
B3	394	4,82
C1	48	0,59
C2	134	1,64
C3	1.497	18,33
Sin información	8	0,1
Por establecer	373	4,57
Total	8.167	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

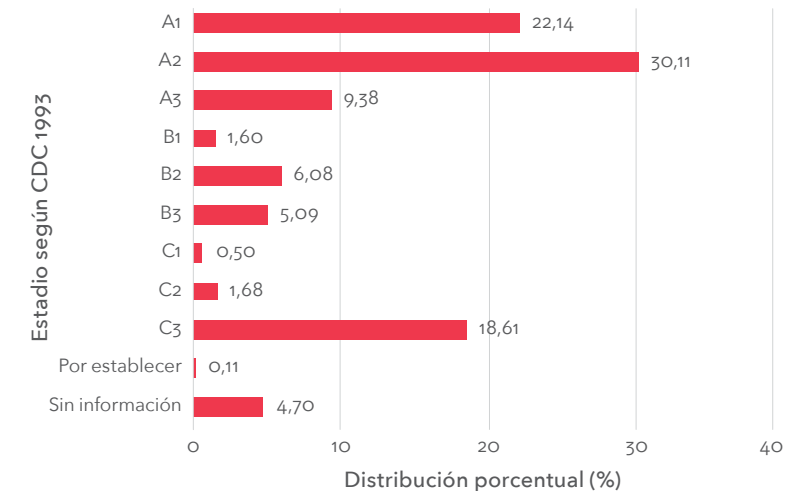
A continuación, se presenta la concentración de pacientes con diagnóstico de infección por VIH y el estadio al momento del diagnóstico según clasificación del CDC 1993 por sexos (ver ilustraciones 26 y 27). Es de resaltar que los pacientes incidentes son diagnosticados en estadios tempranos, sin embargo, como se reflejará más adelante, los estadios actuales son en su mayoría 3 o sida.

Ilustración 26. Estadio al diagnóstico según clasificación CDC 1993 para mujeres, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 27. Estadio al diagnóstico según clasificación CDC 1993 para hombres, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Estadio al momento del diagnóstico para menores de 13 años

Sólo 42 menores de 13 años fueron diagnosticados con VIH y sida para el último reporte de las entidades a la CAC. Sin embargo, a diferencia de los mayores de 13 años, se concentran más en estadio C3. Para el corte a 31 de enero de 2016, 45,2% de los pacientes se diagnosticaron en fases tempranas y 35,7% en fase sida, para el corte previo, 56,5% se encontraban en estadios tempranos y 30,2% en estadios fase sida, sugiriendo demoras en el diagnóstico de menores de 13 años (ver tabla 24). Lo anterior podría explicarse por las dificultades en el acceso a laboratorios idóneos, la estigmatización, la pobre educación y el soporte a las familias de niños y niñas con infección por VIH que no permiten que los padres retornen por los resultados de los niños y niñas, visibilizando el desinterés por conocer el estado serológico de los pacientes (21).

Tabla 24. Estadio al diagnóstico según clasificación CDC 1993, 2016

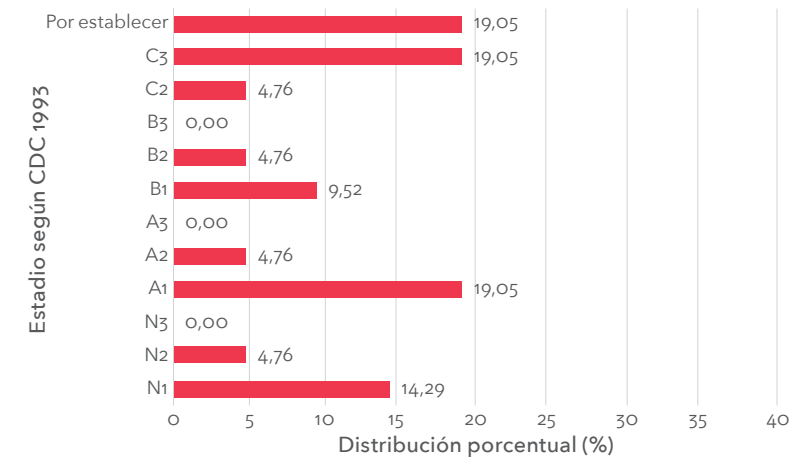
Estadio al diagnóstico en menores de 13 años		
Estadio	n=	%
N1	7	16,67
N2	2	4,76
N3	1	2,38
A1	7	16,67
A2	3	7,14
A3	1	2,38
B1	3	7,14
B2	1	2,38
B3	2	4,76
C2	3	7,14
C3	8	19,05
Por establecer	4	9,52
Total	42	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Según el sexo, las menores de 13 años se presentan al momento del diagnóstico en estadios A1 y C3. Para el caso de los hombres se presenta un comportamiento similar, los estadios con mayor concentración de

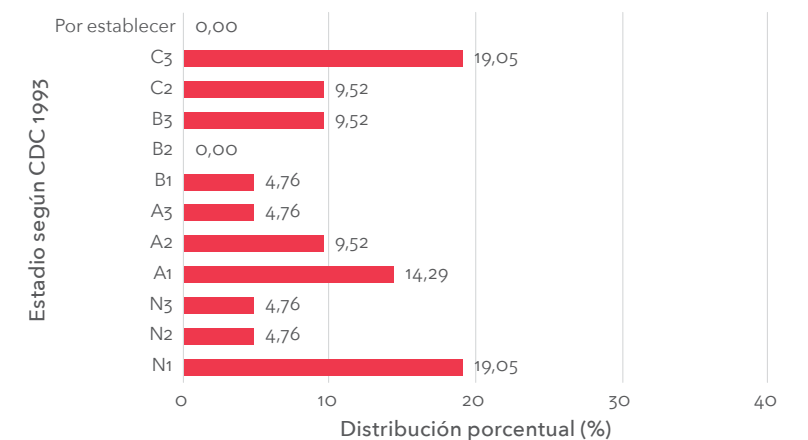
casos son N1 y C3; sin embargo, el diagnóstico en niños puede ser más oportuno (Ver ilustraciones 28 y 29).

Ilustración 28. Estadio al diagnóstico en menores de 13 años según CDC 1993 para niñas, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 29. Estadio al diagnóstico en menores de 13 años según CDC 1993 para niños, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

El régimen subsidiado tiene la mayoría de nuevos casos de infección por VIH en menores de 13 años, prevalece el estadio C3 como el segundo con mayor número de casos. (ver tabla 25).

Tabla 25. Estadio al momento del diagnóstico según CDC 1993 por régimen (< 13 años), 2016

Estadio	Régimen de afiliación					
	Contributivo		Subsidiado		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
N1	1	14,3	6	85,7	7	100,0
N2	1	50,0	1	50,0	2	100,0
N3	0	0,0	1	100,0	1	100,0
A1	3	42,9	4	57,1	7	100,0
A2	0	0,0	3	100,0	3	100,0
A3	0	0,0	1	100,0	1	100,0
B1	0	0,0	3	100,0	3	100,0
B2	1	100,0	0	0,0	1	100,0
B3	0	0,0	2	100,0	2	100,0
C2	0	0,0	3	100,0	3	100,0
C3	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Por establecer	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Total	10	23,8	32	76,2	42	100,0

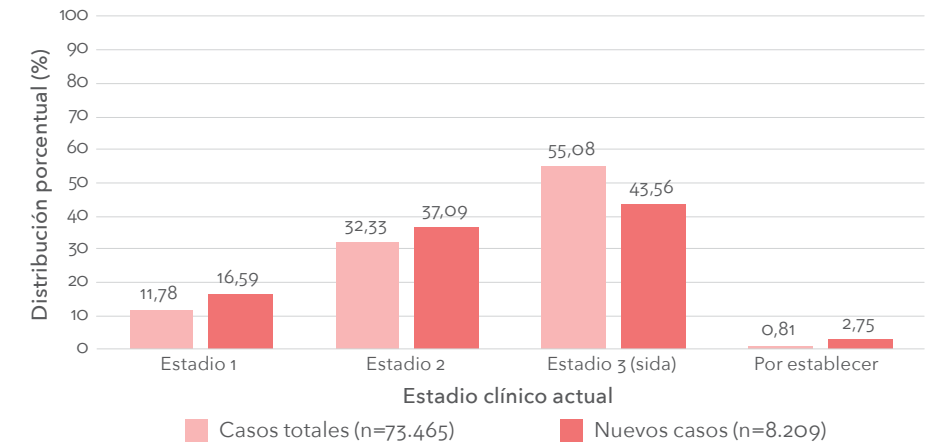
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

4.1.3 Estadio clínico actual

El estadio clínico 3 o sida continúa siendo predominante a la fecha de corte, sugiriendo deterioro y progresión de la enfermedad, esto influye negativamente en el pronóstico y supervivencia de los pacientes.

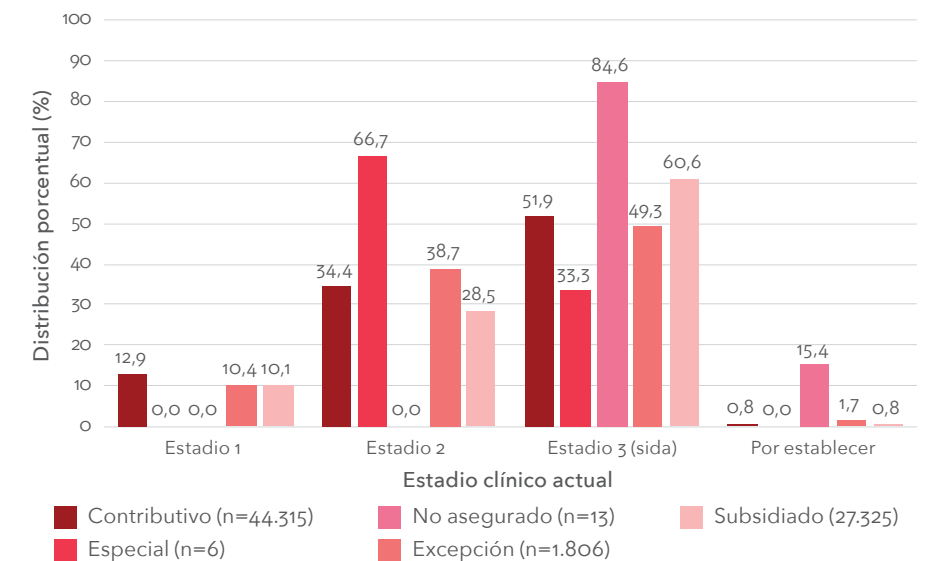
Ningún régimen tiene actualmente su población concentrada en estadios 1 y 2, esto puede sugerir un seguimiento y control inadecuados de las personas con diagnóstico de infección por VIH o falta de adherencia por parte de los pacientes al programa de atención integral en VIH (ver ilustración 30 e ilustración 31).

Ilustración 30. Estadio clínico actual en personas con diagnóstico de VIH y sida, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 31. Estadio clínico actual en personas con diagnóstico de VIH y sida por régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

El comportamiento es similar para ambos sexos, respecto al corte previo, continúa siendo el estadio 3 o sida el más común para mujeres y hombres, siendo 48,5% y 58,3% para el año 2015 (ver ilustración 32).

Ilustración 32. Estadio clínico actual en personas con diagnóstico de VIH y sida según sexo, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

4.1.4 Patologías definitorias de sida

En la era preTAR⁸, las infecciones oportunistas eran una de las principales causas de morbilidad entre los pacientes con infección por VIH (22). La instauración de programas que incluyeran quimioprofilaxis, inmunización y otras estrategias para disminuir la aparición de infecciones oportunistas en los años 90, contribuyó con el mejoramiento de la calidad de vida y supervivencia de personas con diagnóstico de VIH y sida (22) (23).

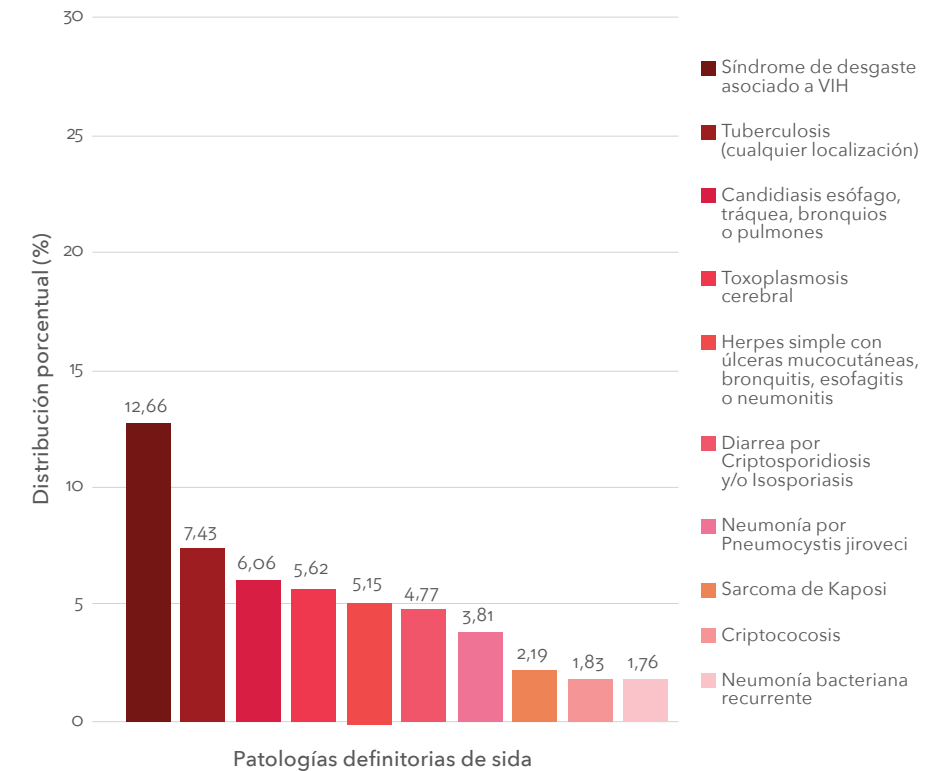
A pesar del uso adecuado de TAR, la morbilidad generada por dichas infecciones sigue siendo un problema en el proceso de atención de PVVH,

⁸ Antes del inicio de terapia antirretroviral en el mundo.

ya que su aparición puede deberse al desconocimiento de la infección, que en muchas ocasiones debuta con infecciones oportunistas. Por otro lado, puede estar dada por dificultades en el acceso a la terapia o por la inadecuada adherencia al tratamiento, trayendo como consecuencia el mantenimiento de cargas virales altas y una pobre respuesta inmunológica (22).

Para el corte a 31 de enero de 2016, 40.461 personas con diagnóstico de VIH se encontraban en estadio 3 o sida. Seguidamente, se presenta la distribución de enfermedades definitorias de sida para todos los casos reportados, a diferencia del corte previo, la tuberculosis ocupa actualmente el segundo lugar, que previamente ocupaba la candidiasis. La infección por citomegalovirus no hace parte de las 10 primeras condiciones con mayor frecuencia de presentación, en su lugar, en el corte a 31 de enero de 2016, la criptococosis hace parte de las primeras condiciones (ver ilustración 33).

Ilustración 33. Distribución de patologías que definen sida, 2016

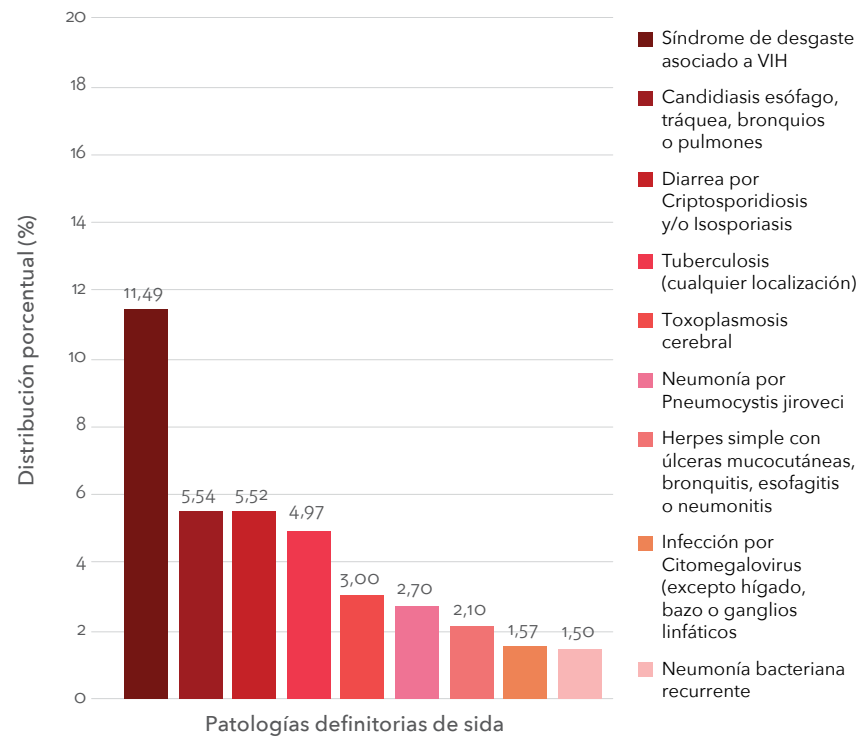


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Patologías definatorias de sida en incidentes

El síndrome de desgaste asociado al sida continúa siendo la condición con mayor número de casos. A diferencia del corte previo (2015), la tuberculosis tiene menos representatividad para 2016. Las patologías definatorias de sida en pacientes nuevos diagnosticados con infección por VIH y reportados a la CAC son infecciosas en su mayoría (ver ilustración 34), las neoplasias como el Sarcoma de Kaposi, el linfoma de Burkitt y el cáncer de cérvix invasivo se presentaron en 1,2%, 0,37% y 0,09% respectivamente.

