

Situación del
VIH
en Colombia

2025



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación del VIH en Colombia 2025



Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del VIH en Colombia 2025

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

ISBN: 2344 - 7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, enero de 2026

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
Situación del VIH en Colombia 2025; Bogotá, D. C. 2026.

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

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Eduardo José Verbell De La Rosa
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e
Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Johan Manuel Infante González
Especialista en Analítica

Jean Carlo Pineda Lozano
Epidemiólogo

Sandra Milena Vásquez Vásquez
Líder de Gestión Clínica

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisores clínicos

Cielo Yaneth Ríos Hincapié

Médica magister en salud pública y en VIH

Dirección de Promoción y Prevención - Ministerio de Salud y Protección Social.

Ernesto Martínez Buitrago

Médico especialista en infectología

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

Carlos Arturo Álvarez Moreno

Médico MSc, PhD, FIDSA, DTM&H

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).

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

Todos los derechos reservados.

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

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

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

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

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Situación del VIH en Colombia 2025	1.0	30 de enero de 2026.	

El diseño, la diagramación y la corrección de estilo de este libro **fueron realizados por:**



ELEVATE'S
Media, talent and impact

Revisión y corrección de estilo

Adriana Yulieth Guzmán Matamoros

Correctora de estilo

Elevate's | Media, Talent and Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Líder de diseño editorial

Elevate's | Media, Talent and Impact

Enero, 2026

Tabla de contenido

Abreviaturas	17
Entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	19
Glosario	21
Introducción	24
Aspectos éticos y legales.....	26
Aspectos metodológicos.....	27
Generalidades del reporte	27
Calidad de la información.....	28
Herramienta para la validación de la información	28
Cruce de datos para validar el estado de afiliación y vitalidad	28
Auditoría de campo.....	28
Población de interés, población auditada y periodo evaluado.....	29
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	29
Ajuste de los datos posterior a la auditoría	30
Análisis descriptivo	31
Estimación de la morbilidad y de la mortalidad para las personas que viven con el VIH.....	31
Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo	35
1. Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH.....	36
Contenido infográfico capítulo 1	37
1.1. Caracterización sociodemográfica de las personas incidentes que viven con el VIH.....	38
1.1.1. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la edad y el sexo	38
1.1.2. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la región y la entidad territorial de residencia.....	39
1.1.3. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica.....	40
1.1.4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el tipo de población clave	40
1.1.5. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	40
1.1.6. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora.....	41
1.2. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH	41
1.2.1. Motivos de cambio de la TAR en los casos incidentes.....	44
1.2.2. Pruebas de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH.....	44
1.2.3. Tamización en las personas incidentes que viven con el VIH.....	46

2. Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH.....	49
Contenido infográfico capítulo 2	50
2.1. Caracterización sociodemográfica de las personas prevalentes que viven con el VIH	51
2.1.1. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la edad y el sexo.....	51
2.1.2. Distribución de las personas que viven con el VIH según la región y la entidad territorial de residencia	52
2.1.3. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica	53
2.1.4. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación	53
2.1.5. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora	54
2.2. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH.....	54
2.2.1. Pruebas de laboratorio realizadas en las personas prevalentes que viven con el VIH.....	56
2.2.2. Profilaxis en las personas prevalentes que viven con el VIH	58
2.2.3. Tamización en las personas prevalentes que viven con el VIH	59
2.2.4. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el tipo de población clave	61
3. Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH	64
Contenido infográfico capítulo 3	65
3.1. Incidencia del VIH	66
3.1.1. Incidencia del VIH según el sexo y la edad	66
3.1.2. Incidencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	67
3.2. Prevalencia del VIH.....	67
3.2.1. Prevalencia del VIH según el sexo y la edad.....	68
3.2.2. Prevalencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	69
3.3. Mortalidad general y letalidad	69
3.3.1. Mortalidad y letalidad del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025	69
3.3.2. Mortalidad del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	72
4. Terapia antirretroviral.....	73
Contenido infográfico capítulo 4	74
4.1. Casos menores de 14 años con reporte de falla terapéutica	82
4.2. Pacientes con carga viral indetectable en estado de abandono de la terapia antirretroviral (TAR)	82
5. Transmisión materno - infantil del VIH.....	84
Contenido infográfico capítulo 5	85
5.1. Población de las mujeres gestantes.....	86

5.2. Características de las mujeres gestantes que viven con el VIH	88
5.2.1. Características clínicas de las gestantes con VIH	91
5.3. Menores de 12 meses expuestos al VIH	93
5.3.1. Características de los menores de 12 meses expuestos al VIH	93
5.4. Características clínicas de la población menor de 12 meses expuestas al VIH con diagnóstico positivo	97
6. Población con TB activa con y sin coinfección con VIH	99
Contenido infográfico capítulo 6	100
6.1. Características generales de la población con TB y la tamización del VIH	101
6.2. Características generales de la población con TB y con coinfección TB/VIH	102
6.2.1. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la región y la entidad territorial	103
6.2.2. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la entidad aseguradora	105
6.2.3. Caracterización del tratamiento anti-TB y TAR en los casos de coinfección TB/VIH.....	107
7. Indicadores de la gestión del riesgo	110
Contenido infográfico capítulo 7	111
Discusión y conclusiones	134
Referencias bibliográficas	138

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades que deben reportar la información de la Resolución 0273 de 2019 a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2025	27
Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH en la auditoría 2025, según el régimen del aseguramiento.....	29
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con VIH, Colombia 2025.....	30
Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2025.....	39
Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	41
Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025.....	42
Tabla 7. Motivo de inicio de la TAR en las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, Colombia 2025.....	43
Tabla 8. Categorización ¹ del conteo de los linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2024 - 2025.....	44
Tabla 9. Categorización ¹ del conteo de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico, según la región y la entidad territorial, Colombia 2025	45
Tabla 10. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025	46
Tabla 11. Tamizaje para VPH anal por grupo etario en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025.....	47
Tabla 12. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2025.....	52
Tabla 13. Características de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	54
Tabla 14. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	55
Tabla 15. Laboratorios clínicos en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025	57
Tabla 16. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025	58
Tabla 17. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas que viven con el VIH, Colombia 2025	59
Tabla 18. Principales características de la población clave que vive con el VIH, Colombia 2025.....	62
Tabla 19. Incidencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2025	66
Tabla 20. Incidencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	67
Tabla 21. Prevalencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2025.....	68
Tabla 22. Prevalencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	69
Tabla 23. Mortalidad cruda y estandarizada por todas las causas, Colombia 2025	70

Tabla 24. Distribución de la mortalidad y de la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2025.....	71
Tabla 25. Mortalidad del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	72
Tabla 26. Cobertura de la terapia antirretroviral, control virológico y retención en la atención de las personas que viven con el VIH, Colombia 2025.....	75
Tabla 27. Cobertura de la terapia antirretroviral y CV de las personas que viven con VIH según el sexo, reportadas en Colombia 2025.....	77
Tabla 28. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según la región, Colombia 2025.....	78
Tabla 29. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	78
Tabla 30. Medicamentos reportados en las personas incidentes y prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025.....	78
Tabla 31. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las personas incidentes y prevalentes que viven con VIH, Colombia 2025	79
Tabla 32. Control viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV que permanecieron por lo menos 180 días en el esquema de TAR actual, Colombia 2025.....	80
Tabla 33. Falla terapéutica y genotipificación en las personas que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	81
Tabla 34. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2025	86
Tabla 35. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	88
Tabla 36. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025	89
Tabla 37. Características clínicas de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2025	91
Tabla 38. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno - Infantil del VIH, Colombia 2025	92
Tabla 39. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2025	93
Tabla 40. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025	94
Tabla 41. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2025.....	96
Tabla 42. Seguimiento virológico de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2025.....	97
Tabla 43. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2025.....	97
Tabla 44. Tamización del VIH en la población con TB según el régimen de afiliación, Colombia 2025	101
Tabla 45. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2025	102
Tabla 46. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2025	104
Tabla 47. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2025	106

Tabla 48. Tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	107
Tabla 49. Esquemas antituberculosos más frecuentes en los casos de coinfección TB/VIH, Colombia 2025	108
Tabla 50. Condición de egreso del tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	108
Tabla 51. Esquemas de terapia antirretroviral utilizados en la población con coinfección TB/VIH, Colombia 2025.....	109
Tabla 52. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2025 ¹	112
Tabla 53. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2025.....	115
Tabla 54. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	116
Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la TAR según la región geográfica, Colombia 2025.....	118
Tabla 56. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2025	119
Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según la región geográfica, Colombia 2025	120
Tabla 58. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2025	122
Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según la región geográfica, Colombia 2025	124
Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	125
Tabla 61. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la profilaxis, el tratamiento y la prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2025.....	127
Tabla 62. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2025	128
Tabla 63. Indetectabilidad del VIH a las 48 semanas o más de la TAR según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2025.....	128
Tabla 64. Indetectabilidad del VIH a las 48 semanas o más de la TAR según el régimen de afiliación, Colombia 2025.....	130
Tabla 65. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2025	131
Tabla 66. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	133

Lista de figuras

Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2025.....	32
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2025	33
Figura 2. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2025.....	34
Figura 3. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2025	38
Figura 4. Pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025.....	38
Figura 5. Distribución de los casos incidentes que viven con el VIH según la población clave ¹ , Colombia 2025	40
Figura 6. Motivos de cambio de la TAR inicial en los casos incidentes, Colombia 2025	44
Figura 7. Tendencia del número de personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2025	51
Figura 8. Pirámide poblacional de las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025	52
Figura 9. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación y el reporte del último resultado de la CV tomada en el periodo, Colombia 2025	57
Figura 10. Comparación de la carga viral: diagnóstico, inicio de TAR y último reporte, Colombia 2025	58
Figura 11. Población clave que vive con el VIH entre los casos prevalentes, Colombia 2025 ^{1,2}	61
Figura 12. Incidencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025	67
Figura 13. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025	68
Figura 14. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025.....	70
Figura 15. Indicadores de progreso (ONUSIDA) en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH, Colombia 2022 a 2025.....	76
Figura 15a. Progreso hacia los objetivos 95-95-95 de diagnóstico, tratamiento y supresión viral	76
Figura 15b. Progreso hacia los objetivos en cascada de diagnóstico, tratamiento y supresión viral.....	77
Figura 16. Motivo de cambio de TAR inicial en casos prevalentes con TAR actual, Colombia 2025	82
Figura 17. Casos de abandono TAR de acuerdo con la CV en Colombia, 2022 a 2025.....	83
Figura 18. Tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025	102
Mapa 2. Distribución de los casos con coinfección TB/VIH por cada 100 PVV, según la entidad territorial, Colombia 2025.....	105
Figura 19. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025.....	114
Figura 19a. Gestantes tamizadas para VIH.....	114
Figura 19b. Estudio de transmisión materno - infantil.....	114
Figura 19c. TAR en las gestantes que viven con el VIH, 2024 - 2025.....	114

Figura 20. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025	117
Figura 20a. Cobertura de la TAR en el periodo.....	117
Figura 20b. Prescripción de la TAR en el periodo.....	117
Figura 21. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025	119
Figura 21a. Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	119
Figura 21b. Cambio de esquema de la TAR.....	120
Figura 22. Indicadores de gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025.....	122
Figura 22a. Tamización de TB latente.....	122
Figura 22b. Tamización para sífilis en el periodo	123
Figura 22c. Valoración del riesgo cardiovascular.....	123
Figura 23. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la profilaxis, el tratamiento y la prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025	125
Figura 23a. PVV que reciben tratamiento para TB latente	125
Figura 23b. Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	126
Figura 23c. Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.....	126

Abreviaturas

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

Abreviaturas

Q1:	Cuartil 1.
Q3:	Cuartil 3.
RIC:	Rango intercuartílico.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TAR:	Terapia antirretroviral.
TB:	Tuberculosis.
TMI:	Transmisión materno - infantil.
USPEC:	Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
VPH:	Virus del Papiloma Humano.

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

Periodo de reporte: del 1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
ARL144	ARL AXA Colpatria Seguros
ARL370	ARL SURA
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	EPS Sura
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Plan voluntario de salud	
EMP002	Medplus Medicina Prepagada
EMP015	Medisánitas Compañía de Medicina Prepagada
EMP017	Colmédica Medicina Prepagada
EMP023	Colsanitas Empresa de Medicina Prepagada
EMP028	Coomeva Empresa de Medicina Prepagada
EMP029	Colpatria Empresa de Medicina Prepagada
Régimen subsidiado	
CCF033	EPS Familiar de Colombia
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
CCF055	Cajacopi EPS
CCF102	ComfaChocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamás EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
ESS024	Coosalud EPS
ESS062	Asociación Mutual la Esperanza Asmet Salud

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

Periodo de reporte: del 1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025.

Código	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud - Emssanar
ESS207	Mutual Ser EPS
Régimen especial	
RES006	Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud - Universidad de Córdoba
RES014	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
REUE05	Universidad de Nariño
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
Régimen de excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fiduprevisora
No asegurado	
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
11001	Secretaría de Salud de Bogotá
13000	Dirección Departamental de Salud de Bolívar
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena
18000	Dirección Departamental de Salud del Caquetá
19000	Dirección Departamental de Salud del Cauca
20000	Dirección Departamental de Salud del Cesar
23000	Dirección Departamental de Salud de Córdoba
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
41000	Dirección Departamental de Salud del Huila
44000	Dirección Departamental de Salud de La Guajira
50000	Dirección Departamental de Salud del Meta
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
63000	Dirección Departamental de Salud del Quindío
66000	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaría de Salud de Santander
70000	Dirección Departamental de Salud de Sucre
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
85000	Dirección Departamental de Salud del Casanare
94000	Dirección Departamental de Salud de Guainía
99000	Dirección Departamental de Salud del Vichada

Glosario

- Abandono:** Se considera a un paciente en abandono, cuando no recibe atenciones por parte de un médico durante todo el periodo de reporte (un año).
- Enfermedad relacionada con el VIH:** La enfermedad relacionada con el VIH está caracterizada por el deterioro gradual de la función inmunitaria. Durante la infección inicial, el virus se alberga en las células blanco - susceptibles y en el tejido linfático, donde tiene lugar la reproducción masiva del virus y el incremento de la viremia. En este estadio, algunas personas pueden presentar síntomas parecidos a la gripe. La respuesta inmunitaria solo es exitosa en parte, pues algunos virus logran permanecer indetectables por meses y años. Durante el curso de la infección, los linfocitos T CD4+ se desactivan y son destruidos, disminuyendo la cantidad de células disponibles progresivamente. Finalmente, el alto nivel de rotación vírica lleva a la destrucción del sistema inmune (algunas veces denominada «infección por VIH avanzado»), cuyo resultado es la manifestación del sida (1).
- Epidemiología:** Es la rama de la ciencia médica que se ocupa de estudiar las causas, la distribución espacial y temporal, y el control de las enfermedades en una población (1).
- Gestión del riesgo:** Es el proceso de identificación de los factores que afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado en una población, el análisis de las consecuencias derivadas del impacto de las amenazas, la delimitación de la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar, y los mecanismos para reducir la amenaza y afrontar el evento crítico si llega a ocurrir (2,3).
- Gestión del riesgo en salud:** Es la estrategia para afrontar la incertidumbre en la situación de salud de una población, que busca reducir o mantener la ocurrencia de las enfermedades en niveles aceptables, a través de medidas preventivas y mitigadoras, en un marco de modelos de gestión y uso de herramientas para la evaluación de resultados en salud (1 - 3).
- Indetectabilidad:** "Cuando la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para detectarla con una prueba de la carga viral (ARN del VIH). Los medicamentos antirretrovirales pueden reducir la concentración de la carga viral de una persona a un nivel indetectable, sin embargo, eso no significa que la persona esté curada. Una cierta concentración del VIH, en forma de reservorios del virus latente, permanece dentro de las células y en los tejidos del cuerpo" (4).
- Intersexual:** Una persona intersexual es aquella que presenta de forma simultánea características biológicas masculinas y femeninas. O cualidad por la que el individuo muestra, en grados variables, caracteres sexuales de ambos sexos (1).

Glosario

Grupos de población clave:

ONUSIDA considera como grupos de población clave a los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas, así como quienes están privadas de la libertad y otras en centros de internamiento. Estas poblaciones suelen ser víctimas de leyes punitivas o políticas estigmatizadoras y tienen una mayor probabilidad de estar expuestas a la infección por el VIH. El término «grupos de población clave de mayor riesgo» también se puede utilizar en un sentido más amplio, independientemente del contexto legal o político, para referirse a aquellos conjuntos de personas expuestas a un gran riesgo de contraer la infección por el VIH o de transmitir el virus (1).

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

El tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de salud de forma continuada. Las personas retenidas, son los individuos incorporados a la atención del VIH, que continúan recibiendo de forma continuada dichos servicios. Esto se mide en forma de indicadores marcadores (proxy) y el tiempo considerado puede ser, normalmente, un periodo de un año. Según el último consenso de indicadores para evaluar la gestión del riesgo de la CAC, se utilizan tres criterios para definir la retención: i) la atención por médico infectólogo o médico experto, ii) la realización del conteo de linfocitos T CD4+ y la carga viral del VIH en los últimos seis meses, y, iii) recibir TAR (5).

Riesgo:

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

Sida:

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

Supresión viral:

"Es la medición recomendada sobre la eficacia de la terapia antirretroviral e indica el nivel de adherencia al tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH. Un umbral de carga viral de < 1.000 copias/ml define el éxito del tratamiento de acuerdo con las directrices consolidadas de 2016 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud. Deberá considerarse que las personas con resultados en las pruebas de carga viral que estén por debajo de ese umbral tienen la carga viral suprimida" (6).

Glosario

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

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

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH):

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

VIH - negativo (seronegativo):

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

VIH - positivo (seropositivo):

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

Vulnerabilidad:

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



Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa representando un desafío prioritario para la salud pública global, debido a su impacto en la vida cotidiana de quienes lo tienen y la carga que supone para los sistemas de salud y para la sociedad en su conjunto. Desde finales de 2024 hay una caída en la financiación de programas de prevención del VIH, principalmente desde USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), lo que impone una presión adicional para la consecución de las metas globales en materia de prevención y atención del VIH y otras enfermedades, especialmente en países de ingresos medios y bajos (7). Según modelamientos efectuados por el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA), si el financiamiento desaparece permanentemente, podrían producirse seis millones de nuevas infecciones de VIH y cuatro millones de muertes adicionales al 2029 (8,9).

Los esfuerzos globales mancomunados dan cuenta de una reducción sostenida del número de nuevas infecciones anuales de VIH y muertes relacionadas con el sida durante los últimos 30 años. Sin embargo, ONUSIDA refiere que los resultados a finales de 2024 no fueron suficientes para acabar con el sida como amenaza para la salud pública en 2030, como se trazó en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En 2024, 40,8 millones de personas vivían con VIH en el mundo, de ellas, el 3,2% correspondían a nuevos diagnósticos (1,3 millones), cifra casi invariable respecto al año anterior. De otra parte, 31,6 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretroviral (TAR) a finales de diciembre, aún lejos de la meta de 2025 de 34 millones de personas. Finalmente, con 630.000 muertes estimadas en 2024 (lo mismo que en 2023, aunque 54% menos que en 2010), podría decirse que cada 50 segundos murió una persona debido a enfermedades relacionadas con el sida durante el año (8).

Entre las estrategias de prevención de VIH se resalta la estrategia 95-95-95, la cual prevé que para el 2030, el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 95% de quienes lo conocen reciban tratamiento antirretroviral, y de estas, el 95% alcancen la supresión viral, con el objetivo de reducir los nuevos casos de VIH a menos de 200.000 anuales y erradicar toda forma de discriminación hacia las personas afectadas (10). La situación global en 2024 frente a esta estrategia estimada es 87%, 89% y 94%, mientras que en América Latina es 86%, 82% y 93% (8).

Las estimaciones de ONUSIDA a 2023 daban cuenta de 120.000 nuevas infecciones de VIH en América Latina, (lo que representa un incremento del 9% desde el 2010) y una cobertura de la TAR del 73%; así mismo, según sus proyecciones, de no escalar la cobertura de prevención y tratamiento, a 2030 seguiría aumentando el número de personas con VIH y no se reduciría el número de casos nuevos de forma significativa (11). Además, en la región persisten políticas y prácticas punitivas, estigmatizantes y discriminatorias hacia la población vulnerable, lo que conduce a que se evite la búsqueda de atención en salud (11).

Por su parte, el estudio de carga global de enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), estimó que en 2021 en América Latina y el Caribe se perdieron 333,6 años de vida saludable (AVISA) por cada 100.000 habitantes, debido al VIH, mientras que en Colombia esta tasa fue de 307,4 (12). En el país, con corte al 31 de enero de 2024, había 185.954 personas viviendo con VIH (PVV); la mayor concentración se presentó en los hombres (78,8% de los casos), particularmente hombres que tienen sexo con hombres (HSH, 51,9%), seguidos por consumidores de sustancias no inyectables (8,9%). El 80,7% de las personas que viven con VIH recibieron TAR y de ellas el 89,4% logró la supresión viral (≤ 1.000 copias/ml), aunque estos logros no han sido homogéneos: regiones como la Pacífica y Bogotá, D. C., presentan menor cobertura, y se observan brechas importantes en mujeres gestantes de poblaciones étnicas indígenas y afrocolombianas (13).

En el país, la Cuenta de Alto Costo (CAC) lleva a cabo el seguimiento de las personas que viven con VIH, así como de las gestantes, los menores expuestos al VIH y los casos de coinfección por tuberculosis (TB). El objetivo es describir la evolución de la epidemia en el país, monitorear los casos que acceden a los servicios de salud, medir los indicadores de gestión del riesgo en esta población, aplicar el mecanismo de distribución de los recursos y proporcionar la información clave para la toma de decisiones en el sistema de salud colombiano, así como para las sociedades científicas y la academia (14-17).

Situación del VIH en Colombia 2025

Introducción

El propósito de este documento es aportar datos actualizados sobre el comportamiento de la epidemia en Colombia entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025. A través del análisis de la cohorte nacional de VIH vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se presentan indicadores sociodemográficos, clínicos y de manejo del riesgo. Incluye cobertura de TAR, supresión viral, resultados en gestantes, población expuesta (hijos de madres con VIH), coinfección con TB, e indicadores clave como incidencia, prevalencia, mortalidad y letalidad, desagregados por territorio, sexo, edad y tipo de aseguramiento (5).

Este documento también busca servir como herramienta estratégica para las autoridades sanitarias, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las sociedades científicas y la academia, con el fin de ofrecer evidencia fundamentada para la toma de decisiones, el diseño de intervenciones inclusivas y la reducción de desigualdades. Del mismo modo, el libro de la Situación del VIH es un aporte que realiza la CAC con miras al cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales en la erradicación del VIH como amenaza para la salud pública.



Aspectos éticos y legales

La información que se presenta en este documento corresponde al análisis de los datos reportados a la CAC por parte de las diferentes entidades según la normatividad vigente. Estos datos pertenecen al periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025. Por otro lado, los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier otro interés compartido.

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

El contenido de esta publicación es el producto de un riguroso ejercicio académico desarrollado bajo una perspectiva retrospectiva, clasificada sin riesgo, en la que se insta a la pluralidad en la obtención de la información en Colombia, garantizando que los datos obtenidos de fuentes primarias se administran, conservan, custodian y mantienen en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos tales como la Declaración de Helsinki (18), el Informe Belmont (19), o las Pautas CIOMS (20); y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (21), por la que se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Así mismo, para este caso particular, se garantiza la protección de la información derivada del manejo de la historia clínica tal como se reglamenta en la Resolución 1995 de 1999 (22) y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012 (23), por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, sancionada por dicha ley y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013 (24) que regula el manejo adecuado de los datos sensibles.

Aspectos metodológicos

Generalidades del reporte

La CAC anualmente realiza acompañamiento integral al proceso de reporte, auditoría y análisis en la población con VIH, los niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH, mujeres gestantes y las personas con diagnóstico de tuberculosis activa, en lo relacionado con el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y gestión conforme a la Resolución 0273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). En esta normatividad se establece la obligatoriedad del reporte de información a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de los regímenes especial y de excepción; Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud (EAPVS), las entidades adaptadas al SGSSS, las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado, así como las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Adicionalmente, la resolución citada constituye el marco normativo que orienta el proceso de revisión de las atenciones en salud brindadas a la población de la cohorte durante cada periodo. Para esta revisión, el periodo evaluado corresponde al comprendido entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025.

La preparación del reporte anual de la CAC incorpora la implementación de estrategias de apropiación del conocimiento con el propósito de fortalecer la gestión en salud de la población perteneciente a la cohorte. Estas estrategias incluyen espacios de formación dirigidos a los equipos de las entidades obligadas a reportar, en los cuales se socializan hallazgos clínicos y administrativos relevantes. Esta transferencia de conocimiento facilita la toma de decisiones informadas, promueve la mejora continua y contribuye al cumplimiento de los objetivos del programa.

Para el periodo 2025, 78 EAPB reportaron información sobre la gestión de atención en salud de las personas, las cuales fueron objeto del proceso de auditoría para garantizar la calidad de la información que se requiere, previo al análisis, la evaluación y monitoreo del proceso de atención que gestionan los aseguradores en la cohorte. De las 78 EAPB, 74 reportaron casos con diagnóstico de VIH y 62 reportaron información de población gestante, menores de 12 meses y TB activa. Por tercer año consecutivo, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) no reportó a la CAC información sobre la población objeto de esta cohorte. Así mismo, la entidad RES004 no suministró los datos correspondientes a las personas con diagnóstico de VIH.

En la **tabla 1**, se encuentra la relación de las entidades que hacen parte del SGSSS, las cuales cumplieron con el reporte de información bajo la Resolución 0273 de 2019, y aquellas que no realizaron la notificación de la población pertenecientes a la cohorte en el tiempo establecido, siendo notificadas a la Superintendencia Nacional de Salud para los fines pertinentes.

Tabla 1. Entidades que deben reportar la información de la Resolución 0273 de 2019 a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2025

Tipo de entidad	Número de entidades que deben reportar	Entidades que reportaron información de la Resolución 0273 de 2019			
		Reporte de casos con diagnóstico de VIH	Reporte de gestantes, menores de 12 meses y TB activa	Entidades que reportaron no tener casos con diagnóstico de VIH	Entidades que reportaron no tener gestantes, menores de 12 meses y TB activa
ARL	6	2	0	2	6
EAPB de excepción	4	3	4	0	0
EAPB especial	10	8	6	1	0
EAPVS	8	6	6	0	0
EPS	32	32	32	0	0
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	38	23	14	13	18
USPEC - INPEC	1	0	0	0	0
Total	99	74	62	16	24

Fuente: Base de datos después de la auditoría VIH - sin VIH 2025.

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



Calidad de la información

En el proceso de reporte de la información para la cohorte de VIH, las entidades entregan sus datos en dos archivos: uno para la población con VIH y otro con la población tamizada objeto de reporte. Teniendo en cuenta dicha estructura, se desarrolla el proceso de auditoría con el fin de garantizar la calidad, confiabilidad y veracidad de la información, insumo necesario para los análisis epidemiológicos, la evaluación de indicadores de gestión y la evaluación de los indicadores de salud. Así mismo, la CAC genera el informe de auditoría para cada EAPB y dispone al MSPS la información en una estructura unificada para facilitar la toma de decisiones informadas.

Para garantizar la confiabilidad y la calidad de la información, la CAC tiene establecidas las siguientes fases:

Herramienta para la validación de la información

Por medio de una herramienta orientada a la validar la información, se realiza una verificación de los datos suministrados por las EAPB, con el objetivo de identificar errores en la estructura, consistencia y coherencia de los datos consignados en las variables registradas durante los anteriores procesos.

Las entidades contaron con la posibilidad de realizar múltiples cargas preliminares de la información hasta consolidar una base de datos coherente con su gestión, para proceder posteriormente con la radicación final.

La disposición de los datos por parte de las entidades se realiza a través de la plataforma SISCAC, la cual garantiza un tránsito seguro y controlado de la información de los pacientes para el proceso de auditoría. Con el fin de garantizar la trazabilidad y la seguridad de los soportes clínicos y administrativos dispuestos por las entidades, los documentos se almacenan en el repositorio de información de la CAC, cumpliendo con las certificaciones en privacidad y seguridad de la información mediante las cuales opera la entidad, garantizando la confiabilidad y transparencia del proceso.

Cruce de datos para validar el estado de afiliación y vitalidad

En esta etapa el MSPS, a través del cruce de información con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) desde la oficina OTIC, valida el estado vital y la afiliación de las personas a la fecha de corte de la medición (31 de enero de 2025).

Auditoría de campo

El proceso de auditoría para el periodo 2025 revisó los datos del 100% de las personas reportadas con VIH, el 100% de los menores de 12 meses expuestos al VIH (en estudio y descartados) hijos de madres con diagnóstico confirmado de VIH y una muestra aleatoria de las mujeres gestantes, en la cual se realizó la verificación de información frente a los soportes de historia clínica, laboratorios clínicos, soportes de entrega TAR, soportes de facturación o costos asociados a las atenciones y hospitalizaciones por VIH en el periodo, dispuestos por cada una de las EAPB.

En todos los casos notificados por primera vez a la CAC, se verificó el cumplimiento del algoritmo diagnóstico establecido en la guía de práctica clínica para la atención de la infección por VIH en personas adultas, gestantes y adolescentes, publicada por el MSPS en 2021. En este proceso de validación, se aseguró que las pruebas realizadas contaran con interpretación médica y el soporte necesario, abarcando pruebas rápidas de tercera o cuarta generación, pruebas elisa, carga viral detectable para VIH y resultados positivos en *western blot*. En aquellos casos donde no fue posible confirmar el cumplimiento del algoritmo, se identificaron inconsistencias diagnósticas debido a la falta de información completa para confirmar la enfermedad o la ausencia de soportes correspondientes.

Por otra parte, en el proceso de mejora continua para el proceso de reporte de información, se publicó un informe de calidad a cada EAPB con el contenido del análisis del proceso de atención integral de las personas que viven con VIH y se realizó una socialización de los hallazgos relevantes identificados en el seguimiento de la cohorte. De igual manera, se dispone del programa de entrenamiento integral, en el aplicativo de aprendizaje Moodle, que incluye talleres y material clínico y administrativo de fácil comprensión y acceso, que permiten afianzar los conceptos que favorecen la toma de decisiones dentro del proceso de gestión en la atención de la cohorte basados en la información y el análisis de esta.

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

A continuación, en la **tabla 2**, se presentan los resultados de la calidad del reporte de la información en el país, desagregados por cada uno de los regímenes del aseguramiento. Se destaca que el 93,8% de los datos fueron notificados con calidad, siendo coincidentes con los descritos en los soportes clínicos adjuntos.

Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH en la auditoría 2025, según el régimen del aseguramiento

Régimen	Casos auditados	Casos con inconsistencias	% de inconsistencias ¹	Datos de calidad (%) ²	Datos ajustados (%) ³	Datos no soportados (%) ⁴	Datos de no gestión (%) ⁵
Contributivo	121.747	523	0,43	94,20	1,30	0,60	3,80
Subsidiado	78.433	9.062	11,55	78,40	2,70	15,20	3,70
Excepción	3.953	59	1,49	86,80	6,30	2,10	4,90
Especial	127	0	0,00	91,30	3,50	0,30	4,90
Medicina prepagada	906	4	0,44	80,50	1,60	0,70	17,20
Entes territoriales	961	73	7,60	72,80	5,40	9,30	12,40
ARL	5	1	20,00	62,70	2,60	25,90	8,80
Total	206.132	9.722	4,72	87,70	2,00	6,40	3,90

Fuente: tablero de calidad VIH 2025.

¹ **Inconsistencias:** caso que no cumple con los criterios para confirmar el diagnóstico e ingresar a la cohorte.

² **Datos de calidad:** dato informado por las EAPB que coincide exactamente con el dato registrado y encontrado en los soportes.

³ **Datos ajustados:** dato informado por las EAPB que no coincide con el observado en los soportes.

⁴ **Datos no soportados:** dato informado por las EAPB que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

⁵ **Datos de no gestión:** corresponde a un dato que da cuenta de la no realización de una actividad del seguimiento anual para los pacientes con VIH.

Población de interés, población auditada y periodo evaluado

La población objeto de notificación a la CAC incluye a todas las personas con diagnóstico de VIH, todas las mujeres gestantes en el periodo, los niños menores de 12 meses expuestos al VIH (en estudio y descartados) hijos de madres con diagnóstico confirmado de VIH y las personas con diagnóstico de TB activa, que recibieron atención en alguna de las entidades durante el periodo comprendido entre el 1º de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025. Además, se incluyeron las personas diagnosticadas antes del periodo (casos prevalentes), las diagnosticadas durante el periodo (casos incidentes) y los fallecidos durante el periodo de observación.

De las mujeres gestantes que fueron reportadas con tamización para el VIH en los diferentes trimestres del embarazo dentro del periodo, se seleccionó una muestra representativa por cada entidad, para ser auditadas y confirmar el diagnóstico del embarazo y la realización del tamizaje llevados a cabo dentro de su proceso de atención.

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

A continuación, se describen los hallazgos más relevantes identificados en el proceso de auditoría y las recomendaciones dirigidas a las inconsistencias o hallazgos frente a la ausencia de información para verificar el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con VIH, y la gestión de las mujeres gestantes, entre otros (**tabla 3**).



Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con VIH, Colombia 2025

Temática	Descripción de hallazgos
Diagnóstico en los registros reportados por primera vez a la CAC	Fueron notificados por primera vez a la CAC 27.632 registros con VIH, de los cuales se evidenció que el 64,40% (n= 17.795) tuvieron confirmación del diagnóstico para VIH. De este total, en el 79,72 % (n= 14.187) se realizó diagnóstico durante el periodo y en el 20,28% (n= 3.608) se efectuó previo al periodo. Del total de inconsistencias (n= 9.722), el 98,09% (n= 9.536) se generaron por causa de los soportes, donde el motivo más frecuente corresponde a la ausencia de los mismos para la auditoría (n= 9.434). En el 1,91% (n= 186) de los registros se generaron inconsistencias relacionadas con el diagnóstico, de ellos, 114 correspondían a pruebas o registros de información incompleta sin evidencia del algoritmo diagnóstico establecido en la guía de práctica clínica. En los 72 registros restantes no se obtuvieron soportes de las pruebas de diagnóstico de VIH.
Registros sin atenciones médicas en el periodo	El 8,04% (n= 15.761) de los registros no evidenció atención médica para dar seguimiento y manejo a la enfermedad en el periodo. Así mismo, existe un incremento en el número de casos comparado con el periodo anterior (n= 14.161).
Seguimiento de la cohorte	Dentro de los registros sin atenciones médicas en el periodo, el 11,24% (n= 1.772) presentó ausencia de seguimiento en los últimos cuatro periodos, el 10,12% (n= 1.595) en los últimos tres periodos, el 26,35% (n= 4.153) en los últimos dos periodos y el 52,29% (n= 8.241) solamente en el periodo 2025.
Tratamiento y suministro de TAR	De los registros con diagnóstico de VIH notificados por primera vez a la CAC durante el periodo 2025 (n= 17.795), el 92,86% (n= 16.525) inició TAR al momento del diagnóstico, en el 3,00% (n= 535) se desconoce la fecha de inicio del primer esquema de la TAR y en el 4,13% (n= 735) de los registros no se inició TAR. En los casos que iniciaron TAR (n= 16.525), se identificó que en el 10,05% (n= 1.662) no fue posible validar la dispensación de TAR en los últimos 30 días del periodo por ausencia del soporte, por lo que se consideraron en abandono del tratamiento.
Población gestante	Del total de la población gestante auditada (n= 19.701), en el 14,79% (n= 2.914) de los casos no se realizó tamizaje para VIH en ninguno de los tres trimestres del embarazo, incumpliendo con las recomendaciones descritas en la GPC.
Menores de 12 meses hijos de madre con VIH	Se verificaron 954 casos de menores expuestos al VIH, de los cuales el 28,72% (n= 274) no tuvieron definida su condición final frente al VIH a la fecha de corte. De estos casos, el 75,00% (n= 201) corresponde a menores de 6 meses, el 14,55% (n= 39) a menores de entre 7 y 12 meses de edad y el 10,45% (n= 28) son mayores de un año.

Ajuste de los datos posterior a la auditoría

Una vez finalizada la auditoría de campo, se incorporaron los ajustes definitivos y se dispuso la información final en una bodega de datos para realizar los análisis respectivos. En este proceso se verificaron los casos duplicados considerados como válidos y se excluyeron aquellos con inconsistencias (por soporte o diagnóstico) y los fallecidos fuera del periodo. Posteriormente, las EAPB realizaron el proceso de aprobación de totales finales en la cohorte para cada una de ellas.

En la auditoría se inactivaron 18.470 registros por glosas, enseguida, se validó que todos los casos vivos y activos del periodo anterior con diagnóstico confirmado de VIH estuvieran notificados en el corte del 31 de enero de 2025. Mediante un cruce nominal, se identificaron 8.235 casos prevalentes del 2024 que no fueron notificados por ninguna EAPB durante el periodo 2025. Estos se cruzaron con la BDU del MSPS para conocer su estado vital y se detectó que 112 fallecieron en el periodo. Dado que no se contaba con la información de la gestión realizada, se incluyeron únicamente en las estimaciones de morbilidad demográficas; los demás análisis se realizaron en los casos prevalentes reportados.

Finalmente, en los análisis epidemiológicos se incluyeron los registros únicos distribuidos en las subpoblaciones así: los casos prevalentes reportados incluyendo aquellos recuperados de los periodos anteriores (n= 203.247), los casos incidentes (n= 14.169), los fallecidos (n= 2.353), los menores expuestos al VIH (n= 891), las gestantes (n= 486.363) y los pacientes con TB (n= 16.234).

Análisis epidemiológico

Análisis descriptivo

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

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

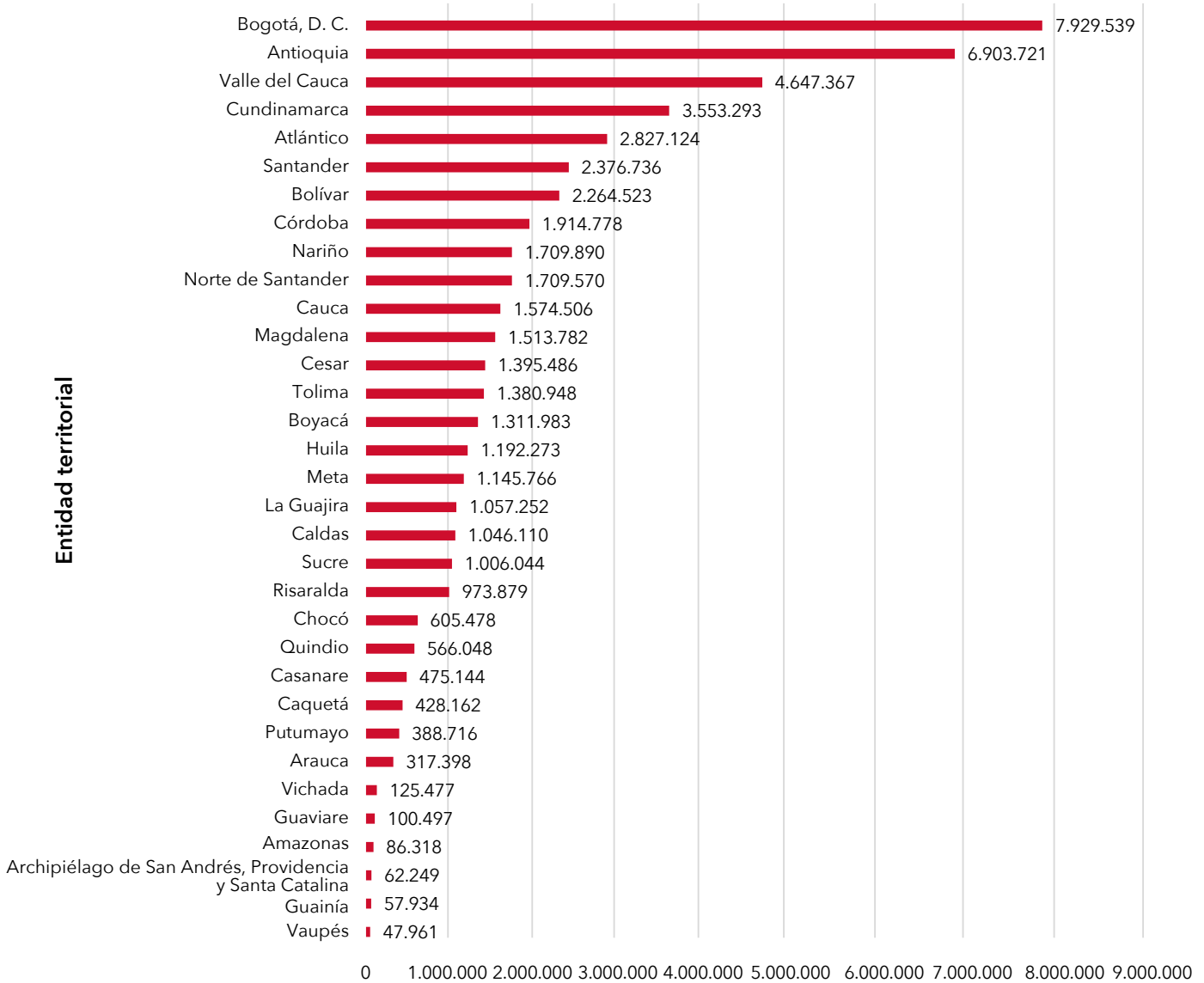
Se calcularon la prevalencia, la incidencia, la mortalidad y la letalidad en el subgrupo de las personas que viven con VIH, definidas para este documento, de la siguiente forma:

- **Incidencia:** corresponde a las personas que viven con VIH que fueron diagnosticadas con la enfermedad entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025. Se reporta como el número de casos nuevos por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Prevalencia:** se refiere al número de personas que viven con VIH reportadas durante el periodo de interés, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se informa como el número de casos por 100 habitantes o afiliados.
- **Mortalidad:** son los fallecimientos que se definieron con base en las novedades administrativas del reporte y el cruce con la base de datos de mortalidad de la BDUA, considerada como la fuente oficial, dado que su información ha sido cruzada con el Registro Único de Afiliados (RUAF) de la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se reporta como el número de casos fallecidos con diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Letalidad:** corresponde al número de personas que viven con VIH que murieron en el periodo a causa del virus. Se reporta como el número de casos fallecidos por cada 1.000 personas viviendo con el VIH.

Para los análisis demográficos se tuvo en cuenta la población estimada por el DANE con la actualización post COVID-19 de 2023 (n= 52.695.952), con corte al 30 de junio de 2024 (**figura 1**). Para ajustar las estimaciones nacionales se tomó como referencia la población de la OMS de 2001 (25). La morbimortalidad se calculó para las regiones del país (**mapa 1**), que son definidas por el DANE según el producto interno bruto (PIB).



Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2025



Población DANE estimada

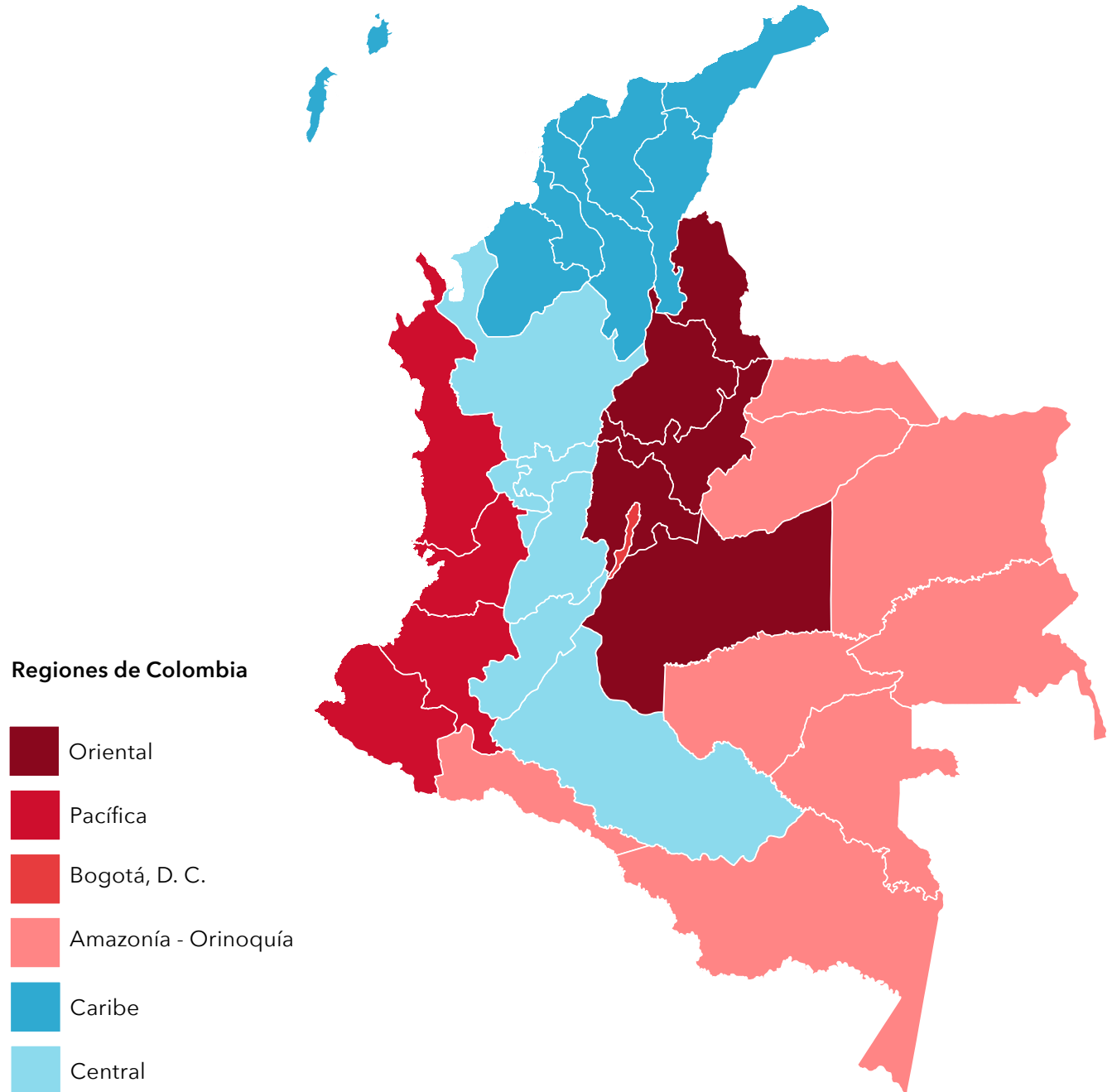
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2024.

