

Situación del
VIH
en Colombia

2024



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación del VIH en Colombia 2024



Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del VIH en Colombia 2024

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

ISSN: 2344-7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, febrero de 2025

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
Situación del VIH en Colombia 2024; Bogotá, D. C. 2025.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin la 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

Jorge Iván Domínguez Londoño
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Julio Alberto Rincón Ramírez
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

Paula Andrea Daza Criollo
Especialista en Analítica

Liseth Tatiana Losada Rodríguez
Especialista en Analítica

Adriana Esperanza Peñuela Sánchez
Epidemióloga

Sergio Augusto Cáceres Maldonado
Líder de Gestión del Conocimiento

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

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Diseñadora editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Expertos revisores

Ernesto Martínez Buitrago

Médico especialista en infectología

Asociación Colombiana de Infectología - ACIN

Iván Arturo Rodríguez Sabogal

Médico especialista en medicina interna e infectología, epidemiólogo clínico y máster en VIH

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 2024	1.0	11 de febrero de 2025.	

Tabla de contenido

Abreviaturas	16
Entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	18
Glosario	20
Introducción	23
Aspectos éticos y legales	24
Aspectos metodológicos	25
Generalidades del reporte	25
Calidad de la información.....	25
Validación de la información	26
Verificación con las fuentes externas	26
Auditoría de campo.....	26
Población de interés, población auditada y periodo evaluado.....	27
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	27
Ajuste de los datos posterior a la auditoría	28
Análisis epidemiológico.....	29
Análisis descriptivo	30
Estimación de la morbilidad y de la mortalidad para las personas que viven con el VIH.....	30
Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo	32
1. Caracterización de las personas que viven con el VIH	34
Contenido infográfico capítulo 1	35
1.1. Caracterización sociodemográfica de las personas que viven con el VIH	36
1.1.1. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la edad y el sexo	36
1.1.2. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la región y la entidad territorial de residencia.....	37
1.1.3. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica	38
1.1.4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el tipo de población clave	38
1.1.5. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación.....	38
1.1.6. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora.....	39
1.2. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH	39
1.2.1. Pruebas de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH	41
1.2.2. Tamización en las personas incidentes viviendo con el VIH	43

2. Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH.....	46
Contenido infográfico capítulo 2	47
2.1. Caracterización sociodemográfica de las personas prevalentes que viven con el VIH	48
2.1.1. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la edad y el sexo.....	48
2.1.2. Distribución de las personas viviendo con el VIH según la región y la entidad territorial de residencia	49
2.1.3. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la pertenencia étnica	50
2.1.4. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación	50
2.1.5. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según la entidad aseguradora	51
2.2. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH.....	51
2.2.1. Pruebas de laboratorio realizadas en las personas prevalentes que viven con el VIH.....	52
2.2.2. Profilaxis en las personas prevalentes que viven con el VIH	54
2.2.3. Tamización en las personas prevalentes viviendo con el VIH	55
2.2.4. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el tipo de población clave	57
3. Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH	59
Contenido infográfico capítulo 3	60
3.1. Incidencia del VIH	61
3.1.1. Incidencia del VIH según el sexo y la edad	61
3.1.2. Incidencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	62
3.2. Prevalencia del VIH.....	62
3.2.1. Prevalencia del VIH según el sexo y la edad.....	62
3.2.2. Prevalencia del VIH según la entidad y el régimen de afiliación	63
3.3. Mortalidad general y letalidad	64
3.3.1. Mortalidad y letalidad del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023	64
3.3.2. Mortalidad del VIH según la entidad y el régimen de afiliación.....	66
4. Terapia antirretroviral.....	67
Contenido infográfico capítulo 4	68
5. Transmisión materno - infantil del VIH.....	77
Contenido infográfico capítulo 5	78
5.1. Población de las mujeres gestantes.....	79
5.2. Características de las mujeres gestantes que viven con el VIH	81
5.2.1. Características clínicas de las gestantes con VIH	84

5.3. Menores de 12 meses expuestos al VIH	86
5.3.1. Características de los menores de 12 meses expuestos al VIH	86
5.4. Características clínicas de la población menor de 12 meses expuestas al VIH con diagnóstico positivo	90
6. Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH.....	92
Contenido infográfico capítulo 6	93
6.1. Características generales de la población con TB y la tamización del VIH	94
6.2. Características generales de la población con TB y con coinfección TB/VIH	95
6.2.1. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la región y la entidad territorial	95
6.2.2. Distribución de los casos con TB y coinfección TB/VIH según la entidad aseguradora	97
6.2.3. Caracterización del tratamiento anti-TB y TAR en los casos con TB y coinfección TB/VIH	99
7. Indicadores de la gestión del riesgo	102
Contenido infográfico capítulo 7	103
Discusión y conclusiones	124
Referencias bibliográficas	127

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades que deben reportarle la información según la Resolución 0273 de 2019 a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2024.....	25
Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH en la auditoría 2024, según el renglón del aseguramiento.....	26
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con VIH, Colombia 2024.....	27
Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2024.....	37
Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	38
Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024.....	40
Tabla 7. Motivo de inicio de la TAR en las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, Colombia 2024.....	41
Tabla 8. Categorización* del conteo de los linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2023 - 2024.....	42
Tabla 9. Categorización* del conteo de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico, según la región y entidad territorial, Colombia 2024	42
Tabla 10. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024	44
Tabla 11. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2024.....	49
Tabla 12. Características de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	50
Tabla 13. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	51
Tabla 14. Laboratorios clínicos en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024	53
Tabla 15. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024	54
Tabla 16. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas que viven con el VIH, Colombia 2024	55
Tabla 17. Principales características en la población clave que vive con el VIH, Colombia 2024.....	57
Tabla 18. Incidencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2024.....	61
Tabla 19. Incidencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	62
Tabla 20. Prevalencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2024.....	63
Tabla 21. Prevalencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	64
Tabla 22. Mortalidad cruda y estandarizada por todas las causas, Colombia 2024.....	64
Tabla 23. Distribución de la mortalidad y la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2024.....	65

Tabla 24. Mortalidad del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	66
Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral, control virológico y retención en la atención de las personas que viven con el VIH, Colombia 2024.....	69
Tabla 26. Cobertura de la terapia antirretroviral y CV en cascada de las personas que viven con VIH según el sexo, Colombia 2024	71
Tabla 27. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según la región, Colombia 2024	71
Tabla 28. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	72
Tabla 29. Medicamentos reportados en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024.....	72
Tabla 30. Medicamentos reportados en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024	73
Tabla 31. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV incidentes, Colombia 2024.....	73
Tabla 32. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV prevalentes, Colombia 2024.....	74
Tabla 33. Control viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV que permanecieron por lo menos 180 días en el esquema de TAR actual, Colombia 2024.....	75
Tabla 34. Falla terapéutica y genotipificación en las personas que viven con el VIH según el régimen de afiliación.....	76
Tabla 35. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2024	79
Tabla 36. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	81
Tabla 37. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024.....	82
Tabla 38. Características clínicas de la población de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2024	84
Tabla 39. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno - Infantil del VIH, Colombia 2024	85
Tabla 40. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024	86
Tabla 41. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024	87
Tabla 42. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2024	88
Tabla 43. Seguimiento virológico de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2024.....	89
Tabla 44. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2024.....	90
Tabla 45. Tamización del VIH en la población con TB según el régimen de afiliación, Colombia 2024	94
Tabla 46. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2024	95
Tabla 47. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024	96

Tabla 48. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2024	97
Tabla 49. Tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	99
Tabla 50. Esquemas antituberculosos más frecuentes en los casos de coinfección TB/VIH, Colombia 2024	100
Tabla 51. Condición de egreso del tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	101
Tabla 52. Esquemas de terapia antirretroviral utilizados en la población con coinfección TB/VIH, Colombia 2024.....	101
Tabla 53. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2024	104
Tabla 54. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2024.....	107
Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	108
Tabla 56. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según la región geográfica, Colombia 2024	109
Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	110
Tabla 58. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y el seguimiento según la región geográfica, Colombia 2024	111
Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el control virológico y el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	112
Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según la región geográfica, Colombia 2024	113
Tabla 61. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	115
Tabla 62. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2024	116
Tabla 63. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	117
Tabla 64. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según la región geográfica, Colombia 2024.....	118
Tabla 65. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	119
Tabla 66. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2024	120
Tabla 67. Línea de base de los nuevos indicadores de la gestión del riesgo en VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024	123

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de gestión del riesgo en VIH, Colombia 2024	29
Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023	31
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2024	32
Figura 3. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023.....	33
Figura 4. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2024.....	36
Figura 5. Pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024.....	36
Figura 6. Distribución de los casos incidentes que viven con el VIH según la población clave, Colombia 2024	38
Figura 7. Tendencia del valor promedio del conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2015 - 2024	41
Figura 8. Tendencia del número de personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2012 - 2024	48
Figura 9. Pirámide poblacional de las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024.....	48
Figura 10. 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 2024	53
Figura 11. Comparación de la carga viral: diagnóstico, inicio de TAR y último reporte, Colombia 2024.....	54
Figura 12. Población clave que vive con el VIH entre los casos prevalentes, Colombia 2024	57
Figura 13. Incidencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2024	61
Figura 14. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2024	63
Figura 15. Mortalidad por todas las causas en las personas con VIH según el sexo y la edad, Colombia 2024	65
Figura 16. Indicadores de progreso (ONUSIDA) en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH, Colombia 2024.....	70
Figura 16a. Progreso hacia los objetivos 95-95-95 de diagnóstico, tratamiento y supresión viral	70
Figura 16b. Pruebas del VIH y cascada de tratamiento.....	70
Figura 17. Tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	94
Mapa 2. Distribución de los casos con coinfección TB/VIH por 100 PVV, según la entidad territorial, Colombia 2024.....	97
Figura 18. Duración del tratamiento antituberculoso (en días) según el régimen de afiliación, Colombia 2024	100
Figura 19. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	106
Figura 19a. Gestantes tamizadas para VIH.....	106
Figura 19b. Estudio de transmisión materno - infantil.....	106
Figura 19c. TAR en las gestantes que viven con el VIH	106

Figura 20. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	108
Figura 20a. Cobertura de la TAR en el periodo.....	108
Figura 20b. Prescripción de la TAR en el periodo.....	108
Figura 21. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	110
Figura 21a. Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo	110
Figura 21b. Cambio de esquema de la TAR.....	110
Figura 22. Indicadores de gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023.....	113
Figura 22a. Tamización de TB latente.....	113
Figura 22b. Tamización para sífilis en el periodo	113
Figura 22c. Valoración del riesgo cardiovascular.....	113
Figura 23. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	115
Figura 23a. PVV que reciben tratamiento para TB latente	115
Figura 23b. Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	115
Figura 23c. Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.....	115

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.
INPEC:	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
INS:	Instituto Nacional de Salud.
IPS:	Institución prestadora de servicios.
ITS:	Infección de transmisión sexual.
ITI:	Inducción a la tolerancia inmune.
ml:	Mililitros.
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.

Abreviaturas

PrEP:	Profilaxis pre-exposición.
PVV:	Personas que viven con el VIH.
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.
USPEC:	Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia humana.

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 2023 al 31 de enero de 2024.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Contributivo	
ARL144	ARL AXA Colpatria Seguros
ARL370	ARL Seguros Bolívar
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 EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Plan voluntario	
EMP002	Medplus Medicina Prepagada S.A.
EMP015	Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada
EMP017	Colmédica Medicina Prepagada
EMP023	Colsanitas Empresa Medicina Prepagada S.A.
EMP028	Coomeva Empresa Medicina Prepagada
EMP029	Colpatria Empresa Medicina Prepagada S.A.
PVS1333	Liberty Seguros
Subsidiado	
CCF033	EPS Familiar de Colombia S.A.S.
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF055	Cajacopi EPS S.A.S.
CCF102	ComfaChocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud
EPSS40	Savia Salud EPS

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 2023 al 31 de enero de 2024.

Código	Nombre de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
ESS024	Coosalud EPS
ESS062	Asociación Mutua La Esperanza Asmet Salud
ESS091	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud Ecoopsos EPS
ESS118	Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud Emssanar
ESS207	Mutual Ser EPS
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	Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño
REUE09	Unidad de Salud de La Universidad del Atlántico
Excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
No afiliado	
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
11001	Secretaría de Salud de Bogotá
13000	Dirección Departamental de Salud de Bolívar
19000	Dirección Departamental de Salud del Cauca
23000	Dirección Departamental de Salud de Córdoba
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
41000	Dirección Departamental de Salud de Huila
50000	Dirección Departamental de Salud del Meta
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
54000	Dirección Departamental de Norte de Santander
66000	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaría de Salud de Santander
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle
76109	Dirección Distrital de Salud de Buenaventura
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
85000	Dirección Departamental de Salud de Casanare
86000	Dirección Departamental de Salud del Putumayo

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 el VIH avanzada»), 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, buscando 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).
- 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).
- Grupos de población clave:** ONUSIDA considera a los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, los transgéneros, las personas que se inyectan drogas, así como quienes están privadas de la libertad y otras en centros de internamiento como grupos de población clave. 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).

Glosario

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

el tratamiento de la infección por el VIH solo 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: una atención por médico infectólogo o médico experto, la realización del conteo de linfocitos T CD4+ y la carga viral del VIH en los últimos seis meses y recibir TAR (4).

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).

Medicamentos antirretrovíricos/ 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, y el término ha caído en desuso (1).

Virus de la 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).

Glosario

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 pueden estar fuera del control de los individuos. 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

Desde el inicio de la epidemia global por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se ha evidenciado el gran impacto que esta infección tiene en la vida de las personas, la economía y la sociedad. En respuesta se han realizado avances significativos en las estrategias de prevención de la transmisión del VIH, en el que destaca el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH (ONUSIDA), con la estrategia 95-95-95, en la que se 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% alcance la supresión viral. Esta estrategia tiene como objetivo reducir los nuevos casos de VIH a menos de 200.000 anuales y erradicar toda forma de discriminación hacia las personas afectadas (5, 6).

Desde la década de 1980, alrededor de 88,4 millones de personas han contraído VIH y 42,3 millones fallecieron a causa de las enfermedades relacionadas con el sida. De acuerdo con el último informe de ONUSIDA, en el mundo, 39,9 millones de personas vivían con el VIH (PVV) y 1,3 millones lo contrajeron en 2023, siendo la menor cifra histórica registrada. Sin embargo, también se hallaron algunos datos alarmantes: 5,4 millones desconocían su estado serológico y 9,3 millones no recibían TAR. Además, en ese mismo año, alguien murió de VIH cada minuto (630.000 fallecimientos) (6).

Un logro significativo en materia de salud pública fue la ampliación del acceso a la TAR, lo que permitió incrementar la cobertura mundial del 47% en 2015 al 77% en 2023. Como resultado, en el periodo anterior, tres de cada cuatro PVV (73%) lograron suprimir su carga viral (5,6). Además, el acceso libre a la medicación ha prevenido casi 20,8 millones de muertes relacionadas con la infección en las últimas tres décadas (7).

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la región de las Américas para el 2023 había 4 millones de PVV, de las cuales unos 2,7 millones vivían en América Latina y el Caribe. Se registraron aproximadamente 120.000 nuevas infecciones y se estima que alrededor del 12% desconocían su estado serológico. En relación con la cobertura de la TAR, en América Latina es 4% inferior a la cifra mundial (77%) (8). Además, los países con el mayor número de PVV en la región son Brasil, seguido de México y Colombia (9).

A pesar de los esfuerzos realizados, esta infección continúa siendo una amenaza para la salud pública. Es necesario un mayor esfuerzo, compromiso y colaboración entre las autoridades, los miembros de la comunidad y quienes gestionan los programas, para agilizar la prevención y eliminar las barreras que dificultan el acceso, especialmente de las poblaciones clave, a los servicios de prevención y tratamiento del VIH (5,6). Para esto, es necesario continuar con el seguimiento estricto del comportamiento de esta epidemia, con el objetivo de tomar decisiones y ajustar políticas para abordar las desigualdades, mejorar el control de la enfermedad y avanzar hacia la eliminación del VIH (10).

En Colombia, la Cuenta de Alto Costo (CAC) es responsable de analizar los datos de la cohorte de VIH, gestionando el registro administrativo nacional de las personas con esta infección que están vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). 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 (11 – 14).

Este documento presenta la información del periodo 2024 relacionada con las características sociodemográficas y clínicas de las PVV, incluyendo las gestantes que son tamizadas para este virus, de los menores expuestos hijos de madres con VIH y de los casos con tuberculosis (TB). Se estiman la incidencia, la prevalencia, la mortalidad, la letalidad del VIH y los indicadores epidemiológicos para los diferentes niveles de desagregación demográfica y del aseguramiento (4).



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, durante el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024.

Su objetivo es producir y difundir la información y el conocimiento 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 la salud pública e individual de los colombianos, y promueve el uso eficiente y equitativo de los recursos del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier otro interés compartido.

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 por 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 (Declaración de Helsinki (15), Informe Belmont (16), Pautas CIOMS (17)) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 del MSPS (18), 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 (19) y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012 (20), 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 (21) que regula el manejo adecuado de los datos sensibles.

Aspectos metodológicos

Generalidades del reporte

La CAC realiza anualmente el análisis de la población con la enfermedad del VIH, los niños menores de 12 meses hijos de madres con VIH, mujeres gestantes y las personas con tuberculosis activa (TB), en lo relacionado con el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la gestión, conforme a la Resolución 0273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la cual establece obligatoriedad para el 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; las Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud (EAPVS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado, las secretarías departamentales y distritales de salud y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Este es el marco normativo para la revisión de las atenciones en salud, que comprende el periodo entre el 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.

Para este informe, se recibió información de 69 EAPB. La totalidad de los registros fueron auditados con el objeto de garantizar la calidad, la evaluación y monitoreo del proceso de atención que gestionan los aseguradores en la cohorte. No obstante, por segundo año consecutivo, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), no le reportaron a la CAC, la información de la población objeto de esta cohorte.

En la **tabla 1**, se presenta la relación de las entidades que hacen parte del SGSSS según hayan realizado el reporte de información. Las que no radicaron información, fueron notificadas a la Superintendencia Nacional de Salud para los fines pertinentes.

Tabla 1. Entidades que deben reportarle la información según la Resolución 0273 de 2019 a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2024

Tipo de entidad	Número de entidades que deben reportar	Entidades que reportaron información de la Resolución 0273 de 2019*			
		Reporte de casos de VIH	Reporte de casos sin VIH	Entidades que reportaron no tener casos con VIH	Entidades que reportaron no tener casos sin VIH
ARL	5	2	0	2	4
EAPB de excepción	4	4	4	0	0
EAPB especial	11	7	7	1	1
EAPVS	8	6	6	0	0
EPS	32	33	32	0	0
Secretarías departamentales y distritales de salud	38	17	8	12	18
USPEC - INPEC	1	0	0	0	0
Total	99	69	57	15	23

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; **INPEC:** Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; **USPEC:** Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.

Calidad de la información

Para facilitar el reporte, las entidades entregan sus datos en dos archivos; uno para la población con VIH, y otro que relaciona los datos de quienes no tienen la enfermedad. Teniendo en cuenta dicha estructura, se desarrolla la auditoría con el fin de garantizar la calidad, la confiabilidad y la veracidad de la información. Este proceso comprende las siguientes tres fases: validación de la información, verificación con las fuentes externas, y la auditoría de campo. A continuación, se describe cada una.



Validación de la información

Se dispone una herramienta que realiza una validación automática para identificar los errores de estructura, consistencia y coherencia entre las variables durante el proceso de notificación. Se encuentra disponible en la plataforma SISCAC, mediante la cual se garantiza el tránsito seguro de la información.

Verificación con las fuentes externas

Los casos fueron verificados a través del cruce de información con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), en el cual se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas a su estado vital a la fecha de corte (31 de enero de 2024).

