



**Situación del**

**VIH**

**en Colombia**

**2015**



**CUENTA DE ALTO COSTO**

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

SITUACIÓN ACTUAL DEL  
**VIH EN**  
COLOMBIA  
2015



**CUENTA DE ALTO COSTO**

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



Situación del VIH/SIDA en Colombia 2015  
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo  
Cuenta de Alto Costo [CAC]  
ISSN: 2344-7702  
Periodicidad: una edición anual  
Bogotá D.C., Colombia, mayo de 2016  
© Todos los derechos reservados



**EQUIPO TÉCNICO**

Lizbeth Acuña Merchán

Directora Ejecutiva

Patricia Sánchez Quintero

Coordinadora Gestión del Conocimiento

Diana Constanza Pulido Martínez

Médico Gestor del Conocimiento

Andrés Gutiérrez Montealegre

Estadístico

Daniel Uribe Parra

Médico Gestor del Conocimiento

Omaira Valencia Estupiñan

Profesional Gestor del Conocimiento

Luisa Fernanda Alvis Ñungo

Epidemióloga

Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinador de Gestión del Riesgo

Lina Piñeros Rubiano

Coordinadora Gestión de la Información



Lucía Torres Cortes  
Líder de Gestión de la Información

Leandro Casas Torres  
Líder de Sistemas de Información

Alejandra Martínez Luna  
Coordinadora Administrativa

Carolina Montoya Patarroyo  
Líder de Auditoría

Juan Pablo Beltrán Garzón  
Ingeniero de Desarrollo

Andrés Hernández Cuta  
Ingeniero de Soporte

David Rodríguez González  
Ingeniero de Soporte

Alejandro Niño Bogoya  
Communications Chief Officer  
Unidad de Comunicación y Difusión  
Diseño y diagramación



Alejandra Martínez Luna  
Coordinadora Administrativa

Luisa Giraldo Marín  
Auxiliar Administrativa





**REVISORES**

**Luis Alberto Soler Vanoy**

Coordinador de Gestión del Riesgo, Cuenta de Alto Costo

**Patricia Sánchez Quintero**

Coordinadora Gestión del Conocimiento, Cuenta de Alto Costo





**JUNTA DIRECTIVA**

Pablo Fernando Otero Ramón  
Presidente de Junta Directiva  
SURA EPS

Javier Peña Ramírez  
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico

Nubia Gregoria Espinosa Garzón  
Compensar E.P.S.

Luis Alberto Sabogal Aguilar  
SALUDVIDA E.P.S. S.A.

Gabriel Mesa Nicholls  
SURA EPS

Gustavo Adolfo Aguilar  
Asociación Mutua la Esperanza - ASMET SALUD

Ángela María Cruz  
Cooomeva E.P.S. S.A.

Ana Eugenia Velásquez  
Empresas Públicas de Medellín Departamento Médico

Claudia Constanza Rivero Betancourt  
Capital Salud EPSS





## GLOSARIO

Los términos presentados a continuación y que son referencia para todo el documento, se adoptaron desde las Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA (2015) (1).

**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

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios

**PVVIH:** Persona que vive con VIH, para las gestantes, menores de 18 meses hijos de madres con VIH y pacientes con tuberculosis con infección por VIH no se usan abreviaciones.

**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



## CONTENIDO

Glosario.....	11
Abreviaturas.....	13
Lista de tablas.....	16
Lista de Ilustraciones.....	19
Introducción.....	21
1 Aspectos Metodológicos.....	23
2 Generalidades.....	26
2.1 Caracterización de la población general.....	26
3 Situación de la infección por VIH y el sida.....	28
3.1 Situación Mundial de la Epidemia por VIH.....	28
3.2 Personas que viven con VIH y sida.....	29
3.2.1 Distribución por Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).....	30
3.2.2 Distribución por régimen.....	33
3.2.3 Distribución por edad.....	35
3.2.4 Distribución por sexo.....	38
3.2.5 Distribución por etnia y grupo poblacional.....	41
3.3 Características de transmisión, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH.....	43
3.3.1 Indicación de la prueba presuntiva.....	43
3.3.2 Mecanismos de transmisión.....	47
3.3.3 Estadio clínico al momento del diagnóstico.....	50
3.3.4 Estrategia terapéutica y prácticas de prevención.....	58
3.3.5 Medicamentos antirretrovirales.....	63
3.4 Morbimortalidad VIH 2015.....	80
4 Población Gestante.....	91



4.1 Gestantes con infección por VIH.....	93
4.2 Características de contagio y diagnóstico en gestantes con VIH.....	96
4.2.1 Mecanismo de transmisión.....	96
4.2.2 Estadio clínico actual en gestantes que viven con VIH.....	96
5 Población menor de 18 meses hijos de madres con VIH y sida.....	98
6 Población con Tuberculosis.....	101
7 Gestión de riesgo en VIH y sida.....	105
8 Resultados indicadores: Consenso para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos en Instituciones de Atención a PVVIH en Colombia (4).....	108
9 Conclusiones.....	114
10 Anexos.....	117
11 Referencias bibliográficas .....	132

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Número de casos de PVVIH según EAPB y régimen, 2015.....	31
Tabla 2. Edad promedio en PVVIH según régimen, 2015.....	37
Tabla 3. Distribución de PVVIH según el grupo étnico, 2015.....	42
Tabla 4. Distribución de PVVIH según grupos poblacionales, 2015.....	43
Tabla 5. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en PVVIH, 2015....	44
Tabla 6. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en PVVIH según sexo, 2015.....	45
Tabla 7. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en Incidentes del periodo, 2015.....	46
Tabla 8. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en Incidentes del periodo según sexo, 2015.....	47
Tabla 9. Distribución del estadio al diagnóstico en PVVIH mayores de 13 años según sexo, 2015.....	51
Tabla 10. Distribución de estadio al diagnóstico en PVVIH incidentes según sexo, 2015.....	52
Tabla 11. Distribución del estadio al momento del diagnóstico en PVVIH menores de 13 años según sexo, 2015.....	53
Tabla 12. Distribución del estadio al momento del diagnóstico en PVVIH incidentes menores de 13 años según sexo, 2015.....	54
Tabla 13. Distribución PVVIH y el suministro de preservativos según régimen, 2015.....	60
Tabla 14. Distribución de PVVIH con uso de TAR y recepción de asesoría para TAR según régimen, 2015.....	61
Tabla 15. Distribución de PVVIH con uso de TAR y recepción de asesoría para TAR según sexo, 2015.....	62
Tabla 16. Distribución motivo de inicio de TAR según sexo, 2015.....	63
Tabla 17. Distribución de PVVIH y que actualmente usan TAR según sexo, 2015.....	65
Tabla 18. Distribución PVVIH entre 15 a 49 años y que actualmente usan TAR según sexo, 2015.....	67



Tabla 19. Distribución % Cobertura de TAR en PVVIH según sexo, 2015.....	68
Tabla 20. Distribución % de cobertura de TAR según EAPB, 2015.....	70
Tabla 21. Distribución % de cobertura de TAR en PVVIH entre 15 a 49 años según sexo, 2015.....	73
Tabla 22. Distribución PVVIH y tienen como TAR actual esquema de primera línea según sexo, 2015.....	74
Tabla 23. Distribución de PVVIH que permanecen en primera línea de TAR según régimen, 2015.....	75
Tabla 24. Distribución de PVVIH que permanecen en primera línea de TAR según sexo, 2015.....	75
Tabla 25. Distribución PVVIH y la causa de cambio de TAR inicial según sexo, 2015.....	77
Tabla 26. Distribución de PVVIH y el momento de la genotipificación según sexo, 2015.....	78
Tabla 27. Prevalencia VIH cruda y ajustada por edad según régimen, 2015.....	82
Tabla 28. Prevalencia VIH cruda y ajustada por edad según sexo, 2015.....	82
Tabla 29. Prevalencia de VIH en personas entre 15 a 49 años según régimen, 2015.....	84
Tabla 30. Incidencia de VIH cruda y ajustada por edad según régimen, 2015.....	86
Tabla 31. Incidencia de VIH cruda y ajustada por edad según sexo, 2015.....	86
Tabla 32. Mortalidad relacionada con VIH cruda y ajustada por edad según régimen, 2015.....	88
Tabla 33. Mortalidad relacionada con VIH a cruda y ajustada por edad según sexo, 2015.....	88
Tabla 34. Letalidad en PVVIH según régimen, 2015.....	90
Tabla 35. Letalidad en PVVIH según sexo, 2015.....	90
Tabla 36. Distribución de gestantes con VIH y sida en el periodo según régimen, 2015.....	93
Tabla 37. Distribución gestantes con VIH y sida a la fecha de corte según régimen, 2015.....	94



Tabla 38. Distribución gestantes con VIH y sida según grupo étnico, 2015.....	95
Tabla 39. Distribución Gestantes con VIH y sida según grupo poblacional, 2015.....	95
Tabla 40. Distribución de gestantes con VIH y sida por estadio clínico actual, 2015.....	97
Tabla 41. Distribución de menores de 18 meses con infección por VIH según régimen, 2015.....	99
Tabla 42. Distribución menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida según grupo étnico, 2015.....	100
Tabla 43. Distribución de personas con tuberculosis activa y VIH, 2015.....	104
Tabla 44. Indicadores gestión de riesgo, 2015.....	106
Tabla 45. Resultados Indicadores Consenso 2014 para el corte de 31 de enero 2015.....	109
Tabla 46. Resultado de Indicadores Consenso VIH periodo 2014 y 2015.....	113



## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Distribución de la población BDUA según régimen, 2015.....	27
Ilustración 2. Número de casos PVVIH, Periodo 2012 - 2015.....	29
Ilustración 3. Distribución de PVVIH según régimen, 2015.....	33
Ilustración 4. Distribución de PVVIH según departamento y régimen, 2015.....	34
Ilustración 5. Box plot edad en PVVIH, 2015.....	35
Ilustración 6. Histograma PVVIH según la edad, 2015.....	36
Ilustración 7. Box plot edad en PVVIH según sexo, 2015.....	37
Ilustración 8. Distribución de PVVIH según sexo, 2015.....	38
Ilustración 9. Distribución de mujeres que viven con VIH según grupo etario, 2015.....	39
Ilustración 10. Distribución hombres que viven con VIH en relación con el grupo etario, 2015.....	40
Ilustración 11. Distribución del mecanismo de transmisión en PVVIH, 2015.....	48
Ilustración 12. Distribución mecanismo de transmisión en PVVIH según sexo, 2015.....	49
Ilustración 13. Distribución mecanismo de transmisión en PVVIH incidentes según sexo, 2015.....	50
Ilustración 14. Distribución de PVVIH por estadio clínico actual según sexo, 2015.....	55
Ilustración 15. Distribución de PVVIH por estadio clínico actual según régimen, 2015.....	56
Ilustración 16. Distribución enfermedades que definen sida en PVVIH, 2015....	57
Ilustración 17. Distribución patologías que definen sida en PVVIH incidentes, 2015.....	59
Ilustración 18. Distribución de PVVIH y el suministro de preservativos, 2015....	59
Ilustración 19. Distribución de PVVIH que actualmente usan TAR, 2015.....	64
Ilustración 20. Distribución de PVVIH y que actualmente usan TAR según régimen, 2015.....	65
Ilustración 21. Distribución de PVVIH entre 15 a 49 años y que actualmente usan TAR según régimen, 2015.....	66



Ilustración 22. Distribución % de Cobertura de TAR en PVVIH según régimen, 2015.....	68
Ilustración 23. Distribución % Cobertura de TAR en PVVIH, 2015.....	69
Ilustración 24. Distribución % de cobertura de TAR en PVVIH en edades entre 15 -49 años según régimen, 2015.....	72
Ilustración 25. Distribución PVVIH y tienen como TAR actual esquema de primera línea según régimen, 2015.....	73
Ilustración 26. Distribución de PVVIH y la causa de cambio de TAR inicial, 2015.....	76
Ilustración 27. Distribución de PVVIH que reciben atención por infectología según régimen, 2015.....	79
Ilustración 28. Prevalencia de VIH ajustada por edad, 2015.....	81
Ilustración 29. Prevalencia de VIH en personas entre 15 a 49 años, 2015.....	83
Ilustración 30. Incidencia ajustada por edad de VIH, 2015.....	85
Ilustración 31. Mortalidad ajustada por edad relacionada con VIH, 2015.....	87
Ilustración 32. Letalidad en PVVIH, 2015.....	89
Ilustración 33. Distribución de Gestantes en la población general según régimen, 2015.....	91
Ilustración 34. Distribución de gestantes según departamentos, 2015.....	92
Ilustración 35. Distribución gestantes con VIH y sida en el periodo según grupo etario, 2015.....	94
Ilustración 36. Distribución mecanismo de transmisión en gestantes con VIH y sida, 2015.....	96
Ilustración 37. Distribución menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida, 2015.....	98
Ilustración 38. Distribución menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida según sexo, 2015.....	99
Ilustración 39. Distribución personas con tuberculosis según régimen, 2015..	101
Ilustración 40. Distribución pacientes con tuberculosis según sexo, 2015.....	103
Ilustración 41. Distribución personas con tuberculosis según grupo etario, 2015.....	102
Ilustración 42. Histograma edad en pacientes con tuberculosis, 2015.....	103



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de alto costo se caracterizan por presentarse en subgrupos de la población cuyos rasgos, en especial su estado de salud, les atribuye una mayor probabilidad de elevar el consumo de servicios (2). Adicionalmente, son enfermedades cuyos desenlaces negativos son evitables ya que se pueden ofrecer intervenciones que permitan gestionar el riesgo y disminuir las complicaciones (hospitalizaciones, mayor consumo de medicamentos, entre otros), así como episodios no planeados dentro de la atención que derivan en inadecuados resultados en salud y sobrecostos (3).

Adquirir conocimiento sobre dichas patologías permite dirigir la gestión de riesgo en salud de las poblaciones y coadyuva con la buena administración de la enfermedad en las personas que la padecen, además repercute positivamente en la estabilidad del sistema de salud ya que asegura la disponibilidad de los recursos y ayuda a prevenir la catástrofe financiera de quien padece la enfermedad, su familia y la sociedad en general (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, el cuidado de condiciones crónicas se ha convertido en un desafío, tales condiciones, son responsables del 60% de la carga de enfermedad a nivel mundial (4). Actualmente, la infección por VIH se considera una enfermedad crónica transmisible y de alto costo (5), cuyo impacto económico en el Sistema General de Seguridad Social y en la calidad de vida de las personas que lo padecen, genera la necesidad de promover estrategias que permitan frenar la epidemia en el país (6).

A partir del acuerdo 245 de 2003 se reconoció el VIH/sida y la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como las patologías que más impacto financiero generaban dentro del grupo de enfermedades denominadas "indicativas", lo que hizo pertinente la adopción de una política integral para el manejo del alto costo (6)(7). Desde el año 2007, la Cuenta de Alto Costo (CAC) contribuye con el mantenimiento de la estabilidad del sistema de salud a través del ajuste de riesgo permitiendo que la atención de pacientes que viven con VIH pueda ser manejada con alta calidad técnico-científica (4).

Acudiendo a diferentes frentes, se busca frenar la epidemia en el país. Uno de estos frentes lo constituye la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita implementada desde el año 2003, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que en su último reporte refirió la disminución de 41% de la transmisión entre 2008 y 2013, siendo 5.8% y 3.4% respectivamente (8).

La articulación de diferentes intervenciones que sean eficaces y oportunas permitirá disminuir la incidencia, mejorar la calidad de vida de quienes padecen



la enfermedad y reducir la mortalidad relacionada con VIH (9). En este sentido, a partir del año 2012 se han generado reportes periódicos que dan cuenta de la Situación de la Infección por VIH y sida según los datos que se reportan a la CAC; de esta manera se logra difundir los logros alcanzados y las falencias en la atención de pacientes que viven con VIH por parte de las empresas aseguradoras.

El presente documento se constituye como la versión más actualizada de la situación de la enfermedad. En él se describen generalidades de la infección por VIH y sida, se presentan apartes sobre el diagnóstico, tratamiento y tasas de morbimortalidad según los datos reportados. Concomitantemente, se caracteriza la población gestante; aquella con tuberculosis y la que corresponde a niños menores de 18 meses hijos de madres con VIH y que han estado expuestos en el periodo perinatal al VIH. Finalmente, se exponen los indicadores de gestión de riesgo y aquellos definidos por el Consenso realizado en el año 2014, los cuales van dirigidos a la evaluación y monitoreo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (10). Todos estos datos se recopilan con base en la Resolución 4725 del año 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 (11)(12).



## — 1. 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, en cumplimiento con la Resolución 4725 de 2011 (modificada por la 0783 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 un paciente que entre el 01 de febrero de 2014 al 31 de enero de 2015, 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 (11)(12).

### **Auditoría de la información**

La Cuenta de Alto Costo aplica un proceso de auditoría de historias clínicas para realizar el proceso de verificación de los datos. Durante el proceso se auditó el 100% de los 61.174 registros de los pacientes que viven con VIH, y de los 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 3.168 y 2.936 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 V13.0.



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) (13).

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

Los parámetros que se tuvieron en cuenta para la estimación del tamaño de muestra para gestantes y personas con tuberculosis se presentan a continuación:

	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	2.936	3.168

- *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**

Se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica (edad, sexo, régimen de afiliación, departamento, y ciudad capital) y clínica (mecanismo de transmisión, diagnóstico, prevención, estadio clínico, infecciones oportunistas, conteo de linfocitos CD4, carga viral, 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 (14) para el corte junio de 2015.

Se estableció que un caso incidente es aquel cuya fecha de diagnóstico de infección se encuentre en el período 01 de febrero de 2014 a 31 de enero de 2015.

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 (10).



## 2. GENERALIDADES

### 2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL

La población de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)<sup>1</sup> para este reporte corresponde a la fecha de corte del 31 de enero de 2015 (de aquí en adelante al referirse al corte se hace referencia a los datos reportados a la CAC hasta la fecha). En Colombia, 42.996.930 millones de personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado y contributivo, siendo 52.35% (22.508.781) y 47.65% (20.488.149) respectivamente (Ver Ilustración 1.). En relación con el año previo (2014), la distribución de la población BDUA según régimen no tuvo variabilidad, siendo 53.68% para el subsidiado y 46.32% para el contributivo (15).

Según la distribución por departamentos en relación con el régimen de afiliación, la población subsidiada se concentra en áreas con mayor pobreza<sup>2</sup> y vulnerabilidad del país, visibilizando un probable indicativo de desigualdad. Como ejemplo, se encuentra el departamento de Vichada, con 70.703 personas en el régimen subsidiado, es decir el 91.8% del total de su población afiliada (n=76.988); el Vaupés con 27.034 personas o 90.9% de su población afiliada (n=29.752). Adicionalmente, se debe considerar que dichas áreas donde la población en su mayoría pertenece al régimen subsidiado como el caso de Guainía, deben ser consideradas como "Zonas dispersas"<sup>3</sup>, al igual que los departamentos ya mencionados, Choco, Nariño y Cauca entre otros, que requieren trato específico ya que enfrentan retos y problemáticas diferentes en relación con el acceso, oportunidad y calidad en la atención en salud; así como su integración en actividades de promoción y prevención(16).

Como es de esperarse, Bogotá concentra la mayor proporción de pacientes en el régimen contributivo, siendo 5.643.742 casos u 82.3% del total de su población afiliada (n=6.856.448); llama la atención el departamento de San Andrés, cuya afiliación es mayor para el régimen contributivo, y que corresponde a 37.491 personas o 68.1% del total de su población (n=55.065), lo que puede ser explicado por la modalidad económica de la isla, que es basada fundamentalmente en el turismo (Ver Ilustración 1.).

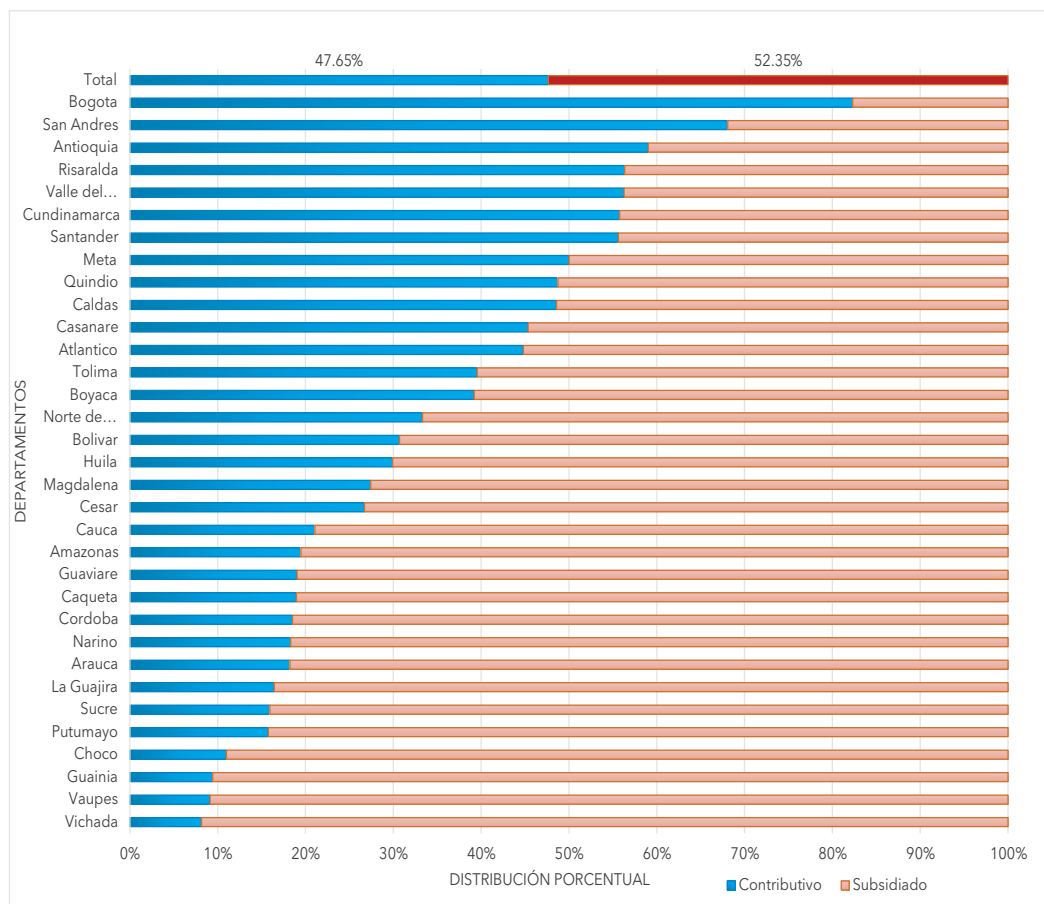
1 Población asegurada de referencia entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2 Según el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) zonas como Chocó, La Guajira, Cauca, entre otros tienen índices de pobreza monetaria desde 62.8%, 53.35% y 51.6% respectivamente (59)(60).

3 Certificado a través del Decreto 2561 del 12 de Diciembre de 2014, donde consta que existen áreas en Colombia con alta dispersión geográfica, con presencia de población indígena y que fueron epicentro del conflicto armado (16).



*Ilustración 1. Distribución de la población BDUA según régimen, 2015*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - BDUA, Fecha de medición 31 de enero de 2015



### 3. SITUACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA

#### 3.1 SITUACIÓN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA POR VIH

En el año 2015, la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas definió como determinante la eliminación de la epidemia de sida para el año 2030 a través del planteamiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (17). Según el informe Global AIDS up date (2016) para el año 2015, aproximadamente 36.7 millones [34.0 millones - 39.8 millones] de personas viven con VIH; de los cuales 2.0 millones [1.7 millones - 2.3 millones] de personas viven en Latinoamérica y el Caribe. Respecto al número de casos nuevos para dicho año se presentaron 2.1 millones [1.8 millones - 2.4 millones], de los cuales 100.000 casos [86.000 - 120.000] surgen del reporte en Latinoamérica y el Caribe (17).

Actualmente, existen 17.0 millones de personas viviendo con VIH en el mundo (de ahora en adelante PVVIH) en Tratamiento con medicamentos Antirretrovirales o TAR; siendo 46% su cobertura global para el final del año 2015 (17); donde la región de Latino América y el Caribe se encontraba para el año 2013 en 44% [33%-50%] (18), lo que permitió darle el primer lugar como la región con países de ingresos medios y bajos con mayor uso de tratamiento antirretroviral.

Según el Informe Global AIDS up date (2016) Latinoamérica y el Caribe actualmente tienen una cobertura de 55% [47 - 64%](17), lo 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 los casos nuevos para 2020 a menos de 500.000 en el mundo, con grandes esfuerzos de financiamiento y capital humano; desde la academia y la investigación; y con la disminución en precios de medicamentos se ha contribuido con la estrategia 90 90 90 que propone dicho abordaje, con el cual se quiere cumplir lo siguiente, que:

- 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 (17)(19).

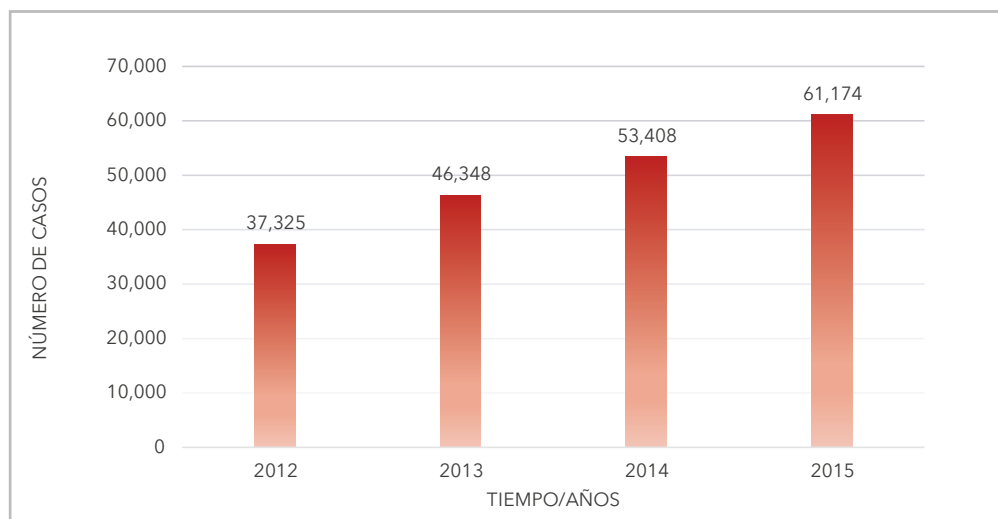


Colombia a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la disposición en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, se adhiere a las políticas globales en salud que requieren poner fin a la epidemia del VIH como una amenaza para la salud pública. Desde la Cuenta de Alto Costo se ha velado por visibilizar el problema, reportando desde el año 2012 la situación de la infección según la información entregada por las empresas prestadoras de servicios, promoviendo revisiones basadas en la evidencia y formulando el Consenso (2014), haciéndose partícipe de las acciones que permitirán generar resultados en salud provechosos para el sistema, la sociedad y los individuos.

### 3.2 PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y SIDA

De acuerdo con el informe nacional sobre el Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida 2014, desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han notificado 92.379 casos de VIH y sida (20), esto puede corroborarse con la información obtenida por la Cuenta de Alto Costo, que evidencia que desde el inicio de la recopilación de datos en el año 2012 con 37.325 casos aumentó a 61.174 casos para el año 2015; pudiendo resultar del incremento en la captación de pacientes por parte de las EAPB por año (Ver Ilustración 2.).

*Ilustración 2. Número de casos PVIH, Periodo 2012 - 2015*



*Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.*



### 3.2.1 Distribución por Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

La población BDUA concentra sus afiliados en el régimen subsidiado; sin embargo, llama la atención que las PVVIH son atendidas en su mayoría en el régimen contributivo. Las siguientes son las entidades que afilian el 60.34% de las PVVIH:

1. Saludcoop EPS con 5.907 casos (9.66%);
2. Nueva EPS con 5.218 casos (8.53%);
3. Coomeva con 5.175 casos (8.46%);
4. Caprecom presentó **4.031 casos** (6.59%);
5. Sura EPS con 3.762 casos (6.15%);
6. Salud Total SA con 3.411 casos (5.58%);
7. Savia Salud con 2.667 casos (4.36%);
8. EPS Famisanar LTDA tiene 2.283 casos (3.73%);
9. Sanitas S.A. EPS con 2.258 casos (3.69%);
10. Asociación Mutual Empresa Solidaria EMSSANAR con 2.196 casos (3.59%).

En relación con el año previo (2014) la posición de las EAPB que aportaron el mayor número de reportes no tuvo cambios, en cuanto a la distribución Saludcoop disminuyó en 0.84 puntos porcentuales (año previo 10.5%) y Sura EPS aumentó 0.85% en relación con este corte (año previo 5.3%); el resto de las entidades se mantuvieron sin cambios determinantes (15).

Las diferentes entidades que prestan servicios de salud a pacientes que viven con VIH se encuentran relacionadas en el siguiente gráfico (Ver Tabla 1.) donde se muestra el número de casos por EAPB.



Tabla 1. Número de casos de PVIH según EAPB y régimen, 2015

EAPB	Régimen	n=
CCF007	S	349
CCF009	S	41
CCF015	S	769
CCF018	S	71
CCF023	S	105
CCF024	S	359
CCF027	S	104
CCF033	S	116
CCF049	S	139
CCF053	S	144
CCF055	S	610
CCF101	S	64
CCF102	S	20
EAS016	C	22
EAS027	C	43
EPS001	C	610
EPS002	C	3411
EPS003	C	1448
EPS005	C	2258
EPS008	C	1609
EPS010	C	3762
EPS012	C	829
EPS013	C	5907
EPS016	C	5175
EPS017	C	2283
EPS018	C	1538
EPS020	S	4031
EPS022	S	201



Continuación Tabla 1.

Aseguradora	Régimen	n=
EPS023	C	1239
EPS025	S	94
EPS033	C	74
EPS037	C	5218
EPS039	C	51
EPSI01	S	81
EPSI02	S	227
EPSI03	S	103
EPSI04	S	73
EPSI05	S	89
EPSI06	S	38
EPSS03	S	608
EPSS33	S	1541
EPSS34	S	1638
EPSS40	S	2667
ESS002	S	206
ESS024	S	2065
ESS062	S	1651
ESS076	S	744
ESS091	S	265
ESS118	S	2196
ESS133	S	1513
ESS207	S	1693
RES003	P	1067
RES007	E	14
RES012	E	1

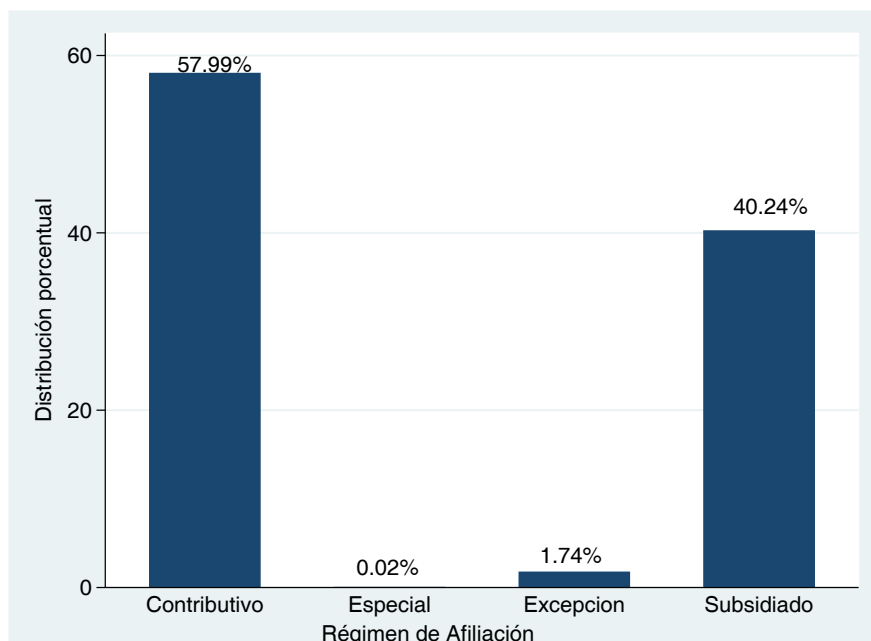
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



### 3.2.2 Distribución por Régimen

Las PVVIH tienen mayor representatividad en el régimen contributivo con 35.477 casos, en el régimen subsidiado son 24.615, seguido por el de excepción con 1.067 y por último el régimen especial con 15 pacientes (Ver Ilustración 3.).