[Descargar figura](#)

La morbilidad se calculó para las regiones del país, conformadas por los siguientes departamentos definidos por el DANE (**mapa 1**):

- **Región Bogotá, D. C.:** Bogotá, D. C.
- **Región Caribe:** Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Sucre.
- **Región Central:** Antioquia, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima.
- **Región Oriental:** Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander.
- **Región Pacífica:** Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca.
- **Región Amazonía-Orinoquía:** Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada.

Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2025



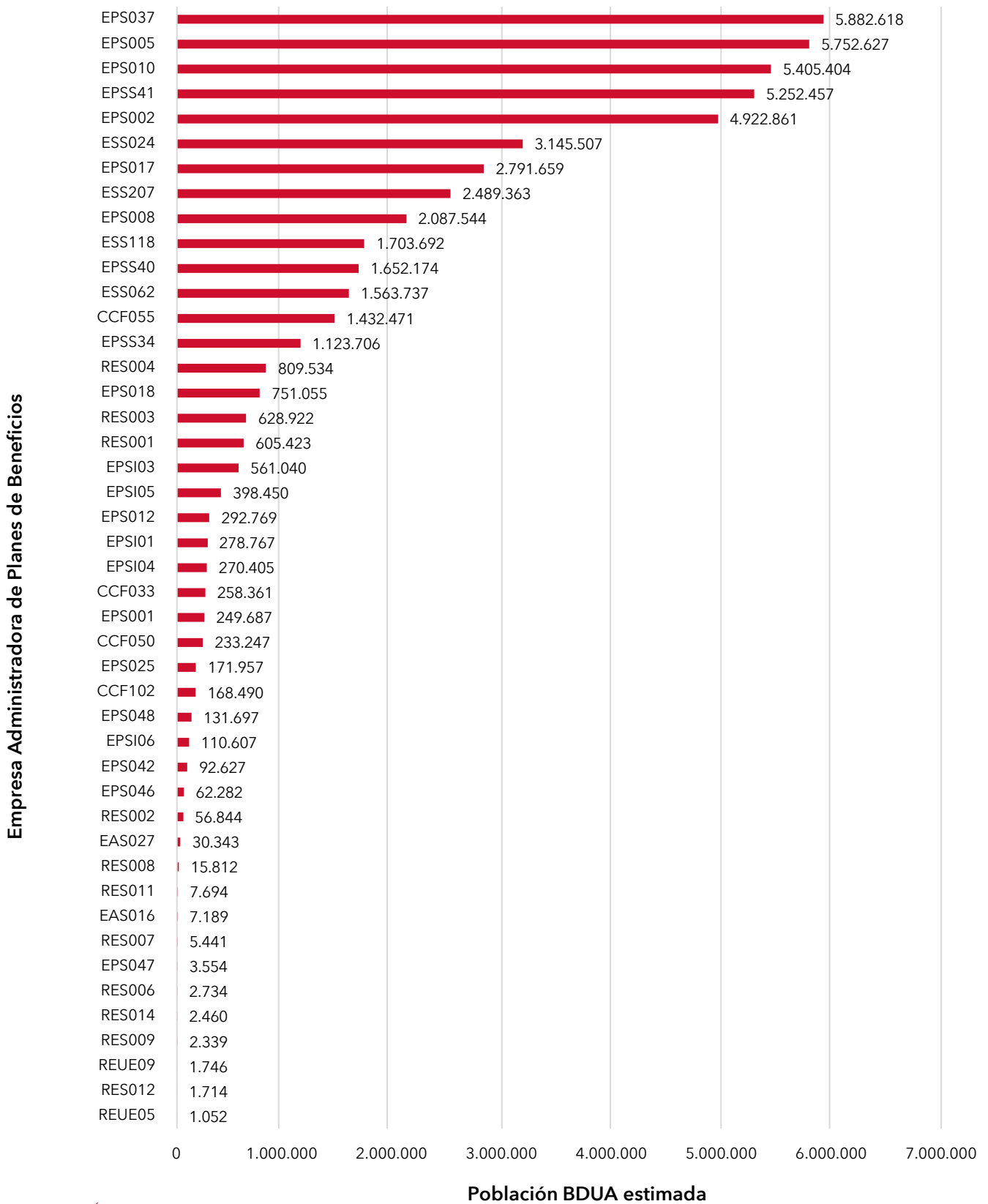
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, clasificación 2021.

[Descargar figura](#)

Para los análisis que tuvieron como denominador a la población afiliada al sistema de salud colombiano, se utilizó el conteo de afiliados de cada EAPB (n= 51.420.064) con fecha de corte al 31 de julio de 2024, proveniente de la BDU (figura 2). En el caso de las entidades de los regímenes especiales y de excepción, la información se extrajo de la base de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) o de los datos previamente enviados por las entidades. Se incluyen todas las entidades que reportaron datos durante el periodo, independientemente de su situación al momento de la publicación de este documento. La población analizada incluye a las activas y suspendidas en su afiliación porque fueron susceptibles de atención en el periodo.



Figura 2. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2025



Fuente: Base Única de Afiliados, MSPS, con corte al 31 de julio de 2024.

[Descargar figura](#)

Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

Los detalles del cálculo de los indicadores están disponibles en el documento "Actualización de consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano" publicado en 2023 (5). La información presentada en este libro corresponde a los datos demográficos y del aseguramiento para todos los Indicadores de Gestión del Riesgo (IGR) establecidos en esa actualización.



En la plataforma **HIGIA** puede encontrar las diferentes desagregaciones para los indicadores trazadores en la gestión del riesgo en las personas que viven con VIH.

1

Caracterización de las
personas incidentes
que viven con el VIH

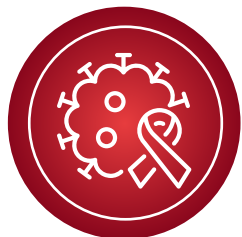
RESUMEN

infográfico

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025

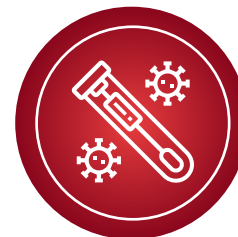
1



En el periodo 2025 se observó una **disminución del 2,65%** en los casos incidentes, reduciéndose de **14.555 a 14.169** casos reportados.



Del total de casos incidentes, el **82,04%** correspondió a **hombres (n= 11.624)**, esto es una razón de 4,56 por cada mujer.



La población incidente tuvo una **edad promedio de 33,80 años** (DE: $\pm 12,19$) y se observó una mayor proporción de casos en el grupo entre los **30 y 39 años**.



Las regiones con mayor frecuencia de casos incidentes siguen siendo la región Central (28,65%), seguida de la Caribe (21,50%) y de Bogotá, D. C., (18,26%), manteniéndose la tendencia de los últimos periodos.



Entre los casos incidentes, las principales poblaciones clave identificadas fueron los HSH, quienes representaron el 52,66%, y las personas que consumían sustancias psicoactivas por vías no inyectadas, con un 10,13%. Ambas poblaciones mostraron una tendencia incremental en comparación con el periodo anterior.



41,06% de los casos detectados se encontraban en el estadio 2 de la enfermedad al momento del diagnóstico. Al igual que en periodos anteriores, el mecanismo de transmisión principal corresponde a la transmisión sexual con un 93,04%.



La mediana de la edad al momento del diagnóstico fue de 30 años (RIC: 24 - 40). Así mismo, la mediana del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 27 días (RIC: 15 - 46).



Al 88,60% de los casos incidentes se les realizó un tamizaje para TB activa, de estos, el 95,19% arrojó un resultado negativo, mientras que el 4,80% obtuvo un resultado positivo.



Los tamizajes para hepatitis B, realizados al 92,01% de los casos incidentes, tuvieron 262 (1,85%) resultados positivos. Por su parte, que los resultados positivos en el tamizaje para hepatitis C (realizado al 92,74%) se presentaron en 176 casos (1,24%).

El **80,69%** de los casos con resultado positivo en el tamizaje para VPH dentro de la población incidente se concentró en personas con edades entre **20 y 39 años**.

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.
RIC: rango intercuartílico.
TB: tuberculosis.
VPH: virus del papiloma humano.

[Descargar infografía](#)



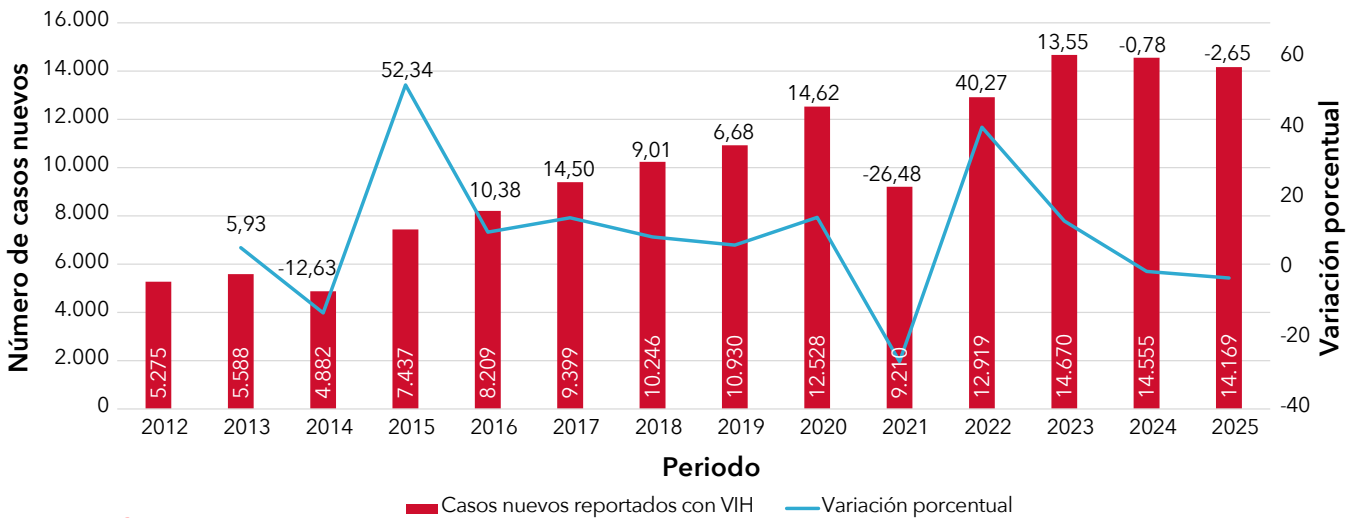
1. Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

Entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025, en adelante denominado como periodo 2025, se reportaron 14.169 casos incidentes de VIH. A continuación, se presenta una descripción de las principales características sociodemográficas y clínicas de esta población.

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

En el periodo 2025, se registró una disminución del 2,65% en los casos incidentes, pasando de 14.555 a 14.169 casos nuevos reportados. Además, se ha evidenciado una estabilización de la tendencia posterior a la variación producto de la emergencia sanitaria por COVID-19 en los periodos 2021 a 2022 (**figura 3**).

Figura 3. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2025

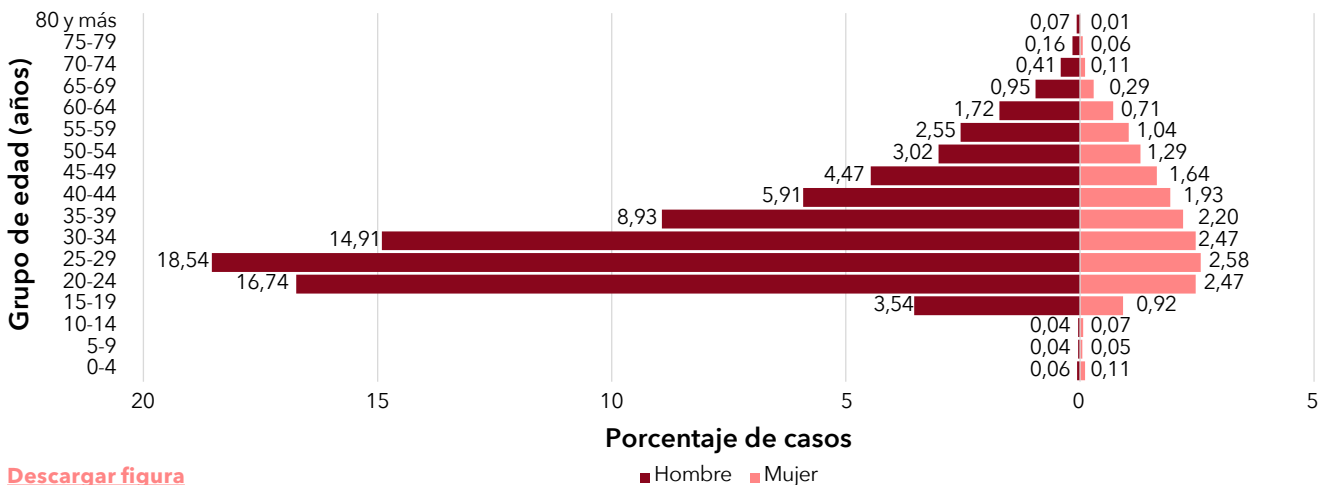


[Descargar figura](#)

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

El 82,04% de los casos correspondió a hombres ($n= 11.624$), con una razón hombre/mujer de 4,56:1. La mediana de la edad de la población incidente fue de 31 años (RIC: 25 - 40), concentrándose la mayor proporción (57,71%) de los casos en el grupo de 20 a 34 años (**figura 4**).

Figura 4. Pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

www.cinecovid.com.co

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

Las regiones que presentaron la mayor frecuencia de casos incidentes continúan siendo la región Central (28,65%), seguida de la Caribe (21,50%) y de Bogotá, D. C. (18,26%) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Total
	n (%)		
Amazonía-Orinoquía	233 (2,00)	82 (3,22)	315 (2,22)
Amazonas	14 (0,12)	7 (0,28)	21 (0,15)
Arauca	49 (0,42)	16 (0,63)	65 (0,46)
Casanare	78 (0,67)	30 (1,18)	108 (0,76)
Guainía	2 (0,02)	0 (0,00)	2 (0,01)
Guaviare	17 (0,15)	7 (0,28)	24 (0,17)
Putumayo	68 (0,58)	20 (0,79)	88 (0,62)
Vaupés	2 (0,02)	0 (0,00)	2 (0,01)
Vichada	3 (0,03)	2 (0,08)	5 (0,04)
Bogotá, D. C.	2.327 (20,02)	260 (10,22)	2.587 (18,26)
Caribe	2.292 (19,72)	754 (29,63)	3.046 (21,50)
Atlántico	684 (5,88)	181 (7,11)	865 (6,10)
Bolívar	401 (3,45)	138 (5,42)	539 (3,80)
Cesar	207 (1,78)	97 (3,81)	304 (2,15)
Córdoba	397 (3,42)	107 (4,20)	504 (3,56)
La Guajira	154 (1,32)	74 (2,91)	228 (1,61)
Magdalena	280 (2,41)	93 (3,65)	373 (2,63)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	14 (0,12)	4 (0,16)	18 (0,13)
Sucre	155 (1,33)	60 (2,36)	215 (1,52)
Central	3.398 (29,23)	661 (25,97)	4.059 (28,65)
Antioquia	2.156 (18,55)	400 (15,72)	2.556 (18,04)
Caldas	196 (1,69)	44 (1,73)	240 (1,69)
Caquetá	65 (0,56)	12 (0,47)	77 (0,54)
Huila	198 (1,70)	44 (1,73)	242 (1,71)
Quindío	194 (1,67)	33 (1,30)	227 (1,60)
Risaralda	352 (3,03)	82 (3,22)	434 (3,06)
Tolima	237 (2,04)	46 (1,81)	283 (2,00)
Oriental	1.643 (14,13)	343 (13,48)	1.986 (14,02)
Boyacá	133 (1,14)	16 (0,63)	149 (1,05)
Cundinamarca	473 (4,07)	60 (2,36)	533 (3,76)
Meta	239 (2,06)	66 (2,59)	305 (2,15)
Norte de Santander	359 (3,09)	100 (3,93)	459 (3,24)
Santander	439 (3,78)	101 (3,97)	540 (3,81)
Pacífica	1.731 (14,89)	445 (17,49)	2.176 (15,36)
Cauca	188 (1,62)	29 (1,14)	217 (1,53)
Chocó	35 (0,30)	34 (1,34)	69 (0,49)
Nariño	241 (2,07)	78 (3,06)	319 (2,25)
Valle del Cauca	1.267 (10,90)	304 (11,94)	1.571 (11,09)
Total	11.624 (82,04)	2.545 (17,96)	14.169 (100,00)



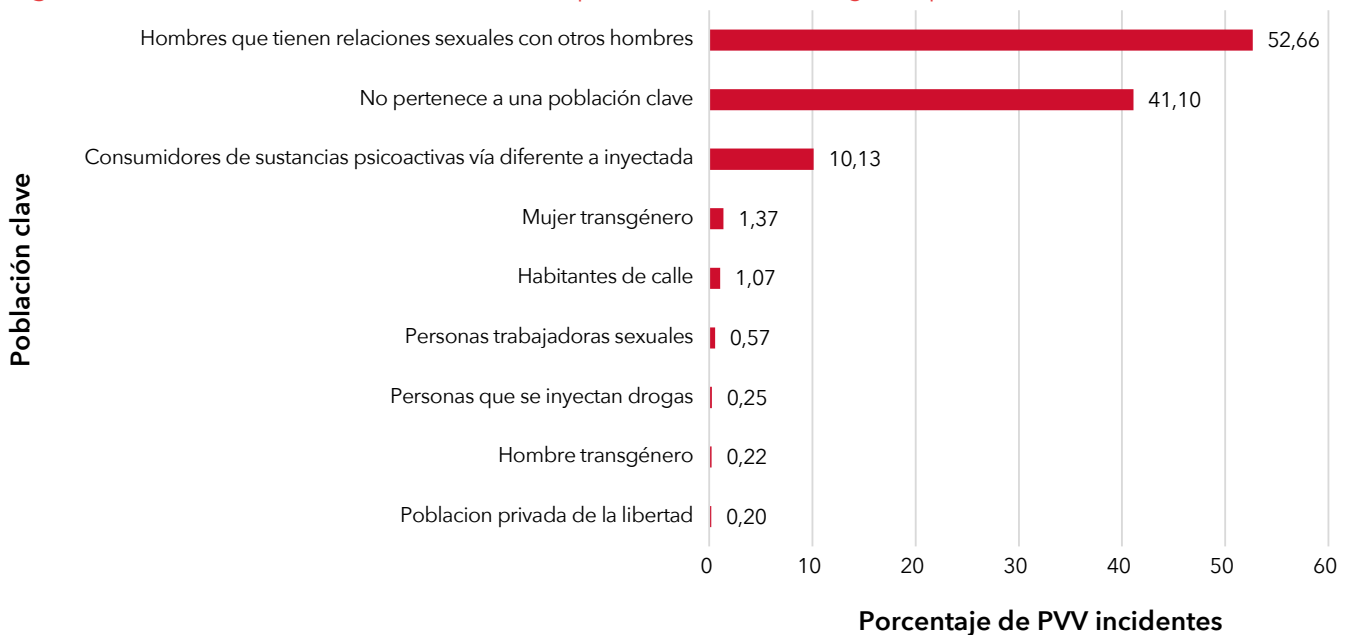
1.1.3. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica

En cuanto a la pertenencia étnica de los casos incidentes, el 3,60% de los casos reportados correspondieron a personas de las comunidades negras (n= 510), el 1,76% a indígenas (n= 250) y menos del 1% a palenqueros (n= 12) y raizales (n= 4). El 94,52% de los casos (n= 13.393) indicaron no pertenecer a ningún grupo étnico.

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

El 58,90% de los casos incidentes pertenecían a uno o más de los tipos de población clave. Por su parte, el 52,66% (n= 7.462) del total de personas incidentes que viven con VIH hace parte de la población HSH, mientras el 10,13% correspondió a personas que consumían sustancias psicoactivas por vías distintas a la inyectada (**figura 5**).

Figura 5. Distribución de los casos incidentes que viven con el VIH según la población clave¹, Colombia 2025



¹ La población incidente que viven con el VIH puede hacer parte de más de una población clave.

[Descargar figura](#)

1.1.5. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

En lo referente al régimen de afiliación de las personas incidentes que viven con VIH, el 57,50% de los casos se registró en el régimen contributivo (n= 8.147), seguido del subsidiado con el 40,16% (n= 5.690), proporciones similares a las observadas en el periodo anterior. También se identificaron 124 casos incidentes (0,87%) atendidos a través de los entes territoriales, una proporción mayor a la reportada en 2024 (0,27%; n= 40). Además, el régimen de no asegurados presentó la población más joven, con una mediana de la edad de 28 años (RIC: 23 - 33), seguido del régimen contributivo y subsidiado con 31 años de mediana en cada uno y rango intercuartílico de 25 - 39 y 24 - 43, respectivamente (**tabla 5**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

www.colombia.comunicacion.gov.co

Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Total
	n (%)						
Sexo							
Hombre	7.131 (87,53)	4.200 (73,81)	187 (93,97)	7 (100,00)	97 (78,23)	2 (100,00)	11.624 (82,04)
Mujer	1.016 (12,47)	1.490 (26,19)	12 (6,03)	0 (0,00)	27 (21,77)	0 (0,00)	2.545 (17,96)
Edad (años)¹	31 (25 - 39)	31 (24 - 43)	31 (23 - 40)	46 (22 - 58)	28 (23 - 33)	37,5 (18 - 57)	31 (25 - 40)
Edad categórica (quinquenios)							
0 - 4	8 (0,10)	15 (0,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (0,16)
5 - 9	2 (0,02)	9 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,81)	0 (0,00)	12 (0,08)
10 - 14	4 (0,05)	11 (0,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (0,11)
15 - 19	290 (3,56)	324 (5,69)	9 (4,52)	1 (14,29)	6 (4,84)	1 (50,00)	631 (4,45)
20 - 24	1.550 (19,03)	1.090 (19,16)	50 (25,13)	1 (14,29)	31 (25,00)	0 (0,00)	2.722 (19,21)
25 - 29	1.858 (22,81)	1.068 (18,77)	29 (14,57)	0 (0,00)	37 (29,84)	0 (0,00)	2.992 (21,12)
30 - 34	1.557 (19,11)	852 (14,97)	30 (15,08)	0 (0,00)	23 (18,55)	0 (0,00)	2.462 (17,38)
35 - 39	938 (11,51)	593 (10,42)	29 (14,57)	0 (0,00)	17 (13,71)	0 (0,00)	1.577 (11,13)
40 - 44	615 (7,55)	472 (8,30)	18 (9,05)	1 (14,29)	5 (4,03)	0 (0,00)	1.111 (7,84)
45 - 49	451 (5,54)	395 (6,94)	16 (8,04)	1 (14,29)	3 (2,42)	0 (0,00)	866 (6,11)
50 - 54	323 (3,96)	284 (4,99)	3 (1,51)	0 (0,00)	1 (0,81)	0 (0,00)	611 (4,31)
55 - 59	259 (3,18)	243 (4,27)	5 (2,51)	2 (28,57)	0 (0,00)	1 (50,00)	510 (3,60)
60 - 64	161 (1,98)	179 (3,15)	4 (2,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	344 (2,43)
65 - 69	78 (0,96)	93 (1,63)	4 (2,01)	1 (14,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	176 (1,24)
70 - 74	37 (0,45)	36 (0,63)	1 (0,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	74 (0,52)
75 - 79	11 (0,14)	19 (0,33)	1 (0,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	31 (0,22)
80 o más	5 (0,06)	7 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (0,08)
Total	8.147 (100,00)	5.690 (100,00)	199 (100,00)	7 (100,00)	124 (100,00)	2 (100,00)	14.169 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

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

Las entidades con el mayor número de afiliados reportados con nuevo diagnóstico de VIH en el periodo fueron la EPS010 (12,90%), la EPSS41 (11,30%) y la EPS005 (11,38%).



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

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

Las principales razones para hacer la prueba presuntiva continúan siendo por sospecha clínica (43,34%) y la solicitud directa por la persona (35,25%). La mediana de la edad al momento del diagnóstico fue de 30 años (RIC: 24 - 40) y la mediana del tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 27 días (RIC: 15 - 46), demostrando una reducción progresiva en dicho tiempo, lo cual podría ser un indicio de un acercamiento satisfactorio a las estrategias de la GPC. En la **tabla 6** se resumen las características clínicas según el régimen de afiliación.

Es de destacar que el 39,23% y el 34,45% de las personas fueron diagnosticadas en los estadios 2 y 3, respectivamente, y que la forma de transmisión más frecuente sigue siendo la sexual (93,66%). Además, se reportaron 40 casos por transmisión materno - infantil (TMI), de los cuales 7 corresponden a menores de 12



meses expuestos al VIH en el periodo de análisis (**capítulo 5**). Los 33 casos restantes tienen más de 12 meses, no habían sido reportados en periodos anteriores y pertenecían a diferentes rangos de edad: 28 casos en el rango de 1 a 10 años, cuatro en edades entre los 11 y los 20 años y un caso de 29 años.

Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025

Características clínicas	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Total
	n (%)						
Edad al momento del diagnóstico (años)¹	30 (24 - 38)	31 (24 - 42)	31 (22 - 40)	46 (22 - 58)	27 (23 - 33)	37 (18 - 56)	30 (24 - 40)
Razón de la prueba presuntiva							
Solicitada por el médico por sospecha clínica	3.238 (40,42)	2.670 (47,59)	77 (39,29)	4 (57,14)	54 (45,38)	1 (50,00)	6.044 (43,34)
Por solicitud de la persona	3.168 (39,55)	1.649 (29,39)	56 (28,57)	2 (28,57)	39 (32,77)	1 (50,00)	4.915 (35,25)
Oferta de prueba por diagnóstico de otras ITS	414 (5,17)	150 (2,67)	5 (2,55)	0 (0,00)	2 (1,68)	0 (0,00)	571 (4,09)
Oferta realizada en la comunidad incluyendo a gestantes y a personas con TB	242 (3,02)	247 (4,40)	12 (6,12)	0 (0,00)	10 (8,40)	0 (0,00)	511 (3,66)
Oferta de prueba a gestante en servicio de salud	81 (1,01)	186 (3,32)	1 (0,51)	0 (0,00)	7 (5,88)	0 (0,00)	275 (1,97)
Al donar sangre	137 (1,71)	70 (1,25)	8 (4,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	215 (1,54)
Oferta de prueba por diagnóstico de TB	26 (0,32)	35 (0,62)	1 (0,51)	0 (0,00)	2 (1,68)	0 (0,00)	64 (0,46)
Violencia sexual	12 (0,15)	10 (0,18)	1 (0,51)	0 (0,00)	1 (0,84)	0 (0,00)	24 (0,17)
Exposición ocupacional	5 (0,06)	5 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,07)
Otras razones	687 (8,58)	588 (10,48)	35 (17,86)	1 (14,29)	4 (3,36)	0 (0,00)	1.315 (9,43)
Tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (días)¹	31 (18 - 48)	22 (12 - 41)	23 (14 - 38)	31 (17 - 39)	21,5(13,5-31,5)	31,5 (12-51)	27 (15 - 46)
Mecanismo o vía de transmisión n (%)							
Transmisión sexual	7.612 (93,43)	5.397 (94,85)	180 (90,45)	4 (57,14)	76 (61,29)	2 (100,00)	13.271 (93,66)
TMI	13 (0,16)	26 (0,46)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,81)	0 (0,00)	40 (0,28)
Uso de cortopunzantes	17 (0,21)	12 (0,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (0,20)
Violencia sexual	12 (0,15)	11 (0,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,61)	0 (0,00)	25 (0,18)
Transfusión	7 (0,09)	2 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,06)
Ocupacional	6 (0,07)	3 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,06)
Desconocida	480 (5,89)	239 (4,20)	19 (9,55)	3 (42,86)	45 (36,29)	0 (0,00)	786 (5,55)
Linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico							
Se realizó (sí)	7.781 (95,51)	5.218 (91,72)	192 (96,97)	6 (85,71)	86 (69,35)	2 (100,00)	13.285 (93,77)
< 200	2.366 (29,04)	2.092 (36,77)	59 (29,65)	1 (14,29)	33 (26,61)	1 (50,00)	4.552 (32,13)
≥ 200 - < 350	1.835 (22,52)	1.251 (21,99)	42 (21,11)	1 (14,29)	19 (15,32)	0 (0,00)	3.148 (22,22)
≥ 350 - < 500	1.583 (19,43)	968 (17,01)	45 (22,61)	1 (14,29)	18 (14,52)	0 (0,00)	2.615 (18,46)
≥ 500	1.997 (24,51)	907 (15,94)	46 (23,12)	3 (42,86)	16 (12,90)	1 (50,00)	2.970 (20,96)
Desconocido	366 (4,49)	472 (8,30)	7 (3,52)	1 (14,29)	38 (30,65)	0 (0,00)	884 (6,24)
Carga viral al momento del diagnóstico							
Se realizó (sí)	7.819 (96,01)	5.285 (92,90)	192 (96,48)	6 (85,71)	88 (70,97)	2 (100,00)	13.392 (94,54)
< 50 copias/ml	97 (1,19)	161 (2,83)	7 (3,52)	0 (0,00)	5 (4,03)	0 (0,00)	270 (1,91)
< 200 copias/ml	104 (1,28)	114 (2,00)	2 (1,01)	1 (14,29)	1 (0,81)	0 (0,00)	222 (1,57)

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

www.colombia.compendio.org

Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Características clínicas	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Total
	n (%)						
< 1.000 copias/ml	255 (3,13)	236 (4,15)	7 (3,52)	0 (0,00)	1 (0,81)	0 (0,00)	499 (3,52)
≥ 1.000 copias/ml	7.363 (90,38)	4.774 (83,90)	176 (88,44)	5 (71,43)	81 (65,32)	2 (100,00)	12.401 (87,52)
Desconocido	328 (4,03)	405 (7,12)	7 (3,52)	1 (14,29)	36 (29,03)	0 (0,00)	777 (5,48)
Estadio clínico al momento del diagnóstico²							
Estadio 0	7 (0,09)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,81)	0 (0,00)	9 (0,06)
Estadio 1	1.981 (24,32)	879 (15,45)	46 (23,12)	3 (42,86)	16 (12,90)	1 (50,00)	2.926 (20,65)
Estadio 2	3.345 (41,06)	2.096 (36,84)	84 (42,21)	2 (28,57)	32 (25,81)	0 (0,00)	5.559 (39,23)
Estadio 3	2.471 (30,33)	2.307 (40,54)	62 (31,16)	2 (28,57)	38 (30,65)	1 (50,00)	4.881 (34,45)
Por establecer	343 (4,21)	407 (7,15)	7 (3,52)	0 (0,00)	37 (29,84)	0 (0,00)	794 (5,60)
Inicio de TAR (sí)³	7.842 (96,37)	5.425 (95,86)	189 (94,97)	7 (100,00)	85 (72,65)	2 (100,00)	13.550 (95,96)
TAR actual (sí)⁴	7.331 (89,98)	4.903 (86,17)	169 (84,92)	6 (85,71)	50 (40,32)	2 (100,00)	12.461 (87,95)
Total	8.147 (100,00)	5.690 (100,00)	199 (100,00)	7 (100,00)	124 (100,00)	2 (100,00)	14.169 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

² Estadios clínicos de acuerdo con la CDC (26).

³ Población incidente que inició TAR en el periodo

⁴ Población incidente que tiene TAR a la fecha de corte

Según la actualización de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de 2021 (27), se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en las personas diagnosticadas con VIH lo antes posible, idealmente durante las cuatro semanas posteriores al diagnóstico. En el periodo 2025, 13.550 personas recién diagnosticadas comenzaron la TAR, de ellas el 52,75% lo hicieron durante las primeras cuatro semanas posteriores al diagnóstico. En cuanto a ella, aunque no debería existir un motivo de inicio de TAR, a continuación, en la **tabla 7**, se desglosan los motivos de inicio siguiendo los lineamientos de la Resolución 273 de 2019; los motivos más comúnmente reportados fueron el valor de la CV (33,85%) y el conteo de linfocitos T CD4 (19,15%).

Tabla 7. Motivo de inicio de la TAR en las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, Colombia 2025

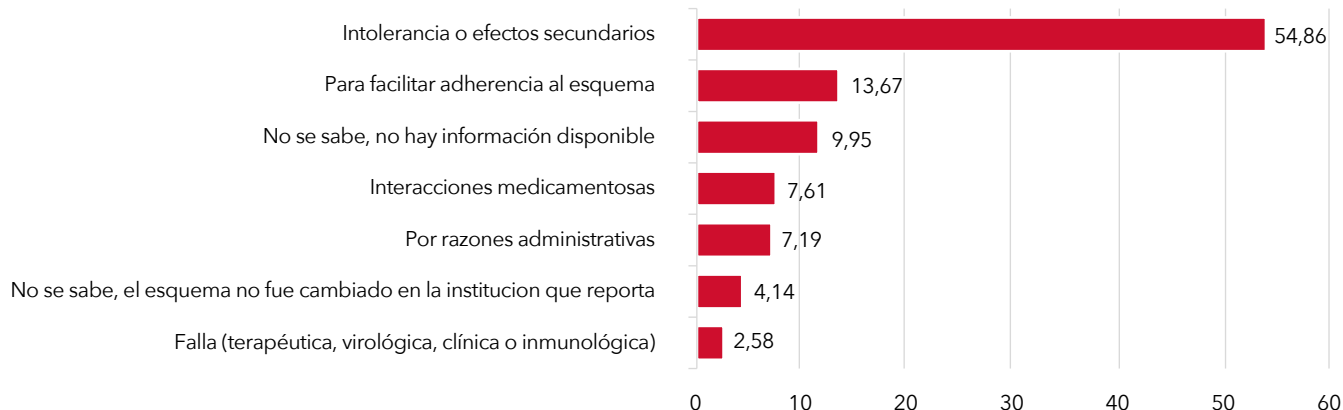
Motivo de inicio de la TAR	Hombre	Mujer	Total
	n (%)		
Carga viral (CV)	4.172 (35,89)	624 (24,52)	4.796 (33,85)
Por conteo de linfocitos T CD4	2.265 (19,49)	449 (17,64)	2.714 (19,15)
Desconocido/sin dato	1.953 (16,80)	442 (17,37)	2.395 (16,90)
Estrategia prueba y tratamiento inmediato	1.701 (14,63)	441 (17,33)	2.142 (15,12)
Por infección grave o patología que define sida	1.083 (9,32)	266 (10,45)	1.349 (9,52)
Infección temprana	284 (2,44)	55 (2,16)	339 (2,39)
Estado previo a la concepción, gestación, puerperio o lactancia materna	N/A	220 (8,64)	220 (1,55)
No se tiene el dato porque inició la TAR en una institución diferente	96 (0,83)	25 (0,98)	121 (0,85)
Edad	20 (0,17)	12 (0,47)	32 (0,23)
Tener pareja serodiscordante	24 (0,21)	3 (0,12)	27 (0,19)
Coninfección con hepatitis B/C	15 (0,13)	2 (0,08)	17 (0,12)
Nefropatía asociada al VIH	3 (0,03)	2 (0,08)	5 (0,04)
Riesgo cardiovascular > 20% por Framingham	4 (0,03)	1 (0,04)	5 (0,04)
Historial de enfermedad cardiovascular	4 (0,03)	3 (0,12)	7 (0,05)
Total	11.624 (100,00)	2.545 (100,00)	14.169 (100,00)



1.2.1. Motivos de cambio de la TAR en los casos incidentes

De los 13.550 casos incidentes que iniciaron TAR, 11.880 casos no presentaron cambios frente al esquema con que iniciaron, mientras que 1.668 casos sí. El cambio se debió a la intolerancia o a la presencia de efectos secundarios en 915 casos, mientras que en 228 casos se realizó para facilitar la adherencia al tratamiento. Tan solo 43 casos requirieron cambio del esquema asociado a una falla terapéutica, virológica, clínica o inmunológica (**figura 6**).

Figura 6. Motivos de cambio de la TAR inicial en los casos incidentes, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

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

Enseguida, la **tabla 8** muestra los valores de los linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico en los periodos 2024 y 2025. Se observó una ligera disminución en el porcentaje de los casos diagnosticados con un conteo menor de 350 CD4/mm³, pasando del 55,96% al 54,35%. Sin embargo, esta proporción indica que la mayoría de los pacientes están siendo identificados en una etapa avanzada de la infección por el VIH, es decir, hay un diagnóstico tardío. Además, del total de incidentes en el periodo, en 884 se desconoce el valor del conteo.

Tabla 8. Categorización¹ del conteo de los linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2024 - 2025

Conteo de linfocitos T CD4+ (CD4/mm ³)	2024			2025		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	n (%)					
< 200	3.874 (32,14)	864 (34,55)	4.738 (32,55)	3.709 (31,91)	843 (33,12)	4.552 (32,13)
≥ 200 - < 350	2.860 (23,73)	547 (21,87)	3.407 (23,41)	2.604 (22,40)	544 (21,38)	3.148 (22,22)
≥ 350 - < 500	2.299 (19,07)	419 (16,75)	2.718 (18,67)	2.214 (19,05)	401 (15,76)	2.615 (18,46)
≥ 500	2.552 (21,17)	550 (21,99)	3.102 (21,31)	2.405 (20,69)	565 (22,20)	2.970 (20,96)
Desconocido	469 (3,89)	121 (4,84)	590 (4,05)	692 (5,95)	192 (7,54)	884 (6,24)
Total	12.054 (100,00)	2.501 (100,00)	14.555 (100,00)	11.624 (100,00)	2.545 (100,00)	14.169 (100,00)

¹ Categorización realizada teniendo en cuenta el corte utilizado para la construcción del indicador de la gestión del riesgo (IGR) detección con CD4 > 350 cel/mm³ en los casos incidentes.

Por otro lado, en lo referente a las regiones y a las entidades territoriales, la mayor proporción de casos con conteo de linfocitos T CD4+ menores a 200/mm³ se produjo en las regiones Caribe, Central y Bogotá, D. C. A su vez, al comparar con aquellas que presentaron conteos superiores a 500/mm³ se observa una mayor distribución en la zona Central con 1.090 casos, seguida por la Caribe con 538 (**tabla 9**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

www.csmia.gov.co/colombia

Tabla 9. Categorización¹ del conteo de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico, según la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Conteo de T CD4+ al diagnóstico ¹				
	< 200	≥ 200 - < 500	≥ 500	Sin medición	Total
	n (%)				
Amazonía-Orinoquía	102 (32,38)	143 (45,40)	44 (13,97)	26 (8,25)	315 (100,00)
Amazonas	9 (42,86)	6 (28,57)	0 (0,00)	6 (28,57)	21 (100,00)
Arauca	21 (32,31)	27 (41,54)	11 (16,92)	6 (9,23)	65 (100,00)
Casanare	38 (35,19)	55 (50,93)	15 (13,89)	0 (0,00)	108 (100,00)
Guainía	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (100,00)
Guaviare	9 (37,50)	5 (20,83)	6 (25,00)	4 (16,67)	24 (100,00)
Putumayo	21 (23,86)	49 (55,68)	11 (12,50)	7 (7,95)	88 (100,00)
Vaupés	1 (50,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	2 (100,00)
Vichada	2 (40,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (60,00)	5 (100,00)
Bogotá, D. C.	803 (31,04)	1.071 (41,40)	519 (20,06)	194 (7,50)	2.587 (100,00)
Caribe	1.178 (38,67)	1.202 (39,46)	538 (17,66)	128 (4,20)	3.046 (100,00)
Atlántico	328 (37,92)	337 (38,96)	169 (19,54)	31 (3,58)	865 (100,00)
Bolívar	207 (38,40)	219 (40,63)	99 (18,37)	14 (2,60)	539 (100,00)
Cesar	108 (35,53)	126 (41,45)	52 (17,11)	18 (5,92)	304 (100,00)
Córdoba	213 (42,26)	211 (41,87)	68 (13,49)	12 (2,38)	504 (100,00)
La Guajira	84 (36,84)	93 (40,79)	31 (13,60)	20 (8,77)	228 (100,00)
Magdalena	142 (38,07)	128 (34,32)	77 (20,64)	26 (6,97)	373 (100,00)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	6 (33,33)	8 (44,44)	2 (11,11)	2 (11,11)	18 (100,00)
Sucre	90 (41,86)	80 (37,21)	40 (18,60)	5 (2,33)	215 (100,00)
Central	1.137 (28,01)	1.604 (39,52)	1.090 (26,85)	228 (5,62)	4.059 (100,00)
Antioquia	653 (25,55)	985 (38,54)	769 (30,09)	149 (5,83)	2.556 (100,00)
Caldas	66 (27,50)	102 (42,50)	63 (26,25)	9 (3,75)	240 (100,00)
Caquetá	27 (35,06)	31 (40,26)	17 (22,08)	2 (2,60)	77 (100,00)
Huila	95 (39,26)	100 (41,32)	33 (13,64)	14 (5,79)	242 (100,00)
Quindío	75 (33,04)	87 (38,33)	51 (22,47)	14 (6,17)	227 (100,00)
Risaralda	129 (29,72)	184 (42,40)	96 (22,12)	25 (5,76)	434 (100,00)
Tolima	92 (32,51)	115 (40,64)	61 (21,55)	15 (5,30)	283 (100,00)
Oriental	696 (35,05)	842 (42,40)	320 (16,11)	128 (6,45)	1.986 (100,00)
Boyacá	55 (36,91)	67 (44,97)	21 (14,09)	6 (4,03)	149 (100,00)
Cundinamarca	192 (36,02)	210 (39,40)	95 (17,82)	36 (6,75)	533 (100,00)
Meta	99 (32,46)	127 (41,64)	42 (13,77)	37 (12,13)	305 (100,00)
Norte de Santander	176 (38,34)	198 (43,14)	55 (11,98)	30 (6,54)	459 (100,00)
Santander	174 (32,22)	240 (44,44)	107 (19,81)	19 (3,52)	540 (100,00)
Pacífica	636 (29,23)	901 (41,41)	459 (21,09)	180 (8,27)	2.176 (100,00)
Cauca	75 (34,56)	93 (42,86)	31 (14,29)	18 (8,29)	217 (100,00)
Chocó	16 (23,19)	29 (42,03)	17 (24,64)	7 (10,14)	69 (100,00)
Nariño	110 (34,48)	136 (42,63)	61 (19,12)	12 (3,76)	319 (100,00)
Valle del Cauca	435 (27,69)	643 (40,93)	350 (22,28)	143 (9,10)	1.571 (100,00)
Total	4.552 (32,13)	5.763 (40,67)	2.970 (20,96)	884 (6,24)	14.169 (100,00)

¹ Categorización realizada teniendo en cuenta el corte utilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para definir el diagnóstico temprano del VIH (CD4 ≥ 500/mm³) (28).



1.2.3. Tamización en las personas incidentes que viven con el VIH

En 12.554 casos de la población incidente que vive con VIH, se le realizó tamizaje clínico para TB activa, resultando positivo en 603 casos (4,26%). Para la identificación de TB latente se realizó el tamizaje a 9.615 personas de las cuales el 2,63% (372 casos) resultaron positivos, de ellos, 75 recibieron manejo con isoniazida y 13 recibieron rifapentina e isoniazida, mientras que 92 casos se encontraban en tratamiento a la fecha de corte con los medicamentos mencionados (**tabla 10**).

El tamizaje para sífilis se llevó a cabo en 13.310 casos de la población incidente, de los cuales 28,89% resultó positivo (4.093 casos); de ellos, 713 casos reportaron estar recibiendo tratamiento. A su vez, 737 casos no aplicaron para recibir tratamiento dado que presentaban cicatriz serológica, indicando que habían recibido tratamiento previamente.

Se practicó el tamizaje para hepatitis B en 13.038 casos de la población incidente que vive con VIH, de los cuales 262 casos (1,85%) resultaron positivos. En contraste, el tamizaje para hepatitis C, que se efectuó en 13.141 casos, resultó positivo en 176 casos (1,24%).