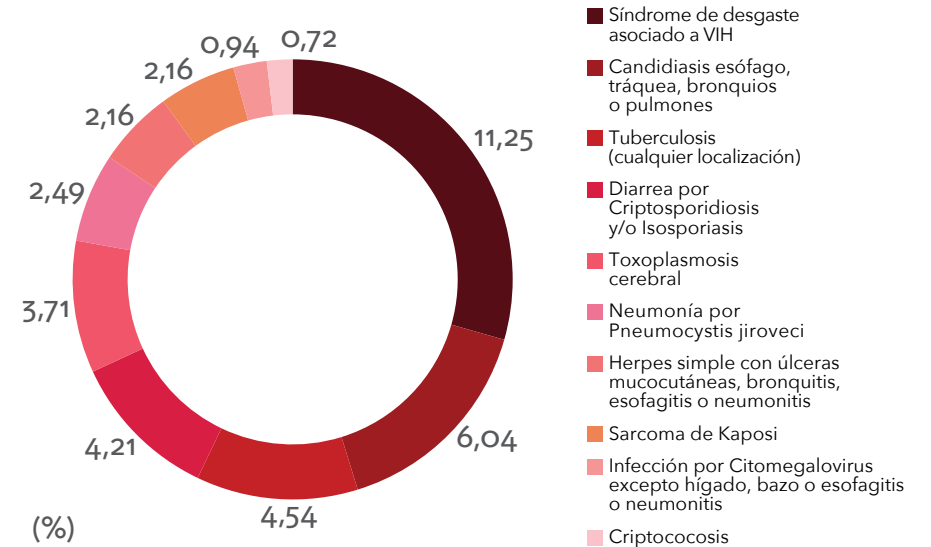
Ilustración 34. Patologías definatorias de sida en incidentes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

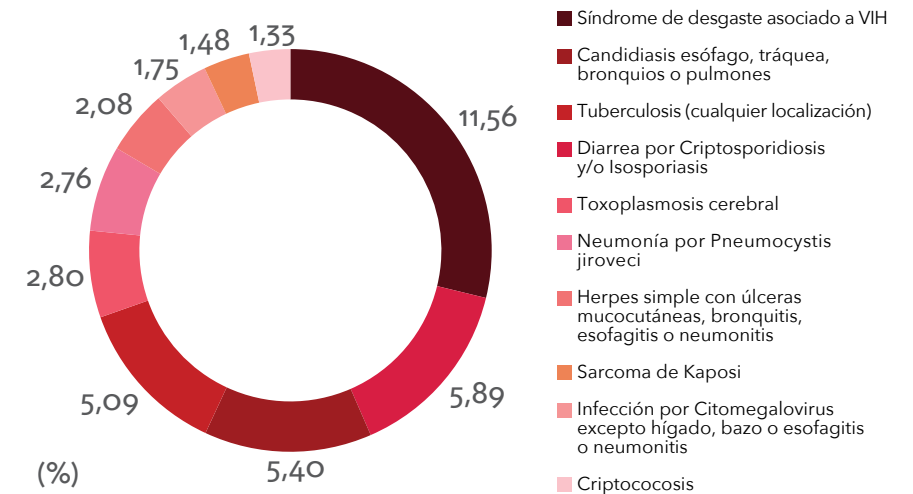
Según el sexo, existen diferencias en la presentación de las enfermedades definatorias de sida. En las mujeres, el Sarcoma de Kaposi no se presentó como una de las diez condiciones más importantes. Para los hombres, las neumonías recurrentes no concentran casos (ver ilustraciones 35 y 36).

Ilustración 35. Patologías que definen sida en mujeres incidentes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 36. Patologías que definen sida en hombres incidentes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Capítulo 5



Tratamiento antirretroviral (TAR)

Capítulo 5. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)

5.1 Tratamiento antirretroviral (TAR)

El inicio temprano de la terapia antirretroviral en todos los pacientes VIH positivos, independientemente del nivel de CD4, determina el curso de la enfermedad. El inicio de la TAR se considera un pilar de la prevención combinada para el VIH, adicionalmente, permite mejorar los marcadores, disminuye la severidad de la enfermedad aguda, reduce el reservorio viral y preserva la función inmune (2) (22) (24) (25).

El abordaje rápido para la intervención de la infección por VIH en el mundo de *Fast Track Approach* propuso en el año 2016 la estrategia 90 90 90 para disminuir los casos nuevos de infección por VIH a nivel mundial a menos de 500.000 para 2020 (1) (2). Entre los objetivos de cumplimiento, se encuentra el acceso al tratamiento antirretroviral para 90% o más de las personas que conocen su estado serológico.

Para el corte a 31 de enero, no se tiene información del inicio de la terapia antirretroviral en el 11% de las personas. Para mujeres y hombres la indicación principal para el inicio de la TAR fue el conteo absoluto de CD4 (menor de 500cél/mm³ según la GPC colombiana, 2014). El porcentaje de CD4 continúa siendo la menor proporción entre todas las causas para la indicación de TAR (ver tabla 26).

Tabla 26. Distribución motivo de inicio de TAR según sexo, 2016

Motivo Inicio TAR	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
Cuadro clínico	5.039	26,51	17.186	31,56	22.225	30,25
Gestante	2.906	15,29	0	0,00	2.906	3,96
Por ConteoCD4	5.265	27,69	19.856	36,46	25.121	34,19

Motivo Inicio TAR	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
Por PorcentajeCD4	250	1,32	680	1,25	930	1,27
Por carga viral	1.129	5,94	3.403	6,25	4.532	6,17
Otra causa	1.346	7,08	4.260	7,82	5.606	7,63
Sin información	2.277	11,98	5.823	10,69	8.100	11,03
No ha iniciado TAR	799	4,20	3.246	5,96	4.045	5,51
Total	19.011	100,00	54.454	100,00	73.465	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

5.1.1 Asesoría para el uso de terapia antirretroviral (TAR)

Según los datos del registro administrativo de la CAC, 65.044 personas que viven con VIH y sida estaban en tratamiento antirretroviral. Aproximadamente, 76,8% de quienes usaron TAR fueron asesoradas previamente al inicio de la terapia actual (ver tabla 27).

Según las GPC del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), la atención a personas con diagnóstico de infección por VIH y sida debe ofrecerse por parte de un grupo multidisciplinario o personal de cumplimiento, que incluye médico experto, psicología, nutrición, enfermería, trabajo social, químico farmacéutico y odontólogo⁹, adicionalmente, siempre debe existir como director científico de los programas un infectólogo tratante. Para el corte a 31 de enero de 2016, el 5,51% de las personas que reciben TAR no tuvieron asesoría previa al inicio de la misma, lo que puede influir en la adherencia al tratamiento, pues la educación brindada por médicos expertos o especialistas al inicio de la terapia permite instruir al paciente sobre la dosis, frecuencia, beneficios, y efectos adversos de la TAR (24) (26) (ver tabla 28).

⁹ Trabajador Encargado de Asesorar el Cumplimiento (TEC).

Tabla 27. Distribución personas con VIH y sida que usan TAR y reciben asesoría por régimen, 2016

Régimen	Personas con VIH/sida asesoradas	Casos con VIH/sida que reciben TAR actual o no reciben TAR por desabastecimiento	%
Contributivo	30.814	38.933	79,15
Especial	6	6	100,00
No asegurado	0	1	0,00
Excepción	1.421	1.691	84,03
Subsidiado	17.722	24.397	72,64
Total	49.963	65.028	76,83

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Tabla 28. Distribución personas con VIH y sida que usan TAR y reciben asesoría por sexo, 2016

Asesoría de TAR	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
No recibió	957	5,67	2.625	5,45	3.582	5,51
Recibió por TEC	10.398	61,61	29.164	60,57	39.562	60,84
Otra persona no TEC	2.377	14,08	8.024	16,66	10.401	15,99
Inicio otra EPS	2.845	16,86	6.934	14,40	9.779	15,04
Inicio antes 2006	300	1,78	1.404	2,92	1.704	2,62
Total	16.877	100,00	48.151	100,00	65.028	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

La atención por Trabajadores Encargados de Asesorar el Cumplimiento (TEC) a pacientes con infección por VIH y sida mejora la calidad de vida y

el pronóstico de las personas con esta patología, la asesoría por parte de personal experto influye en la adherencia a la TAR, de ahí la importancia de la educación del paciente previo a su inicio (19). A continuación, se presenta el porcentaje de pacientes con TAR que han sido asesorados antes del inicio de la misma discriminado por EAPB (ver tabla 29).

Tabla 29. Distribución personas con VIH y sida que usan TAR y reciben asesoría por EAPB, 2016

EAPB	Personas con VIH y sida asesoradas	Personas con VIH y sida que reciben TAR actual o no reciben TAR por desabastecimiento	%
63000	0	1	0,00
CCFo07	283	351	80,63
CCFo09	28	39	71,79
CCFo15	713	934	76,34
CCFo23	108	122	88,52
CCFo24	321	383	83,81
CCFo27	114	134	85,07
CCFo33	83	108	76,85
CCFo49	151	153	98,69
CCFo53	117	148	79,05
CCFo55	697	768	90,76
CCF102	16	43	37,21
EASo16	21	21	100,00
EASo27	37	44	84,09
EPSo01	304	514	59,14
EPSo02	3.280	3.750	87,47
EPSo03	6.419	8.721	73,60
EPSo05	2.024	2.540	79,69
EPSo08	1.709	1.752	97,55
EPSo10	3.488	4.067	85,76
EPSo12	552	676	81,66
EPSo16	4.861	5.361	90,67
EPSo17	1.632	2.595	62,89
EPSo18	1.285	1.535	83,71

EAPB	Personas con VIH y sida asesoradas	Personas con VIH y sida que reciben TAR actual o no reciben TAR por desabastecimiento	%
EPSo20	213	386	55,18
EPSo22	217	329	65,96
EPSo23	951	1.262	75,36
EPSo25	64	144	44,44
EPSo33	67	98	68,37
EPSo37	4.184	5.997	69,77
EPSIo1	73	78	93,59
EPSIo2	226	241	93,78
EPSIo3	79	102	77,45
EPSIo4	87	87	100,00
EPSIo5	82	103	79,61
EPSIo6	29	31	93,55
EPSSo3	921	1.419	64,90
EPSS34	1.208	2.042	59,16
EPSS33	1.039	1.597	65,06
EPSS40	1.636	2.759	59,30
EPSS41	27	32	84,38
ESSo02	320	370	86,49
ESSo24	2.004	2.484	80,68
ESSo62	1.422	1.836	77,45
ESSo76	484	862	56,15
ESSo91	133	292	45,55
ESS118	1.828	2.132	85,74
ESS133	1.539	1.949	78,96
ESS207	1.460	1.939	75,30
RESo01	436	508	85,83
RESo03	985	1.183	83,26
RESo09	3	3	100,00
RESo12	3	3	100,00
Total	49.963	65.028	76,83

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

5.1.2 Objetivos 90 90 90

El 90% de las personas con diagnóstico de VIH y sida debe estar en tratamiento

La cobertura mundial de TAR para el año 2015 fue de 46% [43-50%]. En regiones como el este y Sureste de África aumentaron su cobertura de 24% [22-25%] en 2010 a 54% [50-58%] en 2015, llegando a 10.3 millones de personas que usan TAR (1).

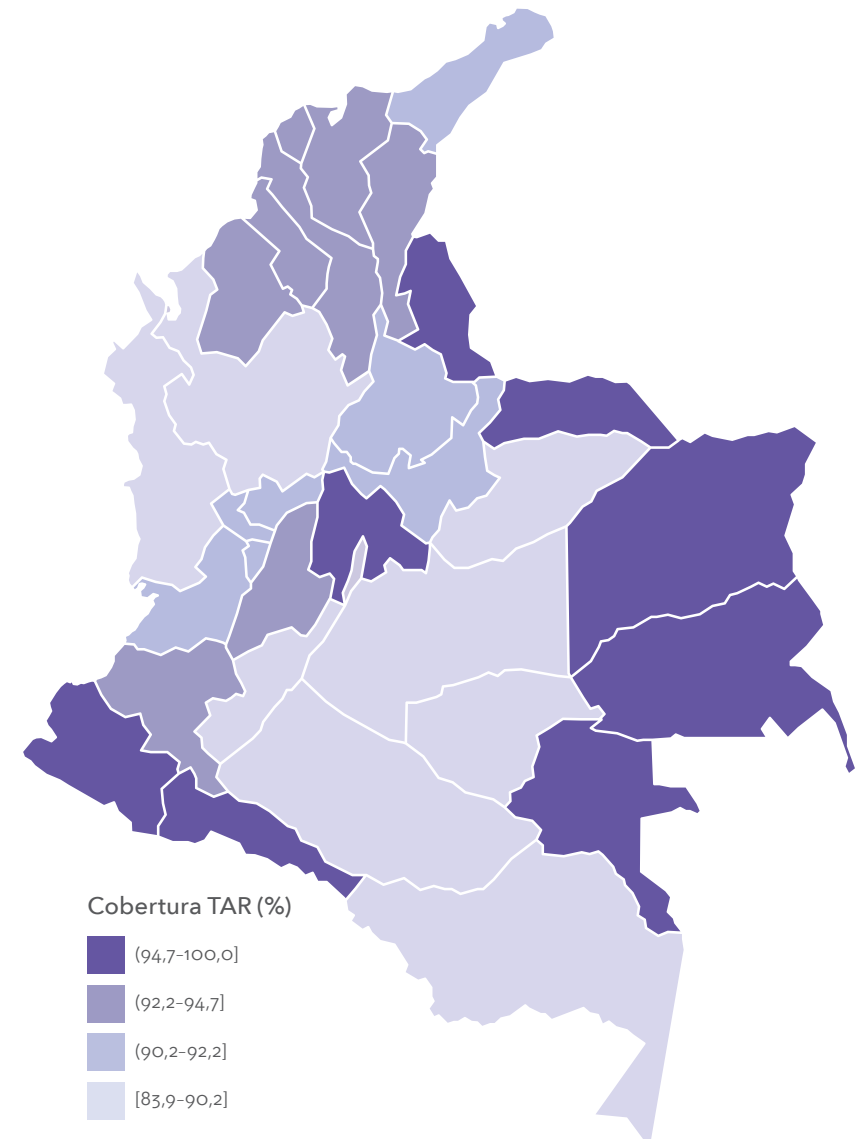
América Latina y el Caribe ocupa el primer lugar entre los países de mediano y bajos ingresos en proveer medicamentos antirretrovirales (27), con una cobertura de 55% [47-54%] para el 2015 (1).

Uno de los indicadores determinantes que reflejan el esfuerzo de las EAPB por atender las necesidades de las personas con diagnóstico de VIH y sida es la cobertura de TAR. Para efectos de este análisis debe tenerse en cuenta que los datos del corte a 31 de enero de 2016 se basan en pacientes que viven con VIH (PVVIH) y son reportados por las EAPB.

De las 71.076 personas que viven con VIH en la actualidad, 91,5% reciben TAR. Se resalta el esfuerzo realizado en términos de cobertura ya que el indicador supera el 90% de lo definido por el abordaje rápido para la intervención de la infección por VIH en el mundo (*Fast Track Approach*) (1) (2) (ver ilustración 37).

Al igual que el corte previo, en las zonas dispersas la cobertura de TAR alcanza el 100%. Antioquia que concentra el 17,3% de las personas que viven con VIH tiene coberturas de TAR menores al estándar (88,7%) (ver tabla 30).

Ilustración 37. Cobertura de TAR en PVVIH por departamentos, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

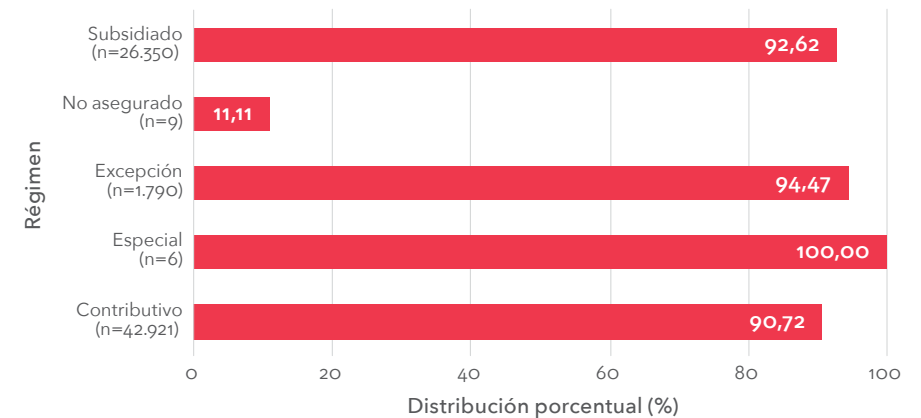
Tabla 30. Cobertura de TAR por departamentos, 2016

Departamento	PVVIH con TAR	Número de casos de PVVIH	%
Amazonas	22	25	88,00
Antioquia	10.951	12.344	88,72
Arauca	107	113	94,69
Atlántico	4.174	4.442	93,97
Bogotá	15.663	17.073	91,74
Bolívar	2.699	2.854	94,57
Boyacá	405	440	92,05
Caldas	1.104	1.209	91,32
Caquetá	243	273	89,01
Casanare	329	392	83,93
Cauca	710	753	94,29
Cesar	1.388	1.473	94,23
Chocó	115	131	87,79
Córdoba	2.317	2.427	95,47
Cundinamarca	1.392	1.472	94,57
Guainía	10	10	100,00
Guaviare	18	20	90,00
Huila	1.034	1.154	89,60
La Guajira	553	601	92,01
Magdalena	1.577	1.706	92,44
Meta	1.223	1.403	87,17
Nariño	844	880	95,91
Norte de Santander	2.160	2.274	94,99
Putumayo	142	149	95,30
Quindío	1.051	1.157	90,84
Risaralda	1.769	1.950	90,72
San Andrés	74	75	98,67
Santander	2.461	2.707	90,91
Sucre	1.110	1.178	94,23
Tolima	1.168	1.267	92,19
Valle del Cauca	8.224	9.117	90,21
Vaupés	1	1	100,00
Vichada	6	6	100,00
Total	65044	71076	91,51

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Según el régimen, de las nueve PVVIH que pertenecen a las Direcciones Departamentales, sólo una tenía TAR a la fecha de corte. Para los otros 4 regímenes se alcanza el objetivo dado que la cobertura es mayor al 90% (ver ilustración 38).

Ilustración 38. Distribución de PVVIH y tienen TAR por régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Según el informe *Global AIDS Update 2016* de ONUSIDA, existen brechas relacionadas con el acceso a TAR en hombres, hecho que influye en la adherencia al tratamiento, en la prevención de la infección a través del uso de TAR y en el aumento de muertes relacionadas con el sida en esta población (1). Los datos de la CAC indican que la cobertura según el sexo se mantiene uniforme respecto a reportes previos, continúa en ascenso y no existe disparidad evidente entre mujeres y hombres (ver tabla 31).

Tabla 31. Cobertura de TAR por sexo, 2016

Sexo	PVVIH con TAR	Número de casos de PVVIH	%
Mujeres	16.884	18.477	91,38
Hombres	48.160	52.599	91,56
Total	65.044	71.076	91,51

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

A continuación, se presenta la cobertura de TAR según EAPB (ver tabla 32).