*Ilustración 3. Distribución de PVVIH según régimen, 2015.*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

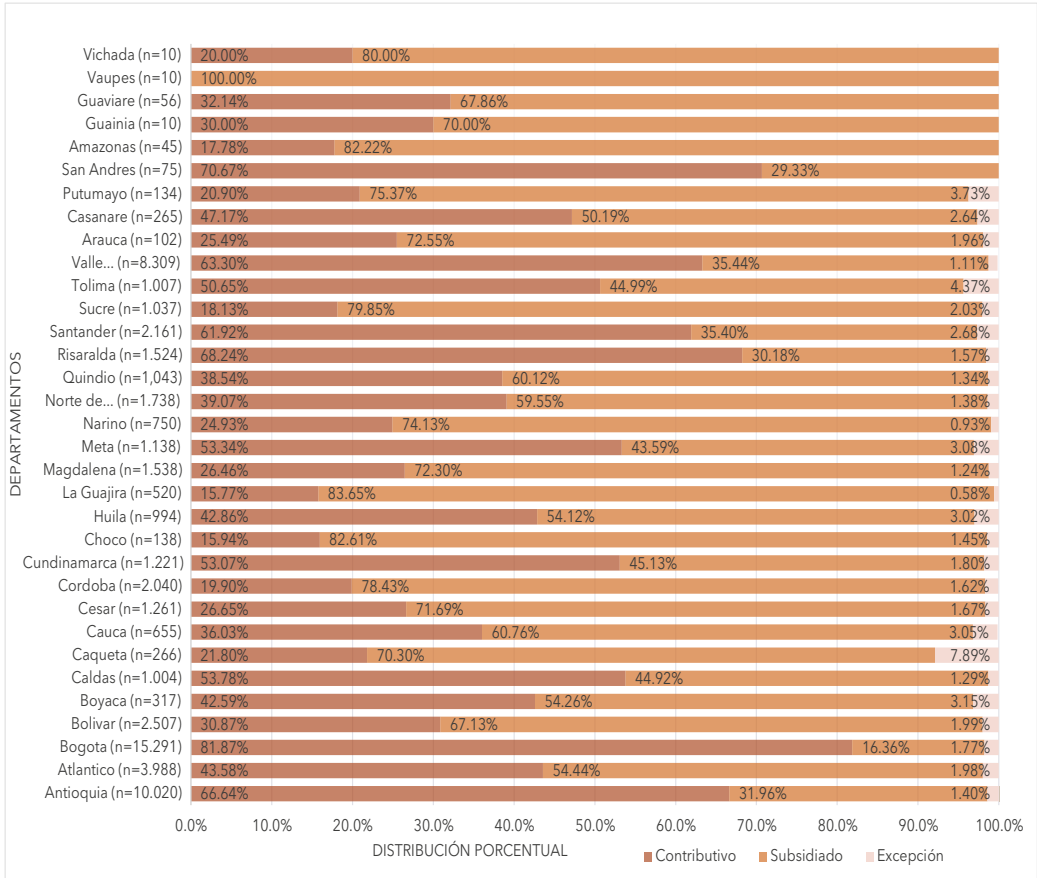
Las PVVIH según departamento y régimen se encuentran en su mayoría concentradas en zonas donde hay mayor población urbana, Bogotá atiende al 81.87% del total de sus casos en el régimen contributivo, seguido por San Andrés con 70.67% y Antioquia 66.64%.

Llama la atención que las áreas con mayor porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado tienen pocos reportes de casos de PVVIH. El caso de Vichada con 10 pacientes de los cuáles el 80% son subsidiados; Vaupés con 10 pacientes los cuáles 100% son de dicho régimen; Guainía con 10 pacientes siendo el 70% subsidiados; esto podría corresponder a la dificultad en la captación y búsqueda activa de los pacientes por considerarse áreas dispersas (Ver Ilustración 4.).



No se incluyó en el gráfico el régimen especial ya que son 15 casos, los cuáles están distribuidos principalmente en el Valle del Cauca siendo el 0.14% (12 casos) del total de las PVIH; en Antioquia, Cauca y Córdoba se reporta 1 caso por departamento, siendo respectivamente el 0.01%, 0.15% y 0.05% del total de sus pacientes con VIH.

Ilustración 4. Distribución de PVIH según departamento y régimen, 2015



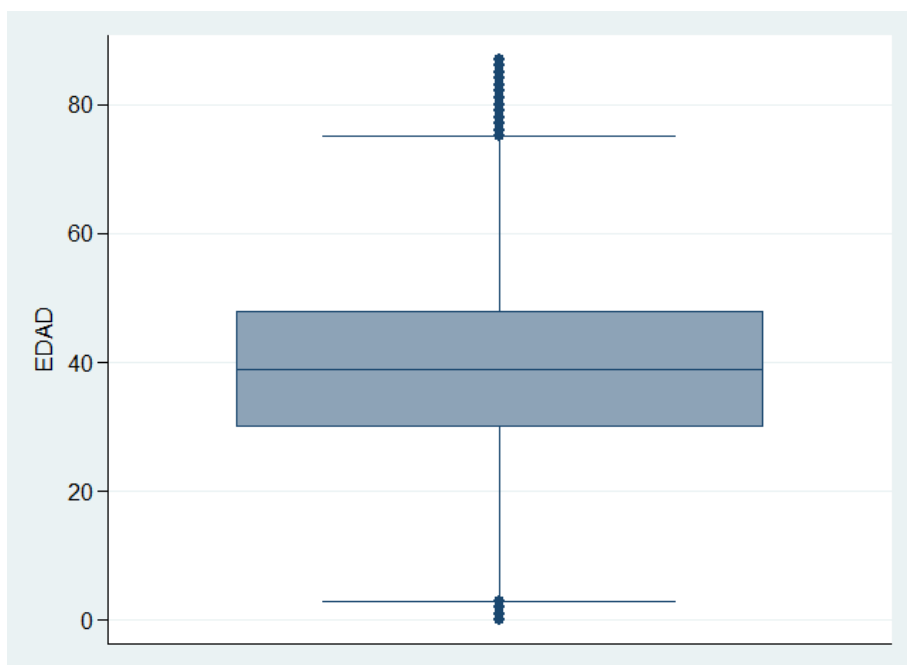
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



### 3.2.3 Distribución por Edad

Según los resultados para el año 2015, el 50% de las PVVIH se distribuyen según la edad entre 30 y 48 años (Ver Ilustración 5.), con un promedio de 39.51 años, la cual no varía respecto al año 2014 (39.46 años) (15), con una desviación estándar de 12.39 años.

Ilustración 5. Box plot edad en PVVIH, 2015



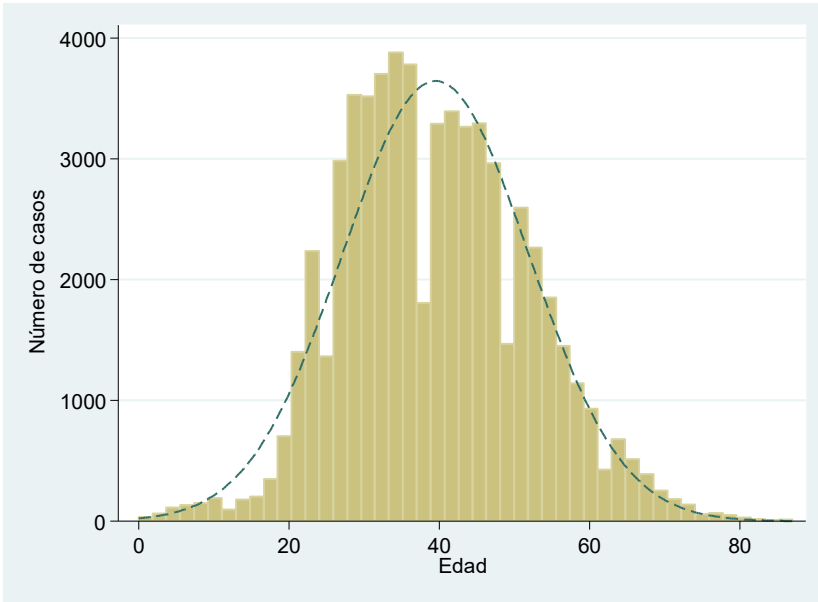
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

La distribución de la enfermedad en relación con la edad es simétrica, indicando la concentración de la infección en personas en grupos de edad adulta joven y media.

Según el histograma presentado a continuación, podemos observar que la distribución tiene un ligero sesgo a la derecha, pero con poca variabilidad, lo que se correlaciona con el diagrama de cajas previamente presentado. En las edades entre 20 a 49 años existe un crecimiento progresivo en el número de casos (Ver Ilustración 6.) área donde más se concentran las PVVIH, siendo el 75.7%, dato que concuerda con el 71% encontrado en el Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/Sida 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social (21).



Ilustración 6. Histograma PVVIH según la edad, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

Para la edad según el régimen, las personas entre 35 a 39 años de edad aportan el mayor número de casos dentro del régimen contributivo, siendo 5.239 casos, lo que corresponde al 14.65% en este tipo de afiliación.

En el régimen subsidiado el quinquenio entre los 35 a 39 años también concentra la mayor cantidad de PVVIH con 3.776 número de casos, siendo el 15.34%. Para la población que vive con VIH y se encuentra en el régimen de excepción, 225 casos se concentran en el mismo grupo etario, siendo el 21.09%. El régimen especial reporta 15 pacientes en total, llama la atención que su población entre 60 a 64 años es la que más contribuye con los casos (4 personas) siendo el 26.67% de su población.

Para 3 de los 4 regímenes, la concentración de la población en el grupo etario entre 35 a 39 años y el promedio de las edades en cada régimen (Ver Tabla 2.), visibilizan la necesidad de focalizar los esfuerzos y las acciones en poblaciones clave, lo que contribuirá con la disminución de la aparición de nuevos casos de infección por VIH.



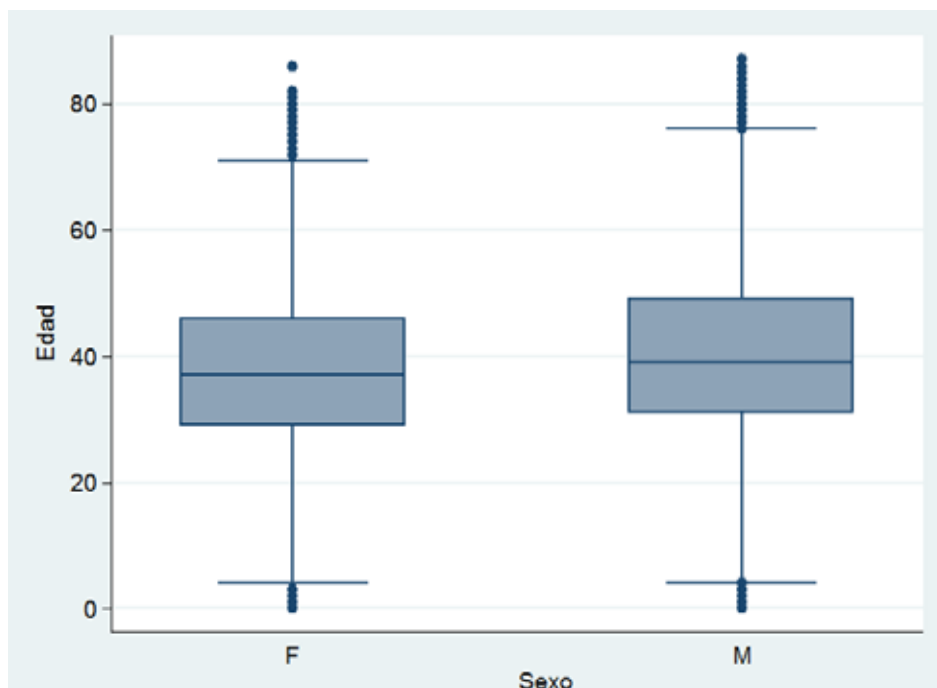
Tabla 2. Edad promedio en PVIH según régimen, 2015

Régimen	n=	Promedio Edad/ años
Contributivo	35,477	40.46
Subsidiado	24,615	38.3
Excepción	1,067	35.59
Especial	15	50.8
Total	61.174	39.51

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

El 50% de las mujeres con infección por VIH se encuentran distribuidas entre 29 y 46 años, para los hombres esta entre 31 y 49 años (Ver Ilustración 7.). Si bien, las distribuciones son similares, la mayoría de las mujeres que viven con VIH son menores.

Ilustración 7. Box plot edad en PVIH según sexo, 2015



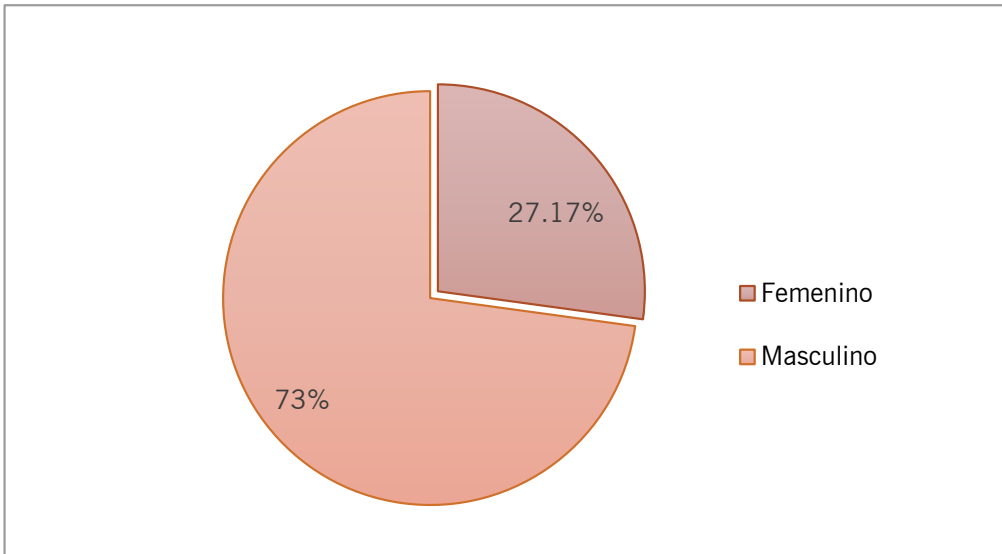
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



### 3.2.4 Distribución por Sexo

Actualmente, 44.556 hombres viven con VIH en Colombia, lo que corresponde al 72.83%; el número de casos para las mujeres es de 16.618, siendo un 27.17% del total de las PVIH (Ver Ilustración 8.). En relación con el año previo (2014) las mujeres representaban un 26.86% y los hombres 73.14% respectivamente (15). Para el periodo 2014 - 2015 existe una diferencia de 0.31 puntos porcentuales para las mujeres, aunque no existe mucha variabilidad puede indicar cambios en la distribución para este sexo.

Ilustración 8. Distribución de PVIH según sexo, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

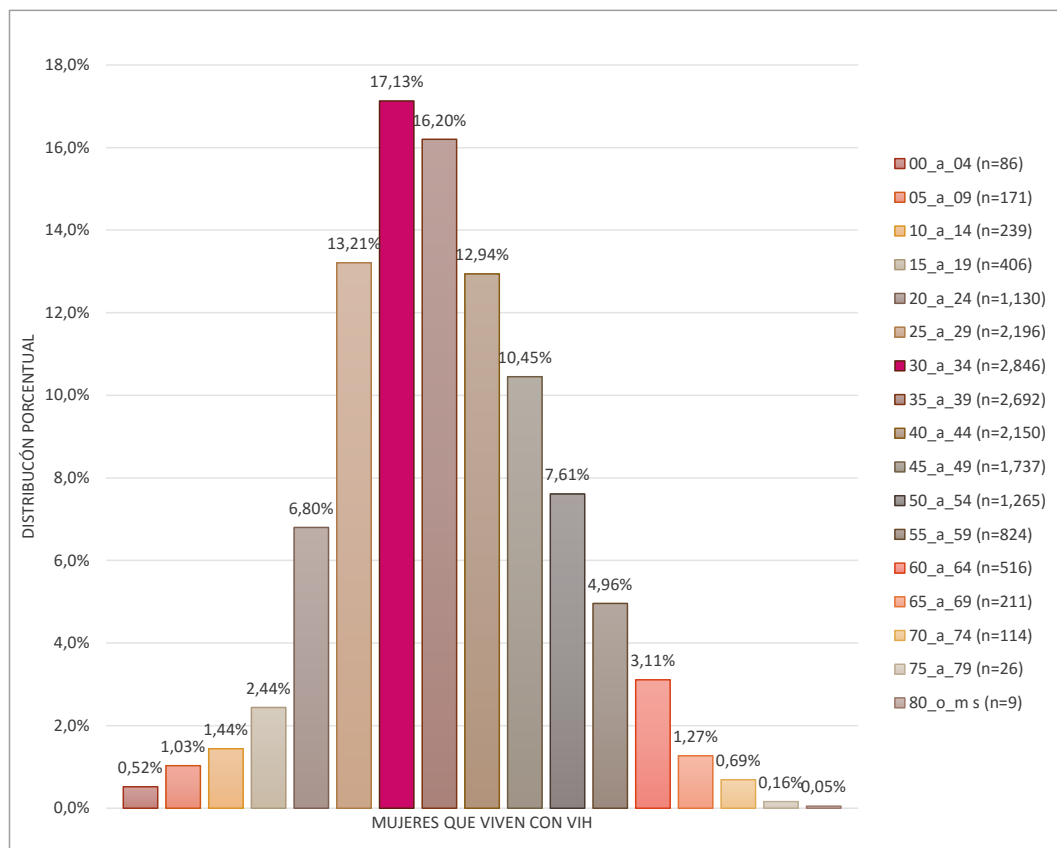
La *razón de masculinidad* de los casos notificados como VIH en Colombia ha presentado un descenso del mismo, siendo en 1987 de 27.5 hombres por una mujer a 2.5 en el año 2013 (20).

Para este periodo la razón de masculinidad se encuentra en 2.7, no existiendo variación respecto al corte anterior (año 2014) (15). Los cambios en dicha razón podrían corresponder en Colombia a la infección en mujeres que mantienen relaciones heterosexuales (9).

En las siguientes gráficas se muestra los grupos etarios en relación con el sexo, para el caso de las mujeres el grupo etario que más contribuye con los casos de PVIH es el de 30 -34 años (2.846 casos). La población se concentra entre los quinquenios 20 - 24 y 45 -49 años donde está el 76.73% de estas pacientes (Ver Ilustración 9.).



Ilustración 9. Distribución de mujeres que viven con VIH según grupo etario, 2015

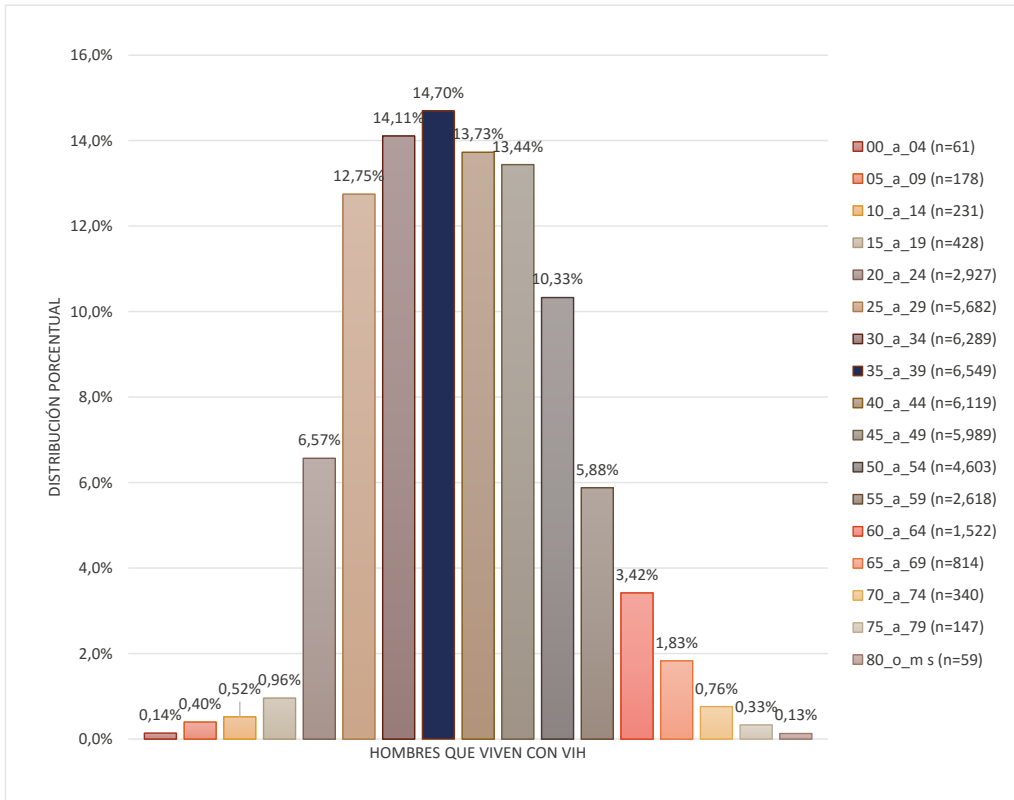


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Para el caso masculino el grupo etario con mayor número de PVVIH es el de 35 a 39 años (6.549 casos), respecto a su presentación, tiene un cambio de 6.57 puntos porcentuales entre el quinquenio de 15 a 19 al de 20 a 24 años; existe uniformidad entre las edades que van desde los 25 a 29 hasta los 50 a 54 años, siendo el 79.06% de los hombres que viven con VIH (Ver Ilustración 10.)



Ilustración 10. Distribución hombres que viven con VIH en relación con el grupo etario, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Es de recalcar, que las personas por encima de 50 años tienen un número de casos considerables, como ejemplo, para el sexo masculino el quinquenio entre los 50 a 54 aporta 4.603 casos, siendo el 10.33% del total de los hombres que viven con VIH; para el sexo femenino en el mismo grupo son 1.265 casos, siendo 7.61% del total de mujeres que viven con VIH. Esto tiene relación con el fenómeno de envejecimiento de la infección; actualmente se conoce que en países de bajos y medianos ingresos el 10% de las PVVIH tienen 50 años o más, lo que puede derivarse de 3 factores principalmente: a) Prolongación de la vida por el adecuado uso de TAR; b) Disminución de los casos en adultos jóvenes cambiando la proporción a adultos mayores, y por último c) Factores de riesgo similares a poblaciones adultas jóvenes (22).



### 3.2.5 Distribución por Etnia y Grupo Poblacional

Colombia es un país multicultural, con una composición poblacional de 4 grupos étnicos: indígenas, siendo 3.43% de la población, pueblos afrocolombianos donde se incluye la población raizal (San Andrés y Providencia) y la población palenquera (San Basilio de Palenque en Bolívar) que corresponde al 10.62%; por último, el pueblo gitano o ROM con un porcentaje de 0.01%<sup>4</sup>; aproximadamente el 85.94% de las personas en Colombia no creen pertenecer a ninguna etnia (23)(24).

Para un estudio de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) "la pobreza, la marginalidad y la exclusión se han convertido en una característica estructural" para indígenas y afrodescendientes (25). Circunstancias que se han convertido en facilitadores para la práctica de conductas de riesgo como el uso de drogas inyectadas o la ocupación como trabajador sexual, siendo factores que aumentan la probabilidad de adquirir la infección. Adicionalmente, las poblaciones marginalizadas tienen dificultades para el acceso y adecuada información en salud, lo que impide su adecuada captación, tratamiento y seguimiento, empeorando la situación actual de la infección en dichas poblaciones (26).

A pesar que sólo el 2.98% (1.821 casos) de las PVIH en Colombia pertenecen a grupos étnicos, no es despreciable su distribución porcentual considerando que indígenas, afroamericanos y grupos ROM por su condición de minoría se consideran en situación de vulnerabilidad y por ende tienen riesgo para adquirir la infección por VIH. Según el reporte del National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB prevention del CDC (2014) la población racial con mayor proporción de infección es la afrodescendiente en Estados Unidos (siendo el 44% de las infecciones nuevas para el año 2010), los cuáles en su mayoría se encuentran en condición de pobreza, generando barreras de acceso a servicios de salud con calidad, lo que no permite el diagnóstico temprano, el inicio de TAR y la participación en programas de educación para la prevención de la infección por VIH (27).

Para efectos del análisis en nuestra población se consideró al total de las PVIH, de los cuáles en su mayoría se consideran de otras etnias, siendo los más afectados (97.02%), seguidos por la población afrodescendiente (2.29%), indígenas (0.68%) y Gitanos/ROM (0.01%) (Ver Tabla 3.).

<sup>4</sup> Según censo Dane 2005 (23)(24).



Tabla 3. Distribución de PVVIH según el grupo étnico, 2015

Grupo étnico	n=	%
Gitano/ROM	9	0,01
Indígena	413	0,68
Negro o Afrodescendiente	1.399	2,29
Otros	59.353	97,02
Total	61.174	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Para el Plan Nacional de Salud Pública 2012 - 2021 es determinante la participación en programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los siguientes grupos poblacionales: mujeres jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado (28)(9). Acciones que son potenciadas desde diferentes estrategias como las realizadas desde el PAPSIVI<sup>5</sup> y que visibilizan la problemática de subpoblaciones que por sus condiciones socioeconómicas son vulnerables y tienen mayor riesgo de contagio por VIH (26).

Por esta razón, este análisis incluye a dos grupos poblacionales (desplazados y personas privadas de la libertad) (Ver Tabla 4.), los cuales aportan un pequeño porcentaje del total de PVVIH al igual que los grupos étnicos; y también son considerados de alto riesgo para adquirir la infección por su condición de marginalización (26). Se observa que según sexo existen más mujeres en calidad de desplazadas, siendo 384 casos (2.31%), lo que profundiza problemáticas sociales que influyen en cambios comportamentales que aumentan el riesgo de infección (17). Para el caso de pacientes privados de la libertad es mayor para los hombres con 484 casos (1.09%).

5 Programa de Atención Psicosocial y salud integral a víctimas creado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que busca a través de actividades, procedimientos e intervenciones disciplinarias atender integralmente a las víctimas del conflicto armado (61).



Tabla 4. Distribución de PVVIH según grupos poblacionales, 2015

Grupo Poblacional	Mujeres	Hombres	Total
	n=	n=	n=
	%	%	%
Desplazado	384	334	718
	2.31%	0.75%	1.17 %
No pertenece	16,163	43,738	59,901
	97.26%	98.16%	97.92%
Privado de la libertad	71	484	555
	0.43%	1.09%	0.91%
Total	16,618	44,556	61,174

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### 3.3 CARACTERÍSTICAS DE TRANSMISIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Según el Boletín Epidemiológico VIH/Sida Colombia (2013), desde 1985 y hasta 2012 el mecanismo de transmisión más importante es secundario a transmisión sexual, el cual corresponde al 97%; de dichas relaciones, el 45% son de origen heterosexual, 17% homosexual y 6% bisexual (21)(29). La transmisión perinatal es el segundo mecanismo de contagio con 2%, seguido del 0.2% por hemotransfusión y finalmente el 0,1% por uso de drogas y accidentes laborales respectivamente; infortunadamente el 29% de las PVVIH no conocen el origen (21).

#### 3.3.1 Indicación de la Prueba Presuntiva

Prestar orientación para la detección de la infección por VIH a través de programas instaurados por los prestadores de salud, tiene como objetivo captar la mayor cantidad de PVVIH, sobre todo aquellas con infecciones tempranas que requieren el uso de TAR en la etapa aguda y que necesitan vincularse al sistema para iniciar tratamiento temprano, tener un seguimiento estricto y acceso a educación para la prevención (30).

Para el corte de 31 de enero de 2015 la primera causa para la realización de la prueba presuntiva fue la indicación médica, con un 61.48%; seguido por la solicitud voluntaria con 20.43%, lo cual debe ser reforzado desde los programas de prevención si se quiere cumplir con las metas 90 90 90, que proponen que para el año 2020, el 90% de las personas que tienen la infección deben conocer su estado. Es de notar que un 11.09% no reporta como luego a la prueba presuntiva, pudiendo ser por desconocimiento (Ver Tabla 5.).



Tabla 5. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en PVIH, 2015

Prueba Presuntiva	Número de Casos	Distribución Porcentual
Solicitud de la persona	12,497	20.43%
Solicitud del médico por sospecha de VIH y sida	37,612	61.48%
Oferta prueba a Gestante	3,020	4.94%
Por diagnóstico de TB	114	0.19%
Exposición Ocupacional	131	0.21%
Abuso sexual	49	0.08%
Donación de sangre	945	1.54%
Persona menor de 18 meses en seguimiento	17	0.03%
Otro	6,786	11.09%
No fue realizado	3	0.00%
<b>Total</b>	<b>61,174</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

De 12.497 personas que solicitan la prueba el 78.42% son hombres y 21.58% son mujeres. Para todas las categorías los hombres tienen mayores distribuciones, excepto para la transmisión materno infantil, la cual es mayor en mujeres (12 casos) respecto a los hombres (5 casos) (Ver Tabla 6.).



Tabla 6. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en PVIH según sexo, 2015

Prueba presuntiva	Mujeres		Hombres		Total
	n=	%	n=	%	n=
Solicitud de la persona	2,697	21.58	9.800	78.42	12,497
Solicitud del médico por sospecha de VIH y sida	8,640	22.97	28.972	77.03	37,612
Oferta prueba a gestante	3,020	100	0	0	3,020
Por diagnóstico de TB	22	19.3	92	80.7	114
Exposición Ocupacional	42	32.06	89	67.94	131
Abuso sexual	21	42.86	28	57.14	49
Donación de sangre	153	16.19	792	83.81	945
Persona menor de 18 meses en seguimiento	12	70.5	5	29.41	17
Otro	2,010	29.62	4.776	70.38	6,786
No fue realizado	1	33.33	2	66.67	3
<b>Total</b>	<b>16,618</b>	<b>27.27</b>	<b>44.556</b>	<b>72.83</b>	<b>61,174</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Indicación de la prueba presuntiva en Incidentes

A continuación, se presentan los datos relacionados con la indicación de la prueba presuntiva en pacientes que son nuevos casos de infección para el periodo en mención, de esta manera se pueden evidenciar cambios en la dinámica del tamizaje.

Para los nuevos casos, la indicación de la prueba por solicitud del médico cuando se tiene sospecha de infección por VIH sigue siendo la más importante, siendo 4.366 casos o 58,71%; seguido por la solicitud voluntaria de la prueba con 1.886 casos o 25,36%. Se resalta que la categoría "Otro" es la siguiente en la distribución, sugiriendo desconocimiento de la prueba por parte del paciente o por inadecuados registros en historia clínica. En relación con la población general (prevalentes) tiene un comportamiento similar para todas las categorías (Ver Tabla 7.).



Tabla 7. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en Incidentes del periodo, 2015

Causa de la indicación de la prueba presuntiva	Número de casos	Distribución porcentual
Solicitud de la persona	1,886	25.36%
Solicitud del médico por sospecha de VIH y sida	4,366	58.71%
Oferta prueba a gestante	426	5.73%
Por diagnóstico de TB	48	0.65%
Exposición ocupacional	3	0.04%
Abuso sexual	13	0.17%
Donación de sangre	113	1.52%
Persona menor de 18 meses en seguimiento	10	0.13%
Otro	572	7.69%
Total	7,437	100.00%

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

En ambos sexos se comporta la distribución de forma similar, se resalta que tanto para prevalentes e incidentes la atención de personas que sufren abuso sexual como mecanismo para la toma de la prueba presuntiva se presenta más en el sexo masculino (Ver Tabla 6. y Tabla 8.).



Tabla 8. Distribución de la práctica de la prueba presuntiva en Incidentes del periodo según sexo, 2015

Causa de la indicación de la prueba presuntiva	Mujeres		Hombres		Total
	n=	%	n=	%	n=
Solicitud de la persona	380	20.15%	1,506	79.85%	1,886
Solicitud del médico	912	20.89%	3,454	79.11%	4,366
Oferta prueba a gestante	426	100.00%	0	0.00%	426
Por diagnóstico de TB	7	14.58%	41	85.42%	48
Exposición ocupacional	2	66.67%	1	33.33%	3
Abuso sexual	4	30.77%	9	69.23%	13
Donación de sangre	21	18.58%	92	81.42%	113
Persona menor de 18 meses en seguimiento	6	60.00%	4	40.00%	10
Otro	153	26.75%	419	73.25%	572
<b>Total</b>	<b>1,911</b>	<b>25.70%</b>	<b>5,526</b>	<b>74.30%</b>	<b>7,437</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### 3.3.2 Mecanismos de Transmisión

Para el corte de 31 de enero de 2015 la transmisión sexual es el mecanismo más importante con 83.12% de los casos (50.874 personas), seguido del mecanismo desconocido con 14.56% (8.908 personas) lo que es preocupante ya que no es claro el origen de la infección y por tanto los mecanismos de prevención que permitan aunar en la disminución de aparición de nuevos casos.