Tabla 10. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Tuberculosis activa		
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue positivo	603	4,26
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue negativo	11.951	84,35
No se realizó tamizaje clínico porque tiene TB activa al momento del corte	444	3,13
No se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta	1.170	8,26
Sin dato	1	0,01
PPD o equivalentes para la identificación de tuberculosis latente		
Sí se realizó y fue positiva	372	2,63
Sí se realizó y fue negativa	9.243	65,23
No se realizó porque tiene un resultado anterior de PPD positivo	38	0,27
No se realizó porque tiene o tuvo tuberculosis activa	650	4,59
No se realizó por inmunosupresión severa	387	2,73
No se realizó la prueba	3.479	24,55
Recibió tratamiento para tuberculosis latente		
Sí recibió tratamiento con isoniazida	75	0,53
Recibió tratamiento con rifapentina e isoniazida	13	0,09
Está recibiendo tratamiento con isoniazida	76	0,54
Está recibiendo tratamiento con rifapentina e isoniazida	16	0,11
No recibió por tener tuberculosis activa	666	4,70
No recibió porque ya fue tratado para TB latente	17	0,12
No recibió porque fue descartada la infección latente	8.962	63,25
No recibió por otras razones	382	2,70
No se realizó prueba para TB latente	3.962	27,96
Sífilis		
Sí se realizó y fue positivo	4.093	28,89
Sí se realizó y fue negativo	9.217	65,05
No se realizó porque está en tratamiento para sífilis	13	0,09
No se realizó la prueba	845	5,96
Sin dato	1	0,01

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

www.cispsa.gov.co/colombia

Tabla 10. Tamizaje y tratamiento de las enfermedades en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Recibió tratamiento para sífilis		
Está recibiendo tratamiento	713	5,03
No recibió tratamiento	828	5,84
No aplica, tamizaje de sífilis negativo	9.123	64,39
No recibió porque no se realizó la prueba	816	5,76
No aplica, persona con cicatriz serológica que ya recibió tratamiento	737	5,20
Sin dato	1	0,01
VPH anal		
Sí se realizó y fue positivo	1.176	8,30
Sí se realizó y fue negativo	1.650	11,65
Sí se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	186	1,31
No tiene sexo anal	3.668	25,89
No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de VPH	19	0,13
No se realizó	7.469	52,71
Sin dato	1	0,01
Hepatitis B		
Sí se realizó y fue positivo	262	1,85
Sí se realizó y fue negativo	12.776	90,17
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis B	22	0,16
No se realizó por tener títulos de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de la hepatitis B	165	1,16
No se realizó	944	6,66
Hepatitis C		
Sí se realizó y fue positivo	176	1,24
Sí se realizó y fue negativo	12.965	91,50
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis C	5	0,04
No se realizó	1.023	7,22

TB: tuberculosis; VPH: virus del papiloma humano.

De los 14.169 casos incidentes reportados para el periodo, menos del 20% de las personas que viven con VIH tuvieron un tamizaje para VPH. El grupo más afectado corresponde a las edades entre los 20 y los 39 años, con un resultado del 80% de los casos con tamizaje positivo (**tabla 11**).

Tabla 11. Tamizaje para VPH anal por grupo etario en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025

Tamizaje para VPH anal	Sí se realizó y fue positivo	Sí se realizó y fue negativo	Sí se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	No tiene sexo anal	No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de VPH	No se realizó	Total
	n (%)						
Sexo							
Hombre	1.129 (9,71)	1.421 (12,22)	181 (1,56)	2.503 (21,53)	16 (0,14)	6.374 (54,83)	11.624 (100,00)
Mujer	47 (1,85)	229 (9,00)	5 (0,20)	1.165 (45,78)	3 (0,12)	1.096 (43,06)	2.545 (100,00)
Edad (años)¹	28 (24 - 35)	30 (25 - 37)	28 (23 - 35)	36 (28 - 48)	27 (23 - 37)	30 (24 - 38)	31 (25 - 40)



Tabla 11. Tamizaje para VPH anal por grupo etario en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Tamizaje para VPH anal	Sí se realizó y fue positivo	Sí se realizó y fue negativo	Sí se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	No tiene sexo anal	No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de VPH	No se realizó	Total
	n (%)						
Edad categórica (quinquenios)							
0 - 4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (60,87)	0 (0,00)	9 (39,13)	23 (100,00)
5 - 9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (66,67)	0 (0,00)	4 (33,33)	12 (100,00)
10 - 14	0 (0,00)	1 (6,67)	0 (0,00)	9 (60,00)	0 (0,00)	5 (33,33)	15 (100,00)
15 - 19	70 (11,09)	66 (10,46)	10 (1,58)	114 (18,07)	3 (0,48)	368 (58,32)	631 (100,00)
20 - 24	284 (10,43)	315 (11,57)	53 (1,95)	419 (15,39)	3 (0,11)	1.648 (60,54)	2.722 (100,00)
25 - 29	317 (10,59)	432 (14,44)	44 (1,47)	569 (19,02)	4 (0,13)	1.626 (54,34)	2.992 (100,00)
30 - 34	210 (8,53)	333 (13,53)	30 (1,22)	550 (22,34)	4 (0,16)	1.335 (54,22)	2.462 (100,00)
35 - 39	138 (8,75)	200 (12,68)	21 (1,33)	445 (28,22)	2 (0,13)	771 (48,89)	1.577 (100,00)
40 - 44	59 (5,31)	102 (9,18)	13 (1,17)	383 (34,47)	1 (0,09)	553 (49,77)	1.111 (100,00)
45 - 49	47 (5,43)	77 (8,89)	5 (0,58)	343 (39,61)	0 (0,00)	394 (45,50)	866 (100,00)
50 - 54	25 (4,09)	55 (9,00)	6 (0,98)	257 (42,06)	1 (0,16)	267 (43,70)	611 (100,00)
55 - 59	16 (3,14)	34 (6,67)	1 (0,20)	230 (45,10)	1 (0,20)	228 (44,71)	510 (100,00)
60 - 64	6 (1,74)	25 (7,27)	1 (0,29)	167 (48,55)	0 (0,00)	145 (42,15)	344 (100,00)
65 - 69	3 (1,70)	8 (4,55)	2 (1,14)	87 (49,43)	0 (0,00)	76 (43,18)	176 (100,00)
70 - 74	1 (1,35)	2 (2,70)	0 (0,00)	45 (60,81)	0 (0,00)	26 (35,14)	74 (100,00)
75 - 79	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (67,74)	0 (0,00)	10 (32,26)	31 (100,00)
80 o más	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (58,33)	0 (0,00)	5 (41,67)	12 (100,00)
Total	1.176 (8,30)	1.650 (11,65)	186 (1,31)	3.668 (25,89)	19 (0,13)	7.470 (52,72)	14.169 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

VPH: virus del papiloma humano.

2

Caracterización de las
personas prevalentes
que viven con el VIH

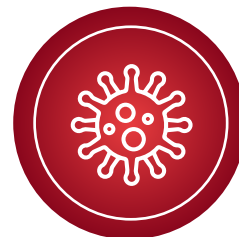
RESUMEN

infográfico

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025

2



Entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025, se observó un incremento del **8,18%** en el número total de **casos prevalentes** en comparación con el periodo anterior, pasando de 187.873 a 203.247.

El **78,74%** de los casos correspondió a **hombres (n= 160.031)**, con una razón hombre/mujer de 3,70:1.

La edad promedio de la población prevalente fue de **40,48 años** (DE \pm 13,13), con una mayor proporción de los casos concentrada en el grupo de **30 a 34 años**.



Las regiones con la mayor concentración de las personas que viven con el VIH fueron la Central (28,74%), Bogotá, D. C., (22,41%) y la Caribe (19,80%).



El 3,56% (n= 7.228) de la población que vive con el VIH pertenece a las comunidades afrocolombianas, mientras que el 1,10% pertenece a población indígena (n= 2.230) y menos del 1% son palenqueros (n= 1.138), raizales (n= 224) o ROM (n= 29).



Entre las personas prevalentes que viven con el VIH reportadas en este periodo, las comorbilidades más frecuentes son otras ITS diferentes a sífilis o hepatitis B, con un 3,58%.



La hepatitis B crónica pasó de 3.102 en 2024 a 3.340 personas con la coinfección en 2025.



Los HSH siguen siendo la población clave más frecuente, representando el 47,67% (n= 96.891), seguidos por los consumidores de sustancias no inyectables, con 5,45% (n= 11.073).

El **2,03%** (n= 3.955) de la población prevalente presentó coinfección de **hepatitis C**.

DE: desviación estándar.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

HSH: hombres que tienen sexo con otros hombres.

[Descargar infografía](#)

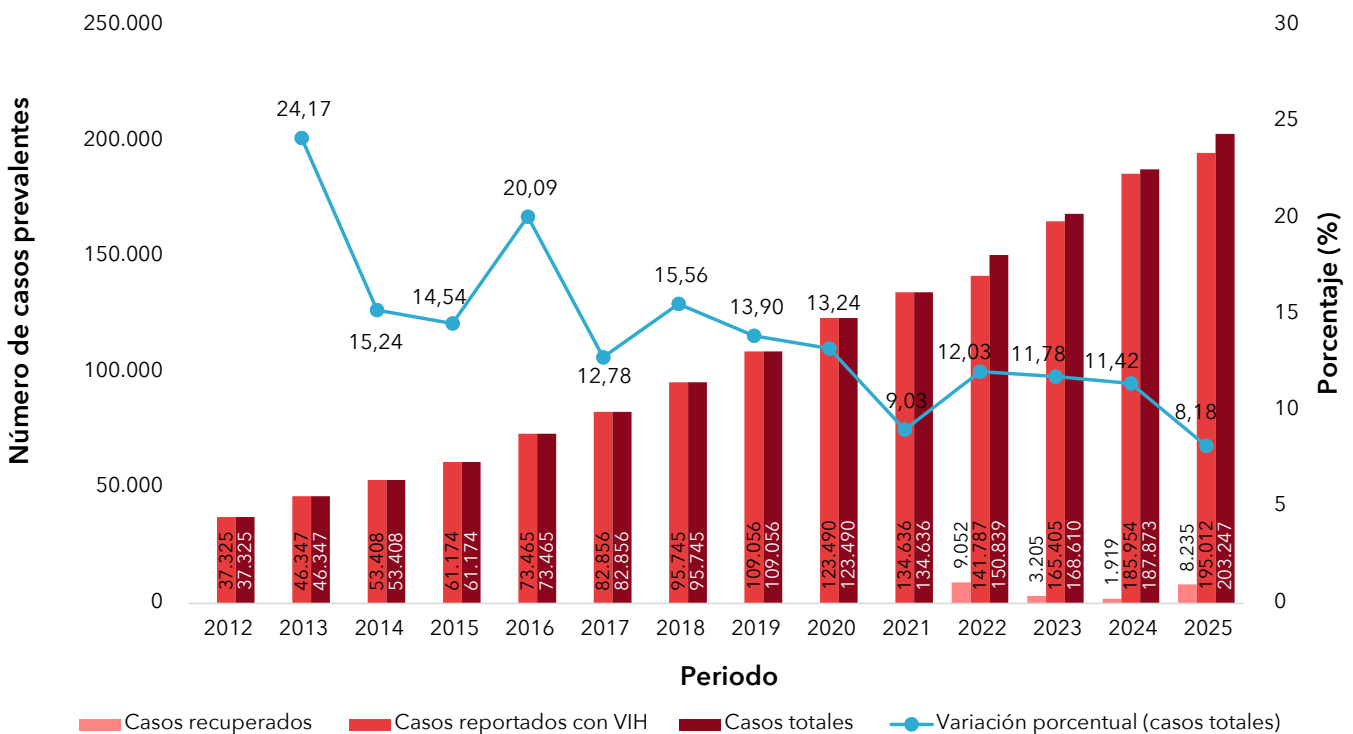
2. Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

2.1. Caracterización sociodemográfica de las personas prevalentes que viven con el VIH

Para el periodo 2025 se registró un total de 203.247 casos prevalentes, de estos, 8.235 correspondieron a registros de casos recuperados de periodos anteriores, los cuales no contaban con información de gestión en el periodo analizado. En consecuencia, para el análisis de algunos apartados del capítulo se consideran solamente los 195.012 casos reportados en el periodo.

Entre el 1° de febrero de 2024 y el 31 de enero de 2025, se registró un incremento del 8,18% en los casos prevalentes, pasando de 187.873 a 203.247. Esta tendencia refleja un aumento en la captación y seguimiento de los casos en la cohorte. No obstante, se evidenció la variación porcentual más baja entre todos los periodos.

Figura 7. Tendencia del número de personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2025



La población presentada en la figura corresponde al total de población prevalente (casos reportados más casos recuperados).

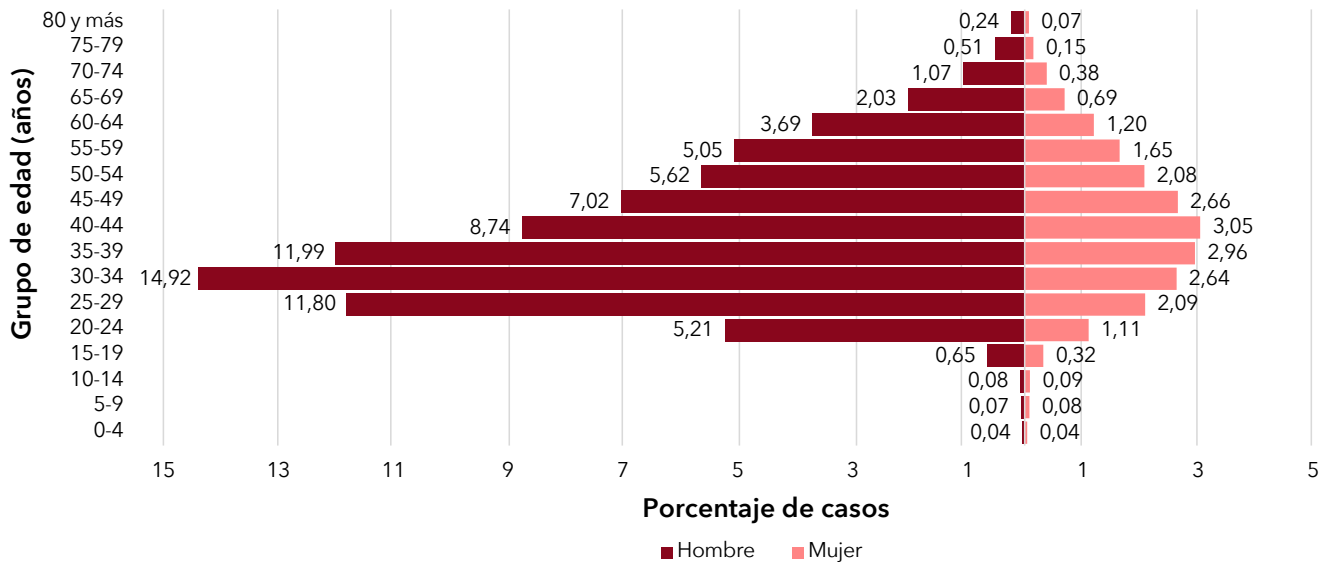
[Descargar figura](#)

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

El 78,74% de los casos correspondió a hombres (n= 160.031), con una razón hombre/mujer de 3,70:1. La edad promedio de la población prevalente fue de 40,48 años (DE ± 13,13), con una concentración de casos en el rango de 30 a 34 años (**figura 8**).



Figura 8. Pirámide poblacional de las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025



La población presentada en la figura corresponde al total de población prevalente (que incluye casos reportados más casos recuperados).

[Descargar figura](#)

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

Las regiones con la mayor concentración de personas que viven con el VIH fueron la Central (28,74%), Bogotá, D. C., (22,41%) y la Caribe (19,80%). En cuanto a la distribución por sexo, la población masculina prevalente con VIH sigue siendo predominante en las regiones y departamentos del país (excepto en Chocó), dando continuidad a la tendencia evidenciada en los periodos anteriores (**tabla 12**).

Tabla 12. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Razón H:M	Total
	n (%)			n (%) ¹
Amazonía-Orinoquía	2.213 (1,38)	919 (2,13)	2.41	3.132 (1,54)
Amazonas	112 (0,07)	80 (0,19)	1.40	192 (0,09)
Arauca	393 (0,25)	169 (0,39)	2.33	562 (0,28)
Casanare	986 (0,62)	367 (0,85)	2.69	1.353 (0,67)
Guainía	31 (0,02)	10 (0,02)	3.10	41 (0,02)
Guaviare	134 (0,08)	82 (0,19)	1.63	216 (0,11)
Putumayo	496 (0,31)	182 (0,42)	2.73	678 (0,33)
Vaupés	17 (0,01)	10 (0,02)	1.70	27 (0,01)
Vichada	44 (0,03)	19 (0,04)	2.32	63 (0,03)
Bogotá, D.C.	40.162 (25,10)	5.388 (12,47)	7.45	45.550 (22,41)
Caribe	27.644 (17,27)	12.592 (29,14)	2.20	40.236 (19,80)
Atlántico	9.204 (5,75)	3.408 (7,89)	2.70	12.612 (6,21)
Bolívar	5.054 (3,16)	2.281 (5,28)	2.22	7.335 (3,61)
Cesar	2.613 (1,63)	1.519 (3,51)	1.72	4.132 (2,03)
Córdoba	4.199 (2,62)	2.056 (4,76)	2.04	6.255 (3,08)

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.emisariadeviviendacolombiana.gov.co

Tabla 12. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Hombre	Mujer	Razón H:M	Total
	n (%)			n (%) ¹
La Guajira	1.325 (0,83)	869 (2,01)	1.52	2.194 (1,08)
Magdalena	3.145 (1,97)	1.464 (3,39)	2.15	4.609 (2,27)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	125 (0,08)	59 (0,14)	2.12	184 (0,09)
Sucre	1.979 (1,24)	936 (2,17)	2.11	2.915 (1,43)
Central	47.434 (29,64)	10.986 (25,42)	4.32	58.420 (28,74)
Antioquia	30.708 (19,19)	6.055 (14,01)	5.07	36.763 (18,09)
Caldas	2.691 (1,68)	774 (1,79)	3.48	3.465 (1,70)
Caquetá	708 (0,44)	325 (0,75)	2.18	1.033 (0,51)
Huila	2.593 (1,62)	723 (1,67)	3.59	3.316 (1,63)
Quindío	2.808 (1,75)	893 (2,07)	3.14	3.701 (1,82)
Risaralda	4.793 (3,00)	1.347 (3,12)	3.56	6.140 (3,02)
Tolima	3.133 (1,96)	869 (2,01)	3.61	4.002 (1,97)
Oriental	19.250 (12,03)	5.706 (13,20)	3.37	24.956 (12,28)
Boyacá	1.335 (0,83)	316 (0,73)	4.22	1.651 (0,81)
Cundinamarca	4.589 (2,87)	982 (2,27)	4.67	5.571 (2,74)
Meta	2.886 (1,80)	1.087 (2,52)	2.66	3.973 (1,95)
Norte de Santander	4.421 (2,76)	1.684 (3,90)	2.63	6.105 (3,00)
Santander	6.019 (3,76)	1.637 (3,79)	3.68	7.656 (3,77)
Pacífica	23.328 (14,58)	7.625 (17,64)	3.06	30.953 (15,23)
Cauca	2.055 (1,28)	690 (1,60)	2.98	2.745 (1,35)
Chocó	307 (0,19)	399 (0,92)	0.77	706 (0,35)
Nariño	2.141 (1,34)	921 (2,13)	2.32	3.062 (1,51)
Valle del Cauca	18.825 (11,76)	5.615 (12,99)	3.35	24.440 (12,02)
Total	160.031 (100,00)	43.216 (100,00)	3.70	203.247 (100,00)

¹ La población presentada en la tabla corresponde al total de población prevalente (que incluye casos reportados más casos recuperados).

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

En lo referente a la etnia de los casos prevalentes, el 3,56% (n= 7.228) de la población que vive con el VIH pertenece a las comunidades afrocolombianas, mientras que el 1,10% pertenece a población indígena (n= 2.230) y menos del 1% son palenqueros (n= 1.138), raizales (n= 224) o ROM (n= 29). El 94,66% de las personas se identificaron como sin pertenencia étnica.

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

La distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación se limita a las personas reportadas (n= 195.012) y no incluye el total de casos prevalentes (n= 203.247), ya que no se cuenta con la información de afiliación de los casos prevalentes no reportados. (n= 8.235). El régimen subsidiado tuvo el reporte más alto de proporción de mujeres con VIH (33,24%), mientras que la proporción más alta de hombres (n= 52; 92,86%) correspondió a personas de planes voluntarios de salud cuyos casos no fueron reportados por su EPS.

En cuanto a la edad, el grupo no asegurado concentró la mayor cantidad de las personas que viven con el VIH entre los 20 y los 34 años (63,01%), en el régimen de excepción predominó el grupo de 35 a 54 años, y en el especial se evidenció que más del 57,75% tenía una edad superior a los 55 años a (tabla 13).



Tabla 13. Características de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Total
	n (%)						n (%) ¹
Sexo							
Hombre	102.790 (84,96)	46.120 (66,76)	3.282 (84,44)	107 (92,24)	600 (68,49)	52 (92,86)	152.951 (78,43)
Mujer	18.201 (15,04)	22.966 (33,24)	605 (15,56)	9 (7,76)	276 (31,51)	4 (7,14)	42.061 (21,57)
Edad (años)²	38 (31 - 49)	39 (30 - 50)	42 (35 - 51)	57,50 (45 - 69)	31 (26 - 37)	45,50 (33,5 - 61)	38 (30 - 49)
Edad categórica (quinquenos)							
0 - 4	42 (0,03)	121 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	164 (0,08)
5 - 9	70 (0,06)	199 (0,29)	5 (0,13)	0 (0,00)	5 (0,57)	0 (0,00)	279 (0,14)
10 - 14	84 (0,07)	243 (0,35)	5 (0,13)	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	333 (0,17)
15 - 19	734 (0,61)	1.042 (1,51)	32 (0,82)	2 (1,72)	16 (1,83)	1 (1,79)	1.827 (0,94)
20 - 24	6.964 (5,76)	5.290 (7,66)	166 (4,27)	3 (2,59)	129 (14,73)	2 (3,57)	12.554 (6,44)
25 - 29	17.453 (14,43)	9.252 (13,39)	215 (5,53)	3 (2,59)	215 (24,54)	0 (0,00)	27.138 (13,92)
30 - 34	22.873 (18,90)	10.356 (14,99)	484 (12,45)	4 (3,45)	208 (23,74)	12 (21,43)	33.937 (17,40)
35 - 39	18.710 (15,46)	9.211 (13,33)	726 (18,68)	7 (6,03)	147 (16,78)	6 (10,71)	28.807 (14,77)
40 - 44	13.893 (11,48)	8.280 (11,99)	675 (17,37)	9 (7,76)	58 (6,62)	4 (7,14)	22.919 (11,75)
45 - 49	11.213 (9,27)	7.137 (10,33)	540 (13,89)	13 (11,21)	50 (5,71)	7 (12,50)	18.960 (9,72)
50 - 54	9.044 (7,47)	5.724 (8,29)	338 (8,70)	8 (6,90)	20 (2,28)	4 (7,14)	15.138 (7,76)
55 - 59	7.988 (6,60)	4.918 (7,12)	250 (6,43)	13 (11,21)	12 (1,37)	5 (8,93)	13.186 (6,76)
60 - 64	5.869 (4,85)	3.563 (5,16)	214 (5,51)	15 (12,93)	12 (1,37)	7 (12,50)	9.680 (4,96)
65 - 69	3.163 (2,61)	2.055 (2,97)	114 (2,93)	11 (9,48)	1 (0,11)	4 (7,14)	5.348 (2,74)
70 - 74	1.731 (1,43)	1.024 (1,48)	62 (1,60)	15 (12,93)	1 (0,11)	0 (0,00)	2.833 (1,45)
75 - 79	785 (0,65)	464 (0,67)	36 (0,93)	7 (6,03)	0 (0,00)	2 (3,57)	1.294 (0,66)
80 o más	375 (0,31)	207 (0,30)	25 (0,64)	6 (5,17)	0 (0,00)	2 (3,57)	615 (0,32)
Total	120.991 (100,00)	69.086 (100,00)	3.887 (100,00)	116 (100,00)	876 (100,00)	56 (100,00)	195.012 (100,00)

¹ La población presentada en la tabla corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).

² Mediana (RIC).

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

Dentro de los reportados, las entidades con el porcentaje más alto de casos de personas viviendo con VIH, respecto a su población afiliada, fueron la EPS042 (0,64%), la EPS012 (0,59%) y la EPSS34 (0,58%).



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

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

Entre las personas que viven con VIH reportadas en este periodo, las comorbilidades más frecuentes corresponden a las infecciones de transmisión sexual diferentes a sífilis y hepatitis B (3,58%). La hepatitis B crónica pasó de 3.102 a 3.340 personas coinfectadas entre el periodo anterior y el actual. Entre las enfermedades definatorias de sida, el síndrome de desgaste asociado al VIH fue la comorbilidad con mayor frecuencia a lo largo de la enfermedad (13,50%), seguido de la TB pulmonar o extrapulmonar (9,91%) y la toxoplasmosis cerebral (4,95%). Además, al corte del periodo el 55,52% de las PVV reportadas en el periodo se encontraban en estadio 3 de la enfermedad, 30,23% en estadio 2 y 12,09% en estadio 1 (**tabla 14**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.emisariadecolombia.gov.co

Tabla 14. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Características clínicas	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Total
	n (%) ¹						
Comorbilidades y coinfecciones							
Otras infecciones de transmisión sexual	4.784 (3,95)	2.041 (2,95)	142 (3,65)	3 (2,59)	9 (1,03)	0 (0,00)	6.979 (3,58)
Discapacidad funcional	1.806 (1,49)	2.890 (4,18)	303 (7,80)	1 (0,86)	12 (1,37)	0 (0,00)	5.012 (2,57)
Hepatitis C crónica	2.779 (2,30)	893 (1,29)	270 (6,95)	0 (0,00)	13 (1,48)	0 (0,00)	3.955 (2,03)
Hepatitis B crónica	2.301 (1,90)	977 (1,41)	55 (1,41)	2 (1,72)	5 (0,57)	0 (0,00)	3.340 (1,71)
Tuberculosis activa	924 (0,76)	1.297 (1,88)	22 (0,57)	0 (0,00)	39 (4,45)	0 (0,00)	2.282 (1,17)
Enfermedad renal crónica	1.750 (1,45)	1.414 (2,05)	49 (1,26)	8 (6,90)	2 (0,23)	0 (0,00)	3.223 (1,65)
Enfermedad coronaria	827 (0,68)	551 (0,80)	51 (1,31)	4 (3,45)	3 (0,34)	0 (0,00)	1.436 (0,74)
Neoplasia no relacionada con el sida	1.010 (0,83)	1.098 (1,59)	115 (2,96)	2 (1,72)	3 (0,34)	0 (0,00)	2.228 (1,14)
Neuropatía periférica	455 (0,38)	248 (0,36)	24 (0,62)	2 (1,72)	0 (0,00)	0 (0,00)	729 (0,37)
Cirrosis hepática	88 (0,07)	224 (0,32)	5 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	317 (0,16)
Enfermedades que definen el sida							
Síndrome de desgaste asociado al VIH	14.140 (11,69)	11.814 (17,10)	282 (7,25)	8 (6,90)	86 (9,82)	3 (5,36)	26.333 (13,50)
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	8.101 (6,70)	10.801 (15,63)	295 (7,59)	8 (6,90)	120 (13,70)	1 (1,79)	19.326 (9,91)
Toxoplasmosis cerebral	5.377 (4,44)	3.997 (5,79)	252 (6,48)	7 (6,03)	25 (2,85)	1 (1,79)	9.659 (4,95)
Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar	4.685 (3,87)	2.324 (3,36)	101 (2,60)	4 (3,45)	25 (2,85)	3 (5,36)	7.142 (3,66)
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	10.106 (8,35)	4.766 (6,90)	421 (10,83)	5 (4,31)	49 (5,59)	1 (1,79)	15.348 (7,87)
Diarrea por criptosporidiosis y/o isosporiasis	2.562 (2,12)	2.396 (3,47)	82 (2,11)	3 (2,59)	11 (1,26)	0 (0,00)	5.054 (2,59)
Sarcoma de Kaposi	2.953 (2,44)	2.077 (3,01)	114 (2,93)	5 (4,31)	12 (1,37)	0 (0,00)	5.161 (2,65)
Herpes simple con úlceras mucocutáneas, bronquitis, neumonitis o esofagitis	3.304 (2,73)	1.611 (2,33)	115 (2,96)	2 (1,72)	15 (1,71)	2 (3,57)	5.049 (2,59)
Criptococosis extrapulmonar	1.953 (1,61)	1.022 (1,48)	45 (1,16)	2 (1,72)	12 (1,37)	1 (1,79)	3.035 (1,56)
Neumonía bacteriana recurrente	1.516 (1,25)	1.137 (1,65)	25 (0,64)	2 (1,72)	16 (1,83)	0 (0,00)	2.696 (1,38)



Tabla 14. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025 (continuación)

Características clínicas	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Total
	n (%)						n (%) ¹
Infección por citomegalovirus (excepto hígado, bazo o ganglios linfáticos)	1.336 (1,10)	538 (0,78)	29 (0,75)	1 (0,86)	19 (2,17)	0 (0,00)	1.923 (0,99)
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	1.091 (0,90)	554 (0,80)	49 (1,26)	1 (0,86)	12 (1,37)	1 (1,79)	1.708 (0,88)
Retinitis por citomegalovirus	1.425 (1,18)	425 (0,62)	14 (0,36)	1 (0,86)	6 (0,68)	0 (0,00)	1.871 (0,96)
Neumonía intersticial linfoidea	416 (0,34)	186 (0,27)	40 (1,03)	0 (0,00)	4 (0,46)	0 (0,00)	646 (0,33)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva o encefalopatía por VIH	541 (0,45)	231 (0,33)	17 (0,44)	0 (0,00)	6 (0,68)	0 (0,00)	795 (0,41)
Linfoma de Burkitt	602 (0,50)	279 (0,40)	43 (1,11)	2 (1,72)	10 (1,14)	0 (0,00)	936 (0,48)
Demencia asociada al VIH	263 (0,22)	141 (0,20)	13 (0,33)	0 (0,00)	2 (0,23)	0 (0,00)	419 (0,21)
Infección diseminada por micobacterias (MAC o MAI)	315 (0,26)	149 (0,22)	4 (0,10)	0 (0,00)	3 (0,34)	0 (0,00)	471 (0,24)
Cáncer de cérvix invasivo	81 (0,07)	132 (0,19)	4 (0,10)	0 (0,00)	7 (0,80)	0 (0,00)	224 (0,11)
Septicemia por <i>salmonella</i>	150 (0,12)	150 (0,22)	5 (0,13)	0 (0,00)	7 (0,80)	0 (0,00)	312 (0,16)
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	151 (0,12)	47 (0,07)	2 (0,05)	0 (0,00)	2 (0,23)	0 (0,00)	202 (0,10)
Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes	17 (0,01)	17 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	35 (0,02)
Estadio clínico actual²							
Estadio 0	0 (0,00)	1 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,00)
Estadio 1	16.763 (13,85)	6.349 (9,19)	364 (9,36)	19 (16,38)	70 (7,99)	13 (23,21)	23.578 (12,09)
Estadio 2	39.873 (32,96)	17.712 (25,64)	1.197 (30,79)	27 (23,28)	134 (15,30)	10 (17,86)	58.953 (30,23)
Estadio 3	62.116 (51,34)	43.361 (62,76)	2.253 (57,96)	68 (58,62)	454 (51,83)	25 (44,64)	108.277 (55,52)
Por establecer	2.239 (1,85)	1.663 (2,41)	73 (1,88)	2 (1,72)	218 (24,89)	8 (14,29)	4.203 (2,16)
Total	120.991 (100,00)	69.086 (100,00)	3.887 (100,00)	116 (100,00)	876 (100,00)	56 (100,00)	195.012 (100,00)

¹ La población presentada en la tabla corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).

² Estadios clínicos de acuerdo con el CDC (26).

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

Las pruebas de laboratorio más utilizadas para el seguimiento de las personas que viven con el VIH siguen siendo la CV (85,36%) y la medición de hemoglobina sérica (85,22%), seguidas por el conteo de linfocitos T CD4+ (85,21%). La **tabla 15** muestra el porcentaje de los casos con resultados válidos para los principales análisis de laboratorio registrados, junto con sus respectivas medianas y RIC, en la población reportada en el periodo.

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.colombia.comunicacion.gov.co

Tabla 15. Laboratorios clínicos en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025

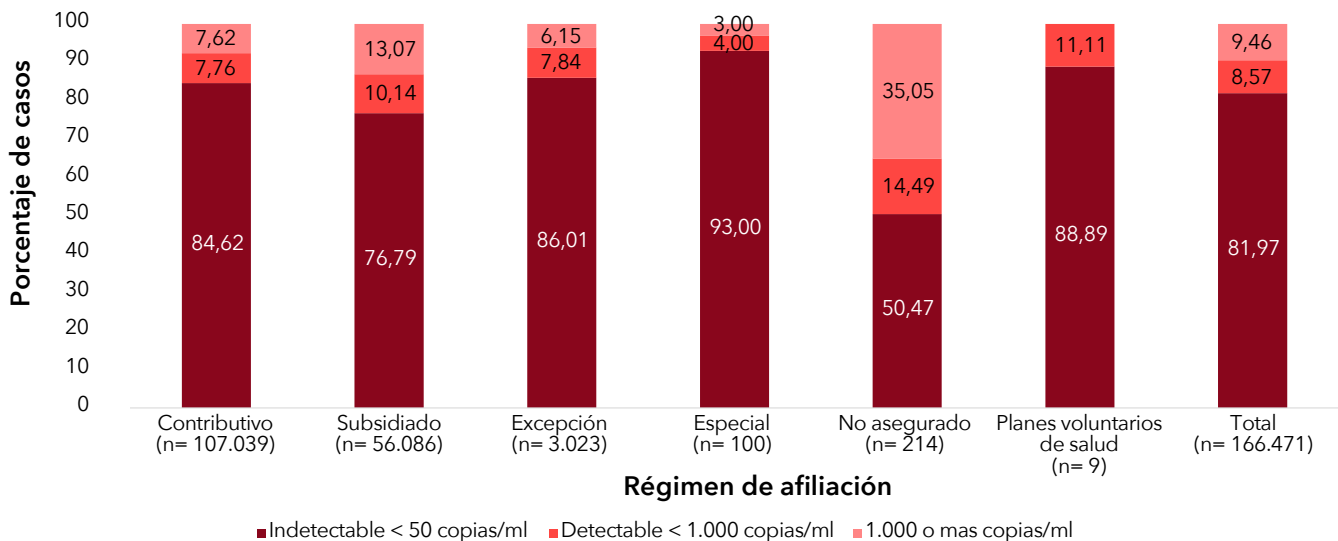
Medida/laboratorio	% de reporte	Mediana	RIC
Carga viral (copias/ml)	85,36	0	(0 - 23)
Conteo de linfocitos T CD4+ (CD4/ μ l ³)	85,21	561	(369 - 782)
Creatinina sérica (mg/dL)	84,76	1	(0,8 - 1)
Hemoglobina sérica (g/dL)	85,22	15	(13,7 - 16,2)
Alanina aminotransferasa (UI/L)	84,27	24	(17 - 35)
Triglicéridos (mg/dl)	84,83	130	(92 - 187)
Glucemia sérica en ayuno (mg/dL)	83,18	91	(85 - 97)
Lipoproteína de baja densidad (mg/dL)	83,50	107	(85 - 131)

RIC: rango intercuartílico.

La población presentada en la tabla corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).

El 85,36% (n= 166.470) de los casos reportados contaron con la realización de una prueba de CV. El 83,93% de los casos reportados por los planes voluntarios de salud (PVS), y no por sus EPS, no tenían información sobre esta prueba y en la categoría "no asegurados" el porcentaje fue de 75,57%. Por otro lado, el régimen especial registró la mayor proporción de los pacientes con CV indetectable entre los que tenían reporte de CV (93,00%) (**figura 9**).

Figura 9. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación y el reporte del último resultado de la CV tomada en el periodo, Colombia 2025



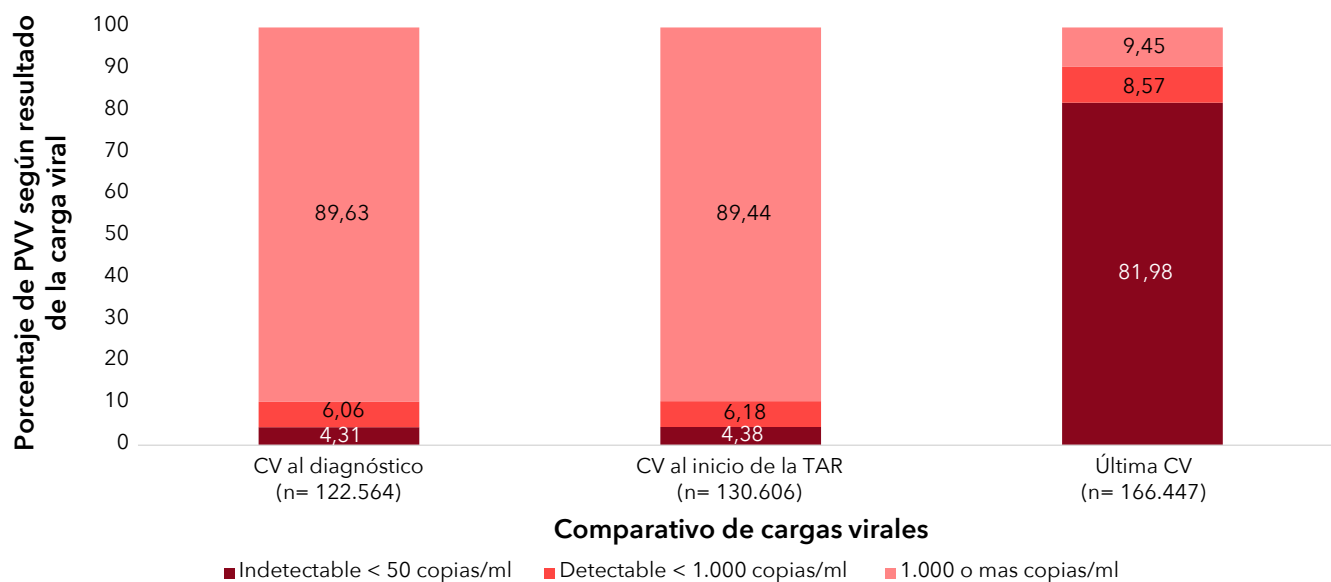
La población presentada en la figura corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados) y que contaban con información de CV.

[Descargar figura](#)

La **figura 10** muestra la comparación de las pruebas de CV en tres momentos clave: en el diagnóstico, al iniciar la TAR y en el último reporte. En total, 97.810 personas contaron con las mediciones de CV en los tres momentos, lo que representa un incremento del 9,5% en comparación con el periodo anterior (n= 89.251). Así mismo, se observó que la última CV reportada fue indetectable en el 81,98% de las personas prevalentes que viven con el VIH.



Figura 10. Comparación de la carga viral: diagnóstico, inicio de TAR y último reporte, Colombia 2025



La población presentada en la figura corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).

[Descargar figura](#)

2.2.2. Profilaxis en las personas prevalentes que viven con el VIH

La **tabla 16** presenta la frecuencia de la formulación de la profilaxis según la enfermedad infecciosa descrita. El 7,67% de los casos recibió profilaxis con azitromicina para *Mycobacterium avium complex* (MAC).

Tabla 16. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025

Profilaxis	Casos con profilaxis	%
<i>Mycobacterium avium complex</i>		
Está recibiendo azitromicina	78	3,86
Recibió azitromicina	155	7,67
Recibió claritromicina	17	0,84
Está recibiendo claritromicina	7	0,35
No recibió profilaxis	861	42,62
Sin dato	902	44,65
Total de casos con conteo de linfocitos menor a 50 células/mm ³	2.021	100,00
<i>Cryptococcus neoformans</i>		
Está recibiendo fluconazol	941	20,07
Recibió fluconazol	1.066	22,74
Está recibiendo itraconazol	45	0,96
Recibió itraconazol	94	2,01
No recibió profilaxis	2.541	54,20
Sin dato	1	0,02
Total de casos con conteo de linfocitos menor a 100 células/mm ³	4.688	100,00
<i>Pneumocystis jirovecii</i>		
Está recibiendo trimetoprim sulfa	5.401	38,72
Recibió trimetoprim sulfa	6.770	48,54

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.colombiainformacion.com

Tabla 16. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Profilaxis	Casos con profilaxis	%
Está recibiendo dapsona	49	0,35
Recibió dapsona	110	0,79
Recibió clindamicina/primaquina	9	0,06
Está recibiendo clindamicina/primaquina	10	0,07
No recibió profilaxis	1.551	11,12
No recibió, tiene recuperación inmunológica lenta y CV indetectable	47	0,34
Sin dato	1	0,01
Total de casos con conteo de linfocitos menor a 200 células/mm ³	13.948	100,00

La población presentada en la tabla corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).

CV: carga viral.

2.2.3. Tamización en las personas prevalentes que viven con el VIH

Se le realizó el tamizaje clínico para TB activa a 167.485 casos de la población reportada que vive con VIH, arrojando resultado positivo en 5.227 casos (2,68%). Mientras que 1.185 casos presentan TB activa al momento del corte del periodo. Para la identificación de TB latente se realizó tamizaje a 102.014 personas de las cuales el 1,65 % (3.211 casos) resultaron positivos, entre ellos y los que tenía un resultado anterior de PPD positivo, 817 (5,04%) recibieron manejo con isoniazida y 119 (0,73%) recibieron rifapentina e isoniazida.

El tamizaje para sífilis se realizó en 167.905 personas, de las cuales el 23,24% (45.327) obtuvieron resultado positivo, entre los positivos 13.114 reportaron tratamiento. Por el contrario, no aplicaron para recibir tratamiento 15.354 casos dado que presentaban cicatriz serológica, indicando que habían recibido tratamiento previamente.

Frente al tamizaje de VPH anal, este se realizó a 36.243 personas, de las cuales el 4,48% fue positivo y en 1,01% la muestra no fue satisfactoria. El 24,05% de la población declaró no mantener relaciones sexuales por vía anal, mientras que el 0,51% tienen diagnóstico confirmado de la infección.

Finalmente, se realizó el tamizaje para hepatitis B en 127.239 de las personas que viven con VIH, con un resultado positivo en 2.929 casos (1,50%). En comparación, el tamizaje para hepatitis C se realizó en 154.793 casos y resultó positivo en 4.143 casos (2,12%) (tabla 17).

Tabla 17. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas que viven con el VIH, Colombia 2025

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Tuberculosis activa		
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue positivo	5.227	2,68
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue negativo	162.258	83,20
No se realizó tamizaje clínico porque tiene TB activa al momento del corte	1.185	0,61
No se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta	10.685	5,48
Sin dato	15.657	8,03
PPD o equivalentes para la identificación de tuberculosis latente		
Si se realizó y fue positiva	3.211	1,65
Si se realizó y fue negativa	98.803	50,67
No se realizó porque tiene un resultado anterior de PPD positivo	13.014	6,67
No se realizó porque tiene o tuvo tuberculosis activa	9.995	5,13
No se realizó por inmunosupresión severa	1.656	0,85
No se realizó la prueba	68.333	35,04



Tabla 17. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Recibió tratamiento para tuberculosis latente (PPD actual o anterior positiva)		
Sí recibió tratamiento con isoniazida	817	5,04
No se realizó prueba para TB latente	3.496	21,55
Recibió tratamiento con rifapentina e isoniazida	119	0,73
Está recibiendo tratamiento con isoniazida	776	4,78
Está recibiendo tratamiento con rifapentina e isoniazida	91	0,58
No recibió por tener tuberculosis activa	1	0,01
No recibió porque ya fue tratado para TB latente	8.935	55,07
No recibió porque fue descartada la infección latente	203	1,25
No recibió por otras razones	1.784	11,00
Sífilis		
Sí se realizó y fue positivo	45.327	23,24
Sí se realizó y fue negativo	122.578	62,86
No se realizó porque está en tratamiento para sífilis	668	0,34
No se realizó la prueba	26.437	13,56
Sin dato	2	0,00
Recibió tratamiento para sífilis (tamizaje positivo)		
Recibió tratamiento completo	13.114	28,93
Está recibiendo tratamiento	6.063	13,37
No recibió tratamiento	10.785	23,79
No aplica, persona con cicatriz serológica que ya recibió tratamiento	15.354	33,87
Sin dato	11	0,02
VPH anal		
Sí se realizó y fue positivo	8.746	4,48
Sí se realizó y fue negativo	25.534	13,09
No tiene sexo anal	46.906	24,05
No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de VPH	995	0,51
No se realizó	110.866	56,85
Sí se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	1.963	1,01
Sin dato	2	0,00
Hepatitis B		
Sí se realizó y fue positivo	2.929	1,50
Sí se realizó y fue negativo	124.310	63,74
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis B	993	0,51
No se realizó por tener títulos de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de la hepatitis B	24.186	12,40
No se realizó	42.593	21,84
Sin dato	1	0,00
Hepatitis C		
Sí se realizó y fue positivo	4.143	2,12
Sí se realizó y fue negativo	150.650	77,25
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis C	1.069	0,55
No se realizó	39.149	20,08
Sin dato	1	0,00

La población presentada en la tabla corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).
TB: tuberculosis; **PPD:** prueba cutánea de derivado proteico purificado.