Tabla 32. Cobertura de TAR por EAPB, 2016

EAPB	PVVIH con TAR	Número de casos de PVVIH	%
18000	0	1	0,00
63000	1	7	14,29
68000	0	1	0,00
CCFo07	351	364	96,43
CCFo09	39	42	92,86
CCFo15	934	964	96,89
CCFo23	122	125	97,60
CCFo24	383	436	87,84
CCFo27	134	140	95,71
CCFo33	108	116	93,10
CCFo49	153	158	96,84
CCFo53	148	158	93,67
CCFo55	768	799	96,12
CCF102	43	50	86,00
EASo16	21	23	91,30
EASo27	44	46	95,65
EPSo01	514	530	96,98
EPSo02	3.750	4.125	90,91
EPSo03	8.721	9.725	89,68
EPSo05	2.541	2.769	91,77
EPSo08	1.752	1.853	94,55
EPSo10	4.067	4.800	84,73
EPSo12	676	815	82,94
EPSo16	5.362	6.024	89,01
EPSo17	2.596	2.754	94,26
EPSo18	1.538	1.672	91,99

EAPB	PVVIH con TAR	Número de casos de PVVIH	%
EPSo20	386	422	91,47
EPSo22	329	337	97,63
EPSo23	1.263	1.395	90,54
EPSo25	144	176	81,82
EPSo33	98	110	89,09
EPSo37	5.997	6.280	95,49
EPSIo1	78	85	91,76
EPSIo2	241	261	92,34
EPSIo3	102	110	92,73
EPSIo4	87	88	98,86
EPSIo5	103	104	99,04
EPSIo6	31	40	77,50
EPSSo3	1.420	1.568	90,56
EPSS33	1.601	1.709	93,68
EPSS34	2.043	2.259	90,44
EPSS40	2.761	3.031	91,09
EPSS41	32	33	96,97
ESSo02	370	402	92,04
ESSo24	2.485	2.639	94,16
ESSo62	1.836	2.020	90,89
ESSo76	862	918	93,90
ESSo91	292	301	97,01
ESS118	2.132	2.376	89,73
ESS133	1.949	2.032	95,92
ESS207	1.939	2.087	92,91
RESo01	508	541	93,90
RESo03	1.183	1.249	94,72
RESo09	3	3	100,00
RESo12	3	3	100,00
Total	65.044	71.076	91,51

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

5.1.3 Medicamentos antirretrovirales

La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) determina los esquemas de primera línea para personas mayores de 13 años con los cuales debe iniciarse el tratamiento en pacientes con VIH, esto por su costo efectividad para el Sistema General de Salud, las recomendaciones son las siguientes:

1. Abacavir (ABC)/Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV).
2. Abacavir (ABC)/Lamivudina (3TC) + Atazanavir (ATZ) y Ritonavir (/r)

Existen otros esquemas sugeridos como los expuestos en la Guía Consolidada del uso de TAR para tratamiento y prevención de la Infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud (2016) (26), los cuáles también son usados aunque en menor proporción en pacientes con VIH reportados a la CAC. Los siguientes son los esquemas sugeridos por OMS:

1. Tenofovir + Lamivudina (o Emtricitabina) + Efavirenz, si esta llegara a estar contraindicada o no estuviera disponible se requeriría el uso de:
 - a. Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz;
 - b. Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina
 - c. Tenofovir + Lamivudina (o Emtricitabina) + Nevirapina.

Actualmente, el 16,1% usan la primera línea de TAR propuesta por la Guía de Práctica Clínica Colombiana (2014); en el corte previo la Zidovudina + Lamivudina y Efavirenz ocupaba el primer lugar. Actualmente, es el segundo esquema en uso con 15,7%.

Aproximadamente el 80% de las PVIH usan los siguientes esquemas de TAR (ver tabla 33).

Tabla 33. Distribución de esquemas de TAR de mayor uso en PVIH, 2016

TAR actual	n=	%
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz	10.527	16,18
Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz	10.244	15,75
Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz	5.931	9,12
Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir	5.271	8,1
Abacavir + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir	4.765	7,33

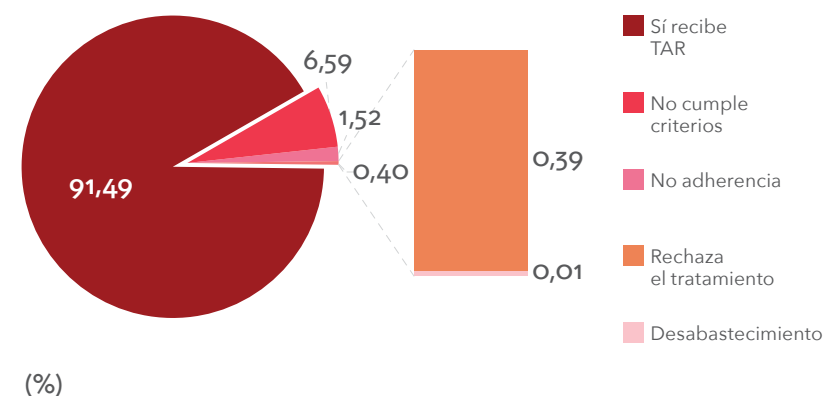
TAR actual	n=	%
Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina	3.966	6,1
Abacavir + Lamivudina + Atazanavir/Ritonavir	2.559	3,93
Abacavir + Lamivudina + Nevirapina	2.180	3,35
Tenofovir + Emtricitabina + Atazanavir/Ritonavir	2.150	3,31
Tenofovir + Emtricitabina + Lopinavir/Ritonavir	1.774	2,73
Zidovudina + Lamivudina + Atazanavir/Ritonavir	1.020	1,57

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

No recibir tratamiento por desabastecimiento disminuyó para el corte 31 de enero de 2016, siendo 0,01%, a diferencia del corte previo donde el 0,29% no recibía medicamentos por dicha causa. En relación con el corte previo, el no cumplimiento de criterios disminuyó, siendo de 7,81% para el 2015 y 6,59% para el 2016 (ver ilustración 39).

A medida que se adopten recomendaciones como las de la Organización Mundial de la Salud de iniciar TAR independientemente del estadio clínico y del conteo de CD4 (26) (28), el porcentaje de personas sin TAR por no cumplimiento de criterios podría disminuir.

Ilustración 39. Distribución de PVIH y uso o no de TAR, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

5.1.4 Motivo del cambio de la TAR

A menos que exista una falla virológica, no deben realizarse cambios en la TAR excepto en los siguientes casos:

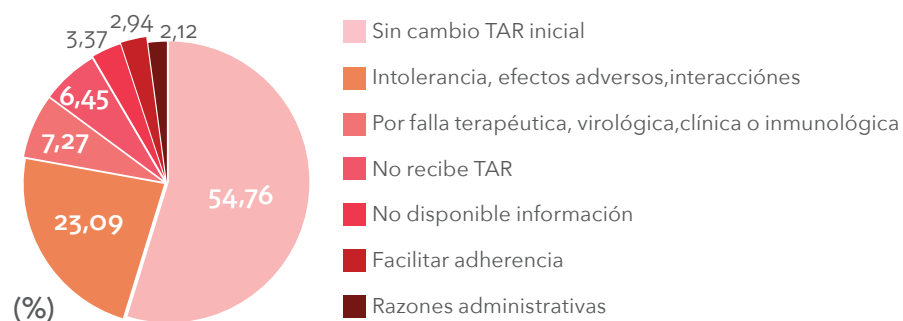
- Efectos secundarios sin solución;
- Toxicidad del medicamento;
- Combinaciones más simples;
- Embarazo, pudiendo ser controvertido el cambio de la TAR;
- Uso de otros medicamentos con interacciones importantes con los antirretrovirales (27).

Según los datos reportados a la CAC para el 31 de enero de 2016, al 54,7% de las personas con diagnóstico de VIH no se les realizó cambio de la TAR inicial. De los 73.465 pacientes reportados a la CAC, el 23,1% tuvieron cambios del esquema por efectos adversos, intolerancia o interacciones medicamentosas (ver ilustración 40).

Aunque no se contemplan como causa de cambio de medicamentos aquellas relacionadas con el asegurador, el reporte demuestra que 1.557 personas con diagnóstico de VIH tuvieron que cambiar la TAR inicial por condiciones administrativas, lo que sugiere barreras en el acceso al tratamiento continuo, influyendo negativamente en la adherencia y control de la enfermedad.

Las combinaciones más simples permiten mejorar la adherencia de pacientes con VIH y sida (27), el cambio de TAR inicial en 2.163 pacientes para promover la adherencia del paciente, da cuenta de las estrategias instauradas para mejorar el seguimiento y la calidad de la atención para el control de la enfermedad.

Ilustración 40. Causa del cambio de primera TAR en pacientes con VIH y sida, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

5.1.5 Momento de la genotipificación

Desde la aplicación de las Guías de Práctica Clínica para la atención de personas con VIH y sida del Ministerio de Salud y Protección Social (2005), se determinó que la genotipificación debía realizarse al segundo y tercer fallos (29). Según la GPC 2014, se recomienda su uso en el primer fallo terapéutico (19). Actualmente, en algunos países se recomienda el uso de la prueba de genotipificación sin importar el tipo de medicamento que se vaya a iniciar, esto con el fin de seleccionar el esquema ideal de TAR (24).

Sin embargo y a pesar de las recomendaciones dirigidas desde las GPC colombianas, el 90,7% de los pacientes no tienen pruebas de resistencia viral. Del total de personas que no tienen genotipificación en ningún momento, el 60,7% pertenecía al régimen contributivo, en ninguna ocasión fue mayor la solicitud para el régimen subsidiado (ver tabla 34).

Tabla 34. Distribución realización de genotipificación por régimen, 2016

Genotipificación	Contributivo		Especial		No asegurado		Excepción		Subsidiado		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
No se realizó	40.425	60,7	6	0,01	1	0,00	1.666	2,50	24.554	36,8	66.652	100,00
Al diagnóstico	383	66,8	0	0,00	0	0,00	24	4,19	166	29,0	573	100,00
Al inicio de TAR	309	60,1	0	0,00	0	0,00	3	0,58	202	39,3	514	100,00
Primera falla	2.017	63,7	0	0,00	0	0,00	81	2,56	1.068	33,7	3.166	100,00
Segunda falla	536	54,7	0	0,00	0	0,00	26	2,65	418	42,7	980	100,00
Tres o más fallas	113	51,6	0	0,00	0	0,00	6	2,74	100	45,7	219	100,00
Sin información	532	39,1	0	0,00	12	0,88	0	0,00	817	60,0	1.361	100,00
Total	44.315	60,3	6	0,01	13	0,02	1.806	2,46	27.325	37,2	73.465	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

5.1.6 Valoración por infectología

La atención integral de los pacientes que viven con VIH y sida debe ser brindarse por grupos multidisciplinarios que permiten la valoración biopsicosocial de PVVIH. Acorde con la GPC del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) los pacientes deben ser valorados por especialistas, ya que esto influye en su pronóstico (19).

Para el corte a 31 de enero, de las 71.076 PVVIH, 57,4% no fueron valoradas por infectología en los 6 meses previos a esta fecha (ver tabla 35).

Tabla 35. Valoración por infectología en los últimos 6 meses, 2016

Valoración por infectología	n=	%
Ninguna	40.862	57,49
Una vez	20.989	29,53
Dos veces	3.496	4,92
Tres veces	2.716	3,82
Cuatro o más veces	3.013	4,24
Total	71.076	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Capítulo 6



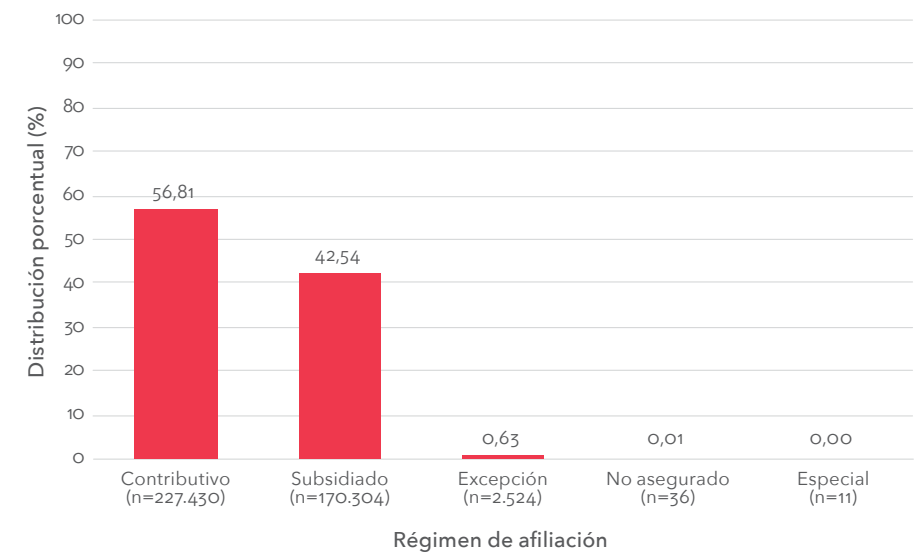
Población gestante

Capítulo 6. POBLACIÓN GESTANTE

6.1 Población gestante

Fueron reportadas a la Cuenta de Alto Costo 400.305 gestantes para el corte 31 de enero de 2016. La mayoría de estas pacientes fueron atendidas en el régimen contributivo, seguido por el subsidiado, 36 mujeres fueron reportadas por las Direcciones Departamentales y 11 por el régimen especial (ver ilustración 41).

Ilustración 41. Distribución población gestante por régimen, 2016

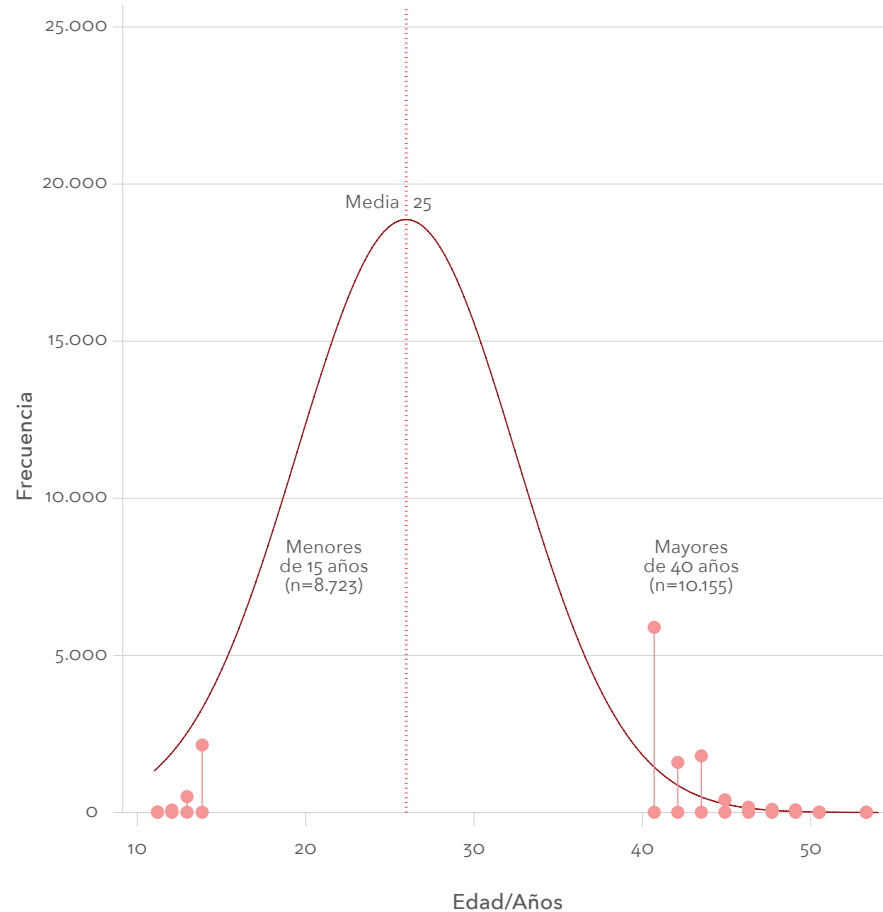


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

La edad máxima en las gestantes fue 54 años, la mínima de 11 años, el 50% de las mujeres en embarazo se encuentra entre 21 y 31 años. La media fue de 25,97 años [IC: 25,95-25,99]. Las gestantes menores de 15 años repre-

sentan el 2,17% del total de gestantes, por encima de 40 años son el 2,53% (ver ilustración 42).

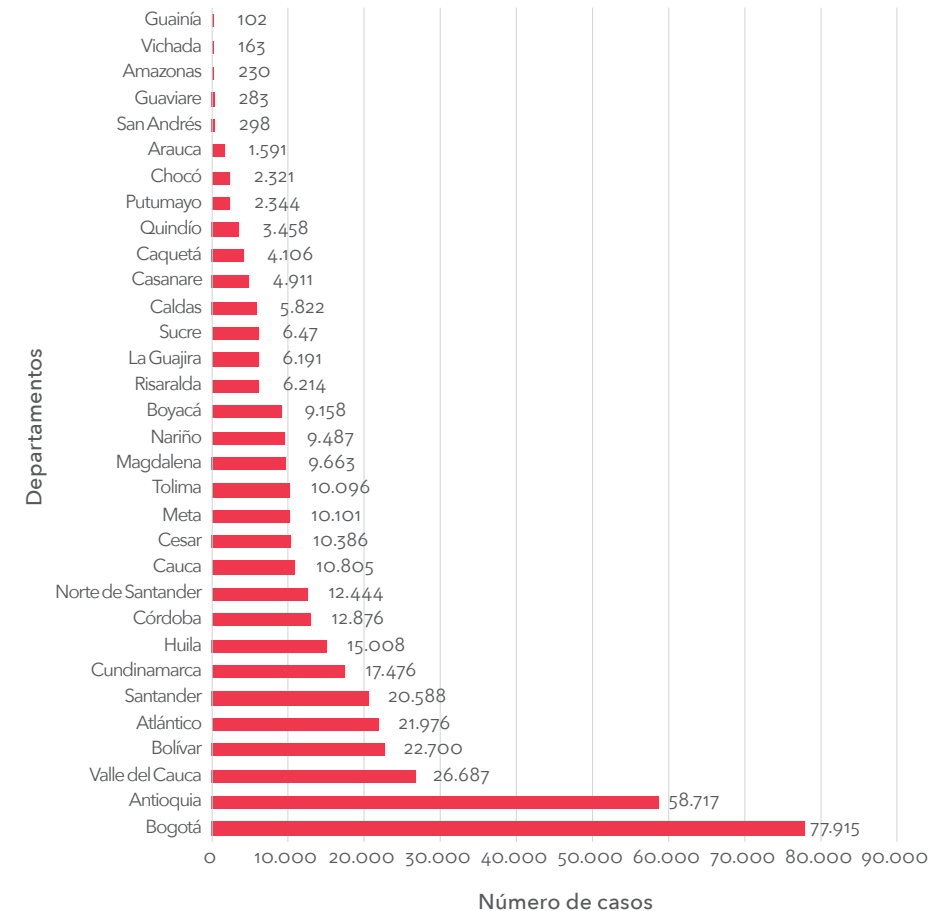
Ilustración 42. Histograma Edad/años gestantes, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

En la clasificación por departamentos, Bogotá sigue concentrando el mayor número de gestantes, con el 19,4% (corte 2015: 18%); seguido por Antioquia y Valle del Cauca, 14,6% y 6,6% respectivamente. A diferencia del corte previo, Bolívar, Atlántico y Santander se sobrepone a Cundinamarca (ver ilustración 43).