La transmisión materno infantil es del 1.7% con cambios respecto al año previo (2014) que fue de 2.2% (15), pudiendo resultar de mejoras en los programas de detección perinatal de la infección por parte de las empresas aseguradoras.

A lo largo de los años los casos de VIH que aparecen en relación con el consumo de drogas inyectables han aumentado, para 2014 en el área de Latinoamérica y el Caribe fueron 721.000 personas [312.000 - 1.375.000], sin embargo, existen limitaciones para la obtención de datos (31).

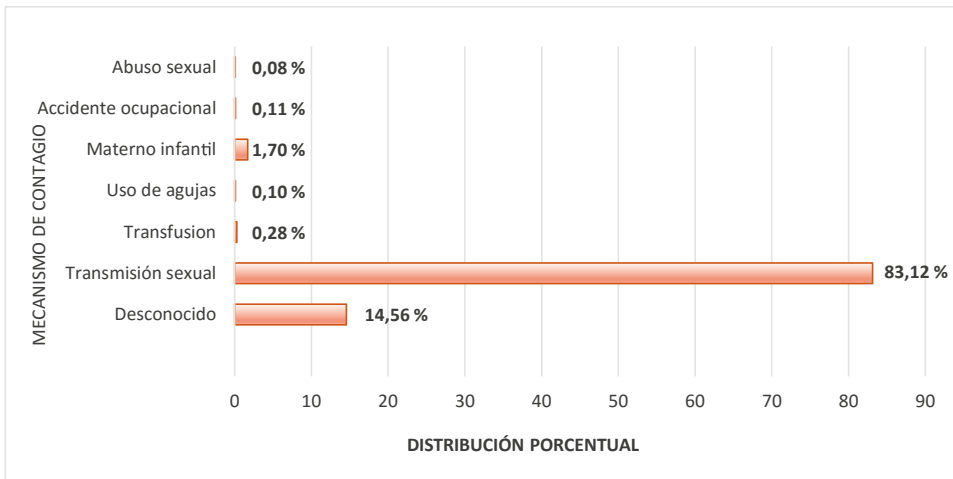
En nuestro caso se encontró que 0.10% (59 personas) adquirieron la infección por el uso de agujas contaminadas; no es despreciable el número teniendo



en cuenta que este mecanismo no era parte de la distribución en años previos ya que no existían casos (por desconocimiento o por la baja proporción de personas que se inyectan drogas).

Para la transfusión y por violencia sexual el porcentaje es mínimo, sin embargo, se debe continuar el tamizaje ya que habla de buenas prácticas de seguridad del paciente respecto a bancos de sangre y atención integral a víctimas de abuso (Ver Ilustración 11.).

*Ilustración 11. Distribución del mecanismo de transmisión en PVIH, 2015*

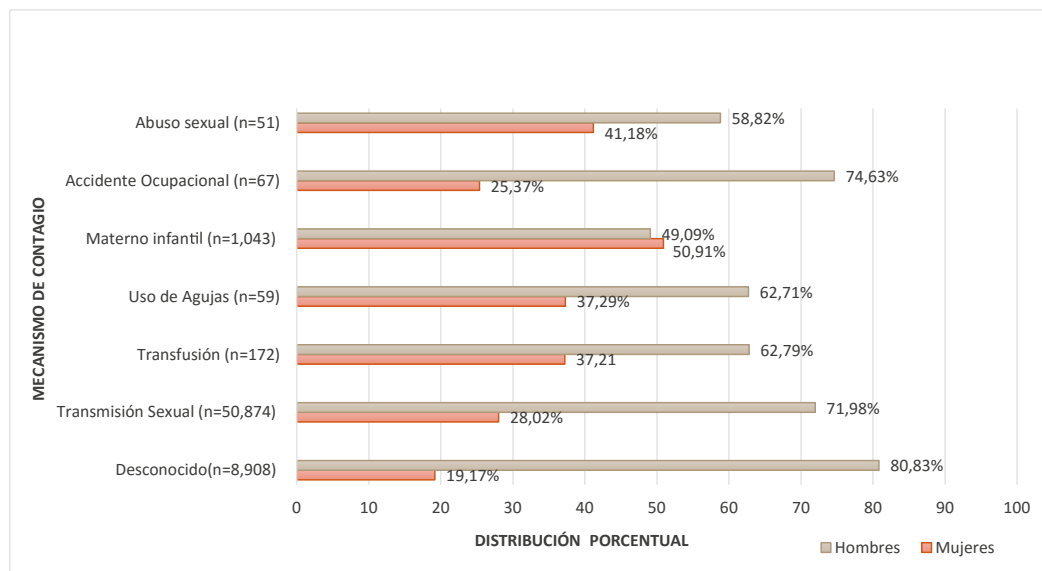


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Del total de personas que adquirieron la infección por vía sexual el 71.98% son hombres (36.619 casos), entre tanto 28.02% son mujeres (14.255 casos); en definitiva, los hombres desconocen el origen de su infección, siendo el 80.83% o 7.200 hombres que viven con VIH, a diferencia del 19.07% de mujeres o 1.708 casos. Para hombres es mayor el contagio por medio de violencia sexual, son pocos, pero representan el 58.82% (30 casos) de 51 PVIH (Ver Ilustración 12.).



Ilustración 12. Distribución mecanismo de transmisión en PVIH según sexo, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

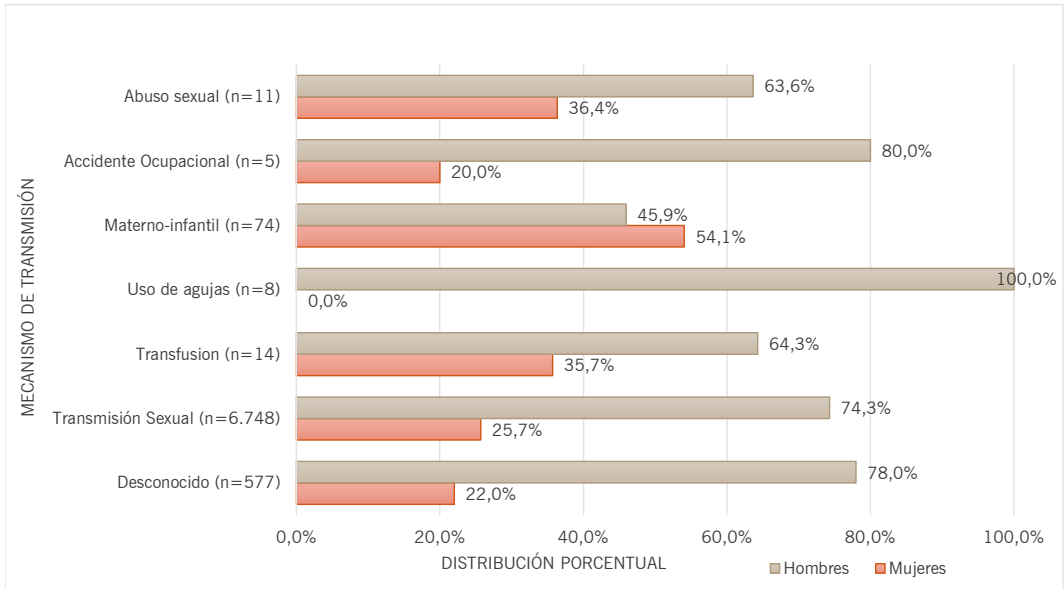
### ▪ Mecanismo de transmisión en Incidentes

La transmisión sexual continúa siendo el mecanismo conocido más importante para adquirir el virus en los nuevos casos, siendo 5.014 hombres o 74,3% y para las mujeres 1.734 casos o 25,7%. Llama la atención que tanto para prevalentes como incidentes el desconocimiento del mecanismo es el mayor porcentaje.

Para el caso de la población incidente se resalta que el uso de agujas es preponderante en los hombres, no existiendo ningún caso femenino (Ver Ilustración 13.).



Ilustración 13. Distribución mecanismo de transmisión en PVIH incidentes según sexo, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### 3.3.3 Estado Clínico al Momento del Diagnóstico

A continuación, se encontrará la distribución de las PVIH en relación con el estadio inicial de la enfermedad, teniendo en cuenta los síntomas y signos que sugieren estadios clínicos y pruebas inmunológicas de los pacientes en el momento que son diagnosticados. Se resalta que la información aquí descrita, separa a la población con VIH según la edad, ya que existen diferencias en las manifestaciones clínicas, progresión de la enfermedad, experiencia terapéutica y seguimiento de pacientes que hacen diferentes a los niños y niñas menores de 13 años de adolescentes y adultos que padecen VIH (32).

#### ▪ Distribución en mayores de 13 años

Según los datos del corte, se encontró que a 59.978 personas se les realizó diagnóstico de infección por VIH siendo mayores de 13 años. Los estadios donde más se concentran las mujeres son el A1 con 4.334 o 31.09%; el estadio A2 con 3.980 casos o 29.31%; en contraste el tercer estadio en el que se diagnostican es el C3 con 2.371 o 20.16% de casos.

Para los hombres es similar el comportamiento, se clasifican al momento del diagnóstico como estadio C3, 9.388 casos (79.84%); y como primeros estadios se encuentran el A1 y A2 con 9.607 y 9.601 casos respectivamente (Ver Tabla 9.)



Tabla 9. Distribución del estadio al diagnóstico en PVIH mayores de 13 años según sexo, 2015

Estadio clínico > 13 años	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
A1	4,334	31.09	9,607	68.91	13,941	23.24
A2	3,980	29.31	9,601	70.69	13,581	22.64
A3	1,405	27.76	3,656	72.24	5,061	8.44
B1	946	29.98	2,209	70.02	3,155	5.26
B2	1,013	24.04	3,200	75.96	4,213	7.02
B3	611	22.91	2,056	77.09	2,667	4.45
C1	432	21.11	1,614	78.89	2,046	3.41
C2	319	22.58	1,094	77.42	1,413	2.36
C3	2,371	20.16	9,388	79.84	11,759	19.61
Sin información	6	23.08	20	76.92	26	0.04
Por Establecer	594	28.07	1,522	71.92	2,116	3.52
Total	16,011	26.69	43,967	73.31	59,978	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Distribución en mayores de 13 años para Incidentes

Se consideró en este documento el estadio clínico al diagnóstico de personas mayores de 13 años que fueran nuevos casos para el periodo, desagregado por sexo. En relación con los prevalentes, las mujeres siguen siendo diagnosticadas tempranamente, los estadios A1 y A2 son los más importantes, nuevamente seguido por el estadio C3 que representa el 22.3% en esta población. Para los hombres existe una diferencia, para incidentes el primer estadio es A2, seguido por el C3 que a diferencia de la población general ocupa el tercer lugar en la clasificación inicial (Ver Tabla 10.). Esto último sugiere el requerimiento de estrategias que permitan cambiar el curso de la enfermedad al diagnosticarla tempranamente.



Tabla 10. Distribución de estadio al diagnóstico en PVIH incidentes según sexo, 2015

Estadio clínico al diagnóstico > 13 años	Mujeres		Hombres		Total
	n=	%	n=	%	n=
A1	492	30.0	1,147	70.0	1,639
A2	469	24.7	1,432	75.3	1,901
A3	154	25.0	461	75.0	615
B1	64	28.7	159	71.3	223
B2	115	24.5	354	75.5	469
B3	83	24.7	253	75.3	336
C1	22	19.0	94	81.0	116
C2	39	24.8	118	75.2	157
C3	332	22.3	1,158	77.7	1,490
Sin información	1	100.0	0	0.0	1
Por Establecer	97	23.4	317	76.6	414
Total	1,868	25.4	5,493	74.6	7,361

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Distribución en menores de 13 años

Para el año 2015, aproximadamente 1.8 millones [1.5 millones - 2.0 millones] de niños y niñas menores de 15 años viven con VIH en el mundo. Siendo 150.000 nuevos casos al año a nivel mundial (110.000 - 190.000) (33).

Según los datos, 1.196 personas fueron diagnosticadas con infección por VIH siendo menores de 13 años, de los cuáles la mayoría se encuentran asintomáticos o en estadio N1 con 18.06 % o 216 casos, lo que difiere del corte previo (2014) ya que el estadio con mayor número de casos correspondió al A1 con un 13.22% o 154 casos (15). se resalta el esfuerzo por hacer diagnósticos tempranamente. Sin embargo, continúa siendo el estadio C3 el tercero en la distribución.

Se debe continuar con las estrategias para realizar captaciones tempranas, las cuales, pueden retardarse por la presencia de barreras en el acceso para la toma de la prueba y conocimiento del resultado, ya que los padres son los que deben reclamarlo. Por otro lado, el estigma y miedo de los padres o cuidadores para acudir a la toma de la prueba impide realizar un diagnóstico temprano en menores de 13 años (33).



A diferencia de las personas que son diagnosticadas por encima de los 13 años, las mujeres tienen mayor número de casos en este subgrupo, siendo de 607 casos o 50.75% niñas con el diagnóstico. Ambos sexos se concentran en los mismos estadios N1, A1, y C3 (Ver Tabla 11.).

Tabla 11. Distribución del estadio al momento del diagnóstico en PVIH menores de 13 años según sexo, 2015

Estadio Clínico al diagnóstico < 13 años	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
N1	113	52.31	103	47.69	216	18.06
N2	25	42.37	34	57.63	59	4.93
N3	12	52.17	11	47.83	23	1.92
A1	99	55.93	78	44.07	177	14.8
A2	46	58.97	32	41.03	78	6.52
A3	16	64	9	36	25	2.09
B1	20	51.28	19	48.72	39	3.26
B2	34	53.97	29	46.03	63	5.27
B3	17	56.67	13	43.33	30	2.51
C1	12	44.44	15	55.56	27	2.26
C2	10	41.67	14	58.33	24	2.01
C3	62	54.39	52	45.61	114	9.53
Sin información	118	43.54	153	56.46	271	22.66
Por Establecer	23	46.94	27	55.1	50	4.18
<b>Total</b>	<b>607</b>	<b>50.75</b>	<b>589</b>	<b>49.25</b>	<b>1,196</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Las mujeres cambian su porcentaje en estadios como C1 y C2 siendo menor, en el resto de casos son mayoría. Cabe anotar que 50 pacientes no tenían clasificación, pudiendo resultar del diagnóstico temprano en el momento del corte o por la espera de resultados y demoras en su atención (Ver Tabla 11.).

#### ▪ Distribución en menores de 13 años para Incidentes

Para nuevos casos del periodo son más las mujeres que se diagnostican. Los estadios clínicos donde más se concentró la población fueron el N1, A2 y C3, en relación con el sexo no hubo diferencia en la presentación clínica, para estos pacientes ninguno estaba en estadio C2 (Ver Tabla 12.).



Tabla 12. Distribución del estadio al momento del diagnóstico en PVVIH incidentes menores de 13 años según sexo, 2015

Estadio clínico al diagnóstico < 13 años	Mujeres		Hombres		Total
	n=	%	n=	%	n=
N1	11	64.7	6	35.3	17
N2	1	25.0	3	75.0	4
N3	1	25.0	3	75.0	4
A1	8	66.7	4	33.3	12
A2	3	60.0	2	40.0	5
A3	0	0.0	1	100.0	1
B1	2	100.0	0	0.0	2
B2	1	33.3	2	66.7	3
B3	2	100.0	0	0.0	2
C1	2	66.7	1	33.3	3
C3	7	53.8	6	46.2	13
Sin información	2	50.0	2	50.0	4
Por Establecer	3	50.0	3	50.0	6
Total	43	56.6	33	43.4	76

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Estadio clínico a la fecha de corte en PVVIH<sup>6</sup>

En un caso confirmado o de reporte de infección por VIH se debe conocer el resultado de laboratorio y alguno de los 4 escenarios de la infección; donde se esté al tanto del conteo o los porcentajes de Linfocitos T CD4 y la presencia de condiciones que definen sida (34).

Para el corte de 31 de enero de 2015 la mayoría de pacientes se encuentran en estadio 3 siendo el 55.7% (34.076 casos) del total de PVVIH; para hombres y mujeres se comporta igual (Ver Ilustración 14.); es similar con el corte previo (2014) donde el estadio 3 fue de 55.2% (15).

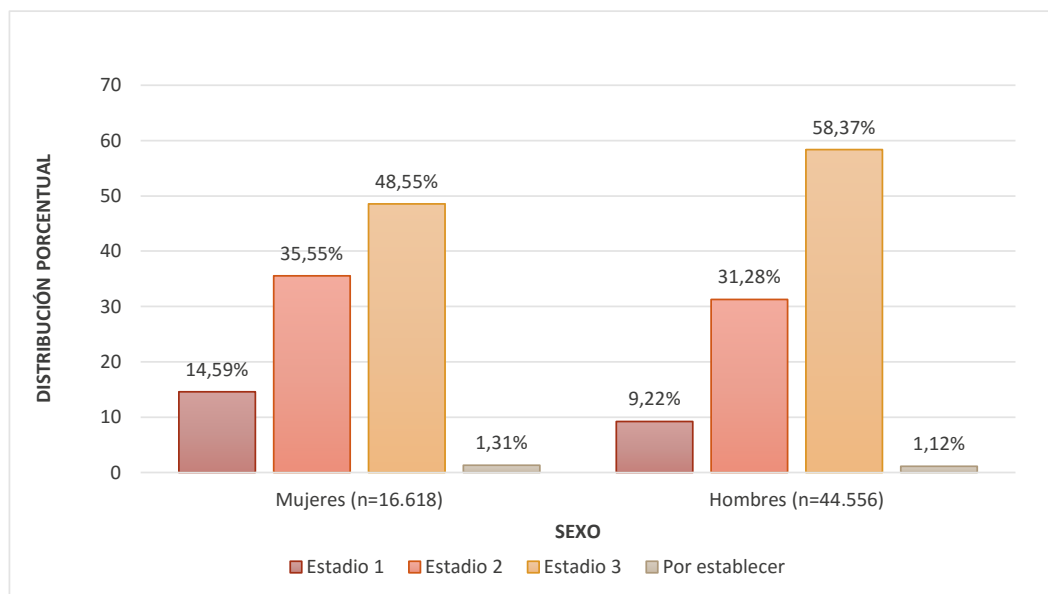
Es importante recalcar la diferencia que existe entre las definiciones de caso al momento del diagnóstico<sup>7</sup> y al momento del corte, ya que podría sugerir deterioro en la evolución de los pacientes.

<sup>6</sup> Basado en la revisión de Clasificación del CDC 2008 (34).

<sup>7</sup> Revisar Ilustración 15, Tablas 9 y 11 del documento.



Ilustración 14. Distribución de PVIH por estadio clínico actual según sexo, 2015



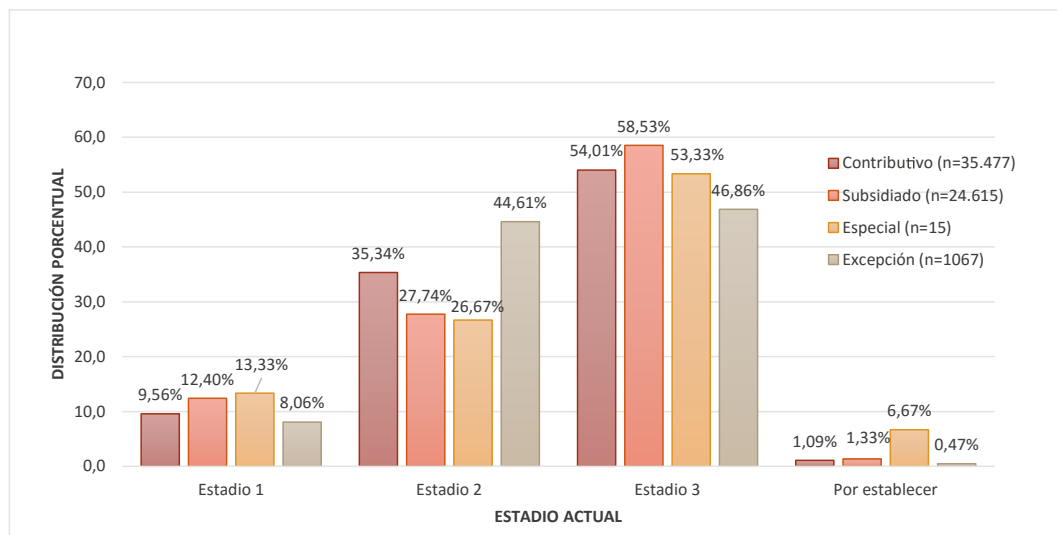
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

En el régimen subsidiado el 58,53% de las PVIH se encuentran en estadio 3. Para todos los regímenes, los pacientes tienen mayor concentración en dicho estadio, sugiriendo una inadecuada evolución de la enfermedad (Ver Ilustración 15.). Para el régimen de excepción sus pacientes tienen distribuciones similares en estadios 2 y 3.

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) los costos de atención de pacientes según el estadio aumentan por la aparición de eventos graves relacionados con el VIH y sida (ejemplo: servicios de hospitalización por infección oportunista). 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 PVIH (35).



Ilustración 15. Distribución de PVIH por estadio clínico actual según régimen, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Patologías que definen sida

Antes de la era que dio inicio al uso de terapia antirretroviral, las infecciones oportunistas eran una de las principales causas de morbilidad en pacientes con infección por VIH (36). Al inicio de los años 90 la instauración de programas que incluyeran quimioprofilaxis, inmunización y otras estrategias para disminuir la aparición de infecciones oportunistas, contribuyó con el mejoramiento de la calidad de vida y sobrevida de PVIH (36) (37).

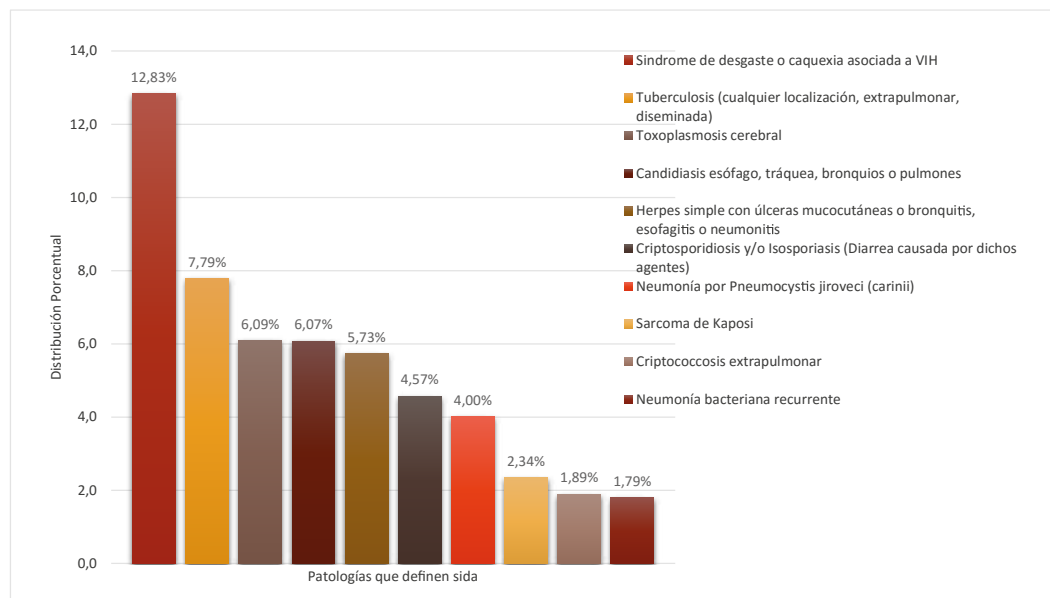
A pesar del uso adecuado de TAR, la morbilidad generada por dichas infecciones continúa siendo un problema en el proceso de atención de PVIH, ya que su aparición puede deberse a desconocimiento de la infección, que en muchas ocasiones debuta con infecciones oportunistas. Por otro lado, puede estar dada por dificultades en el acceso a la terapia o por inadecuada adherencia al tratamiento, trayendo como consecuencia el mantenimiento de cargas virales altas y pobre respuesta inmunológica (36).

Considerando que 34.076 personas infectadas se clasifican actualmente en estadio 3 o sida, es relevante considerar el tipo de enfermedad y/o infección oportunista que más se presenta en nuestra población, de esta manera se puede tomar en cuenta dichas patologías y así aunar esfuerzos en términos de prevención y tratamiento adecuado, con el fin de mejorar condiciones de vida en PVIH.



Para el corte de 31 de enero de 2015 las patologías más frecuentes que definen sida se encuentran presentadas en el siguiente gráfico (Ver Ilustración 16.).

Ilustración 16. Distribución enfermedades que definen sida en PVVIH, 2015



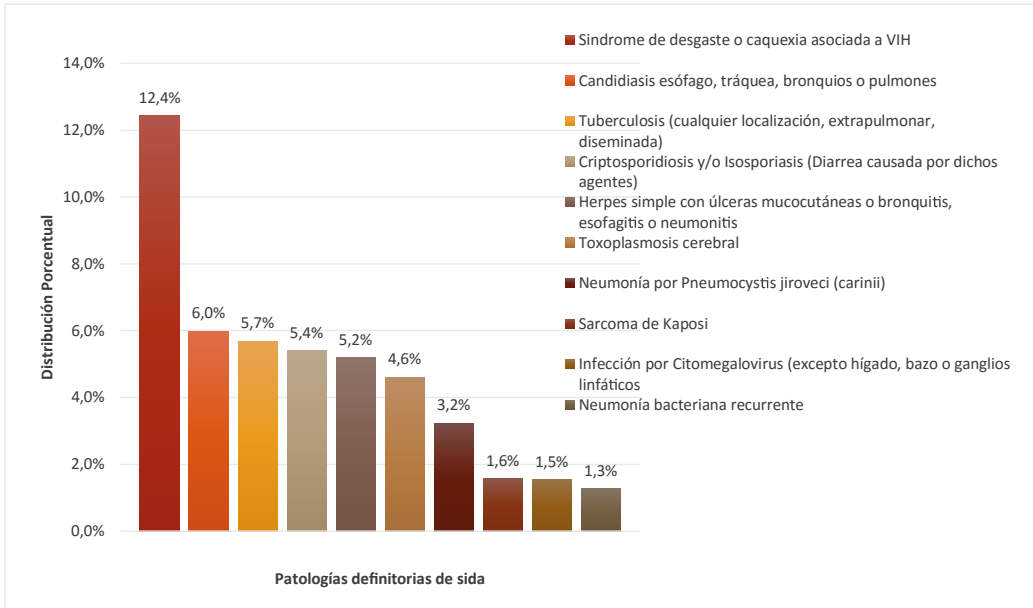
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Patologías que definen sida en Incidentes

Para los nuevos casos reportados en el periodo las patologías que definen sida son similares, en relación con esta población, se incluye el citomegalovirus como uno de las nuevas entidades y ya no se presenta la criptococcosis extrapulmonar. En ambos casos, la caquexia se presenta en la mayoría de PVVIH sean casos nuevos o no, es evidente y se relaciona con la literatura la aparición de la tuberculosis como una de las entidades más importantes en PVVIH (38) (Ver Ilustración 17.).



Ilustración 17. Distribución patologías que definen sida en PVIH incidentes, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### 3.3.4 Estrategia Terapéutica y Prácticas de Prevención

Según el abordaje rápido para la intervención de la infección por VIH en el mundo (*Fast Track approach*) se debe focalizar el trabajo para cumplimiento de las metas 90 90 90 en 5 pilares esenciales que determinan la buena ejecución de programas para la detención de la epidemia.

Dentro de ellos se encuentran: a) Programas de prevención con alto nivel de impacto; b) Tamizaje acelerado; c) Tratamiento, cuidados en salud y mantenimiento de estas terapias; d) Programas antidiscriminación y e) Compromiso para la protección y promoción de derechos humanos (19).

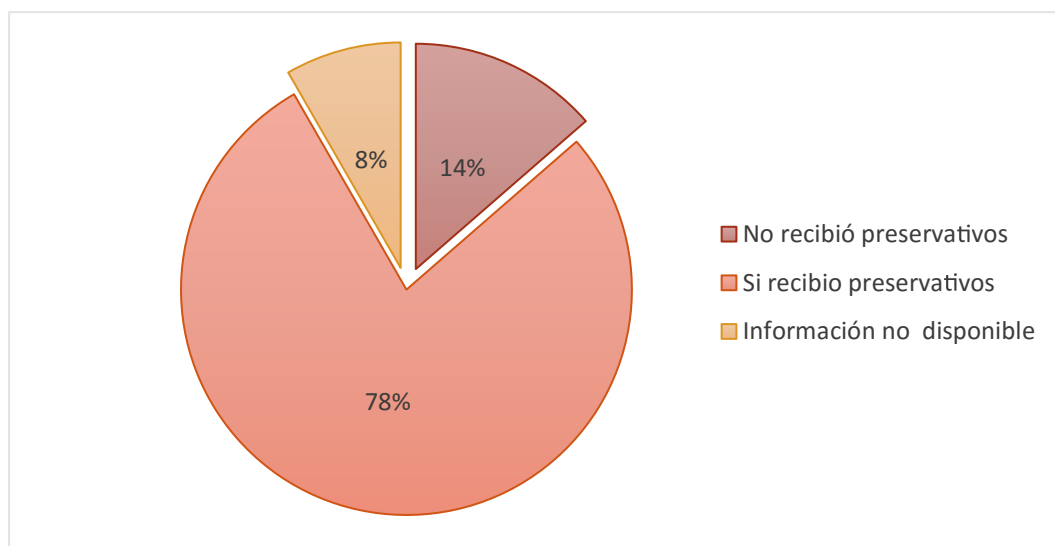
#### ▪ Suministro del preservativo

Según ONUSIDA se han instaurado 5 estrategias fundamentales para la prevención de la infección, a) Educación sobre la infección y acceso a servicios de salud para mujeres jóvenes y sus parejas en áreas de alta prevalencia; b) Servicios desde el enfoque de derechos que permiten el empoderamiento de poblaciones vulnerables; c) Reforzamiento de programas de distribución y uso frecuente y continuo del preservativo; d) Circuncisión voluntaria en hombres



como parte de programas de prevención en países con alta prevalencia; por último; e) Profilaxis pre exposición para poblaciones de alto riesgo (19). Para el corte de 31 de enero de 2015 las PVIH tuvieron un 78.09% de suministro de preservativos, siendo 47.770 casos (Ver Ilustración 18.).

*Ilustración 18. Distribución de PVIH y el suministro de preservativos, 2015*



*Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015*

Aunque esta variable no implica el uso consistente y correcto del preservativo en mujeres y hombres que es parte de las actividades de prevención<sup>8</sup> (39), puede indicar que estrategias como el suministro de preservativos está siendo llevado a cabo en los diferentes programas de atención de PVIH.

En áreas del mundo con alta prevalencia en VIH como África Subsahariana para el año 2014 fueron entregados 1.7 billones de preservativos (40).

Para el corte de 31 de enero de 2015 y en relación con el suministro de preservativos en los diferentes regímenes, el contributivo tiene 25.483 PVIH a quienes se les ha suministrado condones; llama la atención que de las 15 PVIH en el régimen especial, solo a una se le entregó preservativos (Ver Tabla 13.).

<sup>8</sup> Según Holmes & Otros (2004) el uso consistente (en todas las relaciones sexuales) en parejas heterosexuales, donde una de las personas se encuentra infectada, disminuye el riesgo de infección; de igual manera, reduce el riesgo de infección por gonorrea en hombres (39).



Tabla 13. Distribución PVIH y el suministro de preservativos según régimen, 2015

Régimen	Si recibe condones	Casos con VIH y sida	% Indicador
Contributivo	25.483	35.477	71,8
Subsidiado	21.377	24.615	86,8
Especial	1	15	6,7
Excepción	909	1.067	85,2
Total	47.770	61.174	78,1

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Terapia Antirretroviral (TAR)

Actualmente 17 millones de PVIH se encuentran en tratamiento con antirretrovirales; desde el año 2010 las muertes relacionadas con el sida a nivel mundial han disminuido en un 26%, siendo más para la población femenina en edad adulta con un 33% en relación con los hombres en edad adulta con 19%; mostrando la brecha existente en el cubrimiento de TAR, siendo actualmente para mujeres del 52% [48 - 57%] y para los hombres de 41% [33 - 49%] (17).