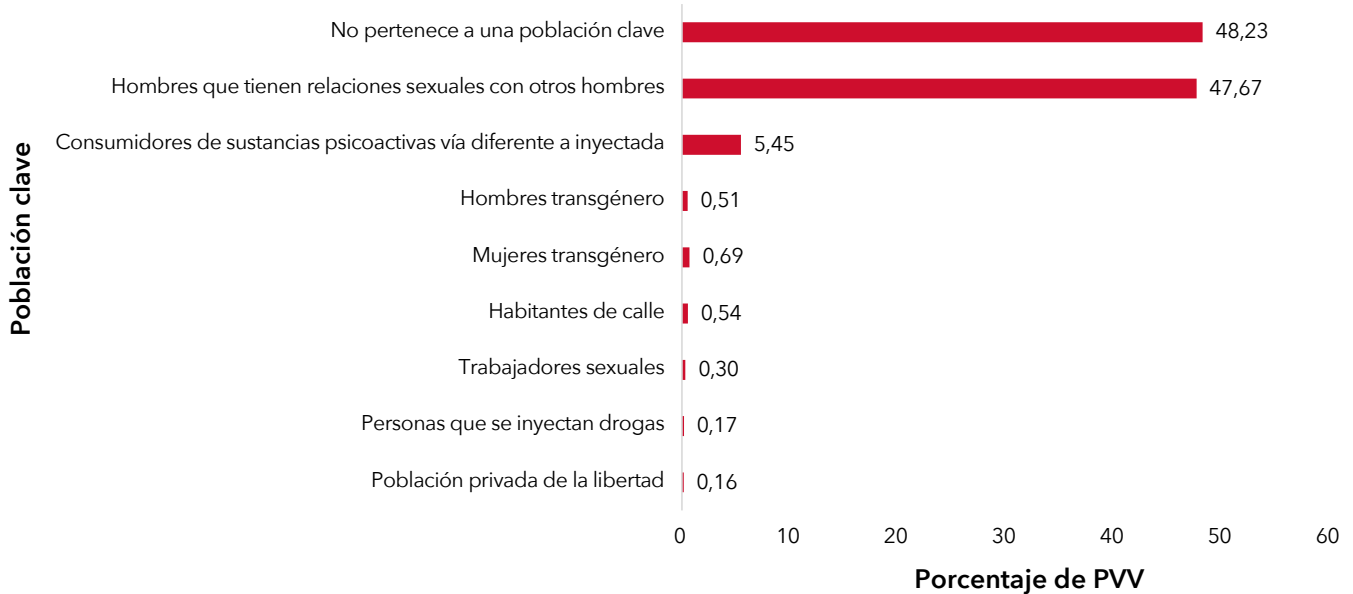
Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

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

En la población que vive con VIH reportada en el periodo, se observó que el 48,23% no pertenece a una población clave, mientras que el 47,67% de los casos pertenecen al grupo de HSH, seguido por consumidores de sustancias psicoactivas por vías diferentes a la inyectada con 5,45%. La distribución de los casos prevalentes en los diferentes grupos de interés se muestra en la **figura 11**.

Figura 11. Población clave que vive con el VIH entre los casos prevalentes, Colombia 2025^{1,2}



¹ Una persona puede pertenecer a más de una población clave.

² La población presentada en la figura corresponde al total de población prevalente (que incluye casos reportados más casos recuperados).

[Descargar figura](#)

En las personas que no pertenecen a una población clave. La mediana de la edad fue de 43 años (RIC: 34 - 54) y la mayoría estaba afiliada al régimen contributivo. En contraste, entre quienes se identificaron como parte de alguna población clave, se identificaron medianas de edad más bajas, y en su mayoría, afiliación al régimen subsidiado.

Las únicas categorías de población clave con predominio de afiliación al régimen contributivo, fueron HSH y las personas consumidoras de sustancias psicoactivas no inyectadas. En cuanto a la región de residencia, la mayoría de los grupos se concentró en la región Central, excepto la población privada de la libertad (PPL) con mayor presencia en Bogotá, D. C.; mientras que las personas no pertenecientes a poblaciones clave, quienes estaban en el Caribe.

Los hombres transgénero presentaron la menor proporción de uso de TAR (33,18%). Por otro lado, los habitantes de calle y las personas trabajadoras sexuales fueron quienes tuvieron la mayor proporción de CV ≥ 1.000 copias/ml (24,98 y 19,35%, respectivamente). Además, los hombres transgénero fueron el grupo con mayor CV desconocida, con 62,35% de ellos sin registro del dato (**tabla 18**).



Tabla 18. Principales características de la población clave que vive con el VIH, Colombia 2025

Características	Tipo de población clave ¹								
	Personas trabajadoras sexuales	Mujeres transgénero	Hombres transgénero	HSH	Consumidores de sustancias psicoactivas vía diferente a inyectada	Personas que se inyectan drogas	Habitantes de calle	Privada de la libertad	No pertenece población clave
Edad actual (años)²	32 (28-40)	32 (27-40)	35 (29-44)	34 (29-44)	33 (28-40)	34 (29-41)	39 (33-47)	38 (31-46)	43 (34-54)
Régimen									
Contributivo	116 (19,69)	371 (27,10)	282 (41,96)	71.472 (76,52)	5.671 (52,70)	139 (40,29)	143 (13,28)	65 (22,73)	46.878 (49,95)
Subsidiado	439 (74,53)	965 (70,49)	345 (51,34)	20.316 (21,75)	4.932 (45,84)	202 (58,55)	903 (83,84)	218 (76,22)	43.833 (46,71)
Excepción	1 (0,17)	4 (0,29)	23 (3,42)	1.225 (1,31)	74 (0,69)	0 (0,00)	3 (0,28)	3 (1,05)	2.587 (2,76)
Especial	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	54 (0,06)	2 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	62 (0,07)
Planes voluntarios de salud	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	39 (0,04)
No asegurado	33 (5,60)	29 (2,12)	22 (3,27)	322 (0,34)	81 (0,75)	4 (1,16)	28 (2,60)	0 (0,00)	451 (0,48)
Región de residencia									
Amazonía-Orinoquía	5 (0,85)	12 (0,88)	19 (2,83)	941 (1,01)	394 (3,66)	1 (0,29)	11 (1,02)	4 (1,40)	1.655 (1,76)
Bogotá, D. C.	56 (9,51)	272 (19,87)	142 (21,13)	29.290 (31,36)	1.392 (12,94)	24 (6,96)	328 (30,45)	83 (29,02)	13.104 (13,96)
Caribe	84 (14,26)	132 (9,64)	134 (19,94)	10.490 (11,23)	1.556 (14,46)	36 (10,43)	119 (11,05)	53 (18,53)	27.116 (28,89)
Central	324 (55,01)	528 (38,57)	170 (25,30)	30.864 (33,04)	5.036 (46,80)	155 (44,93)	393 (36,49)	64 (22,38)	22.145 (23,60)
Oriental	39 (6,62)	129 (9,42)	69 (10,27)	9.113 (9,76)	520 (4,83)	26 (7,54)	79 (7,34)	30 (10,49)	14.358 (15,30)
Pacífica	81 (13,75)	296 (21,62)	138 (20,54)	12.708 (13,61)	1.862 (17,30)	103 (29,86)	147 (13,65)	52 (18,18)	14.472 (16,49)
Uso de TAR (sí)³	380 (64,52)	949 (69,32)	223 (33,18)	77.972 (83,48)	8.075 (75,05)	220 (63,77)	593 (55,06)	176 (61,54)	75.454 (80,40)
Estadio clínico actual⁴									
Estadio 1	93 (15,79)	183 (13,37)	63 (9,38)	13.774 (14,75)	1.916 (17,81)	46 (13,33)	85 (7,89)	21 (7,34)	1 (0,00)
Estadio 2	189 (32,09)	464 (33,89)	132 (19,64)	34.280 (36,70)	3.625 (33,69)	106 (30,72)	188 (17,46)	68 (23,78)	8.903 (9,49)
Estadio 3	286 (48,56)	685 (50,04)	226 (33,63)	44.226 (47,35)	5.005 (46,51)	173 (50,14)	742 (68,90)	184 (64,34)	22.621 (24,10)
Por establecer	21 (3,57)	37 (2,70)	251 (37,35)	1.126 (1,21)	214 (1,99)	20 (5,80)	62 (5,76)	13 (4,55)	59.706 (63,62)

Situación del VIH en Colombia 2025

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

[Ver información sobre esta tabla](#)

Tabla 18. Principales características de la población clave que vive con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Características	Tipo de población clave ¹								
	Personas trabajadoras sexuales	Mujeres transgénero	Hombres transgénero	HSH	Consumidores de sustancias psicoactivas vía diferente a inyectada	Personas que se inyectan drogas	Habitantes de calle	Privada de la libertad	No pertenece población clave
Carga viral actual									
Menor de 50 copias	287 (48,73)	729 (53,25)	191 (28,42)	68.941 (73,81)	6.123 (56,91)	155 (44,93)	325 (30,18)	117 (40,91)	63.850 (68,03)
De 50 a < 1.000 copias	44 (7,47)	92 (6,72)	22 (3,27)	6.589 (7,05)	1.074 (9,98)	29 (8,41)	97 (9,01)	27 (9,44)	6.997 (7,46)
≥ 1.000 copias	114 (19,35)	212 (15,49)	40 (5,95)	6.415 (6,87)	1.672 (15,54)	52 (15,07)	269 (24,98)	44 (15,38)	8.007 (8,53)
Sin dato	144 (24,45)	336 (24,54)	419 (62,35)	11.461 (12,27)	1.891 (17,57)	109 (31,59)	386 (35,84)	98 (34,27)	47.996 (15,98)
Total⁵	589 (100,00)	1.369 (100,00)	672 (100,00)	93.406 (100,00)	10.760 (100,00)	345 (100,00)	1.077 (100,00)	286 (100,00)	93.850 (100,00)

¹ Población clave reportada por las EAPB.

² Mediana (RIC).

³ Recibe TAR en el momento de corte del periodo.

⁴ Estadios clínicos de acuerdo con CDC (26).

⁵ La población presentada en la tabla corresponde a la población prevalente reportada (no incluye casos recuperados).

TAR: terapia antirretroviral.

3

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

RESUMEN

infográfico

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025

3



La incidencia nacional estandarizada por la edad para la población con VIH se redujo respecto al periodo anterior, pasando de **26,90 a 25,97** casos nuevos por cada 100.000 habitantes.



La incidencia estandarizada es más alta en **hombres (43,19)**; no obstante, disminuye con respecto al periodo anterior en el que fue de 45,19 por **100.000 habitantes.**



La región Central fue la de mayor incidencia estandarizada en el periodo **(31,54 casos por cada 100.000 habitantes).**



La prevalencia estandarizada incrementó discretamente respecto al periodo anterior, pasando de 0,34 a 0,36 casos por cada 100 habitantes. Mantiene la tendencia presentada en los últimos periodos.



La región con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., (0,49 casos por 100 habitantes), seguida por la Central con 0,44.



La mortalidad general estandarizada en el país fue de 4,11 defunciones por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 3,95 - 4,28), lo cual evidencia un incremento con respecto a la del periodo anterior (4,01).



Los departamentos que presentaron la mayor mortalidad estandarizada fueron Amazonas (12,16) Quindío (9,10), y Risaralda (7,84).

La tasa de letalidad ha mantenido una tendencia de disminución con respecto a los **últimos 2 periodos reportados, 3,64 en 2023, 2,77 en 2024 y 2,73** por 1.000 habitantes en 2025.

IC: intervalo de confianza.

[Descargar infografía](#)



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

3.1. Incidencia del VIH

3.1.1. Incidencia del VIH según el sexo y la edad

En la **tabla 19** se muestra la incidencia nacional cruda y estandarizada por edad. Hubo un discreto descenso respecto al periodo anterior pasando de 26,90 a 25,97 por cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, los más afectados por esta infección fueron los hombres, en quienes se presentó una incidencia estandarizada de 43,19 (IC 95%: 42,41 - 43,99).

La región con la incidencia estandarizada más alta fue la Central (31,54 casos por cada 100.000 habitantes IC 95%: 30,57 - 32,53), seguida por Bogotá, D. C., (29,10; IC 95%: 27,98 - 30,26). La cifra más baja se estimó en la región Oriental. Además, los departamentos con la mayor incidencia ajustada por la edad fueron Risaralda (43,75) y Quindío (39,00).



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

Tabla 19. Incidencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2025

Categoría		Incidencia (100.000 habitantes)				
		Casos nuevos	Población DANE ¹	Cruda	Estandarizada ²	IC 95% ³
Nacional		14.169	52.695.952	26,89	25,97	25,54 - 26,40
Sexo	Hombre	11.624	25.718.840	45,20	43,19	42,41 - 43,99
	Mujer	2.545	26.977.112	9,43	9,13	8,78 - 9,50
Región	Amazonía-Orinoquía	315	1.599.445	19,69	19,20	17,13 - 21,45
	Bogotá, D. C.	2.587	7.929.539	32,62	29,10	27,98 - 30,26
	Caribe	3.046	12.041.238	25,30	25,19	24,30 - 26,10
	Central	4.059	12.491.141	32,50	31,54	30,57 - 32,53
	Oriental	1.986	10.097.348	19,67	19,16	18,32 - 20,02
	Pacífica	2.176	8.537.241	25,49	25,28	24,23 - 26,37

¹ Ajuste por población proyectada por el DANE 2024 por quinquenios edad.

² Ajuste realizado con la población de referencia de la OMS.

³ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

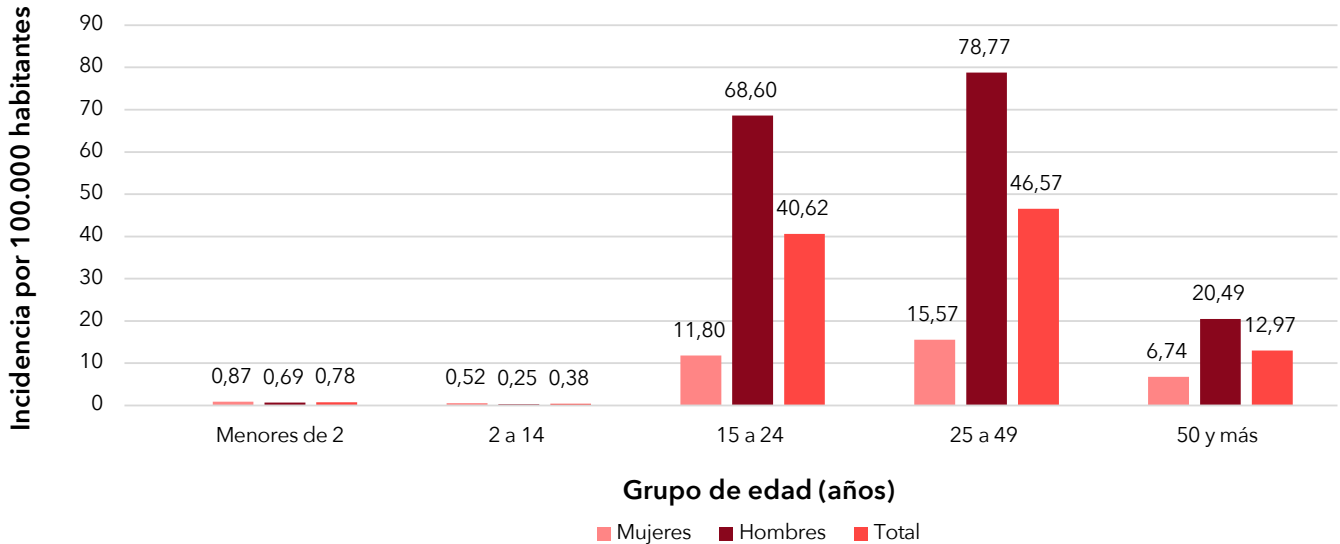
Por rangos de edad la mayor frecuencia de los casos incidentes se observó en el grupo de 25 a 49 años, seguido por el de 15 a 24 años. La incidencia cruda estimada para los hombres en estos grupos de edad es de 78,77 y 68,60 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. A continuación, la **figura 12** muestra la incidencia por el sexo y el grupo de edad.

Situación del VIH en Colombia 2025

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

www.cinecovid.com/colombia

Figura 12. Incidencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

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

En cuanto a la población afiliada al SGSSS, el régimen subsidiado presenta la mayor incidencia estandarizada por la edad, con 28,02 casos nuevos por cada 100.000 afiliados, seguido por los regímenes contributivo y especial (tabla 20).



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

Tabla 20. Incidencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población BDUA	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	8.147	28.463.916	28,62	26,26	25,68 - 26,84
Subsidiado	5.690	20.814.431	27,34	28,02	27,30 - 28,77
Excepción	199	2.100.723	9,47	10,52	9,03 - 12,16
No asegurado	124	SD	**	**	**
Especial	7	40.992	17,08	18,24	6,29 - 49,70
Planes voluntarios de salud	2	SD	**	**	**
Entidades liquidadas	0	SD	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad, la población de cada régimen fue tomada de la BDUA con corte al 31 de julio de 2025.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

SD: sin dato.

** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

3.2. Prevalencia del VIH

En el periodo 2025 contemplado del 1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025 se reportaron 195.012 casos prevalentes en la CAC. Sin embargo, por medio del cruce de los registros del periodo anterior que no fueron reportados en este (8.235), se obtuvo la cifra de 203.247 personas con VIH.



3.2.1. Prevalencia del VIH según el sexo y la edad

La prevalencia estandarizada incrementó discretamente respecto al periodo anterior pasando de 0,34 a 0,36 por cada 100 habitantes y fue mayor en los hombres que en las mujeres (**tabla 21**). La región con la estimación más alta fue Bogotá, D. C., (0,49) y la más baja fue la Amazonía-Orinoquía (0,20). Por otro lado, las entidades territoriales con las mayores prevalencias fueron Risaralda (0,58), Quindío (0,58) y Valle del Cauca (0,50).



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

Tabla 21. Prevalencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2025

Categoría	Prevalencia (100 habitantes)					
	Casos PVV	Población DANE	Cruda	Estandarizada	IC 95% ¹	
Nacional	203.247	52.695.952	0,39	0,36	0,36 - 0,37	
Sexo	Hombre	160.031	25.718.840	0,62	0,59	0,59 - 0,59
	Mujer	43.216	26.977.112	0,16	0,15	0,15 - 0,15
Región²	Amazonía-Orinoquía	3.132	1.599.445	0,20	0,20	0,19 - 0,20
	Bogotá, D. C.	45.550	7.929.539	0,57	0,49	0,49 - 0,50
	Caribe	40.236	12.041.238	0,33	0,34	0,33 - 0,34
	Central	58.420	12.491.141	0,47	0,44	0,43 - 0,44
	Oriental	24.956	10.097.348	0,25	0,23	0,23 - 0,24
	Pacífica	30.953	8.537.241	0,36	0,35	0,35 - 0,36

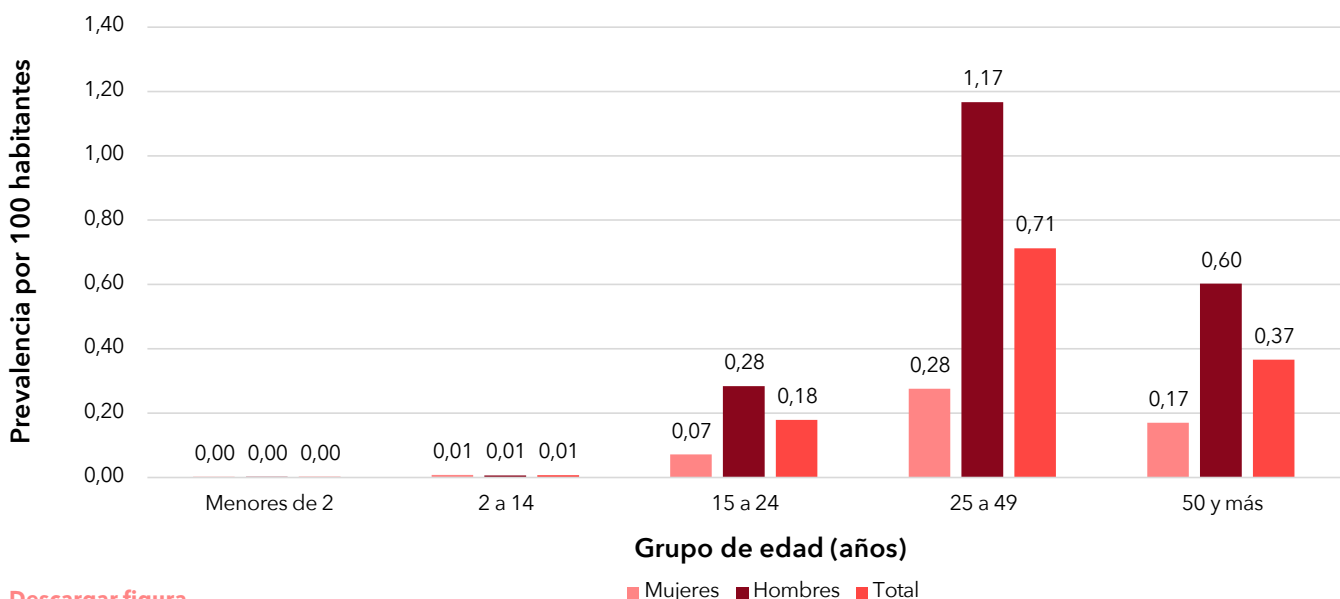
¹ Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

² Ajuste por población proyectada por el DANE 2024 por quinquenios de edad.

PVV: personas que viven con el VIH.

En la **figura 13** se muestra la prevalencia cruda y estandarizada por la edad. La mayor frecuencia de los casos prevalentes se registró en el grupo de 25 a 49 años, seguido por el de 50 años o más. La prevalencia cruda estimada para los hombres en estos grupos de edad es de 1,17 y 0,60 por cada 100 habitantes, respectivamente.

Figura 13. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2025

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

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

Según la población afiliada al SGSSS, la prevalencia estandarizada más alta la tiene el régimen contributivo con 0,37 (**tabla 22**), demostrando un aumento en comparación con el periodo anterior (0,35 por cada 100 afiliados). Las entidades con las prevalencias estandarizadas más altas fueron la EAS027 (0,76), la EPSS34 (0,62) y la EAS016 (0,58).



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

Tabla 22. Prevalencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Prevalencia (por 100 afiliados) ¹				
	Casos PVV	Población BDUA	Cruda	Estandarizada ²	IC 95%
Contributivo	120.991	28.463.916	0,43	0,37	0,37 - 0,37
Subsidiado	69.086	20.814.431	0,33	0,34	0,34 - 0,34
Entidades liquidadas	8.235	SD	**	**	**
Excepción	3.887	2.100.723	0,19	0,18	0,18 - 0,19
No asegurado	876	SD	**	**	**
Especial	116	40.992	0,28	0,30	0,22 - 0,40
Planes voluntarios de salud	56	SD	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población fue tomada de la BDUA con corte al 31 de julio de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

SD: sin dato; PVV: personas que viven con el VIH.

** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la prevalencia.

3.3. Mortalidad general y letalidad

Durante el periodo 2025 se presentaron 2.353 muertes por todas las causas en las personas con diagnóstico de VIH, estas son 148 más que en el periodo 2024.

3.3.1. Mortalidad y letalidad del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025

La mortalidad estandarizada incrementó, con respecto al periodo anterior, pasando de 4,01 a 4,11 defunciones por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 3,95 - 4,28). El mayor número de muertes se presentó en los hombres (n= 1.816). En cuanto a las regiones, la mayor mortalidad estandarizada se dio en la Pacífica, Central y la Caribe. Los departamentos en los que hubo una mayor mortalidad estandarizada fueron Amazonas (12,16) Quindío (9,10), y Risaralda (7,84).



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



Tabla 23. Mortalidad cruda y estandarizada por todas las causas, Colombia 2025

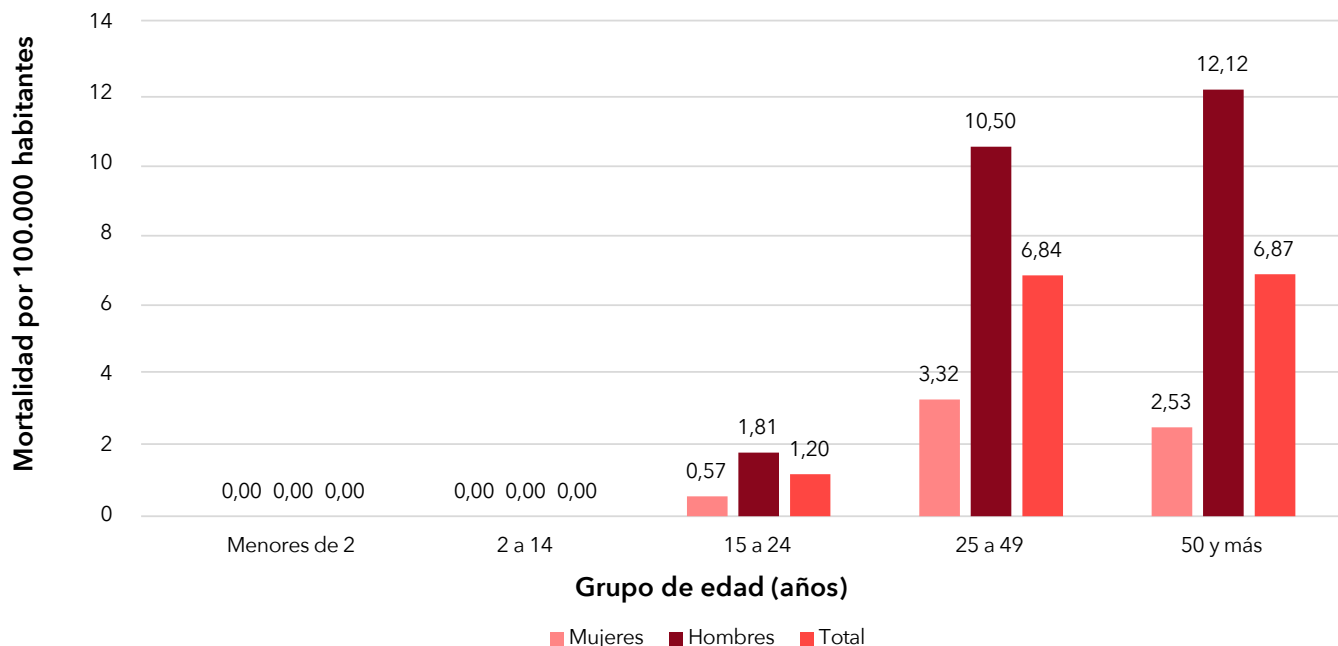
Categoría		Mortalidad (100.000 habitantes)				
		Casos de muerte	Población DANE	Cruda	Estandarizada	IC 95% ¹
Nacional		2.353	52.695.952	4,46	4,11	3,95 - 4,28
Sexo	Hombre	1.816	25.718.840	7,06	6,66	6,35 - 6,97
	Mujer	537	26.977.112	1,99	1,81	1,66 - 1,98
Región²	Amazonía-Orinoquía	46	1.599.445	2,88	2,98	2,18 - 3,98
	Bogotá, D. C.	359	7.929.539	4,52	3,85	3,46 - 4,27
	Caribe	545	12.041.238	4,52	4,51	4,14 - 4,91
	Central	659	12.491.141	5,27	4,71	4,35 - 5,09
	Oriental	309	10.097.348	3,06	2,80	2,49 - 3,13
	Pacífica	435	8.537.241	5,09	4,75	4,31- 5,22

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

² Ajuste realizado con la población proyectada por el DANE 2024 por quinquenios de edad.

Al analizar por grupos etarios, se observó que la mayor frecuencia de fallecidos estaba entre los 25 y los 49 años (1.323). Sin embargo, al mirar la tasa cruda de mortalidad, esta se concentra en las personas de 50 años y más, seguida por las personas entre los 25 y los 49 años. En la **figura 14** se presenta la tasa de mortalidad por sexo y grupo de edad.

Figura 14. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con VIH según el sexo y la edad, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

En la **tabla 24** se muestra la mortalidad y letalidad por quinquenios y por sexo. En las mujeres, el grupo de edad con el mayor número de muertes por todas las causas fue el de 40 a 44 años (n= 82), mientras que en los hombres fue de 30 a 34 años (n= 238). En cuanto a la tasa de letalidad (fallecidos debido al VIH), esta disminuyó respecto al periodo anterior, pasando de 2,77 a 2,73 muertes por cada 1.000 habitantes, tendencia que viene desde el año 2024, además fue mayor en las mujeres con 3,61 casos.

Situación del VIH en Colombia 2025

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

www.emisadecolombia.gov.co

Tabla 24. Distribución de la mortalidad y de la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2025

Grupo etario (años)	Población DANE			Personas viviendo con el VIH			Muertes en PVV		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	n (%)								
0 - 4	1.859.625	1.778.209	3.637.834	82	88	170	0	0	0
5 - 9	2.013.222	1.928.217	3.941.439	144	155	299	0	0	0
10 - 14	2.027.702	1.942.679	3.970.381	154	189	343	0	0	0
15 - 19	2.044.961	1.967.698	4.012.659	1.325	649	1.974	3	2	5
20 - 24	2.145.847	2.101.387	4.247.234	10.583	2.261	12.844	61	16	77
25 - 29	2.238.274	2.230.478	4.468.752	23.980	4.248	28.228	161	45	206
30 - 34	2.117.081	2.149.215	4.266.296	30.334	5.371	35.705	238	60	298
35 - 39	1.895.829	1.969.033	3.864.862	24.364	6.007	30.371	205	76	281
40 - 44	1.736.597	1.852.929	3.589.526	17.759	6.202	23.961	202	82	284
45 - 49	1.499.722	1.651.352	3.151.074	14.272	5.399	19.671	189	63	252
50 - 54	1.350.752	1.532.989	2.883.741	11.424	4.233	15.657	151	48	199
55 - 59	1.281.377	1.489.446	2.770.823	10.269	3.349	13.618	165	44	209
60 - 64	1.117.833	1.330.497	2.448.330	7.507	2.443	9.950	140	37	177
65 - 69	875.368	1.067.272	1.942.640	4.121	1.401	5.522	118	28	146
70 - 74	633.517	792.858	1.426.375	2.179	770	2.949	81	13	94
75 - 79	421.354	548.031	969.385	1.042	306	1.348	56	8	64
80 o más	459.779	644.822	1.104.601	492	145	637	46	15	61
Total	25.718.840	26.977.112	52.695.952	160.031	43.216	203.247	1.816	537	2.353

Tabla 24. Distribución de la mortalidad y de la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2025 (continuación)

Grupo etario (años)	Mortalidad (por 100.000 habitantes)			Muertes debido al VIH			Letalidad (por 1.000 PVV) ¹		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	n (%)								
0 - 4	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5 - 9	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
10 - 14	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15 - 19	0,15	0,10	0,12	3	0	3	2,26	0,00	1,52
20 - 24	2,84	0,76	1,81	25	7	32	2,36	3,10	2,49
25 - 29	7,19	2,02	4,61	38	20	58	1,59	4,71	2,06
30 - 34	11,24	2,79	6,98	65	14	79	2,14	2,61	2,21
35 - 39	10,81	3,86	7,27	54	24	78	2,22	4,00	2,57
40 - 44	11,63	4,43	7,91	43	29	72	2,42	4,68	3,01
45 - 49	12,60	3,82	8,00	40	16	56	2,80	2,96	2,85
50 - 54	11,18	3,13	6,90	33	8	41	2,89	1,89	2,62
55 - 59	12,88	2,95	7,54	41	13	54	4,00	3,88	3,97
60 - 64	12,52	2,78	7,23	27	12	39	3,60	4,91	3,92
65 - 69	13,48	2,62	7,52	14	8	22	3,40	5,72	3,99
70 - 74	12,79	1,64	6,59	10	3	13	4,60	3,90	4,41
75 - 79	13,29	1,46	6,60	5	1	6	4,82	3,27	4,46
80 o más	10,00	2,33	5,52	0	1	1	0,00	6,90	1,57
Total	7,06	1,99	4,47	398	156	554	2,49	3,61	2,73

¹ Casos fallecidos por VIH sobre el total de PVV (excluye PVV fallecidas por causa de muerte desconocida).



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

El régimen subsidiado tiene la mayor mortalidad estandarizada (6,31 fallecimientos por cada 100.000 habitantes), en línea con la tendencia de periodos anteriores y la distribución de poblaciones clave descrita en el **capítulo 2**. Le sigue el régimen contributivo con una tasa de 2,60 (**tabla 25**). Las entidades con la mayor mortalidad ajustada fueron la EAS027 (59,55), la EPSS34 (13,98) y la REUE09 (13,20), aunque fue una única muerte y la población de la EAPB es de 1.746 afiliados.



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

Tabla 25. Mortalidad del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos de muerte	Población BDUA ¹	Cruda	Estandarizada	IC 95% ²
Subsidiado	1.324	20.814.431	6,36	6,31	5,97 - 6,66
Contributivo	885	28.463.916	3,11	2,60	2,43 - 2,77
Entidades liquidadas	112	SD	**	**	**
Excepción	16	2.100.723	0,76	0,63	0,36 - 1,06
No asegurado	14	SD	**	**	**
Especial	2	40.992	4,88	1,04	0,1 - 28,37
Planes voluntarios de salud	0	SD	**	**	**

¹ La población de referencia fue tomada de la BDUA con corte al 31 de julio de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

SD: sin dato.

** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la tasa de mortalidad.

4

Terapia antirretroviral

RESUMEN infográfico

Terapia antirretroviral

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025

4



El **81,30%** de las PVV prevalentes recibieron TAR, lo que corresponde a un **aumento de 0,69%** con respecto al periodo anterior.



De las PVV prevalentes que reciben TAR, el **81,50%** tenía una CV **menor a 50 copias/ml** y el 89,49%, menor a 1.000 copias/ml.



La región Caribe tuvo la mayor **cobertura de TAR con un 84,80%**.



Según el régimen, en el contributivo el 83,35% de los afiliados recibió TAR, seguido del subsidiado, con el 78,97%.



La cobertura de TAR en las personas viviendo con VIH no aseguradas fue de 16,21%, y de estas, el 71,13% alcanzó la supresión viral, independiente del punto de corte.



La proporción de las personas que lograron la supresión de la CV (< 1.000 copias/ml) en el régimen contributivo se incrementó discretamente (2024: 91,86% y 2025: 92,45%), mientras que en el subsidiado por segundo año consecutivo disminuyó (2023: 86,86%; 2024: 85,25% y; 2025: 84,08%).



El esquema más usado en las personas prevalentes que recibieron TAR fue el compuesto por efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil, con el 18,94%. Por su parte en los casos incidentes el esquema más frecuente fue dolutegravir, emtricitabina y tenofovir disoproxil, con el 22,80%.

Del total de las personas que presentaron alguna falla terapéutica, al **22,65%** se les realizó la **genotipificación para VIH**, 2,39% menos que en el periodo de 2024.

[Descargar infografía](#)

PVV: personas que viven con el VIH.

CV: carga viral.

TAR: terapia antirretroviral.

4. Terapia antirretroviral

En el 2015, ONUSIDA estableció un proyecto ambicioso para poner fin a la epidemia del VIH para el 2030. Con un enfoque de acción acelerada, el programa busca incrementar el ritmo de la prestación de servicios de prevención y tratamiento del VIH con un alto índice de impacto. Esto permitirá, hacer énfasis en las áreas y los grupos de población con mayor carga de la enfermedad. Además, busca hacer frente a los obstáculos legales y sociales, y traer a un primer plano los derechos humanos y la igualdad de género.

Como metas globales cuantificables, se espera que a 2030, se reduzca el número de adultos que contraen la infección a menos de 200.000 y se eviten 21 millones de muertes relacionadas con el VIH y 5,9 millones de infecciones en los niños. En concordancia con lo anterior, se estableció el objetivo 95-95-95 que implica que el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, el 95% de las que lo conocen tengan acceso al tratamiento y el 95% de las personas que lo sigan, logren suprimir su CV (29).

Durante 2025, fueron informados a la CAC 195.012 casos de personas que viven con VIH. Este será el denominador sobre el que se realizarán los análisis de este capítulo, el cual excluye 8.235 casos recuperados de periodos anteriores que no tenían información de la gestión en el periodo.

En la **tabla 26** se observa que el 81,30% de las personas prevalentes recibieron TAR (segundo indicador 95 de ONUSIDA); lo que se traduce en un aumento de 0,69% con respecto al periodo anterior. En cuanto a la CV, el 89,49% de las personas con TAR lograron suprimirla a < 1.000 copias/ml (tercer 95 de ONUSIDA), valor muy cercano al del 2024. Al comparar logros más estrictos de supresión de CV o indetectabilidad, también se puede notar un incremento del 0,26% para < 200 copias/ml y del 0,88% para < 50 copias/ml en 2025, las cuales se situaron en 86,72 y 81,50%, respectivamente. Las variaciones fueron similares al evaluar los indicadores en hombres y mujeres.

El 71,84% de los casos reportados fueron retenidos en la atención, lo que quiere decir que recibieron TAR, atención por médico experto o infectólogo y seguimiento paraclínico semestral de linfocitos T CD4+ y CV. Al comparar con el periodo 2024, este valor incrementó en 1,79% y la tendencia fue similar al comparar por los niveles de CV y por el sexo (**tabla 26**). Este valor de retención difiere levemente del indicador de gestión de riesgo reportado en el capítulo 7, ya que en dicha sección se incluyen casos duplicados (por ejemplo, una persona la reporta su EPS y su plan voluntario de salud) y aquí solo se considera un reporte por persona.

Tabla 26. Cobertura de la terapia antirretroviral, control virológico y retención en la atención de las personas que viven con el VIH, Colombia 2025

Medición	2024			2025		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	n(%)					
Número de PVV reportadas	146.490 (78,78)	39.464 (21,22)	185.954 (100,00)	152.951 (78,43)	42.061 (21,57)	195.012 (100,00)
Número de PVV que reciben TAR	118.369 (80,80)	31.767 (80,50)	150.136 (80,74)	125.013 (81,73)	33.523 (79,70)	158.536 (81,30)
Número de PVV que reciben TAR con carga viral suprimida (< 50 copias)	96.135 (81,22)	24.907 (78,41)	121.042 (80,62)	102.500 (81,99)	26.700 (79,65)	129.200 (81,50)
Número de PVV que reciben TAR con carga viral suprimida (< 200 copias)	103.150 (87,14)	26.652 (83,90)	129.802 (86,46)	109.161 (87,32)	28.320 (84,48)	137.481 (86,72)
Número de PVV que reciben TAR con carga viral suprimida (< 1.000 copias) ¹	106.419 (89,90)	27.832 (87,61)	134.251 (89,42)	112.494 (89,99)	29.377 (87,63)	141.871 (89,49)
Número de PVV retenidas en la atención²	102.613 (70,05)	27.945 (70,81)	130.558 (70,21)	110.572 (72,29)	29.520 (70,18)	140.092 (71,84)
Número de PVV retenidas en la atención con carga viral suprimida (< 50 copias)	85.807 (58,58)	22.690 (57,50)	108.497 (58,35)	93.975 (61,44)	24.534 (58,33)	118.509 (60,77)



Tabla 26. Cobertura de la terapia antirretroviral, control virológico y retención en la atención de las personas que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Medición	2024			2025		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
	n(%)					
Número de PVV retenidas en la atención con carga viral suprimida (< 200 copias)	91.863 (62,71)	24.218 (61,37)	116.081 (62,42)	99.903 (65,32)	25.959 (61,72)	125.862 (64,54)
Número de PVV retenidas en la atención con carga viral suprimida (< 1.000 copias)	94.737 (64,67)	25.246 (63,97)	119.983 (64,52)	102.814 (67,22)	26.885 (63,92)	129.699 (66,51)

¹ Para calcular la CV suprimida se tuvo en cuenta el último conteo de CV del periodo 2025.

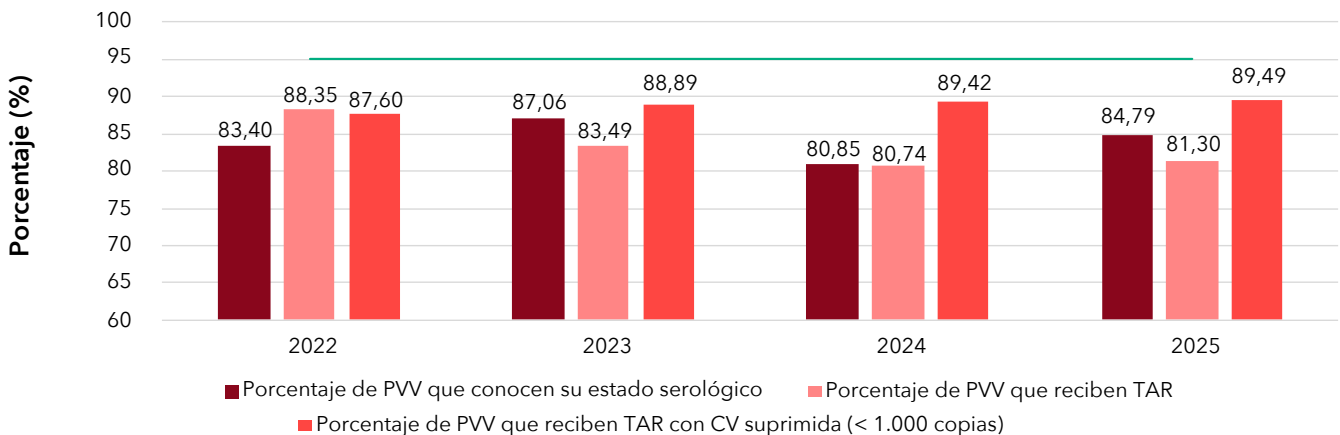
² Recibir atención en el periodo por médico experto o infectólogo, recibir la TAR, y realizar el seguimiento paraclínico semestral de linfocitos T CD4+ y carga viral. **PVV:** personas que viven con el VIH; **TAR:** terapia antirretroviral; **CV:** carga viral.

Otra manera de hacer el seguimiento de los objetivos de ONUSIDA es la forma llamada “en cascada”, la cual considera como denominador para los 3 indicadores el número estimado de personas que viven con VIH. En este caso los objetivos se traducen en 95-90-86 y las ventajas de su uso incluyen la posibilidad de ofrecer una medida comparable en la cobertura del tratamiento y de la supresión viral en la población o comunidad e indicar de forma clara el porcentaje de aquellas personas que viven con el VIH que no tienen una CV suprimida y corren el riesgo de contraer infecciones oportunistas y transmitir la enfermedad (30). En las **figuras 15a y 15b** se muestran un comparativo del estado actual de los indicadores de progreso y cascada de ONUSIDA y la tendencia entre los años 2022 a 2025. Para el cálculo del año 2025 se tuvo en cuenta la proyección para el 2024 en la que se estimó que en Colombia 230.000 personas vivían con VIH, igual que en 2023 (31). Además, es importante aclarar que el indicador del consenso (5) es diferente operativamente comparado con el indicador de la cascada de atención de ONUSIDA.

El análisis develó que el 84,79% de las personas conocen su estado serológico, el 81,30% de estos están en tratamiento y el 89,49% tienen una CV suprimida (< 1.000 copias). Estos valores son relativamente estables desde el periodo 2022, de hecho, el mejor resultado en términos de este indicador fue alcanzado en 2023.

Figura 15. Indicadores de progreso (ONUSIDA) en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH, Colombia 2022 a 2025

Figura 15a. Progreso hacia los objetivos 95-95-95 de diagnóstico, tratamiento y supresión viral



* El primer 95 en el periodo 2025 se estima con la proyección de ONUSIDA de personas que viven con el VIH en Colombia para el año 2024 (n= 230.000). Ocurre de la misma manera en cada periodo con la estimación del año anterior, reportada en su momento.

Fuente: (32,33).

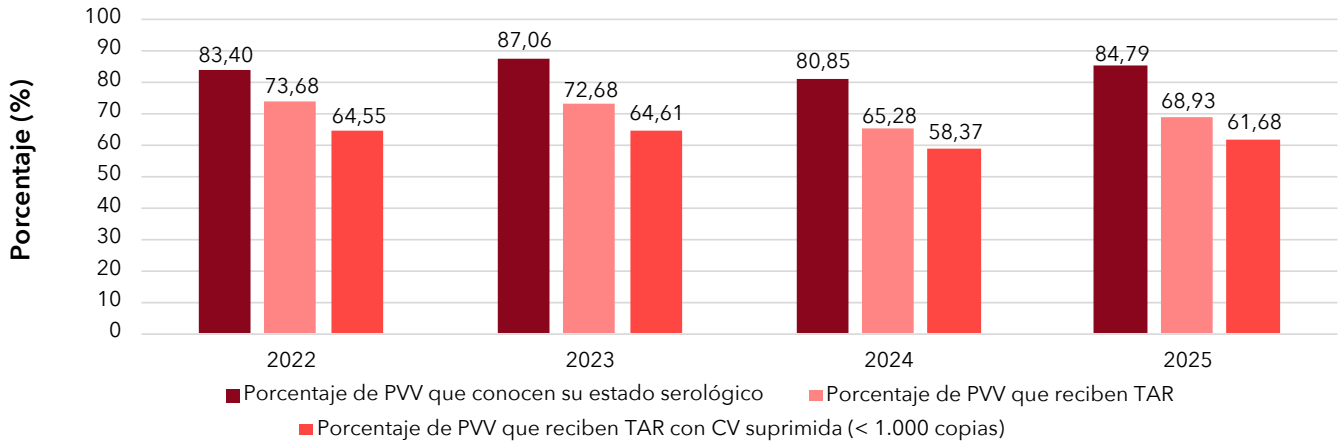
Nota: el numerador del primer 95 es el denominador del segundo 95. El numerador del segundo 95 es el denominador del tercer 95.

Situación del VIH en Colombia 2025

Terapia antirretroviral

[www.colombiaenvivo.gub.ark](#)

Figura 15b. Progreso hacia los objetivos en cascada de diagnóstico, tratamiento y supresión viral



* Los pilares de la cascada de cada año utilizan como denominador la estimación de personas que viven con el VIH proyectada en el año inmediatamente anterior con el software Spectrum de ONUSIDA aplicado a los datos de Colombia. Para el caso del año 2025 se utilizó la estimación del año 2024 de 230.000 personas viviendo con VIH en Colombia para dicho periodo y para cada año la estimación del año anterior, reportada en su momento.

Fuente: (32,33).