Auditoría de campo

Se revisaron los datos del 100% de las personas reportadas con VIH, la totalidad de los menores de 12 meses hijos de madres infectadas por VIH y una muestra aleatoria de las mujeres gestantes. Se validó que la información coincidiera con los soportes de historia clínica, laboratorios clínicos, soportes de entrega de TAR, soportes de facturación o costos asociados a las atenciones y hospitalizaciones en el periodo por VIH, dispuestos por cada una de las EAPB.

En todos los casos informados por primera vez a la CAC, se validó el algoritmo diagnóstico establecido en la guía de práctica clínica publicada por el MSPS en el 2021; se garantizó que hubiese interpretación médica en la historia clínica de las pruebas realizadas (prueba rápida de tercera o cuarta generación, pruebas Elisa, carga viral, *western blot*), y en los casos en los cuales no fue posible validar dicho algoritmo, se generaron inconsistencias por diagnóstico o por ausencia de soportes.

Por otra parte, en el proceso de mejora continua para el reporte de información, se publicó un informe de calidad a cada EAPB con el contenido de la auditoría y los hallazgos relevantes 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, material clínico y administrativo de fácil comprensión y acceso, que permiten afianzar los conceptos necesarios para una mejor gestión en la atención y reporte.

En la **tabla 2**, se presentan los resultados de la calidad del reporte de información en el país, desagregado por cada uno de los regímenes del aseguramiento, encontrando que el 92,7% de los datos fueron reportados con buena calidad.

Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con VIH en la auditoría 2024, según el renglón del aseguramiento

Régimen	Casos auditados	Casos con inconsistencias	Inconsistencias (%)	Datos de calidad (%) ¹	Datos ajustados (%) ²	Datos no soportados (%) ³	Datos de no gestión (%) ⁴
Contributivo	120.919	1.669	1,4	93,9	0,9	0,9	4,3
Subsidiado	89.115	8.824	9,9	92,6	1,5	1,2	4,7
Excepción	6.516	322	4,9	82,2	3,5	7,1	7,2
Especial	116	0	0,0	90,5	2,9	0,4	6,2
Medicina prepagada	983	5	0,5	79,2	2,7	0,9	17,3
Entes territoriales	973	213	21,9	54,6	4,6	27,4	13,4
ARL	2	0	0,0	96,2	1,7	0,4	1,7
Total	218.624	11.033	5,0	92,7	1,3	1,4	4,6

¹ **Datos de calidad:** dato reportado que coincide exactamente con el dato observado en los soportes.

² **Datos ajustados:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes.

³ **Datos no soportados:** dato reportado que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

⁴ **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 del reporte incluye a todas las personas que viven con el VIH, las mujeres gestantes, los niños menores de 12 meses expuestos al VIH (en estudio y descartados) hijos de las madres infectadas por el VIH y las personas con diagnóstico de TB activa, que recibieron atención en alguna de las entidades aseguradoras durante el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024. Se incluyeron las personas diagnosticadas antes del periodo (casos prevalentes), durante el periodo (casos incidentes) y los fallecidos durante el tiempo de observación. De las mujeres gestantes reportadas, se seleccionó una muestra representativa por cada entidad, para ser auditada y confirmar el diagnóstico de la gestación y la tamización para VIH. En el 2024, se presentó una variabilidad del 26,30% en el número de los casos a auditar respecto al periodo inmediatamente anterior, lo cual está relacionado con el aumento de los casos reportados por las entidades, resultado de la búsqueda activa en otras fuentes de información.

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

A continuación, se describen los hallazgos más relevantes en el proceso de auditoría y las recomendaciones dirigidas a las inconsistencias de la información, del tratamiento y del seguimiento de los pacientes, y el reporte 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 2024

Temática	Descripción de hallazgos
Diagnóstico	Se generaron inconsistencias en el 8,20% (n= 1.745) de las personas viviendo con VIH notificados por primera vez a la CAC (n= 21.280), presentando un aumento del 0,65% con relación al 2023. El 44,30% (n= 773) de las inconsistencias corresponde a aquellos usuarios en los cuales no fue posible validar el diagnóstico de VIH; de estos, el 69,73% (n= 539) tuvieron pruebas con información incompleta y no se evidenció el algoritmo diagnóstico establecido en la guía de práctica clínica y en el 30,27% (n= 234) de los casos no se evidenció que tuvieran VIH.
Gestantes	Del total de la población gestante auditada (n= 12.459), en el 30,00% (n= 3.738) no se realizó tamizaje para VIH en ninguno de los tres trimestres del embarazo, incumpliendo con las recomendaciones descritas dentro de la GPC.
Menores de 12 meses hijos de madres con VIH	Se auditaron 1.437 menores expuestos al VIH, de los cuales el 25,12% (n= 361) no tuvieron definida a la fecha de corte su condición final frente al VIH. El 73,68% (n= 266) eran menores de 6 meses, el 12,47% (n= 45) entre 7 y 12 meses de edad y el 9,70% (n= 35) eran mayores de un año. Garantizar el algoritmo diagnóstico de VIH en este grupo poblacional permite realizar un diagnóstico temprano, y brindar un tratamiento oportuno que disminuya las complicaciones propias de la enfermedad y favorezcan mejores desenlaces en salud de estos menores.
Seguimiento de la cohorte	Se evidenció frente al periodo anterior una variabilidad del 50,81% de casos sin atenciones médicas en el periodo, relacionadas con el manejo de VIH, pasando de 9.147 a 13.795 casos. Lo anterior ocasiona pérdida de adherencia a la TAR, no atención integral en el programa de VIH, posibles complicaciones en su estado de salud y finalmente aumentar el riesgo de transmisión del virus al no conocerse el estado virológico actual. De los casos sin seguimiento médico ambulatorio en el periodo de observación, el 16,75% (n= 2.311) presentan ausencia de seguimiento en los últimos 3 años, el 18,35% (n= 2.531) en los últimos dos años y por último el 64,90% (n= 8.953) no recibió atenciones en el 2024.
Inconsistencias	Del total de población con VIH auditada (n= 218.624), se generaron inconsistencias en el 5,00% (n= 11.033). De estos, en el 7,02% (n= 774) no fue posible confirmar el diagnóstico y en el 92,98% (n= 10.259) no se contó con soportes clínicos válidos. Sin embargo, la inclusión de las personas encontradas en la búsqueda activa son la causa asociada a este aumento presentado en el 2024; las inconsistencias en esta población corresponden al 84,18% (n= 9.288) que se generaron por ausencia de soportes.
Población intersexual	En el periodo se verificaron 132 casos que en periodos previos habían sido reportados por las entidades como intersexuales; sin embargo, una vez revisados los soportes clínicos y posterior a la indagación específica de cada caso con las entidades, se evidenció que las personas tienen sexo hombre o mujer, y no cuentan con descripción biológica de ser intersexuales. Por lo cual se hace la corrección del sexo al nacer y se obtiene que no existen casos intersexuales en toda la cohorte.



Ajuste de los datos posterior a la auditoría

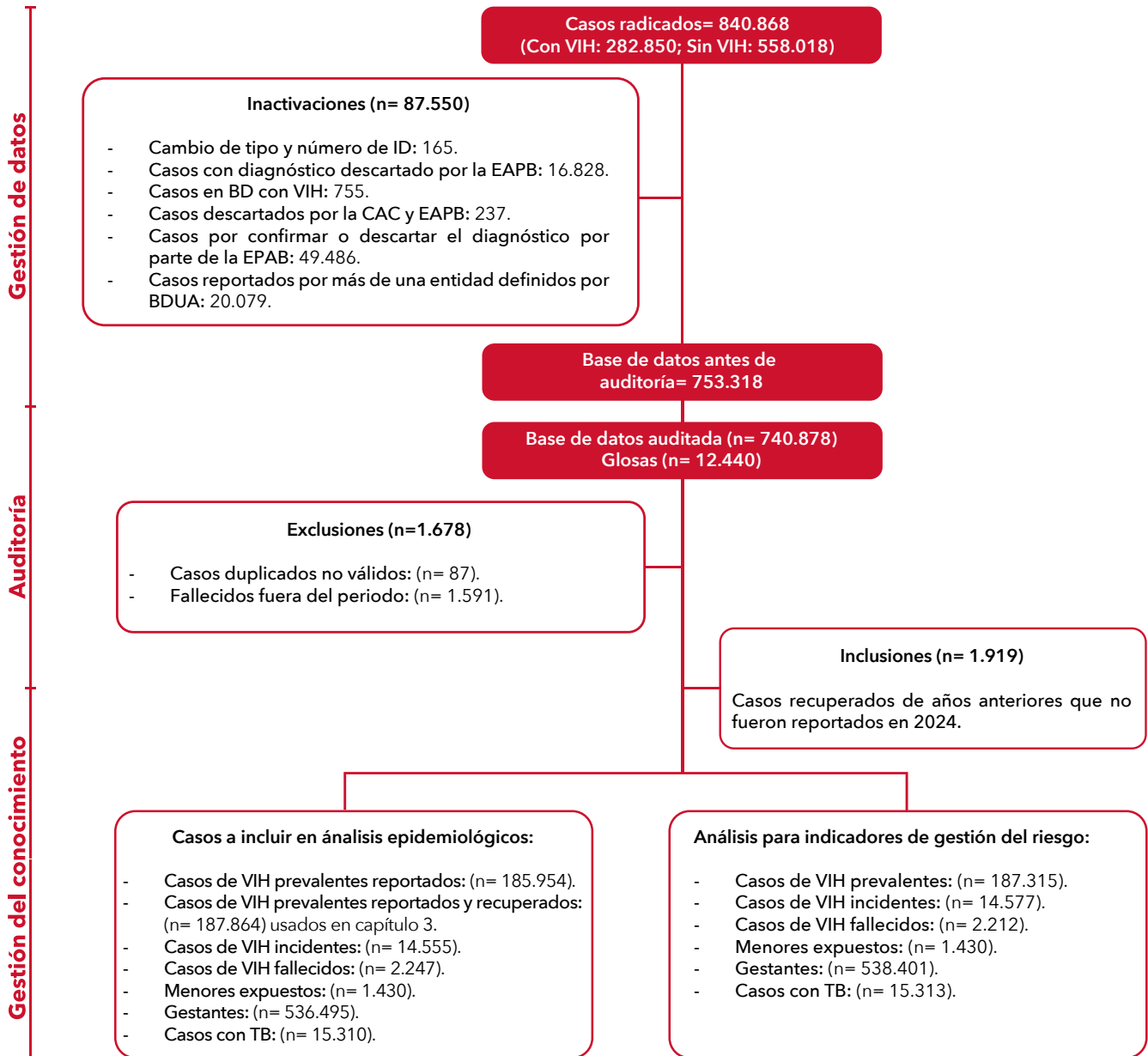
Una vez finalizada la auditoría de campo, se incorporaron los ajustes definitivos y se dispuso la información final en una bodega de datos para realizar los análisis respectivos. Se verificaron los casos duplicados considerados como válidos y se excluyeron aquellos con inconsistencias (por soporte o 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 conclusión, para el periodo de interés se reportaron 840.864 registros, de los cuales 282.850 tenían diagnóstico de VIH y 558.018 correspondían a las personas sin VIH. Previo a la auditoría se inactivaron 87.550 casos, debido a que fueron reportados por más de una entidad o son requeridos por primera vez y la entidad informó que estaba gestionando la confirmación o el descarte del diagnóstico. Posterior al proceso de auditoría se inactivaron 12.440 registros por glosas, quedando entonces una cifra total de 740.878 de casos que pertenecen a la cohorte nacional.

Para el análisis de la base de datos después de la auditoría, se excluyeron además 1.591 fallecidos fuera del periodo y 47 con duplicidad no válida.

Finalmente, en los análisis epidemiológicos se incluyeron los registros únicos distribuidos en las subpoblaciones así: los casos prevalentes reportados con VIH en el periodo ($n= 185.954$), los prevalentes reportados incluyendo aquellos recuperados de los periodos anteriores ($n= 187.864$), los casos incidentes ($n= 14.555$), los fallecidos ($n= 2.247$), los menores expuestos al VIH ($n= 1.430$), las gestantes ($n= 536.495$) y los pacientes con TB ($n= 15.310$).

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de gestión del riesgo en VIH, Colombia 2024



* En este flujograma, los casos en ambos tipos de análisis (epidemiológicos e IGR) no son exclusivos de cada subpoblación y pueden pertenecer a más de un grupo.

[Descargar figura](#)

Análisis epidemiológico

En el seguimiento de los pacientes en el periodo actual, se validó que todos los casos vivos y activos del periodo anterior estuvieran notificados en el corte del 31 de enero de 2024. Mediante un cruce nominal, se identificaron 1.919 casos prevalentes del 2024 que no fueron notificados, en su mayoría, provenientes de las entidades liquidadas. Estos se cruzaron con la BDUA del MSPS para conocer su estado vital. Dado que no se contaba con la información de la gestión realizada, se incluyeron únicamente en las estimaciones de morbilidad demográfica; los demás análisis se realizaron en los casos prevalentes reportados.



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 PVV, 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 infección con TB/VIH. Las variables numéricas se analizaron con medidas de tendencia central y de dispersión; y las categóricas se informan como frecuencias absolutas y proporciones.

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 el VIH, definidas para este documento, de la siguiente forma:

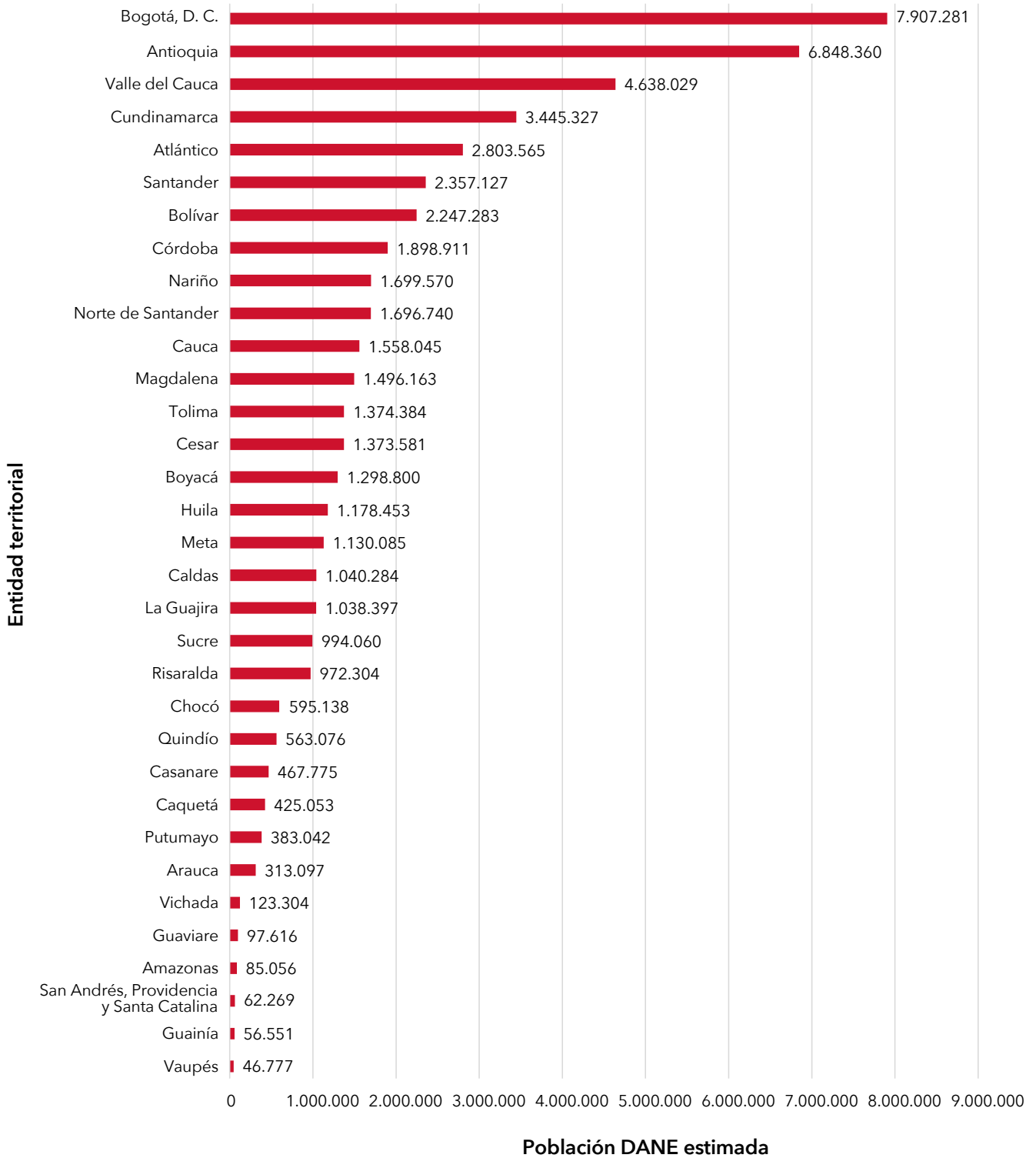
- **Incidencia:** corresponde a las PVV con fecha de diagnóstico de la enfermedad entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024. Se reporta como el número de casos nuevos por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Prevalencia:** se refiere al número de las PVV reportadas durante el periodo de interés, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia del periodo. Se informa como el número de casos por 100 habitantes o afiliados.
- **Mortalidad:** los fallecimientos 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, debido a 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 las PVV que murieron en el periodo a causa del virus y 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 (n= 52.215.503), con corte al 30 de junio de 2023 (**figura 2**). Para ajustar las estimaciones nacionales se tomó como referencia la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2022 (22). La morbimortalidad se calculó para las regiones del país (**mapa 1**), que son definidas por el DANE según el producto interno bruto (PIB) (**figura 3**).

La morbimortalidad se calculó para las regiones del país, definidas por el DANE (**mapa 1**) de la siguiente manera:

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

Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023

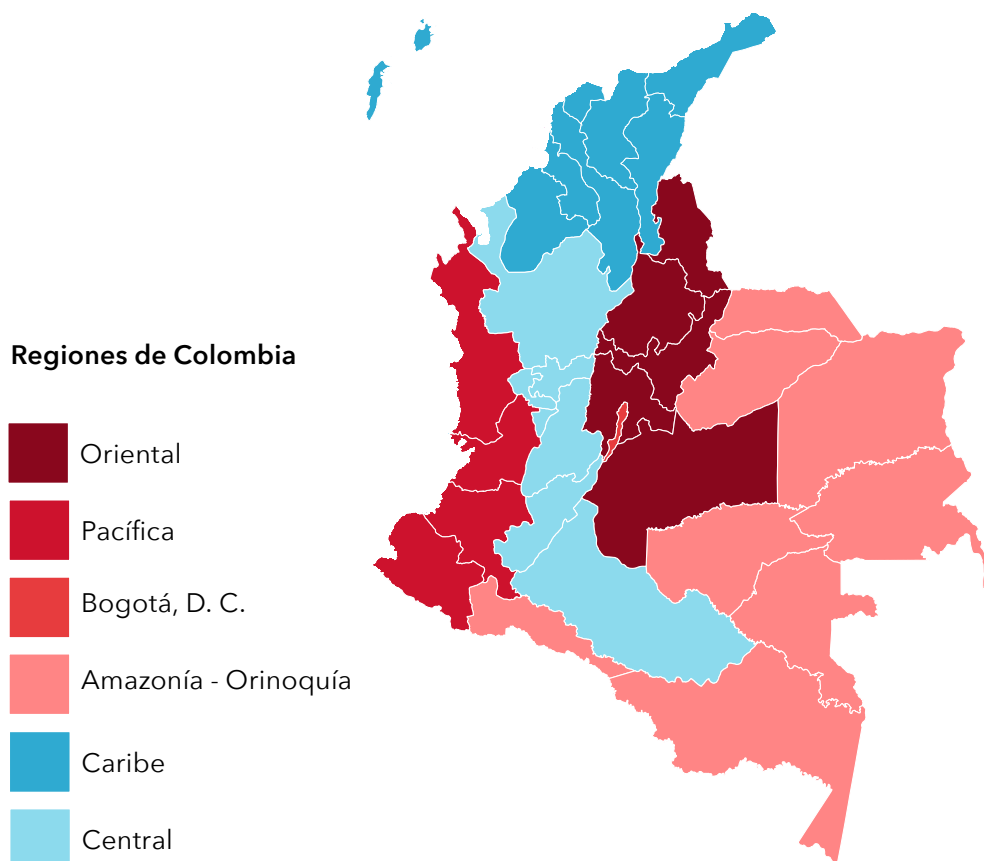


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2023.