Ilustración 43. Distribución de gestantes reportadas a la CAC, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

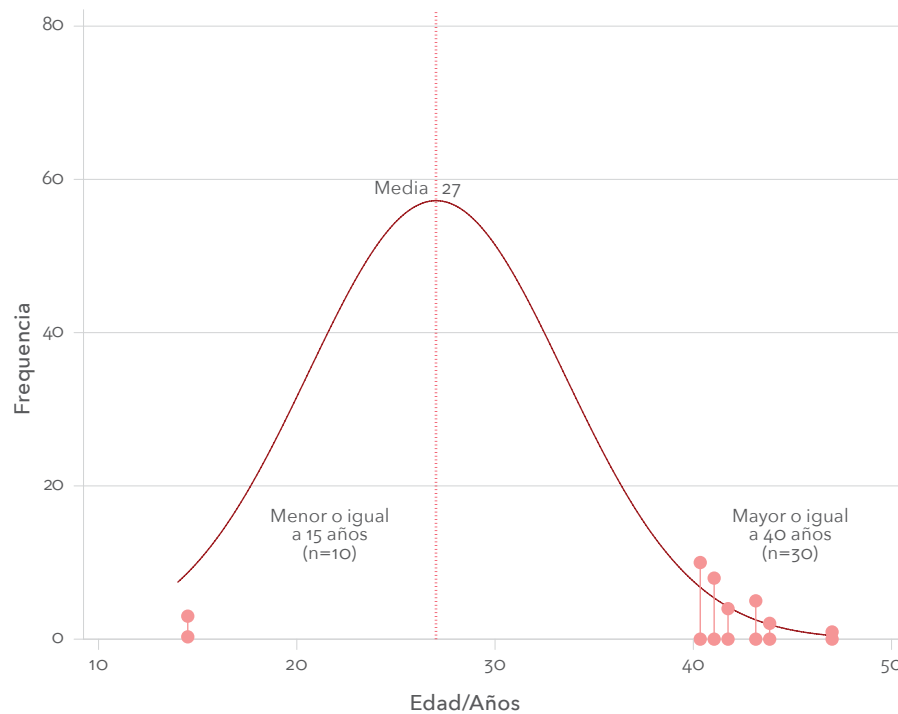
6.2 Población gestante con infección por VIH y sida

Para ONUSIDA, las mujeres gestantes y los menores de 13 años que viven con VIH son población vulnerable. A nivel mundial, es la causa líder de muerte en mujeres en edad fértil (30). La inequidad en el acceso a servicios de salud, la pobreza y falta de educación de las mujeres aumenta el riesgo de infección por VIH y por ende de transmisión materno infantil (1) (30).

6.2.1 Distribución por edad

785 gestantes con VIH y sida fueron reportadas a la Cuenta de Alto Costo para el corte 31 de enero de 2016, 10 de ellas con edades inferiores a los 15 años; la edad mínima de reporte fue 14 años y la máxima de 47. La media fue de 27.02 años; las edades con mayor representación de gestantes con diagnóstico de VIH y sida fue el quinquenio entre 25 a 29 años que corresponde al 26,2% de los casos, seguido por el grupo de 20 a 24 años con 25,6% (ver ilustración 44).

Ilustración 44. Histograma Edad/años gestantes con infección por VIH y sida, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

La edad promedio por régimen se presenta a continuación (ver tabla 36). En el régimen subsidiado se encuentran la mayoría de mujeres gestantes con infección por VIH, adicionalmente, la edad mínima de presentación de la enfermedad en gestantes de este régimen es menor respecto al aseguramiento contributivo y de excepción.

Tabla 36. Rangos Edad y Años en población gestante con VIH, 2016

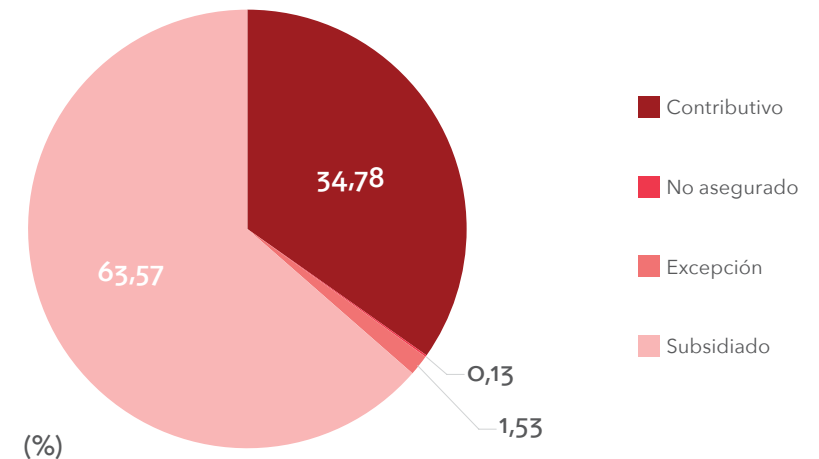
Régimen	n=	media	mínimo	máximo
Contributivo	273	28.15	16	43
Especial	0			
No asegurado	1	35		
Excepción	12	26.83	15	42
Subsidiado	499	26.39	14	47

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

6.2.2 Distribución por régimen

La mayoría de las gestantes con VIH y sida fueron reportadas por el régimen subsidiado (499) de acuerdo con la información del corte al 31 de enero de 2016. El régimen especial no reportó a la CAC gestantes con infección por VIH (ver ilustración 45).

Ilustración 45. Distribución de gestantes con VIH por régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

El régimen no asegurado presentó el mayor porcentaje de gestantes con infección por VIH durante todo el periodo, seguido por los regímenes de excepción y el subsidiado, en relación con el corte previo, el subsidiado ocupada el primer puesto, siendo 0,3% de los casos reportados a la CAC (ver tabla 37).

Tabla 37. Proporción gestantes con VIH y sida por régimen, 2016

Régimen	Gestantes con VIH y sida	Número total de gestantes	%
Contributivo	273	227.430	0,12
Especial	0	11	0,00
No asegurado	1	36	2,78
Excepción	12	2.524	0,48
Subsidiado	499	170.304	0,29
Total	785	400.305	0,20

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Las mujeres reportadas como gestantes al corte tienen consideraciones especiales, ya que su identificación permite controlar el uso oportuno y adecuado de TAR, traduciéndose en la reducción de morbilidad materna y la disminución de la transmisión materno infantil de VIH (31) (ver tabla 38). En relación con el corte previo (2015), 0,14% de las gestantes reportadas a la CAC a la fecha de corte tenían infección por VIH, actualmente es de 0,18%.

Tabla 38. Proporción de gestantes con VIH y sida a la fecha de corte, 2016

Régimen	Gestantes con VIH y sida a la fecha de corte	Número de gestantes a la fecha de corte	%
Contributivo	137	112.976	0,12
Especial		11	0,00
No asegurado	1	36	2,78
Excepción	8	1.665	0,48
Subsidiado	229	91.393	0,25
Total	375	206.081	0,18

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

6.2.3 Distribución por grupo étnico

Las mujeres gestantes que pertenecen a grupos étnicos son en su mayoría afrodescendientes, seguido por el grupo indígena, en relación con el corte previo (2015) el número de mujeres afrodescendientes fue mayor (7,14%) respecto al corte actual. Al igual que el corte previo tampoco se reportaron gestantes de grupos ROM (ver tabla 39).

Tabla 39. Distribución de gestantes con VIH y sida por pertenencia étnica, 2016

Grupo étnico	n=	%
Negro o afrodescendiente	42	5,35
Indígena	10	1,27
Otro	733	93,38
Total	785	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

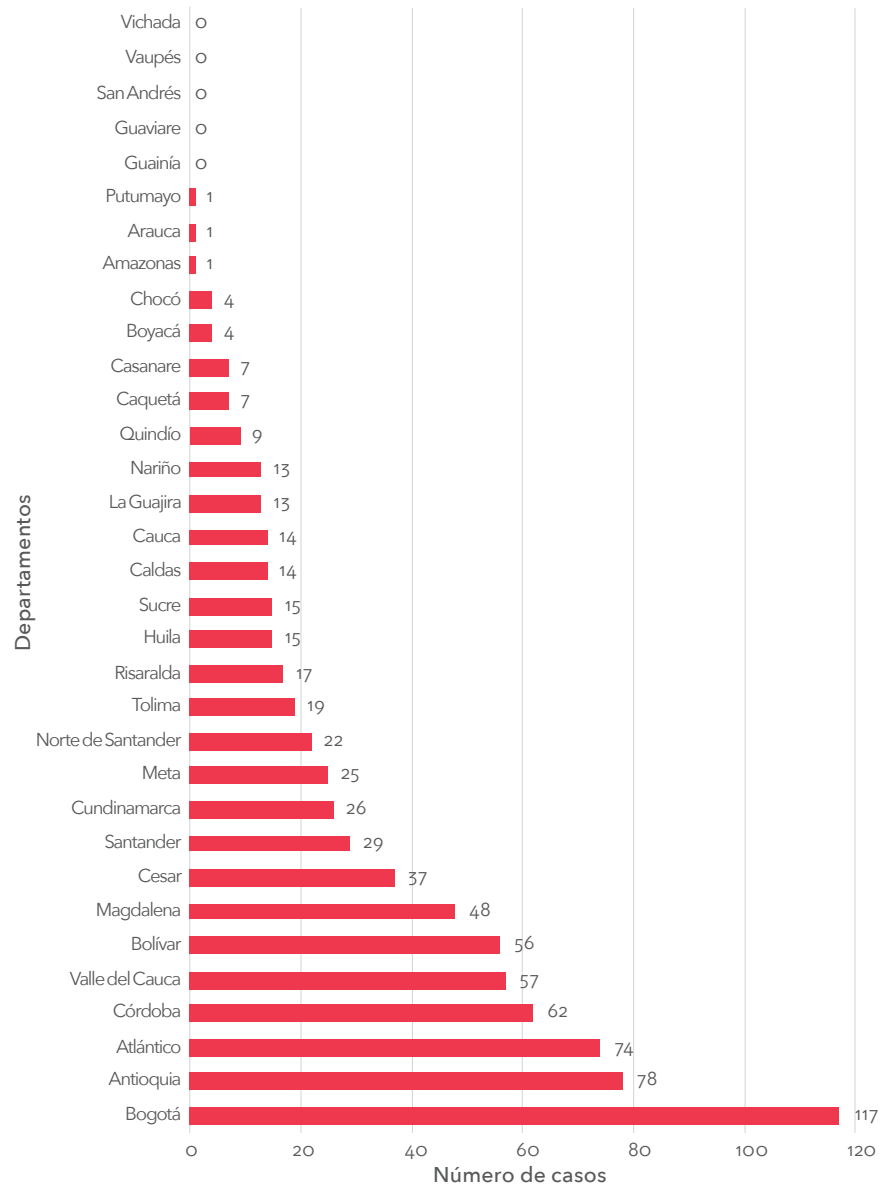
6.2.4 Distribución por departamentos

En las áreas dispersas no se reportan gestantes con infección por VIH y sida. Bogotá presenta la mayor concentración de casos. También se resalta que los departamentos de la zona Atlántica concentraron aproximadamente el 35% del total de casos de infección por VIH en gestantes durante el periodo (ver ilustración 46).

6.2.5 Distribución por EAPB

Para 26 entidades el porcentaje de gestantes con infección por VIH y sida se encuentra por encima del resultado general (0,20%), a continuación, se presenta la distribución según EAPB (ver tabla 40).

Ilustración 46. Número de casos gestantes con VIH y sida por departamentos, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Tabla 40. Proporción de gestantes con VIH y sida por EAPB, 2016

EAPB	Número de gestantes con VIH y sida	Número total de gestantes	%
18000	0	35	0,0
63000	1	1	100,0
CCFo07	6	4.226	0,1
CCFo09	0	1.117	0,0
CCFo15	34	4.982	0,7
CCFo23	2	459	0,4
CCFo24	9	6.499	0,1
CCFo27	4	582	0,7
CCFo33	3	904	0,3
CCFo49	2	653	0,3
CCFo55	28	5.738	0,5
CCF102	2	663	0,3
EAS016	0	17	0,0
EAS027	1	89	1,1
EPS001	1	1.648	0,1
EPS002	45	24.060	0,2
EPS003	60	42.670	0,1
EPS005	13	17.377	0,1
EPS008	6	15.293	0,0
EPS010	10	23.730	0,0
EPS012	3	2.732	0,1
EPS016	58	45.571	0,1
EPS017	29	23.417	0,1
EPS018	6	5.832	0,1
EPS020	1	24	4,2
EPS022	10	2.481	0,4
EPS023	5	6.457	0,1

EAPB	Número de gestantes con VIH y sida	Número total de gestantes	%
EPSO25	6	2.822	0,2
EPSO33	1	464	0,2
EPSO37	35	18.073	0,2
EPSIo1	0	2.434	0,0
EPSIo2	7	597	1,2
EPSIo3	2	4.869	0,0
EPSIo4	4	867	0,5
EPSIo5	2	1.526	0,1
EPSIo6	2	1.336	0,1
EPSSo3	29	9.784	0,3
EPSS33	42	4.745	0,9
EPSS34	35	11.413	0,3
EPSS40	39	20.249	0,2
EPSS41	0	2.051	0,0
ESSo02	16	2.092	0,8
ESSo24	49	9.622	0,5
ESSo62	48	20.302	0,2
ESSo76	23	7.460	0,3
ESSo91	4	4.217	0,1
ESS118	10	7.066	0,1
ESS133	39	13.487	0,3
ESS207	41	15.037	0,3
RESO01	4	4	100,0
RESO03	8	2.520	0,3
RESO09	0	9	0,0
RESO12	0	2	0,0
Total	785	4.003.05	0,2

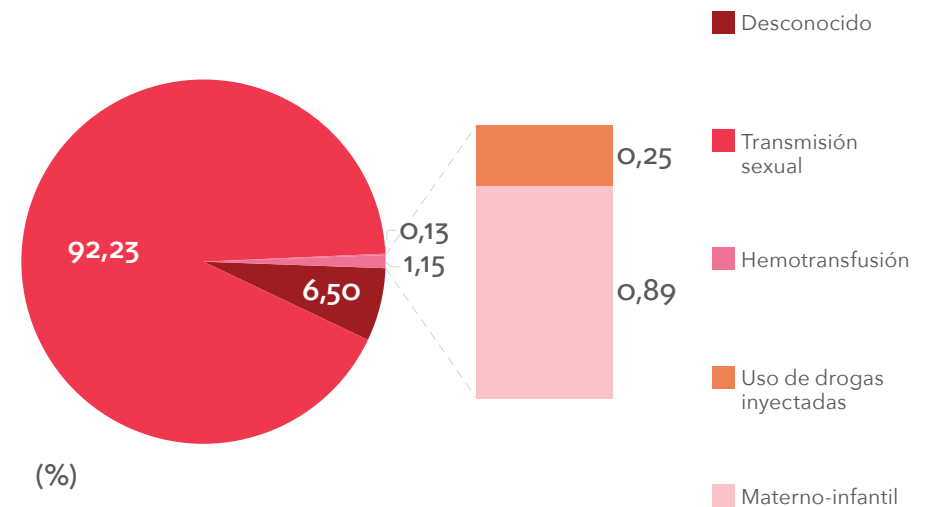
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

6.2.6 Mecanismo de transmisión

A diferencia del corte previo, no hubo casos de transmisión por abuso sexual. Llama la atención que aparece el uso de drogas inyectadas como una de las causas de contagio para gestantes del periodo. Persiste el desconocimiento del contagio como la segunda causa de reporte, igual que el corte previo.

Se debe incentivar el reporte con calidad de la información, ya que permitirán focalizar las acciones y estrategias para la prevención de la infección por el VIH y sida en mujeres en edad fértil (ver ilustración 47).

Ilustración 47. Distribución mecanismo de contagio en gestantes con VIH y sida, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

6.2.7 Estadío clínico actual

La distribución es similar para todos los cortes, el estadio 2 es predominante entre las gestantes con infección por VIH y sida, sin embargo, el estadio 3 o sida se mantiene como el segundo más importante (ver tabla 41).

Tabla 41. Distribución estadio actual CDC 2008 en gestantes con VIH y sida, 2016

Estadio clínico actual	n=	%
Estadio 1	173	22,04
Estadio 2	371	47,26
Estadio 3 (sida)	224	28,54
Por establecer	17	2,17
Total	785	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

6.2.8 Cobertura de TAR en gestantes con infección por VIH

La transmisión materno infantil puede reducirse a menos del 2% con intervenciones como el inicio de TAR durante la gestación y el trabajo de parto (32). Adicionalmente, disminuye la morbilidad materna y mejora las posibilidades de sobrevivir de los menores expuestos (32).

La cobertura de TAR en gestantes para el corte a 31 de enero de 2016 fue de 95,1%, encontrándose en un rango medio. El análisis se realizó en gestantes que al momento del corte se encontraban embarazadas, ya que su identificación permite visibilizar el uso oportuno y adecuado de TAR (ver tabla 42). En el capítulo de Indicadores de consenso se evidenciará el resultado de cobertura de TAR en gestantes por EAPB.

Tabla 42. Cobertura de TAR en gestantes con VIH a la fecha de corte por departamentos, 2016

Departamento	Gestantes con VIH a la fecha de corte	Gestantes con VIH a la fecha de corte que usan TAR	%
Amazonas	1	1	100,0
Antioquia	37	38	97,4
Atlántico	30	31	96,8
Bogotá D.C.	52	54	96,3

Departamento	Gestantes con VIH a la fecha de corte	Gestantes con VIH a la fecha de corte que usan TAR	%
Bolívar	16	17	94,1
Boyacá	1	1	100,0
Caldas	5	7	71,4
Caquetá	3	3	100,0
Casanare	2	2	100,0
Cauca	8	8	100,0
Cesar	23	23	100,0
Chocó	4	4	100,0
Córdoba	24	26	92,3
Cundinamarca	14	14	100,0
Huila	7	8	87,5
La Guajira	4	4	100,0
Magdalena	20	20	100,0
Meta	17	18	94,4
Nariño	7	7	100,0
Norte de Santander	11	11	100,0
Quindío	4	5	80,0
Risaralda	8	10	80,0

Departamento	Gestantes con VIH a la fecha de corte	Gestantes con VIH a la fecha de corte que usan TAR	%
Santander	18	18	100,0
Sucre	7	8	87,5
Tolima	4	5	80,0
Valle del Cauca	21	23	91,3
Total	348	366	95,1

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Capítulo 7



Población menor de
18 meses hijos de
madres con
VIH y sida

Capítulo 7. **POBLACIÓN MENOR DE 18 MESES HIJOS DE MADRES** **CON VIH Y SIDA**

7.1 Población menor de 18 meses hijos de madres con VIH y sida

La transmisión materno infantil puede suceder durante el embarazo, el parto o la lactancia (31). Si no se realiza ningún tipo de intervención, el riesgo de transmisión es de 15 a 30% y puede aumentar hasta 45% en poblaciones que tienen lactancia materna (19) (22).