Nota: el denominador para los tres indicadores es el mismo en cada periodo (el número de personas que viven con el VIH de acuerdo con la proyección de ONUSIDA).

[Descargar figura](#)

En la **tabla 27** se observa que el 81,30% de las personas que viven con VIH recibieron TAR en el periodo y el 81,50% lograron la supresión viral. Aunque los valores de la TAR según el sexo son similares, fueron los hombres quienes lograron una mayor proporción de supresión o indetectabilidad, comparados con las mujeres.

Tabla 27. Cobertura de la terapia antirretroviral y CV de las personas que viven con VIH según el sexo, reportadas en Colombia 2025

Sexo	Número de PVV prevalentes reportadas	PVV prevalentes reportados con TAR	PVV prevalentes en TAR según la CV ¹		
			< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
n (%)					
Mujer	42.061 (21,57)	33.523 (79,70)	26.700 (79,65)	28.320 (84,48)	29.377 (87,63)
Hombre	152.951 (78,43)	125.013 (81,73)	102.500 (81,99)	109.161 (87,32)	112.494 (89,99)
Total	195.012 (100,00)	158.536 (81,30)	129.200 (81,50)	137.481 (86,72)	141.871 (89,49)

¹ Para calcular la CV suprimida se utilizó el último conteo de CV del periodo 2025.

PVV: personas que viven con el VIH; TAR: terapia antirretroviral; CV: carga viral.

La región Caribe tuvo la mayor proporción de personas viviendo con VIH que recibieron TAR (84,86%), seguida de la Oriental (83,96%) y la Central (81,41%); las 3 superaron el valor nacional (81,30%). La Central fue donde se alcanzó el porcentaje más alto de supresión viral para las 3 categorías evaluadas. En contraste, la Amazonía-Orinoquía tuvo los menores porcentajes de supresión e indetectabilidad en las personas que viven con VIH que recibieron TAR (**tabla 28**).



Tabla 28. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según la región, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	PVV prevalentes	PVV prevalentes que reciben TAR	Valor de la CV en las PVV prevalentes que reciben TAR		
			< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
n (%)					
Amazonía-Orinoquía	3.015 (100,00)	2.371 (78,64)	1.774 (74,82)	1.889 (79,67)	1.994 (84,10)
Bogotá, D. C.	43.339 (100,00)	34.423 (79,43)	28.333 (82,31)	29.956 (87,02)	30.692 (89,16)
Caribe	39.005 (100,00)	33.101 (84,86)	26.835 (81,07)	28.586 (86,36)	29.712 (89,76)
Central	55.891 (100,00)	45.499 (81,41)	37.829 (83,14)	40.146 (88,23)	41.325 (90,83)
Oriental	24.060 (100,00)	20.200 (83,96)	16.279 (80,59)	17.541 (86,84)	18.119 (89,70)
Pacífica	29.702 (100,00)	22.942 (77,24)	18.150 (79,11)	19.363 (84,40)	20.029 (87,30)
Total	195.012 (100,00)	158.536 (81,30)	129.200 (81,50)	137.481 (86,72)	141.871 (89,49)

PVV: personas que viven con el VIH; TAR: terapia antirretroviral; CV: carga viral.

Como se muestra en la **tabla 29**, el régimen contributivo fue el que tuvo la mayor cobertura de la TAR en sus afiliados con VIH (83,35%), seguido del subsidiado (78,97%) y el especial (76,72%). Con respecto al 2024, todos los regímenes, excepto en el de excepción, el especial y los no asegurados, disminuyeron esta proporción de cobertura. Entre los regímenes, el especial y el contributivo tuvieron los mayores porcentajes de supresión viral e indetectabilidad y aumentaron estas proporciones frente al periodo anterior. Por su parte, en los no asegurados, el 71,13% de quienes recibieron TAR logró la supresión de la CV y al comparar entre el contributivo y el subsidiado, la brecha en la proporción de quienes alcanzaron < 1.000 copias/ml pasó de 6,61% en 2024 a 8,37% en 2025.

Tabla 29. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	PVV prevalentes	PVV prevalentes que reciben TAR	Valor de la CV en las PVV prevalentes que reciben TAR		
			< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
n (%)					
Contributivo	120.991 (100,00)	100.849 (83,35)	85.907 (85,18)	90.903 (90,14)	93.233 (92,45)
Subsidiado	69.086 (100,00)	54.555 (78,97)	40.757 (74,71)	43.893 (80,46)	45.869 (84,08)
Excepción	3.887 (100,00)	2.892 (74,40)	2.372 (82,02)	2.505 (86,62)	2.580 (89,21)
Especial	116 (100,00)	89 (76,72)	81 (91,01)	82 (92,13)	82 (92,13)
Planes voluntarios de salud	56 (100,00)	9 (16,07)	5 (55,56)	5 (55,56)	6 (66,67)
No asegurado	876 (100,00)	142 (16,21)	78 (54,93)	93 (65,49)	101 (71,13)
Total	195.012 (100,00)	158.536 (81,30)	129.200 (81,50)	137.481 (86,72)	141.871 (89,49)

PVV: personas que viven con el VIH; TAR: terapia antirretroviral; CV: carga viral.

En las personas incidentes que viven con VIH, el principio activo que más se utilizó para la TAR fue la emtricitabina (83,66%), seguida del tenofovir disoproxil (80,10%) y el dolutegravir (39,47%). Por su parte, en las personas prevalentes los más usados fueron la emtricitabina (69,39%), seguida del tenofovir disoproxil (61,15%) y el ritonavir (38,57%). En la **tabla 30** se lista la frecuencia de uso de los medicamentos administrados a las personas viviendo con VIH incidentes y prevalentes reportadas a la CAC.

Tabla 30. Medicamentos reportados en las personas incidentes y prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025

Medicamento	Incidentes	Prevalentes
	n (%)	
Emtricitabina	10.425 (83,66)	110.005 (69,39)
Tenofovir disoproxil	9.981 (80,10)	96.951 (61,15)
Ritonavir	4.353 (34,93)	61.155 (38,57)
Dolutegravir	4.918 (39,47)	47.640 (30,05)

Situación del VIH en Colombia 2025

Terapia antirretroviral

www.minsalud.gov.co

Tabla 30. Medicamentos reportados en las personas incidentes y prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Medicamento	Incidentes	Prevalentes
	n (%)	
Lamivudina	2.011 (16,14)	46.652 (29,43)
Efavirenz	2.740 (21,99)	45.426 (28,65)
Atazanavir	2.486 (19,95)	32.935 (20,77)
Abacavir	943 (7,57)	31.592 (19,93)
Darunavir	1.871 (15,01)	29.055 (18,33)
Tenofovir alafenamida	460 (3,69)	13.131 (8,28)
Rilpivirina	148 (1,19)	5.488 (3,46)
Zidovudina	29 (0,23)	5.053 (3,19)
Cobicistat	115 (0,92)	4.033 (2,54)
Raltegravir	73 (0,59)	3.959 (2,50)
Elvitegravir	111 (0,89)	3.364 (2,12)
Nevirapina	2 (0,02)	2.056 (1,30)
Bictegravir	107 (0,86)	1.965 (1,24)
Lopinavir	1 (0,01)	1.898 (1,20)
Etravirina	-	370 (0,23)
Didanosina	-	189 (0,12)
Doravirina	6 (0,05)	131 (0,08)

En la **tabla 31** se observa que la combinación más frecuente de principios activos usados para la TAR en incidentes fue dolutegravir con emtricitabina y tenofovir disoproxil (22,80%), seguido por el efavirenz con emtricitabina y tenofovir disoproxil (21,56%). A continuación, se presentan las estrategias terapéuticas informadas en el 97,70% de la población incidente que vive con VIH, en el porcentaje restante se utilizaron esquemas menos comunes.

Tabla 31. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las personas incidentes y prevalentes que viven con VIH, Colombia 2025

Esquema	Incidentes	Prevalentes
	n (%)	
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	2.687 (21,56)	30.019 (18,94)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	2.346 (18,83)	18.479 (11,66)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.738 (13,95)	15.249 (9,62)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	2.841 (22,80)	14.736 (9,30)
Dolutegravir, lamivudina	1.023 (8,21)	11.382 (7,18)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	826 (6,63)	9.952 (6,28)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	-	6.194 (3,91)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	49 (0,39)	4.903 (3,09)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	43 (0,35)	2.940 (1,85)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	42 (0,34)	2.812 (1,77)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	171 (1,37)	2.288 (1,44)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	104 (0,83)	1.916 (1,21)



Tabla 31. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las personas incidentes y prevalentes que viven con VIH, Colombia 2025 (continuación)

Esquema	Incidentes	Prevalentes
	n (%)	
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	57 (0,46)	1.670 (1,05)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	-	1.649 (1,04)
Bictegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	107 (0,86)	1.584 (1,00)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	-	1.420 (0,90)
Atazanavir, efavirenz, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	-	1.071 (0,68)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	44 (0,35)	860 (0,54)
Atazanavir, darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	-	854 (0,54)
Darunavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	-	789 (0,50)
Atazanavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	-	783 (0,49)
Darunavir, efavirenz, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	-	703 (0,44)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	53 (0,43)	697 (0,44)
Emtricitabina, tenofovir disoproxil	-	688 (0,43)
Abacavir, efavirenz, emtricitabina, lamivudina, tenofovir disoproxil	-	600 (0,38)
Efavirenz	-	594 (0,37)
Emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	44 (0,35)	585 (0,37)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir alafenamida	-	560 (0,35)
Dolutegravir, efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	-	552 (0,35)

En el grupo prevalente de las personas que viven con VIH, se identificó como principal esquema de manejo de TAR el compuesto por efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil con el 18,94%, el segundo esquema más frecuente correspondió al conformado por atazanavir, emtricitabina, ritonavir y tenofovir disoproxil con el 11,66%. Los esquemas restantes se encuentran contenidos en la tabla anterior y cubren hasta el 86,11% de las estrategias terapéuticas más comunes reportadas.

El análisis del control viral en las personas que llevan al menos 180 días o más, bajo un esquema de manejo reportado y que cuentan con una CV dentro del mismo periodo de tiempo, registró a la fecha de corte una población de 73.621 personas. En quienes se observó que el 89,22% de las personas viviendo con VIH lograron la indetectabilidad viral con menos de 50 copias/ml, mientras que el 95,74% consiguieron la supresión (< 1.000 copias/ml). En cuanto a los esquemas de manejo antirretroviral utilizados, el principal esquema (efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil) fue utilizado por el 21,28% de la población mencionada, aunque no fue el que mayor proporción de supresión viral alcanzó. Los esquemas con mayor proporción de supresión entre quienes lo usaron y permanecieron al menos 180 días bajo tratamiento fueron el dolutegravir con lamivudina (98,99%), seguido por el compuesto por la emtricitabina, rilpivirina y tenofovir alafenamida (98,89%). Los esquemas restantes más frecuentes y la estratificación de control viral se encuentran dispuestos en la **tabla 32**.

Tabla 32. Control viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV que permanecieron por lo menos 180 días en el esquema de TAR actual, Colombia 2025

Principales esquemas	PVV con el esquema	< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
		n (%)		
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	15.671	14.439 (92,14)	14.908 (95,13)	15.124 (96,51)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	8.462	7.110 (84,02)	7.594 (89,74)	7.849 (92,76)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	6.648	5.685 (85,51)	6.085 (91,53)	6.294 (94,68)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	6.160	5.220 (84,74)	5.669 (92,03)	5.822 (94,51)

Situación del VIH en Colombia 2025

Terapia antirretroviral

www.colombia.gov.co/vih

Tabla 32. Control viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV que permanecieron por lo menos 180 días en el esquema de TAR actual, Colombia 2025 (continuación)

Principales esquemas	PVV con el esquema	<50 copias/ml	<200 copias/ml	<1.000 copias/ml
		n (%)		
Dolutegravir, lamivudina	4.661	4.426 (94,96)	4.570 (98,05)	4.614 (98,99)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	4.033	3.681 (91,27)	3.853 (95,54)	3.905 (96,83)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	2.828	2.627 (92,89)	2.693 (95,23)	2.734 (96,68)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	2.581	2.212 (85,70)	2.350 (91,05)	2.429 (94,11)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	1.718	1.664 (96,86)	1.683 (97,96)	1.699 (98,89)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	1.208	1.096 (90,73)	1.136 (94,04)	1.165 (96,44)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.205	1.095 (90,87)	1.159 (96,18)	1.176 (97,59)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.013	959 (94,67)	983 (97,04)	986 (97,33)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	878	741 (84,40)	812 (92,48)	837 (95,33)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	858	824 (96,04)	837 (97,55)	848 (98,83)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	743	630 (84,79)	677 (91,12)	692 (93,14)
Bictegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	542	487 (89,85)	522 (96,31)	531 (97,97)
Atazanavir, efavirenz, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	428	365 (85,28)	385 (89,95)	401 (93,69)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	390	342 (87,69)	371 (95,13)	377 (96,67)
Atazanavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	364	313 (85,99)	330 (90,66)	340 (93,41)
Darunavir, efavirenz, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	339	295 (87,02)	316 (93,22)	322 (94,99)
Darunavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	335	263 (78,51)	300 (89,55)	318 (94,93)
Atazanavir, darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	325	286 (88,00)	302 (92,92)	305 (93,85)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	321	295 (91,90)	306 (95,33)	311 (96,88)
Dolutegravir, efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	315	282 (89,52)	298 (94,60)	305 (96,83)

PVV: personas que viven con el VIH.

Por otra parte, en quienes se presentó alguna falla terapéutica, se realizó la genotipificación al 22,65% (n= 5.894), de los cuales el 25,10% correspondió a régimen subsidiado, seguido del contributivo con el 21,75%. Comparado con el periodo de 2024, se observó una disminución del 2,36% en la realización de genotipificación en la población con falla terapéutica. Del total de personas que viven con VIH (n= 195.012) se realizó genotipificación al 5,11% (n= 9.961) y el 13,34% (n= 26.020) presentó falla terapéutica.

Tabla 33. Falla terapéutica y genotipificación en las personas que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	¿Ha tenido falla terapéutica?								
	Sí			No			Total		
	Genotipificación								
	Sí ¹	No ¹	Total ²	Sí ¹	No ¹	Total ²	Sí ¹	No ¹	Total ³
n (%)									
Contributivo	3.683 (21,75)	13.254 (78,25)	16.937 (100,00)	2.578 (2,48)	101.476 (97,52)	104.054 (100,00)	6.261 (5,17)	114.730 (94,83)	120.991 (100,00)
Subsidiado	2.079 (25,10)	6.203 (74,90)	8.282 (100,00)	1.363 (2,24)	59.441 (97,76)	60.804 (100,00)	3.442 (4,98)	65.644 (95,02)	69.086 (100,00)
Excepción	126 (16,05)	659 (83,95)	785 (100,00)	122 (3,93)	2.980 (96,07)	3.102 (100,00)	248 (6,38)	3.639 (93,62)	3.887 (100,00)
Especial	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (100,00)	4 (3,64)	106 (96,36)	110 (100,00)	6 (5,17)	110 (94,83)	116 (100,00)
Planes voluntarios de salud	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	56 (100,00)	56 (100,00)	0 (0,00)	56 (100,00)	56 (100,00)
No asegurado	4 (40,00)	6 (60,00)	10 (100,00)	0 (0,00)	866 (100,00)	866 (100,00)	4 (0,46)	872 (99,54)	876 (100,00)
Total	5.894 (22,65)	20.126 (77,35)	26.020 (100,00)	4.067 (2,41)	164.925 (97,59)	168.992 (100,00)	9.961 (5,11)	185.051 (94,89)	195.012 (100,00)

¹ Porcentaje del total con o sin falla.

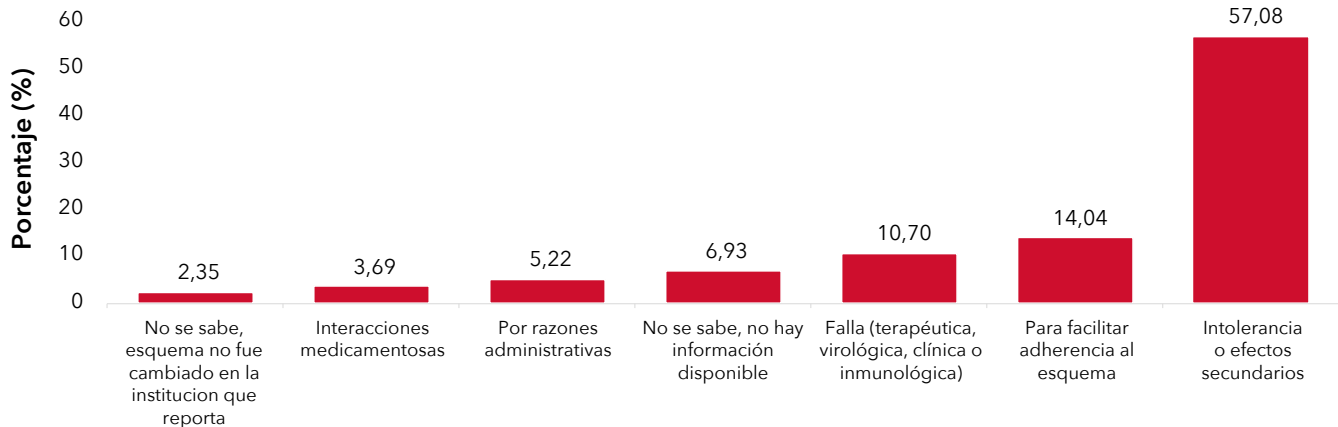
² Porcentaje del total por régimen de afiliación.

³ Porcentaje del total de PVV prevalentes reportadas.



De las personas que viven con VIH que reciben TAR actualmente, 81.437 informaron algún cambio de su esquema inicial. Dentro de las principales causas se encontraron: la intolerancia o la presencia de efectos secundarios en el 57,08% (n= 46.484), para facilitar la adherencia al tratamiento en el 14,04% (n= 11.436), falla terapéutica, virológica, clínica o inmunológica en el 10,70% (n= 8.711). El porcentaje restante estuvo relacionado con razones administrativas, la interacción de medicamentos o por causa desconocida (**figura 16**).

Figura 16. Motivo de cambio de TAR inicial en casos prevalentes con TAR actual, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

4.1. Casos menores de 14 años con reporte de falla terapéutica

Durante el periodo 2025, se reportaron un total de 153 casos de falla terapéutica en niños con 14 años o menos dentro de la población prevalente analizada. De estos, tres casos (1,96%) tenían un año, la mayor frecuencia de casos (87) se concentró en niños de 2 a 10 años (56,86%), mientras que los niños entre 11 y 14 años correspondieron al 35,94% del total con falla terapéutica registrada en el periodo, con 66 casos.

4.2. Pacientes con carga viral indetectable en estado de abandono de la terapia antirretroviral (TAR)

En el periodo de análisis 34.512 personas abandonaron la TAR, la causa no estaba disponible en el 54,61% de los abandonos. Entre los que sí reportaron una causa (15.662), el 98,28% corresponde a un abandono por parte del paciente, es decir que cuenta con soporte de la gestión efectiva por parte de la EAPB, pero las personas se negaron a recibir la atención. Los restantes no tienen gestión (1,32%) o abandonaron porque la persona se encontraba fuera del país y no recibió atención dentro del periodo (0,38%).

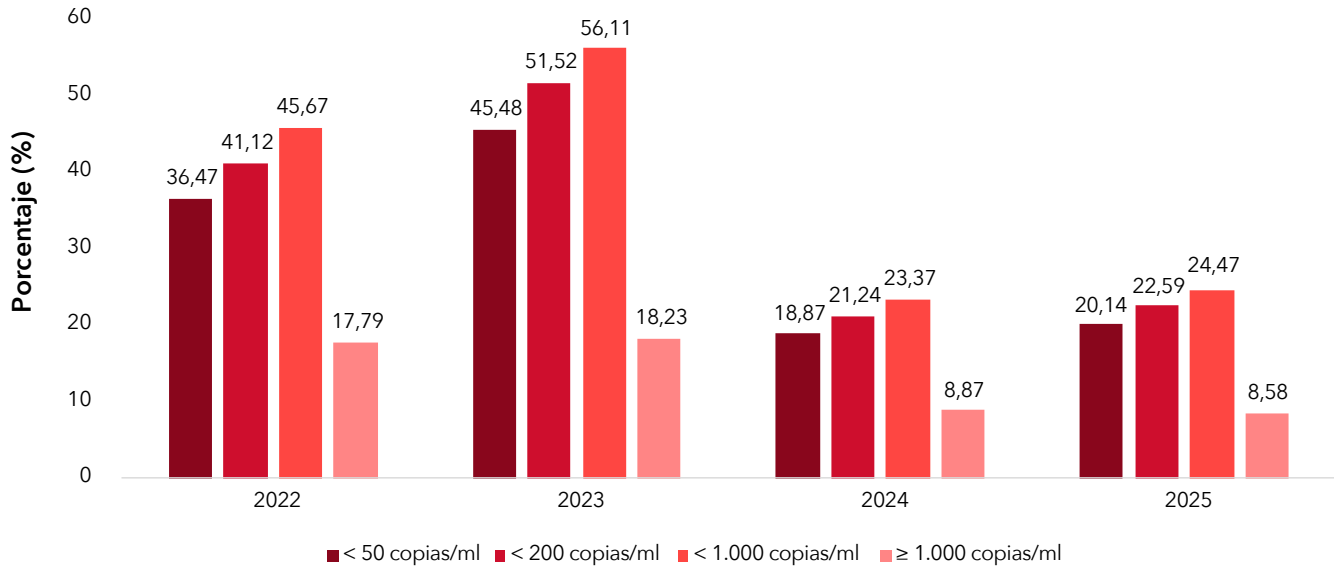
Dentro del total de abandonos, 6.952 personas (20,14%) tenían CV indetectable (< 50 copias/ml) en la última medición disponible. Al comparar con los periodos anteriores, esta proporción de indetectabilidad entre las personas que abandonaron la TAR fue más alta en los periodos 2022 y 2023, pero en todos los años es superior al 18% (**figura 17**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Terapia antirretroviral

www.kidmaplanet.com/colombia

Figura 17. Casos de abandono TAR de acuerdo con la CV en Colombia, 2022 a 2025



[Descargar figura](#)

5

Transmisión
materno-infantil
del VIH

RESUMEN infográfico

Transmisión materno-infantil del VIH

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025

5



Se informaron **486.363**
mujeres gestantes,

lo que corresponde a una reducción del 9,34% respecto al periodo anterior.



La tamización del VIH se le realizó al **97,01%**

de las gestantes reportadas mostrando mejoría con respecto al periodo anterior (95,31%).



Se diagnosticaron **937**
gestantes

con infección por VIH (0,19%), proporción menor a la encontrada en el periodo 2024 (0,21%).



La mediana de la edad gestacional al momento de la detección del VIH fue de 14 semanas (RIC: 9 - 24) y el 43,54% de las gestantes con VIH estaba en estadio clínico 2 a la fecha de corte.



En el 2025, el 96,05% de las gestantes con VIH recibió TAR durante el embarazo.



El 72,68% de las gestantes con VIH tenía la última CV indetectable (< 50 copias/ml), lo cual representa una reducción del 0,58% en indetectabilidad, comparado con el 2024.



651 mujeres finalizaron su gestación durante el periodo y de ellas el 78,96% recibió antirretrovirales durante el parto y el 80,19% tuvo supresión farmacológica de la lactancia.



El 1,80% de los menores expuestos al VIH no recibieron profilaxis antirretroviral postnatal.



En el marco de la estrategia ETMI-Plus se identificaron 566 nacidos vivos de los cuales 7 niños menores de 1 año adquirieron la infección por TMI.



En el periodo se reportaron 891 niños menores de 12 meses, hijos de madres con VIH.

La transmisión materno-infantil

(1,23%) fue mayor al **0,48%**
reportado en 2024.

[Descargar infografía](#)

RIC: rango intercuartílico.
CV: carga viral.
TAR: terapia antirretroviral.
TMI: transmisión materno-infantil.



5. Transmisión materno - infantil del VIH

El riesgo de transmisión vertical está influenciado por la CV materna y se da por tres vías: durante la gestación, el parto o en el postparto. La transmisión intrauterina es la menos eficiente, con una tasa aproximada del 5 al 10% en ausencia de la TAR; sin embargo, el riesgo aumenta con una CV materna creciente o con una inflamación placentaria por coinfecciones. La transmisión intraparto es la más común y representa del 15 al 20% en mujeres sin TAR, se facilita por el contacto con la sangre materna y las secreciones del canal del parto, que entran en contacto con las mucosas del bebé. Finalmente, la transmisión postnatal suele ocurrir a través de la lactancia debido a la presencia, en la leche, de células CD4 maternas con el virus. Se estima que la transmisión por esta vía es del 16% en casos que no reciben la TAR (34).

En el marco del objetivo de poner fin a la epidemia del sida para el 2030, prevenir la transmisión materno - infantil es determinante. En concordancia, es necesario intensificar las medidas de prevención y detección de nuevas infecciones entre las mujeres embarazadas y las madres lactantes, garantizar el tratamiento y el apoyo a todas aquellas que viven con VIH, abordar la violencia de género y promover la igualdad para proteger la salud y la seguridad de las mujeres jóvenes (35). También en los recién nacidos y lactantes se debe estratificar el riesgo de exposición para determinar las decisiones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas (34).

5.1. Población de las mujeres gestantes

Durante el 2025, se informaron a la CAC 486.363 mujeres gestantes, lo que corresponde a una reducción del 9,34% respecto al periodo anterior (n= 536.495). El régimen contributivo representó la mayor cantidad de afiliadas gestantes (52,22%), seguido del subsidiado (44,58%). La mediana de la edad para todas las gestantes fue de 27 años (RIC: 22 - 32) y al comparar entre los regímenes, las del subsidiado y no asegurado fueron menores que el resto. A su vez se presentaron 1.951 embarazos en niñas de 10 a 14 años, 14,91% menos que el periodo anterior, la mayor concentración de embarazos estuvo en las mujeres entre los 20 y 29 años (**tabla 34**).

Con relación a las regiones, la Caribe tuvo el mayor número de gestantes informadas (29,10%), seguida de la Central (23,04%) y Bogotá, D. C., (14,21%) y a nivel departamental, los embarazos se concentraron en Bogotá, D. C., y Antioquia. Del total de las gestantes informadas, el 97,01% (n= 471.840) fueron tamizadas para VIH y de ellas, al 76,24% (n= 370.836) se le realizó la prueba en el primer trimestre de la gestación.

Tabla 34. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	No asegurado	Total
Edad (años)¹	28 (24 - 33)	25 (21 - 30)	31 (26 - 35)	36 (30 - 39)	34 (30 - 37)	23 (20 - 27)	27 (22 - 32)
Grupo etario							
10 - 14	409 (0,16)	1.517 (0,70)	15 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,30)	1.951 (0,40)
15 - 19	13.898 (5,47)	37.948 (17,50)	503 (5,90)	1 (2,86)	18 (0,50)	715 (21,11)	53.083 (10,91)
20 - 24	53.614 (21,11)	66.301 (30,58)	1.343 (15,76)	6 (17,14)	139 (3,85)	1.463 (43,19)	122.866 (25,26)
25 - 29	76.601 (30,16)	53.544 (24,69)	1.681 (19,73)	1 (2,86)	622 (17,24)	706 (20,84)	133.155 (27,38)
30 - 34	65.422 (25,76)	33.561 (15,48)	2.515 (29,52)	7 (20,00)	1.310 (36,32)	333 (9,83)	103.148 (21,21)
35 - 39	34.064 (13,41)	16.876 (7,78)	1.826 (21,43)	13 (37,14)	1.165 (32,30)	118 (3,48)	54.062 (11,12)
40 - 44	9.349 (3,68)	6.043 (2,79)	588 (6,90)	5 (14,29)	328 (9,09)	38 (1,12)	16.351 (3,36)
45 - 49	613 (0,24)	948 (0,44)	45 (0,53)	2 (5,71)	23 (0,64)	4 (0,12)	1.635 (0,34)
50 - 54	13 (0,01)	92 (0,04)	5 (0,06)	0 (0,00)	1 (0,03)	0 (0,00)	111 (0,02)
Región/Entidad territorial							
Amazonía-Orinoquía	2.718 (1,07)	9.702 (4,47)	428 (5,02)	0 (0,00)	27 (0,75)	6 (0,18)	12.881 (2,65)

Situación del VIH en Colombia 2025

Transmisión materno-infantil del VIH

www.colombia.comunicacion.gov.co

Tabla 34. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2025 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	No asegurado	Total
Amazonas	64 (0,03)	470 (0,22)	22 (0,26)	0 (0,00)	2 (0,06)	0 (0,00)	558 (0,11)
Arauca	454 (0,18)	2.079 (0,96)	73 (0,86)	0 (0,00)	3 (0,08)	6 (0,18)	2.615 (0,54)
Casanare	1.425 (0,56)	2.831 (1,31)	167 (1,96)	0 (0,00)	22 (0,61)	0 (0,00)	4.445 (0,91)
Guainía	3 (0,00)	24 (0,01)	14 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	41 (0,01)
Guaviare	337 (0,13)	744 (0,34)	38 (0,45)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.119 (0,23)
Putumayo	364 (0,14)	2.956 (1,36)	92 (1,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3.412 (0,70)
Vaupés	22 (0,01)	89 (0,04)	10 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	121 (0,02)
Vichada	49 (0,02)	509 (0,23)	12 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	570 (0,12)
Bogotá, D. C.	58.288 (22,95)	4.710 (2,17)	1.497 (17,57)	0 (0,00)	2.129 (59,02)	2.512 (74,17)	69.136 (14,21)
Caribe	44.409 (17,49)	94.499 (43,58)	1.903 (22,33)	1 (2,86)	471 (13,06)	225 (6,64)	141.508 (29,10)
Atlántico	17.418 (6,86)	16.011 (7,38)	384 (4,51)	0 (0,00)	175 (4,85)	0 (0,00)	33.988 (6,99)
Bolívar	8.410 (3,31)	16.441 (7,58)	391 (4,59)	0 (0,00)	70 (1,94)	46 (1,36)	25.358 (5,21)
Cesar	4.991 (1,97)	10.982 (5,06)	204 (2,39)	0 (0,00)	30 (0,83)	179 (5,28)	16.386 (3,37)
Córdoba	4.361 (1,72)	16.162 (7,45)	334 (3,92)	0 (0,00)	46 (1,28)	0 (0,00)	20.903 (4,30)
La Guajira	1.752 (0,69)	14.988 (6,91)	178 (2,09)	0 (0,00)	86 (2,38)	0 (0,00)	17.004 (3,50)
Magdalena	5.319 (2,09)	11.692 (5,39)	254 (2,98)	0 (0,00)	52 (1,44)	0 (0,00)	17.317 (3,56)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	300 (0,12)	51 (0,02)	9 (0,11)	0 (0,00)	3 (0,08)	0 (0,00)	363 (0,07)
Sucre	1.858 (0,73)	8.172 (3,77)	149 (1,75)	1 (2,86)	9 (0,25)	0 (0,00)	10.189 (2,09)
Central	65.542 (25,81)	44.420 (20,49)	1.698 (19,93)	12 (34,29)	258 (7,15)	150 (4,43)	112.080 (23,04)
Antioquia	42.648 (16,79)	22.687 (10,46)	549 (6,44)	12 (34,29)	151 (4,19)	98 (2,89)	66.145 (13,60)
Caldas	4.614 (1,82)	1.799 (0,83)	128 (1,50)	0 (0,00)	9 (0,25)	0 (0,00)	6.550 (1,35)
Caquetá	263 (0,10)	4.847 (2,24)	137 (1,61)	0 (0,00)	4 (0,11)	30 (0,89)	5.281 (1,09)
Huila	4.514 (1,78)	5.390 (2,49)	457 (5,36)	0 (0,00)	43 (1,19)	9 (0,27)	10.413 (2,14)
Quindío	2.694 (1,06)	1.923 (0,89)	81 (0,95)	0 (0,00)	1 (0,03)	0 (0,00)	4.699 (0,97)
Risaralda	4.551 (1,79)	2.179 (1,00)	59 (0,69)	0 (0,00)	26 (0,72)	13 (0,38)	6.828 (1,40)
Tolima	6.258 (2,46)	5.595 (2,58)	287 (3,37)	0 (0,00)	24 (0,67)	0 (0,00)	12.164 (2,50)
Oriental	51.610 (20,32)	30.247 (13,95)	2.082 (24,43)	14 (40,00)	508 (14,08)	490 (14,47)	84.951 (17,47)
Boyacá	5.726 (2,25)	7.020 (3,24)	231 (2,71)	5 (14,29)	28 (0,78)	45 (1,33)	13.055 (2,68)
Cundinamarca	23.269 (9,16)	1.954 (0,90)	382 (4,48)	0 (0,00)	149 (4,13)	2 (0,06)	25.756 (5,30)
Meta	4.931 (1,94)	5.909 (2,73)	397 (4,66)	0 (0,00)	211 (5,85)	155 (4,58)	11.603 (2,39)
Norte de Santander	5.440 (2,14)	7.703 (3,55)	475 (5,57)	0 (0,00)	20 (0,55)	110 (3,25)	13.748 (2,83)
Santander	12.244 (4,82)	7.661 (3,53)	597 (7,01)	9 (25,71)	100 (2,77)	178 (5,26)	20.789 (4,27)
Pacífica	31.416 (12,37)	33.252 (15,34)	913 (10,71)	8 (22,86)	214 (5,93)	4 (0,12)	65.807 (13,53)
Cauca	3.412 (1,34)	11.499 (5,30)	157 (1,84)	2 (5,71)	6 (0,17)	0 (0,00)	15.076 (3,10)
Chocó	490 (0,19)	1.535 (0,71)	86 (1,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2.111 (0,43)
Nariño	2.445 (0,96)	8.056 (3,72)	221 (2,59)	1 (2,86)	4 (0,11)	4 (0,12)	10.731 (2,21)
Valle del Cauca	25.069 (9,87)	12.162 (5,61)	449 (5,27)	5 (14,29)	204 (5,66)	0 (0,00)	37.889 (7,79)
Total	253.983 (100,00)	216.830 (100,00)	8.521 (100,00)	35 (100,00)	3.607 (100,00)	3.387 (100,00)	486.363 (100,00)

¹ Mediana (RIC).



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

Del total de las mujeres gestantes, el 0,19% (n= 937) tenían la infección por VIH, proporción menor a la encontrada en el periodo 2024 (0,21%). La mediana de la edad fue de 26 años (RIC: 22 - 31), siendo menor en las mujeres no afiliadas al sistema. Por otra parte el 56,46% tenía entre 20 y 29 años y en el grupo de 10 a 14 años, se informaron 2 niñas con VIH. En cuanto a las regiones, en la Caribe residía la mayoría de los casos, seguida de la Central y Bogotá, D. C. A nivel de departamentos, Antioquia fue el de mayor número de casos, seguido de Valle del Cauca (tabla 35).

Tabla 35. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Edad (años)¹	28 (24 - 33)	25 (22 - 30)	38 (35 - 41)	21 (19 - 22)	26 (22 - 31)
Grupo etario					
10 - 14	0 (0,00)	2 (0,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,21)
15 - 19	17 (4,90)	73 (12,85)	1 (20,00)	5 (29,41)	96 (10,25)
20 - 24	84 (24,21)	177 (31,16)	0 (0,00)	8 (47,06)	269 (28,71)
25 - 29	104 (29,97)	154 (27,11)	0 (0,00)	2 (11,76)	260 (27,75)
30 - 34	77 (22,19)	106 (18,66)	0 (0,00)	2 (11,76)	185 (19,74)
35 - 39	49 (14,12)	40 (7,04)	2 (40,00)	0 (0,00)	91 (9,71)
40 - 44	15 (4,32)	15 (2,64)	2 (40,00)	0 (0,00)	32 (3,42)
45 - 49	1 (0,29)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,21)
Región/Entidad territorial					
Amazonía-Orinoquía	6 (1,73)	20 (3,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	26 (2,77)
Arauca	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Casanare	6 (1,73)	12 (2,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (1,92)
Putumayo	0 (0,00)	4 (0,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,43)
Amazonas	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Guaviare	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Vaupés	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Bogotá, D. C.	58 (16,71)	22 (3,87)	1 (20,00)	4 (23,53)	85 (9,07)
Caribe	71 (20,46)	241 (42,43)	2 (40,00)	1 (5,88)	315 (33,62)
Atlántico	23 (6,63)	50 (8,80)	0 (0,00)	0 (0,00)	73 (7,79)
Bolívar	16 (4,61)	44 (7,75)	0 (0,00)	0 (0,00)	60 (6,40)
Cesar	5 (1,44)	23 (4,05)	0 (0,00)	1 (5,88)	29 (3,09)
Córdoba	7 (2,02)	44 (7,75)	1 (20,00)	0 (0,00)	52 (5,55)
La Guajira	5 (1,44)	32 (5,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	37 (3,95)
Magdalena	11 (3,17)	2544 (4,40)	1 (20,00)	0 (0,00)	37 (3,95)
Sucre	4 (1,15)	23 (4,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (2,88)
Central	104 (29,97)	101 (17,78)	1 (20,00)	4 (23,53)	210 (22,41)
Antioquia	65 (18,73)	70 (12,32)	0 (0,00)	3 (17,65)	138 (14,73)
Caldas	6 (1,73)	4 (0,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (1,07)
Caquetá	0 (0,00)	3 (0,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,32)
Huila	7 (2,02)	4 (0,70)	1 (20,00)	0 (0,00)	12 (1,28)
Quindío	5 (1,44)	8 (1,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (1,39)
Risaralda	7 (2,02)	9 (1,58)	0 (0,00)	1 (5,88)	17 (1,81)
Tolima	14 (4,03)	3 (0,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (1,81)

Situación del VIH en Colombia 2025

Transmisión materno-infantil del VIH

www.minisalud.gov.co

Tabla 35. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Oriental	53 (15,27)	58 (10,21)	0 (0,00)	8 (47,06)	119 (12,70)
Boyacá	0 (0,00)	2 (0,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,21)
Cundinamarca	20 (5,76)	3 (0,53)	0 (0,00)	2 (11,76)	25 (2,67)
Meta	6 (1,73)	12 (2,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (1,92)
Norte de Santander	7 (2,02)	22 (3,87)	0 (0,00)	6 (35,29)	35 (3,74)
Santander	20 (5,76)	19 (3,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	39 (4,16)
Pacífica	55 (15,85)	126 (22,18)	1 (20,00)	0 (0,00)	182 (19,42)
Cauca	7 (2,02)	20 (3,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (2,88)
Chocó	0 (0,00)	21 (3,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (2,24)
Nariño	5 (1,44)	23 (4,05)	1 (20,00)	0 (0,00)	29 (3,09)
Valle del Cauca	43 (12,39)	62 (10,92)	0 (0,00)	0 (0,00)	105 (11,21)
Total	347 (100,00)	568 (100,00)	5 (100,00)	17 (100,00)	937 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

A continuación, en la **tabla 36** se muestra que el régimen subsidiado tuvo la mayor frecuencia absoluta de gestantes con VIH (n= 568), seguido del contributivo (n= 347). En términos proporcionales, el subsidiado tuvo mayor cantidad de gestantes con VIH respecto a sus afiliadas gestantes. La EAPB con mayor número de gestantes con VIH fue la EPSS41, mientras que, respecto al número de gestantes afiliadas a la EAPB, fue la EAS027 la que mayor porcentaje tuvo (11,11%), aunque solo fue una mujer, a esta le siguen la CCF102 (3,42%) y la CCF050.

Tabla 36. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% gestantes con VIH del total de las reportadas
Contributivo	347	253.983	0,14
EAS016	0	4	0,00
EAS027	1	9	11,11
EPS001	0	1.595	0,00
EPS002	71	44.352	0,16
EPS005	68	39.867	0,17
EPS008	21	16.840	0,12
EPS010	69	63.984	0,11
EPS012	6	2.148	0,28
EPS017	31	29.152	0,11
EPS018	16	6.842	0,23
EPS037	60	46.360	0,13
EPS042	3	615	0,49
EPS046	0	713	0,00
EPS047	0	57	0,00
EPS048	1	1.445	0,07
Subsidiado	568	216.830	0,26
CCF033	5	3.267	0,15
CCF050	5	604	0,83



Tabla 36. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025 (continuación)

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% gestantes con VIH del total de las reportadas
CCF055	51	22.622	0,23
CCF102	13	380	3,42
EPS025	8	1.752	0,46
EPSI01	5	5.275	0,09
EPSI03	5	5.316	0,09
EPSI04	10	4.373	0,23
EPSI05	3	3.053	0,10
EPSI06	3	2.374	0,13
EPSS34	23	7.479	0,31
EPSS40	51	17.071	0,30
EPSS41	153	60.116	0,25
ESS024	66	27.049	0,24
ESS062	43	18.674	0,23
ESS118	40	11.484	0,35
ESS207	84	25.941	0,32
Excepción	5	8.521	0,06
RES001	0	1.828	0,00
RES002	0	265	0,00
RES003	5	3.235	0,15
RES004	0	3.193	0,00
Especial	0	35	0,00
RES006	0	9	0,00
RES007	0	5	0,00
RES009	0	2	0,00
RES011	0	13	0,00
RES014	0	5	0,00
REUE05	0	1	0,00
Planes voluntarios de salud	0	3.607	0,00
EMP002	0	127	0,00
EMP015	0	354	0,00
EMP017	0	629	0,00
EMP023	0	2.258	0,00
EMP028	0	184	0,00
EMP029	0	55	0,00
No asegurado	17	3.387	0,50
05000	3	98	3,06
11001	4	2.512	0,16
13000	0	21	0,00
13001	0	25	0,00
15000	0	45	0,00
18000	0	30	0,00
20000	1	178	0,56

Situación del VIH en Colombia 2025

Transmisión materno-infantil del VIH

www.cinecovid.com/colombia

Tabla 36. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025 (continuación)

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% gestantes con VIH del total de las reportadas
25000	2	2	100,00
41000	0	9	0,00
50000	0	155	0,00
52000	0	4	0,00
54000	6	110	5,45
66000	1	13	7,69
68000	0	179	0,00
81000	0	6	0,00
Total	937	486.363	0,19

5.2.1. Características clínicas de las gestantes con VIH

En el 88,37% de las gestantes con VIH, el mecanismo de transmisión fue sexual, lo que correspondió a una disminución del 0,47% con respecto al periodo 2024, el siguiente mecanismo más frecuente fue la transmisión materno - infantil (TMI) con el 2,88% y, en 79 gestantes, el mecanismo fue desconocido. El 58,59% ya tenía la enfermedad antes de la concepción, 39,59% se diagnosticó durante la gestación y en el 1,39% se diagnosticó durante el parto o en el periodo posterior al mismo. La mediana de la edad gestacional al momento del diagnóstico fue a las 14 semanas (RIC: 9 - 24), entre los regímenes, esta medida fue menor en el de excepción y mayor en el contributivo (**tabla 37**).

Adicionalmente, el 43,54% de las mujeres estaba en el estadio 2, a la fecha de corte, la mediana del último conteo de linfocitos T CD4 se encontraba en 568 células/mm (RIC: 373 - 798), medida que fue menor en las mujeres no aseguradas. En cuanto al control virológico, el 79,51% de las gestantes con VIH alcanzó la supresión viral (< 1.000 copias/ml), 3,32 puntos porcentuales menos que el periodo anterior (82,83%), y el 72,68% consiguió la indetectabilidad (< 50 copias/ml), valor muy cercano al obtenido en el periodo 2024 (73,26%). Finalmente, en cuanto al régimen, los mejores resultados de control virológico se alcanzaron en el contributivo.

Tabla 37. Características clínicas de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Mecanismo de transmisión					
Transmisión sexual	298 (85,88)	520 (91,55)	5 (100,00)	5 (29,41)	828 (88,37)
TMI	10 (2,88)	17 (2,99)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (2,88)
Transfusión	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Uso de cortopunzantes	0 (0,00)	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Ocupacional	1 (0,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Desconocida	38 (10,95)	29 (5,11)	0 (0,00)	12 (70,59)	79 (8,43)
Momento de la detección del VIH					
Antes de la gestación	228 (65,71)	310 (54,58)	4 (80,00)	7 (41,18)	549 (58,59)
Durante la gestación	114 (32,85)	246 (43,31)	1 (20,00)	10 (58,82)	371 (39,59)
Durante el parto	3 (0,86)	10 (1,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (1,39)
Después del parto	2 (0,58)	2 (0,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,43)



Tabla 37. Características clínicas de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2025 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Edad gestacional al momento de la detección (semanas)¹	13 (8 - 22)	14 (9 - 24)	20 (20 - 20)	13 (10,5 - 28,5)	14 (9 - 24)
Estadio clínico al corte					
Estadio 1	101 (29,11)	137 (24,12)	3 (60,00)	2 (11,76)	243 (25,93)
Estadio 2	144 (41,50)	260 (45,77)	0 (0,00)	4 (23,53)	408 (43,54)
Estadio 3	98 (28,24)	161 (28,35)	2 (40,00)	4 (23,53)	265 (28,28)
Estadio desconocido	4 (1,15)	9 (1,58)	0 (0,00)	7 (41,18)	20 (2,13)
Valor último conteo linfocitos T CD4 (células/mm)	601 (421 - 815)	551 (349 - 787)	530 (348 - 790)	389,5(307-582,5)	568 (373 - 798)
Control virológico (según resultado de última carga viral)					
< 50 copias/ml	275 (79,25)	396 (69,72)	3 (60,00)	7 (41,18)	681 (72,68)
< 200 copias/ml	286 (82,42)	417 (73,42)	3 (60,00)	8 (47,06)	714 (76,20)
< 1.000 copias/ml	296 (85,30)	438 (77,11)	3 (60,00)	8 (47,06)	745 (79,51)
Total	347 (100,00)	568 (100,00)	5 (100,00)	17 (100,00)	937 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

TMI: transmisión materno - infantil.