El inicio de la terapia antirretroviral (TAR) durante la infección aguda reduce la infección a otros; mejora los marcadores de la enfermedad; disminuye la severidad de la enfermedad aguda; reduce el tamaño del reservorio viral; restringe la tasa de replicación del virus y su potencial mutación; además preserva la función inmune (41). Según los hallazgos del estudio START<sup>9</sup> el inicio de la terapia antirretroviral en todos los pacientes VIH seropositivos a pesar del nivel de CD4 es benéfico al disminuir la morbilidad relacionada con VIH y sida, sin aumentar los efectos adversos por los medicamentos (41)(42) (35).

### ▪ Asesoría para el uso de Terapia Antirretroviral (TAR)

Según los datos; 55.319 PVIH reciben tratamiento antirretroviral. De ellos, en el régimen especial fueron todos asesorados previamente al inicio de TAR, al parecer la mayoría de personas que recibe tratamiento en los diferentes regímenes es asesorada en términos de uso de los antirretrovirales, lo que puede indicar educación al inicio de la terapia, teniendo en cuenta que deben ser informados sobre dosis, frecuencia, beneficios, efectos adversos y mecanismos para optimizar la adherencia (41) (43) (Ver Tabla 14.).

9 Estudio randomizado multicontinental; Strategic Timing of Antiretroviral Therapy (START) por sus siglas en inglés, diseñado con el fin de determinar los riesgos y beneficios de iniciar TAR en pacientes VIH positivos asintomáticos, con conteos de CD4 mayores de 500 por milímetro cúbico, en relación con el inicio diferido de TAR en pacientes que lleguen a conteos de CD4 de 350 por milímetro cúbico (42).



Tabla 14. Distribución de PVIH con uso de TAR y recepción de asesoría para TAR según régimen, 2015.

Régimen	Número de personas asesoradas para uso de TAR	Número total de personas que reciben TAR	% Indicador
Contributivo	25.096	31.740	79,07
Especial	13	13	100,00
Excepción	801	999	80,18
Subsidiado	16.400	22.567	72,67
Total	42.310	55.319	76,48

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Previo al inicio de la TAR se realiza la asesoría y en general es cumplida para hombres y mujeres por personal capacitado o TEC: Trabajador Encargado de asesorar el Cumplimiento<sup>10</sup> en un 62.89% de los casos, lo que es soportado por las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), donde se refiere que la atención por dicho personal aumenta la calidad de vida y el pronóstico de las PVIH (35). Por otro lado, 13.60% de los casos reciben asesoría por personal no TEC; infortunadamente 5.07% de los pacientes no recibieron asesoría (Ver Tabla 15.).

10 Según las Guías de Práctica Clínica 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social la atención al PVIH debe ser dada por un grupo multidisciplinario o personal de cumplimiento, que incluye médico experto, psicología, nutrición, enfermería, trabajo social, químico farmacéutico y odontólogo. Siempre debe existir como director científico de los programas un infectólogo tratante (35).



Tabla 15. Distribución de PVIH con uso de TAR y recepción de asesoría para TAR según sexo, 2015

Asesoría antes de iniciar TAR	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
No recibió asesoría	750	26.71	2,057	73.28	2,807	5.07
Por TEC	9,506	27.33	25,282	72.67	34,788	62.89
Otra persona no TEC	1,853	24.63	5,669	75.37	7,522	13.60
Diferente EPS	2,614	28.72	6,487	71.28	9,101	16.45
Inicio antes 2006	214	19.44	887	80.56	1,101	1.99
Total	14,937	27.00	40,382	73.00	55,319	100.00

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Distribución según motivo de inicio de la TAR

Para el corte de 31 de enero de 2015 del total de PVIH la mayoría iniciaron tratamiento por cuadro definitorio de sida, siendo 30.66% de los pacientes (18.755 casos); seguido por el valor del conteo de linfocitos (menor de 500 células/mm<sup>3</sup>)<sup>11</sup> con 29.83% de los pacientes (18.246 casos); infortunadamente en el 13.49% de los casos no se tiene información sobre el motivo del inicio de TAR (Ver Tabla 13.). Las distribuciones se corresponden con las presentadas en el corte previo (2014) siendo 30.84% y 27.36% respectivamente (15).

En relación con el sexo, del total de las personas con inicio de TAR por cuadro clínico (u otra patología relacionada) el 76.05% corresponde a los hombres (14.264 casos) y 23.95% a mujeres (4.491 casos). El 100% de las mujeres que refirieron iniciar el tratamiento por estado de embarazo recibieron medicamentos, pudiendo sugerir la adherencia a Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) que definen como prioritario el inicio de TAR en gestantes ya que disminuye la progresión de la enfermedad y el riesgo de transmisión materno infantil (35).

En menor proporción, para ambos sexos y la población general se inicia TAR teniendo en cuenta el porcentaje de linfocitos T CD4, siendo del total de PVIH el 1.26% o 771 casos (Ver Tabla 16.).

11 La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) indica inicio de TAR si el conteo de linfocitos CD4 menor o igual a 500 células/mm<sup>3</sup> en pacientes asintomáticos ó mayor de 500 células/mm<sup>3</sup> si el paciente presenta condiciones especiales (35).



Tabla 16. Distribución motivo de inicio de TAR según sexo, 2015

Motivo de inicio de TAR	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
Cuadro clínico (sida u otra patología)	4,491	23.95	14,264	76.05	18,755	30.66
Por embarazo	2,423	100.00	0	0	2,423	3.96
Valor conteo linfocitos T CD4+	4,094	22.44	14,152	77.56	18,246	29.83
Porcentaje de linfocitos T CD4+	208	26.98	563	73.02	771	1.26
Por carga viral	871	25.98	2,481	74.02	3,352	5.48
Por otra causa	1,079	25.67	3,124	74.32	4,203	6.87
No se tiene información	2,220	26.91	6,030	73.09	8,250	13.49
No ha iniciado TAR	1,232	23.81	3,942	76.19	5,174	8.46
Total	16,618	27.17	44,556	72.83	61,174	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### 3.3.5 Medicamentos Antirretrovirales

Las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) indican que los esquemas de primera línea para Colombia por su costo efectividad son:

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

Para el corte, 8.299 PVVIH (15%) usan el primer esquema recomendado por la Guía de Práctica Clínica (2014) lo que implica una adecuada adaptación y aceptación de las recomendaciones, las cuales sugieren manejos de baja toxicidad y fáciles de consumir para aumentar la adherencia (43). Para el segundo esquema recomendado, se registraron 1,717 personas (3,10%).

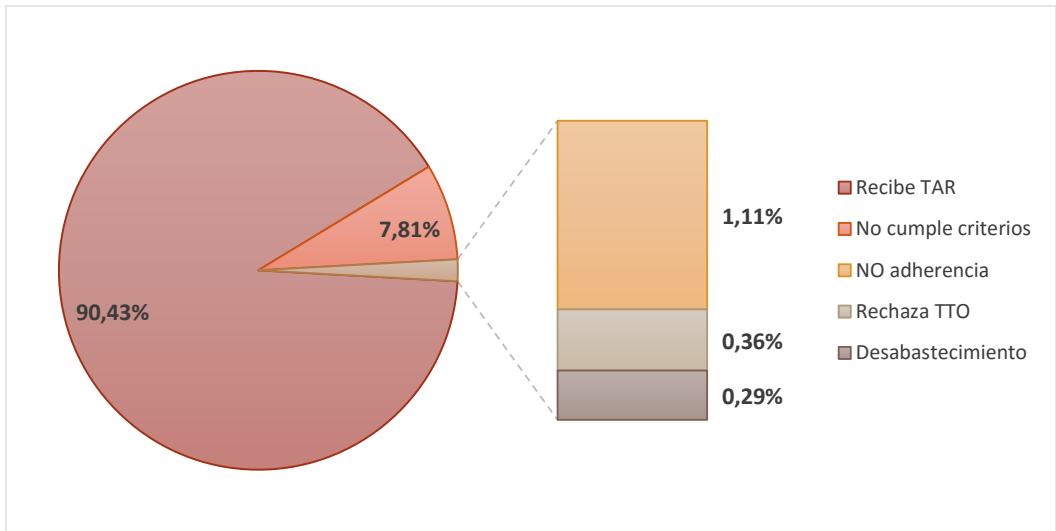
En relación con el esquema más utilizado actualmente, se encontró que 10.998 PVVIH (19.88%) usaban: Zidovudina (AZT)+ Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV).

El 90.42% de las PVVIH según el corte de 31 de enero de 2015 tienen actualmente



tratamiento con antirretrovirales (55.319 casos). De las personas que actualmente no reciben TAR el 7.81% no cumplía criterios, en menor proporción están las personas que no tienen adherencia, seguidos por rechazo al tratamiento y por desabastecimiento (Ver Ilustración 19.).

Ilustración 19. Distribución de PVVIH que actualmente usan TAR, 2015



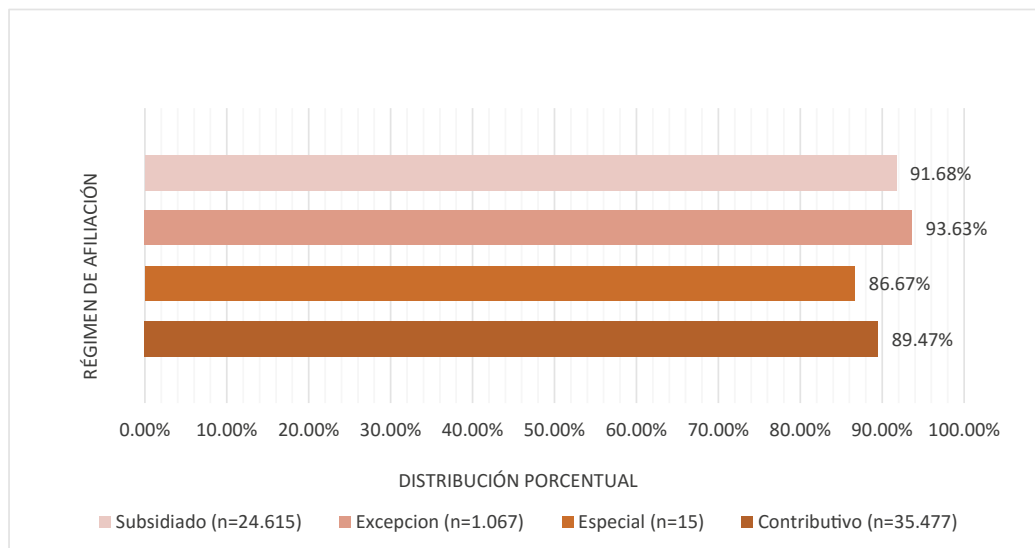
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Para el corte, 676 PVVIH no tenían adherencia al tratamiento (1.11%). Se debe considerar que los esquemas de tratamiento para VIH son de difícil manejo para los pacientes, por el número de medicamentos, la dificultad de las dosis y frecuencias; además la baja tolerabilidad (44), lo que disminuye la adherencia al tratamiento. Para el caso particular de la infección por VIH es determinante la adherencia estricta ya que a diferencia de otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial, al suspender los medicamentos se pierde el control virológico, aumentando la resistencia y disminuyendo las opciones de manejo para el futuro (41).

En el siguiente gráfico se reporta la distribución de PVVIH y el uso de TAR actual en relación con el régimen, se cumplen las expectativas de distribución de terapia antirretroviral para los 4 tipos de afiliación acá señalados, más adelante será explicada la cobertura de TAR (Ver Ilustración 20.).



Ilustración 20. Distribución de PVIH y que actualmente usan TAR según régimen, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Respecto al *corte previo* (2014) el indicador para ambos sexos ha mejorado(15), siendo para mujeres de 89.88% y para hombres de 90.63%; en relación con lo que sucede en otras áreas del mundo al parecer no existe brecha en el acceso al tratamiento respecto al sexo<sup>12</sup> (Ver Tabla 17.).

Tabla 17. Distribución de PVIH y que actualmente usan TAR según sexo, 2015

Sexo	Número PVIH que usan TAR	Total PVIH	% Indicador
Femenino	14,937	16,618	89.88
Masculino	40,382	44,556	90.63
Total	55,319	61,174	90.43

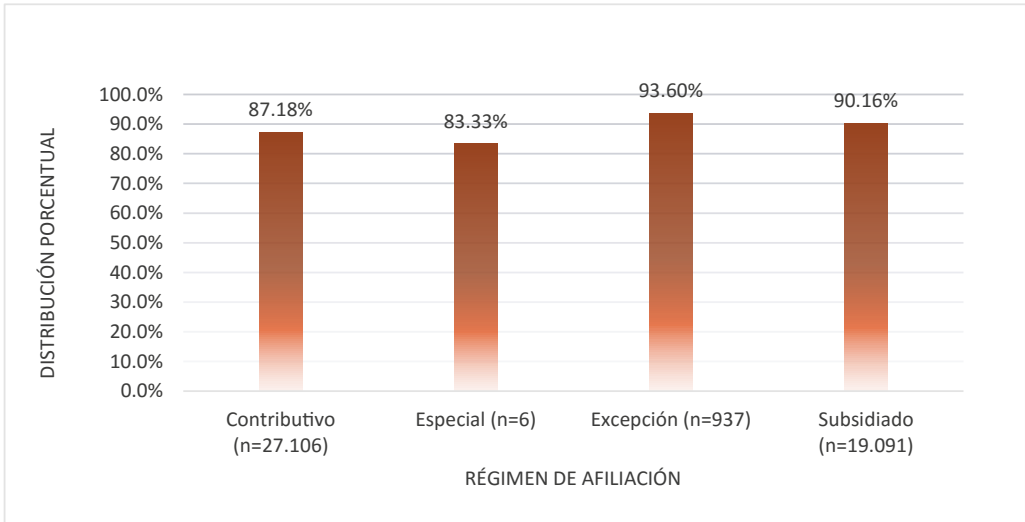
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

12 Será explicado en relación con la cobertura de TAR.



Las PVVIH entre los 15 y 49 años se consideran el grupo donde mayor concentración de casos existe en Colombia; siendo el 71% según el Boletín Epidemiológico Situación del VIH/Sida, 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social; por lo que se consideran población clave en relación con la edad, de ahí la importancia del uso estricto y adecuado de TAR. Adicionalmente, se enfrentan ante problemas con la adherencia que deben tenerse en cuenta para el manejo de dichos pacientes, en especial los que se encuentran entre 15 y 24 años (41) (Ver Ilustración 21.).

*Ilustración 21. Distribución de PVVIH entre 15 a 49 años y que actualmente usan TAR según régimen, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Para ambos sexos, las PVVIH y tienen 15 a 49 años reciben TAR en igual proporción, lo que puede indicar equidad en el acceso y oportunidad de manejo adecuado cuando se convive con VIH (Ver Tabla 18.).



Tabla 18. Distribución PVVIH entre 15 a 49 años y que actualmente usan TAR según sexo, 2015.

Sexo	Número PVVIH entre 15 - 49 años usan TAR	Total PVVIH entre 15 - 49 años	% Indicador
Mujeres	11,624	13,157	88.35
Hombres	30,103	33,983	88.58
Total	41,727	47,140	88.52

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Cobertura de TAR

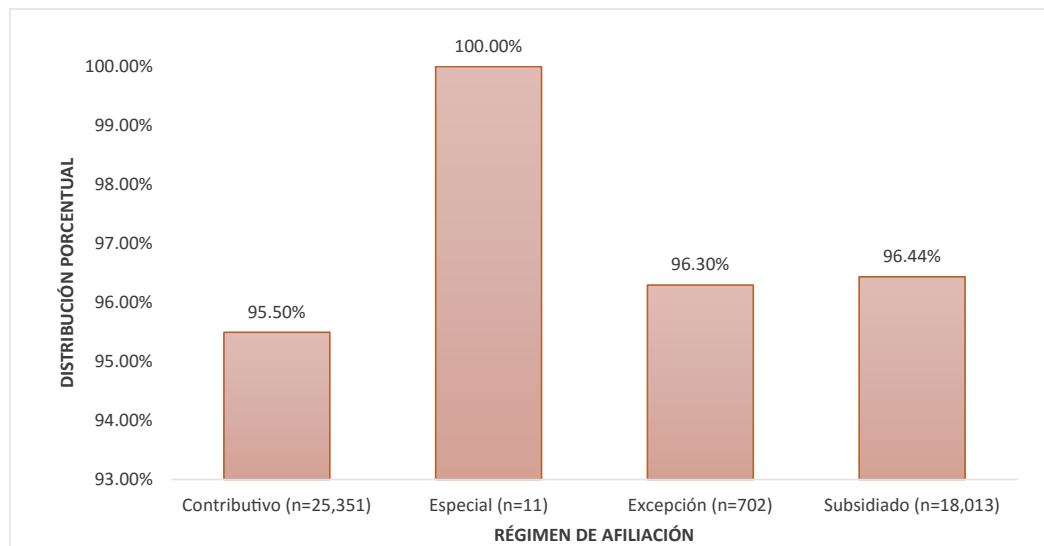
Para el año 2015 la cobertura de TAR en el mundo fue de 46% [43 - 50%], áreas como el este y Sureste de África aumentaron su cobertura de 24% [22 - 25%] en 2010 a 54% [50 - 58%] en 2015, visibilizando los esfuerzos por mejorar el acceso y oportunidad para recibir tratamiento, llegando a 10.3 millones de personas que usan TAR (17).

América Latina y el Caribe es la región que ocupa el primer lugar en países de mediano y bajos ingresos en proveer medicamentos antirretrovirales (18); teniendo una cobertura de 55% [47 - 54%] para el año 2015 (17). Según el Observatorio Nacional para la Gestión de VIH/Sida, entre 2005 a 2010 Colombia ha tenido una cobertura de TAR entre 61 a 80.5% (20).

La cobertura de pacientes con indicación de TAR que actualmente lo usan<sup>13</sup> es uno de los indicadores determinantes que reflejan el esfuerzo de las EAPB por atender las necesidades de las PVVIH. Para efectos de este análisis debe tenerse en cuenta que los datos del corte de 31 de enero de 2015 se basan en pacientes que viven con VIH y son reportados por las EAPB.

La cobertura de TAR actualmente es de 95.89%, dicho indicador implica que aquellas personas que tienen indicación de TAR y la están recibiendo puede llegar a ser hasta del 100%, como el caso del régimen especial. Se recalca 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*) (17)(19) (Ver Ilustración 22.).

<sup>13</sup> La diferencia con el concepto de uso de TAR, implica que en estos pacientes se usa actualmente TAR y realmente está indicada.

*Ilustración 22. Distribución % de Cobertura de TAR en PVIH según régimen, 2015*

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

La cobertura de TAR en relación con el sexo difiere de lo estipulado por el informe Global AIDS up date (2016) que reporta una brecha en la cobertura entre mujeres y hombres, siendo de 52% [48 - 57%] y 41% [33 - 49%] respectivamente.

Para el corte de 31 de enero de 2015 las mujeres tuvieron una cobertura de 95.60% muy similar a la de los hombres con 95.99%; lo que contrasta con los datos a nivel mundial y que hacen resaltar la preocupación por el acceso al tratamiento para hombres en otras áreas del mundo (17) (Ver Tabla 19.).

*Tabla 19. Distribución % Cobertura de TAR en PVIH según sexo, 2015*

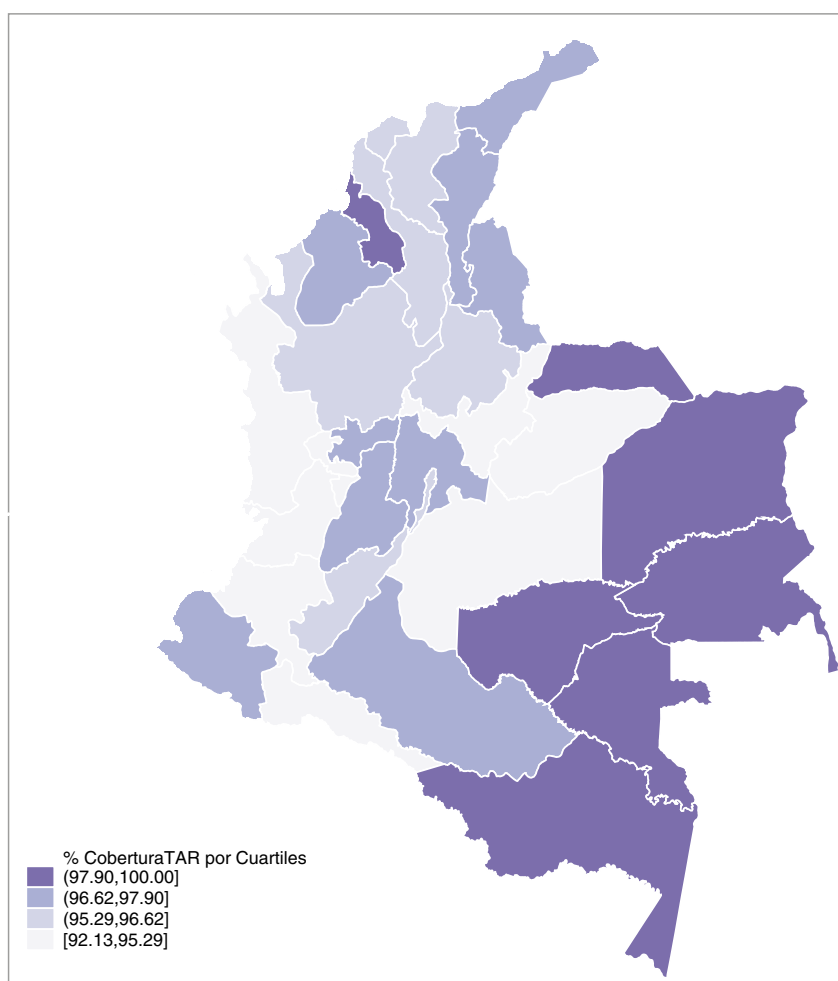
Sexo	PVIH con TAR indicada que reciben TAR actual	Total de PVIH con TAR indicada	% Cobertura TAR
Mujeres	10.528	11.012	95.60
Hombres	31.739	33.065	95.99
Total	42.267	44.077	95.89

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



Para los diferentes departamentos la situación es similar en términos de cobertura, de aquellas personas que tienen indicada TAR y la usan, tienen cobertura más del 90% de las PVVIH. Según la ilustración a continuación, las regiones que se consideran “Zonas Dispersas” tienen porcentajes de cubrimiento hasta del 100%, como Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. Otros como Putumayo, Casanare y Boyacá tienen las menores coberturas siendo 92.13%, 94.18%, y 94.21% respectivamente (Ver Ilustración 23.). Llama la atención que áreas como Bogotá donde se consideraría puede existir mayor cobertura por facilidades de acceso y oportunidad alcanza el 95.58% de la misma (Ver anexo técnico, Tabla de Excel 3.2).

*Ilustración 23. Distribución % Cobertura de TAR en PVVIH, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



Según los datos reportados por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, la cobertura corresponde a más del 90% de la población que tiene indicación de TAR y actualmente tiene el manejo, solo una está por debajo con 88.10%, sin embargo es muy cercano a la meta requerida por el *Fast Track Approach* (Ver Tabla 20.)

Tabla 20. Distribución % de cobertura de TAR según EAPB, 2015

EAPB	PVVIH con TAR indicada que reciben TAR actual	Total de PVVIH con TAR indicada	% Cobertura TAR
CCF007	233	242	96.28
CCF009	25	26	96.15
CCF015	591	612	96.57
CCF018	51	51	100.00
CCF023	81	81	100.00
CCF024	275	287	95.82
CCF027	68	71	95.77
CCF033	83	85	97.65
CCF049	83	85	97.65
CCF053	94	96	97.92
CCF055	439	454	96.70
CCF101	42	43	97.67
CCF102	11	11	100.00
EAS016	13	13	100.00
EAS027	26	26	100.00
EPS001	439	446	98.43
EPS002	2468	2558	96.48
EPS003	1037	1088	95.31
EPS005	1509	1564	96.48
EPS008	1232	1256	98.09
EPS010	2368	2470	95.87
EPS012	518	588	88.10
EPS013	4153	4445	93.43
EPS016	3147	3367	93.47
EPS017	1547	1593	97.11
EPS018	1153	1204	95.76



Continuación Tabla 20.

EAPB	PVIH con TAR indicada que reciben TAR actual	Total de PVIH con TAR indicada	% Cobertura TAR
EPS020	2566	2625	97.75
EPS022	151	153	98.69
EPS023	897	949	94.52
EPS025	62	65	95.38
EPS033	38	38	100.00
EPS037	3628	3710	97.79
EPS039	36	***	***
EPSI01	53	54	98.15
EPSI02	178	179	99.44
EPSI03	63	70	90.00
EPSI04	59	59	100.00
EPSI05	62	62	100.00
EPSI06	24	24	100.00
EPSS03	407	429	94.87
EPSS33	928	949	97.79
EPSS34	1335	1424	93.75
EPSS40	1945	2007	96.91
ESS002	154	161	95.65
ESS024	1547	1616	95.73
ESS062	1089	1161	93.80
ESS076	587	592	99.16
ESS091	168	173	97.11
ESS118	1423	1494	95.25
ESS133	1220	1241	98.31
ESS207	1274	1331	95.72
RES003	676	702	96.30
RES007	11	11	100.00
<b>Total</b>	<b>42267</b>	<b>44077</b>	<b>95.89</b>

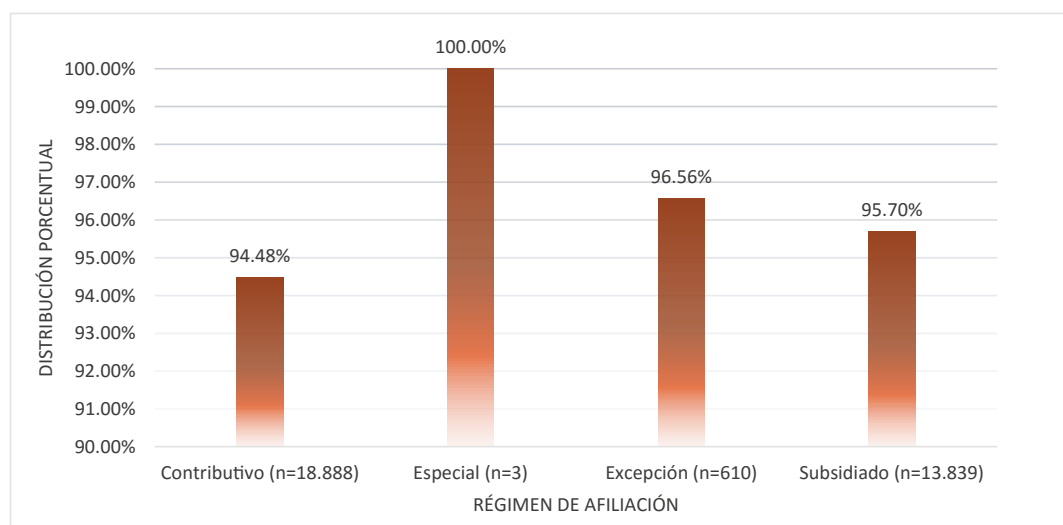
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. \*\*\*Empresa en proceso de liquidación para el corte en mención.



Para el grupo de edad entre 15 a 49 años el porcentaje de cobertura de TAR es de 95.03%. Para todos los regímenes el porcentaje está por encima de 90%, en consideración, este indicador tiene correspondencia con los esfuerzos liderados mundialmente para cumplir con las metas de acceso a tratamiento antirretroviral (19).

El régimen especial ha cumplido 100% con la cobertura de TAR para la población general y para aquellos entre 15 a 49 años de edad que viven con VIH (Ver Ilustración 24.). En el periodo previo (2014) el porcentaje de cobertura fue de 94.60% pero no se tuvo en cuenta el régimen especial (15).

*Ilustración 24. Distribución % de cobertura de TAR en PVVIH en edades entre 15 -49 años según régimen, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Según sexo, las personas entre 15 a 49 años tienen coberturas similares para mujeres y hombres, con 94.90% y 95.07% respectivamente. Según el registro del corte previo no ha tenido cambios la cobertura; se recalca que existe una diferencia en relación con la cobertura mundial que ubica al sexo masculino en situación de vulnerabilidad (17) (Ver Tabla 21.).



Tabla 21. Distribución % de cobertura de TAR en PVVIH entre 15 a 49 años según sexo, 2015

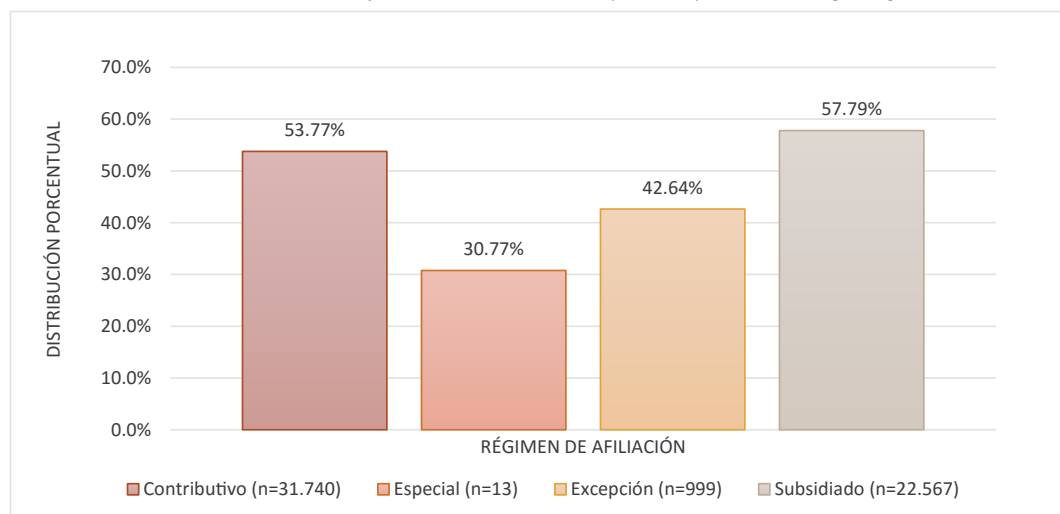
Sexo	PVVIH entre 15 - 49 años con TAR indicada que reciben TAR actual	PVVIH entre 15 - 49 años con TAR indicada	% Indicador
Mujeres	8,143	8,581	94.90
Hombres	23,539	24,759	95.07
Total	31,682	33,340	95.03

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Esquema de TAR

Para el corte de 31 de enero de 2015, el 55.21% de las PVVIH se encuentran en primera línea de TAR; en relación con el régimen, las personas que se mantienen con primera línea de TAR se encuentran en el subsidiado con 57.79%, seguido del régimen contributivo, de excepción y el especial (Ver Ilustración 25.).

Ilustración 25. Distribución PVVIH y tienen como TAR actual esquema de primera línea según régimen, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



Según el sexo, la permanencia y uso de TAR de primera línea es similar, siendo 55.14% para mujeres y 55.23% para hombres; lo que difiere de los hallazgos en la literatura científica, donde existen disparidades en el acceso y mantenimiento de TAR para el sexo masculino (17) (Ver Tabla 22.).

Tabla 22. Distribución PVVIH y tienen como TAR actual esquema de primera línea según sexo, 2015

Sexo	PVVIH en primera línea de TAR	PVVIH y usan TAR actual	% Indicador
Mujeres	8.236	14.937	55.14
Hombres	22.304	40.382	55.23
Total	30.540	55.319	55.21

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ Permanencia en primera línea de TAR

La permanencia en la primera línea de TAR indica buena tolerabilidad y seguridad de los medicamentos, siempre y cuando estén bien indicados (35). A menos que no exista un falla virológica no debe realizarse cambios excepto en los siguientes casos: a) Efectos secundarios sin solución; b) Toxicidad del medicamento; c) Combinaciones más simples; d) Embarazo aunque es discutible el cambio; por último e) Uso de otros medicamentos con interacciones importantes con los antirretrovirales (35).

El 39.48% de las PVVIH para el corte de 31 de enero de 2015 permanecieron al menos por 12 meses con la primera línea de TAR, ha tenido variaciones en relación con cortes previos, siendo 42.06% para el año 2014 y 43.71% para el año 2013 (15). La permanencia de los pacientes en esquemas de primera línea ha disminuido; sin embargo es difícil determinar la causa siendo que los efectos secundarios son la primera opción para el cambio, o el ingreso de nuevas formas farmacéuticas más simples en su uso, lo que permite mayor adherencia (41).

Para el régimen especial, 7 de sus pacientes se mantuvieron en TAR de primera línea, seguido por el de excepción, subsidiado y en menor proporción el contributivo (Ver Tabla 23.). El hecho de permanecer en TAR de primera línea por más de 12 meses puede indicar la no suspensión de medicamentos desde las aseguradoras así como la adecuada adherencia por parte del paciente.