[Descargar figura](#)



Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2024



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 ($n= 51.191.548$) con fecha de corte al 31 de julio de 2023, proveniente de la BDU (figura 3). 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 en el 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.

Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

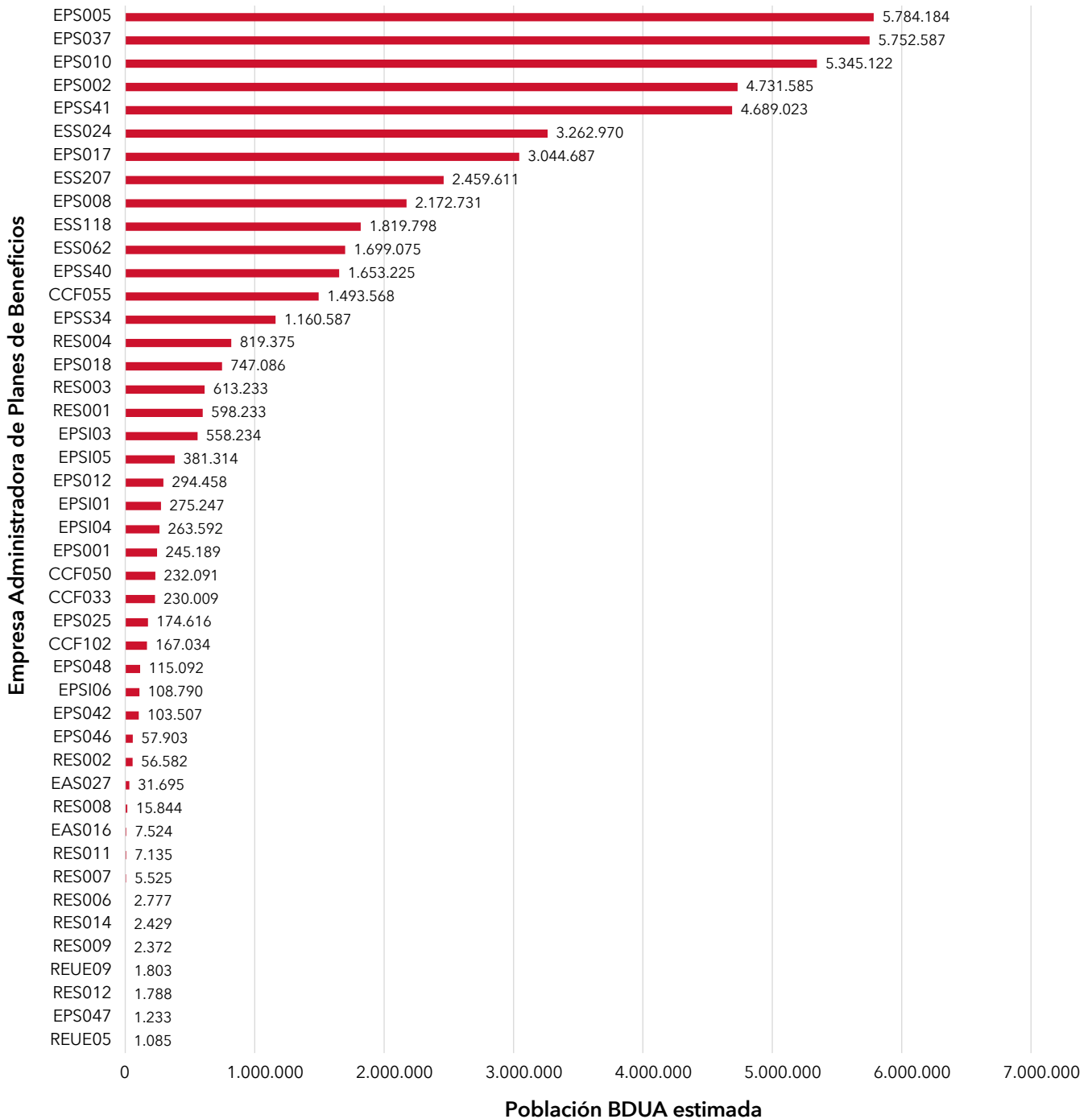
Los detalles del cálculo de los indicadores están disponibles en el documento ["Actualización del consenso basado en la evidencia: Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano"](#) (4).

La información presentada en este libro corresponde a los datos demográficos y del aseguramiento para todos los IGR establecidos en el consenso de 2024.



En la **plataforma HIGIA** puede encontrar las diferentes desagregaciones para los IGR trazadores en la gestión del riesgo en las PVV.

Figura 3. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023



Fuente: Base Única de Afiliados, MSPS, corte al 31 de julio de 2023.

[Descargar figura](#)

1.

Caracterización de
las **personas**
incidentes que viven
con el VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

1.

RESUMEN infográfico

Caracterización de las personas incidentes que viven con el VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



En el periodo 2024, se observó una disminución del **0,78** en los casos incidentes, reduciéndose de 14.670 a 14.555 casos reportados.

El **82,82%**
de los casos correspondió
a los hombres

(n= 12.054), mientras que el 17,18% correspondió a las mujeres (n= 2.501), lo que resulta en una razón hombre/mujer de 4,82:1.



La edad promedio de la población incidente fue de 33,65 años (DE ± 12,19), con la mayor proporción de los casos concentrada en el grupo etario de 20 a 34 años.



Las regiones con mayor la frecuencia de casos incidentes siguen siendo la región Central (29,63%), seguida por la Caribe (21,47%) y Bogotá, D. C., (19,07%).



El 51,98% de los casos correspondió a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mientras que el 8,90% a personas que consumían sustancias psicoactivas por vías no inyectadas.



La mediana de la edad al momento del diagnóstico fue de 30 años (RIC: 24 - 39). Asimismo, la mediana del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 27 días (RIC: 14-47).



El 40,54% de las personas fueron diagnosticadas en estadio 2, y el 34,68% en estadio 3. Además, el mecanismo de transmisión más frecuente sigue siendo el sexual, con un 91,14%.



Según la región de residencia, la Caribe y la Amazonía-Orinoquía registraron la mayor proporción de pacientes con un conteo de linfocitos T CD4+ inferior a 200/mm³ al momento del diagnóstico.

El **2,58%** (n= 376)
presentó resultados positivos en la
tamización para
hepatitis B,
mientras que el 1,23% (n= 179) obtuvo
resultados positivos para hepatitis C.

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

RIC: rango intercuartílico.

TB: tuberculosis.



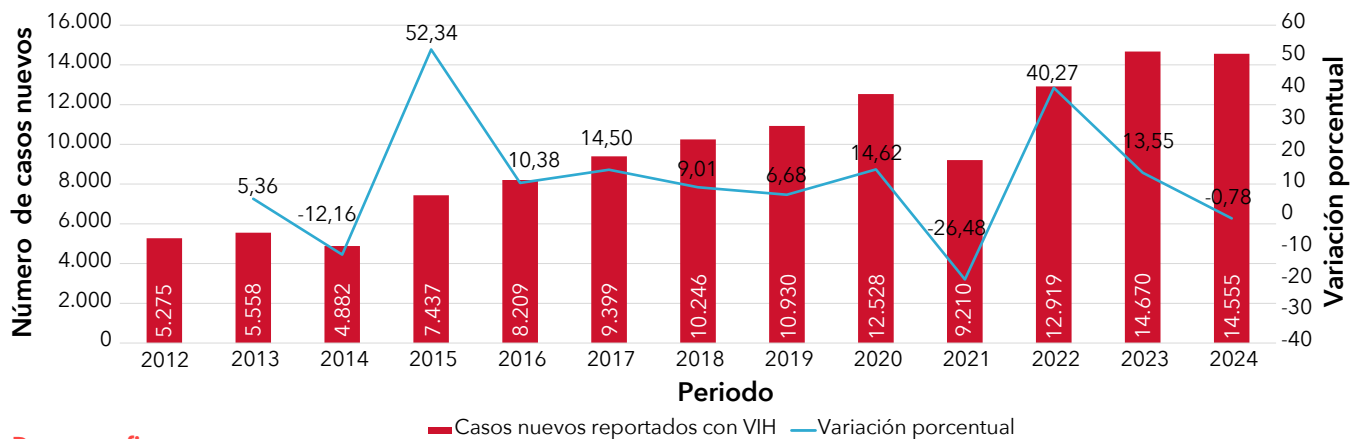
1. Caracterización de las personas que viven con el VIH

Entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024, se reportaron 14.555 casos incidentes. A continuación, se presenta una descripción de las principales características sociodemográficas y clínicas de esta población.

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

En el periodo de 2024, se registró una disminución del 0,78 % en los casos incidentes, pasando de 14.670 a 14.555 reportados. Sin embargo, desde el descenso observado en 2021 debido al impacto de la pandemia, se ha evidenciado una tendencia de recuperación en el reporte.

Figura 4. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2024

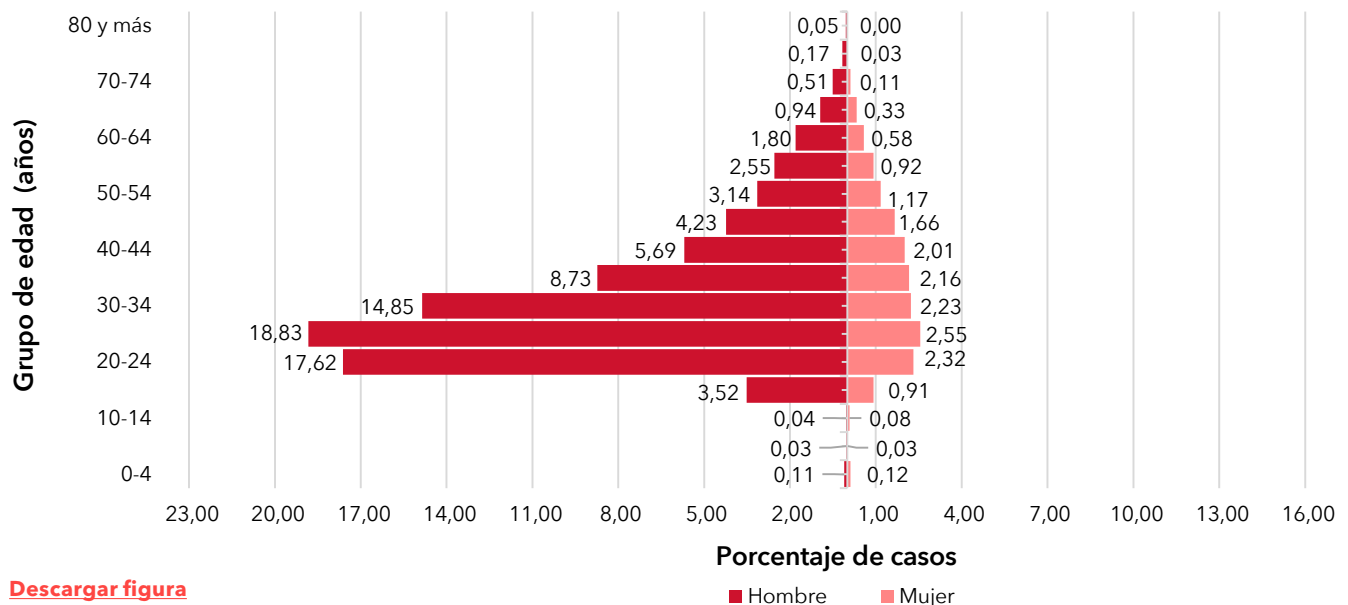


[Descargar figura](#)

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

El 82,82 % de los casos correspondió a los hombres ($n= 12.054$), con una razón hombre/mujer de 4,82:1. La edad promedio de la población incidente fue de 33,65 años ($DE \pm 12,19$), concentrándose la mayor proporción de los casos en el grupo de 20 a 34 años (**figura 5**).

Figura 5. Pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

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

Las regiones con la mayor frecuencia de casos incidentes continúan siendo la Central (29,63%), seguida de la Caribe (21,47%) y de Bogotá, D. C., (19,07%) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	262 (2,17)	67 (2,68)	329 (2,26)
Amazonas	16 (0,13)	3 (0,12)	19 (0,13)
Arauca	46 (0,38)	12 (0,48)	58 (0,40)
Casanare	107 (0,89)	30 (1,20)	137 (0,94)
Guainía	3 (0,02)	0 (0,00)	3 (0,02)
Guaviare	28 (0,23)	9 (0,36)	37 (0,25)
Putumayo	57 (0,47)	11 (0,44)	68 (0,47)
Vaupés	0 (0,00)	1 (0,04)	1 (0,01)
Vichada	5 (0,04)	1 (0,04)	6 (0,04)
Bogotá, D. C.	2.534 (21,02)	241 (9,64)	2.775 (19,07)
Caribe	2.372 (19,68)	753 (30,11)	3.125 (21,47)
Atlántico	767 (6,36)	185 (7,40)	952 (6,54)
Bolívar	421 (3,49)	133 (5,32)	554 (3,81)
Cesar	235 (1,95)	73 (2,92)	308 (2,12)
Córdoba	392 (3,25)	121 (4,84)	513 (3,52)
La Guajira	126 (1,05)	93 (3,72)	219 (1,50)
Magdalena	293 (2,43)	96 (3,84)	389 (2,67)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	6 (0,05)	2 (0,08)	8 (0,05)
Sucre	132 (1,10)	50 (2,00)	182 (1,25)
Central	3.641 (30,21)	672 (26,87)	4.313 (29,63)
Antioquia	2.265 (18,79)	404 (16,15)	2.669 (18,34)
Caldas	242 (2,01)	45 (1,80)	287 (1,97)
Caquetá	79 (0,66)	19 (0,76)	98 (0,67)
Huila	263 (2,18)	24 (0,96)	287 (1,97)
Quindío	217 (1,80)	55 (2,20)	272 (1,87)
Risaralda	348 (2,89)	78 (3,12)	426 (2,93)
Tolima	227 (1,88)	47 (1,88)	274 (1,88)
Oriental	1.478 (12,26)	293 (11,72)	1.771 (12,17)
Boyacá	128 (1,06)	14 (0,56)	142 (0,98)
Cundinamarca	376 (3,12)	57 (2,28)	433 (2,97)
Meta	215 (1,78)	43 (1,72)	258 (1,77)
Norte de Santander	334 (2,77)	100 (4,00)	434 (2,98)
Santander	425 (3,53)	79 (3,16)	504 (3,46)
Pacífica	1.767 (14,66)	475 (18,99)	2.242 (15,40)
Cauca	209 (1,73)	44 (1,76)	253 (1,74)
Chocó	45 (0,37)	36 (1,44)	81 (0,56)
Nariño	203 (1,68)	63 (2,52)	266 (1,83)
Valle del Cauca	1.310 (10,87)	332 (13,27)	1.642 (11,28)
Total	12.054 (82,82)	2.501 (17,18)	14.555 (100,00)



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

El 4,46% de los casos reportados correspondieron a personas de las comunidades negras (n= 649), el 1,81% a las indígenas (n= 263) y menos del 1% de origen raizal (n= 8), ROM gitano (n= 2) y palenquero (n=2). El 93,65% de los casos (n= 13.631) 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 56,90% de los casos incidentes pertenecían a uno o más de los tipos de población clave. El 51,98% correspondió a hombres que tenían sexo con hombres (HSH), y el 8,90% a personas que consumían sustancias psicoactivas por vías distintas a la inyectada. El 43,10% indicó no pertenecer a ninguna población clave.

Figura 6. Distribución de los casos incidentes que viven con el VIH según la población clave, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

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

El 57,69% de los casos incidentes se registró en el régimen contributivo (n= 8.398), seguido del subsidiado con el 39,75% (n= 5.786), proporciones similares a las observadas en el periodo anterior. Se identificaron 40 casos incidentes (0,27%) atendidos a través de los entes territoriales, una proporción menor a la reportada en 2023 (0,86%; n= 126). Además, el régimen de no afiliados presentó la población más joven, con una mediana de la edad de 29 años (RIC: 23,5 - 33,5), seguido del régimen contributivo con 30 años (RIC: 25 - 39) y el subsidiado con 31 años (RIC: 24 - 42).

Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Sexo							
Hombre	7.467 (88,91)	4.270 (73,80)	287 (88,85)	4 (80,00)	23 (57,50)	3 (100,00)	12.054 (82,82)
Mujer	931 (11,09)	1.516 (26,20)	36 (11,15)	1 (20,00)	17 (42,50)	0 (0,00)	2.501 (17,18)
Edad (años)*	30 (25 - 39)	31 (24 - 42)	36 (24 - 46)	63 (29 - 63)	29 (23,5 - 33,5)	33 (23 - 46)	31 (25 - 40)
Edad categórica (quinquenios)							
0 - 4	3 (0,04)	30 (0,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	33 (0,23)
5 - 9	0 (0,00)	7 (0,12)	1 (0,31)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,05)


Tabla 5. Características de las personas incidentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
10 - 14	3 (0,04)	14 (0,24)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (0,12)
15 - 19	302 (3,60)	322 (5,57)	20 (6,19)	1 (20,00)	1 (2,50)	0 (0,00)	646 (4,44)
20 - 24	1.690 (20,12)	1.130 (19,53)	69 (21,36)	0 (0,00)	11 (27,50)	1 (33,33)	2.901 (19,93)
25 - 29	1.924 (22,91)	1.149 (19,86)	29 (8,98)	1 (20,00)	9 (22,50)	0 (0,00)	3.112 (21,38)
30 - 34	1.565 (18,64)	871 (15,05)	37 (11,46)	0 (0,00)	11 (27,50)	1 (33,33)	2.485 (17,07)
35 - 39	948 (11,29)	592 (10,23)	42 (13,00)	0 (0,00)	3 (7,50)	0 (0,00)	1.585 (10,89)
40 - 44	601 (7,16)	485 (8,38)	31 (9,60)	0 (0,00)	3 (7,50)	0 (0,00)	1.120 (7,69)
45 - 49	441 (5,25)	383 (6,62)	32 (9,91)	0 (0,00)	1 (2,50)	1 (33,33)	858 (5,89)
50 - 54	330 (3,93)	273 (4,72)	24 (7,43)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	627 (4,31)
55 - 59	254 (3,02)	238 (4,11)	13 (4,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	505 (3,47)
60 - 64	185 (2,20)	148 (2,56)	11 (3,41)	2 (40,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	346 (2,38)
65 - 69	95 (1,13)	84 (1,45)	6 (1,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	185 (1,27)
70 - 74	40 (0,48)	43 (0,74)	6 (1,86)	0 (0,00)	1 (2,50)	0 (0,00)	90 (0,62)
75 - 79	13 (0,15)	13 (0,22)	2 (0,62)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (0,20)
80 - max	4 (0,05)	4 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,05)
Total	8.398 (100,00)	5.786 (100,00)	323 (100,00)	5 (100,00)	40 (100,00)	3 (100,00)	14.555 (100,00)

* 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 EPS047, la EPS048 y la RES014.

 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 (42,76%) y la solicitud directa por la persona (37,08%). La mediana de la edad al momento del diagnóstico fue de 30 años (RIC: 24 - 39), y el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 27 días (RIC:14 - 47), con 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.