En el marco para la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH, se establece que las diferentes intervenciones para su prevención incluyen: el acceso de la madre a la TAR durante la gestación, la profilaxis antirretroviral en el intraparto, el parto por cesárea si está indicado, de acuerdo con la CV, la educación relacionada con el reemplazo de la lactancia materna, el tratamiento para su inhibición y la suplementación de la fórmula láctea (36). Adicionalmente, se debe brindar una atención multidisciplinaria que contemple el asesoramiento relacionado con la planificación familiar y la salud mental (34).

En este periodo, el 96,05% (n= 900) de las gestantes con VIH recibieron TAR durante el embarazo y la mediana de inicio fue la semana 15 (RIC: 10 - 24). A su vez, de las 651 gestaciones que llegaron a su fin en el periodo, el 78,96% (n= 514) recibió antirretrovirales durante el parto y el 80,18% (n= 522) tuvo supresión farmacológica de la lactancia. Además, el 86,94% (n= 566) resultaron en un nacido vivo, lo que significó una reducción del 3,06%, con respecto al 2024 (tabla 38).

Tabla 38. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno - Infantil del VIH, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Gestantes con VIH	347 (37,03)	568 (60,62)	5 (0,53)	17 (1,81)	937 (100,00)
Recibió TAR durante la gestación reportada					
Recibió TAR desde antes de la gestación	220 (63,40)	293 (51,58)	4 (80,00)	6 (35,29)	523 (55,82)
Inició TAR durante la gestación	116 (33,43)	253 (44,54)	1 (20,00)	7 (41,18)	377 (40,23)
No ha iniciado TAR	1 (0,29)	4 (0,70)	0 (0,00)	2 (11,76)	7 (0,75)
No recibió TAR en la gestación	10 (2,88)	18 (3,17)	0 (0,00)	2 (11,76)	30 (3,20)
Edad gestacional al inicio de la TAR (semanas)¹	13 (10 - 21,5)	16 (11 - 24)	20 (20 - 20)	26 (9 - 27)	15 (10 - 24)
Mujeres embarazadas con gestación finalizada en el periodo	240 (69,16)	400 (70,42)	3 (60,00)	8 (47,06)	651 (69,48)

Situación del VIH en Colombia 2025

Transmisión materno-infantil del VIH

www.minisalud.gov.co

Tabla 38. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Colombia 2025 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Recibió TAR intraparto²					
Durante el parto	182 (75,83)	326 (81,50)	2 (66,67)	4 (50,00)	514 (78,96)
No recibió TAR en el parto	16 (6,67)	18 (4,50)	0 (0,00)	2 (25,00)	36 (5,53)
No recibió, la gestación terminó en aborto	32 (13,33)	39 (9,75)	1 (33,33)	0 (0,00)	72 (11,06)
Sin dato	10 (4,17)	17 (4,25)	0 (0,00)	2 (25,00)	29 (4,45)
Supresión farmacológica de la lactancia²					
Dentro de las 48 horas postparto	185 (77,08)	311 (77,75)	2 (66,67)	3 (37,50)	501 (76,96)
Posterior a las 48 horas postparto	10 (4,17)	11 (2,75)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (3,23)
No se realizó	38 (15,83)	56 (14,00)	1 (33,33)	2 (25,00)	97 (14,90)
Sin dato	7 (2,92)	22 (5,50)	0 (0,00)	3 (37,50)	32 (4,92)
Resultado de la gestación²					
Recién nacido vivo	202 (84,17)	354 (88,50)	2 (66,67)	8 (100,00)	566 (86,94)
Mortinato	1 (0,42)	4 (1,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,77)
Aborto	35 (14,58)	40 (10,00)	1 (33,33)	0 (0,00)	76 (11,67)
Sin dato	2 (0,83)	2 (0,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,61)

¹ Mediana (RIC).

² Gestantes con VIH que han concluido su embarazo.

TAR: terapia antirretroviral.

5.3. Menores de 12 meses expuestos al VIH

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

Se informaron 891 menores de 12 meses hijos de mujeres que viven con el VIH, de los cuales el 0,78% (n= 7) resultó positivo para la infección. La mayor cantidad de niños expuestos residían en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá, D. C., y los casos positivos se reportaron en Magdalena (único con dos casos), Putumayo, Bogotá, D. C., Antioquia, Santander y Valle del Cauca (**tabla 39**). Como se mencionó en el primer capítulo, 40 casos incidentes tenían como método la TMI, 32 de esos se reportaron siendo mayores de 12 meses pero se corroboró que el método fue TMI, a pesar de ser tardío.

Tabla 39. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
Amazonía-Orinoquía	24 (2,69)	1 (14,29)
Amazonas	1 (0,11)	0 (0,00)
Arauca	2 (0,22)	0 (0,00)
Casanare	16 (1,80)	0 (0,00)
Putumayo	5 (0,56)	1 (14,29)
Bogotá, D. C.	92 (10,33)	1 (14,29)
Caribe	333 (37,37)	2 (28,57)
Atlántico	81 (9,09)	0 (0,00)



Tabla 39. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
Bolívar	84 (9,43)	0 (0,00)
Cesar	35 (3,93)	0 (0,00)
Córdoba	47 (5,27)	0 (0,00)
La Guajira	42 (4,71)	0 (0,00)
Magdalena	24 (2,69)	2 (28,57)
Sucre	20 (2,24)	0 (0,00)
Central	185 (20,76)	1 (14,29)
Antioquia	111 (12,46)	1 (14,29)
Caldas	9 (1,01)	0 (0,00)
Caquetá	8 (0,90)	0 (0,00)
Huila	10 (1,12)	0 (0,00)
Quindío	11 (1,23)	0 (0,00)
Risaralda	21 (2,36)	0 (0,00)
Tolima	15 (1,68)	0 (0,00)
Oriental	98 (11,00)	1 (14,29)
Boyacá	9 (1,01)	0 (0,00)
Cundinamarca	21 (2,36)	0 (0,00)
Meta	20 (2,24)	0 (0,00)
Norte de Santander	21 (2,36)	0 (0,00)
Santander	27 (3,03)	1 (14,29)
Pacífica	159 (17,85)	1 (14,29)
Cauca	19 (2,13)	0 (0,00)
Chocó	16 (1,80)	0 (0,00)
Nariño	26 (2,92)	0 (0,00)
Valle del Cauca	98 (11,00)	1 (14,29)
Total	891 (100,00)	7 (100,00)

Según el régimen de afiliación, el subsidiado tuvo la mayor cantidad de menores de 12 meses expuestos, e igualmente, la mayoría de los casos positivos (**tabla 40**). El número absoluto de casos positivos por régimen se mantuvo invariable comparado con el periodo anterior.

Tabla 40. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
Contributivo	339 (38,05)	3 (42,86)
EPS001	1 (0,11)	0 (0,00)
EPS002	84 (9,43)	2 (28,57)
EPS005	69 (7,74)	0 (0,00)

Situación del VIH en Colombia 2025

Transmisión materno-infantil del VIH

www.minisalud.gov.co

Tabla 40. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2025 (continuación)

Régimen de afiliación	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
EPS008	13 (1,46)	0 (0,00)
EPS010	59 (6,62)	1 (14,29)
EPS012	5 (0,56)	0 (0,00)
EPS017	17 (1,91)	0 (0,00)
EPS018	22 (2,47)	0 (0,00)
EPS037	65 (7,30)	0 (0,00)
EPS042	2 (0,22)	0 (0,00)
EPS046	1 (0,11)	0 (0,00)
EPS048	1 (0,11)	0 (0,00)
Subsidiado	542 (60,83)	4 (57,14)
CCF033	1 (0,11)	0 (0,00)
CCF050	3 (0,34)	0 (0,00)
CCF055	67 (7,52)	0 (0,00)
CCF102	11 (1,23)	0 (0,00)
EPSI01	12 (1,35)	0 (0,00)
EPSI03	4 (0,45)	0 (0,00)
EPSI04	19 (2,13)	0 (0,00)
EPSI05	2 (0,22)	0 (0,00)
EPSS34	41 (4,60)	0 (0,00)
EPSS40	32 (3,59)	0 (0,00)
EPSS41	118 (13,24)	3 (42,86)
ESS024	67 (7,52)	0 (0,00)
ESS062	39 (4,38)	0 (0,00)
ESS118	32 (3,59)	1 (14,29)
ESS207	91 (10,21)	0 (0,00)
Excepción	9 (1,01)	0 (0,00)
RES001	3 (0,34)	0 (0,00)
RES003	4 (0,45)	0 (0,00)
RES004	2 (0,22)	0 (0,00)
No asegurado		
05000	1 (0,11)	0 (0,00)
Total	891 (100,00)	7 (100,00)

En los recién nacidos se recomienda la profilaxis con zidovudina lo antes posible después del nacimiento (durante 4 o 6 semanas, según los criterios de riesgo), o los regímenes con 2 o 3 medicamentos en aquellos casos en los cuales las madres no lograron la supresión viral durante el embarazo, con el objetivo de reducir la probabilidad de la transmisión vertical. Adicionalmente, se ha establecido que el VIH es una contraindicación para la lactancia materna, por lo que se recomienda una alimentación completa con fórmula para los niños de mujeres con VIH, siempre que existan alternativas seguras disponibles (34).



Como se muestra en la **tabla 41**, del total de los menores de 12 meses expuestos al VIH, el 66,89% (n= 596) recibió profilaxis solo con zidovudina, durante 4 semanas o 42 días, mientras que, el 23,90% (n= 213) recibió combinaciones con 2 o 3 medicamentos. El porcentaje de los niños que no recibieron profilaxis pasó de 2,73% en 2024 a 1,80% en este periodo, mientras que en aquellos que recibieron incompleta pasó de 1,82 a 0,56%. En 12 casos (1,35%) no hubo información frente a la profilaxis.

En cuanto a la alimentación de los menores, el 2,13% no recibió fórmula láctea. Además, a la fecha de corte, al 69,02% (n= 615) de los menores expuestos al VIH se les descartó la transmisión del virus y al 0,79% se les confirmó, quedando aún 269 niños por definición de su condición frente al diagnóstico de VIH.

Tabla 41. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total
	n (%)			
Profilaxis del recién nacido				
Sí, zidovudina por 4 semanas	141 (41,59)	156 (28,78)	0 (0,00)	297 (33,33)
Sí, zidovudina por 42 días	88 (25,96)	202 (37,27)	8 (88,89)	299 (33,56)
Sí, nevirapina 3 dosis + zidovudina 42 días	1 (0,29)	5 (0,92)	0 (0,00)	6 (0,67)
Sí recibió, pero incompleta	3 (0,88)	2 (0,37)	0 (0,00)	5 (0,56)
Actualmente está recibiendo profilaxis	12 (3,54)	37 (6,83)	0 (0,00)	49 (5,50)
No recibió profilaxis	9 (2,65)	7 (1,29)	0 (0,00)	16 (1,80)
Sí, zidovudina + lamivudina	21 (6,19)	13 (2,40)	0 (0,00)	34 (3,82)
Sí, zidovudina + lamivudina + nevirapina	11 (3,24)	25 (4,61)	0 (0,00)	36 (4,04)
Sí, lamivudina/zidovudina + nevirapina o raltegravir	48 (14,16)	88 (16,24)	1 (11,11)	137 (15,38)
Sin dato	5 (1,47)	7 (1,29)	0 (0,00)	12 (1,35)
Suministro de fórmula láctea				
Recibió fórmula láctea continua desde el nacimiento hasta los 12 meses	74 (21,83)	123 (22,69)	3 (33,33)	200 (22,45)
Recibió fórmula láctea continua menos de 12 meses	31 (9,14)	47 (8,67)	0 (0,00)	78 (8,75)
Está recibiendo fórmula láctea	220 (64,90)	364 (67,16)	6 (66,67)	591 (66,33)
No recibió fórmula láctea	11 (3,24)	8 (1,48)	0 (0,00)	19 (2,13)
Sin dato	3 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,34)
Condición final del menor				
Diagnóstico confirmado de VIH	3 (0,88)	4 (0,74)	0 (0,00)	7 (0,79)
Se descartó infección por VIH	230 (67,85)	377 (69,56)	7 (77,78)	615 (69,02)
Aún no se ha definido la condición final del menor	106 (31,27)	161 (29,70)	2 (22,22)	269 (30,19)
Total	339 (100,00)	542 (100,00)	9 (100,00)	891 (100,00)

En niños con alto riesgo de transmisión, se recomienda la realización de una prueba de CV preferiblemente en las primeras 72 horas de nacidos. Mientras que, en los de bajo riesgo no se recomienda antes de las 4 semanas de edad. Adicionalmente, para ambos grupos, se debe realizar la prueba 2 semanas después de finalizado el manejo profiláctico (27).

Durante el periodo de análisis se realizó la primera CV antes del primer mes de vida al 25,57% de los niños expuestos al VIH y, entre regímenes, el subsidiado tuvo la mayor proporción. En el de excepción, a todos los menores expuestos se les tomó la primera prueba entre el primer y el segundo mes de vida (**tabla 42**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Transmisión materno-infantil del VIH

www.ehps.gov.co

Tabla 42. Seguimiento virológico de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2025

Edad a la realización de la primera carga viral ¹	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total
	n (%)			
Antes del mes de vida	79 (23,72)	144 (27,02)	1 (11,11)	224 (25,57)
Entre el mes de vida y los 2 meses	169 (50,75)	280 (52,53)	8 (88,89)	458 (52,28)
Más de 2 meses hasta 12 meses	58 (17,42)	86 (16,14)	0 (0,00)	144 (16,44)
Mayores de 12 meses	1 (0,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
No realizada (mayor de un mes de vida al corte)	26 (7,81)	23 (4,32)	0 (0,00)	49 (5,59)
Total	333 (100,00)	533 (100,00)	9 (100,00)	876 (100,00)

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

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

Del total de los niños expuestos al VIH (n= 891), el 69,80% (n= 622) tuvo la valoración diagnóstica con al menos dos pruebas de CV. De los cuales se confirmaron 7 casos con la enfermedad, lo que correspondió a una positividad de 1,12% entre los expuestos que completaron el algoritmo diagnóstico. Los 269 casos que no han sido definidos continúan en el seguimiento de la cohorte y serán requeridos a las entidades en el próximo periodo.

En cuanto al porcentaje de TMI en el marco de la estrategia ETMI-Plus (36), en el periodo hubo 7 niños menores de 2 años que adquirieron la infección por este mecanismo, esto es una transmisión vertical de 1,23%, usando como denominador los 566 nacidos vivos. Este porcentaje es mayor al 0,48% reportado en el periodo anterior.

De los 7 menores con diagnóstico positivo para el VIH, 4 eran de sexo femenino y la mediana de la edad al corte fue de 7 meses. En cuanto a la región de residencia, dos residían en el Caribe y uno en cada una de las demás regiones. Predominó el estadio clínico 1 y la mediana del último conteo de linfocitos T CD4 fue de 1.668 células/mm (RIC: 930 - 2.555). Por último, todos recibieron TAR, especialmente con el esquema lamivudina, raltegravir y zidovudina (6 de 7). Solo un caso logró la supresión viral (< 1.000 copias) y ninguno consiguió llegar a indetectabilidad.

Tabla 43. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2025

Características	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)		
Edad meses¹	9 (3 - 11)	6 (4,5 - 7,5)	7 (4 - 9)
Sexo			
Hombre	2 (66,67)	1 (25,00)	3 (42,86)
Mujer	1 (33,33)	3 (75,00)	4 (57,14)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	1 (25,00)	1 (14,29)
Bogotá, D. C.	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Caribe	0 (0,00)	2 (50,00)	2 (28,57)
Central	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Oriental	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Pacífica	0 (00,00)	1 (25,00)	1 (14,29)
Estadio clínico actual²			
Estadio 1	2 (66,67)	4 (100,00)	6 (85,71)



Tabla 43. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2025 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)		
Valor último conteo de linfocitos T CD4 (células/mm)	1.720,5 (886 - 2.555)	1.668 (952 - 2.812,5)	1.668 (930 - 2.555)
Esquemas de TAR			
Lamivudina, raltegravir, zidovudina	2 (66,67)	4 (100,00)	6 (85,71)
Raltegravir	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Última carga viral en el periodo			
50 a < 1.000 copias	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
≥ 1.000 copias	2 (66,67)	4 (100,00)	6 (85,71)
Total	3 (100,00)	4 (100,00)	7 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

² Estadios clínicos de acuerdo con la CDC (26).

TAR: terapia antirretroviral.

6

Población con
tuberculosis activa
con y sin coinfección
con VIH

RESUMEN infográfico

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

6

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025



En el periodo se registraron **16.234 casos de TB activa,**

lo que representa un aumento del 6,03% en comparación con el periodo anterior (n= 15.310).



El intervalo de tiempo entre el diagnóstico de TB y el tamizaje para VIH mostró una

mediana de 3 días

(RIC: 0 - 31) mayor al periodo anterior (2 días, RIC: 0 - 10).



La proporción de casos con TB que tuvieron tamizaje para VIH fue de **77,20%**

representando un incremento del 8,52% con respecto al periodo anterior.



La cobertura de la TAR en las personas coinfectadas con TB/VIH tuvo un aumento del 4,27% con respecto al periodo anterior pasando de 1.779 casos en 2024 (87,50%) a 1.855 casos en 2025 (81,11%).



El tratamiento antituberculoso más común fue el etambutol, la isoniazida, la pirazinamida y la rifampicina (69,86%)



La mayoría de los casos con coinfección TB/VIH presentaron TB de tipo sensible (95,40%) y el 4,72% son multidrogoresistentes, extremadamente resistentes o monorresistentes a la isoniazida o la rifampicina.



De los pacientes con coinfección con VIH que recibieron tratamiento anti-TB, el 11,78% logró la curación de la TB, el 19,62% terminó el tratamiento y el 54,58% continuaban en tratamiento al finalizar el periodo de reporte.

El **14,06%** de los casos con TB registrados durante el periodo presentaron **coinfección con VIH.**

[Descargar infografía](#)

RIC: rango intercuartílico.
TAR: terapia antirretroviral.
TB: tuberculosis.

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

La tuberculosis (TB) es una de las principales infecciones oportunistas que se presentan en las personas que viven con VIH. La coinfección entre ambas enfermedades se asocia con una alta morbilidad, dado que la inmunosupresión causada por el VIH acelera la progresión de la tuberculosis tanto a nivel pulmonar como extrapulmonar. A su vez el VIH constituye un factor determinante tanto en lo individual como en lo poblacional, que incrementa el riesgo de desarrollar TB (37).

En Colombia la TB continúa teniendo un impacto significativo en la población general, las brechas sociales en conjunto con otros factores de riesgo han hecho que su control sea más difícil. Sin embargo, en conformidad con los acuerdos establecidos por las Naciones Unidas en 2023, se han acelerado los esfuerzos por poner fin a la enfermedad mediante la implementación de estrategias en salud pública. Entre ellas destacan: el acceso al tratamiento, la atención integral, la compra nacional centralizada para el tratamiento y la implementación de pruebas moleculares (38).

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para dar fin a la epidemia del VIH, se ha establecido una meta similar para la tuberculosis, buscando reducir drásticamente tanto la incidencia como la mortalidad de la enfermedad para 2030 (39). Mediante la implementación del tamizaje de la población en riesgo se ha conseguido mejorar y optimizar los tratamientos correspondientes para cada una de las enfermedades.

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

Durante el periodo 2025 se registraron 16.234 casos de TB activas, lo que evidencia una tendencia consistente con lo observado durante los últimos periodos. Así mismo, se observó un incremento porcentual de 6,98% (924 casos) en comparación con los 15.310 casos reportados en 2024. Para el periodo actual se evidenció también un incremento en el tamizaje de VIH en la población con TB activa pasando de 10.515 tamizajes en todos los regímenes en 2024 a 12.532 casos tamizados en 2025, incremento de 19,18% frente al periodo anterior. De igual manera disminuyó la cantidad de población con TB activa sin prueba de tamizaje, pasando de 3.065 casos en 2024 a 1.639 en 2025, lo que representa una disminución del 46,52%.

Tabla 44. Tamización del VIH en la población con TB según el régimen de afiliación, Colombia 2025

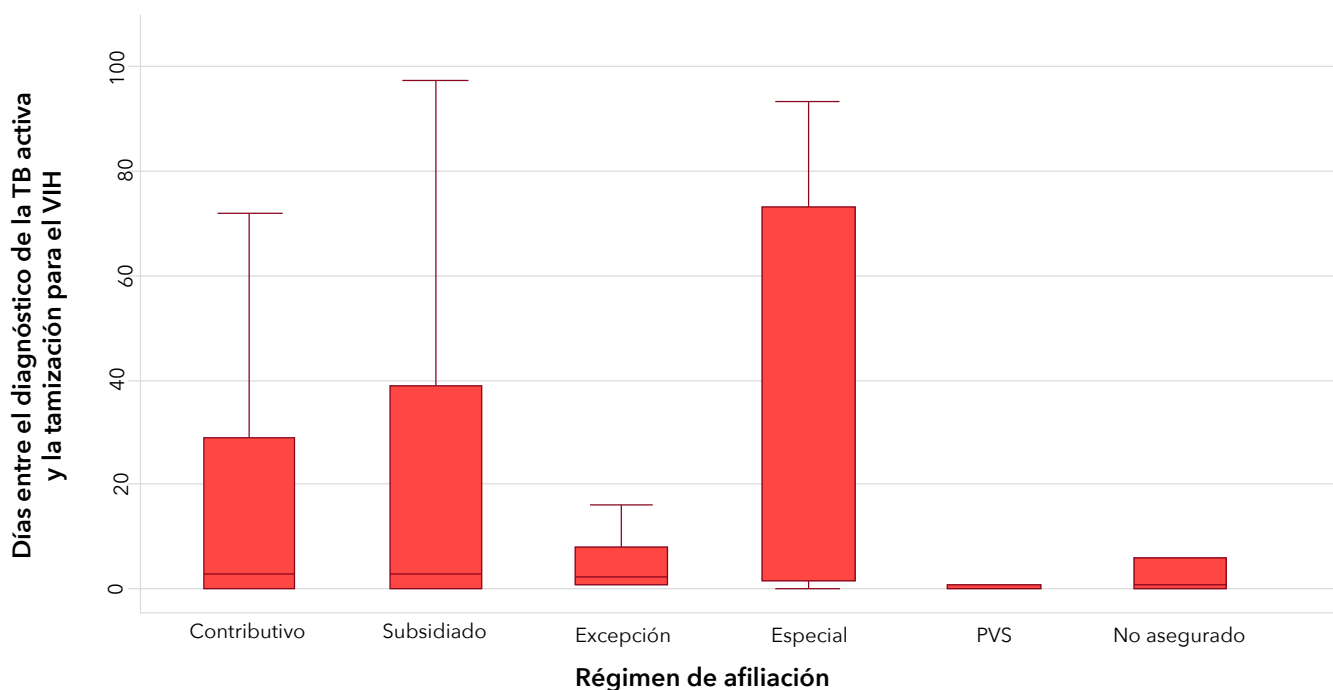
Realización del tamizaje de VIH en población con TB	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Planes voluntarios de salud	No asegurado	Total
	n (%)						
Persona con TB activa con prueba de tamización para VIH	6.996 (81,75)	5.246 (72,00)	257 (81,85)	6 (100,00)	2 (100,00)	25 (36,76)	12.532 (77,20)
Persona con TB activa sin prueba de tamización para VIH	722 (8,44)	873 (11,98)	38 (12,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (8,82)	1.639 (10,10)
Persona con TB activa que rechazó prueba de tamización para VIH	3 (0,04)	3 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,04)
No se realizó la prueba porque tenía previamente diagnóstico de VIH	835 (9,76)	1.164 (15,98)	19 (6,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	37 (54,41)	2.055 (12,66)
Sin dato	2 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,01)
Total	8.558 (100,00)	7.286 (100,00)	314 (100,00)	6 (100,00)	2 (100,00)	68 (100,00)	16.234 (100,00)

TB: tuberculosis.



La mediana de tiempo que transcurrió entre el diagnóstico de TB activa y el tamizaje para VIH, cuando este tamizaje fue posterior y no antes del diagnóstico de TB, fue de 3 días (RIC: 0 - 31), mientras que el promedio fue de 37,10 días (DE: $\pm 80,89$), medidas influenciadas por valores extremos de hasta 2.570 días. En cuanto a la distribución por regímenes, el tiempo mediano más corto fue el de planes voluntarios de salud, con 0,50 días, aunque solo fueron dos casos, le siguen los no asegurados (1; RIC: 0 - 6), el especial (2; RIC: 2 - 73), el de excepción (2,50; RIC: 1 - 8), el contributivo (3; RIC: 0 - 29) y el por último el subsidiado (3; RIC: 0 - 39). La **figura 18** muestra la distribución del tiempo de tamización según el régimen de afiliación (excluyendo valores extremos).

Figura 18. Tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025



Se excluyen valores extremos.
TB: tuberculosis.

[Descargar figura](#)

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

De los 16.234 casos reportados con TB, 2.283 presentaron coinfección con VIH. La mayoría de los casos con coinfección se presentaron en hombres (79,02%), y el grupo etario más afectado fue el de 30 a 34 años (17,43%), manteniendo la tendencia observada en periodos anteriores, seguido por la población de 35 a 39 años (15,99%). En cuanto a la pertenencia étnica, el 94,96% de los casos no pertenecía a ninguna, mientras que el 3,94% se identificó como parte de la comunidad negra (**tabla 45**).

Tabla 45. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2025

Características	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	
Sexo		
Hombre	10.217 (62,94)	1.804 (79,02)
Mujer	6.017 (37,06)	479 (20,98)

Situación del VIH en Colombia 2025

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

www.cinecovid.com.co

Tabla 45. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2025 (continuación)

Características	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	
Grupo etario		
0 - 4	229 (1,41)	2 (0,09)
5 - 9	124 (0,76)	3 (0,13)
10 - 14	156 (0,96)	2 (0,09)
15 - 19	729 (4,49)	21 (0,92)
20 - 24	1.489 (9,17)	173 (7,58)
25 - 29	1.625 (10,01)	335 (14,67)
30 - 34	1.618 (9,97)	398 (17,43)
35 - 39	1.404 (8,65)	365 (15,99)
40 - 44	1.191 (7,34)	292 (12,79)
45 - 49	1.026 (6,32)	222 (9,71)
50 - 54	881 (5,43)	140 (6,13)
55 - 59	1.082 (6,67)	134 (5,87)
60 - 64	1.159 (7,14)	111 (4,85)
65 - 69	1.048 (6,46)	47 (2,06)
70 - 74	919 (5,66)	23 (1,01)
75 - 79	713 (4,39)	11 (0,48)
80 y más	841 (5,18)	4 (0,18)
Pertenencia étnica		
Indígena	769 (4,74)	21 (0,92)
ROM/Gitano	10 (0,06)	0 (0,00)
Raizal	41 (0,25)	1 (0,04)
Palenquero	63 (0,39)	3 (0,13)
Negro/a	431 (2,65)	90 (3,94)
Ninguna	14.920 (91,91)	2.168 (94,96)
Total	16.234 (100,00)	2.283 (100,00)

TB: tuberculosis.

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

El análisis de la distribución por región y entidad territorial evidenció que la región Central concentra la mayor proporción de la población afectada, con el 44,19% de los casos con TB y el 47,88% de los casos con coinfección de TB/VIH. Con respecto a la distribución por departamentos, se mantiene la tendencia observada en periodos anteriores, Antioquia se destacó por ser el departamento con mayor frecuencia de casos, seguido por el Valle del Cauca, Bogotá, D. C., y el Atlántico. Estos datos pueden consultarse de manera detallada en la **tabla 46** y de forma gráfica en el **mapa 2**.



Tabla 46. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	
Bogotá, D. C.	1.310 (8,07)	243 (10,64)
Caribe	2.611 (16,08)	415 (18,18)
Atlántico	802 (4,94)	186 (8,15)
Bolívar	347 (2,14)	64 (2,80)
Cesar	349 (2,15)	34 (1,49)
Córdoba	262 (1,61)	48 (2,10)
La Guajira	469 (2,89)	23 (1,01)
Magdalena	308 (1,90)	51 (2,23)
Sucre	69 (0,42)	9 (0,39)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	5 (0,03)	0 (0,00)
Central	7.174 (44,19)	1.093 (47,88)
Antioquia	5.135 (31,63)	816 (35,74)
Caldas	368 (2,27)	35 (1,53)
Caquetá	172 (1,06)	17 (0,74)
Huila	217 (1,34)	31 (1,36)
Quindío	247 (1,52)	57 (2,50)
Risaralda	548 (3,38)	82 (3,59)
Tolima	487 (3,00)	55 (2,41)
Oriental	2.458 (15,14)	212 (9,24)
Boyacá	151 (0,93)	12 (0,53)
Cundinamarca	354 (2,18)	30 (1,31)
Meta	599 (3,69)	47 (2,06)
Norte de Santander	374 (2,30)	54 (2,37)
Santander	980 (6,04)	68 (2,98)
Pacífica	2.303 (14,19)	291 (12,75)
Cauca	304 (1,87)	21 (0,92)
Chocó	129 (0,79)	10 (0,44)
Nariño	201 (1,24)	31 (1,36)
Valle del Cauca	1.669 (10,28)	229 (10,03)
Amazonía-Orinoquía	378 (2,33)	30 (1,31)
Arauca	97 (0,60)	8 (0,35)
Casanare	84 (0,52)	16 (0,70)
Putumayo	103 (0,63)	3 (0,13)
Amazonas	35 (0,22)	1 (0,04)
Guainía	1 (0,01)	0 (0,00)
Guaviare	35 (0,22)	2 (0,09)
Vaupés	9 (0,06)	0 (0,00)
Vichada	14 (0,09)	0 (0,00)
Total	16.234 (100,00)	2.283 (100,00)

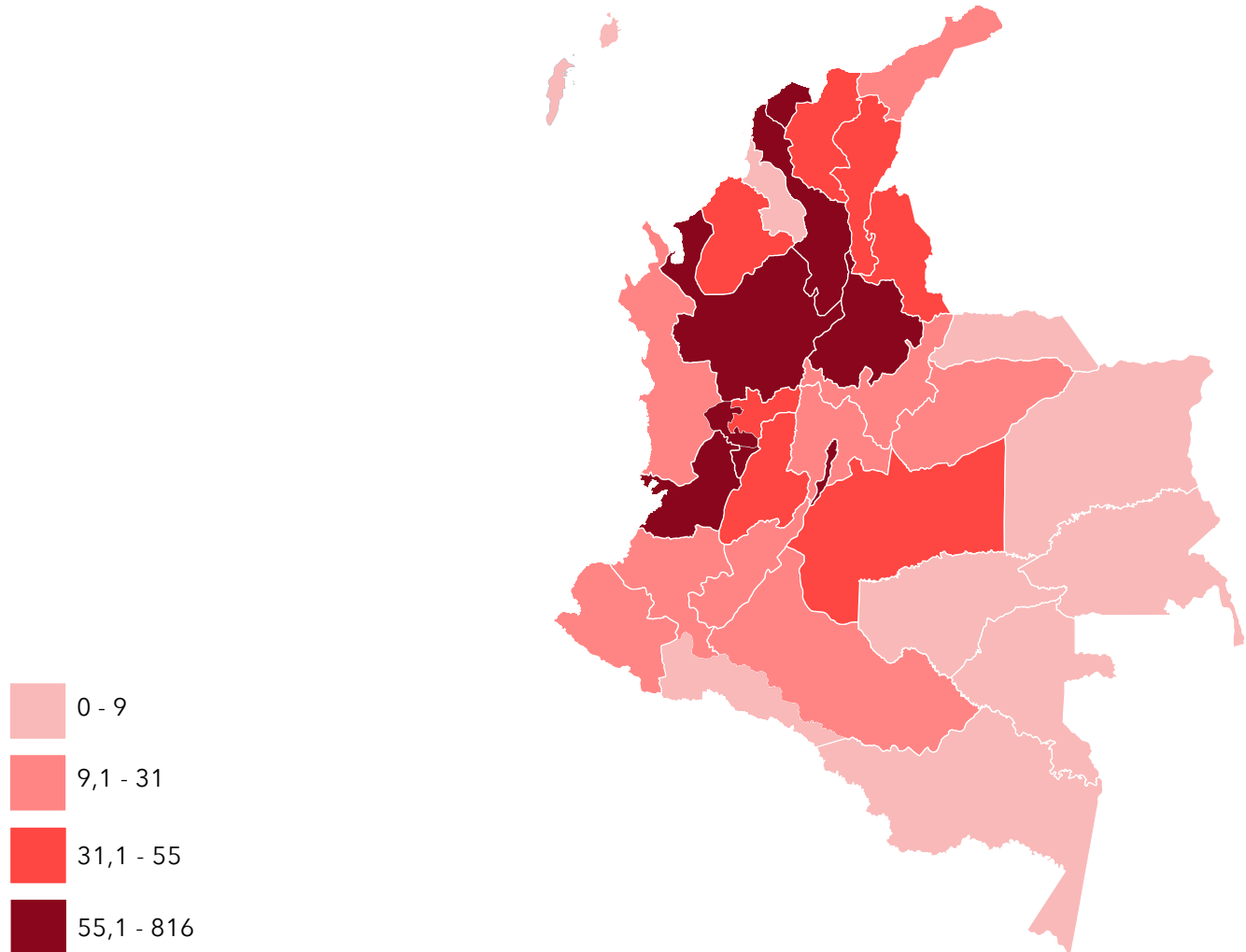
TB: tuberculosis.

Situación del VIH en Colombia 2025

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

www.cinecovid.com.co/colombia

Mapa 2. Distribución de los casos con coinfección TB/VIH por cada 100 PVV, según la entidad territorial, Colombia 2025



[Descargar figura](#)

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

La distribución de los casos por entidad aseguradora reveló que, dentro del régimen contributivo la EPS010 registró el mayor número de casos con TB, con 2.526 casos reportados en el periodo, seguida por la EPS002 con 1.926 casos. En el régimen subsidiado la EPSS41 lideró el reporte, consolidando la tendencia observada en periodos anteriores; sin embargo, su registro mostró una disminución importante en comparación con el periodo anterior, pasando de 2.407 casos en 2024 a 1.973 en el periodo actual.

En cuanto a los casos de coinfección por TB/VIH, las entidades del régimen contributivo con mayor número de reportes fueron la EPS010, con 276 casos y la EPS002 con 224. Por su parte, en el régimen subsidiado, la EPSS40 registró la cifra más alta de coinfecciones con 415 casos, seguida por la EPSS41, con 239. Estos datos se encuentran detallados en la **tabla 47**.



Tabla 47. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	
Contributivo	8.558 (52,72)	925 (40,52)
EAS016	7 (0,04)	0 (0,00)
EAS027	18 (0,11)	1 (0,04)
EPS001	35 (0,22)	4 (0,18)
EPS002	1.926 (11,86)	224 (9,81)
EPS005	1.151 (7,09)	136 (5,96)
EPS008	416 (2,56)	47 (2,06)
EPS010	2.526 (15,56)	276 (12,09)
EPS012	119 (0,73)	13 (0,57)
EPS017	326 (2,01)	33 (1,45)
EPS018	312 (1,92)	22 (0,96)
EPS037	1.667 (10,27)	161 (7,05)
EPS042	7 (0,04)	4 (0,18)
EPS046	19 (0,18)	0 (0,00)
EPS048	29 (0,18)	4 (0,18)
Subsidiado	7.286 (44,88)	1.297 (56,81)
CCF033	65 (0,40)	6 (0,26)
CCF050	51 (0,31)	9 (0,39)
CCF055	646 (3,98)	67 (2,93)
EPS025	34 (0,21)	11 (0,48)
EPSI01	151 (0,93)	3 (0,13)
EPSI03	185 (1,14)	9 (0,39)
EPSI04	216 (1,33)	8 (0,35)
EPSI05	73 (0,45)	0 (0,00)
EPSI06	68 (0,42)	0 (0,00)
EPSS34	480 (2,96)	110 (4,82)
EPSS40	1.698 (10,46)	415 (18,18)
EPSS41	1.973 (12,15)	239 (10,47)
ESS024	323 (1,99)	155 (6,79)
ESS062	466 (2,87)	69 (3,02)
ESS118	552 (3,40)	64 (2,80)
ESS207	305 (1,88)	132 (5,78)
Excepción	314 (1,93)	22 (0,96)
RES001	54 (0,33)	0 (0,00)
RES002	26 (0,16)	0 (0,00)
RES003	105 (0,65)	22 (0,96)
RES004	129 (0,79)	0 (0,00)
Especial	6 (0,04)	0 (0,00)
RES006	3 (0,02)	0 (0,00)
RES011	2 (0,01)	0 (0,00)
RES014	1 (0,01)	0 (0,00)
Planes voluntarios de salud	2 (0,01)	0 (0,00)
EMP023	1 (0,01)	0 (0,00)

Situación del VIH en Colombia 2025

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

www.cinepi.gov.co/informacion

Tabla 47. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2025 (continuación)

Régimen de afiliación	Población con TB	Población con TB/VIH
	n (%)	
EMP029	1 (0,01)	0 (0,00)
No asegurado	68 (0,42)	39 (1,71)
05000	37 (0,23)	24 (1,05)
11001	22 (0,14)	12 (0,53)
15000	2 (0,01)	0 (0,00)
44000	1 (0,01)	1 (0,04)
54000	2 (0,01)	2 (0,09)
68000	4 (0,02)	0 (0,00)
Total	16.234 (100,00)	2.283 (100,00)

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

En la población con coinfección de TB/VIH, se observó un predominio de la TB sensible, que corresponde al 95,40% de los casos. Por su parte, las formas monorresistentes o multidrogorresistentes representan el 4,72% de la población identificada. De los 2.283 casos registrados, el 5,26% (120 casos) ha abandonado el tratamiento y el 1,53% (35 casos) aún no ha iniciado el tratamiento antituberculoso (**tabla 48**).

En cuanto a la distribución por el régimen de afiliación, destaca la población no asegurada, con 39 casos registrados, en la que el 41,03% (n= 16) abandonó el tratamiento, una proporción mayor en comparación con los demás regímenes. La **tabla 49** proporciona un desglose detallado de los datos correspondientes a los demás regímenes de afiliación.

Tabla 48. Tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Tipo de TB activa/Recepción del tratamiento	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Tipo de TB activa que presenta o presentó la persona con coinfección TB/VIH en los últimos 12 meses					
TB sensible	888 (96,00)	1.234 (95,14)	22 (100,00)	34 (87,18)	2.178 (95,40)
TB monorresistente a isoniazida	15 (1,62)	16 (1,23)	0 (0,00)	1 (2,56)	32 (1,40)
TB multidrogorresistente (isoniazida y rifampicina)	9 (0,97)	14 (1,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	23 (1,01)
TB con respuesta desconocida al tratamiento/sin tratamiento	3 (0,32)	14 (1,08)	0 (0,00)	2 (5,13)	19 (0,83)
TB monorresistente a rifampicina	9 (0,97)	19 (1,46)	0 (0,00)	2 (5,13)	30 (1,31)
Sin dato	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,04)
Persona con coinfección TB/VIH que recibe o recibió tratamiento para TB activa en los últimos 12 meses					
Sí, recibió tratamiento completo	350 (37,84)	394 (30,38)	6 (27,27)	8 (20,51)	758 (33,20)
Sí, recibe tratamiento a la fecha de corte	530 (57,30)	802 (61,84)	15 (68,18)	13 (33,33)	1.360 (59,57)
No recibe porque rechaza el tratamiento	0 (0,00)	3 (0,23)	1 (4,55)	1 (2,56)	5 (0,22)
No recibe por no adherencia	2 (0,22)	1 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,13)
No recibe por desabastecimiento	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,04)
No recibe por abandono del tratamiento	34 (3,68)	70 (5,40)	0 (0,00)	16 (41,03)	120 (5,26)
No ha iniciado tratamiento antituberculoso	7 (0,76)	27 (2,08)	0 (0,00)	1 (2,56)	35 (1,53)
Sin dato	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,04)
Total	925 (100,00)	1.297 (100,00)	22 (100,00)	39 (100,00)	2.283 (100,00)

TB: tuberculosis.



En la población con TB, se identificaron 41 combinaciones diferentes de tratamiento antituberculoso. A continuación, en la **tabla 49**, se describen los esquemas de tratamiento más utilizados, los cuales corresponden al 97,03% de todos los tratamientos prescritos. El tratamiento más común correspondió al esquema que incluye etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina, seguido por el esquema compuesto únicamente por isoniazida y rifampicina.

Tabla 49. Esquemas antituberculosos más frecuentes en los casos de coinfección TB/VIH, Colombia 2025

Esquemas anti-TB	n (%)
Etambutol, isoniazida, pirazinamida, rifampicina	1.546 (69,86)
Isoniazida, rifampicina	497 (22,46)
Etambutol, isoniazida, moxifloxacina, pirazinamida, rifampicina	28 (1,27)
Isoniazida, pirazinamida, rifampicina	24 (1,08)
Etambutol, isoniazida, levofloxacina, pirazinamida, rifampicina	12 (0,54)
Bedaquilina, clofazimine, linezolid, moxifloxacina	11 (0,50)
Etambutol, isoniazida, moxifloxacina	11 (0,50)
Isoniazida	11 (0,50)
Bedaquilina, clofazimine, levofloxacina, linezolid	10 (0,45)
Total	2.213 (100,00)

TB: tuberculosis.

En la población con coinfección por TB/VIH, en cuanto a la condición de egreso del tratamiento se observó que el 11,76% de los casos alcanzó la curación de la TB, mientras que el 19,62% culminó el tratamiento en el periodo. En contraste el 54,58% continuaba en tratamiento al finalizar el periodo de reporte. Así mismo, se registró una pérdida de seguimiento en el 6,48% de los casos, siendo más elevada en la población no afiliada (41,03%), seguida por los casos reportados en el régimen subsidiado (6,46%). Se pueden consultar en detalle estos resultados en la **tabla 50**.

Tabla 50. Condición de egreso del tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Condición de egreso	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No asegurado	Total
	n (%)				
Curado	110 (11,89)	155 (11,92)	0 (0,00)	4 (10,26)	269 (11,78)
Tratamiento terminado	221 (23,89)	218 (16,77)	8 (36,36)	1 (2,56)	448 (19,62)
Pérdida en el seguimiento	48 (5,19)	84 (6,46)	0 (0,00)	16 (41,03)	148 (6,48)
Fracaso	0 (0,00)	1 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,04)
Fallecido	34 (3,68)	89 (6,85)	1 (4,55)	1 (2,56)	125 (5,48)
No evaluado	2 (0,22)	8 (0,62)	0 (0,00)	3 (7,69)	13 (0,57)
No recibió tratamiento	6 (0,65)	22 (1,69)	1 (4,55)	2 (5,13)	31 (1,36)
Aún en tratamiento a la fecha de corte	502 (54,27)	720 (55,38)	12 (54,55)	12 (30,77)	1.246 (54,58)
Sin dato	2 (0,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,09)
Total	925 (100,00)	1.297 (100,00)	22 (100,00)	39 (100,00)	2.283 (100,00)

En cuanto a la TAR en la población, se reportaron 1.855 prescripciones de TAR en las personas con coinfección TB/VIH, lo que representa un aumento del 4,27% en la cobertura del tratamiento en comparación con el periodo anterior (1.779 casos). El esquema más frecuente fue el compuesto por dolutegravir, emtricitabina y tenofovir disoproxil (**tabla 51**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

www.colombiainformacion.gov.co

Tabla 51. Esquemas de terapia antirretroviral utilizados en la población con coinfección TB/VIH, Colombia 2025

Esquemas de TAR	n (%)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	816 (43,99)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	482 (25,98)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	168 (9,06)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	76 (4,10)
Dolutegravir, lamivudina	60 (3,23)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	43 (2,32)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	40 (2,16)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	19 (1,02)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	18 (0,97)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	8 (0,43)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	7 (0,38)
Atazanavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	7 (0,38)
Dolutegravir	6 (0,32)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir alafenamida	5 (0,27)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	5 (0,27)
Dolutegravir, efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	5 (0,27)
Darunavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	5 (0,27)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	5 (0,27)
Total	1.855 (100,00)

TAR: terapia antirretroviral.

7

Indicadores de la
gestión del riesgo

RESUMEN infográfico

Indicadores de la gestión del riesgo

1° de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025

7



La tamización de las **gestantes**

incrementó discretamente a nivel nacional (de 95,29% en 2024 a 95,83%) y se mantuvo alta en los regímenes

subsidiado y contributivo.



El estudio sobre la transmisión materno-infantil y la TAR en gestantes que viven con VIH

disminuyó

frente al periodo anterior pasando de 94,51 a 90,31 y de 77,23 a 74,59, respectivamente.



A pesar de que mejoró la cobertura de TAR, este indicador se mantiene en

bajo cumplimiento (81,02%).



La indetectabilidad del VIH (< 50 copias/ml) en quienes llevan más de 48 semanas de tratamiento, presentó un leve incremento a nivel nacional, pasando de 64,76% a 66,74% en comparación con el periodo anterior.



El abandono de la TAR en el país pasó de 20,27% a 18,60% en este periodo, con valores más altos en el Guaviare (62,19%), Guainía (57,58%) y el Amazonas (42,94%).



La oportunidad de inicio de la TAR se mantuvo casi igual en el país, con una diferencia de 0,39 puntos porcentuales respecto al 2024 (53,08%).

La valoración del **riesgo cardiovascular** se redujo del 84,30% en 2024 al **75,55% en 2025 a nivel nacional.**

TAR: terapia antirretroviral.