El riesgo puede disminuirse hasta en un 2% si se aplican estrategias dirigidas como el inicio de TAR en las madres infectadas durante el embarazo y el parto, y a los niños y niñas durante el postparto; el uso de cesárea electiva y la suspensión de la lactancia también hacen parte de las estrategias de prevención de la TMI (32).

Existen barreras para el conocimiento del estado serológico de los niños y niñas, como el estigma y miedo que produce en los padres la realización de las pruebas y dar inicio al tratamiento, así como, dificultades en la atención específica, lo que disminuye la posibilidad de acceder a tratamientos oportunos. La mitad de los niños y niñas que nacen con VIH morirán a la edad de 2 años si no se inicia la TAR (21).

Para junio de 2015, el primer país con eliminación de la Transmisión Materno Infantil validada por la Organización Mundial de la Salud fue Cuba (33), para 2016, la validación y confirmación fue para Tailandia, Belarús, Armenia y la República de Moldova (34).

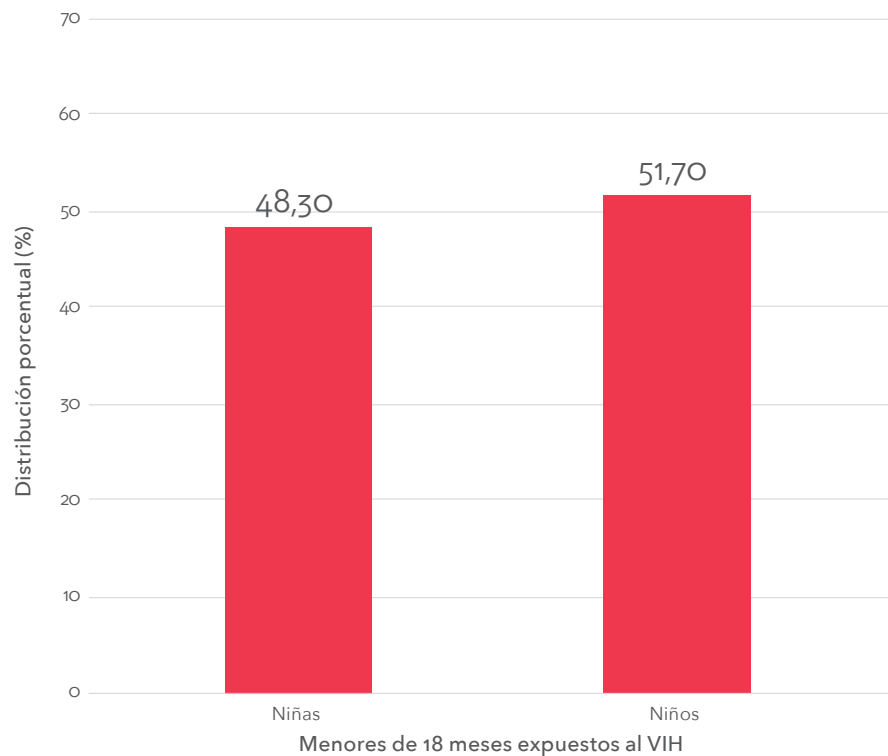
Colombia, adherido a los objetivos de cumplimiento relacionados con la disminución y necesaria eliminación de la transmisión, implementó desde el año 2003 la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita, que es liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y que reportó la disminución de 41% de la transmisión entre 2008 y 2013, siendo 5,8% y 3,4% respectivamente (35).

En concordancia con lo anterior, se presenta la situación de menores de 18 meses hijos de madres VIH y sida y menores con diagnóstico de VIH.

7.1.1 Distribución por sexo

Para el corte a 31 de enero de 2016, 1.060 niños y niñas eran menores de 18 meses, hijos de madres con VIH y sida, según la distribución por sexo la cifra cambió respecto al corte previo, donde el 50,9% eran niñas y 49% eran niños (13) (ver ilustración 48).

Ilustración 48. Distribución en menores de 18 meses expuestos al VIH por sexo, 2016

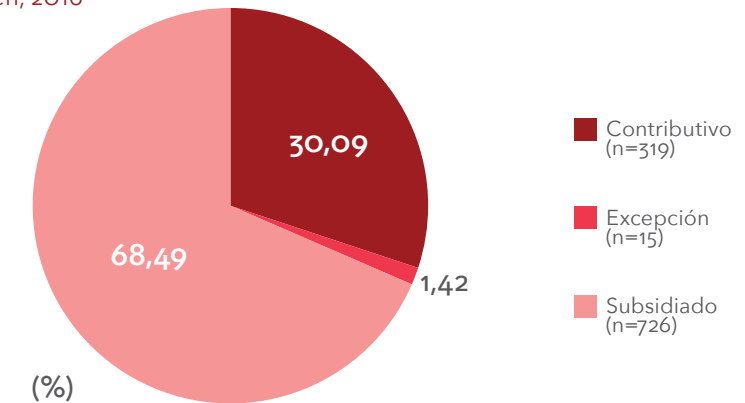


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

7.1.2 Distribución por régimen

El régimen subsidiado mantiene la concentración de casos de menores expuestos a la infección por VIH, no se reportaron menores en los regímenes especial y no asegurado (ver ilustración 49).

Ilustración 49. Distribución de menores de 18 meses expuestos al VIH por régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

7.2 Población menor de 18 meses con VIH y sida

Para el corte a 31 de enero de 2016, 23 niños fueron reportados con diagnóstico de VIH, el número de casos aumentó respecto al corte previo (18 casos); también se incrementó el porcentaje de transmisión materno infantil, el cuál fue 1,7% para 2015, actualmente es de 2,17% (ver tabla 42).

Se resalta que el régimen de excepción no tuvo ningún caso de infección por VIH en los menores expuestos, sin embargo, el régimen subsidiado sigue presentando elevados porcentajes de transmisión, se debe continuar con los esfuerzos por generar estrategias que permitan el control de la infección en menores como parte del cumplimiento de los Objetivos del Milenio y Desarrollo Sostenible (23).

Tabla 43. Menores de 18 meses con VIH (TMI) por régimen, 2016

Régimen	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%
Contributivo	5	319	1,57
Excepción	0	15	0,00
Subsidiado	18	726	2,48
Total	23	1.060	2,17

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

7.2.1 Distribución por sexo

Actualmente, la concentración de menores de 18 meses con VIH y sida se encuentra en el sexo masculino, a diferencia del corte previo donde el mayor número de menores infectados eran mujeres (ver tabla 44).

Tabla 44. Proporción de menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de VIH y sida, 2015-2016

Sexo	Año 2015			Año 2016		
	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%
Niñas	12	531	2,26	5	512	0,98
Niños	6	512	1,17	18	548	3,28
Total	18	1.043	1,73	23	1.060	2,17

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

7.2.2 Distribución por grupo étnico

La población afrodescendiente es estructuralmente vulnerable a la pobreza, la marginalidad y la exclusión (10). Los niños y niñas de esta etnia expuestas a infección por VIH tienen mayor Transmisión Materno Infantil que el otro, pudiendo visibilizar la presencia de grupos vulnerables como los menores de 18 meses afrodescendientes hijos de madres con VIH (ver tabla 45).

Tabla 45. Menores de 18 meses expuestos con VIH y sida por pertenencia étnica, 2016

Pertenencia étnica	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%
Afrodescendiente	3	49	6,12
Indígena	0	15	0,00
Otro	20	996	2,01
Total	23	1.060	2,17

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

7.2.3 Distribución por departamentos

El porcentaje de niños menores de 18 meses expuestos con diagnóstico de infección por VIH según datos del registro administrativo de la Cuenta de Alto Costo fue de 2,17%. Según departamentos y en relación con la mayor presencia de niños y niñas menores de 18 meses con infección por VIH en población afrodescendiente, el departamento del Chocó es la región con mayor porcentaje (10%), la cual se encuentra por encima de Bogotá (ver tabla 46).

Tabla 46. Menores de 18 meses expuestos con VIH y sida por departamentos, 2016

Departamento	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%
Amazonas	0	1	0,00
Antioquia	2	152	1,32
Arauca	0	3	0,00
Atlántico	1	98	1,02
Bogotá	6	114	5,26
Bolívar	1	76	1,32
Boyacá	0	7	0,00
Caldas	0	15	0,00
Caquetá	0	14	0,00
Casanare	0	7	0,00
Cauca	0	17	0,00
Cesar	2	47	4,26
Chocó	1	10	10,00
Córdoba	1	52	1,92
Cundinamarca	0	15	0,00
Guainía	0	1	0,00
Huila	1	25	4,00
La Guajira	2	22	9,09
Magdalena	0	44	0,00
Meta	1	27	3,70
Nariño	0	18	0,00
Norte de Santander	0	42	0,00
Putumayo	0	2	0,00
Quindío	0	12	0,00
Risaralda	1	21	4,76
Santander	0	44	0,00
Sucre	0	43	0,00
Tolima	0	27	0,00
Valle del Cauca	4	104	3,85
Total	23	1.060	2,17

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

7.2.4 Distribución por EAPB

Según la información de la Cuenta de Alto Costo, 9 entidades que reportaron menores de 18 meses se encuentran por encima del indicador general (2,17%) (ver tabla 47). Se resalta que 32 de las 45 entidades que reportaron menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida no tuvieron ningún caso de transmisión materno infantil.

Tabla 47. Menores de 18 meses expuestos con VIH y sida por EAPB, 2016

EAPB	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%
CCF007	1	15	6,67
CCF009	0	1	0,00
CCF015	0	25	0,00
CCF023	1	4	25,00
CCF024	0	12	0,00
CCF027	0	7	0,00
CCF033	0	5	0,00
CCF049	0	3	0,00
CCF053	0	1	0,00
CCF055	0	18	0,00
CCF102	0	3	0,00
EPS001	0	2	0,00
EPS002	0	32	0,00
EPS003	2	46	4,35
EPS005	1	18	5,56
EPS008	0	8	0,00
EPS010	0	22	0,00
EPS012	0	11	0,00
EPS016	1	72	1,39
EPS017	0	33	0,00

EAPB	Menores de 18 meses con VIH y sida	Menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida	%
EPS018	0	8	0,00
EPS022	0	8	0,00
EPS025	0	5	0,00
EPS033	0	2	0,00
EPS037	1	65	1,54
EPSI01	0	6	0,00
EPSI02	0	11	0,00
EPSI03	0	2	0,00
EPSI04	1	5	20,00
EPSI05	0	5	0,00
EPSI06	0	3	0,00
EPSS03	0	33	0,00
EPSS33	1	64	1,56
EPSS34	5	50	10,00
EPSS40	2	91	2,20
ESS002	0	15	0,00
ESS024	5	56	8,93
ESS062	2	78	2,56
ESS076	0	34	0,00
ESS091	0	3	0,00
ESS118	0	30	0,00
ESS133	0	88	0,00
ESS207	0	45	0,00
RES003	0	15	0,00
Total	23	1.060	2,17

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Capítulo 8



Población
con tuberculosis

Capítulo 8. POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS

8.1 Población con Tuberculosis

La tuberculosis (TB) se constituye en una enfermedad de alta morbimortalidad. Se estima que más de dos mil millones de personas (cerca de un tercio de la población mundial) están infectados por el *Mycobacterium tuberculosis*. Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2015, 10.4 millones de personas tenían la enfermedad y 1.8 millones murieron a causa de la infección (36).

En Latinoamérica se considera una de las patologías infecciosas que más causa muertes, para el año 2012 se presentaron aproximadamente 263.700 casos nuevos de TB, con una tasa de incidencia de 43 por 100.000 habitantes (37).

Según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (2014), en Colombia se reportaron 12.824 casos, de los cuáles 2.143 registraron coinfección TB/VIH (38).

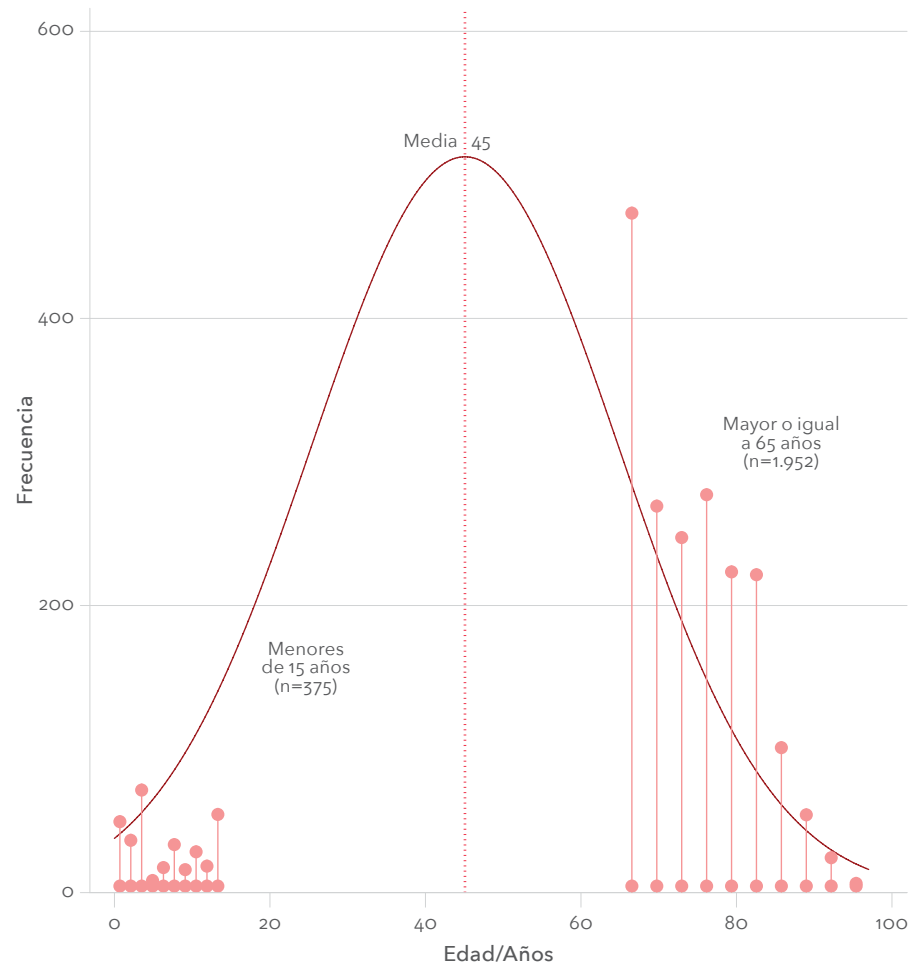
De acuerdo con los datos del registro administrativo de la CAC con corte a 31 de enero de 2016, 10.462 personas fueron reportadas con diagnóstico de Tuberculosis (de ahora en adelante TB), de las cuáles 5.838 pacientes tenían diagnóstico a la fecha de corte; 2.620 tuvieron TB en los 6 meses previos a la fecha de corte y 2.004 en el primer semestre del periodo. A continuación, se presenta la situación de la población con TB y con coinfección TB/VIH.

8.1.1 Distribución por edad

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 45.08 años [IC: 44.70–45.45]. El grupo etario con mayor número de casos fue el de 30 a 34 años, siendo 10%; seguido por el grupo entre 25 a 29 años con 9,7%. El 3,58% de los casos se encuentran en personas menores de 15 años, entre tanto, los mayores de 65 años representan el 18.6% de los casos (ver ilustración 50).

Para el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Tuberculosis de 2014, el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 20 a 29 años (38), según datos del registro administrativo de la CAC, el grupo de edad con mayor número de casos se encuentra entre los 30 y 39 años (1.962 personas con diagnóstico de TB).

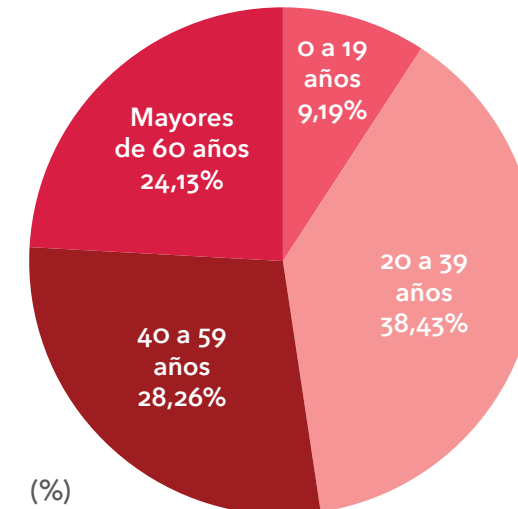
Ilustración 50. Histograma Edad/años población con TB, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

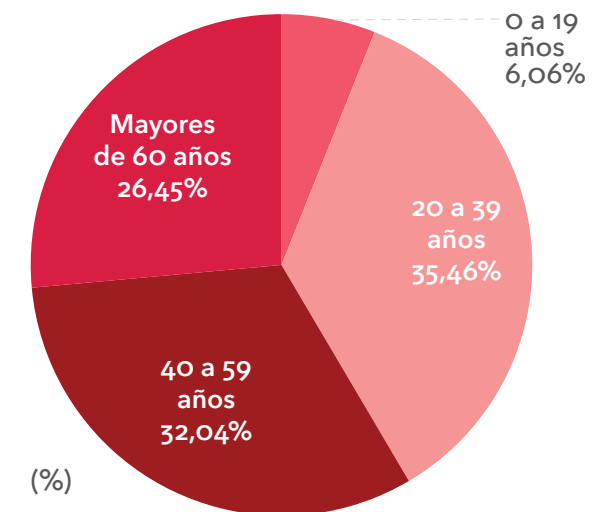
A continuación, se presenta por grupos de edad la distribución por sexo de personas con diagnóstico de TB. Al agrupar los pacientes en niños y adolescentes, adultos jóvenes, maduros y adultos mayores, para las mujeres el grupo con mayor representación se encuentra entre los 20 a 39 años, para hombres fue entre 40 a 59 años (ver ilustración 51 e ilustración 52).