El 40,54% y el 34,68% de los pacientes fueron diagnosticados en los estadios 2 y 3, respectivamente. El mecanismo de transmisión más frecuente sigue siendo el sexual (91,14%). Se reportaron 43 casos con transmisión materno - infantil, de los cuales 7 corresponden a menores de 12 meses expuestos al VIH en el periodo actual, y se detallan en el capítulo 5. Sin embargo, los 36 casos restantes tienen más de 12 meses y no habían sido reportados en periodos anteriores. De estos, 30 corresponden a un rango de edad de 1 a 10 años, 5 a edades entre 11 y 20 años, y 1 caso es mayor de 20 años.



Tabla 6. Características clínicas de las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Edad al momento del diagnóstico¹	30 (24 - 38)	30 (24 - 41)	35 (23 - 46)	62 (29 - 63)	28,5 (23 - 33)	33 (23 - 45)	30 (24 - 39)
Razón de la prueba presuntiva							
Solicitada por el médico por sospecha clínica	3.325 (40,88)	2.540 (45,39)	131 (41,85)	3 (75,00)	22 (62,86)	2 (66,67)	6.023 (42,76)
Por solicitud de la persona	3.382 (41,58)	1.737 (31,04)	102 (32,59)	0 (0,00)	1 (2,86)	0 (0,00)	5.222 (37,08)
Oferta de prueba por diagnóstico de otras ITS	252 (3,10)	103 (1,84)	11 (3,51)	1 (25,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	368 (2,61)
Oferta realizada en la comunidad, incluyendo a las gestantes y a las personas con TB	161 (1,98)	184 (3,29)	11 (3,51)	0 (0,00)	1 (2,86)	0 (0,00)	357 (2,53)
Oferta de la prueba a las gestantes en los servicios de salud	93 (1,14)	239 (4,27)	5 (1,60)	0 (0,00)	5 (14,29)	0 (0,00)	342 (2,43)
Al donar sangre	125 (1,54)	77 (1,38)	5 (1,60)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	207 (1,47)
Oferta de la prueba por diagnóstico de TB	14 (0,17)	24 (0,43)	2 (0,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	40 (0,28)
Violencia sexual	5 (0,06)	16 (0,29)	1 (0,32)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (0,16)
Exposición ocupacional	13 (0,16)	2 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (0,11)
Otras razones	763 (9,38)	674 (12,04)	45 (14,38)	0 (0,00)	6 (17,14)	0 (0,00)	1.488 (10,57)
Tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (días)¹	29 (17 - 49)	23 (11 - 42)	26 (13 - 41)	27 (7,5 - 55)	10 (2 - 16)	12,5 (9 - 16)	27 (14 - 47)
Mecanismo o vía de transmisión							
Transmisión sexual	7.666 (91,28)	5.283 (91,31)	300 (92,88)	4 (80,00)	11 (27,50)	1 (33,33)	13.265 (91,14)
TMI	4 (0,05)	39 (0,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	43 (0,30)
Uso de cortopunzantes	18 (0,21)	11 (0,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (0,20)
Violencia sexual	14 (0,17)	14 (0,24)	1 (0,31)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (0,20)
Transfusión	6 (0,07)	5 (0,09)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,08)
Ocupacional	8 (0,10)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,06)
Desconocida	682 (8,12)	433 (7,48)	22 (6,81)	1 (20,00)	29 (72,50)	2 (66,67)	1.169 (8,03)
Linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico							
Se realizó (sí)	8.119 (96,68)	5.515 (95,32)	306 (94,74)	5 (100,00)	20 (50,00)	2 (66,67)	13.967 (95,96)
Conteo (CD4/ μ l ³)*	325 (168 - 504)	262 (113 - 429)	282 (145 - 414)	49 (35 - 293)	91 (28,5 - 321,5)	872 (764 - 980)	297 (143 - 473)
Carga viral al momento del diagnóstico							
Se realizó (sí)	8.111 (96,59)	5.532 (95,61)	307 (95,05)	4 (80,00)	21 (52,50)	2 (66,67)	13.977 (96,04)
Copias/ml*	60.021,5 (14.000-231.000)	47.928,5 (9.017-214.997)	87.100 (19.584-306.904)	1.345.442 (211.744,5-6.163.153)	78.210 (32.356-232.000)	7.241,5 (4.963-9.520)	56.067 (12.139-226.406)
Estadio clínico al momento del diagnóstico²							
Estadio 0	11 (0,13)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,50)	0 (0,00)	13 (0,09)
Estadio 1	2.047 (24,37)	942 (16,28)	51 (15,79)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (66,67)	3.042 (20,90)
Estadio 2	3.556 (42,34)	2.201 (38,04)	142 (43,96)	1 (20,00)	1 (2,50)	0 (0,00)	5.901 (40,54)
Estadio 3	2.519 (30,00)	2.392 (41,34)	114 (35,29)	3 (60,00)	20 (50,00)	0 (0,00)	5.048 (34,68)
Por establecer	265 (3,16)	250 (4,32)	16 (4,95)	1 (20,00)	18 (45,00)	1 (33,33)	551 (3,79)
Inicio de TAR (sí)	7.991 (95,15)	5.535 (95,66)	289 (89,47)	4 (80,00)	15 (37,50)	2 (66,67)	13.836 (95,06)
TAR actual (sí)	7.484 (89,12)	4.948 (85,52)	227 (70,28)	4 (80,00)	4 (10,00)	2 (66,67)	12.669 (87,04)
Total	8.398 (100,00)	5.786 (100,00)	323 (100,00)	5 (100,00)	40 (100,00)	3 (100,00)	14.555 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

² Estadios clínicos de acuerdo a la CDC, referencia: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm>

Según la actualización de la Guía de Práctica Clínica (GPC) en 2021 (23), se recomendó iniciar el tratamiento antirretroviral en las personas diagnosticadas con el VIH lo antes posible, idealmente durante las cuatro semanas posteriores al diagnóstico. En el periodo 2023, 13.836 personas recién diagnosticadas comenzaron la terapia antirretroviral (TAR); los motivos más comúnmente reportados para iniciar el tratamiento fueron el valor de la carga viral (31,25%) y el conteo de linfocitos T CD4 (22,61%).

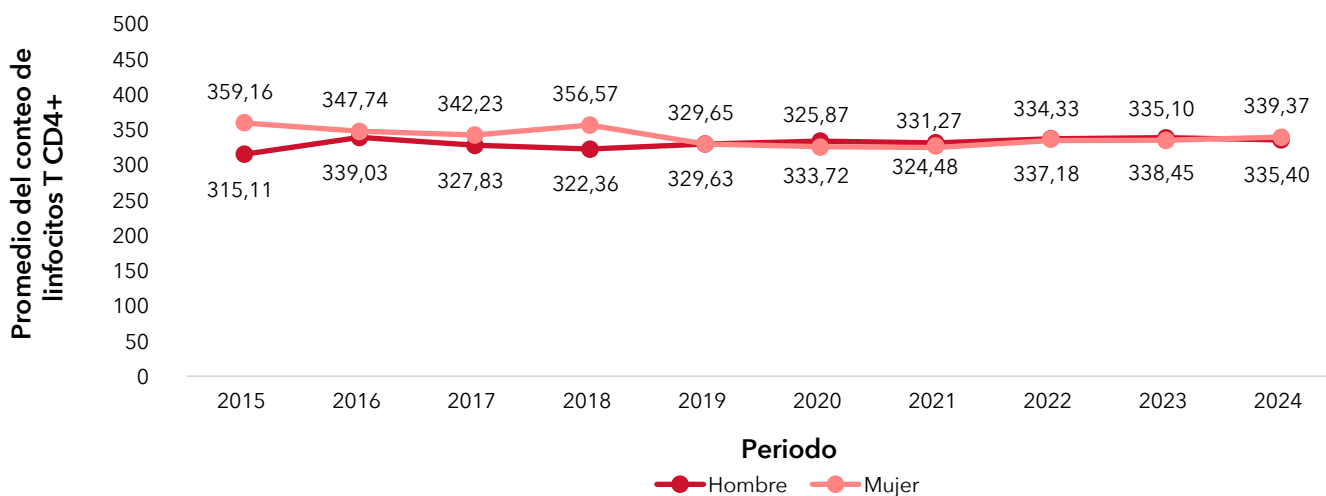
Tabla 7. Motivo de inicio de la TAR en las personas incidentes que viven con el VIH según el sexo, Colombia 2024

Motivo de inicio de la TAR	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Carga viral	3.791 (33,05)	533 (22,55)	4.324 (31,25)
Por conteo de linfocitos T CD4	2.678 (23,34)	451 (19,08)	3.129 (22,61)
Desconocido/sin dato	1.703 (14,84)	322 (13,62)	2.025 (14,64)
Estrategia prueba y tratamiento inmediato	1.577 (13,75)	422 (17,85)	1.999 (14,45)
Por infección grave o patología que define el sida	1.201 (10,47)	276 (11,68)	1.477 (10,68)
Infección temprana	295 (2,57)	47 (1,99)	342 (2,47)
Estado previo a la concepción, gestación, puerperio o lactancia materna	3 (0,03)	268 (11,34)	271 (1,96)
No se tiene el dato porque inició la TAR en una institución diferente	118 (1,03)	19 (0,80)	137 (0,99)
Edad	38 (0,33)	10 (0,42)	48 (0,35)
Tener pareja serodiscordante	30 (0,26)	9 (0,38)	39 (0,28)
Coinfección con hepatitis B/C	23 (0,20)	2 (0,08)	25 (0,18)
Nefropatía asociada al VIH	6 (0,05)	3 (0,13)	9 (0,07)
Riesgo cardiovascular > 20% por Framingham	5 (0,04)	1 (0,04)	6 (0,04)
Historia de enfermedad cardiovascular	4 (0,03)	1 (0,04)	5 (0,04)
Total	11.472 (100,00)	2.364 (100,00)	13.836 (100,00)

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

El conteo promedio de los linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico ha mostrado una tendencia estable en ambos sexos desde el periodo 2019. En los hombres, el promedio fue de 335,40 CD4/mm³ (DE ± 250,52) y en las mujeres de 339,37 CD4/mm³ (DE ± 275,50). En general, para todas las personas diagnosticadas en el periodo, el promedio fue de 336,07 CD4/mm³ (DE ± 254,95).

Figura 7. Tendencia del valor promedio del conteo de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2015 - 2024



[Descargar figura](#)



La **tabla 8** muestra los valores de los linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico en los periodos 2023 y 2024. Se observó un ligero aumento en el porcentaje de los casos diagnosticados con un conteo menor de 350 CD4/mm³, pasando del 57,93% al 58,33%, lo cual indica que los pacientes están siendo identificados en una etapa avanzada de la infección por el VIH, es decir, en un diagnóstico tardío.

Tabla 8. Categorización* del conteo de los linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico según el sexo, Colombia 2023 - 2024

Conteo de linfocitos T CD4+ (CD4/mm ³)	2023				2024			
	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Intersexual n (%)	Total n (%)	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Intersexual n (%)	Total n (%)
< 200	3.829 (33,20)	890 (38,13)	1 (50,00)	4.720 (34,04)	3.874 (33,44)	864 (36,30)	0 (0,00)	4.738 (33,93)
≥ 200 - < 350	2.819 (24,45)	493 (21,12)	1 (50,00)	3.313 (23,89)	2.860 (24,69)	547 (22,98)	0 (0,00)	3.407 (24,40)
≥ 350 - < 500	2.335 (20,25)	420 (17,99)	0 (0,00)	2.755 (19,87)	2.299 (19,84)	419 (17,61)	0 (0,00)	2.718 (19,46)
≥ 500	2.549 (22,10)	531 (22,75)	0 (0,00)	3.080 (22,21)	2.552 (22,03)	550 (23,11)	0 (0,00)	3.102 (22,21)
Total	11.532 (100,00)	2.334 (100,00)	2 (100,00)	13.868 (100,00)	11.585 (100,00)	2.380 (100,00)	0 (0,00)	13.965 (100,00)

* Categorización 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.

De acuerdo con la región de residencia, la Caribe y la Amazonía-Orinoquía presentaron la mayor proporción de los pacientes con un conteo de linfocitos T CD4+ inferior a 200/mm³ al momento del diagnóstico. En contraste, en la región Central y en Bogotá, D. C., se concentró la mayor proporción de las personas con un conteo de CD4+ igual o superior a 500/mm³. Sin embargo, a pesar de que estas últimas regiones tienen una mayor proporción de los diagnósticos tempranos, esta continúa siendo inferior a la proporción de las personas que fueron diagnosticadas con un recuento de CD4+ menor a 200/mm³.

Tabla 9. Categorización* del conteo de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico, según la región y entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Conteo de linfocitos T CD4+ al diagnóstico				
	< 200 n (%)	≥ 200 - < 500 n (%)	≥ 500 n (%)	Sin medición n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	115 (34,95)	137 (41,64)	46 (13,98)	31 (9,42)	329 (100,00)
Amazonas	5 (26,32)	6 (31,58)	2 (10,53)	6 (31,58)	19 (100,00)
Arauca	26 (44,83)	26 (44,83)	4 (6,90)	2 (3,45)	58 (100,00)
Casanare	51 (37,23)	57 (41,61)	25 (18,25)	4 (2,92)	137 (100,00)
Guainía	1 (33,33)	2 (66,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
Guaviare	9 (24,32)	13 (35,14)	5 (13,51)	10 (27,03)	37 (100,00)
Putumayo	20 (29,41)	31 (45,59)	10 (14,71)	7 (10,29)	68 (100,00)
Vaupés	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
Vichada	2 (33,33)	2 (33,33)	0 (0,00)	2 (33,33)	6 (100,00)
Bogotá, D. C.	832 (29,98)	1.243 (44,79)	560 (20,18)	140 (5,05)	2.775 (100,00)
Caribe	1.255 (40,16)	1.208 (38,66)	591 (18,91)	71 (2,27)	3.125 (100,00)
Atlántico	371 (38,97)	386 (40,55)	180 (18,91)	15 (1,58)	952 (100,00)
Bolívar	223 (40,25)	210 (37,91)	111 (20,04)	10 (1,81)	554 (100,00)
Cesar	123 (39,94)	120 (38,96)	54 (17,53)	11 (3,57)	308 (100,00)
Córdoba	232 (45,22)	189 (36,84)	88 (17,15)	4 (0,78)	513 (100,00)
La Guajira	75 (34,25)	90 (41,10)	39 (17,81)	15 (6,85)	219 (100,00)
Magdalena	154 (39,59)	141 (36,25)	83 (21,34)	11 (2,83)	389 (100,00)

Tabla 9. Categorización* del conteo de linfocitos T CD4+ en las personas incidentes que viven con el VIH al momento del diagnóstico, según la región y entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	Conteo de linfocitos T CD4+ al diagnóstico				Total n (%)
	< 200 n (%)	≥ 200 - < 500 n (%)	≥ 500 n (%)	Sin medición n (%)	
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4 (50,00)	2 (25,00)	2 (25,00)	0 (0,00)	8 (100,00)
Sucre	73 (40,11)	70 (38,46)	34 (18,68)	5 (2,75)	182 (100,00)
Central	1.222 (28,33)	1.782 (41,32)	1.137 (26,36)	172 (3,99)	4.313 (100,00)
Antioquia	706 (26,45)	1.032 (38,67)	817 (30,61)	114 (4,27)	2.669 (100,00)
Caldas	69 (24,04)	143 (49,83)	68 (23,69)	7 (2,44)	287 (100,00)
Caquetá	34 (34,69)	48 (48,98)	15 (15,31)	1 (1,02)	98 (100,00)
Huila	103 (35,89)	141 (49,13)	33 (11,50)	10 (3,48)	287 (100,00)
Quindío	97 (35,66)	123 (45,22)	48 (17,65)	4 (1,47)	272 (100,00)
Risaralda	114 (26,76)	195 (45,77)	96 (22,54)	21 (4,93)	426 (100,00)
Tolima	99 (36,13)	100 (36,50)	60 (21,90)	15 (5,47)	274 (100,00)
Oriental	594 (33,54)	732 (41,33)	354 (19,99)	91 (5,14)	1.771 (100,00)
Boyacá	51 (35,92)	52 (36,62)	32 (22,54)	7 (4,93)	142 (100,00)
Cundinamarca	139 (32,10)	181 (41,80)	88 (20,32)	25 (5,77)	433 (100,00)
Meta	73 (28,29)	112 (43,41)	46 (17,83)	27 (10,47)	258 (100,00)
Norte de Santander	167 (38,48)	170 (39,17)	77 (17,74)	20 (4,61)	434 (100,00)
Santander	164 (32,54)	217 (43,06)	111 (22,02)	12 (2,38)	504 (100,00)
Pacífica	720 (32,11)	1.023 (45,63)	414 (18,47)	85 (3,79)	2.242 (100,00)
Cauca	86 (33,99)	134 (52,96)	23 (9,09)	10 (3,95)	253 (100,00)
Chocó	31 (38,27)	27 (33,33)	19 (23,46)	4 (4,94)	81 (100,00)
Nariño	96 (36,09)	128 (48,12)	32 (12,03)	10 (3,76)	266 (100,00)
Valle de Cauca	507 (30,88)	734 (44,70)	340 (20,71)	61 (3,71)	1.642 (100,00)
Total	4.738 (32,55)	6.125 (42,08)	3.102 (21,31)	590 (4,05)	14.555 (100,00)

* Categorización 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) (24).

1.2.2. Tamización en las personas incidentes viviendo con el VIH

El 27,10% (n= 3.944) de las PVV fueron sometidas a una tamización para sífilis mediante una prueba no treponémica, con resultados positivos. No obstante, solo el 11,39% (n= 1.658) recibió un tratamiento completo para esta infección.

Por otro lado, el 3,36% de las personas incidentes (n= 489) fue diagnosticado con resultados positivos en la tamización para el VPH anal. Además, el 2,58% (n= 376) presentó resultados positivos para la hepatitis B, mientras que el 1,23% (n= 179) obtuvo resultados positivos para la hepatitis C (**tabla 10**).



Tabla 10. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024

Tamización y tratamiento de las enfermedades	n	%
Tuberculosis activa		
Se realizó la tamización clínica para la TB en la última consulta y fue positivo	634	4,36
Se realizó la tamización clínica para la TB en la última consulta y fue negativo	12.015	82,55
No se realizó la tamización clínica porque tiene TB activa al momento del corte	352	2,42
No se realizó tamización clínica para la TB en la última consulta	1.550	10,65
Sin dato	4	0,03
PPD o equivalentes para la identificación de tuberculosis latente		
Se realizó y fue positiva	401	2,76
Se realizó y fue negativa	9.445	64,89
No se realizó porque tiene un resultado anterior de PPD positivo	51	0,35
No se realizó porque tiene o tuvo tuberculosis activa	536	3,68
No se realizó por inmunosupresión severa	529	3,63
No se realizó la prueba	3.589	24,66
Sin dato	4	0,03
Recibió tratamiento para la tuberculosis latente		
Recibió tratamiento con isoniazida	58	0,40
No se realizó prueba para TB latente	4.278	29,40
Recibió tratamiento con rifapentina e isoniazida	19	0,13
Está recibiendo tratamiento con isoniazida	111	0,76
Está recibiendo tratamiento con rifapentina e isoniazida	13	0,09
No recibió por tener tuberculosis activa	575	3,95
No recibió porque ya fue tratado para TB latente	19	0,13
No recibió porque fue descartada la infección latente	9.230	63,42
No recibió por otras razones	250	1,72
Sin dato	2	0,01
Sífilis		
Si se realizó y fue positivo	3.944	27,10
Si se realizó y fue negativo	9.825	67,50
No se realizó porque está en tratamiento para sífilis	17	0,12
No se realizó la prueba	767	5,27
Sin dato	2	0,01
Recibió tratamiento para sífilis		
Recibió tratamiento completo	1.658	11,39
Está recibiendo tratamiento	1.178	8,09
No recibió tratamiento	626	4,30
No aplica, tamización de la sífilis negativo	9.708	66,70
No recibió porque no se realizó la prueba	777	5,34
No aplica, persona con cicatriz serológica que ya recibió tratamiento	604	4,15
Sin dato	4	0,03
VPH anal		
Se realizó y fue positivo	489	3,36
No tiene sexo anal	1.880	12,92

Tabla 10. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024 (continuación)

Tamización y tratamiento de las enfermedades	n	%
Se realizó y fue negativo	2177	14,96
No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de VPH	22	0,15
No se realizó	9.779	67,19
Se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	204	1,40
Sin dato	4	0,03
Hepatitis B		
Se realizó y fue positivo	376	2,58
Se realizó y fue negativo	12.779	87,8
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis B	18	0,12
No se realizó por tener títulos de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de la hepatitis B	482	3,31
No se realizó	888	6,10
Sin dato	12	0,08
Hepatitis C		
Se realizó y fue positivo	179	1,23
Se realizó y fue negativo	13.348	91,71
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis C	14	0,10
No se realizó	1.000	6,87
Sin dato	14	0,10



2.