Según el grupo de estudio del enfoque SMART (The Strategies for the Management of Antiretroviral Therapy Study Group) interrumpir la TAR según el conteo de CD4 aumenta el riesgo de infecciones oportunistas así como la



muerte relacionada con sida o por cualquier otra causa; además no disminuye la aparición de efectos adversos en relación con el uso continuo y estricto (45).

*Tabla 23. Distribución de PVIH que permanecen en primera línea de TAR según régimen, 2015*

Régimen	PVIH con primera línea de TAR (por 12 meses)	PVIH en primera línea TAR	%Indicador
Contributivo	7.601	20.166	37.69
Especial	7	9	77.78
Excepción	376	694	54.18
Subsidiado	6.411	15.592	41.12
Total	14.395	36.461	39.48

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

En relación con el sexo no existen diferencias en la permanencia en TAR de primera línea por al menos 12 meses, puede corresponder a la posible igualdad en términos de acceso a la terapia antirretroviral para hombres y mujeres (Ver Tabla 24.).

*Tabla 24 Distribución de PVIH que permanecen en primera línea de TAR según sexo, 2015.*

Sexo	PVIH con primera línea de TAR (por 12 meses)	PVIH en primera línea TAR	%Indicador
Mujeres	4.037	10.186	39.63
Hombres	10.358	26.275	39.42
Total	14.395	36.461	39.48

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ **Motivo del cambio de la Terapia Antirretroviral**

Los efectos adversos son la causa principal del cambio de TAR, en especial cuando son síntomas gastrointestinales (46). Para el corte de 31 de enero de 2015, 22.14% de PVIH tuvieron que realizar un cambio en la TAR inicial debido a efectos adversos, intolerancia y/o interacción medicamentosa. En relación con esta causa, desde el inicio de la atención de PVIH se debe considerar la toxicidad potencial del esquema teniendo en cuenta el uso concomitante de

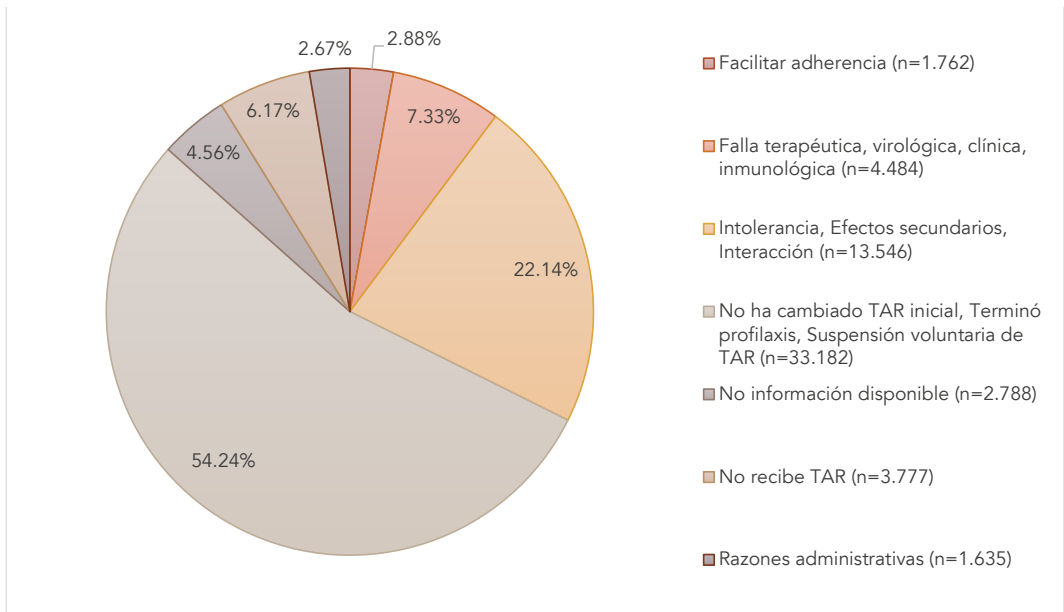


otros medicamentos y condiciones que exacerben la posibilidad de presentar toxicidad (alcoholismo, coinfección con hepatitis virales) ya que es determinante la no interrupción de la TAR para alcanzar los objetivos del tratamiento (41).

Continuamente el 7.33% de la población tiene cambio en la TAR inicial por presentar falla terapéutica, virológica, clínica o inmunológica. Es de notar que se realizan cambios en pro de la adherencia al tratamiento en el 2.88% de los pacientes, puede deberse a cambios en la frecuencia y tipo de esquema, lo que resulta siendo benéfico para el paciente (41) (Ver Ilustración 26.).

Se toma en alta consideración que 1.635 personas (2.67% de los casos) deben cambiar la TAR por causas administrativas, sugiriendo barreras de acceso que contribuyen con interrupciones en el tratamiento.

Ilustración 26. Distribución de PVVIH y la causa de cambio de TAR inicial, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Del total de personas que cambian la terapia por intolerancia, efectos secundarios o interacciones medicamentosas el 29.67% corresponden a mujeres; siendo mayor en el caso de los hombres con 70.33%. Sigue recalándose la necesidad de facilitar la adherencia como uno de los motivos para el cambio de TAR, siendo 768 y 994 mujeres y hombres respectivamente, quienes requirieron la rotación de medicamento para mejorar la permanencia en el tratamiento (Ver Tabla 25.).



Tabla 25. Distribución PVIH y la causa de cambio de TAR inicial según sexo, 2015

Causa cambio de TAR inicial	Mujeres	Hombres	Total
	n=	n=	n=
	(%)	(%)	(%)
Intolerancia, Efectos secundarios, Interacciones	4,019	9,527	13,546
	29.67	70.33	100
Falla (terapéutica, virológica, clínica, inmunológica)	1,148	3,336	4,484
	25.6	74.4	100
Facilitar adherencia	768	994	1,762
	43.59	56.41	100
No información disponible	737	2,051	2,788
	26.43	73.57	100
No recibe TAR	943	2,834	3,777
	24.97	75.03	100
Razones administrativas	343	1,292	1,635
	20.98	79.02	100
No ha cambiado TAR inicial, Terminó profilaxis, Suspensión voluntaria de TAR.	8,660	24,522	33,182
	26.1	73.9	100
<b>Total</b>	<b>16,618</b>	<b>44,556</b>	<b>61,174</b>
	27.17	72.83	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## ▪ Momento de la genotipificación

Actualmente y según la literatura científica, la genotipificación debe realizarse como parte de la evaluación inicial del paciente con infección por VIH, sin importar el tipo de medicamento que se vaya a iniciar, de esta manera podrá seleccionarse el esquema ideal de TAR (41).

En Colombia, desde el año 2005 con las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, se instauró la genotipificación como parte del seguimiento en PVVIH, y debía realizarse en el segundo y tercer fallos (6). Según la Guía actual (2014), se recomienda su uso en el primer fallo terapéutico (35).

Para el corte de 31 de enero de 2015 en el 92.15% de los casos no se realizó genotipificación en ningún momento del seguimiento de los pacientes.

Para este reporte 2.559 personas o 4.18% de los casos se les realizó genotipificación al primer fallo terapéutico, 1.206 y 249 al segundo y tercer fallos respectivamente. Lo que puede indicar inadecuada adaptación y seguimiento de protocolos como las Guías de Práctica Clínica (2005 y 2014) para la atención de PVVIH en Colombia (Ver Tabla 26.).

En relación con las distribuciones según sexo y el momento de fracaso virológico, el segundo fallo es la siguiente etapa donde se realizan pruebas de resistencia, siendo de 24.13% y 75.87% para mujeres y hombres respectivamente.

Tabla 26. Distribución de PVVIH y el momento de la genotipificación según sexo, 2015

Momento de la Genotipificación	Mujeres		Hombres		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
No se realizó	15,372	27.26	41,003	72.73	56,375	92.15
Al momento del diagnóstico	113	31.65	244	68.35	357	0.58
Al inicio de la TAR	118	27.57	310	72.43	428	0.70
Primera falla	668	26.1	1,891	73.9	2,559	4.18
Segunda falla	291	24.13	915	75.87	1,206	1.97
Tercera falla y otras	56	22.49	193	77.51	249	0.41
Total	16,618	27.17	44,556	72.83	61,174	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## ▪ Atención por infectología

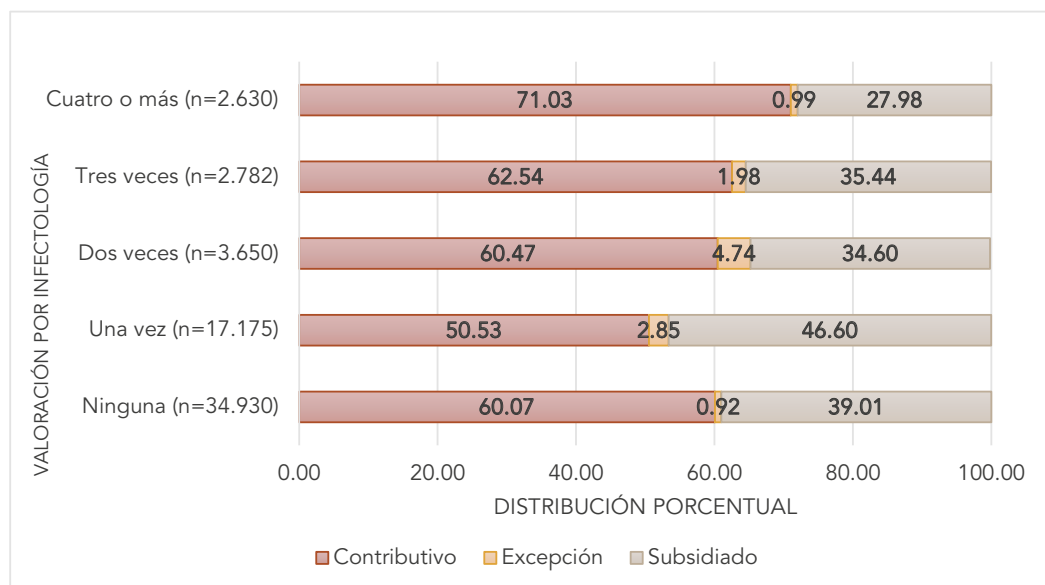
La atención integral de los pacientes que viven con VIH y sida debe ser por talento humano en salud idóneo. La formación de grupos multidisciplinarios permite la valoración multidimensional de PVVIH; sin embargo, el pronóstico de los pacientes puede cambiar en relación con la atención que reciben. Según las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2014) los pacientes deben ser valorados por especialistas, lo que en nuestro contexto puede convertirse en una barrera de acceso (35).

Para el corte de 31 de enero de 2015 no tuvieron en los últimos 6 meses valoración por infectología 34.930 PVVIH (57.09%). De las cuales el 60.07% pertenecen al régimen contributivo, seguido por el subsidiado y el de excepción. Del régimen especial 4 personas no tuvieron acompañamiento por médico especialista, siendo el 0.01%.

Al menos una vez fueron valorados 17.175 personas, de las cuales la mayoría se encuentra en el régimen contributivo; para el régimen especial 7 de sus pacientes o el 0.19% tuvieron atención dos veces, 3 pacientes o 0.02% los vieron al menos una vez.

Hay 173 personas o 4.74% del total de personas que asistieron dos veces y pertenecen al régimen de excepción (Ver Ilustración 27.).

*Ilustración 27. Distribución de PVVIH que reciben atención por infectología según régimen, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



### 3.4 MORBIMORTALIDAD VIH 2015

Para el corte de 31 de enero de 2015 las tasas de prevalencia, incidencia, mortalidad fueron ajustadas por edad según la estructura poblacional de Colombia cuya fuente es el Departamento Nacional de Estadística (DANE) con corte junio de 2015.

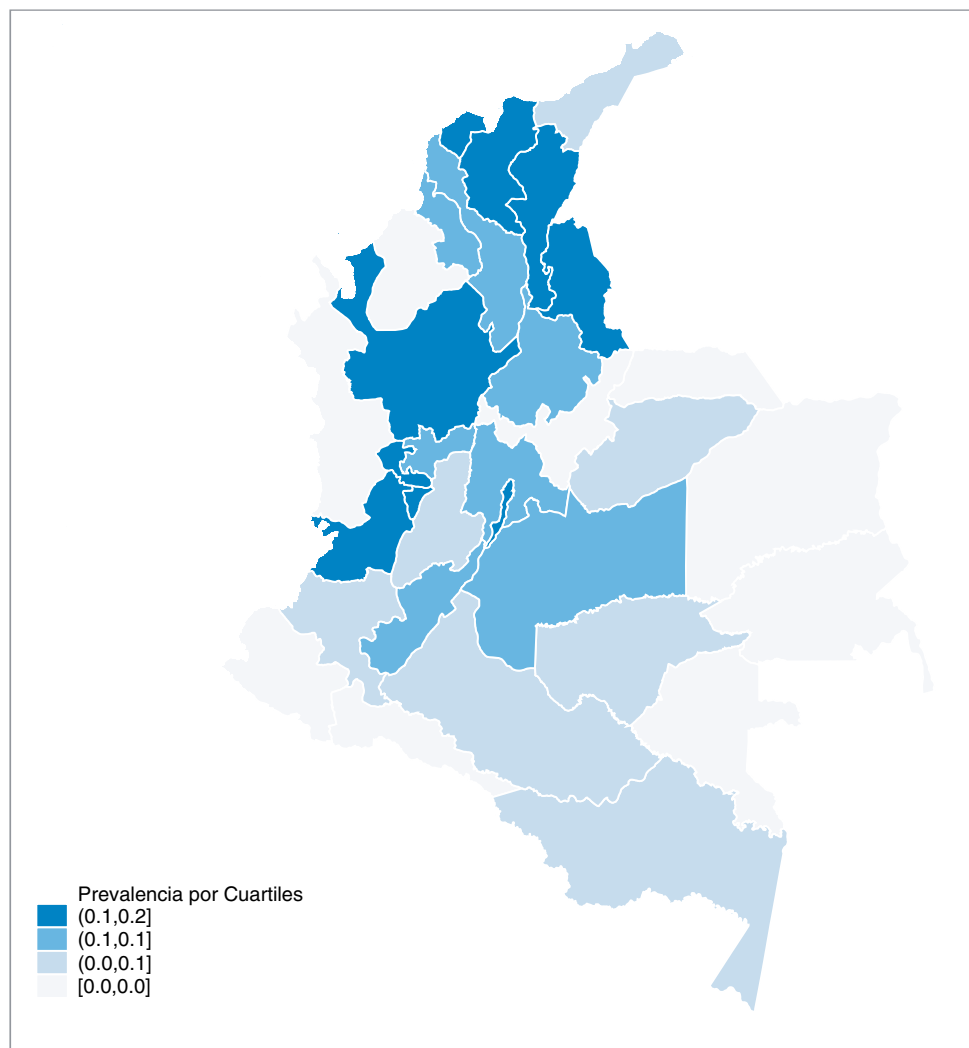
#### ▪ **Prevalencia de VIH**

La prevalencia ajustada para este *corte* es de 0.13%. Según departamento, las mayores prevalencias ajustadas se encuentran en Bogotá y Quindío con 0.18%, seguido de departamentos como Valle del Cauca, Atlántico y Antioquia, con 0.17%; 0.16% y 0.15% respectivamente; los departamentos con menores prevalencias son Vaupés y Boyacá con 0.03% respectivamente y Vichada con 0.02% (Ver Ilustración 28.) (Revisar anexos 1 y 2 del presente documento).

En relación con las ciudades, Medellín tiene la mayor prevalencia ajustada con 0.24%; seguido de Montería y Sincelejo con 0.23%; por otro lado, las ciudades con menores prevalencias son Puerto Carreño con 0.06%, Tunja 0.04% y Mitú 0.01% (Revisión anexo técnico en Excel, Tabla 2.3).



Ilustración 28. Prevalencia de VIH ajustada por edad, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

La prevalencia ajustada por régimen es 0.15% para el contributivo y 0.12% para el subsidiado (Ver Tabla 27.).

*Tabla 27. Prevalencia VIH cruda y ajustada por edad según régimen, 2015*

Régimen	Casos con VIH	Prevalencia Cruda x 100 afiliados	Prevalencia Ajustada x 100 afiliados
Contributivo	35,477	0.17%	0.15%
Subsidiado	24,615	0.11%	0.12%

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015 y población BDUA con corte 31 de enero de 2015.

Según el sexo, para los hombres la prevalencia ajustada en este corte es de 0.21% y la de las mujeres 0.07% (Ver Tabla 28.).

*Tabla 28. Prevalencia VIH cruda y ajustada por edad según sexo, 2015*

Sexo	Casos con VIH	Prevalencia Cruda x 100 habitantes	Prevalencia Ajustada x 100 habitantes
Femenino	16,618	0.07%	0.07%
Masculino	44,556	0.19%	0.19%

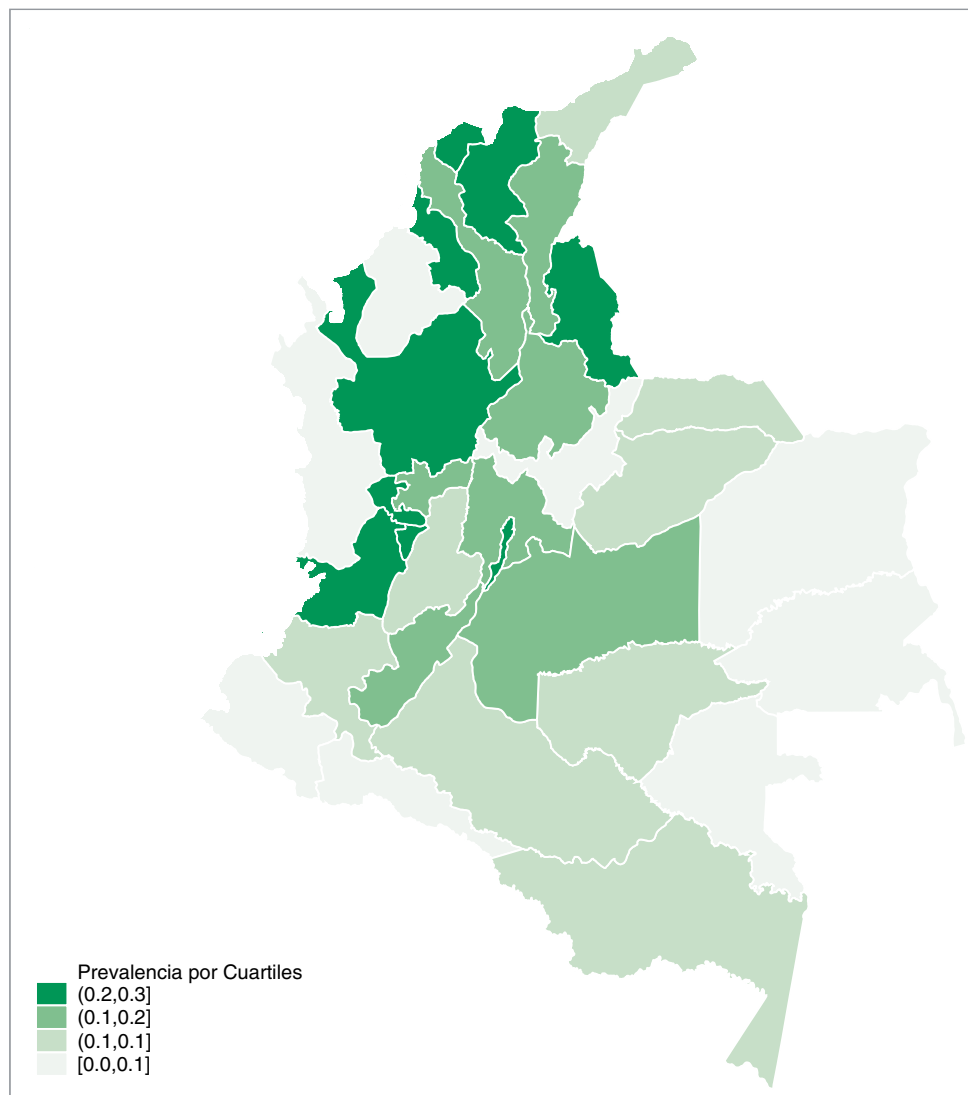
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

Para el grupo entre 15 a 49 años la prevalencia es de 0.19%. Según departamentos, Bogotá tiene una prevalencia para esta población clave de 0.29%; seguido por el Quindío 0.26%; Valle del Cauca 0.25% y Risaralda con 0.23% (Ver Ilustración 29.).

En relación con las ciudades la mayor prevalencia encontrada es para Medellín con 0.38%; seguido por Sincelejo y Montería con 0.35% respectivamente. Las ciudades con menores prevalencias en estas edades de riesgo para infección por VIH son Mitú con 0.01%; Tunja y Puerto Inírida con 0.06% y Mocoa con 0.10% (Ver anexo técnico en Excel, Tabla 2.3.1).



**Ilustración 29.** Prevalencia de VIH en personas entre 15 a 49 años, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

La prevalencia de VIH en personas entre 15 a 49 años es de 0.20%, según régimen es de 0.24% para el contributivo y 0.17% para el subsidiado (Ver Tabla 29.).



Tabla 29. Prevalencia de VIH en personas entre 15 a 49 años según régimen, 2015

Régimen	Casos con VIH 15 a 49 años	Población BDUA 15 a 49 años	Prevalencia cruda x 100 afiliados
Contributivo	27,106	11,475,028	0.24
Subsidiado	19,091	11,437,120	0.17
Total	46,197	22,912,148	0.20

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población BDUA con corte 31 de enero de 2015.

### ▪ Incidencia de VIH

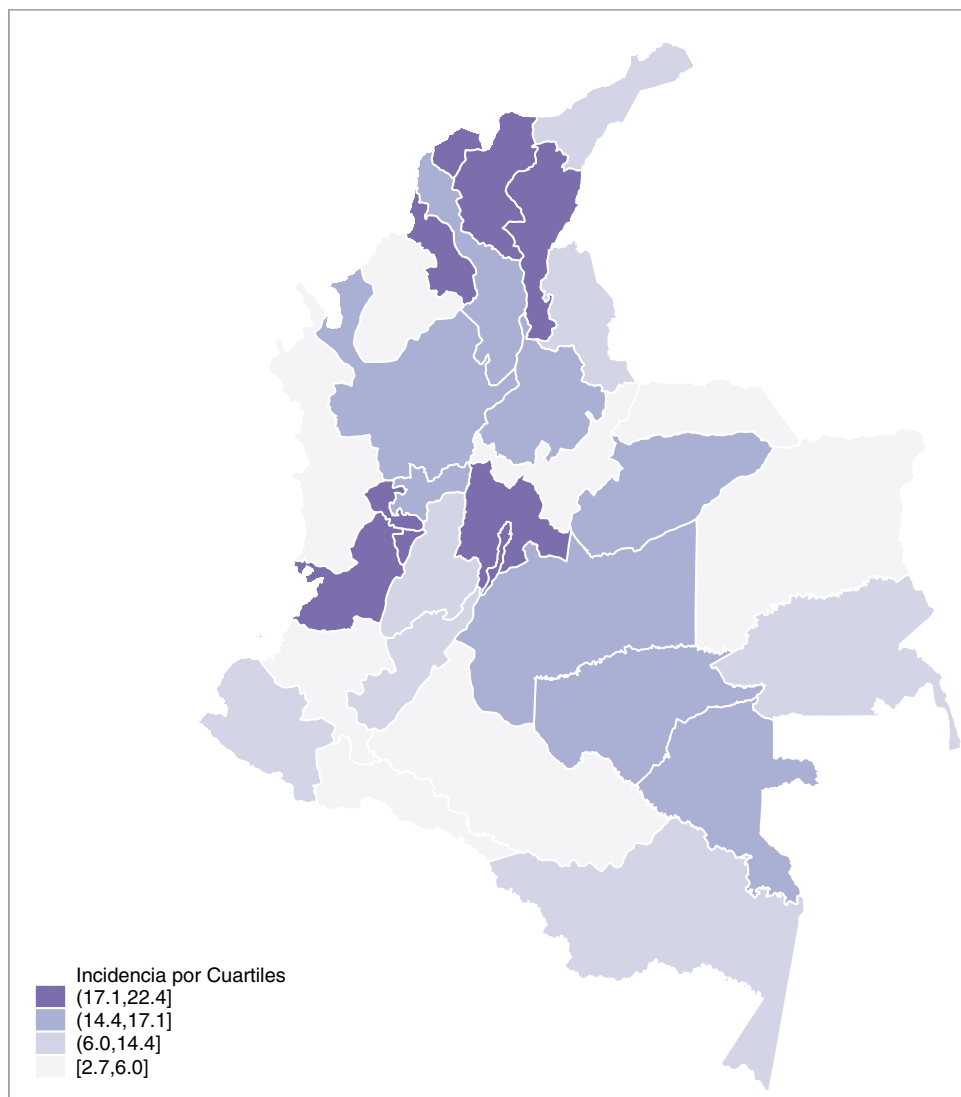
Para el Análisis de Situación en Salud (2015) la incidencia de VIH y sida fue estimada en 17.4 casos por 100.000 habitantes (47). Para el corte previo (2014) se presentaron 4.882 nuevos casos, con una tasa de incidencia de 11.6 por cada 100.000 afiliados (15).

Según los datos reportados en el *corte en mención* (2015), la incidencia ajustada de VIH es de 15.4 por 100.000 habitantes (7.437 casos). Respecto a los departamentos, Sucre tiene la mayor incidencia, siendo 22.4 por 100.000 habitantes; seguido por Risaralda con 21.7 y Bogotá con 21.3. Los departamentos que tienen menor incidencia son: Boyacá con 3.8, Vichada con 3.4 y San Andrés con 2.7 por 100.000 habitantes (Ver Ilustración 30.) (Revisar anexos 3 y 4 del presente documento).

Para las diferentes ciudades Sincelejo tiene 36.2 por 100.000 afiliados; seguido por Pereira y Neiva con 28.4%. Las ciudades que tienen las menores incidencias son Mitú con 0%; San Andrés 2.9% y Tunja con 4% (Ver anexo técnico en Excel, Tabla 10).



Ilustración 30. Incidencia de VIH, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

La incidencia para el régimen contributivo es de 17.6 personas por 100.000 habitantes, para el régimen subsidiado es de 16.2 por 100.000 habitantes en este corte (Ver Tabla 30.).



Tabla 30. Incidencia de VIH cruda y ajustada por edad según régimen, 2015

Régimen	Nuevos casos de PVIH	Incidencia cruda x 100.000 habitantes	Incidencia ajustada x 100.000 habitantes
Contributivo	3,959	19.3	17.6
Subsidiado	3,385	15.0	16.2

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015 y población BDUA con corte 31 de enero de 2015.

Según el reporte de 2015 la incidencia para hombres es de 23.2 por 100.000 habitantes y la de mujeres es de 7.8 por 100.000 habitantes (Ver Tabla 31.).

Tabla 31. Incidencia de VIH cruda y ajustada por edad según sexo, 2015

Sexo	Nuevos casos de PVIH	Incidencia cruda x 100.000 habitantes	Incidencia ajustada x 100.000 habitantes
Femenino	1,911	7.8	7.8
Masculino	5,526	23.2	23.2

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

## ▪ Mortalidad relacionada con VIH

La mortalidad relacionada con VIH y sida a nivel mundial para el año 2015 fue de 1.1 millones [940.000 - 1.3 millones]. Latinoamérica y el Caribe en el mismo periodo tuvo 50.000 muertes relacionadas con VIH [41.0000 - 59.000] (17). Desde comienzos de la epidemia han muerto 35 millones de personas en el mundo por VIH y sida [29.6 millones - 40.8 millones]. (17). Según el DANE, el acumulado de muertes por sida en Colombia desde 1991 hasta 2012 es de 39.887 personas (21).

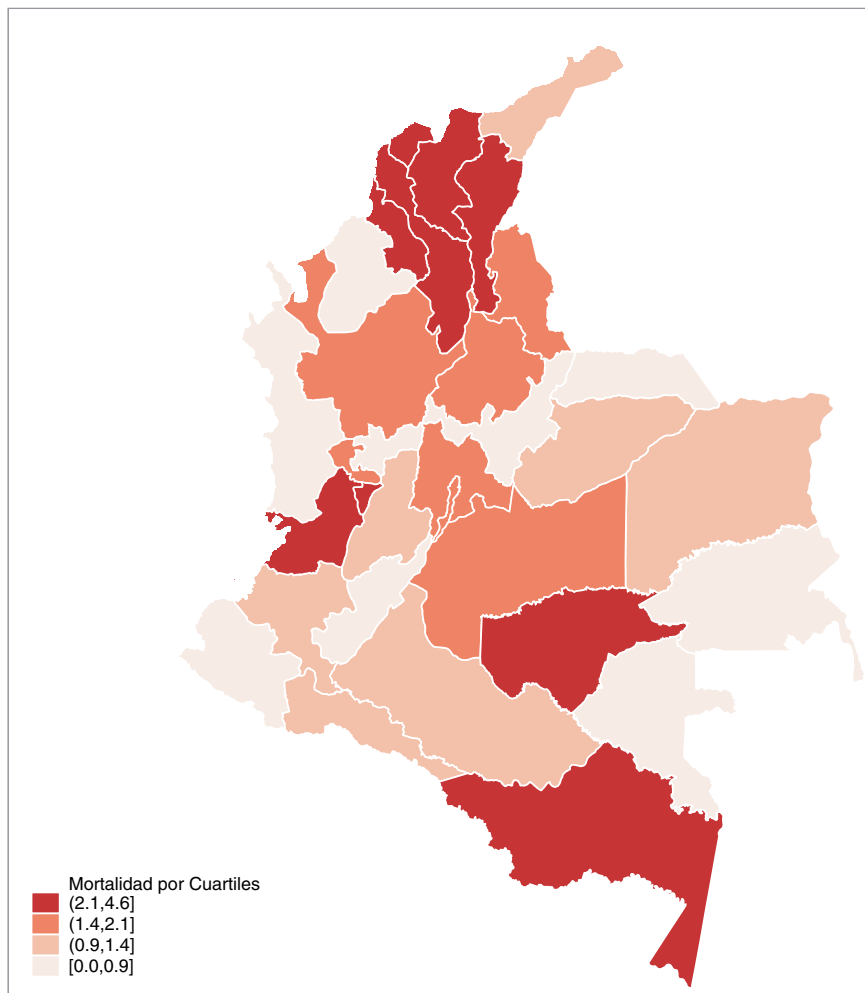
Según el Boletín Epidemiológico VIH/Sida (2013), para el año 2012 la mortalidad en Colombia fue de 4.76 por 100.000 habitantes. Según los datos informados a la CAC para el corte de 31 de enero de 2015 se estableció que la mortalidad ajustada es de 1.8 por 100.000 habitantes.

Los departamentos con mayor mortalidad relacionada con VIH son Quindío, Guaviare y Amazonas siendo 4.6, 4.0 y 3.4 por 100.000 habitantes. Las menores mortalidades se presentaron en Cundinamarca con 0.3 por 100.000 habitantes,



seguido por Guainía y Vaupés con cero (0) muertes relacionadas con VIH (Ver Ilustración 31.) (Revisar anexos 5 y 6 del presente documento).

*Ilustración 31. Mortalidad relacionada con VIH, 2015*



*Fuente: Cuenta de Alto Costo – BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.*

El régimen contributivo tiene una tasa de mortalidad ajustada de 1.3 por 100.000 habitantes (304 casos) y el régimen subsidiado de 2.6 por 100.000 habitantes (540 casos) (Ver Tabla 32.).



Tabla 32. Mortalidad relacionada con VIH ajustada por edad según régimen, 2015

Régimen	Número de casos Muertes relacionadas con VIH	Mortalidad Cruda x 100 afiliados	Mortalidad Ajustada x 100 afiliados
Contributivo	304	1.5	1.3
Subsidiado	540	2.4	2.6

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015 y población BDUA con corte 31 de enero de 2015.

Según sexo, en el corte de 31 de enero de 2015 los hombres tienen mayor mortalidad ajustada relacionada con VIH, siendo 2.8 por 100.000 habitantes, es menor en las mujeres con 0.8 por 100.000 habitantes (Ver Tabla 33.).