[Descargar infografía](#)



7. Indicadores de la gestión del riesgo

Desde el inicio del registro de los casos de VIH, la CAC y el MSPS como parte del seguimiento de la cohorte, desarrolla el cálculo de los IGR, los cuales permiten medir los aspectos relacionados con la atención y los resultados en salud de las personas con esta condición en el país (3). Estos indicadores se calculan considerando casos duplicados, es decir aquellos reportados por más de una entidad, como, por ejemplo, el caso de una persona reportada por su EPS y su plan voluntario de salud. Esto implica que los indicadores puedan diferir sutilmente de los valores calculados para casos únicos presentados en los capítulos anteriores.

En la **tabla 52** se presentan los IGR establecidos en la última actualización del consenso de 2023, así como los rangos de cumplimiento con su correspondiente semaforización. Cada uno tiene sus metas ideales (alto cumplimiento) que se espera sean alcanzadas por las EAPB que gestionan a las personas con esta enfermedad (5).

Tabla 52. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2025¹

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

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.colombiainformacion.com

Tabla 52. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2025¹ (continuación)

Dominio	Código	Indicador	Rangos de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Seguimiento	VIH_19	Abandono de la TAR durante el periodo.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_20*	Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_21	Tamización anal del VPH.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_22	Tamización para hepatitis B.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_23	Tamización para hepatitis C.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_24	Hospitalización por causa del VIH - sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_25	Hospitalización por causa del VIH - sida en personas con más de 6 meses de diagnóstico.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_26	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico.		Línea de base	
Seguimiento	VIH_27	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico.		Línea de base	
Tratamiento	VIH_28	Cobertura de la TAR en el periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 85 y < 95%	● < 85%
Tratamiento	VIH_29	Prescripción de la TAR en el periodo.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_30	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	● > 95%	● 90 y 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_31	Cambio de esquema de la TAR.	● < 30%	● 30 y < 40%	● ≥ 40%
Tratamiento	VIH_32	PVV que reciben tratamiento para TB latente.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_33*	Adherencia a la TAR.	● ≥ 90%	● ≥ 70 y < 90%	● < 70%
Tratamiento	VIH_34	Oportunidad de inicio de la TAR.	● ≥ 95%	● ≥ 90 y < 95%	● < 90%
Tratamiento	VIH_35*	Coinfección de hepatitis B/VIH.		Línea de base	
Tratamiento	VIH_36*	Coinfección de hepatitis C/VIH.		Línea de base	
Tratamiento	VIH_37	Coinfección de TB/VIH.		Línea de base	

¹ La unidad de medida de todos los indicadores es el porcentaje.

* Indicadores no calculados en el periodo 2025 debido a la poca disponibilidad de la información en las variables requeridas.

TB: tuberculosis; TAR: terapia antirretroviral; CV: carga viral.



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

A continuación, en la **figura 19** se presenta la tendencia de los IGR relacionados con la tamización, el estudio de la TMI y la cobertura de la TAR en las gestantes que viven con el VIH en el país y según los regímenes de afiliación al sistema de salud. El indicador de gestantes tamizadas para el VIH mejoró en el régimen contributivo y a nivel nacional, pero no en el subsidiado, aunque continúa en cumplimiento alto. Los otros dos indicadores desmejoraron en los dos regímenes y a nivel nacional.



Figura 19. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025

Figura 19a. Gestantes tamizadas para VIH

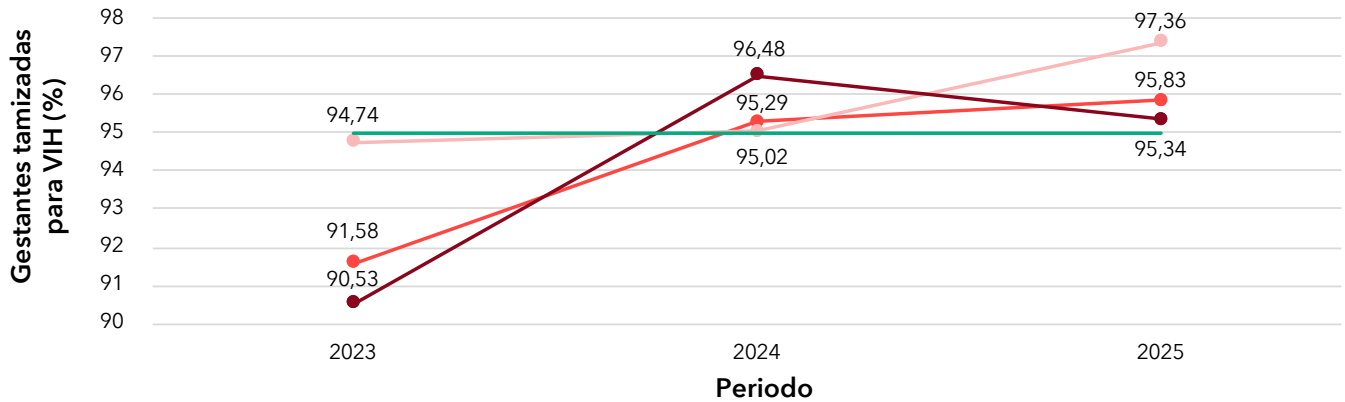


Figura 19b. Estudio de transmisión materno - infantil

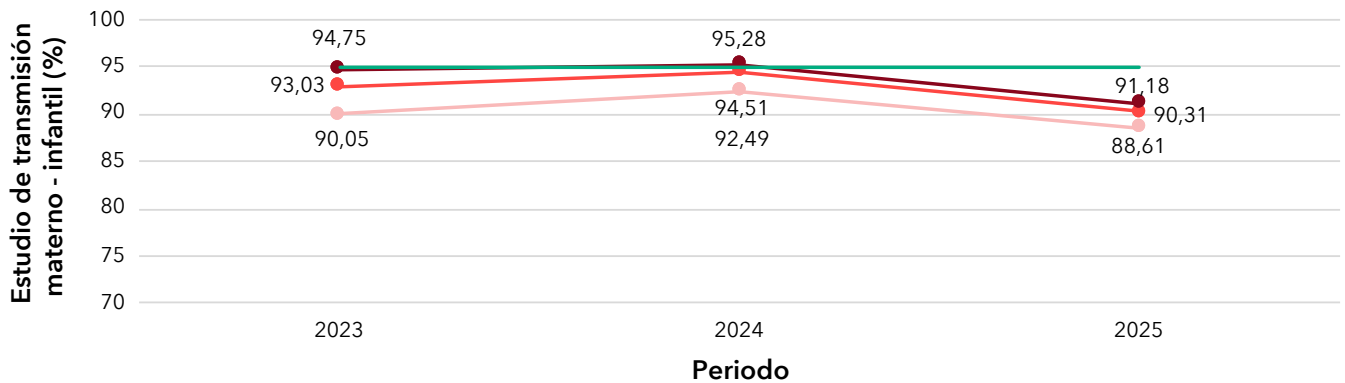


Figura 19c. TAR en las gestantes que viven con el VIH, 2024 - 2025



● Nacional ● Contributivo ● Subsidiado — Meta

[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

Para efectos de este capítulo la sigla ETMI hace referencia al IGR del estudio de la TMI, el cual se define como el porcentaje de los niños y de las niñas mayores de 6 meses expuestos al VIH a quienes se les realizaron mínimo dos estudios de CV en los primeros 6 meses de edad. La **tabla 53** muestra los indicadores del binomio madre - hijo según la ubicación geográfica. Se observó que a nivel regional Bogotá, D. C., y la Pacífica no alcanzaron la meta en la tamización de las gestantes, así como ninguna región alcanzó la meta de estudio de TMI ni TAR en las gestantes que viven con VIH.

Tabla 53. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Gestantes tamizadas para VIH	Estudio de transmisión materno - infantil	TAR en las gestantes que viven con el VIH
	≥ 95%	≥ 95%	100%
	≥ 85 y < 95%	≥ 85 y < 95%	≥ 95 y < 100%
	< 85%	< 85%	< 95%
Bogotá, D. C.	● 94,74	● 92,30	● 67,05
Amazonía-Orinoquía	● 97,50	● 85,71	● 88,46
Arauca	● 99,08	Sin dato	● 100,00
Casanare	● 97,72	● 100,00	● 94,44
Putumayo	● 97,74	● 66,66	● 75,00
Amazonas	● 96,95	● 100,00	Sin dato
Guainía	● 82,92	Sin dato	Sin dato
Guaviare	● 94,38	Sin dato	● 100,00
Vaupés	● 80,99	Sin dato	● 100,00
Vichada	● 98,42	Sin dato	Sin dato
Caribe	● 96,67	● 91,44	● 79,68
Atlántico	● 96,62	● 93,33	● 91,78
Bolívar	● 95,83	● 95,65	● 71,66
Cesar	● 96,91	● 100,00	● 72,41
Córdoba	● 98,04	● 100,00	● 73,07
La Guajira	● 96,02	● 58,33	● 86,48
Magdalena	● 95,76	● 100,00	● 67,56
Sucre	● 98,42	● 90,90	● 92,59
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 94,23	Sin dato	Sin dato
Central	● 95,74	● 91,58	● 73,33
Antioquia	● 95,73	● 89,28	● 75,36
Caldas	● 92,73	● 100,00	● 50,00
Caquetá	● 98,35	● 87,50	Sin dato
Huila	● 95,95	● 75,00	● 66,66
Quindío	● 96,89	● 100,00	● 84,61
Risaralda	● 93,43	● 100,00	● 76,47
Tolima	● 96,96	● 100,00	● 76,47
Oriental	● 96,66	● 89,85	● 78,99
Boyacá	● 97,33	● 60,00	● 50,00
Cundinamarca	● 98,26	● 100,00	● 80,00
Meta	● 94,88	● 88,23	● 77,77
Norte de Santander	● 94,45	● 93,75	● 71,42
Santander	● 96,71	● 87,50	● 87,17



Tabla 53. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Gestantes tamizadas para VIH	Estudio de transmisión materno - infantil	TAR en las gestantes que viven con el VIH
	≥ 95%	≥ 95%	100%
	≥ 85 y < 95%	≥ 85 y < 95%	≥ 95 y < 100%
	< 85%	< 85%	< 95%
Pacífica	● 93,94	● 87,03	● 65,93
Cauca	● 97,38	● 85,71	● 81,48
Chocó	● 94,90	● 77,77	● 52,38
Nariño	● 96,40	● 95,00	● 86,20
Valle del Cauca	● 91,82	● 86,15	● 59,04
Nacional	● 95,83	● 90,31	● 74,59

TAR: terapia antirretroviral.

Respecto al aseguramiento, los regímenes contributivo y subsidiado alcanzaron un alto cumplimiento en la tamización de las gestantes, sin embargo, en el especial y en la población no asegurada el porcentaje de este indicador fue bajo. Frente al IGR de estudio de transmisión materno - infantil, el contributivo y el subsidiado lograron un cumplimiento medio, mientras que el de excepción y los no asegurados lograron un cumplimiento alto, con cinco y un caso, respectivamente. En cuanto a la cobertura de la TAR en las gestantes, en todos los regímenes se observó un bajo cumplimiento (**tabla 54**).

Tabla 54. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Gestantes tamizadas para VIH	Estudio de transmisión materno - infantil	TAR en las gestantes que viven con el VIH
	≥ 95%	≥ 95%	100%
	≥ 85 y < 95%	≥ 85 y < 95%	≥ 95 y < 100%
	< 85%	< 85%	< 95%
Contributivo	● 97,36	● 88,61	● 74,92
Subsidiado	● 95,34	● 91,18	● 76,23
Especial	● 82,85	Sin dato	Sin dato
Excepción	● 93,41	● 100,00	● 60,00
Planes voluntarios de salud	● 71,28	Sin dato	Sin dato
No asegurado	● 58,87	● 100,00	● 17,64
Nacional	● 95,83	● 90,31	● 74,59

Por otro lado, la cobertura de la TAR se ha reducido desde el periodo 2023 a nivel nacional, mientras que en el régimen contributivo se ha mantenido estable y en el subsidiado bajó. En cuanto a la prescripción de la TAR, que se mide a partir de los esquemas recomendados en la última GPC (27), aumentó de 2023 a 2024, aunque en 2025 se mantuvo relativamente estable (**figura 20**).

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.colombiainformacion.org

Figura 20. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025

Figura 20a. Cobertura de la TAR en el periodo

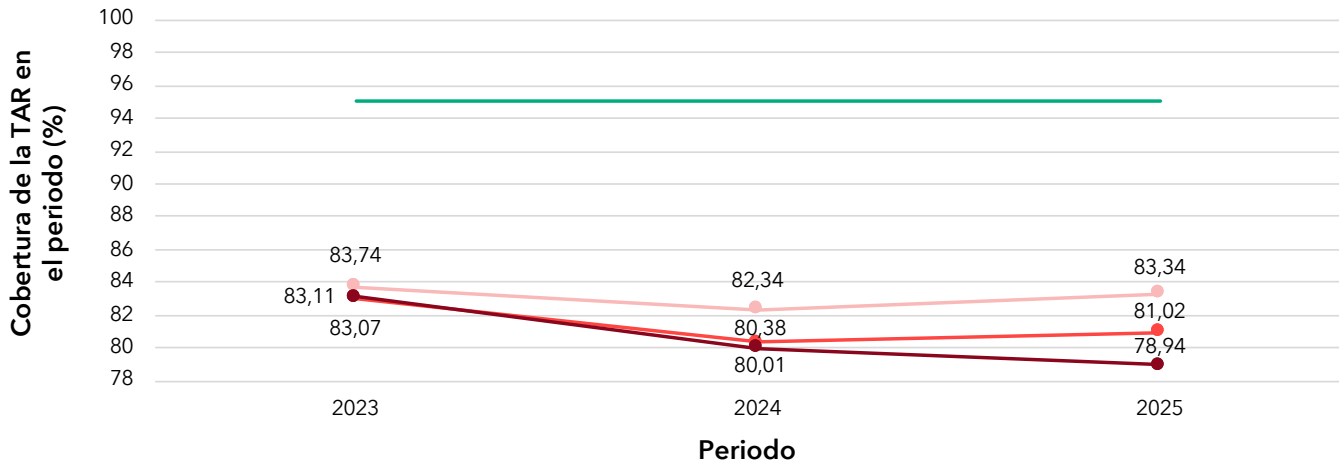
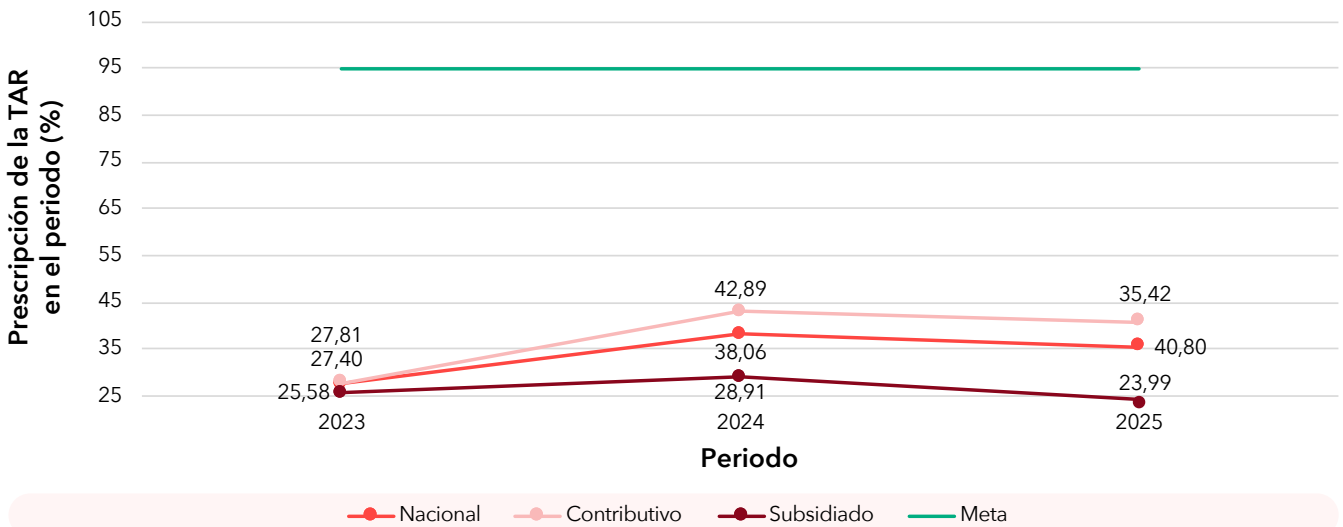


Figura 20b. Prescripción de la TAR en el periodo



[Descargar figura](#)

A continuación, la **tabla 55** muestra los indicadores de cobertura y prescripción de la TAR según la ubicación geográfica. Se observa, que al igual que en el periodo anterior, ninguna región ni departamento alcanzó la meta propuesta en la cobertura de la TAR, presentándose los porcentajes más bajos en la región Pacífica (76,92%) y Bogotá, D. C., (78,88%). En relación con la prescripción de la TAR, el cumplimiento continúa siendo bajo y disminuyó en todas las regiones respecto al periodo anterior.



Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la TAR según la región geográfica, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Cobertura de la TAR en el periodo	Prescripción de la TAR en el periodo
	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 85 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 85%	< 90%
Bogotá, D. C.	● 78,88	● 48,66
Amazonía-Orinoquía	● 78,52	● 24,15
Arauca	● 78,68	● 34,96
Casanare	● 86,20	● 24,66
Putumayo	● 81,18	● 18,04
Amazonas	● 43,31	● 40,54
Guainía	● 62,85	● 17,64
Guaviare	● 67,13	● 17,02
Vaupés	● 46,15	● 27,27
Vichada	● 56,25	● 33,33
Caribe	● 84,76	● 23,34
Atlántico	● 81,04	● 30,52
Bolívar	● 86,89	● 17,93
Cesar	● 81,88	● 20,51
Córdoba	● 88,51	● 24,37
La Guajira	● 83,15	● 29,87
Magdalena	● 87,07	● 13,50
Sucre	● 89,07	● 16,43
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 84,35	● 30,00
Central	● 81,16	● 35,61
Antioquia	● 80,56	● 37,55
Caldas	● 85,64	● 37,68
Caquetá	● 76,85	● 30,35
Huila	● 83,25	● 29,42
Quindío	● 83,71	● 33,12
Risaralda	● 78,92	● 31,34
Tolima	● 83,31	● 25,66
Oriental	● 83,84	● 36,96
Boyacá	● 87,75	● 37,86
Cundinamarca	● 80,64	● 47,19
Meta	● 82,00	● 20,97
Norte de Santander	● 84,35	● 30,41
Santander	● 85,86	● 42,28
Pacífica	● 76,92	● 35,13
Cauca	● 83,37	● 36,05
Chocó	● 81,81	● 40,00
Nariño	● 81,71	● 23,27
Valle del Cauca	● 75,44	● 36,56
Nacional	● 81,02	● 35,42

TAR: terapia antirretroviral.

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

De acuerdo con el régimen, el contributivo presenta la mayor cobertura de TAR en las PVV (83,34%), seguido del subsidiado (78,94%), el especial (74,80%) y el de excepción (74,40%). Por otra parte, solo el 23,99% de la población en el régimen subsidiado y el 40,80% en el contributivo fueron reportados con la prescripción terapéutica acorde a las recomendaciones de la GPC, mientras que el régimen especial alcanzó el 71,42% (**tabla 56**).

Tabla 56. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Cobertura de la TAR en el periodo		Prescripción de la TAR en el periodo	
	≥ 95%		≥ 95%	
	≥ 85 y < 95%		≥ 90 y < 95%	
	< 85%		< 90%	
Contributivo	● 83,34		● 40,80	
Subsidiado	● 78,94		● 23,99	
Especial	● 74,80		● 71,42	
Excepción	● 74,40		● 31,60	
Planes voluntarios de salud	● 19,97		● 81,08	
No asegurado	● 16,21		● 33,07	
Nacional	● 81,02		● 35,42	

De otra parte, la tendencia de los indicadores relacionados con el control virológico y el cambio de esquema de la TAR, se encuentran detallados en la **figura 21**. A nivel nacional se observa un leve incremento comparado con el periodo anterior, pasando de 74,04% en 2024 a 74,99% en 2025. Esta tendencia también se ve reflejada en el régimen contributivo pese a que se mantiene en un rango de cumplimiento bajo, por el contrario, el subsidiado disminuyó. Adicionalmente, la proporción de personas que viven con VIH que requirieron un cambio en el esquema durante los 12 meses posteriores al inicio del tratamiento disminuyó a nivel nacional, pasando de 19,17% a 11,28% así como en los regímenes contributivo y subsidiado.

Figura 21. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025

Figura 21a. Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo

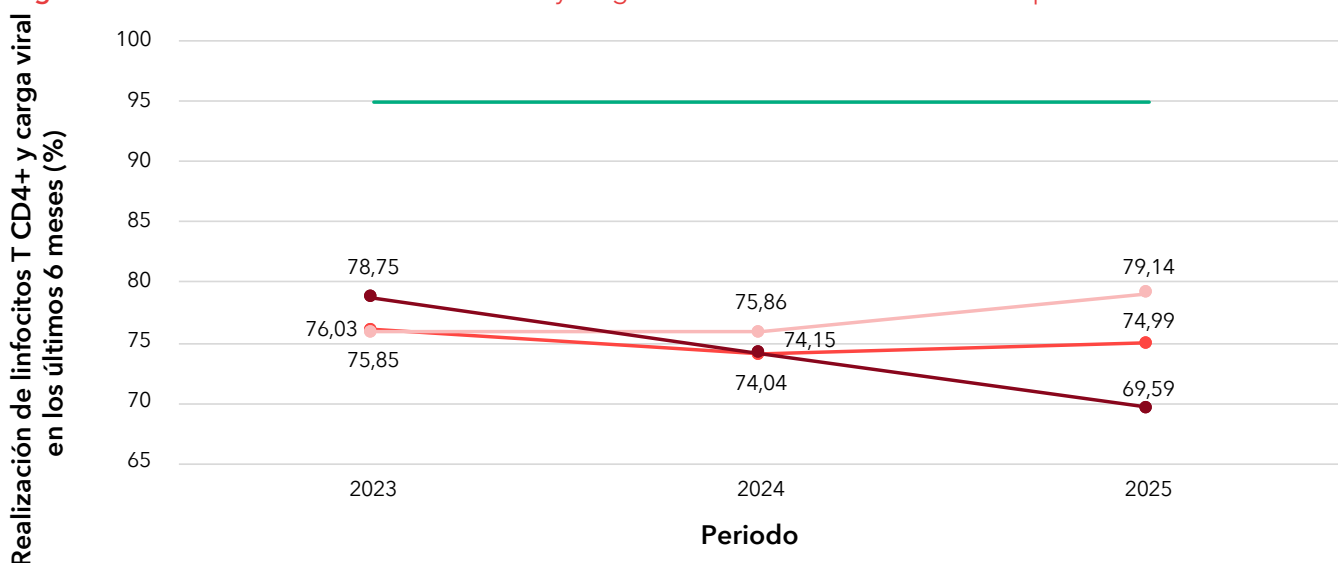
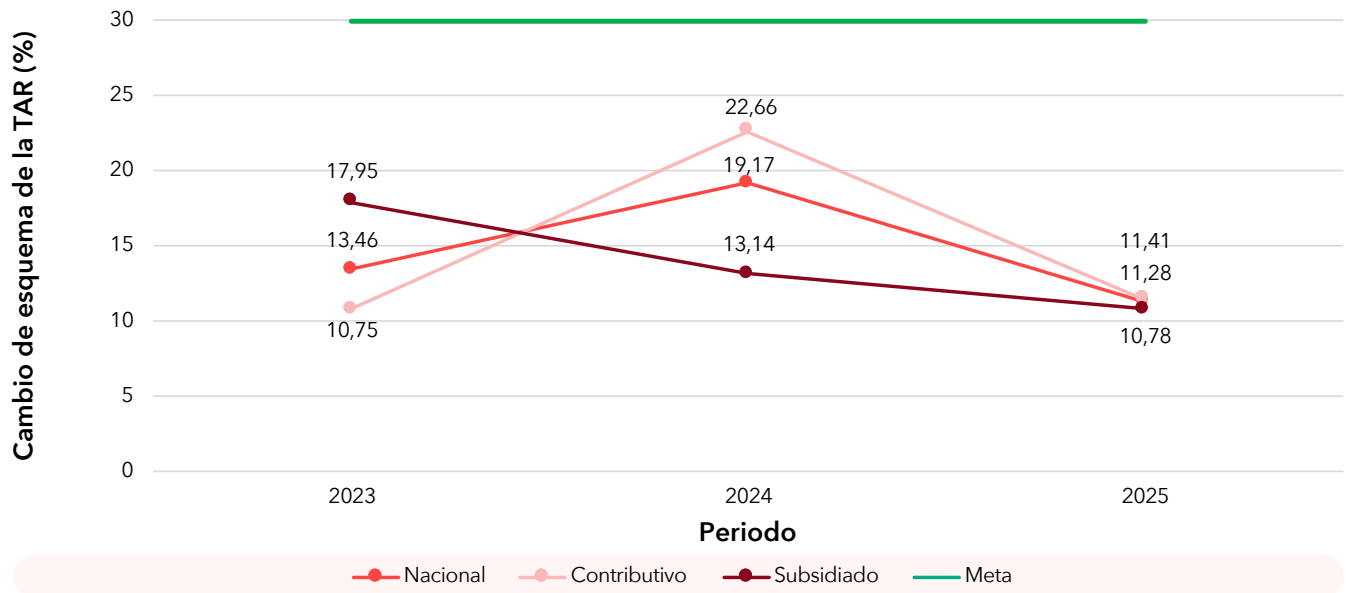




Figura 21b. Cambio de esquema de la TAR



[Descargar figura](#)

A pesar de que el indicador de realización de los estudios de seguimiento se mantiene con bajos niveles de cumplimiento en todas las regiones y departamentos, la región Caribe, seguida por la Oriental, continúa siendo la que reporta la mayor ejecución de estos estudios en los últimos seis meses del periodo (**tabla 57**), comportamiento similar al observado en el periodo anterior. Por su parte, el indicador de cambio de esquema TAR presenta un cumplimiento alto en todas las regiones y departamentos del país, destacándose la región Central como la de mejor registro.

Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según la región geográfica, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo		Cambio de esquema de la TAR	
	≥ 95%		< 30%	
	≥ 90 y < 95%		30 y < 40%	
	< 90%		≥ 40%	
Bogotá, D. C.	● 71,66	● 14,75		
Amazonía-Orinoquía	● 71,74	● 11,24		
Arauca	● 73,22	● 4,29		
Casanare	● 80,61	● 16,76		
Putumayo	● 67,80	● 8,79		
Amazonas	● 33,68	● 5,40		
Guainía	● 74,28	● 17,64		
Guaviare	● 68,54	● 8,57		
Vaupés	● 34,61	● 18,18		
Vichada	● 53,12	● 6,66		
Caribe	● 81,39	● 10,30		
Atlántico	● 77,16	● 9,58		

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.colombiainformacion.com

Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según la región geográfica, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	Cambio de esquema de la TAR
	≥ 95%	< 30%
	≥ 90 y < 95%	30 y < 40%
	< 90%	≥ 40%
Bolívar	● 84,62	● 9,33
Cesar	● 76,40	● 8,30
Córdoba	● 85,15	● 16,20
La Guajira	● 76,14	● 8,49
Magdalena	● 86,16	● 10,22
Sucre	● 87,20	● 8,61
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 75,97	● 12,50
Central	● 75,35	● 9,76
Antioquia	● 73,95	● 8,50
Caldas	● 86,25	● 10,52
Caquetá	● 54,82	● 9,46
Huila	● 82,19	● 16,10
Quindío	● 78,73	● 14,04
Risaralda	● 73,13	● 11,15
Tolima	● 78,70	● 13,80
Oriental	● 79,67	● 12,94
Boyacá	● 81,00	● 18,07
Cundinamarca	● 77,49	● 13,60
Meta	● 69,35	● 9,55
Norte de Santander	● 83,81	● 11,62
Santander	● 82,99	● 14,20
Pacífica	● 67,39	● 10,65
Cauca	● 65,51	● 12,64
Chocó	● 74,78	● 18,23
Nariño	● 78,08	● 13,05
Valle del Cauca	● 66,04	● 10,04
Nacional	● 74,99	● 11,28

TAR: terapia antirretroviral.

En cuanto al indicador de estudios de seguimiento, el análisis mostró un cumplimiento bajo en todos los regímenes, el contributivo presentó el mejor desempeño (79,14%), seguido por el especial (70,86%). Por otro lado, el cambio de esquema de la TAR obtuvo un alto cumplimiento en todos los regímenes, destacándose el especial que presentó la menor proporción de cambios (8,57%).



Tabla 58. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2025

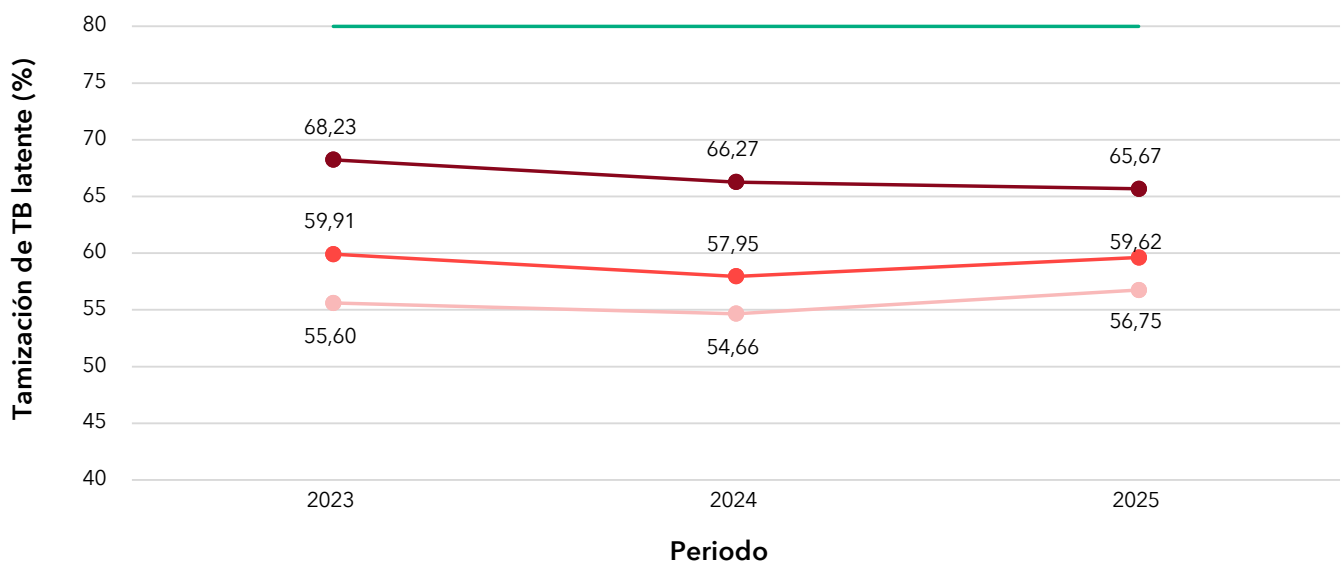
Régimen de afiliación	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	Cambio de esquema de la TAR
	≥ 95%	< 30%
	≥ 90 y < 95%	30 y < 40%
	< 90%	≥ 40%
Contributivo	● 79,14	● 11,41
Subsidiado	● 69,59	● 10,78
Especial	● 70,86	● 8,57
Excepción	● 69,79	● 14,63
Planes voluntarios de salud	● 12,65	● 5,40
No asegurado	● 17,23	● 10,85
Nacional	● 74,99	● 11,28

TAR: terapia antirretroviral.

La tamización de TB latente mostró un incremento a nivel nacional de 1,67% con respecto a 2024, con una tendencia similar en el régimen contributivo; por su parte, en el subsidiado continúa la tendencia a la reducción que trae desde el periodo anterior. El tamizaje para sífilis durante el periodo tuvo un leve incremento a nivel nacional y en el contributivo, no obstante, el indicador continúa manteniendo un bajo cumplimiento con respecto a la meta propuesta. Además, en este periodo la proporción de personas a quienes se les evaluó el riesgo cardiovascular se redujo, pasando de 83,33% a 75,55% a nivel nacional. La **figura 22** muestra la tendencia de los IGR de cribado de enfermedades en las PVV según el régimen de afiliación.

Figura 22. Indicadores de gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025

Figura 22a. Tamización de TB latente



Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.colombiadefamilia.gov.co

Figura 22b. Tamización para sífilis en el periodo

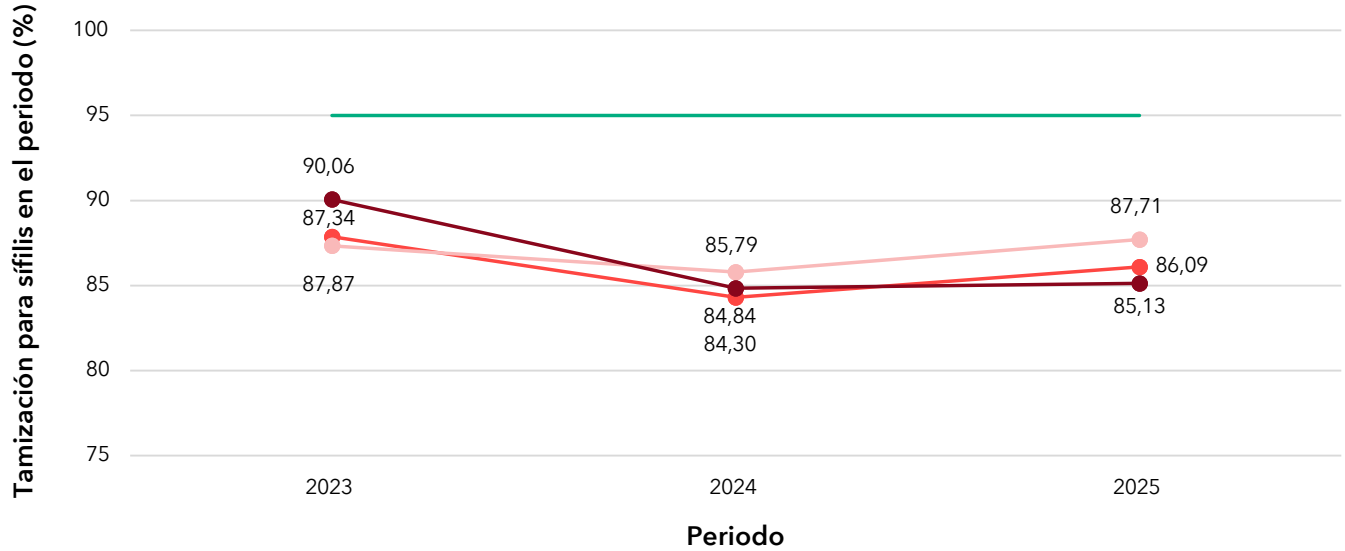
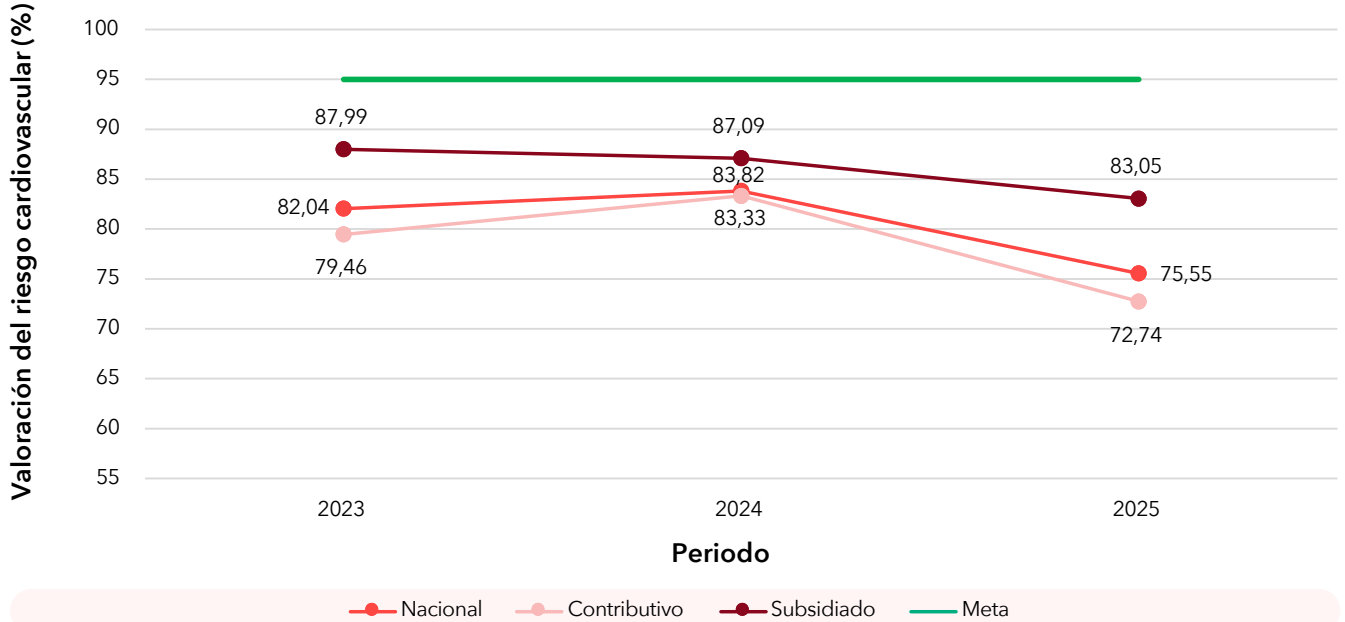


Figura 22c. Valoración del riesgo cardiovascular



—●— Nacional —●— Contributivo —●— Subsidiado — Meta

[Descargar figura](#)

Respecto a las regiones, hubo mayor adherencia a la recomendación de la tamización para la TB latente en la Oriental (68,78%) seguida por la Caribe (67,54%), mientras que, en las entidades territoriales Huila, Quindío y Nariño fueron las únicas que tuvieron un cumplimiento alto. Con relación al cribado de sífilis, todas las regiones presentan un cumplimiento bajo, el mejor comportamiento se observó en la región Oriental. Por otro lado, en la evaluación del riesgo cardiovascular, se reportó una mayor proporción de personas evaluadas en la región Oriental (87,91%) seguida de la Caribe (85,63%), ambas con cumplimiento medio, las demás regiones tuvieron un cumplimiento bajo.



Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según la región geográfica, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Tamización de TB latente	Tamización para sífilis en el periodo	Valoración del riesgo cardiovascular
	≥ 80%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 50 y < 80%	≥ 90 y < 95%	≥ 85 y < 95%
	< 50%	< 90%	< 85%
Bogotá, D. C.	● 49,18	● 84,93	● 79,08
Amazonía-Orinoquía	● 57,71	● 83,75	● 80,75
Arauca	● 29,20	● 85,32	● 48,70
Casanare	● 71,29	● 91,91	● 93,93
Putumayo	● 74,51	● 85,66	● 85,06
Amazonas	● 21,22	● 46,52	● 62,33
Guainía	● 62,50	● 80,00	● 100,00
Guaviare	● 34,65	● 70,42	● 87,00
Vaupés	● 32,00	● 46,15	● 100,00
Vichada	● 42,62	● 56,25	● 79,31
Caribe	● 67,54	● 87,25	● 85,63
Atlántico	● 58,90	● 83,29	● 73,58
Bolívar	● 65,34	● 89,79	● 92,32
Cesar	● 72,15	● 86,39	● 89,25
Córdoba	● 71,56	● 89,86	● 92,73
La Guajira	● 70,32	● 86,17	● 85,53
Magdalena	● 78,58	● 90,51	● 90,37
Sucre	● 74,00	● 89,65	● 93,65
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 73,41	● 82,12	● 77,00
Central	● 58,49	● 86,94	● 64,33
Antioquia	● 47,33	● 85,69	● 47,30
Caldas	● 79,23	● 91,78	● 91,17
Caquetá	● 59,14	● 86,55	● 55,60
Huila	● 87,38	● 90,81	● 91,79
Quindío	● 85,31	● 90,34	● 91,86
Risaralda	● 69,46	● 86,48	● 89,47
Tolima	● 74,29	● 88,63	● 89,15
Oriental	● 68,78	● 87,78	● 87,91
Boyacá	● 61,70	● 90,84	● 91,35
Cundinamarca	● 53,34	● 86,28	● 82,52
Meta	● 71,17	● 81,29	● 83,93
Norte de Santander	● 74,57	● 90,04	● 90,72
Santander	● 75,58	● 89,76	● 90,30
Pacífica	● 59,38	● 83,50	● 66,67
Cauca	● 71,03	● 89,04	● 84,06
Chocó	● 71,42	● 86,36	● 87,01
Nariño	● 81,68	● 86,65	● 80,78
Valle del Cauca	● 54,70	● 82,39	● 63,22
Nacional	● 59,62	● 86,09	● 75,55

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

Frente a los regímenes, se observó una mayor proporción de casos con cribado para la TB en el de excepción (70,21%), seguido del subsidiado (65,67%). Por otro lado, el tamizaje para sífilis se presentó en un 87,71% en el contributivo y en un 85,13% en el subsidiado. Pese a haber mejorado con respecto a los indicadores del periodo anterior, ninguno de los regímenes alcanzó un cumplimiento alto. Respecto a la valoración del riesgo cardiovascular, ninguno de los regímenes logró un desempeño medio (**tabla 60**).

Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Tamización de TB latente	Tamización para sífilis en el periodo	Valoración del riesgo cardiovascular
	≥ 80%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 50 y < 80%	≥ 90 y < 95%	≥ 85 y < 95%
	< 50%	< 90%	< 85%
Contributivo	● 56,75	● 87,71	● 72,74
Subsidiado	● 65,67	● 85,13	● 83,05
Especial	● 58,97	● 77,16	● 70,52
Excepción	● 70,21	● 81,92	● 57,34
Planes voluntarios de salud	● 7,24	● 17,86	● 6,93
No asegurado	● 2,53	● 27,09	● 9,49
Nacional	● 59,62	● 86,09	● 75,55

Frente a los IGR relacionados con las estrategias farmacológicas para la profilaxis, el tratamiento y la prevención de las coinfecciones en personas que viven con VIH, se observó que la cobertura para la TB latente en el ámbito nacional y por regímenes, disminuyó frente al periodo anterior. Mientras que la profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y la vacunación para la hepatitis B mantienen una tendencia creciente con respecto a los periodos anteriores. Los tres indicadores se mantienen en un nivel de cumplimiento bajo durante el seguimiento (**figura 23**).

Figura 23. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la profilaxis, el tratamiento y la prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2023 - 2025

Figura 23a. PVV que reciben tratamiento para TB latente





Figura 23b. Profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

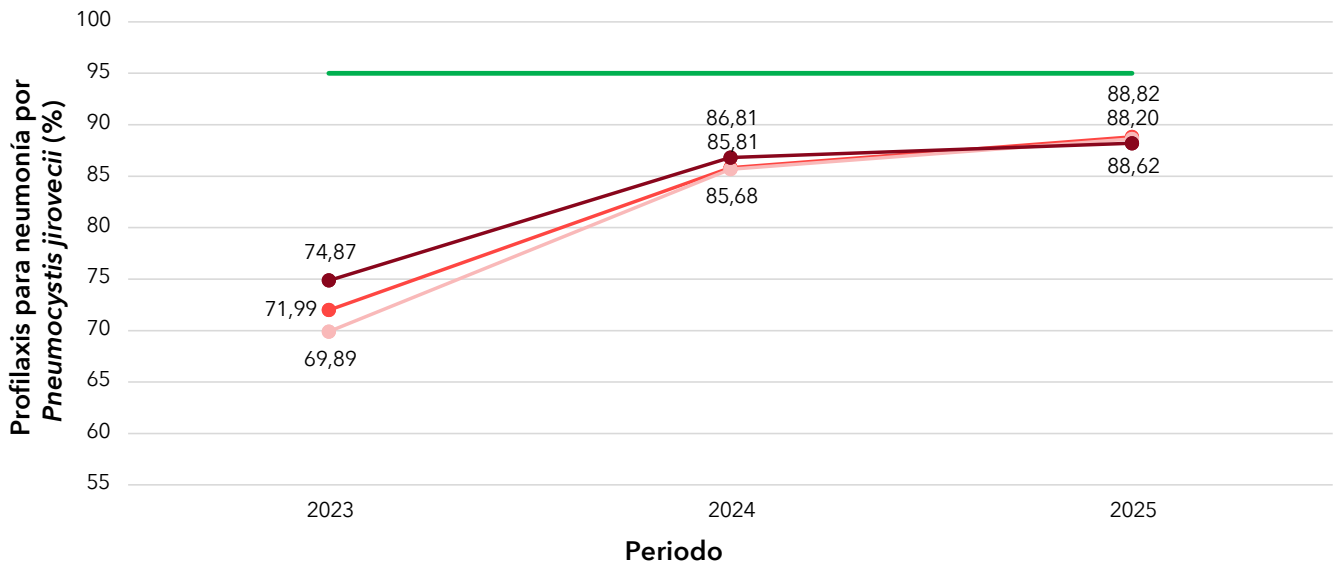
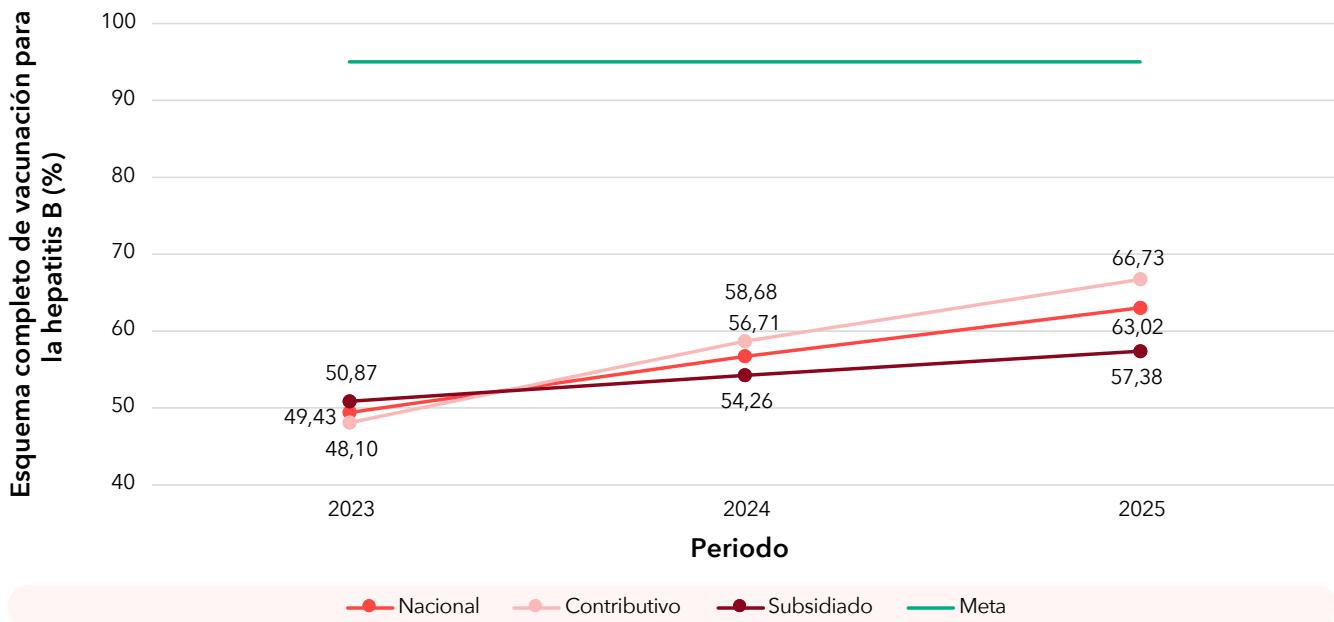


Figura 23c. Esquema completo de vacunación para la hepatitis B



[Descargar figura](#)

La profilaxis para *Pneumocystis jirovecii* presentó un comportamiento similar entre las regiones; la Central fue la única que obtuvo una calificación media (91,43%). Mientras que la vacunación para la hepatitis B mantuvo una baja cobertura tanto en las regiones como en las entidades territoriales. Por su parte el tratamiento para TB latente continúa mostrando un bajo nivel de cumplimiento, con el valor más crítico en la región Central (29,14%) y, particularmente, en Antioquia (16,50%) (tabla 61).