Caracterización de las **personas prevalentes** que viven con el VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

2.

RESUMEN infográfico

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



Entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024, se observó un incremento del

12,42

en el número de casos prevalentes, pasando de 165.405 a 185.954 reportados.

El **78,78%**
de los casos correspondió
a los hombres

(n= 146.490), mientras que el 21,22% a mujeres (n= 39.464), lo que da una razón hombre/mujer de 3,71:1.



La edad promedio de la población prevalente fue de 40,21 años (DE ± 13,11), con la mayor proporción de los casos concentrada en el grupo de 25 a 39 años.



Las regiones con la mayor concentración de las personas que viven con el VIH fueron la Central (28,71%), Bogotá, D. C., (22,55%) y la región Caribe (19,76%).



El 4,05% (n= 7.539) de la población que vive con el VIH pertenece a las comunidades afrocolombianas, mientras que menos del 1% corresponde a las comunidades indígenas (n= 1.703), palenqueras (n= 978), raizales (n= 203) y ROM gitanos (n= 48).



Entre las personas prevalentes que viven con el VIH, las comorbilidades más frecuentes son las enfermedades de transmisión sexual, con un 5,43%.



El 1,67% (n= 3.102) presentó resultados positivos en la tamización para hepatitis B, mientras que el 1,33% (n= 2.475) obtuvo resultados positivos para hepatitis C.



De acuerdo con la población clave, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) siguen siendo los más frecuentes, representando el 41,73% (n= 77.593), seguidos por los consumidores de sustancias no inyectables, con un 4,99% (n= 9.276).

Los **hombres transgénero** presentaron la menor proporción de uso de la terapia antirretroviral (TAR) entre las personas de la **población clave.**

PVV: personas viviendo con el VIH.

CV: carga viral.

TAR: terapia antirretroviral.

TB: tuberculosis.

ETS: enfermedades de transmisión sexual.

[Descargar infografía](#)

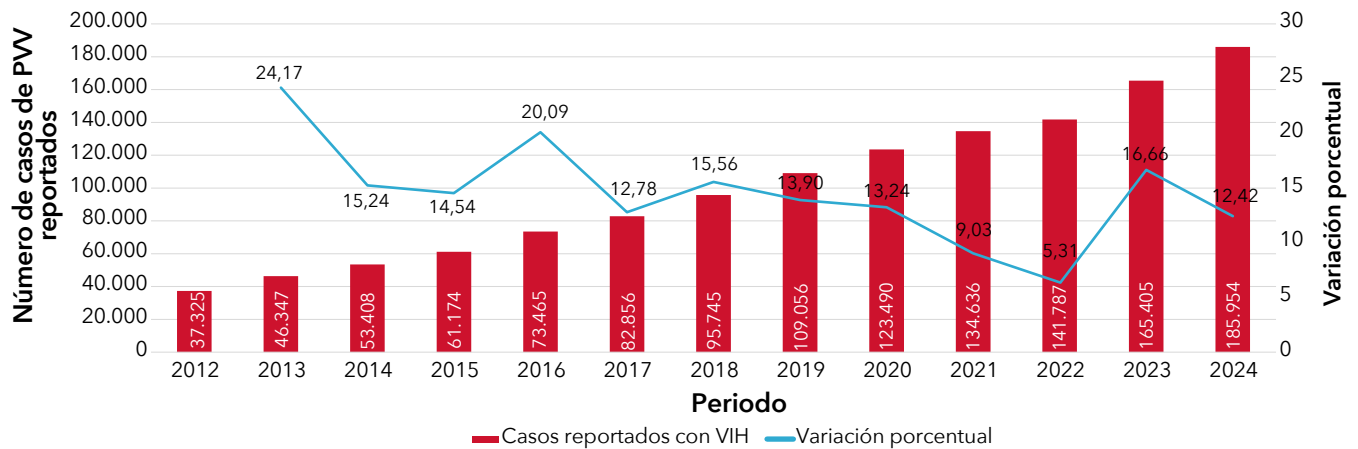


2. Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

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

Entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024, se registró un incremento del 12,42 % en los casos prevalentes, pasando de 165.405 a 185.954 reportados. Esta tendencia refleja un aumento en la captación de los casos durante el seguimiento de la cohorte, lo cual ha revertido la disminución porcentual observada desde el periodo 2019 como consecuencia de los efectos de la pandemia.

Figura 8. Tendencia del número de personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2012 - 2024

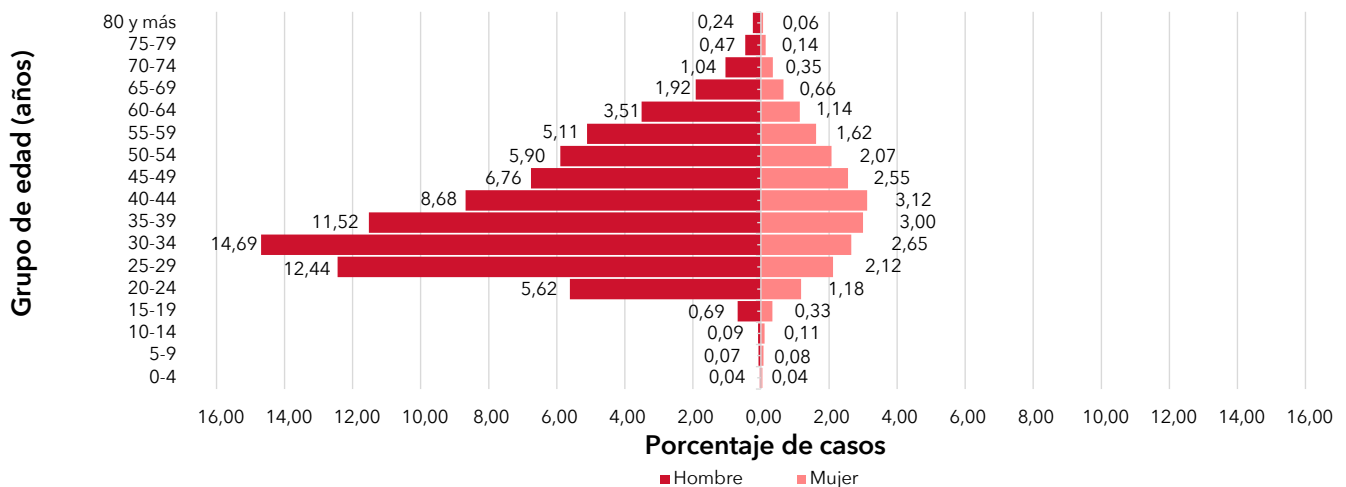


[Descargar figura](#)

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

El 78,78% de los casos correspondió a los hombres (n= 146.490), mientras que el 21,22% fueron las mujeres (n= 39.464), con una razón hombre/mujer de 3,71:1. La edad promedio de la población prevalente fue de 40,21 años (DE ± 13,11), concentrándose la mayor proporción de los casos en el grupo de 25 a 39 años (**figura 9**).

Figura 9. Pirámide poblacional de las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

Situación del VIH en Colombia 2024

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.cuirtabealfofosito.org

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

Las regiones con la mayor concentración de las personas que viven con el VIH (PVV) fueron la Central (28,71%), Bogotá, D. C., (22,55%) y la Caribe (19,76%). En cuanto a la distribución por el género en el ámbito nacional, la razón fue de 3,71 hombres por cada mujer. Las regiones donde la proporción de las mujeres supera a la de los hombres son la Caribe, la Oriental, la Pacífica y la Amazonía-Orinoquía (**tabla 11**).

Tabla 11. Distribución de las personas prevalentes viviendo con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Relación H:M	Total n (%)
Bogotá, D. C.	37.070 (25,31)	4.855 (12,30)	7,64	41.925 (22,55)
Caribe	25.226 (17,22)	11.524 (29,20)	2,19	36.750 (19,76)
Atlántico	8.353 (5,70)	3.056 (7,74)	2,73	11.409 (6,14)
Bolívar	4.664 (3,18)	2.136 (5,41)	2,18	6.800 (3,66)
Cesar	2.447 (1,67)	1.435 (3,64)	1,71	3.882 (2,09)
Córdoba	3.803 (2,60)	1.897 (4,81)	2,00	5.700 (3,07)
La Guajira	1.190 (0,81)	765 (1,94)	1,56	1.955 (1,05)
Magdalena	2.879 (1,97)	1.376 (3,49)	2,09	4.255 (2,29)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	76 (0,05)	41 (0,10)	1,85	117 (0,06)
Sucre	1.814 (1,24)	818 (2,07)	2,22	2.632 (1,42)
Central	43.375 (29,61)	10.020 (25,39)	4,33	53.395 (28,71)
Antioquia	28.100 (19,18)	5.478 (13,88)	5,13	33.578 (18,06)
Caldas	2.478 (1,69)	719 (1,82)	3,45	3.197 (1,72)
Caquetá	635 (0,43)	315 (0,80)	2,02	950 (0,51)
Huila	2.332 (1,59)	656 (1,66)	3,55	2.988 (1,61)
Quindío	2.624 (1,79)	838 (2,12)	3,13	3.462 (1,86)
Risaralda	4.398 (3,00)	1.245 (3,15)	3,53	5.643 (3,03)
Tolima	2.808 (1,92)	769 (1,95)	3,65	3.577 (1,92)
Oriental	17.455 (11,92)	5.218 (13,22)	3,35	22.673 (12,19)
Boyacá	1.155 (0,79)	273 (0,69)	4,23	1.428 (0,77)
Cundinamarca	4.252 (2,90)	919 (2,33)	4,63	5.171 (2,78)
Meta	2.568 (1,75)	999 (2,53)	2,57	3.567 (1,92)
Norte de Santander	3.979 (2,72)	1.507 (3,82)	2,64	5.486 (2,95)
Santander	5.501 (3,76)	1.520 (3,85)	3,62	7.021 (3,78)
Pacífica	21.406 (14,61)	7.035 (17,83)	3,04	28.441 (15,29)
Cauca	1.816 (1,24)	637 (1,61)	2,85	2.453 (1,32)
Chocó	270 (0,18)	342 (0,87)	0,79	612 (0,33)
Nariño	1.904 (1,30)	831 (2,11)	2,29	2.735 (1,47)
Valle del Cauca	17.416 (11,89)	5.225 (13,24)	3,33	22.641 (12,18)
Amazonía-Orinoquía	1.958 (1,34)	812 (2,06)	2,41	2.770 (1,49)
Arauca	346 (0,24)	144 (0,36)	2,40	490 (0,26)
Casanare	911 (0,62)	334 (0,85)	2,73	1.245 (0,67)
Putumayo	411 (0,28)	152 (0,39)	2,70	563 (0,30)
Amazonas	93 (0,06)	66 (0,17)	1,41	159 (0,09)



Tabla 11. Distribución de las personas prevalentes que viven con el VIH según el sexo, la región y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Relación H:M	Total n (%)
Guainía	24 (0,02)	11 (0,03)	2,18	35 (0,02)
Guaviare	116 (0,08)	83 (0,21)	1,40	199 (0,11)
Vaupés	13 (0,01)	8 (0,02)	1,63	21 (0,01)
Vichada	44 (0,03)	14 (0,04)	3,14	58 (0,03)
Total	146.490 (78,78)	39.464 (21,22)	3,71	185.954 (100,00)

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

El 4,05% (n= 7.539) de la población que vive con el VIH pertenece a las comunidades afrocolombianas, mientras que menos del 1% corresponde a las comunidades indígenas (n= 1.703), a las palenqueras (n= 978), a las raizales (n= 203) y a las ROM gitano (n= 48). El 94,37% de las personas se identificaron como no pertenecientes a ninguna de estas etnias.

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

La proporción más alta de las mujeres informadas se registró en el régimen subsidiado (33,18%), mientras que el que tuvo la mayor proporción de hombres fue el voluntario (94,55%). El grupo no asegurado concentró la mayor cantidad de las personas que viven con el VIH entre los 20 y 34 años, mientras que en el régimen de excepción predominó el grupo de 35 a 54 años, y en el especial se evidenció una cantidad significativa de las personas de 55 años o más (tabla 12).

Tabla 12. Características de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Sexo							
Hombre	97.815 (85,17)	42.853 (66,82)	5.168 (84,86)	98 (91,59)	504 (69,23)	52 (94,55)	146.490 (78,78)
Mujer	17.028 (14,83)	21.278 (33,18)	922 (15,14)	9 (8,41)	224 (30,77)	3 (5,45)	39.464 (21,22)
Edad (años)*	37 (30 - 49)	38 (30 - 49)	42 (34 - 53)	58 (44 - 70)	30 (26 - 35)	43 (33 - 55)	38 (30 - 49)
Edad categórica (quinquenos)							
0 - 4	38 (0,03)	105 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,27)	0 (0,00)	145 (0,08)
5 - 9	66 (0,06)	206 (0,32)	5 (0,08)	0 (0,00)	3 (0,41)	0 (0,00)	280 (0,15)
10 - 14	85 (0,07)	271 (0,42)	8 (0,13)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	364 (0,20)
15 - 19	756 (0,66)	1.082 (1,69)	52 (0,85)	1 (0,93)	6 (0,82)	1 (1,82)	1.898 (1,02)
20 - 24	6.880 (5,99)	5.278 (8,23)	349 (5,73)	3 (2,80)	129 (17,72)	1 (1,82)	12.640 (6,80)
25 - 29	17.512 (15,25)	8.934 (13,93)	405 (6,65)	5 (4,67)	218 (29,95)	5 (9,09)	27.079 (14,56)
30 - 34	21.789 (18,97)	9.568 (14,92)	705 (11,58)	3 (2,80)	174 (23,90)	10 (18,18)	32.249 (17,34)
35 - 39	17.353 (15,11)	8.571 (13,36)	974 (15,99)	7 (6,54)	88 (12,09)	7 (12,73)	27.000 (14,52)
40 - 44	13.159 (11,46)	7.782 (12,13)	950 (15,60)	9 (8,41)	39 (5,36)	7 (12,73)	21.946 (11,80)
45 - 49	10.251 (8,93)	6.304 (9,83)	722 (11,86)	10 (9,35)	30 (4,12)	5 (9,09)	17.322 (9,32)
50 - 54	8.873 (7,73)	5.306 (8,27)	609 (10,00)	7 (6,54)	13 (1,79)	4 (7,27)	14.812 (7,97)
55 - 59	7.524 (6,55)	4.491 (7,00)	474 (7,78)	12 (11,21)	9 (1,24)	4 (7,27)	12.514 (6,73)
60 - 64	5.239 (4,56)	3.016 (4,70)	362 (5,94)	12 (11,21)	12 (1,65)	6 (10,91)	8.647 (4,65)
65 - 69	2.751 (2,40)	1.798 (2,80)	234 (3,84)	9 (8,41)	3 (0,41)	3 (5,45)	4.798 (2,58)

Situación del VIH en Colombia 2024

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.cuarentadealtocosto.org

Tabla 12. Características de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
70 - 74	1.551 (1,35)	868 (1,35)	148 (2,43)	15 (14,02)	2 (0,27)	1 (1,82)	2.585 (1,39)
75 - 79	691 (0,60)	361 (0,56)	57 (0,94)	8 (7,48)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.117 (0,60)
80 - max	325 (0,28)	190 (0,30)	36 (0,59)	6 (5,61)	0 (0,00)	1 (1,82)	558 (0,30)
Total	114.843 (100,00)	64.131 (100,00)	6.090 (100,00)	107 (100,00)	728 (100,00)	55 (100,00)	185.954 (100,00)

* Mediana RIC.

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

Las entidades con la prevalencia cruda más alta de personas que viven con el VIH fueron la EPS042 (0,60), la EPS012 (0,58) y la EPSS34 (0,53).



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

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

Entre las personas prevalentes que viven con el VIH, las comorbilidades más frecuentes corresponden a las ETS (5,43%). Entre las enfermedades defensorias de sida, el síndrome de desgaste asociado al VIH es el más predominante (12,91%), seguido de la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar (7,20%) y la toxoplasmosis cerebral (5,02%). Además, el 52,56% de estas personas están en estadio 3 de la enfermedad, seguido por el estadio 2 (32,21%) (tabla 13).