Tabla 33. Mortalidad relacionada con VIH ajustada por edad según sexo, 2015

Sexo	Número de casos Muertes relacionadas con VIH	Mortalidad Cruda x 100 afiliados	Mortalidad Ajustada x 100 afiliados
Femenino	207	0.8	0.8
Masculino	647	2.7	2.8

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

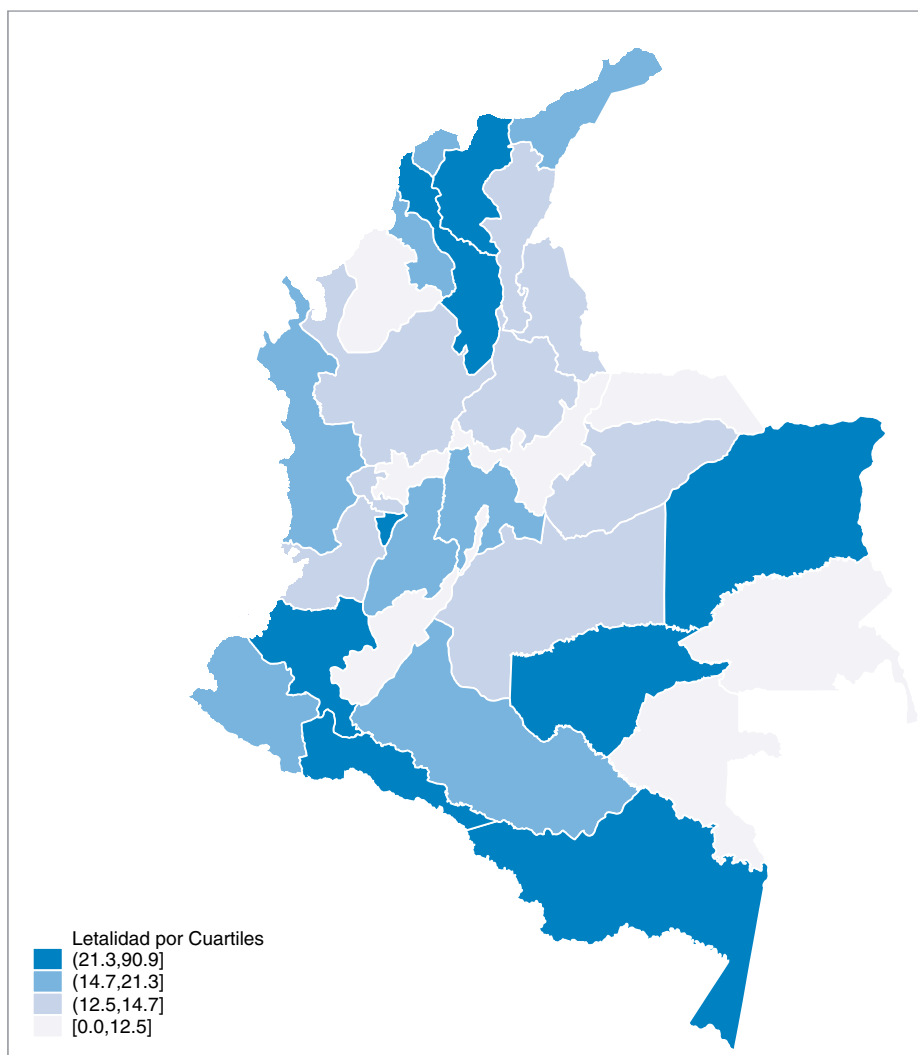
### ▪ Letalidad en PVVIH

La letalidad de la epidemia es de 13.4 muertes por 1000 PVVIH para el corte de 31 de enero de 2015, la cual aumento según el corte previo (2014) que fue de 9.46 por 1000 PVVIH (15).

Según los departamentos la letalidad es mayor en zonas como el Vichada con 90.9 por 1.000 PVVIH; Guaviare y Amazonas con 48.3 y 39.2 por 1000 PVVIH respectivamente; las más bajas corresponden a los departamentos de Cundinamarca con 7.2 por 1.000 PVVIH, Guainía y Vaupés con 0 por 1000 PVVIH respectivamente (Ver Ilustración 32.) (Revisar anexos 7 y 8 del presente documento).



*Ilustración 32. Letalidad en PVIH, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Según régimen la letalidad continúa siendo mayor en el subsidiado, en el periodo previo (2014) fue de 15 por 1.000 PVIH (15), actualmente es de 21 por 1.000 PVIH, lo que podría indicar que el comportamiento de la epidemia es más severo en esta población. La letalidad en el régimen contributivo es de 8.3 por 1.000 PVIH, la cual aumentó respecto al corte previo siendo de 5.8 por 1.000 PVIH (15) (Ver Tabla 34.).



Tabla 34. Letalidad en PVIH según régimen, 2015

Régimen	Casos Muertes relacionadas con VIH	Letalidad x 1.000 habitantes
Contributivo	304	8.3
Subsidiado	540	21.0

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Para el sexo la letalidad es similar, en las mujeres es de 12.1 por 1.000 PVIH (207 casos) y para los hombres es de 13.9 por 1.000 PVIH (647 casos) (Ver Tabla 35.).

Tabla 35. Letalidad en PVIH según sexo, 2015

Sexo	Casos Muertes relacionadas con VIH	Letalidad x 1.000 habitantes
Femenino	207	12.1
Masculino	647	13.9

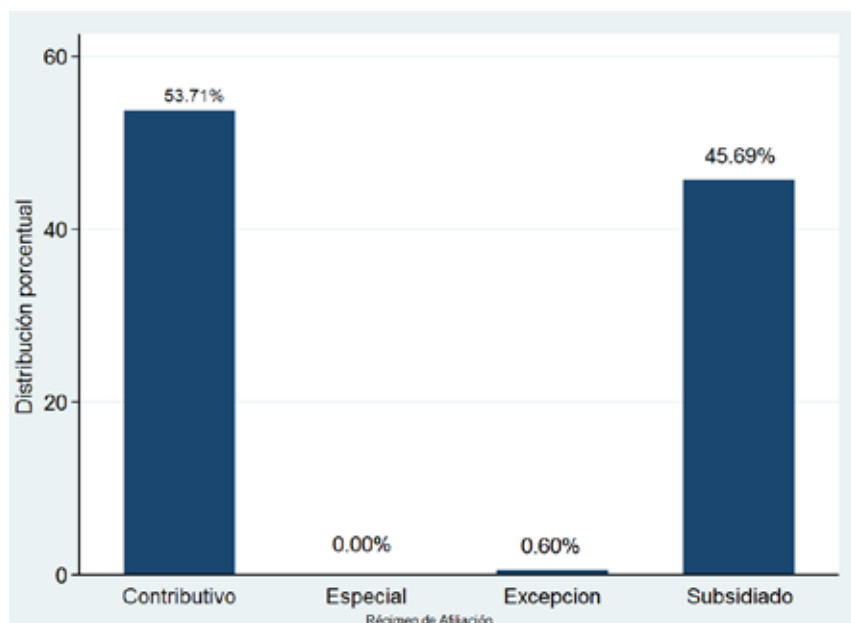
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## 4 POBLACIÓN GESTANTE

Las gestantes reportadas para el corte de 31 de enero de 2015 son 428.029 mujeres, de estas el 53.71% (229.890 casos) se encuentran en el régimen contributivo; seguido por el subsidiado con 45.69% (195.581 casos); el de excepción con 0.60% (2555 casos), el régimen especial tiene 3 gestantes en este periodo (Ver Ilustración 33.).

*Ilustración 33. Distribución de Gestantes en la población general según régimen, 2015*



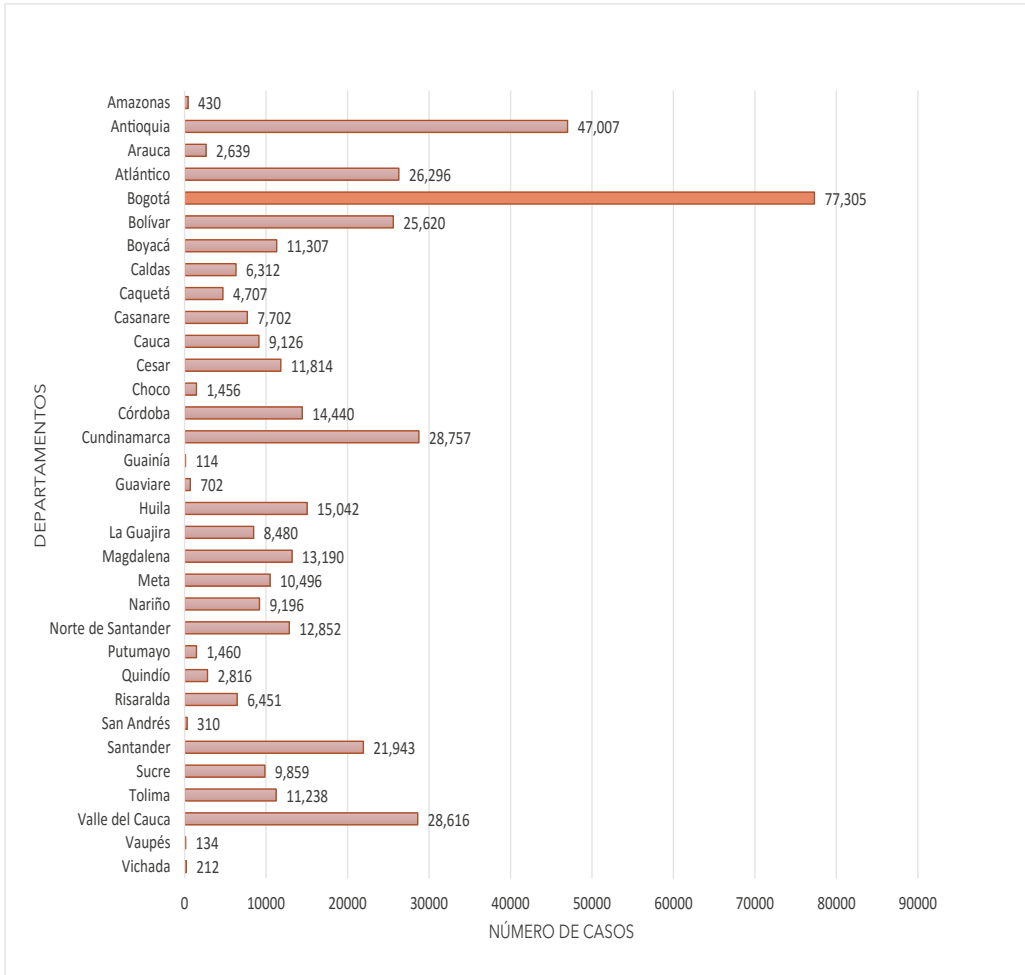
Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

El promedio de edad de las embarazadas para el periodo es de 25.91 años, siendo el mínimo de edad 8 años (10 casos) y la edad máxima 58 años (1 caso).

Las gestantes se encuentran concentradas en departamentos como Bogotá con 18.06% (77.305 casos); seguido de Antioquia 10.98% (47.007 casos); Cundinamarca con 6.72% (28.757 casos) y el Valle del Cauca con 6.69% (28.616 casos). Por el contrario, departamentos como Guainía tienen menores proporciones de gestantes siendo 0.03% (114 casos); y San Andrés con 0.07% (310 casos) (Ver Ilustración 34.).



Ilustración 34. Distribución de gestantes según departamentos, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## 4.1 GESTANTES CON INFECCIÓN POR VIH

A nivel mundial se han propuesto Estrategias para el Tratamiento de Mujeres en Embarazo VIH seropositivas, cuyos enfoques también incluyen la prevención de la transmisión materno fetal de infecciones como VIH y sífilis (48).

Para el corte de 31 de enero de 2015 el 0.19% del total de mujeres en estado de embarazo se encuentran infectadas con VIH, siendo 826 casos, el cual disminuyó en 0.06 puntos porcentuales respecto al corte anterior (0.25%) (15).

Según régimen las gestantes con VIH se encuentran en su mayoría en el subsidiado con 588 casos. Para el corte previo se reportaron menos mujeres en embarazo (365.512) de las cuáles 0.25% (928 casos) tenían infección por VIH (15). Llama la atención que actualmente se reportan más gestantes y menos casos de infección por VIH, pudiendo corresponder a mejoras en procesos de prevención en relación con la transmisión (Ver Tabla 36.).

*Tabla 36. Distribución de gestantes con VIH y sida en el periodo según régimen, 2015*

Régimen	Gestantes con VIH y sida	Total Gestantes	% Indicador
Contributivo	233	229.889	0.10
Especial	0	3	0.00
Excepción	5	2.555	0.20
Subsidiado	588	195.581	0.30
Total	826	428.029	0.19

*Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015*

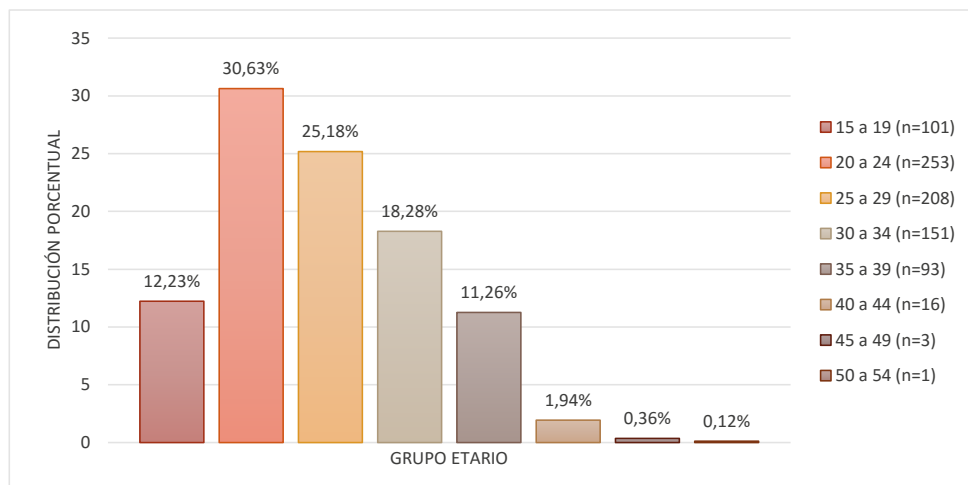
El promedio de edad de mujeres en embarazo que tienen infección por VIH es de 26.6 años; según el régimen los promedios de las edades son similares, siendo 27.99, 26.17 y 27.6 para el régimen contributivo, subsidiado y de excepción respectivamente<sup>14</sup>.

La edad mínima de las mujeres gestantes que viven con VIH es de 15 años (101 casos) y la edad máxima es de 53 años (1 caso), la mayoría de gestantes con VIH y sida se encuentran en el quinquenio entre 20 a 24 años siendo el 30.63% de las pacientes (253 casos), seguido por el de 25 a 29 años con 25.18% (208 casos) (Ver Ilustración 35.).

<sup>14</sup> El régimen especial reporto 3 gestantes de las cuáles ninguna tiene infección por VIH/Sida



Ilustración 35. Distribución gestantes con VIH y sida en el periodo según grupo etario, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

También se hace referencia a las gestantes que viven con VIH a la fecha de corte, ya que identificarlas permite controlar el uso oportuno y adecuado de TAR, traducándose en reducción de morbilidad materna y disminución de la Transmisión Materno infantil de VIH (48). Para este caso 381 mujeres se encuentran en embarazo a la fecha de corte<sup>15</sup> y viven con VIH y sida, de las cuales la mayoría se encuentra en el régimen subsidiado, seguido por el contributivo (Ver Tabla 37.).

Tabla 37. Distribución gestantes con VIH y sida a la fecha de corte según régimen, 2015

Régimen	Gestantes con VIH y sida a la fecha de corte	Número de Gestantes a la fecha de corte	% Indicador
Contributivo	126	141,269	0,089
Especial	0	3	0,00
Excepción	2	1,505	0,13
Subsidiado	253	128.057	0,19
<b>Total</b>	<b>381</b>	<b>270.834</b>	<b>0,14</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

15 Para esta proporción sólo se tiene en cuenta a las gestantes que tienen VIH y sida para la fecha de corte, no aquellas que estuvieron embarazadas en los últimos 6 meses y a la fecha de corte no lo están.



Las gestantes que viven con VIH<sup>16</sup> y son parte de grupos étnicos para el corte 31 de enero de 2015 corresponden en su mayoría a mujeres de origen afrodescendiente, siendo 7.14% (59 casos), seguido por la población indígena 1.57% (13 gestantes); no se encuentra población ROM o gitana con dicha característica (Ver Tabla 38.).

*Tabla 38. Distribución gestantes con VIH y sida según grupo étnico, 2015*

Grupo étnico	n=	%
Negro o afrodescendiente	59	7.14
Indígena	13	1.57
Otro	754	91.28
Total	826	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Las condiciones de pobreza, marginalización e inequidad de género propician situaciones de vulnerabilidad aun siendo más desafiantes en población gestante por lo que son consideradas poblaciones clave (49). Para el corte de 31 de enero de 2015, el 2.18% de las gestantes se encuentran en calidad de desplazadas, y el 0.24% son población privada de la libertad (Ver Tabla 39.).

*Tabla 39. Distribución Gestantes con VIH y sida según grupo poblacional, 2015*

Grupo poblacional	n=	%
Desplazado	18	2.18
No pertenece	806	97.58
Privado de la libertad	2	0.24
Total	826	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

<sup>16</sup> Gestantes a la fecha de corte y aquellas que estuvieron embarazadas en los últimos 6 meses pero no lo están al momento del corte.

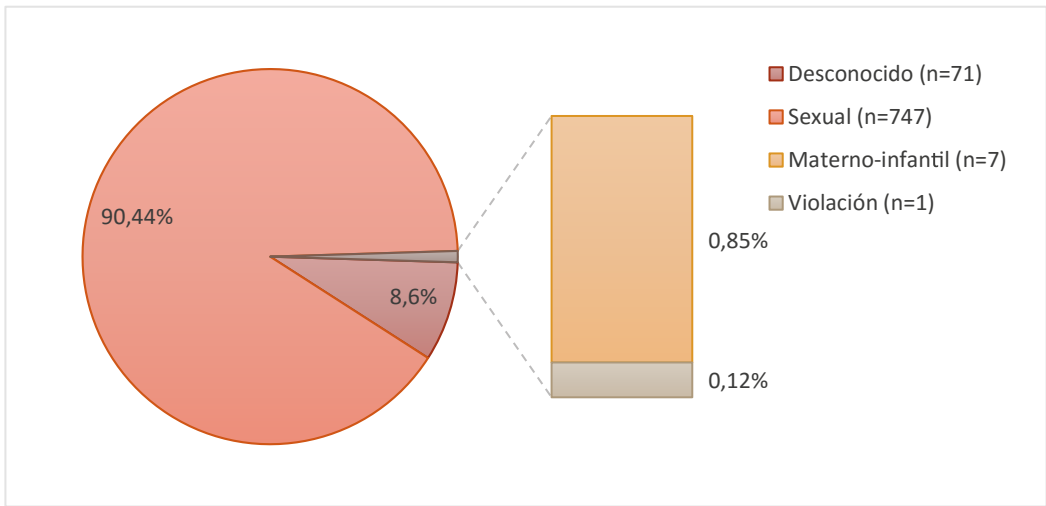


## 4.2 CARACTERÍSTICAS DE CONTAGIO Y DIAGNÓSTICO EN GESTANTES CON VIH

### 4.2.1 Mecanismo de Transmisión

Para el corte de 31 de enero de 2015 ninguna gestante tuvo documentada la transfusión como mecanismo de transmisión. Así como sucede en la población general que vive con VIH, en las gestantes el mecanismo de contagio que más se presenta es el sexual, siendo 90.44% (747 casos); seguido por el desconocimiento del mecanismo (8.6% o 71 casos) (Ver Ilustración 36.).

Ilustración 36. Distribución mecanismo de transmisión en gestantes con VIH y sida, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### 4.2.2 Estado Clínico Actual en Gestantes que Viven con VIH<sup>17</sup>

Las gestantes de todo el periodo se encuentran en estadio 2 siendo el 44.92% con 371 casos, seguido del estadio 3, siendo 27.97% con 231 casos. Aún el 2.54% de las gestantes con VIH no tienen establecido el estadio, lo cual es preocupante, ya que de ello depende el inicio de un tratamiento dirigido y asertivo (Ver Tabla 40.).

<sup>17</sup> Basado en la revisión de Clasificación del CDC 2008 (34).

*Tabla 40. Distribución de gestantes con VIH y sida por estadio clínico actual, 2015*

Estadio clínico actual	n=	%
Estadio 1	203	24.58
Estadio 2	371	44.92
Estadio 3 (sida)	231	27.97
Por establecer	21	2.54
Total	826	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## 5. POBLACIÓN MENOR DE 18 MESES HIJOS DE MADRES CON VIH Y SIDA

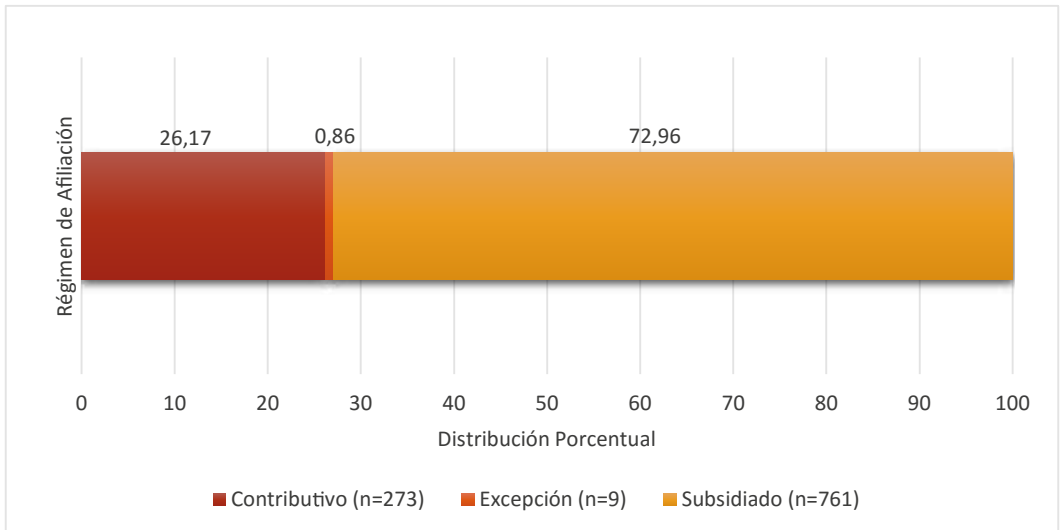
Los niños y niñas que actualmente viven con VIH adquirieron la infección a través de la Transmisión Materno Infantil (TMI), que puede suceder durante el embarazo, el parto o la lactancia (48). Si no se realiza ningún tipo de intervención el riesgo de transmisión es de 15 a 30% y puede aumentar hasta 45% en poblaciones que ofrecen lactancia materna (50) (51).

El riesgo de transmisión puede disminuirse hasta el 2% si se aplican estrategias dirigidas, donde se incluye el inicio de TAR a 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 (48).

Según el Plan estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita, Colombia tiene datos relevantes sobre transmisión vertical desde el año 2003, donde se reporta que para dicho año el porcentaje de niños infectados por VIH que se encontraban expuestos fue de 6.7%, el último dato reportado es de 2013 siendo de 3.4%, (52) (8).

A continuación se presenta la distribución de pacientes menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida según régimen (Ver Ilustración 37.) Para el corte en mención el régimen especial no reporta casos.

Ilustración 37. Distribución menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



Actualmente 1043 niños y niñas son menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida, de los cuáles la mayoría corresponde a personas del sexo femenino (531 casos). (Ver Ilustración 38.). Para el *corte previo* (2014) los casos entre mujeres y hombres fueron similares, siendo mayor en el sexo masculino con 463 casos, para el sexo femenino fue de 383 casos (15). Los menores de 18 meses con diagnóstico de VIH tienen la siguientes distribución: 12 casos (66.6%) y 6 casos (33.33%) para mujeres y hombres respectivamente.

*Ilustración 38. Distribución menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida según sexo, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

Existen diferencias entre los regímenes de afiliación respecto a la población menor de 18 meses con infección por VIH, para el régimen subsidiado fue de 2.10%, respecto al año previo dicho porcentaje disminuyó (2.13%)(15). Respecto al régimen contributivo para este año aumentó el porcentaje siendo de 0.73% en relación con el corte previo (2014) donde fue de 0.3% (15).

El régimen de excepción actualmente no tiene ningún caso de transmisión materno infantil (Ver Tabla 41.).

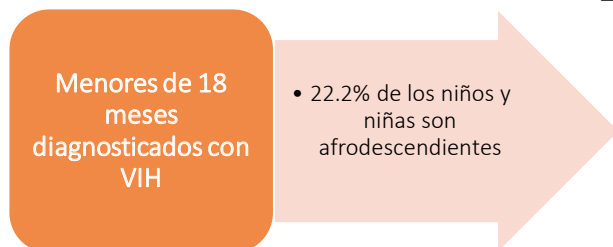
*Tabla 41. Distribución de menores de 18 meses con infección por VIH según régimen, 2015*

Régimen	Menor de 18 meses con diagnóstico de VIH	Menor de 18 meses hijo de madre con VIH	% Indicador
Contributivo	2	273	0.73
Excepción	0	9	0.00
Subsidiado	16	761	2.10
Total	18	1,043	1.73

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



Pertenecer a grupos vulnerables puede promover barreras de acceso para adultos y jóvenes, en el caso de los niños y niñas la situación puede exacerbarse ya que dependen de la voluntad de padres y cuidadores para acceder a programas de atención integral de PVVIH, lo que deriva en diagnósticos tardíos, desconocimiento de la enfermedad e inaccesibilidad a tratamientos que alteren el curso natural de la enfermedad (33).



En relación con subpoblaciones vulnerables, se encontró que el 22.2% de los casos de menores de 18 meses con infección por VIH son afrodescendientes, 4 de los 18 pacientes diagnosticados son de dicho origen étnico.

Para la población general de niños y niñas menores de 18 meses expuestos (hijos de madres con VIH y sida), 65 son afrodescendientes y 17 indígenas (Ver Tabla 42.).

Tabla 42. Distribución menores de 18 meses hijos de madres con VIH y sida según grupo étnico, 2015

Pertenencia étnica	n=	%
Afrodescendiente	65	6.23
Indígena	17	1.63
Otro	961	92.14
Total	1,043	100

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## — 6. POBLACIÓN CON TUBERCULOSIS —

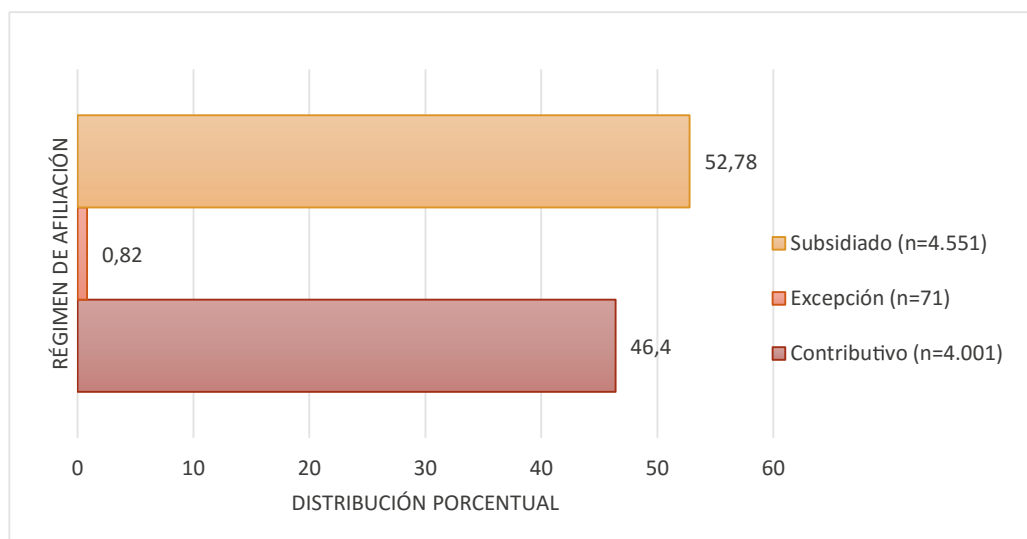
La tuberculosis (TB) se constituye como una enfermedad de alta morbilidad y mortalidad, para el año 2015, se reportaron 9.6 millones de nuevos casos y 1.5 millones de muertes en todo el mundo (38). En relación con el VIH se considera la primera causa de muerte entre las PVIH (53) (54).

En la región de Latinoamérica se considera una de las patologías infecciosas que más causa muerte, para el año 2012 se presentaron aproximadamente 263.700 nuevos casos de TB, teniendo una tasa de incidencia de 43 por 100.000 habitantes (55).

En Colombia, según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (2016) se reportaron 12.824 casos, de los cuáles 2.143 registraron coinfección con VIH (56).

Según los datos reportados a la CAC para el corte de 31 de enero de 2015, 8623 personas tienen tuberculosis, de las cuales la mayoría se encuentra en el régimen subsidiado, siendo el 52.78%, para este corte el régimen especial no reportó pacientes (Ver Ilustración 39.).

*Ilustración 39. Distribución personas con tuberculosis según régimen, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

En relación con el sexo la mayoría de pacientes que tienen tuberculosis son hombres, siendo 5.097. (59.11%), y mujeres 3.526 (40.89%) (Ver Ilustración 40.).



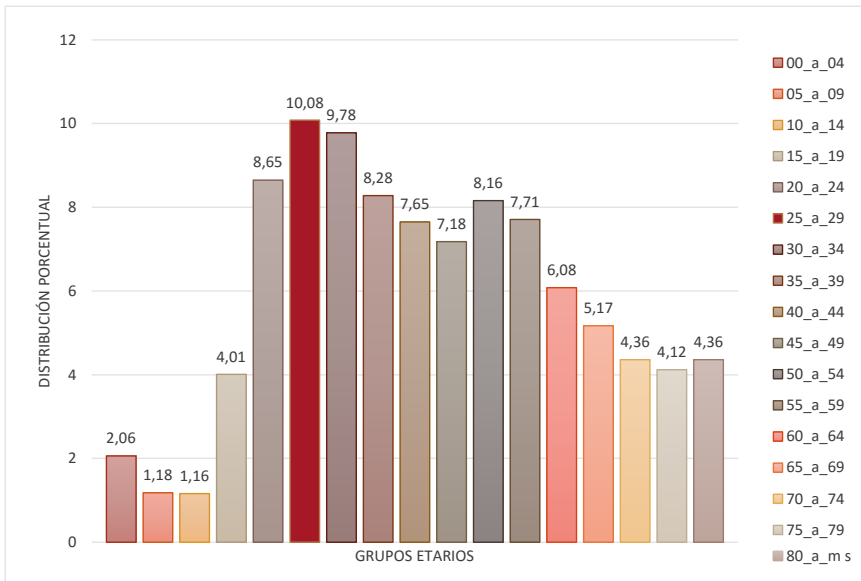
Ilustración 40. Distribución pacientes con tuberculosis según sexo, 2015



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

El promedio de edad para pacientes con tuberculosis es de 44.20 años, los quinquenios donde más se concentran los pacientes corresponden a las edades entre 25 a 29 años (869 personas), seguido de 30 a 34 años (9.78%), se resalta la presencia de menores entre 0 y 4 años con tuberculosis siendo 178 casos (2.06%) (Ver Ilustración 41.). La edad promedio para mujeres es de 42.73 años, y para los hombres corresponde a 45.22 años.

Ilustración 41. Distribución personas con tuberculosis según grupo etario, 2015

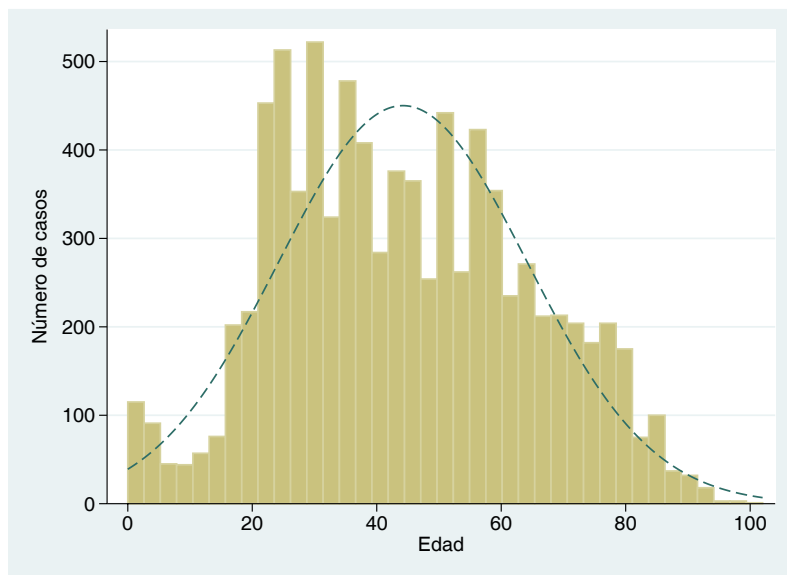


Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



Se relaciona el histograma con la curva de normalidad y la ilustración de grupos etarios, los pacientes con tuberculosis son adultos jóvenes; para los menores de 10 años la población donde más se encuentran pacientes es entre los 0 y 4 años. La tuberculosis en adultos mayores puede resultar homogénea en sus proporciones cuando se observan los grupos desde los 60 años en adelante (Ver Ilustración 42.)