Ilustración 51. Distribución mujeres con TB por grupos de edad, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 52. Distribución hombres con TB por grupos de edad, 2016



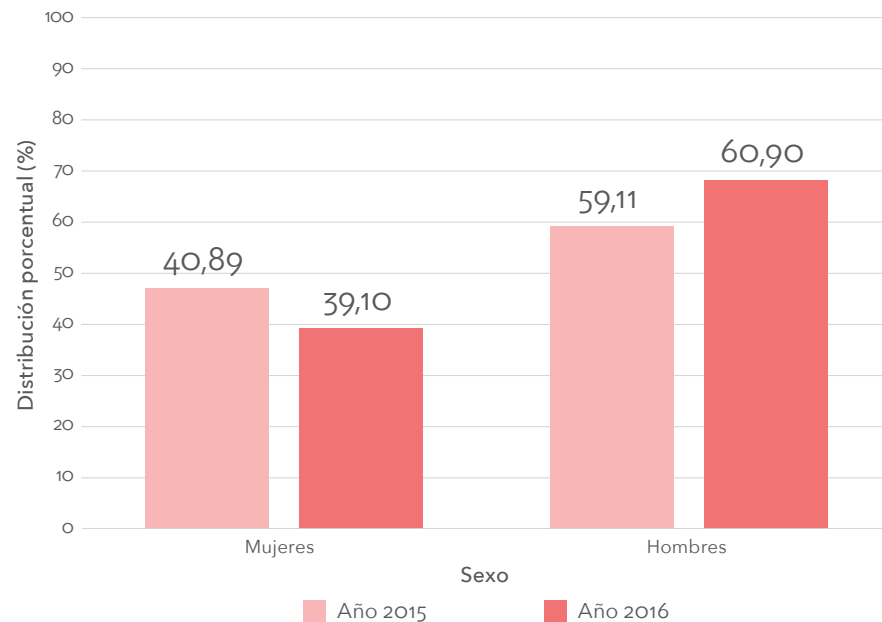
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

8.1.2 Distribución por sexo

La concentración de casos es mayor en el sexo masculino, para el sexo femenino la representación de casos en el año 2016 fue menor (ver ilustración 53). La mayoría de mujeres se encuentra entre los 25 a 29 años (426 casos), para los hombres el grupo etario con mayor concentración es de 30 a 34 años (648 casos).

Según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Tuberculosis del Instituto Nacional de Salud, los hombres tenían mayor número de casos, siendo el 62,3% (38), dato que se corresponde con los del registro administrativo de la CAC (60,9%).

Ilustración 53. Distribución de personas con TB por sexo, 2015-2016

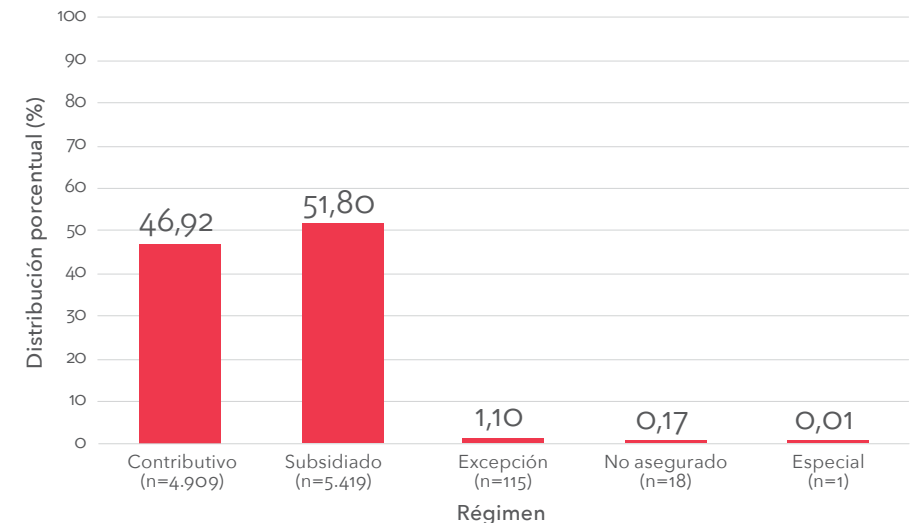


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

8.1.3 Distribución por régimen

Al igual que el corte previo (2015), prevalecen los pacientes con TB en el régimen subsidiado. Actualmente, el régimen de excepción incrementó su número de casos y el régimen especial reportó un caso (ver ilustración 54).

Ilustración 54. Distribución de pacientes con TB por régimen, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

8.2 Población con coinfección TB/VIH

La Asamblea de Naciones Unidas determinó en 2015 que uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 sería ponerle fin a la epidemia de la Tuberculosis. Las estrategias y el enfoque debían dirigirse a la reducción del 90% de las muertes por TB y del 80% de la reducción de la incidencia de TB para 2030 (36).

El virus de la inmunodeficiencia humana es el factor de riesgo más importante para la tuberculosis y esta a su vez representa la mayor causa de muerte en pacientes con VIH (39). Actualmente, 1,8 millones de personas mueren por TB, de las cuales 400.000 ocurren por causa de la coinfección TB/VIH (36).

En Colombia, según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Tuberculosis del Instituto Nacional de Salud, para el año 2014 se presentaron 2.143 personas con coinfección TB/VIH (38).

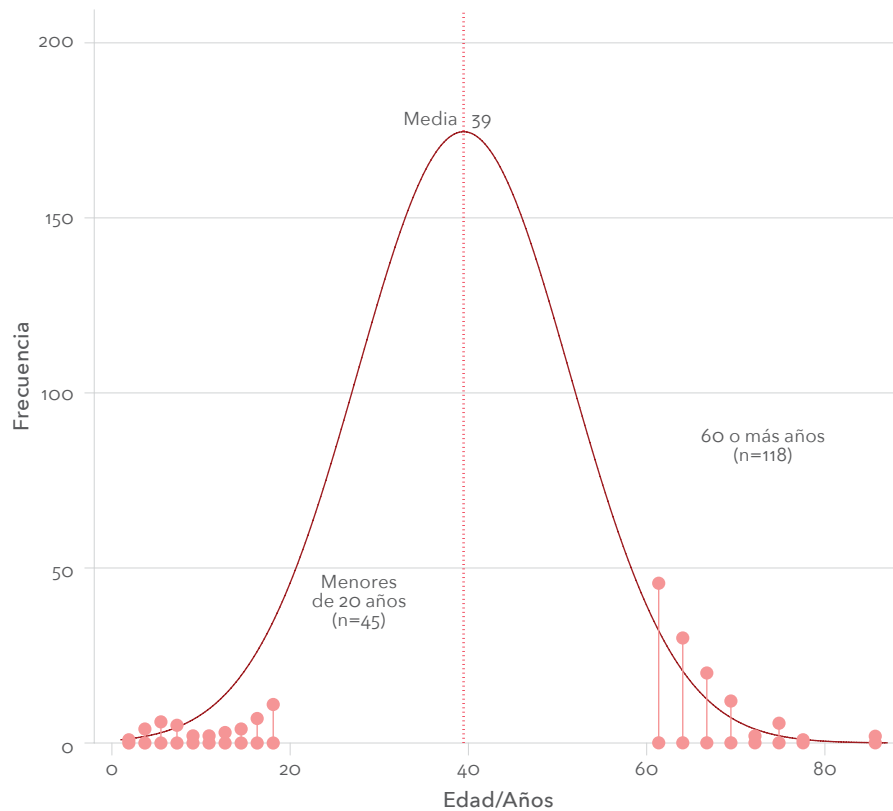
De acuerdo con los datos del corte a 31 de enero de 2016 del registro administrativo de la CAC, se reportaron para todo el periodo 1.997 personas con coinfección TB/VIH, de los cuáles 1.030 (51,5%) tenían tuberculosis activa¹⁰ e infección por VIH.

¹⁰ Pacientes con Tuberculosis en el momento de la fecha de corte.

8.2.1 Distribución por edad

De las 1.997 personas con coinfección TB/VIH, el 17,4% están entre los 30 y los 34 años, la edad mínima es de 1 año y máxima de 87. La edad media de pacientes coinfectados fue de 39,46 años [IC: 38,94-39,98] (ver ilustración 55).

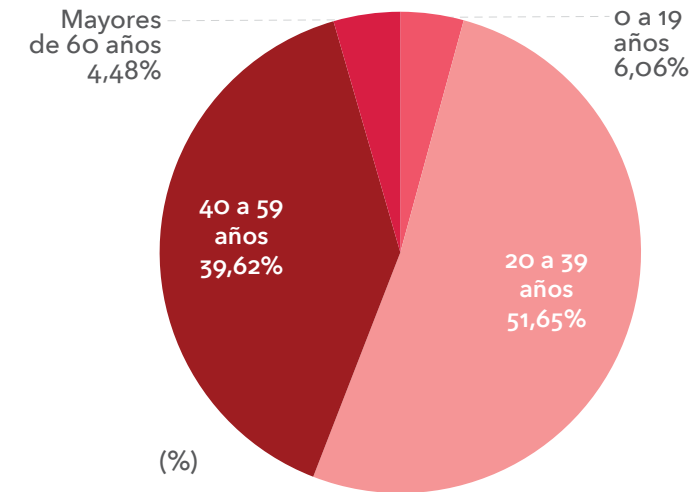
Ilustración 55. Histograma Edad/Años personas coinfectadas TB/VIH, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

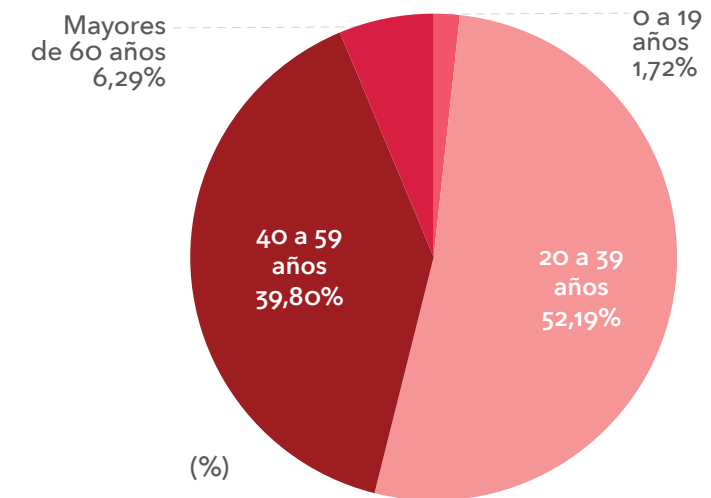
Para ambos sexos, los adultos jóvenes son quienes más concentran casos de coinfección TB/VIH (ver ilustraciones 56 y 57). Según los grupos de edad extremos, entre las mujeres se presenta mayoritariamente la infección en adolescentes y niñas a diferencia de los hombres donde la coinfección TB/VIH se presenta más entre los adultos mayores.

Ilustración 56. Distribución mujeres con TB/VIH por grupos de edad, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Ilustración 57. Distribución hombres con TB/VIH por grupos de edad, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

8.2.2 Distribución por sexo

Se presentan más casos de coinfección TB/VIH entre los hombres, el comportamiento de la coinfección es similar al corte analizado previamente (ver tabla 48).

Tabla 48. Distribución de pacientes con coinfección TB/VIH por sexo, 2016

Sexo	Corte 2015		Corte 2016	
	n=	%	n=	%
Mujeres	274	21,14	424	21,23
Hombres	1.022	78,86	1573	78,77
Total	1.296	100,00	1997	100,00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

8.2.3 Distribución por régimen

El VIH es el factor de riesgo más importante para la tuberculosis, y esta a su vez representa la mayor causa de muerte en pacientes con VIH, incluso en áreas con coberturas altas de tratamiento antirretroviral (por encima de 90%) (39). Para el año 2014, la tuberculosis contribuyó a nivel mundial con un tercio de las muertes en pacientes con VIH y sida (1.2 millones de muertes) y el VIH fue el responsable de 25% de las muertes en pacientes con tuberculosis (1,5 millones de muertes).

Según el reporte con corte a 31 de enero de 2016, el 2,14% de los pacientes diagnosticados con VIH tienen coinfección con tuberculosis, lo que puede aumentar el riesgo de mortalidad relacionada con VIH (ver tabla 49). El régimen subsidiado mantiene elevados porcentajes de coinfección.

Tabla 49. Distribución personas con coinfección TB/VIH por régimen, 2016

Régimen	Personas con coinfección TB/VIH* al corte	Personas con diagnóstico de VIH y sida	%
Contributivo	419	44.315	0,95
Especial	0	6	0,00

Régimen	Personas con coinfección TB/VIH* al corte	Personas con diagnóstico de VIH y sida	%
No asegurado	0	13	0,00
Excepción	25	1.806	1,38
Subsidiado	586	27.325	2,14
Total	1.030	73.465	1,40

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

8.2.4 Distribución por EAPB

Para el corte a 31 de enero de 2016, 37,5% de las EAPB que reportaron pacientes con VIH y sida a la CAC para el corte 31 de enero de 2016 tienen pacientes con coinfección por encima del promedio general. Las empresas del régimen no asegurado no reportaron pacientes con coinfección para el periodo analizado (ver tabla 50).

Tabla 50. Distribución personas con coinfección TB/VIH por EAPB, 2016

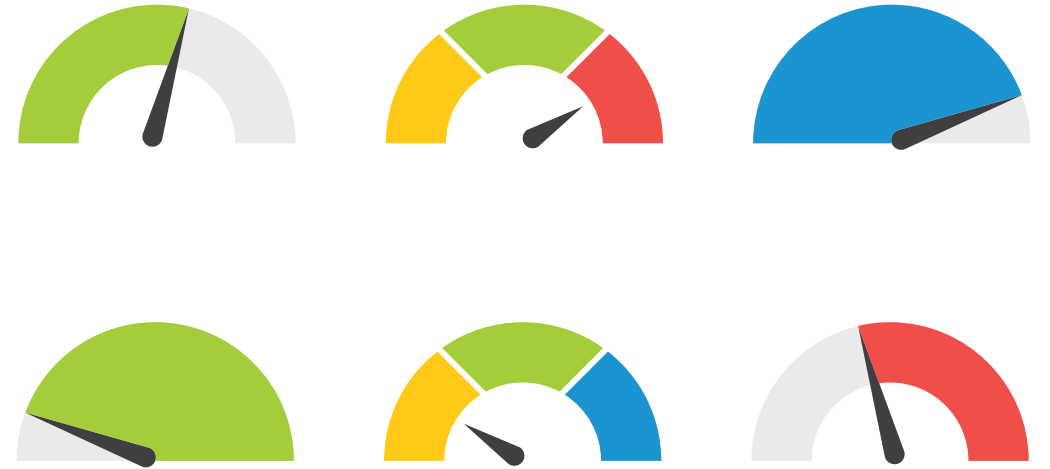
EAPB	Personas con coinfección TB/VIH* al corte	Personas con diagnóstico de VIH y sida	%
18000	0	1	0,00
63000	0	11	0,00
68000	0	1	0,00
CCF007	2	386	0,52
CCF009	0	43	0,00
CCF015	9	1.000	0,90
CCF023	2	128	1,56
CCF024	14	455	3,08
CCF027	1	145	0,69
CCF033	0	122	0,00

EAPB	Personas con coinfección TB/VIH* al corte	Personas con diagnóstico de VIH y sida	%
CCFo49	0	159	0,00
CCFo53	6	160	3,75
CCFo55	18	810	2,22
CCF102	0	51	0,00
EASo16	0	23	0,00
EASo27	1	49	2,04
EPSoo1	3	579	0,52
EPSoo2	45	4.266	1,05
EPSoo3	105	9.991	1,05
EPSoo5	9	2.927	0,31
EPSoo8	18	1.934	0,93
EPSo10	44	4.837	0,91
EPSo12	3	879	0,34
EPSo16	78	6.252	1,25
EPSo17	47	2.844	1,65
EPSo18	7	1.788	0,39
EPSo20	35	424	8,25
EPSo22	12	346	3,47
EPSo23	14	1.437	0,97
EPSo25	5	177	2,82
EPSo33	3	119	2,52
EPSo37	42	6.390	0,66
EPSIo1	1	96	1,04
EPSIo2	1	266	0,38

EAPB	Personas con coinfección TB/VIH* al corte	Personas con diagnóstico de VIH y sida	%
EPSIo3	2	113	1,77
EPSIo4	0	90	0,00
EPSIo5	0	105	0,00
EPSIo6	1	42	2,38
EPSSo3	51	1.658	3,08
EPSS33	34	1.768	1,92
EPSS34	52	2.388	2,18
EPSS40	128	3.144	4,07
EPSS41	0	33	0,00
ESSoo2	4	421	0,95
ESSo24	46	2.734	1,68
ESSo62	63	2.124	2,97
ESSo76	13	940	1,38
ESSo91	6	316	1,90
ESS118	22	2.461	0,89
ESS133	31	2.084	1,49
ESS207	27	2.136	1,26
RESoo1	8	542	1,48
RESoo3	17	1.264	1,34
RESoo9	0	3	0,00
RESo12	0	3	0,00
Total	1.030	73.465	1,40

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016. *Tuberculosis activa.

Capítulo 9



Indicadores de
gestión del riesgo
y de consenso

Capítulo 9. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO Y DE CONSENSO

9.1 Indicadores de gestión del riesgo

Desde la Cuenta de Alto Costo se incrementaron los esfuerzos para brindar los elementos necesarios que permitan evaluar el riesgo de las personas en relación con la infección por VIH. A través de la evaluación de indicadores ya formulados, se brinda apoyo a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de hacerle seguimiento a la epidemia.

La gestión del riesgo en VIH y sida se concentra en la evaluación de la transmisión materno infantil, la detección temprana de pacientes con VIH, y el tratamiento adecuado que se determina a través de la medición de indicadores como la cobertura de TAR; adicionalmente, se generan indicadores de seguimiento del estado virológico e inmunológico que dan cuenta de la integralidad y calidad de la atención en pacientes con diagnóstico de VIH (ver tablas 51, 52 y 53).

- La tamización a las gestantes, la profilaxis y el estudio de transmisión materno infantil en menores de 6 meses hijos de madres con VIH, hacen parte de las estrategias para el cumplimiento de disminución de la TMI (30). Como se evidencia en el historial de los indicadores, existe una evolución positiva en las mediciones relacionadas con la prevención y el estudio de la transmisión materno infantil; sin embargo, aún no se cumple con los estándares, lo que se convierte en una barrera para alcanzar las metas determinadas por la Organización Mundial de la Salud con el ánimo de llevar a menos del 2% la TMI.
- Uno de los objetivos del *Fast Track Approach* es cubrir con TAR a más del 90% de las personas con diagnóstico de VIH (1). Para cada año de medición se ha cumplido la meta, sin embargo, se debe tener en cuenta que el estándar determinado debe ser mayor de 95%, para la última medición quedó en el rango promedio.
- El seguimiento a los pacientes con VIH que usan TAR debe realizarse estrictamente, para garantizar así el control inmunológico, virológico y determinar las posibles fallas del tratamiento o la necesidad de iniciarlo,

además permite prevenir el desarrollo de complicaciones relacionadas con VIH como las infecciones oportunistas y el cáncer, lo que puede influir en el aumento de los costos de atención en salud (19) (26) (40). Los indicadores que determinan el adecuado seguimiento de pacientes con y sin TAR tienen evolución positiva, sin embargo, continúan en rangos bajos, en especial la medición de CD4 en pacientes sin TAR y la detección de nuevos casos en estadios tempranos.