Tabla 13. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Comorbilidades y coinfecciones							
Otras infecciones de transmisión sexual	7.289 (6,35)	2.575 (4,02)	219 (3,60)	2 (1,87)	5 (0,69)	0 (0,00)	10.090 (5,43)
Discapacidad funcional	1.562 (1,36)	1.605 (2,50)	102 (1,67)	2 (1,87)	7 (0,96)	1 (1,82)	3.279 (1,76)
Hepatitis C crónica	2.075 (1,81)	330 (0,51)	66 (1,08)	0 (0,00)	4 (0,55)	0 (0,00)	2.475 (1,33)
Hepatitis B crónica	1.960 (1,71)	990 (1,54)	147 (2,41)	1 (0,93)	4 (0,55)	0 (0,00)	3.102 (1,67)
Tuberculosis activa	1.014 (0,88)	998 (1,56)	27 (0,44)	0 (0,00)	10 (1,37)	0 (0,00)	2.049 (1,10)
Enfermedad renal crónica	1.529 (1,33)	682 (1,06)	93 (1,53)	8 (7,48)	3 (0,41)	0 (0,00)	2.315 (1,24)
Enfermedad coronaria	920 (0,80)	415 (0,65)	69 (1,13)	6 (5,61)	2 (0,27)	0 (0,00)	1.412 (0,76)
Neoplasia no relacionada con el sida	804 (0,70)	482 (0,75)	52 (0,85)	2 (1,87)	16 (2,20)	0 (0,00)	1.356 (0,73)
Neuropatía periférica	456 (0,40)	229 (0,36)	18 (0,30)	1 (0,93)	3 (0,41)	0 (0,00)	707 (0,38)
Cirrosis hepática	62 (0,05)	25 (0,04)	2 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	89 (0,05)
Enfermedades que definen el sida							
Síndrome de desgaste asociado al VIH	12.646 (11,01)	10.751 (16,76)	509 (8,36)	8 (7,48)	98 (13,46)	0 (0,00)	24.012 (12,91)
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	6.923 (6,03)	6.010 (9,37)	342 (5,62)	7 (6,54)	104 (14,29)	2 (3,64)	13.388 (7,20)
Toxoplasmosis cerebral	5.015 (4,37)	3.950 (6,16)	337 (5,53)	6 (5,61)	23 (3,16)	1 (1,82)	9.332 (5,02)



Tabla 13. Características clínicas de las personas prevalentes que viven con el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Características clínicas	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Voluntarios n (%)	Total n (%)
Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar	4.263 (3,71)	2.190 (3,41)	140 (2,30)	4 (3,74)	21 (2,88)	2 (3,64)	6.620 (3,56)
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	3.235 (2,82)	2.001 (3,12)	112 (1,84)	3 (2,80)	40 (5,49)	1 (1,82)	5.392 (2,90)
Diarrea por criptosporidiosis y/o isosporiasis	2.262 (1,97)	2.065 (3,22)	110 (1,81)	3 (2,80)	10 (1,37)	0 (0,00)	4.450 (2,39)
Sarcoma de Kaposi	2.087 (1,82)	638 (0,99)	73 (1,20)	5 (4,67)	10 (1,37)	0 (0,00)	2.813 (1,51)
Herpes simple con úlceras mucocutáneas, bronquitis, neumonitis o esofagitis	1.616 (1,41)	850 (1,33)	124 (2,04)	1 (0,93)	11 (1,51)	0 (0,00)	2.602 (1,40)
Criptococosis extrapulmonar	1.652 (1,44)	824 (1,28)	74 (1,22)	1 (0,93)	11 (1,51)	1 (1,82)	2.563 (1,38)
Neumonía bacteriana recurrente	1.194 (1,04)	938 (1,46)	58 (0,95)	2 (1,87)	15 (2,06)	0 (0,00)	2.207 (1,19)
Infección por citomegalovirus (excepto hígado, bazo o ganglios linfáticos)	1.240 (1,08)	511 (0,80)	63 (1,03)	1 (0,93)	17 (2,34)	0 (0,00)	1.832 (0,99)
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	1.047 (0,91)	518 (0,81)	64 (1,05)	1 (0,93)	14 (1,92)	2 (3,64)	1.646 (0,89)
Retinitis por citomegalovirus	1.165 (1,01)	249 (0,39)	24 (0,39)	1 (0,93)	4 (0,55)	0 (0,00)	1.443 (0,78)
Neumonía intersticial linfoidea	417 (0,36)	351 (0,55)	40 (0,66)	0 (0,00)	3 (0,41)	0 (0,00)	811 (0,44)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva o encefalopatía por VIH	485 (0,42)	227 (0,35)	22 (0,36)	0 (0,00)	4 (0,55)	0 (0,00)	738 (0,40)
Linfoma de Burkitt	416 (0,36)	121 (0,19)	51 (0,84)	0 (0,00)	15 (2,06)	0 (0,00)	603 (0,32)
Demencia asociada al VIH	252 (0,22)	145 (0,23)	15 (0,25)	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	413 (0,22)
Infección diseminada por micobacterias (MAC o MAI)	311 (0,27)	138 (0,22)	9 (0,15)	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	459 (0,25)
Cáncer de cérvix invasivo	69 (0,06)	125 (0,19)	3 (0,05)	0 (0,00)	7 (0,96)	0 (0,00)	204 (0,11)
Septicemia por <i>salmonella</i>	80 (0,07)	56 (0,09)	6 (0,10)	0 (0,00)	5 (0,69)	0 (0,00)	147 (0,08)
<i>Coccidioidomycosis</i> diseminada o extrapulmonar	56 (0,05)	27 (0,04)	3 (0,05)	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	87 (0,05)
Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes	8 (0,01)	10 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (0,01)
Estadio clínico actual¹							
Estadio 0	2 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,00)
Estadio 1	18.364 (15,99)	6.833 (10,65)	858 (14,09)	14 (13,08)	62 (8,52)	14 (25,45)	26.145 (14,06)
Estadio 2	39.953 (34,79)	18.106 (28,23)	1.866 (30,64)	30 (28,04)	122 (16,76)	13 (23,64)	60.090 (32,31)
Estadio 3	55.576 (48,39)	38.340 (59,78)	3.303 (54,24)	61 (57,01)	445 (61,13)	20 (36,36)	97.745 (52,56)
Por establecer	948 (0,83)	852 (1,33)	63 (1,03)	2 (1,87)	99 (13,60)	8 (14,55)	1.972 (1,06)
Total	114.843 (100,00)	64.131 (100,00)	6.090 (100,00)	107 (100,00)	728 (100,00)	55 (100,00)	185.954 (100,00)

¹ Estadios clínicos de acuerdo a la CDC, referencia: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm>

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 (85,48%) y el conteo de linfocitos T CD4+, seguidas por la medición de la creatinina sérica (84,14%). No obstante, en comparación con el periodo anterior, se observa una disminución de aproximadamente un 5% en la realización de todos los laboratorios clínicos. La **tabla 14** muestra el porcentaje de los casos con resultados válidos para los principales análisis de laboratorio registrados, junto con sus respectivas medianas.

Situación del VIH en Colombia 2024

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.cuentadealtocosto.org

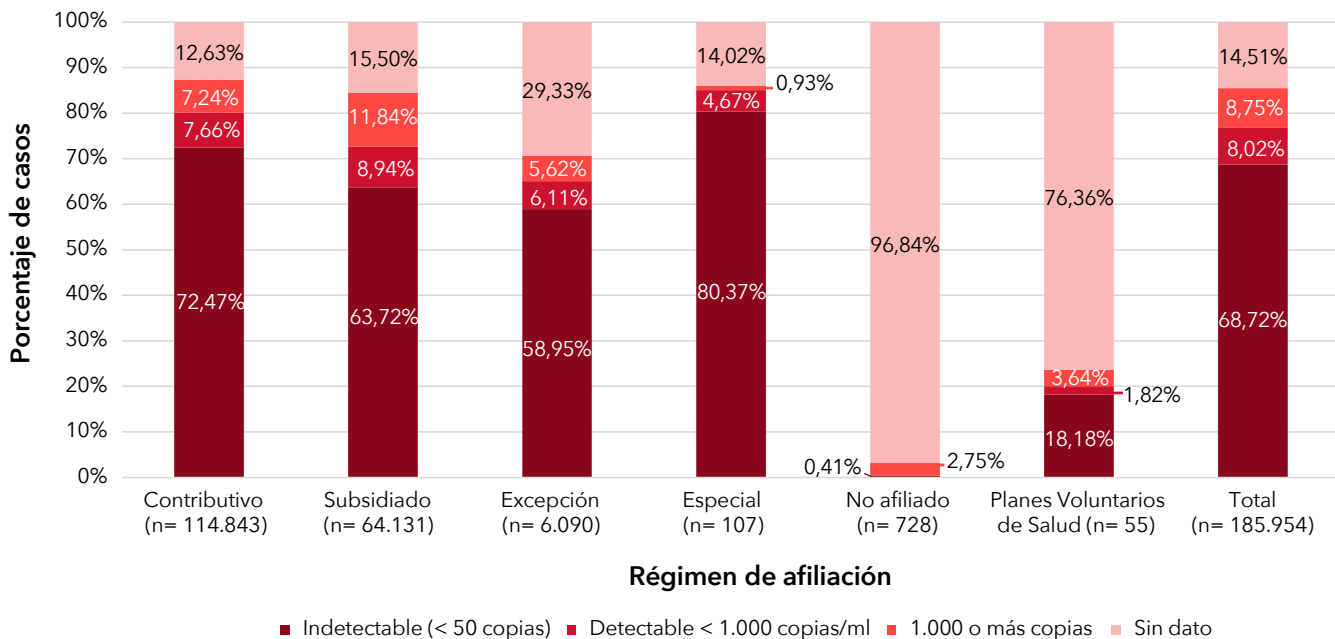
Tabla 14. Laboratorios clínicos en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024

Medida/laboratorio	Porcentaje de reporte	Mediana	RIC*
Carga viral (copias/ml)	85,48	0,00	0,00 - 27,00
Conteo linfocitos T CD4+ (CD4/ μ l ³)	85,04	542,00	356,00 - 757,00
Creatinina sérica (mg/dL)	84,14	0,90	0,80 - 1,00
Alanina aminotransferasa (UI/L)	83,71	24,00	18,00 - 36,00
Hemoglobina sérica (g/dL)	83,39	15,00	13,70 - 16,20
Triglicéridos (mg/dl)	82,75	133,00	94,00 - 191,50
Lipoproteína de baja densidad (mg/dL)	79,91	105,00	83,00 - 129,00
Glucemia sérica en ayuno (mg/dL)	79,60	90,00	84,00 - 96,00

* RIC: rango intercuartílico.

El 85,48% (n= 158.968) de los casos prevalentes reportados contaron con la realización de una prueba de CV. Sin embargo, el 95,84% de las personas no aseguradas carecían de la información sobre esta, siendo uno de los regímenes con la mayor ausencia de datos, seguido por los planes voluntarios, con un 76,36%. Por otro lado, el régimen especial registró la mayor proporción de los pacientes con CV indetectable (80,37%), seguido del régimen contributivo (72,47%) (figura 10).

Figura 10. 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 2024

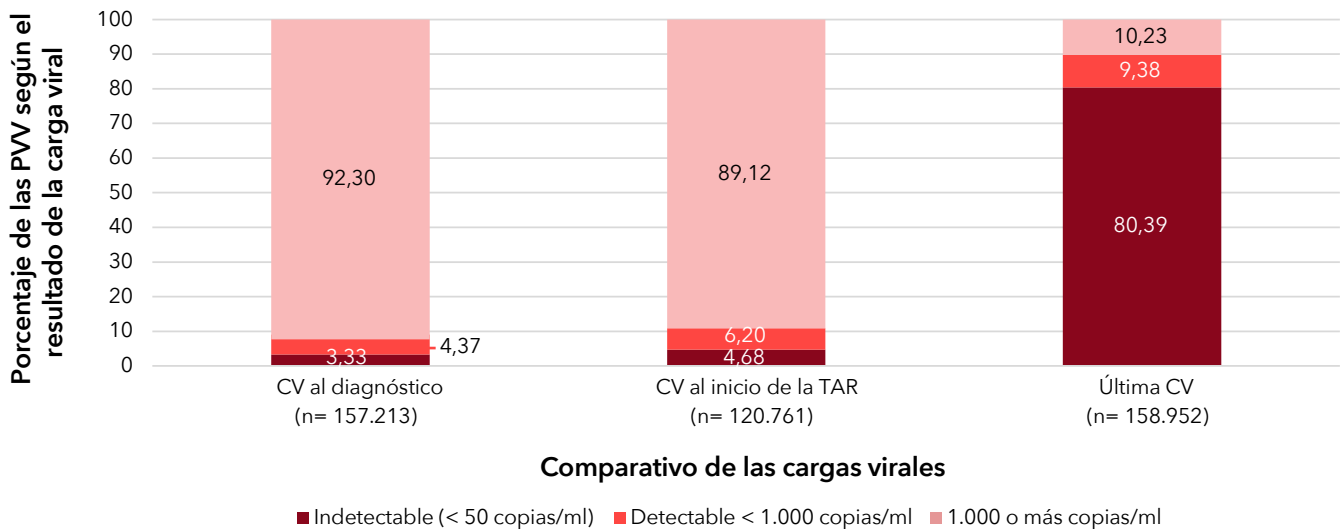


[Descargar figura](#)

La figura 11 muestra la comparación de las CV en tres momentos clave: al diagnóstico, al inicio de la terapia antirretroviral (TAR) y en el último reporte. En total, 89.251 personas contaron con las mediciones de CV en los tres momentos, lo que representa un incremento del 7% en comparación con el periodo anterior (n= 83.309). Así mismo, se observó que la última reportada fue indetectable en el 80,39 % de las personas prevalentes que viven con el VIH.



Figura 11. Comparación de la carga viral: diagnóstico, inicio de TAR y último reporte, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

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

La **tabla 15** presenta la frecuencia de la formulación de la profilaxis para las enfermedades infecciosas. Según la GPC de 2021, el trimetoprim no se recomienda como profilaxis para *Mycobacterium avium complex* (MAC), sino que se prescribe a las personas con tuberculosis para prevenir las complicaciones por *Pneumocystis jirovecii*. No obstante, este medicamento fue reportado en el 43,56% (n= 886) de los casos como profilaxis para MAC.

De manera similar, el uso de los macrólidos no está indicado como profilaxis para MAC, a menos que se prevea un retraso en el inicio de la TAR debido a otras infecciones, como la TB o la criptococosis meníngea. Sin embargo, se observó que el 6,24% de los casos recibió profilaxis con azitromicina, un valor elevado teniendo en cuenta sus indicaciones.

Por otro lado, la profilaxis con fluconazol o itraconazol para *Cryptococcus neoformans* se recomienda en aquellas personas con un recuento de CD4 < 100 células/mm³ que presenten antígeno de criptococo en suero. Sin embargo, dado que esta prueba no se encuentra entre las variables reportadas a la CAC, no es posible confirmar si se está cumpliendo lo establecido en la GPC.

Tabla 15. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024

Profilaxis	Casos con profilaxis	%
<i>Mycobacterium avium complex</i>		
No recibió profilaxis	807	39,68
Está recibiendo trimetoprim sulfa	568	27,93
Recibió trimetoprim sulfa	318	15,63
Está recibiendo azitromicina	201	9,88
Recibió azitromicina	127	6,24
Recibió claritromicina	11	0,54
Está recibiendo claritromicina	2	0,10
Total de casos con conteo linfocitos menor a 50 células/mm ³	2.034	100,00
<i>Cryptococcus neoformans</i>		
No recibió profilaxis	2.015	42,28

Situación del VIH en Colombia 2024

Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.cuarentadealtocosto.org

Tabla 15. Profilaxis de las enfermedades en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024 (continuación)

Profilaxis	Casos con profilaxis	%
Está recibiendo fluconazol	1.351	28,35
Recibió fluconazol	1.305	27,38
Está recibiendo itraconazol	59	1,24
Recibió itraconazol	35	0,73
Sin dato	1	0,02
Total de casos con conteo linfocitos menor a 100 células/mm³	4.766	100,00
<i>Pneumocystis jirovecii</i>		
Está recibiendo trimetoprim sulfá	8.846	62,13
Recibió trimetoprim sulfá	3.098	21,76
No recibió profilaxis	1.994	14,01
No recibió, tiene recuperación inmunológica lenta y CV indetectable	120	0,84
Está recibiendo dapsona	102	0,72
Recibió dapsona	45	0,32
Recibió clindamicina/primaquina	20	0,14
Está recibiendo clindamicina/primaquina	11	0,08
Sin dato	1	0,01
Total de casos con conteo linfocitos menor a 200 células/mm³	14.237	100,00

2.2.3. Tamización en las personas prevalentes viviendo con el VIH

El 21,52% (n= 40.017) de las personas viviendo con el VIH que se sometieron a la tamización para sífilis presentaron prueba no treponémica positiva. Sin embargo, solo el 5,31% (n= 9.873) recibió el tratamiento completo para esta infección. El 82,27% tuvo prueba para TB activa y el 2,61% fue positivo. Mientras que la realización de PPD o equivalentes se realizó en el 51,37% de los casos. Además, no se realizó pesquisa para hepatitis B ni C en el 20,77% y 19,49% de las personas, respectivamente.

Tabla 16. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas que viven con el VIH, Colombia 2024

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Tuberculosis activa		
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue positivo	4.858	2,61
Se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta y fue negativo	148.127	79,66
No se realizó tamizaje clínico porque tiene TB activa al momento del corte	2.232	1,20
No se realizó tamizaje clínico para TB en la última consulta	30.712	16,52
Sin dato	25	0,01
PPD o equivalentes para la identificación de tuberculosis latente		
Sí se realizó y fue positiva	3.577	1,92
Sí se realizó y fue negativa	91.955	49,45
No se realizó porque tiene un resultado anterior de PPD positivo	10.675	5,74
No se realizó porque tiene o tuvo tuberculosis activa	8.954	4,82
No se realizó por inmunosupresión severa	2.307	1,24
No se realizó la prueba	68.460	36,82
Sin dato	26	0,01
Recibió tratamiento para tuberculosis latente		
Sí recibió tratamiento con isoniazida	1.635	0,88
No se realizó prueba para TB latente	77.844	41,87



Tabla 16. Tamización y tratamiento de las enfermedades en las personas que viven con el VIH, Colombia 2024 (continuación)

Tamizaje y tratamiento de enfermedades	n	%
Recibió tratamiento con rifapentina e isoniazida	132	0,07
Está recibiendo tratamiento con isoniazida	1.024	0,55
Está recibiendo tratamiento con rifapentina e isoniazida	77	0,04
No recibió por tener tuberculosis activa	2.034	1,09
No recibió porque ya fue tratado para TB latente	6.695	3,60
No recibió porque fue descartada la infección latente	91.191	49,05
No recibió por otras razones	5.300	2,85
Sin dato	22	0,01
Sífilis		
Sí se realizó y fue positivo	40.017	21,52
Sí se realizó y fue negativo	117.138	62,99
No se realizó porque está en tratamiento para sífilis	317	0,17
No se realizó la prueba	28.453	15,30
Sin dato	29	0,02
Recibió tratamiento para sífilis		
Recibió tratamiento completo	9.873	5,31
Está recibiendo tratamiento	11.569	6,22
No recibió tratamiento	8.495	4,57
No aplica, tamizaje de sífilis negativo	113.248	60,90
No recibió porque no se realizó la prueba	28.312	15,23
No aplica, persona con cicatriz serológica que ya recibió tratamiento	14.428	7,76
Sin dato	29	0,02
VPH anal		
Sí se realizó y fue positivo	4.334	2,33
No tiene sexo anal	21.710	11,67
Sí se realizó y fue negativo	27.841	14,97
No se realizó porque tiene diagnóstico confirmado de VPH	859	0,46
No se realizó	128.793	69,26
Sí se realizó, pero la muestra no fue satisfactoria	2.392	1,29
Sin dato	25	0,01
Hepatitis B		
Sí se realizó y fue positivo	3.102	1,67
Sí se realizó y fue negativo	109.653	58,97
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis B	1.635	0,88
No se realizó por tener títulos de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de la hepatitis B	25.705	13,82
No se realizó	38.614	20,77
Sin dato	7.245	3,90
Hepatitis C		
Sí se realizó y fue positivo	2.475	1,33
Sí se realizó y fue negativo	145.302	78,14
No se realizó porque ya tiene diagnóstico confirmado de hepatitis C	820	0,44
No se realizó	36.240	19,49
Sin dato	1.117	0,60

Situación del VIH en Colombia 2024

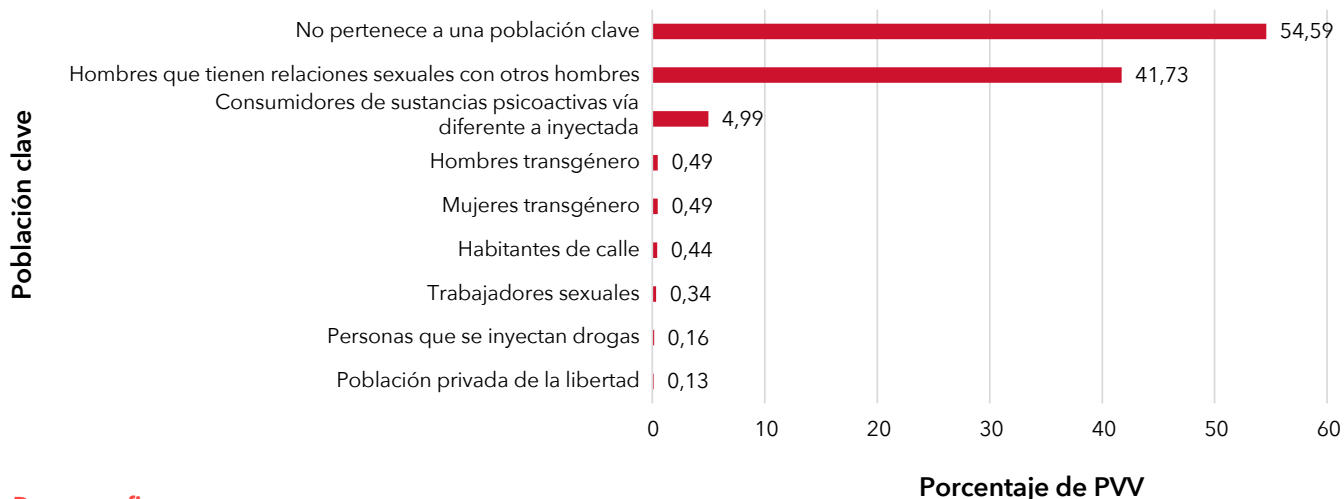
Caracterización de las personas prevalentes que viven con el VIH

www.cuirtadecolombia.org

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

De acuerdo con la población clave, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) continúan siendo los más frecuentes (41,73%; n= 77.593), seguidos de los consumidores de sustancias psicoactivas no inyectables (4,99%; n= 9.276). En la **figura 12** se muestra la distribución en los grupos de interés.