*Ilustración 42. Histograma edad en pacientes con tuberculosis, 2015*



Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

### ▪ **Pacientes con Coinfección VIH/Tuberculosis**

El virus de la inmunodeficiencia humana es el factor de riesgo más importante para tuberculosis, y la tuberculosis representa la mayor causa de muerte en pacientes con VIH. 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) (38).

En Colombia, según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud para el año 2014 se presentaron 2143 personas con coinfección con VIH. Según los datos del corte de 31 de enero de 2015 se reportaron para todo el periodo 1.296 personas con coinfección TB/VIH, de los cuáles 749 (15.3%) tienen tuberculosis activa<sup>18</sup> e infección por VIH.

<sup>18</sup> Pacientes con Tuberculosis en el momento de la fecha de corte.



De aquellos con TB activa y VIH, se resalta que el 25% de las personas se encuentran en el régimen de excepción; seguido del régimen subsidiado y contributivo (Ver Tabla 43.).

*Tabla 43. Distribución de personas con tuberculosis activa y VIH, 2015*

Régimen	Personas con TB activa y VIH	Personas con TB activa	% Indicador
Contributivo	243	2.190	11
Excepción	10	40	25
Subsidiado	496	2.657	19
Total	749	4.887	15

*Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015*



## — 7 GESTIÓN DE RIESGO EN VIH Y SIDA —

Se enfrentan nuevas barreras y desafíos ante la epidemia del VIH y sida teniendo en cuenta su condición actual de enfermedad crónica transmisible (5). A pesar de la implementación de programas para disminuir la incidencia de VIH en población general y poblaciones de interés, el progreso ha sido lento en algunas regiones del mundo, generando altas cargas de enfermedad (57). En los últimos 15 años se han utilizado aproximadamente 109.8 billones de dólares en el mundo para contener la epidemia (57). La búsqueda por atenuar suficientemente la enfermedad ha contribuido con la construcción de metas para poner fin a la epidemia para el año 2030 ya que se considera un problema de salud pública (57).

Desde la Cuenta de Alto Costo se han incrementado los esfuerzos para brindar 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 los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para hacer seguimiento a la epidemia.

La gestión de riesgo para el caso de la epidemia de VIH se ha concentrado en la evaluación de riesgo de la transmisión materno perinatal, la detección temprana de pacientes con VIH, y el adecuado tratamiento medido en términos de cubrimiento de terapia antirretroviral y controles del estado virológico e inmunológico como parte de la integralidad en la atención a PVVIH.

A razón de lo anterior, se presentan los indicadores ya planteados en previas publicaciones y dos relacionados con detección temprana y carga viral indetectable en pacientes que tienen actualmente tratamiento antirretroviral. Estos últimos y la cobertura de TAR responden a las metas actuales instauradas en el *Fast Track approach* a través de la estrategia 90 90 90- (17) (19) (Ver Tabla 44.).



Tabla 44. Indicadores gestión de riesgo, 2015

Indicadores Gestión de Riesgo (%)	Gestantes tamizadas para VIH	Menores de 6 meses con profilaxis posnatal para VIH	Menores de 6 meses descartados para VIH	Cobertura de TAR indicada	Realización CD4 en PVIH sin TAR, en el periodo	Realización Carga Viral para PVIH con TAR, en el periodo	PVIH con TAR con carga viral indetectable	PVIH con detección temprana en incidentes
EAPB	>=95	100	>=95	>=95	>=95	>=95	>90	>=95
	85 a 94,9		85 a 94,9	85 a 94,9	85 a 94,9	85 a 94,9	70 a 89,9	85 a 94,9
	<85	<100	<85	<85	<85	<85	<70	<85
CCF007	● 98,7	● 100,0	● 52,94	● 96,3	● 71,88	● 93,06	● 41,3	● 71,4
CCF009	● 98,2		● 50,00	● 96,2	● 50,00	● 74,29	● 45,7	● 40,0
CCF015	● 86,8	● 66,7	● 11,11	● 96,6	● 77,97	● 84,37	● 50,3	● 40,8
CCF018	● 96,3			● 100,0		● 78,87	● 40,8	● 63,6
CCF023	● 0,3	● 0,0	● 50,00	● 100,0	● 66,67	● 74,51	● 16,7	● 53,3
CCF024	● 99,5	● 100,0	● 50,00	● 95,8	● 37,93	● 92,42	● 47,6	● 49,0
CCF027	● 99,6	● 100,0	● 60,00	● 95,8	● 80,00	● 93,26	● 48,3	● 71,4
CCF033	● 90,8	● 100,0	● 100,00	● 97,6	● 55,56	● 62,62	● 20,6	● 43,5
CCF049	● 65,5		● 100,00	● 97,6	● 100,00	● 82,44	● 51,9	● 33,3
CCF053	● 96,5	● 0,0	● 0,00	● 97,9	● 70,00	● 79,85	● 55,2	● 66,7
CCF055	● 77,8	● 36,4	● 0,00	● 96,7	● 97,06	● 97,57	● 23,8	● 48,6
CCF101	● 0,2		● 75,00	● 97,7	● 16,67	● 82,76	● 62,1	● 100,0
CCF102	● 39,7			● 100,0	● 80,00	● 80,00		
EAS016	● 100,0			● 100,0	● 100,00	● 73,68		● 100,0
EAS027	● 96,3			● 100,0	● 50,00	● 87,18	● 28,2	● 100,0
EPS001	● 94,0	● 100,0	● 100,00	● 98,4	● 68,57	● 72,52	● 56,3	● 77,8
EPS002	● 99,9	● 100,0	● 69,70	● 96,5	● 49,07	● 86,92	● 61,2	● 55,1
EPS003	● 76,4	● 100,0	● 0,00	● 95,3	● 36,03	● 76,30	● 56,5	● 63,9
EPS005	● 78,0	● 100,0	● 58,33	● 96,5	● 55,75	● 81,24	● 62,7	● 60,0
EPS008	● 87,1	● 100,0	● 44,44	● 98,1	● 56,36	● 71,91	● 50,2	● 59,3
EPS010	● 97,3	● 83,3	● 41,18	● 95,9	● 62,54	● 83,65	● 65,6	● 71,7
EPS012	● 98,1	● 100,0	● 66,67	● 88,1	● 56,38	● 73,01	● 48,7	● 67,9
EPS013	● 72,8	● 100,0	● 37,50	● 93,4	● 31,27	● 66,83	● 45,1	● 62,1
EPS016	● 97,4	● 100,0	● 66,67	● 93,5	● 53,08	● 75,45	● 54,2	● 60,2
EPS017	● 88,0	● 90,0	● 57,14	● 97,1	● 82,42	● 88,48	● 64,1	● 68,0
EPS018	● 87,8	● 100,0	● 83,33	● 95,8	● 65,03	● 77,75	● 54,2	● 55,0
EPS020	● 94,0	● 100,0	● 57,38	● 97,8	● 47,87	● 64,79	● 36,4	● 60,0
EPS022	● 13,4	● 100,0	● 66,67	● 98,7	● 100,00	● 63,64	● 37,9	● 56,3
EPS023	● 96,1			● 94,5	● 38,33	● 79,54	● 61,7	● 70,4
EPS025	● 0,0		● 62,50	● 95,4	● 66,67	● 82,93	● 40,2	● 36,4
EPS033	● 75,2		● 0,00	● 100,0	● 100,00	● 78,26	● 58,0	● 42,9
EPS037	● 96,5	● 100,0	● 60,00	● 97,8	● 58,69	● 82,38	● 62,3	● 57,3
EPS039	● 0,0			● 100,0	● 100,00	● 54,00	● 32,0	● 66,7



Continuación Tabla 44.

Indicadores Gestión de Riesgo (%)	Gestantes tamizadas para VIH	Menores de 6 meses con profilaxis posnatal para VIH	Menores de 6 meses descartados para VIH	Cobertura de TAR indicada	Realización CD4 en PVIH sin TAR, en el periodo	Realización Carga Viral para PVIH con TAR, en el periodo	PVIH con TAR con carga viral indetectable	PVIH con detección temprana en incidentes
EPSI01	● 96,5	● 100,0	● 66,67	● 98,1	● 42,86	● 67,57	● 40,5	● 40,0
EPSI02	● 97,4	● 100,0	● 50,00	● 99,4	● 86,67	● 85,85	● 52,4	● 46,4
EPSI03	● 24,7		● 80,00	● 90,0	● 17,65	● 40,70	● 26,7	● 33,3
EPSI04	● 95,9	● 50,0	● 100,00	● 100,0	● 100,00	● 77,46	● 45,1	● 66,7
EPSI05	● 99,4			● 100,0	● 0,00	● 75,00	● 44,3	● 71,4
EPSI06	● 18,7	● 100,0	● 0,00	● 100,0	● 25,00	● 64,71	● 32,4	● 14,3
EPSS03	● 90,4	● 100,0	● 55,00	● 94,9	● 47,50	● 69,54	● 38,7	● 46,9
EPSS33	● 75,4	● 68,4	● 29,17	● 97,8	● 72,45	● 76,16	● 39,4	● 54,2
EPSS34	● 56,4	● 100,0	● 65,85	● 93,8	● 57,67	● 82,64	● 54,5	● 57,4
EPSS40	● 86,6	● 100,0	● 55,10	● 96,9	● 48,92	● 76,89	● 52,9	● 52,7
ESS002	● 75,8	● 100,0	● 100,00	● 95,7	● 84,21	● 78,61	● 49,2	● 42,5
ESS024	● 52,5	● 95,2	● 62,00	● 95,7	● 56,94	● 88,26	● 48,2	● 47,3
ESS062	● 86,1	● 95,8	● 81,25	● 93,8	● 42,20	● 88,29	● 54,1	● 53,2
ESS076	● 96,9	● 100,0	● 50,00	● 99,2	● 97,56	● 94,88	● 33,0	● 50,6
ESS091	● 97,3	● 100,0	● 80,00	● 97,1	● 41,67	● 68,77	● 21,3	● 63,0
ESS118	● 97,6	● 87,5	● 57,14	● 95,2	● 60,54	● 85,32	● 36,3	● 57,1
ESS133	● 91,7	● 89,5	● 81,40	● 98,3	● 61,04	● 87,81	● 35,1	● 40,3
ESS207	● 0,4	● 100,0	● 62,07	● 95,7	● 65,19	● 89,97	● 57,6	● 40,7
RES003	● 94,9	● 100,0	● 85,71	● 96,3	● 66,18	● 81,78	● 51,2	● 67,1
RES007				● 100,0	● 0,00	● 84,62	● 69,2	
RES009	● 100,0							
RES012					● 0,00			
Total	● 78,86	● 92,06	● 58,30	● 95,89	● 54,14	● 79,27	● 51,42	● 57,45

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015

En relación con el cuadro previo, según los datos reportados a la CAC por parte de entidades prestadoras de servicios, el porcentaje de cobertura de TAR es el único indicador que cumple con el estándar, se resalta el cumplimiento de las entidades prestadoras en términos de oferta de TAR en pacientes que tienen la indicación (19).

Tenemos aún consideraciones especiales con los indicadores relacionados con prevención de la transmisión materno infantil de VIH, en ninguno de los 3 indicadores se tuvo resultados promedio, todos son considerados bajos.

Los indicadores relacionados con detección temprana de VIH en incidentes y el control inmunológico y virológico de PVIH se encuentran en porcentajes bajos, lo que contribuye con el aumento de nuevas infecciones en poblaciones clave. Además, el inadecuado seguimiento de los pacientes permite el desarrollo de complicaciones relacionadas con VIH (infecciones oportunistas o cáncer), las cuales influyen en el aumento de los costos de atención en salud (35)(5).



## **8. RESULTADOS INDICADORES: CONSENSO PARA EVALUAR RESULTADOS DE GESTIÓN Y CLÍNICOS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN A PVVIH EN COLOMBIA (10).**

La Cuenta de Alto Costo en el año 2014 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 (10).

Se evaluaron para este corte quince indicadores, los cuales se encuentran ordenados según el número en el que se encuentran en el Consenso (2014). Para este corte se adicionó un indicador de proceso, justificado por la preocupación de la monitorización del cuidado, uso de los servicios y calidad de la atención en PVVIH. En este caso se dirige la atención a la terapia, teniendo en cuenta que al mantener conteos de CD4 mayores o iguales a 350 células/mm<sup>3</sup> en pacientes con 48 semanas de TAR o más se disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas con VIH (aparición de infecciones oportunistas y cáncer) (5).

### *Características del indicador*

Numerador: Número de PVVIH con 48 o más semanas de TAR que logran conteo CD4  $\geq$  350 células por mm<sup>3</sup>.

Denominador: Número de PVVIH con 48 o más semanas de TAR.

Unidades: Porcentaje

Periodicidad: Anual

Tipo de indicador: Proceso

Estándar: 80%

Interpretación: Se espera cumplimiento por parte de la IPS del estándar referido, siendo un resultado adecuado mayor o igual a 80%, medio un resultado menor de 80% e igual o mayor de 60% y como rango bajo menor de 60%.

A continuación se presentan los diferentes indicadores para el periodo y en comparación con años previos (Ver Tabla 45. y Tabla 46.), se debe recordar que la numeración no es consecutiva ya que existen 3 indicadores del Consenso (2014) que no pueden ser calculados.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Indicadores del Consenso (2014) que no se tienen en cuenta:

Número 3: Proporción de PVVIH con diagnóstico dentro del periodo de reporte con realización de carga viral en la valoración inicial.

Número 7: Proporción de PVVIH con tamizaje para Sífilis anual

Número 8: Proporción de PVVIH con valoración de Riesgo Cardiovascular anual (10)



Tabla 45. Resultados Indicadores Consenso 2014 para el corte de 31 de enero 2015

Proporciones de PVVIH con	1. Atención por Médico experto	2. Recuento de CD4 en valoración inicial	4. Realización de Linfocitos totales en valoración inicial	5. Realización de PPD anual	6. Seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses	9. TAR en gestantes	10. Prescripción adecuada de TAR	11. TB activa en tratamiento simultáneo para TB y con TAR
EPS	>=95	>=95	>=95	>=80	>=95	100	>=95	>=80
	>=90 y <95	>=90 y <95	>=90 y <95	>=50 y <80	>=90 y <95	>=95 y <100	>=90 y <95	>=60 y <80
	<90	<90	<90	<50	<90	<95	<90	<60
CCF007	● 98,2	● 91,1	● 91,1	● 13,2	● 90,6	● 100,0	● 77,7	● 66,7
CCF009	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 0,0	● 66,7		● 91,7	
CCF015	● 74,1	● 85,2	● 76,9	● 0,7	● 82,7	● 100,0	● 66,9	● 54,5
CCF018	● 100,0	● 36,4	● 27,3	● 4,2	● 79,1	● 100,0	● 91,4	● 100,0
CCF023	● 46,7	● 86,7	● 86,7	● 6,7	● 71,3	● 100,0	● 73,3	
CCF024	● 98,0	● 94,1	● 92,2	● 56,3	● 84,3	● 0,0	● 57,7	● 100,0
CCF027	● 50,0	● 68,2	● 63,6	● 85,6	● 90,7		● 83,3	
CCF033	● 60,9	● 95,7	● 91,3	● 0,0	● 54,8	● 66,7	● 83,9	● 0,0
CCF049	● 58,3	● 58,3	● 58,3	● 13,7	● 78,3		● 66,4	● 100,0
CCF053	● 0,0	● 88,2	● 88,2	● 42,4	● 70,2		● 50,9	● 100,0
CCF055	● 94,4	● 85,4	● 31,5	● 3,1	● 97,6	● 87,5	● 64,2	● 91,7
CCF101	● 100,0	● 75,0	● 50,0	● 17,2	● 75,0		● 76,7	● 100,0
CCF102				● 0,0	● 80,0	● 100,0	● 42,9	
EAS016	● 100,0	● 100,0	● 66,7	● 0,0	● 68,2		● 50,0	● 100,0
EAS027	● 33,3	● 66,7	● 100,0	● 34,9	● 82,9	● 100,0	● 43,9	● 100,0
EPS001	● 100,0	● 77,8	● 55,6	● 2,8	● 70,5	● 100,0	● 73,3	● 80,0
EPS002	● 94,0	● 74,4	● 36,4	● 47,0	● 80,6	● 71,4	● 72,4	● 91,1
EPS003	● 100,0	● 69,0	● 73,6	● 15,9	● 66,8	● 100,0	● 39,1	● 60,0
EPS005	● 89,6	● 88,5	● 79,5	● 24,8	● 76,7	● 100,0	● 63,6	● 100,0
EPS008	● 100,0	● 75,7	● 56,9	● 10,2	● 69,0	● 100,0	● 68,3	● 77,8
EPS010	● 97,8	● 97,4	● 82,4	● 4,9	● 77,3	● 100,0	● 79,0	● 89,5
EPS012	● 100,0	● 79,7	● 69,6	● 33,4	● 54,6	● 100,0	● 66,8	● 100,0
EPS013	● 99,9	● 55,5	● 61,9	● 17,8	● 55,7	● 100,0	● 57,3	● 90,9
EPS016	● 94,4	● 82,7	● 62,0	● 23,8	● 63,9	● 94,1	● 80,0	● 84,8
EPS017	● 98,1	● 49,7	● 19,6	● 37,1	● 85,5	● 100,0	● 66,1	● 94,1
EPS018	● 99,0	● 88,3	● 54,3	● 48,5	● 64,3	● 100,0	● 58,7	● 90,5
EPS020	● 91,2	● 30,3	● 25,1	● 9,8	● 59,5	● 100,0	● 58,0	● 75,3
EPS022	● 100,0	● 62,5	● 12,5	● 7,0	● 59,4	● 100,0	● 77,9	● 100,0
EPS023	● 100,0	● 27,6	● 27,6	● 23,9	● 67,8	● 100,0	● 31,4	● 100,0
EPS025	● 100,0	● 85,7	● 85,7	● 40,4	● 77,6		● 94,4	● 100,0
EPS033	● 57,1	● 85,7	● 71,4	● 2,7	● 78,5		● 74,6	
EPS037	● 93,4	● 58,8	● 40,7	● 32,0	● 79,5	● 92,3	● 59,7	● 88,9



Continuación Tabla 45

Proporciones de PVVIH con	1. Atención por Médico experto	2. Recuento de CD4 en valoración inicial	4. Realización de Linfocitos totales en valoración inicial	5. Realización de PPD anual	6. Seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses	9. TAR en gestantes	10. Prescripción adecuada de TAR	11. TB activa en tratamiento simultáneo para TB y con TAR
EPS039	● 100,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 48,9	● 100,0	● 75,5	● 100,0
EPSI01	● 100,0	● 60,0	● 40,0	● 1,2	● 65,8	● 100,0	● 73,7	● 100,0
EPSI02	● 75,0	● 92,9	● 92,9	● 0,0	● 85,8	● 100,0	● 79,7	● 100,0
EPSI03	● 16,7	● 0,0	● 0,0	● 4,9	● 36,8	● 100,0	● 72,8	● 100,0
EPSI04	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 0,0	● 74,6		● 77,5	
EPSI05	● 40,0	● 40,0	● 30,0	● 34,1	● 72,0	● 100,0	● 61,6	● 100,0
EPSI06	● 50,0	● 25,0	● 12,5	● 36,8	● 63,6		● 84,8	
EPSS03	● 100,0	● 80,0	● 74,1	● 18,1	● 60,2	● 100,0	● 75,9	● 100,0
EPSS33	● 85,8	● 62,3	● 54,2	● 14,1	● 71,9	● 91,7	● 69,0	● 82,4
EPSS34	● 100,0	● 53,2	● 50,0	● 4,6	● 78,0	● 95,2	● 70,4	● 75,6
EPST01	● 100,0	● 73,9	● 42,4	● 28,7	● 71,9	● 90,0	● 69,3	● 73,3
ESS002	● 92,5	● 67,5	● 70,0	● 0,5	● 75,6	● 83,3	● 76,1	● 50,0
ESS024	● 86,7	● 79,4	● 74,4	● 25,7	● 83,0	● 84,2	● 75,6	● 76,2
ESS062	● 86,0	● 58,1	● 24,0	● 29,3	● 78,7	● 92,3	● 69,9	● 63,3
ESS076	● 95,4	● 65,1	● 54,1	● 12,5	● 95,7	● 91,7	● 70,5	● 93,8
ESS091	● 85,2	● 29,6	● 18,5	● 1,9	● 66,2	● 100,0	● 72,1	● 0,0
ESS118	● 86,4	● 57,0	● 54,7	● 37,3	● 79,7	● 100,0	● 79,1	● 92,9
ESS133	● 91,4	● 72,6	● 54,3	● 13,2	● 83,2	● 100,0	● 74,1	● 61,1
ESS207	● 97,3	● 86,8	● 81,3	● 17,6	● 82,9	● 100,0	● 66,0	● 86,2
RES003	● 100,0	● 68,5	● 34,8	● 29,4	● 78,5	● 100,0	● 69,1	● 80,0
RES007	● 100,0	● 100,0	● 100,0	● 57,1	● 78,6		● 69,2	
RES012								
Total general	● 94,0	● 65,7	● 52,2	● 22,5	● 72,8	● 93,7	● 67,0	● 80,6

Continuación Tabla 45

Proporciones de PVVIH con	12. Carga viral indetectable a las 48 o más semanas de TAR	13. Estudio de resistencias en el fracaso virológico	14. Cambio de TAR	15. Tratamiento por TB latente	16. Profilaxis para neumonía por Pneumocystis jirovecii	17. Esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)	Incluido. CD4 de 350 o más a las 48 semanas o más de TAR
EPS	≥80	≥90	<30	≥95	≥95	≥95	≥80
	≥70 y <80	≥70 y <90	≥30 y <40	≥90 y <95	≥90 y <95	≥90 y <95	≥60 y <80
	<70	<70	≥40	<90	<90	<90	<60
CCF007	● 42,5	● 2,9	● 8,3		● 17,9	● 1,1	● 45,9
CCF009	● 53,3	● 60,0	● 0,0		● 62,5	● 51,5	● 40,0
CCF015	● 54,2	● 2,0	● 5,8	● 0,0	● 39,7	● 38,5	● 49,2



Continuación Tabla 45

Proporciones de PVVH con	12. Carga viral indetectable a las 48 o más semanas de TAR	13. Estudio de resistencias en el fracaso virológico	14. Cambio de TAR	15. Tratamiento por TB latente	16. Profilaxis para neumonía por Pneumocystis jirovecii	17. Esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)	Incluido. CD4 de 350 o más a las 48 semanas o más de TAR
CCF018	● 50,0	● 0,0	● 14,3	● 0,0	● 83,3	● 50,9	● 54,5
CCF023	● 20,3	● 0,0	● 0,0		● 26,9	● 37,2	● 43,0
CCF024	● 50,2	● 54,5	● 23,7	● 53,8	● 75,7	● 40,3	● 47,3
CCF027	● 57,6	● 22,2	● 0,0	● 0,0	● 86,7	● 45,5	● 60,6
CCF033	● 17,2	● 8,3	● 11,1		● 10,0	● 52,6	● 50,6
CCF049	● 51,3	● 0,0	● 12,5		● 65,0	● 14,3	● 53,8
CCF053	● 55,3	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 60,0	● 20,7	● 46,5
CCF055	● 25,8	● 0,0	● 3,3	● 0,0	● 33,1	● 9,8	● 54,2
CCF101	● 60,4	● 33,3	● 0,0	● 0,0	● 87,5	● 83,0	● 45,3
CCF102	● 0,0		● 0,0		● 0,0	● 0,0	● 71,4
EAS016	● 0,0	● 20,0	● 0,0		● 75,0	● 5,6	● 60,0
EAS027	● 33,3	● 10,0	● 0,0	● 0,0	● 0,0	● 28,2	● 61,1
EPS001	● 58,5	● 21,3	● 13,2	● 0,0	● 40,0	● 48,2	● 56,6
EPS002	● 66,1	● 16,8	● 7,2	● 15,6	● 63,0	● 46,3	● 53,6
EPS003	● 42,9	● 70,6	● 0,0	● 0,0	● 2,0	● 44,7	● 35,7
EPS005	● 65,6	● 20,0	● 8,0	● 11,5	● 59,2	● 48,8	● 58,4
EPS008	● 53,1	● 6,6	● 1,8	● 50,0	● 46,5	● 44,5	● 43,2
EPS010	● 67,1	● 11,3	● 8,3	● 20,0	● 78,3	● 61,0	● 63,6
EPS012	● 46,7	● 51,5	● 19,3	● 0,0	● 0,0	● 52,4	● 51,6
EPS013	● 39,1	● 41,4	● 0,0	● 0,0	● 6,8	● 30,6	● 31,9
EPS016	● 57,2	● 34,5	● 3,5	● 11,2	● 60,2	● 43,3	● 54,6
EPS017	● 70,1	● 9,0	● 8,8	● 3,0	● 75,6	● 34,6	● 61,5
EPS018	● 59,0	● 68,6	● 16,1	● 21,7	● 69,9	● 41,4	● 45,1
EPS020	● 38,5	● 8,2	● 10,4	● 18,1	● 54,8	● 23,9	● 32,6
EPS022	● 43,3	● 0,0	● 11,8	● 0,0	● 46,7	● 34,6	● 40,0
EPS023	● 63,6	● 90,0	● 10,5	● 0,0	● 0,0	● 44,3	● 40,9
EPS025	● 38,6	● 0,0	● 0,0		● 46,2	● 25,4	● 37,1
EPS033	● 64,9	● 0,0	● 0,0		● 0,0	● 17,9	● 64,9
EPS037	● 65,7	● 24,7	● 11,1	● 26,8	● 58,2	● 59,3	● 55,7
EPS039	● 28,6	● 25,0	● 0,0		● 85,7	● 36,4	● 28,6
EPSI01	● 42,6	● 0,0	● 20,0		● 50,0	● 16,1	● 42,6
EPSI02	● 55,1	● 0,0	● 8,2		● 46,9	● 43,4	● 47,8
EPSI03	● 27,0	● 0,0	● 4,8		● 56,3	● 9,4	● 19,0
EPSI04	● 46,0	● 0,0	● 18,2		● 29,4	● 32,1	● 44,4



Continuación Tabla 45

Proporciones de PVIH con	12. Carga viral indetectable a las 48 o más semanas de TAR	13. Estudio de resistencias en el fracaso virológico	14. Cambio de TAR	15. Tratamiento por TB latente	16. Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	17. Esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)	Incluido. CD4 de 350 o más a las 48 semanas o más de TAR
EPSI05	● 47,9	● 82,4	● 16,7		● 0,0	● 6,1	● 43,7
EPSI06	● 37,5	● 0,0	● 50,0		● 25,0	● 0,0	● 29,2
EPSS03	● 41,6	● 25,0	● 12,2	● 54,5	● 45,7	● 29,4	● 39,6
EPSS33	● 43,3	● 8,6	● 10,5	● 12,5	● 0,0	● 16,9	● 47,8
EPSS34	● 58,1	● 12,0	● 6,7	● 0,0	● 36,9	● 39,4	● 48,0
EPST01	● 57,1	● 12,2	● 9,8	● 23,9	● 83,7	● 52,7	● 47,2
ESS002	● 54,2	● 10,5	● 10,7		● 51,3	● 61,3	● 48,3
ESS024	● 50,4	● 19,6	● 11,2	● 33,3	● 70,2	● 15,5	● 45,0
ESS062	● 55,7	● 14,9	● 15,1	● 17,1	● 69,2	● 30,5	● 52,5
ESS076	● 38,4	● 8,2	● 10,6	● 64,3	● 41,2	● 22,1	● 57,1
ESS091	● 23,4	● 7,7	● 3,0	● 0,0	● 0,0	● 17,2	● 43,8
ESS118	● 38,2	● 43,1	● 16,4	● 26,9	● 72,3	● 23,7	● 52,3
ESS133	● 38,1	● 4,5	● 11,5	● 0,0	● 0,0	● 4,4	● 42,6
ESS207	● 61,6	● 31,9	● 14,5	● 34,8	● 73,5	● 44,1	● 48,2
RES003	● 52,2	● 15,1	● 9,8	● 8,0	● 59,2	● 38,8	● 49,8
RES007	● 75,0	● 33,3	● 0,0	●	● 0,0	● 58,3	● 75,0
RES012						● 0,0	
Total general	● 55,0	● 22,1	● 9,7	● 18,0	● 50,0	● 39,3	● 50,8

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

En resumen, de los quince indicadores se cumple con el estándar en dos, el primero tiene relación con uso de medicamentos antituberculosos y tratamiento antirretroviral en pacientes que tienen tuberculosis activa siendo de 80.6%, hemos mejorado en relación con el corte previo (2014) que fue de 54.4% (15), 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 y del inicio de la terapia antirretroviral en forma temprana en pacientes que tienen VIH ya que aumenta la sobrevivida de personas que tienen conteos de CD4 menores o iguales a 200 células/mm<sup>3</sup> (58).

El segundo de los indicadores con adecuada evaluación es la proporción de PVIH 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 la 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 PVIH (35).



Sólo un indicador se encuentra en el rango medio, el cual tiene relación con la atención por médico experto, ahora se encuentra en 94%, para el corte previo (2014) fue de 93.3% (15); se debe recordar que la atención por conocedores de la enfermedad mejora el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, así como garantiza la calidad en la atención (35).

El resto de indicadores se encuentran aún por debajo del rango esperado y no ha habido cambios respecto al corte previo (2014) (Ver Tabla 47.). 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 ser aplicados, todo con el fin de impactar en los resultados en salud de las PVVIH en Colombia.

Tabla 46. Resultado de Indicadores Consenso VIH periodo 2014 y 2015

N°	NOMBRE DEL INDICADOR (Consenso VIH 2014)	2014	2015
1	Proporción de PVVIH que reciben atención por médico experto	● 93,3	● 94,0
2	PVVIH con realización de recuento de CD4 en la valoración inicial	● 63,4	● 65,7
4	Proporción de PVVIH con realización de linfocitos totales en la valoración inicial	● 52,5	● 52,2
5	Proporción de PVVIH con realización de PPD (anual)	● 14,6	● 22,5
6	Proporción de PVVIH con seguimiento de CD4 y CV en los últimos 6 meses	● 69,5	● 72,8
9	Proporción de TAR en PVVIH gestantes	● 82,6	● 93,7
10	Proporción de PVVIH con prescripción adecuada de TAR	● 68,8	● 67,0
11	Proporción de PVVIH con TB activa en tratamiento simultaneo para TB y con TAR	● 54,4	● 80,6
12	Proporción de PVVIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR	● 50,1	● 55,0
13	Proporción de PVVIH con estudio de resistencias en el fracaso virológico	● 24,5	● 22,1
14	Proporción de PVVIH con cambio de TAR	● 8,1	● 9,7
15	Proporción de PVVIH en tratamiento por TB latente	● 12,8	● 18,0
16	Proporción de PVVIH con profilaxis para neumonía por Pneumocystis Jiroveci	● 43,2	● 50,0
17	Proporción de PVVIH con esquema completo de vacuna para Hepatitis B (si está indicada)	● 31,5	● 39,3
Incluido	Proporción de PVVIH con CD4 de 350 o más a las 48 semanas o más de TAR	● 50,0	● 50,8

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015



## 9. CONCLUSIONES

La epidemia del VIH se constituye como un problema de salud pública y abordarlo desde la gestión de riesgo contribuye con la estabilización del sistema, la disminución de la selección adversa y fortalece el compromiso de los actores involucrados en la atención de personas que viven con VIH. De esta manera, promover el cumplimiento de procesos mínimos de alta calidad por parte de las aseguradoras, contribuirá con el control de la enfermedad y la disminución de la aparición de nuevos casos de infección por VIH.

El comportamiento de la epidemia de VIH según los datos reportados a la CAC, tiene similitudes con las condiciones sociodemográficas descritas a nivel mundial. Dicha situación, permite que el país pueda adoptar los objetivos y mecanismos de estrategias de atención para pacientes que viven con VIH como el abordaje rápido para la intervención de la infección en el mundo (*Fast Track Approache*), de esta manera, se contribuirá con el mejoramiento de procesos y resultados en salud relacionados con la atención de esta población.

Las PVVIH en relación con condiciones sociodemográficas pertenecen en su mayoría al régimen contributivo, al sexo masculino y a poblaciones clave (personas entre 15 a 49 años). La razón de masculinidad de 2.7 se ha mantenido teniendo como referencia el corte previo.