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.empujandocolembia.com

Tabla 61. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la profilaxis, el tratamiento y la prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B	PVV que reciben tratamiento para TB latente
	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 90%	< 90%	< 90%
Bogotá, D. C.	● 89,52	● 61,93	● 66,60
Amazonía-Orinoquía	● 86,85	● 39,57	● 54,54
Arauca	● 90,16	● 35,09	Sin dato
Casanare	● 89,31	● 31,26	● 50,00
Putumayo	● 89,18	● 71,21	● 100,00
Amazonas	● 72,72	● 16,23	Sin dato
Guainía	● 71,42	● 34,78	Sin dato
Guaviare	● 89,47	● 36,09	● 25,00
Vaupés	● 40,00	● 29,41	Sin dato
Vichada	● 75,00	● 29,78	Sin dato
Caribe	● 86,61	● 62,28	● 37,29
Atlántico	● 87,46	● 61,02	● 38,97
Bolívar	● 84,97	● 53,22	● 28,81
Cesar	● 90,59	● 69,27	● 28,57
Córdoba	● 87,51	● 71,12	● 50,00
La Guajira	● 77,23	● 29,54	Sin dato
Magdalena	● 88,13	● 71,60	● 34,21
Sucre	● 87,78	● 75,47	● 44,44
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 82,35	● 62,79	Sin dato
Central	● 91,43	● 62,04	● 29,14
Antioquia	● 90,41	● 53,58	● 16,50
Caldas	● 93,95	● 84,58	● 55,17
Caquetá	● 95,38	● 59,11	● 100,00
Huila	● 96,46	● 84,51	● 86,11
Quindío	● 96,08	● 73,68	● 45,83
Risaralda	● 93,60	● 71,89	● 57,39
Tolima	● 84,59	● 56,53	● 48,00
Oriental	● 87,46	● 69,69	● 67,60
Boyacá	● 92,10	● 54,67	● 63,63
Cundinamarca	● 90,08	● 59,49	● 74,19
Meta	● 83,79	● 47,37	● 57,14
Norte de Santander	● 92,78	● 80,98	● 83,33
Santander	● 79,79	● 84,07	● 66,10
Pacífica	● 89,33	● 64,30	● 43,16
Cauca	● 94,75	● 80,48	● 65,38
Chocó	● 74,41	● 51,25	● 58,82
Nariño	● 88,60	● 71,41	● 65,21
Valle del Cauca	● 89,08	● 61,54	● 40,40
Nacional	● 88,82	● 63,02	● 42,14

TB: tuberculosis.



El comportamiento de estos indicadores varía al desagregarlos por régimen. En todos se observa un bajo cumplimiento de la profilaxis para *Pneumocystis jirovecii*, excepto en la población no asegurada. No obstante, tanto el régimen contributivo (88,62%) como el subsidiado (89,20%) muestran una mejoría frente a lo registrado en el periodo anterior. Por otro lado, la vacunación para la hepatitis B evidencia una mejor cobertura en el de excepción (79,16%), seguido del contributivo (66,73%). En cuanto al tratamiento para la TB latente, persisten valores menores al 60%, aún lejano a la meta propuesta ($\geq 95\%$).

Tabla 62. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B	PVV que reciben tratamiento para TB latente
	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$
	$\geq 90\text{ y } < 95\%$	$\geq 90\text{ y } < 95\%$	$\geq 90\text{ y } < 95\%$
	$< 90\%$	$< 90\%$	$< 90\%$
Contributivo	● 88,62	● 66,73	● 41,31
Subsidiado	● 89,20	● 57,38	● 43,34
Especial	● 40,00	● 54,87	Sin dato
Excepción	● 85,25	● 79,16	● 59,57
Planes voluntarios de salud	● 20,00	● 14,89	Sin dato
No asegurado	● 90,47	● 8,82	Sin dato
Nacional	● 88,82	● 63,02	● 42,14

PVV: personas que viven con el VIH; TB: tuberculosis.

Para el periodo 2025, el indicador correspondiente a la indetectabilidad a las 48 semanas o más de la TAR, desagregado por la región y la entidad territorial, develó que la región Caribe obtuvo el mayor rendimiento (69,98%), seguida por la Oriental (69,67%), ambos valores por encima del nacional. A pesar de estos resultados, se observa un bajo cumplimiento general de este indicador (**tabla 63**).

Tabla 63. Indetectabilidad del VIH a las 48 semanas o más de la TAR según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	
	$\geq 90\%$	
	$\geq 80\text{ y } < 90\%$	
	$< 80\%$	
Bogotá, D. C.	● 65,25	
Amazonía-Orinoquía	● 60,46	
Arauca	● 63,33	
Casanare	● 69,45	
Putumayo	● 56,77	
Amazonas	● 20,66	
Guainía	● 42,85	
Guaviare	● 46,25	
Vaupés	● 23,80	
Vichada	● 35,18	
Caribe	● 69,98	
Atlántico	● 67,23	
Bolívar	● 70,96	

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.colombiainformacion.com

Tabla 63. Indetectabilidad del VIH a las 48 semanas o más de la TAR según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	
	≥ 90%	
	≥ 80 y < 90%	
	< 80%	
Cesar	●	68,33
Córdoba	●	72,26
La Guajira	●	63,14
Magdalena	●	75,28
Sucre	●	73,67
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	●	64,93
Central	●	67,32
Antioquia	●	65,72
Caldas	●	79,30
Caquetá	●	47,11
Huila	●	73,45
Quindío	●	72,89
Risaralda	●	66,63
Tolima	●	67,24
Oriental	●	69,67
Boyacá	●	70,08
Cundinamarca	●	67,15
Meta	●	60,28
Norte de Santander	●	72,55
Santander	●	73,83
Pacífica	●	61,90
Cauca	●	62,14
Chocó	●	63,57
Nariño	●	63,93
Valle del Cauca	●	61,58
Nacional	●	66,74

TAR: terapia antirretroviral.

Por otro lado, al analizar este indicador según el régimen se identificó un leve incremento a nivel nacional, reflejado en el paso de 64,76% al 66,74% con respecto al periodo anterior. Así mismo, el contributivo reportó la mayor proporción de las PVV con CV < 50 copias/ml (71,55%), seguido por el especial y el subsidiado (**tabla 64**).



Tabla 64. Indetectabilidad del VIH a las 48 semanas o más de la TAR según el régimen de afiliación, Colombia 2025

Régimen de afiliación	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	
	≥ 90%	
	≥ 80 y < 90%	
	< 80%	
Contributivo	●	71,55
Subsidiado	●	59,42
Especial	●	70,33
Excepción	●	63,26
Planes voluntarios de salud	●	11,72
No asegurado	●	10,43
Nacional	●	66,74

TAR: terapia antirretroviral.

La actualización del consenso (5) también incluyó los nuevos IGR en los dominios del binomio madre - hijo (diagnóstico, seguimiento y tratamiento), basados en las recomendaciones de la GPC de 2021 (27), con el fin de asegurar una atención integral. A continuación, en las **tablas 65 y 66** se presentan los resultados de la línea de base de los IGR que pudieron evaluarse con la información reportada por los aseguradores y prestadores, desglosados por la región geográfica, la entidad territorial y el régimen del aseguramiento.

Al desagregar por regiones, la detección en los casos incidentes con conteo de linfocitos T CD4+ > 350 cel/mm³ varió entre 36,10% (Caribe) y 49,93% (Central). En cuanto al dominio de seguimiento, los porcentajes de atención por el infectólogo en el periodo oscilaron entre el 45,76% (Central) y el 73,46% (Caribe). Por su parte, se observaron proporciones superiores al 63% en la retención en la atención de la población que vive con VIH, lo que demuestra un desempeño bajo en todas las regiones, destacándose la Caribe con el mayor cumplimiento. Por otro lado, el abandono de la TAR en el país pasó de 20,27% a 18,60% en este periodo y fue más alto en Guaviare (62,19%), Guainía (57,58%) y Amazonas (42,94%).

En los IGR de tamización de infecciones, se observa una cobertura nacional del 26,84% en el tamizaje anal del VPH, siendo mayor en las regiones Oriental (35,66%) y Central (30,59%). Por el contrario, en la tamización de hepatitis B y C, el desempeño general del país fue mayor al 74%, sin embargo, ambos indicadores continúan con tendencia a la reducción, con respecto al periodo pasado disminuyeron en 0,32% y 0,21% respectivamente.

En el ámbito nacional, se evidenció que las hospitalizaciones en las personas que tenían menos de 6 meses de diagnóstico se situaron en 2,92%, muy similar al periodo anterior (2,14%). De igual forma la letalidad en quienes tenían menos de 6 meses de diagnóstico pasó de 0,91% a 0,80% y entre las regiones fue más alto en la Amazonía-Orinoquía. La oportunidad de inicio de la TAR a nivel nacional se mantuvo casi igual, con una diferencia de 0,39 puntos porcentuales respecto al 2024 (52,69%). La menor proporción regional fue de Bogotá, D. C., con 30,29%.

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

www.emmas.gov.co/colombia

Tabla 65. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2025

Región/Entidad territorial	Detección con CD4 > 350 cel/mm ³ en los casos incidentes	Atención por el infectólogo en el periodo	Retención en la atención	Seguimiento paraclínico en el periodo	Abandono de la TAR durante el periodo	Tamización anal del VPH	Tamización para hepatitis B
Amazonía-Orinoquía	40,00	64,86	68,50	35,11	20,46	22,14	76,60
Amazonas	52,38	27,81	28,34	28,34	42,94	16,67	33,88
Arauca	41,54	58,29	68,31	23,13	21,24	8,77	78,66
Casanare	29,63	77,32	78,47	35,48	7,91	29,97	89,66
Guainía	50,00	48,57	62,86	62,86	57,58	35,71	57,14
Guaviare	50,00	21,60	62,91	62,44	62,19	13,95	56,86
Putumayo	44,32	74,65	65,32	37,17	20,29	25,11	73,76
Vaupés	50,00	34,62	30,77	26,92	38,46	0,00	42,31
Vichada	60,00	42,19	53,13	26,56	41,27	26,67	42,86
Bogotá, D. C.	42,98	62,26	67,48	65,04	19,46	23,41	74,87
Caribe	36,10	73,46	78,83	59,23	14,92	15,11	77,91
Atlántico	37,76	68,00	74,48	55,43	13,98	14,44	68,86
Bolívar	36,18	71,61	81,62	60,59	15,86	14,87	85,71
Cesar	36,51	68,66	73,96	56,88	16,34	23,00	64,23
Córdoba	32,34	83,03	82,85	52,21	14,63	15,04	87,08
La Guajira	33,77	80,34	73,23	70,23	12,44	6,73	68,50
Magdalena	38,44	78,85	83,76	77,23	17,19	9,85	85,13
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	31,58	81,01	73,18	56,98	28,65	10,53	59,72
Sucre	36,28	73,84	85,58	54,12	12,72	21,85	86,10
Central	49,93	45,76	72,08	55,93	16,59	30,59	72,04
Antioquia	53,17	37,77	70,68	53,37	16,21	25,29	70,07
Caldas	49,38	53,19	82,57	63,78	14,26	44,32	71,28
Caquetá	46,75	48,53	51,78	55,74	29,97	47,72	57,45
Huila	32,64	54,50	79,28	72,89	12,28	54,76	88,91
Quindío	44,49	83,12	76,32	59,10	13,87	63,44	86,10
Risaralda	47,93	51,25	69,39	61,03	22,60	36,40	57,08
Tolima	44,17	61,64	75,28	47,84	15,50	24,93	82,21
Oriental	38,62	72,93	76,80	56,33	15,49	35,66	74,47
Boyacá	35,57	81,44	78,38	40,44	12,11	37,59	85,37
Cundinamarca	40,82	70,29	73,03	64,49	19,71	27,24	80,69
Meta	39,87	54,33	66,90	40,22	28,44	30,13	70,90
Norte de Santander	32,61	83,16	81,05	65,20	11,85	35,61	73,11
Santander	41,70	74,40	80,91	55,03	9,40	49,50	70,60
Pacífica	46,40	46,78	63,09	53,81	28,24	29,37	74,67
Cauca	36,41	69,31	62,48	62,40	29,96	48,43	85,22
Chocó	49,28	82,26	72,87	50,59	11,81	37,10	84,82
Nariño	39,69	70,20	74,34	56,09	32,43	34,51	82,80
Valle del Cauca	49,01	40,25	61,46	52,64	28,00	26,68	71,51
Nacional	43,34	58,76	71,55	58,03	18,60	26,84	74,61



Tabla 65. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2025 (continuación)

Región/Entidad territorial	Tamización para hepatitis C	Hospitalización por causa del VIH - sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico	Hospitalización por causa del VIH - sida en personas con más de 6 meses de diagnóstico	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa	Oportunidad de inicio de la TAR	Coinfección TB/VIH
Amazonía-Orinoquía	76,13	3,15	0,45	1,68	0,35	0,00	52,70	56,10
Amazonas	35,83	9,68	0,00	0,00	0,00	0,00	47,62	0,00
Arauca	78,51	1,02	0,00	2,04	0,19	0,00	50,77	55,56
Casanare	89,41	4,57	0,88	2,29	0,40	0,00	66,67	77,78
Guainía	57,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
Guaviare	52,11	2,86	0,00	0,00	0,00	0,00	41,67	16,67
Putumayo	72,78	1,65	0,16	1,65	0,65	0,00	44,32	42,86
Vaupés	34,62	0,00	3,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	43,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00
Bogotá, D. C.	79,44	3,18	0,37	0,89	0,05	25,00	30,29	22,77
Caribe	82,52	1,69	0,24	1,07	0,28	34,00	64,18	44,66
Atlántico	75,19	2,02	0,35	1,16	0,23	33,33	53,23	48,76
Bolívar	87,72	1,34	0,09	1,59	0,35	40,00	72,36	36,59
Cesar	80,72	1,96	0,21	0,43	0,13	28,57	63,16	46,38
Córdoba	87,95	1,33	0,09	0,66	0,34	33,33	77,38	37,93
La Guajira	75,52	2,60	0,65	0,29	0,45	33,33	45,18	70,00
Magdalena	88,63	1,88	0,23	1,54	0,19	28,57	69,79	44,94
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	83,24	0,00	0,58	4,00	0,00	0,00	47,37	0,00
Sucre	87,52	0,32	0,15	0,97	0,40	50,00	70,23	29,63
Central	78,93	4,29	0,73	0,39	0,14	38,78	54,96	33,92
Antioquia	77,19	5,20	0,87	0,38	0,19	43,33	58,08	35,43
Caldas	87,94	3,44	0,19	0,00	0,00	25,00	49,38	34,04
Caquetá	57,72	1,69	0,73	0,00	0,00	0,00	58,44	48,00
Huila	87,49	4,60	1,35	0,24	0,10	0,00	60,33	25,24
Quindío	87,61	2,51	0,63	0,28	0,12	20,00	53,74	41,90
Risaralda	79,69	1,68	0,16	0,76	0,02	42,86	40,78	23,11
Tolima	76,19	2,63	0,40	0,66	0,11	100,00	48,76	30,77
Oriental	76,56	2,49	0,30	0,94	0,15	31,58	56,10	34,14
Boyacá	85,21	0,81	0,46	1,21	0,00	0,00	59,73	47,83
Cundinamarca	82,52	2,26	0,37	0,38	0,10	20,00	30,34	22,83
Meta	64,42	3,90	0,73	0,87	0,03	0,00	43,79	36,36
Norte de Santander	69,56	3,73	0,23	2,09	0,31	50,00	75,43	47,62
Santander	82,33	1,39	0,06	0,51	0,14	66,67	71,03	30,65
Pacífica	79,51	2,01	0,17	0,82	0,47	25,00	58,47	27,48
Cauca	86,64	2,59	0,12	0,29	0,16	0,00	52,53	40,43
Chocó	86,07	2,86	0,77	0,00	0,00	0,00	55,07	29,63
Nariño	82,86	2,02	0,07	0,22	0,74	0,00	66,25	51,85
Valle del Cauca	78,09	1,88	0,17	1,05	0,49	28,57	57,85	24,72
Nacional	79,52	2,92	0,41	0,80	0,20	32,48	53,08	33,06

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

Situación del VIH en Colombia 2025

Aspectos metodológicos

Al analizar estos indicadores según el régimen, se observó que el porcentaje de los casos incidentes con conteo de linfocitos T CD4+ > 350 cel/mm³ al momento del diagnóstico fue mayor en el de excepción y los no asegurados. En el dominio de seguimiento, la mayor retención en la atención de la población que vive con el VIH se dio en el contributivo (75,60%) y en el especial (66,92%). Por otro lado, las proporciones más altas de atención por parte del infectólogo durante el periodo, se registraron en el especial y el de excepción. El abandono de la TAR más alto fue el del régimen subsidiado (**tabla 66**).

En la tamización anal de VPH hay bajas coberturas en los no asegurados, en el contributivo y en los PVS; mientras que, las tamizaciones de hepatitis B y C, en todos, menos en los no asegurados y en los PVS, presenta coberturas superiores al 73%. En cuanto a las hospitalizaciones en las personas que tenían menos de 6 meses de diagnóstico, se evidenciaron las mayores proporciones en los no asegurados y el especial, con un 25,56 y 10,00%, respectivamente.

Finalmente, la oportunidad de inicio de la TAR obtuvo un mejor resultado en el régimen de excepción, no obstante, el cumplimiento en general fue bajo en todos los regímenes y en el país.

Tabla 66. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2025

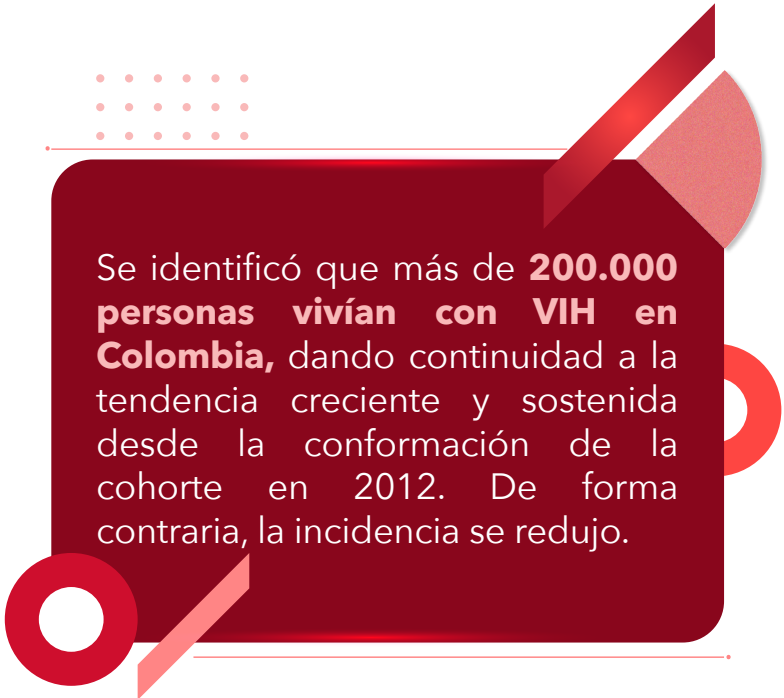
Código	Indicador	Contributivo	Subsidiado	Especial	Excepción	No asegurado	Planes voluntarios de salud	Nacional
VIH_5	Detección con CD4 > 350 cel/mm ³ en los casos incidentes.	46,99	37,83	42,85	48,24	47,58	42,85	43,33
VIH_6	Atención por el infectólogo en el periodo.	56,27	63,67	68,50	67,58	9,59	25,74	58,76
VIH_7	Retención en la atención.	75,60	66,45	66,92	63,72	13,47	9,32	71,55
VIH_19	Abandono de la TAR durante el periodo.	16,42	23,06	11,29	9,36	17,87	12,34	18,60
VIH_21	Tamización anal del VPH.	26,31	28,06	37,09	50,73	7,76	4,26	26,83
VIH_22	Tamización para hepatitis B.	73,67	77,53	76,10	79,22	24,61	12,43	74,60
VIH_23	Tamización para hepatitis C.	80,69	78,91	78,74	81,86	23,42	12,47	79,51
VIH_24	Hospitalización por causa del VIH - sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico.	2,11	3,63	10,00	2,74	25,56	9,09	2,92
VIH_25	Hospitalización por causa del VIH - sida en personas con más de 6 meses de diagnóstico.	0,45	0,34	Sin casos	0,03	1,70	0,44	0,41
VIH_26	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico.	0,23	1,51	10,00	0,68	6,25	Sin casos	0,80
VIH_27	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico.	0,03	0,51	Sin casos	Sin casos	0,24	Sin casos	0,20
VIH_30	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	25,42	37,11	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos	32,48
VIH_34	Oportunidad de inicio de la TAR.	47,86	60,33	42,85	61,30	50,00	57,14	53,08
VIH_37	Coinfección TB/VIH.	24,27	45,25	Sin casos	23,18	32,55	33,33	33,06

* Las unidades de medida de todos los IGR es el porcentaje.



Discusión y conclusiones

En el periodo de análisis de este libro se identificó que más de 200.000 personas vivían con VIH en Colombia, dando continuidad a la tendencia creciente y sostenida desde la conformación de la cohorte en 2012. De forma contraria, la incidencia se redujo, situación que se había dado solo en 2014, 2021 y ahora en los dos últimos periodos, 2024 y 2025 (13). Esta disminución de los nuevos casos, pero aumento de la prevalencia, se alinea con el comportamiento observado a nivel mundial, ya que en el mundo, para finales de 2024 vivían alrededor de 40,8 millones de personas con VIH, con una proyección al alza en los años venideros; 1,3 millones de personas adquirieron la enfermedad, menos que en cualquier otro momento desde finales de la década de 1980 (8). Otro importante hallazgo es el alto riesgo de transmisión en la mayoría de los casos nuevos, en vista de que la carga viral igualaba o superaba las 1.000 copias en el 87,52%.



Se identificó que más de **200.000 personas vivían con VIH en Colombia**, dando continuidad a la tendencia creciente y sostenida desde la conformación de la cohorte en 2012. De forma contraria, la incidencia se redujo.

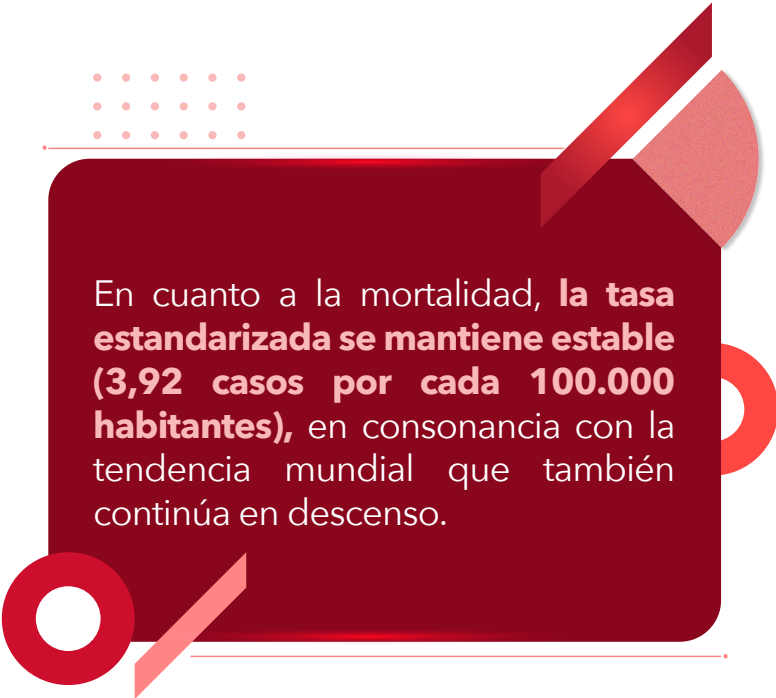
Aunque la variación porcentual de este periodo respecto al anterior es la más baja que se ha reportado en todos estos años de seguimiento, la prevalencia continúa incrementando en la medida que aquellos que viven con VIH y nuevos diagnosticados tienen acceso al tratamiento antirretroviral y respuesta al mismo. No obstante, si se considera que las proyecciones de ONUSIDA a 2024 estimaban 230.000 personas viviendo con VIH en Colombia (31) y que ese sub diagnóstico es frecuente no solo en Colombia, sino en otros países (40-42), es probable que persista un número considerable de personas infectadas que no han sido diagnosticadas. Estas estimaciones de ONUSIDA, aunque presentan un margen de error considerable debido principalmente a la calidad de los datos subyacentes (43), permiten aproximarse a la situación de la epidemia en múltiples países y, para el caso particular de Colombia, constituyen una aproximación útil de la situación real, dada la ausencia de estudios nacionales de prevalencia.

Las implicaciones más importantes de este sub diagnóstico se relacionan principalmente con la probabilidad de transmisión del virus a personas sanas. Por ejemplo, en Estados Unidos se estima que cerca de un tercio de las nuevas infecciones provienen de personas que no sabían su estado serológico (44). Esta falta de diagnóstico oportuno puede ser consecuencia de múltiples factores, tales como el estigma persistente, la falta de formación médica, la sobrecarga asistencial y la necesidad de un proceso de consentimiento que puede llegar a ser engorroso (45).

En Colombia, la mayor parte de los casos se observan en hombres entre 30 y 34 años; las nuevas infecciones también se concentran en hombres, aunque más jóvenes, entre los 25 y 29 años. El 58,90% de los casos nuevos se concentraron en poblaciones clave, particularmente en los HSH, aunque esta cifra resulta inferior a las estimaciones de ONUSIDA, las cuales refieren que el 80% de las nuevas infecciones corresponden a poblaciones clave y sus compañeros sexuales (8). Además, de acuerdo con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés), el VIH es considerada una infección urbana (46) y, según los hallazgos, la mayor parte de los casos incidentes y prevalentes en el país están en las grandes ciudades. No obstante, cabe resaltar las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento en las poblaciones rurales, así

como un mayor estigma asociado (47) puede ser generador de la concentración de los resultados en los centros urbanos.

En cuanto a la mortalidad, la tasa estandarizada se mantiene estable (3,92 casos por cada 100.000 habitantes), en consonancia con la tendencia mundial que también continúa en descenso. De acuerdo con ONUSIDA, entre 2010 y 2024 la mortalidad asociada al VIH disminuyó un 54% en el mundo y 31% en América Latina, mientras que la única región que mostró un aumento en ese periodo fue Europa del Este y Asia Central, con un incremento del 48% (8). Si bien no es posible establecer comparaciones directas entre las estimaciones de ONUSIDA y lo reportado por la CAC, debido a que la cohorte se conformó en 2012, al contrastar los datos de mortalidad cruda por VIH reportados por el DANE en 2010 (tasa de 5,52) con los del periodo analizado en este informe (4,25), se observa una reducción del 23,0%, inferior a la registrada a nivel mundial y regional.



En cuanto a la mortalidad, **la tasa estandarizada se mantiene estable (3,92 casos por cada 100.000 habitantes)**, en consonancia con la tendencia mundial que también continúa en descenso.

Una de las explicaciones de la estabilización en la mortalidad a nivel global es la ampliación en la cobertura de TAR. A pesar de estar aún distantes de alcanzar las metas globales de cobertura, para 2024 se estima que 31,6 millones de personas tenían acceso a la TAR, lo que equivale a 77% de todas las personas que viven con VIH, lo cual representa un gran logro en materia de salud pública, ya que para el 2015 se alcanzaba apenas el 47% (37). En Colombia, la proporción de personas que conocen su estado serológico (tomando como denominador las proyecciones de ONUSIDA) fue de 84,79%, la cobertura de TAR fue de 81,30% y el porcentaje de personas con TAR y supresión viral fue de 89,49%, esto considerando la medición para la estrategia 95-95-95.

De los otros dieciséis países analizados por ONUSIDA dentro de la región, siete superan a Colombia en el primer 95, solo Ecuador lo supera en el segundo 95 con 82% y ninguno lo hace en el tercero. Estas comparaciones son hechas con lo analizado en este informe, ya que las estimaciones de ONUSIDA para Colombia solo incluyen el primer 95 y este es de 79%. Aunque estos valores de Colombia son más altos que los del periodo anterior y demuestran un avance importante, se mantienen lejos de la meta 95-95-95 y, en el escenario de recorte presupuestal a los programas de prevención y atención de VIH a nivel global, corren riesgo la continuidad de los avances y la consecución de las metas en el mundo y también en el país (8,48).

En cuanto al indicador de indetectabilidad después de 48 semanas o más de TAR, que es el principal objetivo del tratamiento, el país tuvo un leve incremento, no obstante, este sigue siendo un cumplimiento bajo, misma situación del indicador que mide la realización del recuento de linfocitos T CD4+ y CV en los últimos 6 meses del periodo. Los departamentos del Amazonas, Vaupés y Vichada presentaron las menores proporciones tanto en la realización de estas pruebas como en la indetectabilidad alcanzada. Esta situación puede explicarse, en parte, por la extensa ruralidad, la limitada infraestructura sanitaria y el bajo acceso a los servicios de salud en estos territorios (49). La realización de estas mediciones es relevante porque son indicativas de la efectividad de la TAR, en cuanto a la reducción de la CV y la recuperación del sistema inmunológico, además de reflejar el riesgo de desarrollar enfermedades oportunistas (45,46).

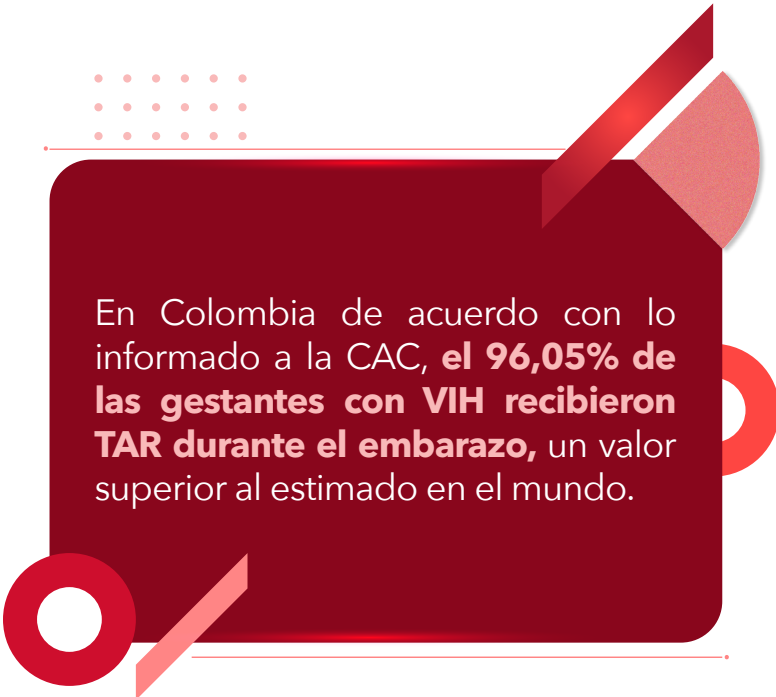
Por otro lado, uno de los principales avances en el ámbito de la salud pública, tanto en la región de las Américas como en Colombia, ha sido la puesta en marcha de políticas y estrategias dirigidas a disminuir el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. En el marco de la iniciativa ETMI- Plus que tiene como meta alcanzar y sostener la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH, la hepatitis B, la sífilis y la enfermedad



de Chagas (50), en Colombia, la tamización del VIH para el periodo 2025 se realizó al 97,01% de las gestantes reportadas, el dato de ONUSIDA para Colombia es de 98% y es igual en países como Chile, Nicaragua, Perú, El Salvador y Uruguay (48). La infección en menores de 12 meses expuestos sucedió en el 0,78% de los casos (7 casos de los 891 menores reportados) en este periodo, si se compara con el indicador publicado por ONUSIDA del porcentaje estimado de nuevos casos de niños que contraen la infección por VIH por transmisión vertical en los últimos 12 meses, cuyo cálculo es muy similar, Colombia tiene un buen desempeño (aunque no hay estimaciones publicadas de ONUSIDA para Colombia en este), pues ninguno de los países con datos disponibles tiene un valor tan bajo en la región (48).

Así mismo, la TAR se considera fundamental para proteger la salud y evitar la transmisión del VIH tanto de manera perinatal como sexual. Sin la TAR, entre el 15% y el 40% de las mujeres con VIH durante el embarazo o en periodo de lactancia tendrían un hijo que contraería la infección (51). En Colombia de acuerdo con lo informado a la CAC, el 96,05% de las gestantes con VIH recibieron TAR durante el embarazo, un valor superior al estimado en el mundo (84%) (8). Además, el 72,68% de las gestantes con VIH tenía la última CV indetectable (< 50 copias/ml), lo cual representa una reducción del 0,58% comparado con el periodo anterior. Esto demuestra que el país ha logrado un avance en esta materia, teniendo en cuenta que el riesgo de transmisión perinatal y postparto es inferior al 2%, si la TAR se utiliza desde el inicio del embarazo con supresión viral sostenida (51,52). Además, de acuerdo con los indicadores de seguimiento, la tamización de las gestantes aumentó a 95,83%, mientras que, en contraste, el estudio sobre la TMI se redujo de 94,51 a 90,31%. Lo anterior refleja un avance con relación a la meta propuesta en la iniciativa ETMI- Plus, pero aleja el segundo indicador de la meta de cumplimiento del 95%. En consecuencia, la reducción del estudio de TMI distancia al país de la comprensión de las causas del alto número de menores de 4 años con VIH, cuando la TMI en menores de 12 meses parece baja, pero aparentemente hay TMI no detectadas o seroconversión tardía.

La coinfección de TB/VIH representa un desafío para la salud pública a nivel mundial. Según el *Global Tuberculosis Report* de 2024 (53), se notificaron 10,8 millones de casos nuevos de tuberculosis en 2023, de los cuales aproximadamente 662.000 correspondieron a personas que vivían con VIH, equivalentes al 6,1% del total de casos. En la región de las Américas, se estimaron alrededor de 29.000 nuevos casos de tuberculosis en personas con VIH en 2020 (54). En Colombia es importante resaltar que el riesgo de desarrollar tuberculosis es 30 veces mayor en la población que vive con VIH (52,53), lo que ha impulsado al fortalecimiento de las estrategias nacionales e internacionales para eliminar a esta enfermedad. Entre estas, se destacan estrategias como la compra centralizada de medicamentos que facilitan el acceso y la distribución equitativa de los tratamientos a la población (34,44). Gracias a estas medidas, se ha conseguido que el 92,61% de la población con coinfección haya recibido tratamiento antituberculoso en este periodo. No obstante, en el contexto nacional, se ha observado un incremento reciente tanto en el número absoluto de casos de tuberculosis como en los casos con coinfección TB/VIH. Este comportamiento podría reflejar, por una parte, mejoras en la detección y el diagnóstico dual, pero también la persistencia de determinantes sociales y estructurales que favorecen la transmisión y dificultan la adherencia al tratamiento, lo que subraya la necesidad de fortalecer las acciones integradas para ambas enfermedades.



En Colombia de acuerdo con lo informado a la CAC, el **96,05% de las gestantes con VIH recibieron TAR durante el embarazo**, un valor superior al estimado en el mundo.

Finalmente, la situación del VIH en Colombia refleja una compleja interacción de factores que siguen afectando a miles de personas en el país. Aunque se han logrado avances significativos en la detección, el tratamiento y la concientización con respecto al VIH, los retos persisten. Existen desafíos importantes en la cobertura del tratamiento y persisten desigualdades en el acceso, en el diagnóstico temprano y en la atención a poblaciones más vulnerables. Conforme a lo anterior, para avanzar hacia la meta de poner fin al VIH como evento en salud pública en 2030, es indispensable intensificar la inversión en prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, además de mejorar la retención de la población diagnosticada, la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones de la GPC, con el fin de optimizar los resultados de indetectabilidad en la población. De igual forma, es necesario reducir la estigmatización, la discriminación y las barreras en la educación sexual, que son los obstáculos que se deben superar y fortalecer la articulación entre el gobierno, los prestadores, los aseguradores, la sociedad civil y las comunidades.



Referencias bibliográficas

1. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [en línea]. Septiembre de 2011. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
2. Gómez A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monit Estratégico [en línea]. Enero de 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201.pdf>
3. Ministerio de Salud. Gestión integral de riesgo en salud. [En línea]. Junio de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
4. Clinical Info HIV.gov. Glosario del VIH/SIDA. Carga viral indetectable [en línea]. 2025 [citado el 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/carga-viral-indetectable#:~:text=Glosario%20del%20VIH/SIDA&text=Cuando%20la%20concentraci%C3%B3n%20del%20VIH,en%20los%20tejidos%20del%20cuerpo>
5. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia - Indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia [en línea]. Marzo de 2023. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2023/05/final-consenso-vih-actualizado.pdf>
6. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Monitoreo Global del SIDA 2025: Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021 [en línea]. Ginebra; 2024 [citado el 9 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2024/global-aids-monitoring-guidelines>
7. Kiuwuwa-Muyingo S, Kengne AP. USAID defunding: an investment call for low-income and middle-income countries. The Lancet. julio de 2025;406(10500):209-11.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025 [en línea]. 2025. Disponible en: <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>
9. Stover J, Sonneveldt E, Tam Y, Horton KC, Phillips AN, Smith J, et al. Effects of reductions in US foreign assistance on HIV, tuberculosis, family planning, and maternal and child health: a modelling study. Lancet Glob Health [en línea]. Octubre de 2025;13(10):e1669-80. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X25002815>
10. ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Marzo de 2021. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
11. UNAIDS. What the data tell us: Projections for the HIV epidemic in Latin America in 2030 [en línea]. 2025 [citado el 30 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-03/la_2030-projections-hiv-epidemic_en.pdf
12. Naghavi M, Ong KL, Aali A, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, et al. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. Mayo de 2024;403(10440):2100-32.
13. Cuenta de alto costo (CAC) FC de E de AC. Situación del VIH en Colombia 2024. Bogotá, D.C; 2025.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4725 de 2011 [en línea]. 2011 p. 1-23. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolución_4725_de_2011.pdf
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0783 de 2012. 2012;1-7. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0783-de-2012.PDF>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 0273 de 2019 [en línea]. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20273%20de%202019.pdf
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1912 de 2015 [en línea]. 2015 p. 1-9. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/Resolución_1912_de_2015_vih.pdf
18. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En Helsinki [en línea]. Octubre de 2013. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/6.pdf
19. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont [en línea]. 1979. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>

20. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [en línea]. Junio de 2017. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [en línea]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999 [en línea]. 1999. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1581 de 2012 [en línea]. 2012. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
24. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1377 de 2013 [en línea]. 2013. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>
25. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, López AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series, No 31 Geneva: World Health Organization; 2001. 31.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection – United States, 2014 [en línea]. 2014 [citado el 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm>
27. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial, Instituto de Evaluación Tecnológica En Salud. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes [en línea]. 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-pediatria-version-profesionales-salud.pdf>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 de 2020. 2020; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf
29. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Understanding fast-track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030 [en línea]. 2015. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
30. ONUSIDA. Comprender los indicadores de progreso en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH. 2024. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2024/progress-towards-95-95-9>
31. ONUSIDA. País Colombia 2023. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>
32. UNAIDS. UNAIDS - Colombia [en línea]. 2025 [citado el 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regions-countries/countries/colombia>
33. UNAIDS. Comprender los indicadores de progreso en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH [en línea]. 2025 [citado el 15 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_es.pdf
34. Cárdenas MC, Farnan S, Hamel BL, Mejía Plazas MC, Sintim-Aboagye E, Littlefield DR, et al. Prevention of the Vertical Transmission of HIV; A Recap of the Journey so Far. Viruses [en línea]. 2023 Mar 26;15(4):849. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/15/4/849>
35. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Transforming vision into reality: the 2024 Global Alliance Progress Report on ending AIDS in children by 2030 [en línea]. Geneva; 2024. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality_en.pdf
36. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. ETMI-PLUS Colombia 2021-2030. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas [en línea]. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>
37. Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). Pulmonology. 30 de marzo de 2018;24(2):115-9.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social invierte 14 mil millones de pesos para combatir la tuberculosis en Colombia [en línea]. 2025 [citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/inversion-de-14-mil-millones-para-combatir-tuberculosis-en-colombia.aspx>



39. Floyd K, Glaziou P, Houben RMGJ, Sumner T, White RG, Raviglione M. Global tuberculosis targets and milestones set for 2016–2035: definition and rationale. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 1º de julio de 2018;22(7):723-30.
40. WHO Regional Office for Europe E, Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024: 2023 data [en línea]. ECDC; WHO Regional Office for Europe; 2024 [citado el 7 de septiembre de 2025]. 77 p. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV_Surveillance_Report_2024.pdf
41. Hall HI, An Q, Tang T, Song R, Chen M, Green T, et al. Prevalence of Diagnosed and Undiagnosed HIV Infection--United States, 2008-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 26 de junio de 2015;64(24):657-62.
42. Fujiwara S, Nishiura H, Shirasaka T, Imamura A. Estimating undiagnosed HIV infections by age group in Japan: an extended age-dependent back-calculation. *Infect Dis Model*. Diciembre de 2025;10(4):1116-25.
43. Van Schalkwyk C, Mahy M, Johnson LF, Imai-Eaton JW. Updated Data and Methods for the 2023 UNAIDS HIV Estimates. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1º de enero de 2024;95(1S):e1-4.
44. Skarbinski J, Rosenberg E, Paz-Bailey G, Hall HI, Rose CE, Viall AH, et al. Human Immunodeficiency Virus Transmission at Each Step of the Care Continuum in the United States. *JAMA Intern Med*. 1º de abril de 2015;175(4):588.
45. García F, Pena MJ, González del Castillo J. Missed opportunities in HIV diagnosis: A need to close the gap. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. marzo de 2024;42(3):121-3.
46. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC). Estadísticas Básicas. 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
47. Kalichman S, Katner H, Banas E, Kalichman M. Population Density and AIDS-Related Stigma in Large-Urban, Small-Urban, and Rural Communities of the Southeastern USA. *Prevention Science*. 11 de julio de 2017;18(5):517-25.
48. UNAIDS Reference Group on Estimates M and projections. AIDSinfo [en línea]. 2025 [citado el 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://aidsinfo.unaids.org/>
49. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Bogotá, Colombia; 2019.
50. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. ETMI-Plus Colombia 2021-2030. Marco Para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis, la Hepatitis B y la Enfermedad de Chagas. Bogotá; 2020.
51. Eke AC, Lockman S, Mofenson LM. Antiretroviral Treatment of HIV/AIDS During Pregnancy. *JAMA*. 18 de abril de 2023;329(15):1308.
52. Meade CM, Hussen SA, Momplaisir F, Badell M, Hackett S, Sheth AN. Long term engagement in HIV care among postpartum women with perinatal HIV infection in the United States. *AIDS Care*. 3 de abril de 2018;30(4):488-92.
53. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2024. World Health Organization; 2024.
54. Panamerican Health Organization. Factsheet 2022: TB/HIV co-infection in the Americas. 2022.



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



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