Figura 12. Población clave que vive con el VIH entre los casos prevalentes, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

En las personas identificadas como parte de alguna población clave, la mediana de la edad fue de 32 años (RIC: 27 - 40) en el grupo de los consumidores de sustancias psicoactivas por vías distintas a la inyectada, y de 32 años (RIC: 27 - 41) en las mujeres transgénero. La mayor concentración de los grupos clave se registró en el régimen subsidiado y en la región Central.

Los hombres transgénero presentaron la menor proporción de uso de TAR. Por otro lado, las personas que se inyectan drogas y los habitantes de calle fueron quienes tuvieron la mayor proporción de CV \geq 1.000 copias/ml (**tabla 17**).

Tabla 17. Principales características en la población clave que vive con el VIH, Colombia 2024

Características	Tipo de población clave ²							
	Personas trabajadoras sexuales n (%)	Mujeres transgénero n (%)	Hombres transgénero n (%)	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres n (%)	Consumidores de sustancias psicoactivas por vía diferente a la inyectada n (%)	Personas que se inyectan drogas n (%)	Habitantes de calle n (%)	Población privada de la libertad n (%)
Edad actual (años)¹	34 (27 - 44)	32 (27 - 41)	35 (29 - 43)	34 (28 - 43)	32 (27 - 40)	32 (28 - 39)	38 (31 - 48)	37 (32 - 44)
Régimen								
Contributivo	96 (14,98)	236 (26,05)	464 (50,60)	59.337 (76,47)	4.857 (52,36)	113 (38,44)	112 (13,66)	68 (28,94)
Subsidiado	512 (79,88)	646 (71,30)	411 (44,82)	15.771 (20,33)	4.288 (46,23)	180 (61,22)	699 (85,24)	158 (67,23)
Excepción	0 (0,00)	3 (0,33)	35 (3,82)	2.163 (2,79)	77 (0,83)	1 (0,34)	0 (0,00)	9 (3,83)
Especial	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	47 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Voluntarios	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)	15 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No afiliado	33 (5,15)	21 (2,32)	6 (0,65)	260 (0,34)	54 (0,58)	0 (0,00)	9 (1,10)	0 (0,00)
Región de residencia								
Amazonía-Orinoquía	15 (2,34)	8 (0,88)	17 (1,85)	666 (0,86)	90 (0,97)		18 (2,20)	5 (2,13)
Bogotá, D. C.	34 (5,30)	174 (19,21)	246 (26,83)	26.462 (34,10)	1.417 (15,28)	20 (6,80)	125 (15,24)	41 (17,45)



Tabla 17. Principales características en la población clave que vive con el VIH, Colombia 2024 (continuación)

Características	Tipo de población clave ²							
	Personas trabajadoras sexuales n (%)	Mujeres transgénero n (%)	Hombres transgénero n (%)	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres n (%)	Consumidores de sustancias psicoactivas por vía diferente a la inyectada n (%)	Personas que se inyectan drogas n (%)	Habitantes de calle n (%)	Población privada de la libertad n (%)
Caribe	62 (9,67)	71 (7,84)	138 (15,05)	8.048 (10,37)	1.244 (13,41)	30 (10,20)	89 (10,85)	49 (20,85)
Central	366 (57,10)	338 (37,31)	291 (31,73)	25.261 (32,56)	4.362 (47,02)	142 (48,30)	328 (40,00)	70 (29,79)
Oriental	36 (5,62)	97 (10,71)	52 (5,67)	7.103 (9,15)	449 (4,84)	24 (8,16)	76 (9,27)	28 (11,91)
Pacífica	128 (19,97)	218 (24,06)	173 (18,87)	10.053 (12,96)	1.714 (18,48)	78 (26,53)	184 (22,44)	42 (17,87)
Uso de TAR (sí)	475 (74,10)	684 (75,50)	256 (27,92)	64.095 (82,60)	7.016 (75,64)	182 (61,90)	490 (59,76)	110 (46,81)
Estadio clínico actual³								
Estadio 0	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,00)	2 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Estadio 1	89 (13,88)	135 (14,90)	122 (13,30)	13.045 (16,81)	1.684 (18,15)	49 (16,67)	82 (10,00)	24 (10,21)
Estadio 2	193 (30,11)	309 (34,11)	223 (24,32)	31.329 (40,38)	3.264 (35,19)	100 (34,01)	178 (21,71)	72 (30,64)
Estadio 3	339 (52,89)	455 (50,22)	232 (25,30)	33.029 (42,57)	4.248 (45,80)	143 (48,64)	532 (64,88)	133 (56,60)
Por establecer	20 (3,12)	7 (0,77)	340 (37,08)	188 (0,24)	78 (0,84)	2 (0,68)	28 (3,41)	6 (2,55)
Carga viral actual								
Menor de 50 copias	365 (56,94)	558 (61,59)	197 (21,48)	55.934 (72,09)	5.348 (57,65)	138 (46,94)	337 (41,10)	90 (38,30)
De 50 a < 1.000 copias	47 (7,33)	67 (7,40)	35 (3,82)	5.911 (7,62)	929 (10,02)	29 (9,86)	84 (10,24)	12 (5,11)
≥ 1.000 copias	94 (14,66)	117 (12,91)	53 (5,78)	5.985 (7,71)	1.431 (15,43)	53 (18,03)	177 (21,59)	23 (9,79)
Sin dato	135 (21,06)	164 (18,10)	632 (68,92)	9.763 (12,58)	1.568 (16,90)	74 (25,17)	222 (27,07)	110 (46,81)
Total	641 (100,00)	906 (100,00)	917 (100,00)	77.593 (100,00)	9.276 (100,00)	294 (100,00)	820 (100,00)	235 (100,00)

¹ Mediana (RIC).

² Población clave reportada por las EAPB.

³ Estadios clínicos de acuerdo a la CDC, referencia: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm>

3.

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

3.

RESUMEN infográfico

Morbilidad y mortalidad de las personas con diagnóstico de VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



La incidencia nacional estandarizada por la edad tuvo un

discreto descenso

respecto al periodo anterior, pasando de 28,04 a 26,90 por cada 100.000 habitantes.

En los hombres la **incidencia ajustada por la edad**

fue muy superior (45,19 por 100.000 habitantes) comparada con las mujeres (9,07 por 100.000 habitantes).



La tasa de incidencia estandarizada entre los regímenes contributivo y subsidiado fueron similares, siendo de 27,00 y 28,82 por 100.000 habitantes, respectivamente.



La prevalencia estandarizada incrementó discretamente respecto al periodo anterior pasando de 0,33 a 0,34 (IC 95% 0,34 - 0,34).



La región con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., (0,46 por cada 100 habitantes) y la más baja fue la Amazonía-Orinoquía (0,18 por cada 100 habitantes).



La mortalidad general estandarizada nacional, fue de 4,01 defunciones por 100.000 habitantes (IC 95%: 3,85 - 4,18) y fue mayor en los hombres con 6,56 defunciones por 100.000 habitantes.

La

tasa de letalidad

tuvo una disminución respecto al periodo anterior, pasando de

3,64 a 2,77 muertes

por 1.000 habitantes, siendo mayor en las mujeres (3,15 muertes por 1.000 habitantes)

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 18** se muestra la incidencia nacional cruda y la estandarizada por la edad. Hubo un discreto descenso respecto al periodo anterior pasando de 28,04 a 26,90 por cada 100.000 habitantes, siendo los más afectados por esta infección los hombres con una incidencia estandarizada de 45,19 (IC 95%: 44,39 - 46,01).

La región con la incidencia estandarizada más alta fue la Central (33,69 casos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 32,69 - 34,71), seguida por Bogotá, D. C., (31,15; IC 95%: 29,99 - 32,34). La más baja se estimó en la región Oriental. Además, los departamentos con la mayor incidencia ajustada por la edad fueron Quindío y Risaralda.

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

Tabla 18. Incidencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2024

Categoría		Incidencia (100.000 habitantes)				
		Casos nuevos	Población DANE	Cruda	Estandarizada	IC 95% ¹
Nacional		14.555	52.215.503	27,87	26,90	26,47 - 27,34
Sexo²	Hombre	12.054	25.486.014	47,30	45,19	44,39 - 46,01
	Mujer	2.501	26.729.489	9,36	9,07	8,72 - 9,44
Región³	Amazonía-Orinoquía	329	1.573.218	20,91	20,55	18,38 - 22,91
	Bogotá, D. C.	2.775	7.907.281	35,09	31,15	29,99 - 32,34
	Caribe	3.125	11.914.229	26,23	26,20	25,29 - 27,13
	Central	4.313	12.401.914	34,78	33,69	32,69 - 34,71
	Oriental	1.771	9.928.079	17,84	17,36	16,56 - 18,19
	Pacífica	2.242	8.490.782	26,41	26,18	25,10 - 27,28

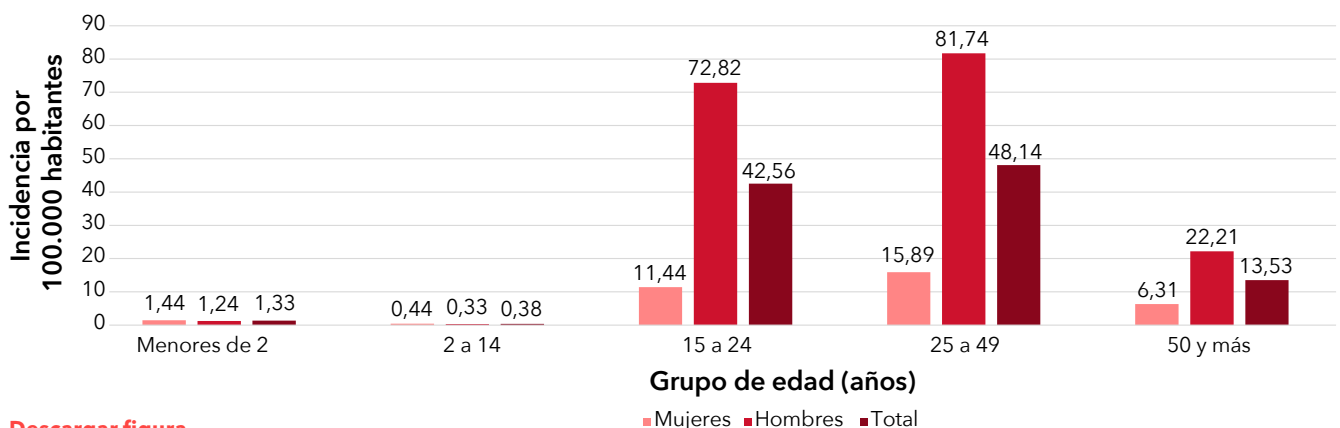
¹ Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

² Ajuste por población proyectada para 2023 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe.

³ Ajuste por población proyectada por el DANE 2024 por quinquenios de edad.

En los rangos de edad analizados, la mayor frecuencia de los casos incidentes se registra 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 81,74 y 72,82 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. La **figura 13** muestra la incidencia por el sexo y el grupo de edad.

Figura 13. Incidencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2024



[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 contributivo presenta la mayor incidencia estandarizada por la edad, con 27,00 casos nuevos por cada 100.000 afiliados, seguido por los regímenes subsidiado y especial (**tabla 17**).



Las desagregaciones 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 19. Incidencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población BDUA	Cruda	Estandarizada	IC 95% ¹
Contributivo	8.398	28.434.583	29,53	27,00	26,42 - 27,59
Subsidiado	5.786	20.628.784	28,05	28,82	28,08 - 29,58
Excepcion	323	2.087.423	15,47	16,10	14,31 - 18,04
No afiliado	40	SD ²	**	**	**
Especial	5	40.758	12,27	22,31	2,37 - 72,94
Voluntarios	3	SD ²	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA con corte al 31 de julio de 2024. Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

² SD: sin dato. ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la incidencia.

3.2. Prevalencia del VIH

Durante el año 2024 se registraron 185.954 casos prevalentes en la CAC. No obstante, mediante el cruce de estos registros con el periodo anterior se identificaron (1.919) personas que no fueron informadas en este periodo. Estos casos se tomaron en cuenta únicamente para la prevalencia de este capítulo (n= 187.873). Por esta razón, el número de casos aquí presentados a través de las diferentes desagregaciones puede diferir del capítulo 2.

3.2.1. Prevalencia del VIH según el sexo y la edad

La prevalencia estandarizada incrementó discretamente respecto al periodo anterior pasando de 0,33 a 0,34 y fue mayor en los hombres que en las mujeres (**tabla 20**). La región con la estimación más alta fue Bogotá, D. C., (0,46 por cada 100 habitantes) y la más baja fue la Amazonía-Orinoquía (0,18 por cada 100 habitantes). Por otro lado, las entidades territoriales con las mayores prevalencias fueron Quindío, Risaralda y Valle del Cauca.



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

Tabla 20. Prevalencia cruda y estandarizada del VIH por la edad, Colombia 2024

Categoría	Prevalencia (100 habitantes)				
	Casos PVV	Población DANE	Cruda	Estandarizada	IC 95% ¹
Nacional²	187.873	52.215.503	0,36	0,34	0,34 - 0,34
Sexo²					
Hombre	147.921	25.486.014	0,58	0,56	0,55 - 0,56
Mujer	39.952	26.729.489	0,15	0,14	0,14 - 0,14
Región³					
Amazonía-Orinoquía	2.801	1.573.218	0,18	0,18	0,17 - 0,19
Bogotá, D. C.	42.137	7.907.281	0,53	0,46	0,46 - 0,46
Caribe	37.079	11.914.229	0,31	0,31	0,31 - 0,32
Central	54.016	12.401.914	0,44	0,41	0,41 - 0,41
Oriental	23.065	9.928.079	0,23	0,22	0,22 - 0,22
Pacífica	28.775	8.490.782	0,34	0,33	0,33 - 0,33

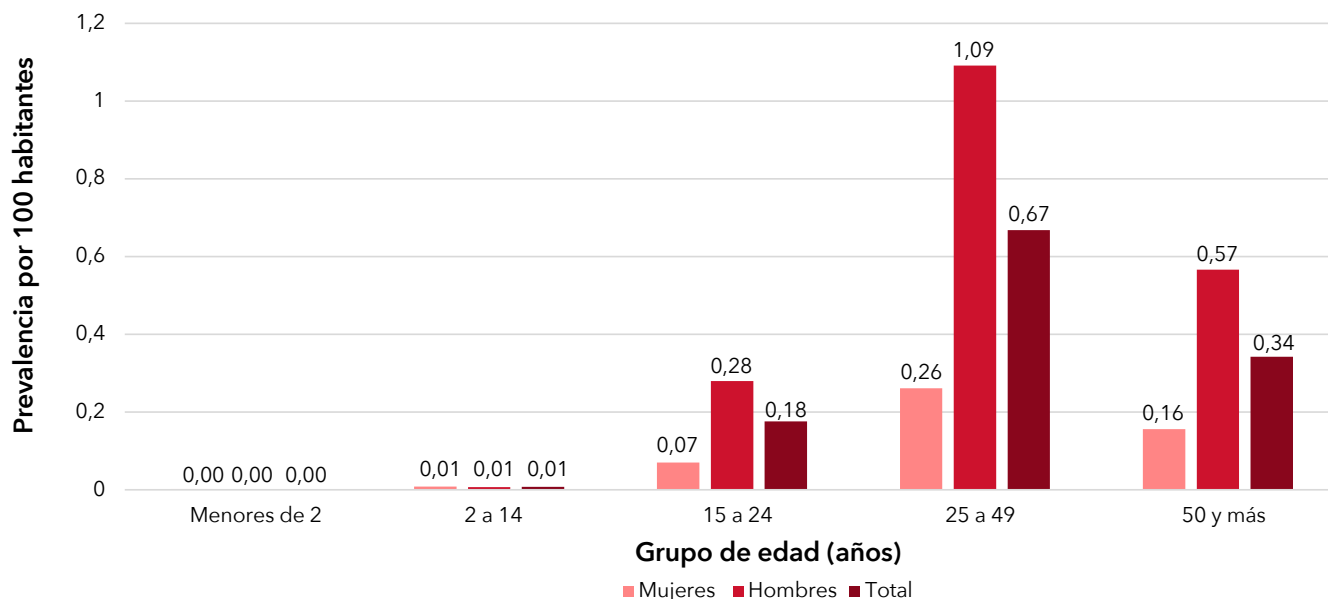
¹ Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

² Ajuste por población proyectada para 2023 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe.

³ Ajuste por población proyectada por el DANE 2024 por quinquenios de edad.

En la **figura 14** se muestra la prevalencia cruda y estandarizada por la edad. La mayor frecuencia de los casos prevalentes se registra 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 1,09 y 0,57 por cada 100 habitantes, respectivamente.

Figura 14. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

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

Según la población afiliada al SGSSS, la prevalencia estandarizada por la edad más alta la tiene el régimen contributivo, manteniéndose igual al periodo anterior, en 0,35 por cada 100 afiliados (**tabla 21**). Las entidades con las prevalencias estandarizadas más altas fueron la RES006, la EAS027 y la EAS016.



La desagregación de la prevalencia 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 21. Prevalencia del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Prevalencia (100 afiliados)				
	Casos PVV	Población BDUA	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ¹
Contributivo	114.843	28.434.583	0,40	0,35	0,35 - 0,36
Subsidiado	64.131	20.628.784	0,31	0,32	0,32 - 0,32
Excepción	6.090	2.087.423	0,29	0,28	0,28 - 0,29
Entidades liquidadas	1.919	S/D	**	**	**
No afiliado	728	S/D	**	**	**
Especial	107	40.758	0,26	0,30	0,21 - 0,42
Voluntarios	55	S/D ²	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA con corte al 31 de julio de 2023. Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

² S/D: sin dato. ** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la prevalencia.

3.3. Mortalidad general y letalidad

Durante el periodo 2024 se presentaron 2.205 muertes por todas las causas en las personas con diagnóstico de VIH.

3.3.1. Mortalidad y letalidad del VIH según el sexo y la edad, Colombia 2023

La mortalidad estandarizada evidenció una leve disminución pasado de 4,08 a 4,01 defunciones por 100.000 habitantes (IC 95%: 3,85 - 4,18). El mayor número de muertes se presentó en los hombres (n= 1.753). En cuanto a las regiones, la mayor mortalidad estandarizada por la edad se identificó en la región Pacífica, seguida por la Central y la Caribe. Los departamentos en los que hubo una mayor mortalidad estandarizada fueron Quindío, Risaralda y el Valle del Cauca.