Tabla 51. Indicadores Gestión del Riesgo 2012-2016

Indicador	Nombre del Indicador	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
1	Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH	61.3	86.2%	70.5	78.9	85.5
2	Porcentaje de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	77.0	82.8	96.3	92.1	92.8
3	Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos	23.5	40.5	47.3	58.3	70.6
4	Porcentaje de cobertura de TAR indicada	98.4	100.0	95.5	95.9	94.2
5	Realización de CD4 en PVVIH en el período, sin TAR en el corte	67.8	84.4	55.7	54.1	53.1
6	Realización carga viral para PVVIH en el período, con TAR en el corte		86.7	63.6	79.3	86.7
7	PVVIH con TAR con carga viral indetectable				51.4	57.5
8	PVVIH con detección temprana en incidentes				57.4	60.0

Semafización			
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

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

Tabla 52. Indicadores 1 a 4 de gestión del riesgo, 2016

EAPB	1. Gestantes tamizadas para VIH (%)	2. Menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH (%)	3. Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos (%)	4. Cobertura de TAR indicada (%)
	>=95	100	>=95	>=95
	85 a 94.9	-	85 a 94.9	85 a 94.9
	<85	<100	<85	<85
18000	93.5	***	***	***
63000	***	***	***	18.2
68000	***	***	***	***
CCF007	75.8	100.0	50.0	98.7
CCF009	79.1	***	100.0	97.6
CCF015	90.7	90.0	73.3	98.4
CCF023	0.2	0.0	50.0	96.8
CCF024	98.6	100.0	100.0	91.7
CCF027	87.8	100.0	66.7	96.2
CCF033	98.2	33.3	100.0	98.1
CCF049	73.0	100.0	100.0	100.0
CCF053	***	100.0	***	93.4
CCF055	60.1	20.0	50.0	97.5
CCF102	29.3	100.0	100.0	97.0
EAS016	100.0	***	***	94.7
EAS027	0.0	***	***	97.9
EMPO17	***	***	***	***
EPS001	71.4	***	100.0	97.4
EPS002	100.0	100.0	61.5	94.3
EPS003	92.8	100.0	67.9	93.0
EPS005	75.1	100.0	66.7	93.4
EPS008	92.8	100.0	33.3	96.3
EPS010	97.3	100.0	75.0	91.3
EPS012	99.7	100.0	87.5	86.1
EPS016	82.2	100.0	87.2	93.1
EPS017	87.4	100.0	90.9	96.3
EPS018	92.5	100.0	100.0	94.0
EPS020	0.0	***	***	96.4
EPS022	9.7	100.0	60.0	98.5
EPS023	93.7	***	***	93.9

EAPB	1. Gestantes tamizadas para VIH (%)	2. Menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH (%)	3. Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos (%)	4. Cobertura de TAR indicada (%)
	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85	● 100 - ● <100	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85
EPS025	● 64.7	● 100.0	● 100.0	● 88.4%
EPS033	● 73.4	***	● 100.0	● 93.0
EPS037	● 98.0	● 85.7	● 63.2	● 96.8
EPSI01	● 100.0	● 100.0	● 80.0	● 96.5
EPSI02	● 92.6	● 100.0	● 66.7	● 94.0
EPSI03	● 32.2	***	● 0.0	● 94.0
EPSI04	● 97.1	● 100.0	● 66.7	● 100.0
EPSI05	● 90.4	***	● 100.0	● 99.0
EPSI06	● 90.1	***	● 100.0	● 86.5
EPSS03	● 79.7	● 100.0	● 70.8	● 91.7
EPSS33	● 85.9	● 53.8	● 95.3	● 95.6
EPSS34	● 29.3	***	● 3.6	● 92.9
EPSS40	● 91.6	● 100.0	● 77.1	● 92.4
EPSS41	● 99.0	***	***	● 96.7
ESS002	● 75.8	● 75.0	● 63.6	● 94.8
ESS024	● 85.4	● 100.0	● 46.9	● 96.9
ESS062	● 87.1	● 100.0	● 71.7	● 91.2
ESS076	● 91.5	● 100.0	● 57.9	● 96.2
ESS091	● 89.9	● 100.0	● 0.0	● 97.5
ESS118	● 99.9	● 100.0	● 94.1	● 92.8
ESS133	● 88.8	● 89.5	● 68.6	● 97.7
ESS207	● 89.7	● 100.0	● 90.9	● 95.9
RES001	***	***	***	● 96.4
RES003	● 84.6	● 80.0	● 83.3	● 95.2
RES009	● 88.9	***	***	● 100.0
RES012	● 100.0	***	***	● 100.0
Total general	● 85.5	● 92.8	● 70.6	● 94.2

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.
***Sin dato.

Tabla 53. Indicadores 5 a 8 de gestión del riesgo, 2016

EAPB	5. CD4 en PVVIH en período, sin TAR en corte (%)	6. Carga viral para PVVIH en período, con TAR en corte (%)	7. PVVIH con TAR con carga viral indetectable (%)	8. PVVIH con detección temprana en incidentes (%)
	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85	● >90 ● 70 a 89.9 ● <70	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85
18000	● 0.0	***	***	***
63000	● 0.0	● 0.0	● 0.0	***
68000	● 0.0	***	***	***
CCF007	● 53.8	● 93.2	● 34.2	● 65.9
CCF009	● 100.0	● 92.1	● 55.3	● 0.0
CCF015	● 70.0	● 80.3	● 42.6	● 54.2
CCF023	● 33.3	● 61.5	● 32.8	● 53.3
CCF024	● 40.4	● 91.6%	● 57.6	● 51.2
CCF027	● 33.3	● 92.4	● 47.7	● 58.3%
CCF033	● 100.0	● 86.8	● 43.4	● 55.6
CCF049	● 60.0	● 96.7	● 34.6	● 57.9
CCF053	● 70.0	● 88.4	● 57.1	● 70.0
CCF055	● 83.9	● 98.0	● 45.5	● 41.4
CCF102	● 42.9	● 27.9	● 7.0	● 50.0
EAS016	● 50.0	● 85.7	● 0.0	● 100.0
EAS027	● 0.0	● 81.8	● 40.9	● 80.0
EMPO17	***	***	***	***
EPS001	● 68.8	● 80.7	● 55.9	● 65.5
EPS002	● 50.9	● 87.1	● 58.8	● 54.1
EPS003	● 46.8	● 80.6	● 52.3	● 73.4
EPS005	● 53.5	● 82.7	● 65.2	● 65.8
EPS008	● 55.4	● 91.4	● 69.0	● 55.6
EPS010	● 62.7	● 89.0	● 66.0	● 77.0
EPS012	● 46.0	● 80.7	● 50.2	● 64.1
EPS016	● 58.4	● 92.5	● 68.2	● 63.5
EPS017	● 63.7	● 89.8	● 63.6	● 56.2
EPS018	● 61.7	● 91.2	● 65.5	● 62.8
EPS020	● 61.1	● 67.0	● 24.5	● 69.2
EPS022	● 62.5	● 81.9	● 47.0	● 58.3

EAPB	5. CD4 en PVVIH en período, sin TAR en corte (%)	6. Carga viral para PVVIH en período, con TAR en corte (%)	7. PVVIH con TAR con carga viral indetectable (%)	8. PVVIH con detección temprana en incidentes (%)
	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85	● >90 ● 70 a 89.9 ● <70	● >=95 ● 85 a 94.9 ● <85
EPS023	● 40.5	● 87.0	● 62.2	● 70.3
EPS025	● 47.6	● 98.6	● 54.2	● 50.0
EPS033	● 66.7	● 82.3	● 49.0	● 66.7
EPS037	● 57.6	● 90.0	● 69.2	● 62.0
EPSI01	● 71.4	● 94.4	● 66.2	● 25.0
EPSI02	● 45.0	● 98.2	● 62.6	● 38.9
EPSI03	● 50.0	● 57.6	● 38.4	● 25.0
EPSI04	● 100.0	● 85.7	● 38.1	● 41.7
EPSI05	● 100.0	● 91.3	● 51.5	● 50.0
EPSI06	● 11.1	● 74.2	● 35.5	● 42.9
EPSS03	● 35.8	● 74.1	● 42.5	● 61.4
EPSS33	● 57.0	● 78.4	● 36.5	● 55.7
EPSS34	● 46.5	● 79.2	● 47.8	● 57.4
EPSS40	● 44.2	● 91.2	● 63.4	● 52.7
EPSS41	● 0.0	● 74.2	● 45.2	***
ESS002	● 87.5	● 84.6	● 46.6	● 49.2
ESS024	● 67.8	● 92.3	● 53.8	● 51.0
ESS062	● 32.4	● 87.5	● 56.1	● 54.9
ESS076	● 41.8	● 79.4	● 57.8	● 60.0
ESS091	● 44.4	● 87.3	● 47.1	● 60.0
ESS118	● 63.5	● 94.4	● 60.0	● 66.5
ESS133	● 61.0	● 89.8	● 28.6	● 54.8
ESS207	● 53.5	● 93.2	● 63.9	● 41.2
RES001	● 36.4	● 42.3	● 30.3	● 47.8
RES003	● 33.3	● 91.0	● 58.4	● 56.5
RES009	***	● 33.3	● 0.0	***
RES012	***	● 100.0	● 66.7	● 50.0
Total general	● 53.1	● 86.7	● 57.5	● 60.0

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.

Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

***Sin dato.

9.2 Indicadores de consenso

En el año 2014 la Cuenta de Alto Costo realizó el consenso de Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos en Instituciones de Atención a PVVIH en Colombia. La finalidad es la evaluación y monitoreo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en relación con el avance en el logro de metas dispuestas y que son determinantes en el manejo y atención de pacientes que viven con VIH (4).

Se evaluaron para este corte quince indicadores, los cuales se encuentran ordenados según el número en el que se encuentran en el consenso (2014).

En resumen, de los quince indicadores en dos se cumple con el estándar, el primero tiene relación con uso de medicamentos antituberculosos y tratamiento antirretroviral en pacientes con tuberculosis activa, siendo de 80,6%, se ha mejorado en relación con el corte previo (2014) que fue de 54,4% (41); es considerable el cambio ya que se encontraba en rangos bajos respecto al tratamiento de personas con coinfección TB/VIH. Se resalta la necesidad del uso de ambos tratamientos e inicio de la terapia antirretroviral en forma temprana en los pacientes que tienen VIH, ya que aumenta la sobrevivencia de personas que tienen conteos de CD4 menores o iguales a 200 células/mm³ (28).

El segundo de los indicadores con adecuada evaluación es la proporción de PVVIH a quienes se les realiza cambio de TAR, siendo de 9,7%; se considera adecuado el mantenimiento de pacientes en la terapia de primera línea, ya que su permanencia contribuye con el control virológico e inmunológico de la enfermedad, además es un indicador de adecuada tolerabilidad, seguridad y aceptación por parte de las PVVIH (19).

Sólo un indicador se encuentra en el rango medio y tiene relación con la atención por médico experto que ahora se está en 94%, para el corte previo (2014) fue de 93,3% (41); se debe recordar que la atención por conocedores de la enfermedad mejora el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes y garantiza la calidad en la atención (19).

El resto de indicadores siguen por debajo del rango esperado y no se reportan cambios respecto al corte previo (2014) (ver tabla 54, tabla 55, tabla 56 y tabla 57). Debe recalcarse la necesidad de la autoevaluación al interior de las entidades prestadoras de servicios, definir la oportunidad de mejora y los cambios que deben aplicarse, todo con el fin de impactar en los resultados en salud de las PVVIH en Colombia.

Tabla 54. Indicadores consenso 2014-2016

Indicador	NOMBRE DEL INDICADOR (consenso VIH 2014)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
1	Proporción de PVVIH que reciben atención por médico experto	93.3	94.0	92.9
2	PVVIH con realización de recuento de CD4 en la valoración inicial	63.4	65.7	75.0
3	Proporción de PVVIH con diagnóstico dentro del período de reporte con realización de carga viral (CV) en la valoración inicial	***	***	***
4	Proporción de PVVIH con realización de linfocitos totales en la valoración inicial	52.5	52.2	66.5
5	Proporción de PVVIH con realización de PPD (anual)	14.6	22.5	33.9
6	Proporción de PVVIH con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses	69.5	72.8	74.0
7	Proporción de PVVIH con tamizaje para Sífilis anual	***	***	***
8	Proporción de PVVIH con valoración de riesgo cardiovascular (RCV) anual	***	***	***
9	Proporción de TAR en PVVIH gestantes	82.6	93.7	95.1
10	Proporción de PVVIH con prescripción adecuada de TAR	68.8	67.0	57.7
11	Proporción de PVVIH con TB activa en tratamiento simultáneo para TB y con TAR	54.4	80.6	87.4
12	Proporción de PVVIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR	50.1	55.0	61.2
13	Proporción de PVVIH con estudio de resistencias en el fracaso virológico	24.5	22.1	10.0
14	Proporción de PVVIH con cambio de TAR	8.1	9.7	7.2
15	Proporción de PVVIH en tratamiento por TB latente	12.8	18.0	27.8
16	Proporción de PVVIH con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	43.2	50.0	56.4
17	Proporción de PVVIH con esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)	31.5	39.3	45.1

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. ***Aún no puede calcularse.

Tabla 55. Indicadores de consenso 1 a 6, 2016

EAPB	1. PVVIH con atención por médico experto (%)	2. PVVIH con recuento de CD4 en valoración inicial (%)	4. PVVIH con linfocitos totales en valoración inicial (%)	5. PVVIH con PPD (anual) (%)	6. PVVIH con CD4 y CV últimos 6 meses (%)
	>=95	>=95	>=95	>=80	>=95
	>=90 y <95	>=90 y <95	>=90 y <95	>=50 y <80	>=90 y <95
18000	0.0	0.0	0.0	0.0	***
63000	0.0	0.0	0.0	0.0	***
68000	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CCFo07	100.0	100.0	100.0	17.8	80.4
CCFo09	100.0	100.0	100.0	0.0	82.1
CCFo15	94.5	72.4	59.1	7.1	73.9
CCFo23	66.7	93.3	80.0	3.2	54.7
CCFo24	54.3	65.2	69.6	59.0	83.5
CCFo27	69.7	78.8	75.8	72.3	74.8
CCFo33	44.4	77.8	77.8	0.0	73.3
CCFo49	94.7	63.2	63.2	63.6	90.7
CCFo53	100.0	15.4	30.8	37.3	83.2
CCFo55	100.0	81.9	34.0	5.0	96.8
CCF102	100.0	0.0	0.0	0.0	23.9
EASo16	100.0	0.0	0.0	0.0	85.7
EASo27	50.0	50.0	25.0	46.3	67.4
EPSo01	88.9	85.2	66.7	2.3	68.6
EPSo02	96.8	62.6	58.3	56.1	74.2
EPSo03	99.7	72.3	68.7	22.2	63.0
EPSo05	89.5	89.0	80.4	36.3	74.8
EPSo08	100.0	77.8	62.1	45.5	79.3
EPSo10	93.6	98.8	86.3	30.7	75.6
EPSo12	70.0	82.9	68.6	22.8	64.8
EPSo16	97.9	86.9	73.4	57.0	76.6
EPSo17	91.2	44.2	35.9	46.7	81.5
EPSo18	99.3	82.8	84.8	43.8	80.4
EPSo20	97.0	33.3	36.4	20.8	50.3
EPSo22	100.0	37.9	41.4	28.1	68.9
EPSo23	100.0	68.7	63.6	36.3	71.9

EAPB	1. PVVIH con atención por médico experto (%)	2. PVVIH con recuento de CD4 en valoración inicial (%)	4. PVVIH con linfocitos totales en valoración inicial (%)	5. PVVIH con PPD (anual) (%)	6. PVVIH con CD4 y CV últimos 6 meses (%)
	● >=95	● >=95	● >=95	● >=80	● >=95
	● >=90 y <95	● >=90 y <95	● >=90 y <95	● >=50 y <80	● >=90 y <95
	● <90	● <90	● <90	● <50	● <90
EPSO25	● 100.0	● 94.6	● 94.6	● 20.9	● 83.8
EPSO37	● 90.0	● 71.1	● 64.3	● 30.7	● 81.5
EPSI01	● 90.9	● 81.8	● 81.8	● 10.2	● 77.1
EPSI02	● 62.9	● 91.4	● 88.6	● 0.0	● 81.6
EPSI03	● 0.0	● 54.5	● 27.3	● 0.9	● 49.0
EPSI04	● 100.0	● 91.7	● 83.3	● 0.0	● 76.8
EPSI05	● 33.3	● 27.8	● 27.8	● 63.7	● 79.8
EPSI06	● 100.0	● 14.3	● 0.0	● 56.4	● 62.2
EPSS03	● 100.0	● 83.7	● 77.0	● 28.1	● 50.5
EPSS34	● 99.5	● 45.5	● 34.3	● 49.1	● 60.6
EPSS40	● 99.7	● 81.1	● 61.3	● 18.5	● 80.5
EPSS41	***	***	***	● 6.5	● 85.7
ESS002	● 67.2	● 58.6	● 53.4	● 9.0	● 74.0
ESS024	● 85.2	● 79.5	● 74.2	● 32.2	● 80.2
ESS062	● 89.2	● 77.8	● 65.0	● 34.5	● 76.3
ESS076	● 97.0	● 68.0	● 64.0	● 9.6	● 70.6
ESS091	● 84.0	● 88.0	● 60.0	● 7.6	● 74.7
ESS118	● 56.4	● 60.6	● 58.3	● 38.8	● 78.9
ESS133	● 93.6	● 75.0	● 68.6	● 20.7	● 76.1
ESS207	● 97.6	● 75.6	● 64.2	● 16.8	● 85.7
RES001	● 95.7	● 69.6	● 67.4	● 27.2	● 33.7
RES003	● 98.0	● 72.7	● 65.7	● 35.4	● 79.2
RES009	***	***	***	● 0.0	● 33.3
RES012	● 100.0	● 100.0	● 100.0	● 0.0	● 50.0
EPSO33	● 94.4	● 83.3	● 77.8	● 47.7	● 74.4
EPSS33	● 89.9	● 69.8	● 69.8	● 54.4	● 67.8
Total general	● 92.9	● 75.0	● 66.5	● 33.9	● 74.0

Fuente: Cuenta de al Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de medición: 31 de enero de 2016. ***Sin dato.