Teniendo en cuenta el grupo étnico, la población afrodescendiente tiene mayor proporción de PVVIH, seguido por los indígenas y el grupo ROM o gitano, los cuales a pesar de tener proporciones menores son considerados poblaciones vulnerables cuyo riesgo de infección por VIH es mayor dado las condiciones de marginalización, pobreza y exclusión que les atañen.

Concomitantemente subgrupos poblacionales como las personas desplazadas y privadas de la libertad, tienen mayor riesgo de infección por VIH, ya que sus condiciones socioeconómicas profundizan la problemática. Por esto y teniendo en cuenta que existen entidades administradoras de planes de beneficios que atienden especialmente grupos étnicos y subgrupos poblacionales, el cumplimiento de mínimos de calidad como los propuestos desde la CAC, permitirán dar respuesta a los desafíos que presenta actualmente la epidemia en dichas poblaciones.

En relación con el estadio en el momento del diagnóstico, se resalta la continuidad del estadio C3 como el tercer reporte. Por tanto, es necesario promover mecanismos de detección temprana que permitan acoger pacientes en estadios iniciales, con el fin de disminuir los costos de atención de personas en momentos tardíos de la enfermedad, ya que las complicaciones relacionadas con VIH y sida implicarán mayor consumo de servicios de salud.



El adecuado seguimiento de pacientes que viven con VIH requiere intervenciones como la genotipificación y la valoración periódica por infectología, según los datos reportados a la CAC, el 92.15% de las PVVIH no tienen pruebas de resistencia. En las Guías de Práctica Clínica 2005 del Ministerio, se determinó la necesidad de la toma del examen en el caso que los pacientes tuvieran un segundo o tercer fallo; para la Guía 2014 es mandatorio realizarlo al primer fallo terapéutico. Sin embargo, según el reporte de 2015, no es evidente el cumplimiento de las indicaciones, lo que deriva en el mantenimiento de cargas virales elevadas, aumento del riesgo de contagio a otros y propensión a la resistencia virológica.

En relación a la atención por médicos especialistas, el 57.09% de los pacientes no ha tenido en los últimos 6 meses control con infectólogo, lo que promueve el mantenimiento de terapias inadecuadas y puede desmejorar la calidad de la atención.

La prevalencia ajustada de 0.13% reportada en el actual corte cambia respecto a la informada por la Organización Mundial de la Salud que es de 0.4% para nuestro país. ONUSIDA la estima usando el software Spectrum que es alimentado por proyecciones demográficas del país, por el contrario lo reportado a la Cuenta de Alto Costo son casos.

Áreas como la región andina, en especial departamentos como Quindío y Risaralda que pertenecen a la zona denominada como eje cafetero tienen prevalencias ajustadas por encima de la prevalencia del total de casos reportados. Por otro lado, las zonas que son consideradas dispersas tienen prevalencias ajustadas menores, lo que podría indicar subregistro teniendo en cuenta las condiciones de acceso de las poblaciones a los servicios de salud.

La incidencia según los datos reportados es 15.4 por 100.000 habitantes, para hombres es de 23.2 y para mujeres de 7.8 por 100.000 habitantes, datos que pueden corresponderse con el Análisis de la Situación en Salud (2015), donde la tasa de incidencia de VIH en hombres en 2013 fue de 25.6 por 100.000 habitantes y para mujeres de 9 casos por 100.000 habitantes (37).

Según la información recibida por la CAC, la mortalidad en hombres es mayor, siendo de 2.8 por 100.000 habitantes, a diferencia de las mujeres con 0.8 por 100.000 habitantes.

Los indicadores de gestión de riesgo para el corte se encuentran en su mayoría en rangos bajos, en relación con el corte previo han mejorado los indicadores pero se mantienen debajo del estándar. La persistencia por debajo de lo mínimamente requerido visibiliza la dificultad que existe en el seguimiento de pacientes que viven con VIH.

El abordaje rápido para la intervención de la infección por VIH en el mundo



(Fast Track Approach) propone como parte de sus estrategias el acceso a tratamiento antirretroviral de más del 90% de las personas que conocen su estado (seropositivo). En relación con dicha meta, se resaltan los esfuerzos de las EAPB, ya que el indicador se encuentra en un rango alto, siendo de 95.89% de cobertura de TAR. Esto demuestra el interés y preocupación de los actores del sistema que atienden personas que viven con VIH en pro de limitar el progreso de la epidemia.

Es paradójico que se cumplan algunas metas de tratamiento de la enfermedad, en contraste, con los objetivos dirigidos al seguimiento de pacientes, tales como la toma de carga viral y conteo de CD4 en PVVIH que tienen TAR. El cumplimiento de dichos indicadores disminuiría el progreso de la enfermedad y las probables complicaciones relacionadas con VIH y sida que incurren en mayor consumo de servicios en salud, por esto se debe continuar la vigilancia y promover el seguimiento estricto de pacientes que viven con VIH y sida.



## 10. ANEXOS

### Prevalencia de VIH

Anexo 1 Prevalencia de VIH cruda y ajustada por edad según departamentos, 2015

Departamento	Casos	DANE	Prevalencia Cruda (%)	Prevalencia ajustada (%)
Amazonas	45	76.243	0,06	0,07
Antioquia	10.020	6.456.299	0,16	0,15
Arauca	102	262.315	0,04	0,05
Atlántico	3.988	2.460.863	0,16	0,16
Bogotá	15.291	7.878.783	0,19	0,18
Bolívar	2.507	2.097.161	0,12	0,13
Boyacá	317	1.276.407	0,02	0,03
Caldas	1.004	987.991	0,10	0,10
Caquetá	266	477.642	0,06	0,06
Casanare	265	356.479	0,07	0,08
Cauca	655	1.379.169	0,05	0,05
Cesar	1.261	1.028.890	0,12	0,13
Choco	138	500.093	0,03	0,03
Córdoba	2.040	1.709.644	0,12	0,13
Cundinamarca	1.221	2.680.041	0,05	0,05
Guainía	10	41.482	0,02	0,03
Guaviare	56	111.060	0,05	0,06
Huila	994	1.154.777	0,09	0,09
La Guajira	520	957.797	0,05	0,06
Magdalena	1.538	1.259.822	0,12	0,14
Meta	1.138	961.334	0,12	0,12
Nariño	750	1.744.228	0,04	0,04
Norte de Santander	1.738	1.355.787	0,13	0,13
Putumayo	134	345.204	0,04	0,04
Quindío	1.043	565.310	0,18	0,18
Risaralda	1.524	951.953	0,16	0,16
San Andrés	75	76.442	0,10	0,09
Santander	2.161	2.061.079	0,10	0,10
Sucre	1.037	851.515	0,12	0,13



## Continuación Anexo 1

Departamento	Casos	DANE	Prevalencia Cruda (%)	Prevalencia ajustada (%)
Tolima	1.007	1.408.272	0,07	0,08
Valle del Cauca	8.309	4.613.684	0,18	0,17
Vaupés	10	43.665	0,02	0,03
Vichada	10	71.974	0,01	0,02
Total	61.174	48.203.405	0,13	0,13

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

## Anexo 2 Prevalencia de VIH cruda y ajustada por edad según EAPB, 2015

EAPB	Casos	BDUA	Prevalencia cruda (%)	Prevalencia ajustada (%)
CCF007	349	238.253	0,15	0,16
CCF009	41	103.730	0,04	0,05
CCF015	769	564.433	0,14	0,15
CCF018	71	173.163	0,04	0,05
CCF023	105	125.746	0,08	0,10
CCF024	359	491.272	0,07	0,08
CCF027	104	179.387	0,06	0,06
CCF033	116	100.196	0,12	0,13
CCF049	139	116.162	0,12	0,12
CCF053	144	79.122	0,18	0,19
CCF055	610	559.263	0,11	0,12
CCF101	64	90.389	0,07	0,08
CCF102	20	82.656	0,02	0,03
EAS016	22	11.224	0,20	0,23
EAS027	43	45.415	0,09	0,23
EPS001	610	228.799	0,27	0,22
EPS002	3.411	2.103.604	0,16	0,15
EPS003	1.448	691.441	0,21	0,18
EPS005	2.258	1.234.337	0,18	0,16
EPS008	1.609	1.028.563	0,16	0,13
EPS010	3.762	1.980.267	0,19	0,16
EPS012	829	315.178	0,26	0,22



## Continuación Anexo 2

EAPB	Casos	BDAU	Prevalencia cruda (%)	Prevalencia ajustada (%)
EPS013	5.907	4.155.919	0,14	0,13
EPS016	5.175	2.883.330	0,18	0,16
EPS017	2.283	1.528.447	0,15	0,13
EPS018	1.538	871.558	0,18	0,15
EPS020	4.031	3.285.568	0,12	0,13
EPS022	201	352.354	0,06	0,06
EPS023	1.239	536.056	0,23	0,20
EPS025	94	144.564	0,07	0,08
EPS033	74	71.828	0,10	0,08
EPS037	5.218	2.802.039	0,19	0,17
EPS039	51	***	***	***
EPSI01	81	249.039	0,03	0,04
EPSI02	227	226.514	0,10	0,11
EPSI03	103	435.391	0,02	0,03
EPSI04	73	121.059	0,06	0,08
EPSI05	89	289.016	0,03	0,03
EPSI06	38	78.636	0,05	0,06
EPSS03	608	1.010.420	0,06	0,06
EPSS33	1.541	1.341.815	0,11	0,13
EPSS34	1.638	1.069.133	0,15	0,16
EPSS40	2.667	1.686.077	0,16	0,17
ESS002	206	491.362	0,04	0,05
ESS024	2.065	1.645.966	0,13	0,13
ESS062	1.651	1.623.433	0,10	0,11
ESS076	744	846.983	0,09	0,10
ESS091	265	281.196	0,09	0,10
ESS118	2.196	1.662.776	0,13	0,14
ESS133	1.513	1.590.354	0,10	0,11
ESS207	1.693	1.173.353	0,14	0,15
Contributivo	35.477	20.488.149	0,17	0,153
Subsidiado	24.615	22.508.781	0,11	0,119

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población \*\*\*Empresa en proceso de liquidación para el corte en mención.



## ■ Incidencia de VIH

### 10.1.1.1.1 Anexo 3 Incidencia de VIH cruda y ajustada por edad según departamentos, 2015

Departamento	Casos	DANE	Tasa de Incidencia cruda por 100.000	Tasa de Incidencia ajustada por 100.000
Amazonas	6	76.243	7,9	9,6
Antioquia	1.133	6.456.299	17,5	17,1
Arauca	14	262.315	5,3	6,0
Atlántico	466	2.460.863	18,9	18,6
Bogotá	1.755	7.878.783	22,3	21,3
Bolívar	322	2.097.161	15,4	15,9
Boyacá	44	1.276.407	3,4	3,8
Caldas	166	987.991	16,8	17,0
Caquetá	23	477.642	4,8	5,2
Casanare	51	356.479	14,3	14,4
Cauca	77	1.379.169	5,6	5,8
Cesar	185	1.028.890	18,0	19,1
Choco	20	500.093	4,0	5,1
Córdoba	281	1.709.644	16,4	17,1
Cundinamarca	132	2.680.041	4,9	5,0
Guainía	3	41.482	7,2	10,4
Guaviare	12	111.060	10,8	14,8
Huila	150	1.154.777	13,0	13,3
La Guajira	70	957.797	7,3	8,2
Magdalena	196	1.259.822	15,6	17,2
Meta	164	961.334	17,1	17,0
Nariño	103	1.744.228	5,9	6,1
Norte de Santander	189	1.355.787	13,9	14,3
Putumayo	21	345.204	6,1	6,0
Quindío	120	565.310	21,2	21,1
Risaralda	207	951.953	21,7	21,7
San Andrés	2	76.442	2,6	2,7
Santander	304	2.061.079	14,7	14,4



## Continuación Anexo 3

Departamento	Casos	DANE	Tasa de Incidencia cruda por 100.000	Tasa de Incidencia ajustada por 100.000
Sucre	183	851.515	21,5	22,4
Tolima	123	1.408.272	8,7	9,1
Valle del Cauca	908	4.613.684	19,7	19,0
Vaupés	5	43.665	11,5	15,9
Vichada	2	71.974	2,8	3,4
<b>Total</b>	<b>7.437</b>	<b>48.203.405</b>	<b>15,4</b>	<b>15,4</b>

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

## Anexo 4. Incidencia de VIH cruda y ajustada por edad según EAPB, 2015

EAPB	Casos	BDUA	Tasa de Incidencia cruda por 100.000	Tasa de Incidencia ajustada por 100.000
CCF007	56	238.253	23,5	26,2
CCF009	5	103.730	4,8	6,6
CCF015	108	564.433	19,1	20,6
CCF018	11	173.163	6,4	7,6
CCF023	15	125.746	11,9	13,9
CCF024	51	491.272	10,4	11,3
CCF027	22	179.387	12,3	12,7
CCF033	23	100.196	23,0	26,2
CCF049	12	116.162	10,3	10,6
CCF053	17	79.122	21,5	22,8
CCF055	89	559.263	15,9	16,5
CCF101	4	90.389	4,4	5,3
CCF102	0	82.656	0,0	0,0
EAS016	3	11.224	26,7	33,0
EAS027	3	45.415	6,6	13,6
EPS001	36	228.799	15,7	15,6
EPS002	480	2.103.604	22,8	19,7



## Continuación Anexo 4

EAPB	Casos	BDUA	Tasa de Incidencia cruda por 100.000	Tasa de Incidencia ajustada por 100.000
EPS003	128	691.441	18,5	17,0
EPS005	276	1.234.337	22,4	21,0
EPS008	180	1.028.563	17,5	15,3
EPS010	507	1.980.267	25,6	21,2
EPS012	78	315.178	24,7	21,8
EPS013	704	4.155.919	16,9	15,3
EPS016	592	2.883.330	20,5	19,1
EPS017	310	1.528.447	20,3	17,1
EPS018	196	871.558	22,5	19,9
EPS020	593	3.285.568	18,0	19,1
EPS022	16	352.354	4,5	5,3
EPS023	82	536.056	15,3	14,0
EPS025	14	144.564	9,7	11,6
EPS033	7	71.828	9,7	7,1
EPS037	374	2.802.039	13,3	14,6
EPS039	3	***	***	***
EPSI01	5	249.039	2,0	2,4
EPSI02	28	226.514	12,4	12,9
EPSI03	12	435.391	2,8	3,2
EPSI04	6	121.059	5,0	6,0
EPSI05	10	289.016	3,5	3,5
EPSI06	8	78.636	10,2	12,3
EPSS03	85	1.010.420	8,4	9,2
EPSS33	209	1.341.815	15,6	16,9
EPSS34	214	1.069.133	20,0	22,5
EPSS40	329	1.686.077	19,5	20,7
ESS002	40	491.362	8,1	8,8
ESS024	301	1.645.966	18,3	19,3
ESS062	256	1.623.433	15,8	17,6



Continuación Anexo 4

EAPB	Casos	BDUA	Tasa de Incidencia cruda por 100.000	Tasa de Incidencia ajustada por 100.000
ESS076	109	846.983	12,9	14,3
ESS091	27	281.196	9,6	10,1
ESS118	257	1.662.776	15,5	15,9
ESS133	197	1.590.354	12,4	13,8
ESS207	256	1.173.353	21,8	22,7

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015 y población BDUA con corte 31 de enero de 2015.

\*\*\*Empresa en proceso de liquidación para el corte en mención.



## ▪ Mortalidad relacionada con VIH

Anexo 5. Mortalidad relacionada con VIH cruda y ajustada por edad según departamentos, 2015

Departamento	Casos	DANE	Tasa de Mortalidad cruda por 100.000	Tasa de Mortalidad ajustada por 100.000
Amazonas	2	76.243	2,6	3,4
Antioquia	131	6.456.299	2,0	1,9
Arauca	1	262.315	0,4	0,5
Atlántico	73	2.460.863	3,0	2,9
Bogotá	127	7.878.783	1,6	1,5
Bolívar	57	2.097.161	2,7	2,9
Boyacá	4	1.276.407	0,3	0,4
Caldas	9	987.991	0,9	0,8
Caquetá	5	477.642	1,0	1,2
Casanare	4	356.479	1,1	1,2
Cauca	15	1.379.169	1,1	1,2
Cesar	19	1.028.890	1,8	2,1
Choco	3	500.093	0,6	0,8
Córdoba	32	1.709.644	1,9	2,0
Cundinamarca	9	2.680.041	0,3	0,3
Guainía	0	41.482	0,0	0,0
Guaviare	3	111.060	2,7	4,0
Huila	10	1.154.777	0,9	0,9
La Guajira	9	957.797	0,9	1,2
Magdalena	36	1.259.822	2,9	3,3
Meta	15	961.334	1,6	1,6
Nariño	12	1.744.228	0,7	0,7
Norte de Santander	23	1.355.787	1,7	1,8
Putumayo	3	345.204	0,9	1,0
Quindío	28	565.310	5,0	4,6
Risaralda	20	951.953	2,1	1,9
San Andrés	1	76.442	1,3	1,4



## Continuación Anexo 5

Departamento	Casos	DANE	Tasa de Mortalidad cruda por 100.000	Tasa de Mortalidad ajustada por 100.000
Santander	33	2.061.079	1,6	1,5
Sucre	22	851.515	2,6	2,8
Tolima	19	1.408.272	1,3	1,4
Valle del Cauca	128	4.613.684	2,8	2,6
Vaupés	0	43.665	0,0	0,0
Vichada	1	71.974	1,4	1,3
Total	854	48.203.405	1,8	1,8

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015.

## Anexo 6. Mortalidad relacionada con VIH cruda y ajustada por edad según EAPB, 2015

EAPB	Casos	BDUA	Tasa de Mortalidad cruda por 100.000	Tasa de Mortalidad ajustada por 100.000
CCF007	13	238.253	5,5	6,3
CCF009	0	103.730	0,0	0,0
CCF015	14	564.433	2,5	2,7
CCF018	2	173.163	1,2	1,4
CCF023	0	125.746	0,0	0,0
CCF024	5	491.272	1,0	1,2
CCF027	0	179.387	0,0	0,0
CCF033	2	100.196	2,0	2,3
CCF049	1	116.162	0,9	0,9
CCF053	2	79.122	2,5	2,3
CCF055	6	559.263	1,1	1,1
CCF101	0	90.389	0,0	0,0
CCF102	1	82.656	1,2	1,7
EAS016	0	11.224	0,0	0,0
EAS027	0	45.415	0,0	0,0



Continuación Anexo 6

EAPB	Casos	BDUA	Tasa de Mortalidad cruda por 100.000	Tasa de Mortalidad ajustada por 100.000
EPS001	3	228.799	1,3	0,9
EPS002	24	2.103.604	1,1	1,0
EPS003	14	691.441	2,0	1,8
EPS005	8	1.234.337	0,6	0,5
EPS008	10	1.028.563	1,0	0,9
EPS010	16	1.980.267	0,8	0,7
EPS012	9	315.178	2,9	2,3
EPS013	46	4.155.919	1,1	1,1
EPS016	73	2.883.330	2,5	2,3
EPS017	11	1.528.447	0,7	0,7
EPS018	8	871.558	0,9	0,8
EPS020	139	3.285.568	4,2	4,6
EPS022	1	352.354	0,3	0,2
EPS023	10	536.056	1,9	1,8
EPS025	1	144.564	0,7	1,0
EPS033	0	71.828	0,0	0,0
EPS037	70	2.802.039	2,5	2,1
EPS039	2	***	***	***
EPSI01	0	249.039	0,0	0,0
EPSI02	1	226.514	0,4	0,4
EPSI03	2	435.391	0,5	0,5
EPSI04	1	121.059	0,8	1,1
EPSI05	2	289.016	0,7	0,7
EPSI06	4	78.636	5,1	6,9
EPSS03	17	1.010.420	1,7	1,8
EPSS33	6	1.341.815	0,4	0,5
EPSS34	43	1.069.133	4,0	4,3
EPSS40	70	1.686.077	4,2	4,4
ESS002	5	491.362	1,0	1,2



## Continuación Anexo 6

EAPB	Casos	BDUA	Tasa de Mortalidad cruda por 100.000	Tasa de Mortalidad ajustada por 100.000
ESS024	30	1.645.966	1,8	2,0
ESS062	39	1.623.433	2,4	2,7
ESS076	19	846.983	2,2	2,6
ESS091	6	281.196	2,1	2,4
ESS118	34	1.662.776	2,0	2,1
ESS133	38	1.590.354	2,4	2,6
ESS207	36	1.173.353	3,1	3,3

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015. Población DANE con corte junio de 2015 y población BDUA con corte 31 de enero de 2015.

\*\*\*Empresa en proceso de liquidación para el corte en mención.



## Letalidad por VIH

Anexo 7. Letalidad en PVIH según departamento, 2015

Departamento	Muertes relacionadas con VIH	Casos VIH	Tasa de Letalidad por 1.000
Amazonas	2	51	39,2
Antioquia	131	10.393	12,6
Arauca	1	104	9,6
Atlántico	73	4.133	17,7
Bogotá	127	15.840	8,0
Bolívar	57	2.608	21,9
Boyacá	4	330	12,1
Caldas	9	1.038	8,7
Caquetá	5	276	18,1
Casanare	4	277	14,4
Cauca	15	683	22,0
Cesar	19	1.303	14,6
Choco	3	141	21,3
Córdoba	32	2.105	15,2
Cundinamarca	9	1.257	7,2
Guainía	0	10	0,0
Guaviare	3	62	48,4
Huila	10	1.029	9,7
La Guajira	9	539	16,7
Magdalena	36	1.612	22,3
Meta	15	1.181	12,7
Nariño	12	775	15,5
Norte de Santander	23	1.785	12,9
Putumayo	3	140	21,4
Quindío	28	1.086	25,8
Risaralda	20	1.594	12,5
San Andrés	1	78	12,8
Santander	33	2.249	14,7
Sucre	22	1.075	20,5



## Continuación Anexo 7

Departamento	Muertes relacionadas con VIH	Casos VIH	Tasa de Letalidad por 1.000
Valle del Cauca	128	8.724	14,7
Vaupés	0	10	0,0
Vichada	1	11	90,9
Total	854	63.538	13,4

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

\*Para el caso de la letalidad se incluyeron en el denominador personas muertas, desafiadas y aquellas que viven con VIH a la fecha de corte.

## Anexo 8. Letalidad en PVVIH según EAPB, 2015

EAPB	Muertes relacionadas con VIH	Casos VIH	Tasa de Letalidad por 1.000
CCF007	13	363	35,8
CCF009	0	41	0,0
CCF015	14	781	17,9
CCF018	2	75	26,7
CCF023	0	105	0,0
CCF024	5	371	13,5
CCF027	0	104	0,0
CCF033	2	124	16,1
CCF049	1	142	7,0
CCF053	2	150	13,3
CCF055	6	614	9,8
CCF101	0	66	0,0
CCF102	1	21	47,6
EAS016	0	23	0,0
EAS027	0	43	0,0
EPS001	3	628	4,8
EPS002	24	3.527	6,8
EPS003	14	1.501	9,3



Continuación Anexo 8

EAPB	Muertes relacionadas con VIH	Casos VIH	Tasa de Letalidad por 1.000
EPS005	8	2.378	3,4
EPS008	10	1.657	6,0
EPS010	16	3.890	4,1
EPS012	9	862	10,4
EPS013	46	6.064	7,6
EPS016	73	5.497	13,3
EPS017	11	2.304	4,8
EPS018	8	1.631	4,9
EPS020	139	4.328	32,1
EPS022	1	206	4,9
EPS023	10	1.273	7,9
EPS025	1	95	10,5
EPS033	0	74	0,0
EPS037	70	5.336	13,1
EPS039	2	***	***
EPSI01	0	85	0,0
EPSI02	1	229	4,4
EPSI03	2	107	18,7
EPSI04	1	76	13,2
EPSI05	2	93	21,5
EPSI06	4	43	93,0
EPSS03	17	629	27,0
EPSS33	6	1.548	3,9
EPSS34	43	1.737	24,8
EPSS40	70	2.809	24,9
ESS002	5	212	23,6
ESS024	30	2.122	14,1
ESS062	39	1.709	22,8
ESS076	19	767	24,8
ESS091	6	290	20,7



Continuación Anexo 8

EAPB	Muertes relacionadas con VIH	Casos VIH	Tasa de Letalidad por 1.000
ESS118	34	2.322	14,6
ESS133	38	1.577	24,1
ESS207	36	1.758	20,5

Fuente: Cuenta de Alto Costo - BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2015.

\*Para el caso de la letalidad se incluyeron en el denominador personas muertas, desafiadas y aquellas que viven con VIH a la fecha de corte.

\*\*\*Empresa en proceso de liquidación para el corte en mención.



## — 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS —

1. ONUSIDA. Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. 2015; Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf)
2. Ministerio de Salud y la Protección Social. Criterios Para Identificar Patologías De Alto Costo En Colombia [Internet]. 2011. p. 1-23. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO\\_COSTO\\_FINAL\\_070911.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf)
3. Crooks P. Managing high-risk, high-cost patients: the Southern California Kaiser Permanent Experience in the medicare ESRD Demonstration project. Perm J [Internet]. 2005;9(2):93-7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3104845&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions, Building Blocks for Action. 2002;1-103. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>
5. 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.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. GUIA PARA EL MANEJO DE VIH/ SIDA Basada en la Evidencia. 2005;1-242.
7. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 245 de 2003 [Internet]. 2003. p. 1-5. Available from: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo\\_cnsss\\_0245\\_2003.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo_cnsss_0245_2003.htm)
8. 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.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. 2008.
10. Cuenta de Alto Costo. Consenso Basado en Evidencia Indicadores Mínimos para Evaluar Resultados de Gestión y Clínicos en Instituciones de Atención a Personas Viviendo con VIH en Colombia [Internet]. 2014. 1 - 44 p. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/publicaciones#vih>



11. Ministerio de la Protección social. Resolución Ministerio de la Protección Social 4725 de 2011 [Internet]. 2011. p. 1-9. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion 4725 2011 - VIH.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 0783 de 2012 [Internet]. 2012. p. 1-7. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/RESOLUCION 783 2012 - VIH.pdf>
13. 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. Available from: <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-encuesta.pdf>
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. demografia-y-poblacion @ [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co) [Internet]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
15. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014. 2015;1-102. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/publicaciones#vih>
16. Ministerio de Salud y la Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto Número 2561 de 2014. [Internet]. 2014. Available from: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2014/Decretos2014/DECRETO 2561 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2014.pdf>
17. UNAIDS. Global AIDS Up Date 2016 [Internet]. 2016. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)
18. 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;
19. UNAIDS. Fast-tracking combination prevention. Geneva [Internet]. 2015;1-56. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151019\\_JC2766\\_Fast-tracking\\_combination\\_prevention.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf)
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe GARPR 2014 - Seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. 2014. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL_narrative_report_2014.pdf)
21. Ministerio de Salud y Protección Social. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO , SITUACIÓN DEL VIH / Sida Colombia 2013. MinSalud. 2013;1-19.



22. UNAIDS. HIV and Aging. A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. 2013; Available from: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101\\_JC2563\\_hiv-and-aging\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101_JC2563_hiv-and-aging_en.pdf)
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Colombia una nación multicultural. Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica. 2007.
24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. 2010;56. Available from: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad\\_estadistica\\_etnicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf)
25. CEPAL. Situación de indígenas y afroamericanos en América Latina y el Caribe (18/07/2000) [Internet]. Cepal. 2000. p. 1-5. Available from: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/7/77/P77.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl>
26. World Health Organization. Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes. 2003.
27. Centers for Disease Control and Prevention. HIV among African Americans. [Internet]. Cdc Fact Sheet. 2008. p. 1-2. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/group/raciaethnic/africanamericans/cdc-hiv-africanamericans.pdf>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2012;452. Available from: <http://www.osancolombia.gov.co/Portals/0/BoletinesPublicaciones/PlanDecenalDeSaludPublica.pdf>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen de Situación Epidemiológica del VIH/Sida en Colombia 2012. 2012.
30. WHO/PAHO. Métodos de Prestación de Servicios de Orientación y Pruebas de Detección del VIH: Marco de un Programa Estratégico. [Internet]. 2013. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=22932+&Itemid=999999&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22932+&Itemid=999999&lang=es)
31. UNAIDS. Do No Harm, Health, Human Rights and People Who Use Drugs. United Nations [Internet]. 2015;1-144. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/donoharm\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf)
32. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica



- para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. 2014. 616 p.
33. UNAIDS. Children and HIV Fact sheet [Internet]. Media. 2016. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/FactSheet\\_Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/FactSheet_Children_en.pdf)
  34. 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.
  35. 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.
  36. 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. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
  37. 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.
  38. Raviglione M, Sulis G. Tuberculosis 2015: burden, challenges and strategy for control and elimination. Infect Dis Rep [Internet]. 2016;8(2):33-7. Available from: <http://www.pagepress.org/journals/index.php/idr/article/view/6570>
  39. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bull World Health Organ. 2004;82(6):454-61.
  40. UNAIDS. How AIDS Changed Everything. J Chem Inf Model. 2015;53(9):1689-99.
  41. 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; Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
  42. 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. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192873> \n <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4569751>
43. World Health Organization. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2016;(June).
  44. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(4):323.
  45. Saglio G, Wook Kim D, Issaragrisil S, Courtre P le, Etienne G, Lobo C, et al. CD4 + Count Guided Interruption of Antiretroviral Treatment. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2251-9.
  46. O'Brien ME, Clark R a, Besch CL, Myers L, Kissinger P. Patterns and correlates of discontinuation of the initial HAART regimen in an urban outpatient cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;34(4):407-14.
  47. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud en Colombia(ASIS), 2015. 2015;1-175. Available from: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
  48. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: towards universal access (2006 version). 2006;1-92. Available from: [http://www.who.int/hiv/pub/mtct/arv\\_guidelines\\_mtct.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/arv_guidelines_mtct.pdf?ua=1)
  49. UNAIDS. The Gap Report: Children and Pregnant Women Living with HIV. 2014;(2):20.
  50. 5eadc023ea0906b5f62b1a292cc85f366ef7e5b6@www.who.int [Internet]. Available from: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>
  51. Pan American Health Organization, Unicef, Aecid. Guía Clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe [Internet]. 2010. 9-10 p. Available from: <http://www.paho.org/iniciativadeeliminacion>
  52. Ministerio de la Protección social, Fondo de Población de Naciones Unidas. Plan estratégico para la Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis congénita 2011-2015 - Ministerio de la Protección Social. 2011; Available from: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Colombia/plan\\_estrategico\\_eliminacion\\_transmision\\_materno\\_infantil\\_vih\\_-\\_sifilis\\_2011.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Colombia/plan_estrategico_eliminacion_transmision_materno_infantil_vih_-_sifilis_2011.pdf)
  53. Lewandowski CM, Co-investigador N, Lewandowski CM. WHO Global tuberculosis report 2015. *Eff Br mindfulness Interv acute pain Exp An Exam*



- Individ Differ. 2015;1:1689-99.
54. Manosuthi et al. Integrated therapy for HIV and tuberculosis. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2016;13(1):1-13. Available from: <http://www.aidsrestherapy.com/home/>
  55. 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.
  56. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Tuberculosis. 2014;1-42. Available from: <http://www.ins.gov.co:81/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO Tuberculosis.pdf>
  57. Wang H, Wolock TM, Carter A, Nguyen G, Kyu HH, Gakidou E, et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. 2014;0(0):1005-70.
  58. Rekacewicz 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.
  59. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Anexos de Pobreza por Departamentos R2015 [Internet]. 2015. Available from: [https://www.google.com.co/?gfe\\_rd=cr&ei=AbdfVMaEltDAqAWxo4CoDg&gws\\_rd=ssl#q=anexos\\_pobreza\\_departamentos\\_R2015](https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=AbdfVMaEltDAqAWxo4CoDg&gws_rd=ssl#q=anexos_pobreza_departamentos_R2015)
  60. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín técnico: Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014. 2015;47. Available from: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/bol\\_pobreza\\_14\\_.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf)
  61. Ministerio de Salud y la Protección Social. PAPSIVI Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, VERSION PRELIMINAR 25 Febrero 2013 [Internet]. 2013. Available from: [https://www.google.com.co/?gfe\\_rd=cr&ei=AbdfVMaEltDAqAWxo4CoDg&gws\\_rd=ssl#q=PAPSIVI](https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=AbdfVMaEltDAqAWxo4CoDg&gws_rd=ssl#q=PAPSIVI)



**CUENTA DE ALTO COSTO**

---

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