Tabla 56. Indicadores de consenso 9 a 13, 2016

EAPB	9. TAR en P VVIH gestantes (%)	10. PVVIH prescripción adecuada de TAR (%)	11. PVVIH TB activa tratamiento simultaneo TB y TAR (%)	12. PVVIH carga viral indetectable a 48 semanas o más de TAR (%)	13. PVVIH estudio resistencias en fracaso virológico (%)
	● 100	● >=95	● >=80	● >=80	● >=90
	● >=95 y <100	● 90 y <95	● >=60 y <80	● >=70 y <80	● >=70 y <90
	● <95	● <90	● <60	● <70	● <70
18000	***	***	***	***	***
63000	***	● 50.0	***	***	***
68000	***	***	***	***	***
CCF007	● 100.0	● 40.0	● 100.0	● 34.7	● 5.4
CCF009	***	● 0.0	***	● 57.6	● 42.9
CCF015	● 91.7	● 54.1	● 85.7	● 48.4	● 1.3
CCF023	***	● 64.7	● 100.0	● 38.9	● 4.8
CCF024	● 100.0	● 36.8	● 90.0	● 58.7	● 30.3
CCF027	● 100.0	● 58.1	● 100.0	● 58.4	● 10.7
CCF033	● 100.0	● 50.0	***	● 44.8	● 0.0
CCF049	● 100.0	● 72.2	***	● 33.8	● 10.1
CCF053	***	● 66.7	● 100.0	● 57.5	● 0.0
CCF055	● 100.0	● 69.4	● 64.7	● 49.0	● 0.7
CCF102	● 100.0	● 12.5	***	● 11.1	● 0.0
EAS016	***	***	***	● 0.0	● 31.3
EAS027	● 100.0	● 50.0	● 100.0	● 39.5	● 27.3
EPS001	● 100.0	● 38.9	● 66.7	● 57.8	● 10.5
EPS002	● 95.0	● 55.3	● 90.9	● 63.2	● 10.0
EPS003	● 89.3	● 54.5	● 92.9	● 52.3	● 6.8
EPS005	● 100.0	● 68.3	● 85.7	● 68.8	● 11.6
EPS008	● 100.0	● 46.3	● 94.1	● 73.0	● 4.0
EPS010	● 100.0	● 65.5	● 95.3	● 70.1	● 7.8
EPS012	***	● 48.6	● 100.0	● 52.7	● 32.6
EPS016	● 97.8	● 44.4	● 86.1	● 71.5	● 8.9
EPS017	● 100.0	● 63.7	● 88.9	● 69.4	● 3.3
EPS018	● 100.0	● 57.0	● 100.0	● 68.6	● 17.7
EPS020	***	● 68.4	● 88.6	● 25.2	● 1.4
EPS022	● 100.0	● 63.2	● 88.9	● 51.4	● 3.2
EPS023	● 100.0	● 56.7	● 92.3	● 62.7	● 5.9

EAPB	9. TAR en P VVIH gestantes (%)	10. PVVIH prescripción adecuada de TAR (%)	11. PVVIH TB activa tratamiento simultáneo TB y TAR (%)	12. PVVIH carga viral indetectable a 48 semanas o más de TAR (%)	13. PVVIH estudio resistencias en fracaso viroológico (%)
	● 100	● >=95	● >=80	● >=80	● >=90
	● >=95 y <100	● 90 y <95	● >=60 y <80	● >=70 y <80	● >=70 y <90
	● <95	● <90	● <60	● <70	● <70
EPS025	● 100.0	● 71.4	● 80.0	● 60.2	● 8.8
EPS037	● 100.0	● 69.3	● 86.5	● 72.6	● 17.4
EPSI01	***	● 69.2	● 100.0	● 66.1	● 18.8
EPSI02	● 66.7	● 55.9	● 100.0	● 66.5	● 0.0
EPSI03	● 100.0	● 72.7	● 100.0	● 38.9	● 0.0
EPSI04	● 100.0	● 46.2	***	● 38.6	● 10.7
EPSI05	● 100.0	● 50.0	***	● 56.3	● 20.0
EPSI06	***	● 50.0	● 0.0	● 37.5	● 0.0
EPSS03	● 83.3	● 63.8	● 86.7	● 44.4	● 8.3
EPSS34	● 85.0	● 43.5	● 83.7	● 49.4	● 12.4
EPSS40	● 100.0	● 76.8	● 88.7	● 66.9	● 11.8
EPSS41	***	● 0.0	***	● 44.0	● 16.7
ESS002	● 100.0	● 51.0	● 100.0	● 52.8	● 2.7
ESS024	● 95.7	● 55.9	● 91.9	● 55.8	● 9.7
ESS062	● 92.6	● 64.2	● 75.0	● 59.0	● 10.7
ESS076	● 100.0	● 42.6	● 100.0	● 60.8	● 1.6
ESS091	● 100.0	● 50.0	● 66.7	● 47.5	● 7.6
ESS118	● 50.0	● 46.5	● 68.2	● 61.5	● 14.8
ESS133	● 100.0	● 55.8	● 92.6	● 29.6	● 7.9
ESS207	● 100.0	● 58.8	● 95.7	● 67.5	● 20.5
RES001	● 100.0	● 63.4	● 62.5	● 31.2	● 7.1
RES003	● 100.0	● 68.1	● 86.7	● 60.1	● 7.7
RES009	***	***	***	● 0.0	● 0.0
RES012	***	● 33.3	***	***	● 0.0
EPS033	● 100.0	● 47.1	● 66.7	● 57.1	● 5.6
EPSS33	● 90.5	● 47.1	● 81.3	● 38.3	● 5.9
Total general	● 95.1	● 57.7	● 87.4	● 61.2	● 10.0

Fuente: Cuenta de al Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.

Fecha de medición: 31 de enero de 2016.

***Sin dato.

Tabla 57. Indicadores de consenso 14 a 17, 2016

EAPB	14. PVVIH con cambio de TAR (%)	15. PVVIH en tratamiento por TB latente (%)	16. PVVIH profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci (%)	17. PVVIH esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada) (%)
	● <30	● >=95	● >=95	● >=95
	● >=30 y <40	● >=90 y <95	● >=90 y <95	● >=90 y <95
	● >=40	● <90	● <90	● <90
18000	***	***	***	***
63000	***	***	***	● 0.0
68000	***	***	***	***
CCF007	● 18.8	***	● 39.7	● 3.2
CCF009	● 0.0	***	● 28.6	● 50.0
CCF015	● 6.4	● 33.3	● 60.1	● 25.5
CCF023	● 5.3	***	● 58.3	● 35.0
CCF024	● 5.5	● 60.0	● 62.0	● 62.9
CCF027	● 0.0	***	● 19.2	● 58.7
CCF033	● 4.8	***	● 41.4	● 33.7
CCF049	● 21.4	***	● 26.3	● 80.9
CCF053	● 16.7	***	● 22.9	● 24.8
CCF055	● 10.7	● 6.7	● 46.6	● 13.3
CCF102	● 0.0	***	● 0.0	● 0.0
EAS016	● 0.0	***	● 75.0	● 5.9
EAS027	● 0.0	● 0.0	● 75.0	● 40.5
EPS001	● 2.9	● 50.0	● 40.0	● 51.3
EPS002	● 5.1	● 6.4	● 63.7	● 50.2
EPS003	● 3.4	● 50.4	● 44.2	● 31.9
EPS005	● 8.7	● 44.4	● 54.0	● 58.7
EPS008	● 2.8	● 25.5	● 37.7	● 29.6
EPS010	● 7.9	● 23.3	● 83.4	● 65.3
EPS012	● 17.7	● 17.6	● 10.2	● 51.4
EPS016	● 10.4	● 27.6	● 67.6	● 54.6
EPS017	● 7.3	● 8.6	● 74.3	● 32.3
EPS018	● 8.3	● 27.4	● 54.5	● 62.8
EPS020	● 15.2	● 33.3	● 58.5	● 16.1
EPS022	● 21.1	● 50.0	● 85.0	● 42.6
EPS023	● 1.0	● 63.3	● 58.2	● 46.9

EAPB	14. PVVIH con cambio de TAR (%)	15. PVVIH en tratamiento por TB latente (%)	16. PVVIH profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci (%)	17. PVVIH esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada) (%)
	● <30 ● >=30 y <40 ● >=40	● >=95 ● >=90 y <95 ● <90	● >=95 ● >=90 y <95 ● <90	● >=95 ● >=90 y <95 ● <90
EPS025	● 13.0	***	● 72.2	● 34.9
EPS037	● 5.8	● 19.4	● 49.5	● 62.6
EPSI01	● 14.3	***	● 76.5	● 41.7
EPSI02	● 16.0	***	● 60.0	● 48.8
EPSI03	● 15.4	***	● 39.1	● 6.3
EPSI04	● 11.1	***	● 41.2	● 36.1
EPSI05	● 14.3	● 0.0	● 41.7	● 10.0
EPSI06	● 20.0	***	● 42.9	● 48.1
EPSS03	● 5.0	● 45.3	● 59.1	● 25.1
EPSS34	● 6.6	● 24.4	● 64.6	● 54.3
EPSS40	● 3.4	● 64.8	● 88.4	● 68.2
EPSS41	● 0.0	● 0.0	● 50.0	● 28.0
ESS002	● 0.0	● 0.0	● 67.2	● 49.5
ESS024	● 8.1	● 7.4	● 12.1	● 24.1
ESS062	● 9.9	● 23.6	● 82.0	● 43.8
ESS076	● 0.8	● 85.7	● 47.7	● 21.9
ESS091	● 0.0	● 0.0	● 2.5	● 18.9
ESS118	● 15.1	● 40.0	● 65.9	● 27.0
ESS133	● 8.4	● 45.2	● 68.6	● 15.8
ESS207	● 9.0	● 2.6	● 15.1	● 50.4
RES001	● 0.0	● 0.0	● 57.6	● 73.8
RES003	● 8.9	● 2.6	● 76.1	● 57.6
RES009	***	***	● 0.0	● 0.0
RES012	***	***	● 100.0	● 0.0
EPS033	● 8.3	● 0.0	● 36.4	● 15.0
EPSS33	● 6.5	● 50.8	● 69.4	● 26.2
Total general	● 7.2	● 27.8	● 56.4	● 45.1

Fuente: Cuenta de al Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012.
Fecha de medición: 31 de enero de 2016.
***Sin dato.

CONCLUSIONES

- Según el análisis realizado de los datos del registro administrativo de VIH y sida que recopila la información respecto a las personas con diagnóstico de infección por VIH aportados por las EAPB, la epidemia puede considerarse aún concentrada, siendo 0,15% su prevalencia para el corte a 31 de enero de 2016. Sin embargo, llama la atención que existe un incremento de alrededor del 20% de los casos nuevos, considerando que existe un incentivo para el reporte el subregistro puede no explicar el aumento de los casos, pero sí podría explicarse por la captación en población general de los mismos.
- Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que sólo el 60% de la población con VIH conoce su estado (42). Los datos de la CAC podrían visibilizar este problema, dando cuenta de las estimaciones a nivel mundial.
- La incidencia del VIH para este corte fue de 16,8 por 100.000 habitantes. La aparición de casos nuevos y el incremento anual de aproximadamente 20% podría evidenciar el ejercicio de captación en población general, sin embargo, es una alerta para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la epidemia puede no estar siendo contenida y las metas de finalización de la epidemia para el 2030 podrían no ser alcanzadas.
- Según la Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes con VIH y sida (2014), el conteo de CD4 debe realizarse al momento del diagnóstico, sin embargo, el 10% de los pacientes que fueron nuevos casos no tenían estudio inmunológico.
- Los indicadores relacionados con la TMI han tenido una evolución negativa, como ocurre con la proporción de gestantes con VIH y sida en relación con la población total de gestantes reportadas a la Cuenta de Alto Costo. Para el corte de 31 de enero de 2016, fue de 0,18% siendo en el corte previo de 0,14%.
- Según datos de la CAC, el 19% de los niños y niñas menores de 13 años con diagnóstico de infección por VIH dentro del periodo, fueron clasificados al inicio de la enfermedad en fase sida, lo que influye negativamente en la supervivencia y pronóstico de la enfermedad (21).

- Se deben focalizar las estrategias para la disminución y consecuente eliminación de la TMI en población afrodescendiente y perteneciente al régimen subsidiado ya que son poblaciones con indicadores por encima del resultado global.
- Se deben mejorar las estrategias para disminuir la coinfección TB/VIH ya que la tuberculosis es la primera causa por la que personas con VIH mueren, es decir, se considera una muerte relacionada con VIH y sida. Las estrategias deben focalizarse en las personas del régimen subsidiado puesto que la proporción de coinfección está por encima de la general.
- La detección temprana y la carga viral indetectable en pacientes que usan TAR han tenido leves mejoras en las dos mediciones realizadas, sin embargo, los indicadores no tienen buen comportamiento, dando cuenta de las oportunidades de mejora por parte de las EAPB.
- Se debe considerar que mantener pacientes con carga viral indetectable disminuirá el riesgo de infección a otros y mejorará la evolución de la enfermedad, además, cumplir con el estándar en este indicador da cuenta del compromiso del país por dar fin a la epidemia para el año 2030 a través del cumplimiento de los objetivos 90 90 90.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. Global AIDS Update 2016 [Internet]. 2016. Disponible en:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
2. UNAIDS. Fast-tracking combination prevention. Geneva [Internet]. 2015;1-56. Disponible en:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf
3. Ministerio de Salud y la Protección Social. Criterios Para Identificar Patologías De Alto Costo En Colombia [Internet]. 2011. p. 1-23. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf
4. Cuenta de Alto Costo. Consenso Basado en Evidencia Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos en Instituciones de Atención a Personas Viviendo con VIH en Colombia [Internet]. 2014. 1-44 p. Disponible en:<https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/publicaciones#vih>
5. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 4725 de 2011 [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2011 p. 1-9. Disponible en:https://cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion_4725_2011-VIH.pdf
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 0783 de 2012 [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2012 p. 1-7. Disponible en:https://cuentadealtocosto.org/site/images/RESOLUCION_783_2012-VIH.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil. Componente comunitario de la Estrategia AIEPI. 2004;1-126. Disponible en:<http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-encuesta.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. 2008.
9. Ministerio de Salud y la Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2014-2017. 2014;76.
10. CEPAL. Situación de indígenas y afroamericanos en América Latina y el Caribe (18/07/2000)[Internet]. Cepal. 2000. p. 1-5. Disponible en:<http://www.cepal.org/>

- cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/7/77/P77.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl
11. UNAIDS. PREVENTION GAP REPORT. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>
 12. UNAIDS. HIV and Aging. A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. 2013; Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101_JC2563_hiv-and-aging_en.pdf
 13. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2015 [Internet]. 2015. 1-137 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situación del VIH en Colombia 2015.pdf>
 14. Avelino-Silva VI, Ho YL, Avelino-Silva TJ, Santos SDS. Aging and HIV infection. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2011;10(1):163-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2010.10.004>
 15. Acuña L, Sánchez P, Uribe D, Pulido D, Valencia O. Situación del cáncer en Colombia 2015. 2015th ed. Bogotá D.C.: Cuenta de Alto Costo; 2015. 336 p.
 16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. demografia-y-poblacion @ www.dane.gov.co [Internet]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
 17. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. 2014;(July):1-180. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128049/1/WHO_HIV_2014.8_eng.pdf
 18. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ*. 2004;82(6):454-61.
 19. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. Guía de práctica clínica (GPC) 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 . 2014. 499 p.
 20. World Health Organization, Unicef, Unids. GLOBAL UPDATE ON HIV TREATMENT 2013 : Results, Impact and Opportunities. *Glob Updat HIV Treat 2013 results, impact Oppor* [Internet]. 2013;(June):7. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85326/1/9789241505734_eng.pdf?ua=1
 21. UNAIDS. Children and HIV Fact sheet [Internet]. Media. 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/FactSheet_Children_en.pdf
 22. Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Guidelines for

- the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults. *AIDSInfo* [Internet]. 2016;1-411. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
23. Djawe K, Buchacz K, Hsu L, Chen MJ, Selik RM, Rose C, et al. Mortality risk after AIDS-defining opportunistic illness among HIV-infected persons-San Francisco, 1981-2012. *J Infect Dis*. 2015;212(9):1366-75.
 24. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents-A working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. October [Internet]. 2016; Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
 25. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med* [Internet]. 2015;373(9):795-807. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192873> \n <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4569751>
 26. World Health Organization. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2016;(June).
 27. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. 2014;
 28. Rekeciewicz C, Nerrienet E, Ph D, Madec Y, Ph D, Marcy O, et al. Earlier versus Later Start of Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults with Tuberculosis. 2011;1471-81.
 29. Ministerio de Salud y Protección Social. GUIA PARA EL MANEJO DE VIH/SIDA Basada en la Evidencia. 2005;1-242.
 30. UNAIDS. The Gap Report: Children and Pregnant Women Living with HIV. 2014;(2):20.
 31. Rutledge TF, Boyd MF. Morbidity and Mortality Weekly Report Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults , Adolescents , and Children Aged < 18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to < 13 Years – United States , 2008 depara. 2008;57.
 32. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: towards universal access (2006 version). 2006;1-92. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/arv_guidelines_mtct.pdf?ua=1
 33. World Health Organization. Born free of HIV [Internet]. WHO. 2015. p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/features/2015/born-hiv-free/en/>

34. World Health Organization. Thailand, Belarus and Armenia eliminate mother-to-child transmission of HIV [Internet]. WHO. 2016. p. 1. Disponible en:<http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/emtct-validation-2016/en/>
35. Ministerio de Salud y la Protección Social. Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita. 2015;1-26.
36. World Health Organization. Global Tuberculosis Report [Internet]. 2016. Disponible en:http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary.pdf?ua=1
37. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Marco de Trabajo para el Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. 2016.
38. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Tuberculosis. 2014;1-42. Disponible en:http://www.ins.gov.co:81/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos/SIVIGILA/PRO_Tuberculosis.pdf
39. Raviglione M, Sulis G. Tuberculosis 2015: burden, challenges and strategy for control and elimination. Infect Dis Rep [Internet]. 2016;8(2):33-7. Disponible en:<http://www.pagepress.org/journals/index.php/idr/article/view/6570>
40. Institute of Medicine of The National Academies. Monitoring HIV Care in the United States, A strategy for Generating National Estimates of HIV Care and Coverage. 2012. 1-175 p.
41. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. 2015;1-102. Disponible en:<https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/publicaciones#vih>
42. World Health Organization. HIV Fact Sheet [Internet]. 2016. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
43. Ministerio de Salud y la Protección Social. Decreto Número 2561 de 2014. [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2014. Disponible en:http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2014/Decretos2014/DECRETO_2561_DEL_12_DE_DICIEMBRE_DE_2014.pdf



Este libro fue realizado en caracteres
Avenir Next en el mes de mayo de 2017.
Las imágenes de inicio de capítulo fueron diseñadas
por Creative_hat / Freepik® [www.freepik.com]
Bogotá, D. C., Colombia



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



Libertad y Orden