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

Tabla 22. Mortalidad cruda y estandarizada por todas las causas, Colombia 2024

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos de muerte	Población DANE	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ¹
Nacional²	2.247	52.215.503	4,30	4,01	3,85 - 4,18
Sexo²					
Hombre	1.753	25.486.014	6,88	6,56	6,26 - 6,88
Mujer	494	26.729.489	1,85	1,71	1,57 - 1,87
Región³					
Amazonía-Orinoquía	38	1.573.218	2,42	2,60	1,83 - 3,57
Bogotá, D. C.	304	7.907.281	3,84	3,29	2,93 - 3,69
Caribe	545	11.914.229	4,57	4,62	4,24 - 5,03
Central	645	12.401.914	5,20	4,68	4,33 - 5,06
Oriental	294	9.928.079	2,96	2,74	2,43 - 3,07
Pacífica	421	8.490.782	4,96	4,69	4,25 - 5,17

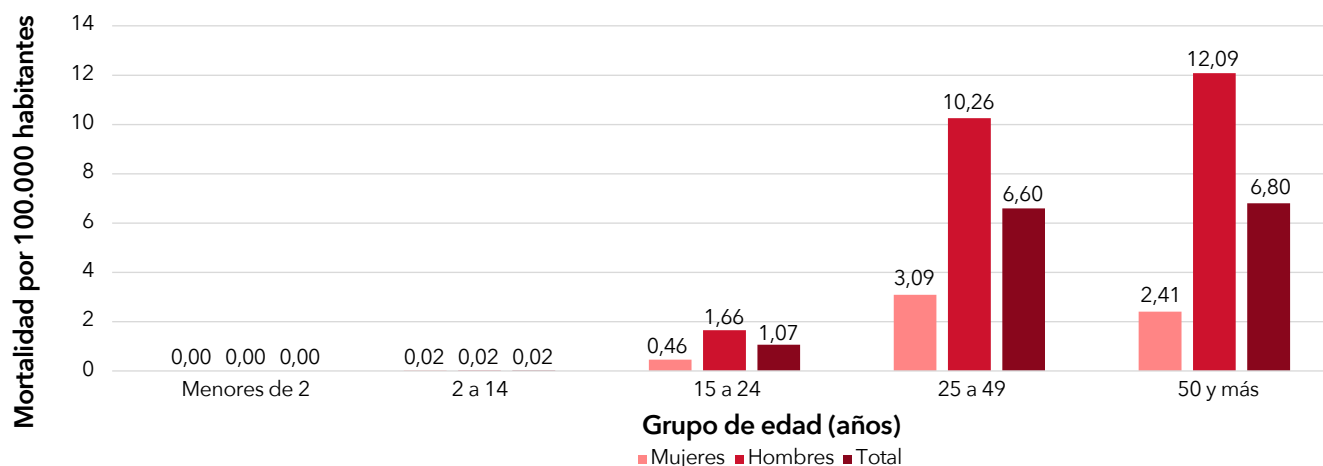
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad e intervalo de confianza al 95%.

² Ajuste por población proyectada para 2023 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe.

³ Ajuste por población proyectada por el DANE 2023 por quinquenios de edad.

Al analizar los grupos etarios de interés, se observó que la mayor frecuencia de los casos fallecidos se identificó en los grupos de edad entre 25 a 49 años y 50 años y más, presentando valores de mortalidad cruda similares a la cifra nacional. En la **figura 15** se presenta la mortalidad por el sexo y por el grupo de edad.

Figura 15. Mortalidad por todas las causas en las personas con VIH según el sexo y la edad, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

En la **tabla 23** se muestra la mortalidad por los quinquenios y por el sexo. En las mujeres, el grupo de edad con el mayor número de casos fue el de 35 a 39 años (n= 72), mientras que en los hombres fue 40 a 44 años (n= 219). En cuanto a la tasa de letalidad tuvo una disminución respecto al periodo anterior, pasando de 3,64 a 2,77 muertes por 1.000 habitantes y siendo mayor en las mujeres con 3,15 muertes por 1.000 habitantes comparada con los hombres.

Tabla 23. Distribución de la mortalidad y la letalidad en el VIH según los grupos de edad y el sexo, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Población DANE			Personas viviendo con el VIH			Casos de muerte en PVV			Mortalidad (100.000 habitantes)			Casos de muerte por el VIH			Letalidad (1.000 PVV) ¹		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
0 - 4	1.891.624	1.810.391	3.702.015	70	76	146	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5 - 9	2.017.976	1.932.179	3.950.155	142	150	292	1	0	1	0,05	0,00	0,03	0	0	0	0,00	0,00	0,00
10 - 14	2.025.456	1.940.614	3.966.070	163	206	369	0	1	1	0,00	0,05	0,03	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15 - 19	2.056.003	1.980.057	4.036.060	1.292	626	1.918	9	4	13	0,44	0,20	0,32	3	2	5	2,32	3,19	2,61
20 - 24	2.169.281	2.129.649	4.298.930	10.522	2.256	12.778	61	15	76	2,81	0,70	1,77	17	2	19	1,62	0,89	1,49
25 - 29	2.228.266	2.224.967	4.453.233	23.361	4.008	27.369	163	29	192	7,32	1,30	4,31	34	9	43	1,46	2,25	1,57
30 - 34	2.071.371	2.109.642	4.181.013	27.617	5.024	32.641	211	69	280	10,19	3,27	6,70	54	21	75	1,96	4,18	2,30
35 - 39	1.860.932	1.939.960	3.800.892	21.703	5.661	27.364	212	72	284	11,39	3,71	7,47	67	23	90	3,09	4,06	3,29
40 - 44	1.699.661	1.821.735	3.521.396	16.328	5.869	22.197	219	64	283	12,88	3,51	8,04	55	14	69	3,37	2,39	3,11
45 - 49	1.458.858	1.614.179	3.073.037	12.708	4.795	17.503	151	66	217	10,35	4,09	7,06	41	16	57	3,23	3,34	3,26
50 - 54	1.345.231	1.530.889	2.876.120	11.049	3.875	14.924	159	48	207	11,82	3,14	7,20	33	11	44	2,99	2,84	2,95
55 - 59	1.269.098	1.476.813	2.745.911	9.566	3.026	12.592	150	47	197	11,82	3,18	7,17	24	13	37	2,51	4,30	2,94
60 - 64	1.086.870	1.293.159	2.380.029	6.555	2.131	8.686	131	30	161	12,05	2,32	6,76	29	5	34	4,42	2,35	3,91
65 - 69	842.588	1.024.443	1.867.031	3.586	1.234	4.820	96	28	124	11,39	2,73	6,64	14	7	21	3,90	5,67	4,36
70 - 74	608.342	757.600	1.365.942	1.944	651	2.595	91	16	107	14,96	2,11	7,83	13	2	15	6,69	3,07	5,78
75 - 79	403.472	521.351	924.823	867	254	1.121	52	1	53	12,89	0,19	5,73	5	1	6	5,77	3,94	5,35
80 y más	450.985	621.861	1.072.846	449	111	560	47	4	51	10,42	0,64	4,75	5	0	5	11,14	0,00	8,93
Total	25.486.014	26.729.489	52.215.503	147.922	39.953	187.875	1.753	494	2.247	6,88	1,85	4,30	394	126	520	2,66	3,15	2,77

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

M: mujer; H: hombre; PVV: personas que viven con el VIH.



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

El régimen subsidiado continúa presentando la mayor mortalidad estandarizada (6,15 fallecimientos por cada 100.00 habitantes), seguido por el contributivo, sin embargo, este disminuyó respecto al periodo anterior pasando de 3,19 a 2,70 (**tabla 24**). Las entidades con la mayor mortalidad ajustada fueron la EAS027, la EPSS40 y la EPSS34.



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 24. Mortalidad del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Mortalidad (100.000 afiliados)				
	Casos de muerte	Población BDUA	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ¹
Subsidiado	1.260	20.628.784	6,11	6,15	5,82 - 6,51
Contributivo	902	28.434.583	3,17	2,70	2,52 - 2,88
Entidades liquidadas	42	S/D ²	**	**	**
Excepción	40	2.087.423	1,92	1,68	1,17 - 2,34
No afiliado	3	S/D ²	**	**	**
Especial	0	40.758	0,00		0,00 - 0,00
Voluntarios	0	S/D ²	**	**	**

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia fue la BDUA con corte al 31 de julio de 2023. Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

² **S/D**: sin dato. ****** No se cuenta con el denominador, por tanto, no es posible calcular la prevalencia.

4.

Tratamiento antirretroviral



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

4.

RESUMEN infográfico

Terapia antirretroviral

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



El **80,74%** de las PVV prevalentes recibieron TAR, lo que corresponde a una disminución del 3,29% con respecto al periodo anterior.

De las PVV prevalentes que reciben TAR, el **80,62%** tenía una CV menor a 50 copias/ml y el **89,42%**, menor a 1.000 copias/ml.



La región Caribe tuvo la mayor cobertura de TAR con un 84,44%.



Según el régimen, en el contributivo el 82,39% de los afiliados recibió TAR, seguido del subsidiado, con el 80,04%.



La cobertura de TAR en las PVV no afiliadas fue de 0,69%, y de estas el 20% 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 (2023: 90,05% y 2024: 91,86%), mientras que en el subsidiado disminuyó (2023: 86,86% y 2024: 85,25%).



El esquema más usado en las personas incidentes y prevalentes que recibieron TAR fue efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil, el 26,43% y 22,90% respectivamente.

Del total de las personas que presentaron alguna falla terapéutica, al **25,01%** se les realizó la **genotipificación para VIH.**

PVV: personas que viven con el VIH.

CV: carga viral.

TAR: terapia antirretroviral.

[Descargar infografía](#)

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 2023, se reduzca el número de adultos que contraerán 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 PVV 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 reducir la CV (25).

Durante 2024, fueron informados a la CAC 185.954 casos prevalentes de PVV. Este será el denominador sobre el que se realizarán los análisis de este capítulo, el cual excluye 1.919 casos recuperados de periodos anteriores que no tenían información de la gestión en el periodo.

En la **tabla 25** se observa que el 80,74% de las personas prevalentes recibieron TAR (segundo indicador 95 de ONUSIDA); lo que se traduce en una reducción del 3,29% con respecto al periodo anterior. En cuanto a la CV, el 89,42% de las personas con TAR lograron suprimirla a < 1.000 copias/ml (tercer indicador 95 de ONUSIDA); un 0,60% más que el 2023. Al comparar logros más estrictos de supresión de CV o indetectabilidad, también se puede notar un incremento del 1,46% para < 200/ml copias y del 3,78% para < 50/ml copias en 2024. Las variaciones fueron similares al evaluar los indicadores en hombres y mujeres.

En cuanto a la retención de la atención, el 86,96% de los casos que recibieron TAR tuvieron, además, atención por médico experto o infectólogo y seguimiento paraclínico semestral de linfocitos T CD4+ y CV; al comparar con el 2023, este valor incrementó en 2,32% y la tendencia fue similar al comparar por los niveles de CV y por el sexo (**tabla 25**). Como es de esperarse, la proporción de la supresión o indetectabilidad fue superior en las personas retenidas en la atención, que en aquellas que solamente reciben la TAR.

Tabla 25. Cobertura de la terapia antirretroviral, control virológico y retención en la atención de las personas que viven con el VIH, Colombia 2024

Medición ¹	2023				2024		
	Mujer	Hombre	Intersexual	Total	Mujer	Hombre	Total
	n (%)						
PVV reportadas	35.533 (21,48)	129.812 (78,48)	60 (0,04)	165.405 (100,00)	39.464 (21,22)	146.490 (78,78)	185.954 (100,00)
PVV que reciben TAR	29.686 (83,54)	108.361 (83,48)	50 (83,33)	138.097 (83,49)	31.767 (80,50)	118.369 (80,80)	150.136 (80,74)
PVV que reciben TAR con CV suprimida (< 50 copias)	22.629 (76,23)	84.597 (78,07)	45 (90,00)	107.271 (77,68)	24.907 (78,41)	96.135 (81,22)	121.042 (80,62)
PVV que reciben TAR con CV suprimida (< 200 copias)	24.669 (83,10)	92.974 (85,80)	47 (94,00)	117.690 (85,22)	26.652 (83,90)	103.150 (87,14)	129.802 (86,46)
PVV que reciben TAR con CV suprimida (< 1.000 copias)	25.926 (87,33)	96.779 (89,31)	47 (94,00)	122.752 (88,89)	27.832 (87,61)	106.419 (89,90)	134.251 (89,42)
PVV retenidas en la atención	25.822 (86,98)	91.505 (84,44)	42 (84,00)	117.369 (84,99)	27.945 (87,97)	102.613 (86,69)	130.558 (86,96)
PVV retenidas en la atención con CV suprimida (< 50 copias)	20.170 (78,11)	72.900 (79,67)	38 (90,48)	93.108 (79,33)	22.690 (81,20)	85.807 (83,62)	108.497 (83,10)
PVV retenidas en la atención con CV suprimida (< 200 copias)	21.987 (85,15)	80.291 (87,74)	40 (95,24)	102.318 (87,18)	24.218 (86,66)	91.863 (89,52)	116.081 (88,91)
PVV retenidas en la atención con CV suprimida (< 1.000 copias)	23.085 (89,40)	83.561 (91,32)	40 (95,24)	106.686 (90,90)	25.246 (90,34)	94.737 (92,32)	119.983 (91,90)

¹ Para calcular la CV suprimida se tuvo en cuenta el último conteo de CV del periodo 2024.

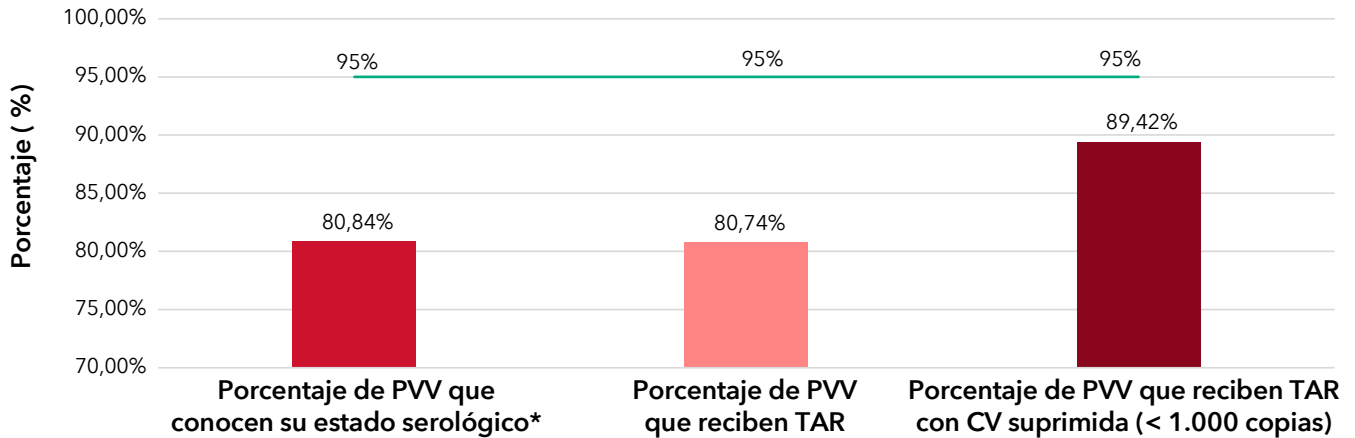
² Recibir atención en el periodo por médico experto o infectólogo, recibir la TAR, y realizar el seguimiento paraclínico semestral de linfocitos T CD4+ y carga viral.



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 de PVV. 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 (26). En las **figuras 16a y 16b** se muestra un comparativo del estado actual de los indicadores de progreso y cascada de la ONUSIDA, para el cálculo se tuvo en cuenta la proyección para el 2023 en la que se estimó que en Colombia 230.000 PVV (27). Además, es importante aclarar que el indicador del consenso (capítulo 7) es diferente operativamente comparado con el indicador de la cascada de atención de ONUSIDA. Se observó que el 80,84% de las personas conocen su estado serológico, el 80,74% de estos están en tratamiento y más del 89% tienen una CV suprimida.

Figura 16. Indicadores de progreso (ONUSIDA) en las medidas enfocadas a los objetivos 95-95-95 en el diagnóstico, tratamiento y supresión viral del VIH, Colombia 2024

Figura 16a. Progreso hacia los objetivos 95-95-95 de diagnóstico, tratamiento y supresión viral

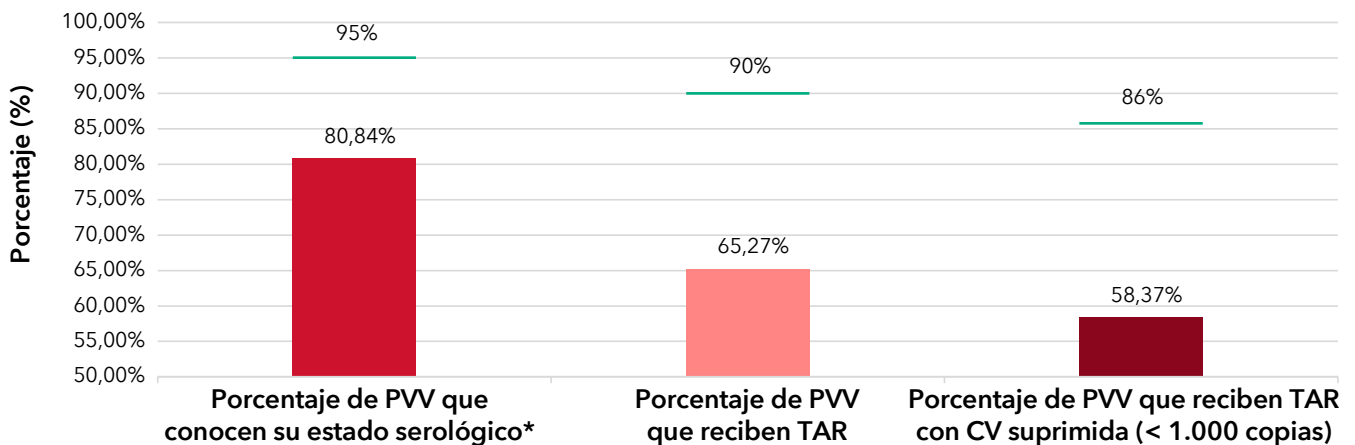


* El primer 95 se estima con la proyección de ONUSIDA de personas que deben vivir con el VIH en Colombia para el año 2023 (n= 230.000).

Fuente: https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_es.pdf

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

Figura 16b. Pruebas del VIH y cascada de tratamiento



* El primer 95 se estima con la proyección de ONUSIDA de personas que deben vivir con el VIH en Colombia para el año 2023 (n= 230.000).

Fuente: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_es.pdf

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

Descargar figura

En la **tabla 26** se observa que el 80,74% de las PVV recibieron TAR en el periodo y el 72,20% 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 26. Cobertura de la terapia antirretroviral y CV en cascada de las personas que viven con VIH según el sexo, Colombia 2024

Sexo	PVV prevalentes reportadas	PVV prevalentes reportadas con TAR	PVV prevalentes en TAR según la CV ¹		
			< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
n (%)					
Mujer	39.464	31.767 (80,50)	24.907 (63,11)	26.652 (67,53)	27.832 (70,53)
Hombre	146.490	118.369 (80,80)	96.135 (65,63)	103.150 (70,41)	106.419 (72,65)
Total	185.954	150.136 (80,74)	121.042 (65,09)	129.802 (69,80)	134.251 (72,20)

¹ Para calcular la CV suprimida se utilizó el último conteo de CV del periodo 2024.

La región Caribe tuvo la mayor proporción de PVV que recibieron TAR (84,44%), seguida de la Oriental (83,82%) y la Amazonía-Orinoquía (83,50%) y las 3 superaron el valor nacional (80,74%); sin embargo, fue en Bogotá, D. C., 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 (80,29% para < 1.000 copias/ml y 75,70% para < 200 copias/ml) e indetectabilidad (67,92%) en las PVV que recibieron TAR (**tabla 27**).

Tabla 27. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según la región, Colombia 2024

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	2.770	2.313 (83,50)	1.571 (67,92)	1.751 (75,70)	1.857 (80,29)
Bogotá, D. C.	41.925	32.981 (78,67)	28.045 (85,03)	29.554 (89,61)	30.233 (91,67)
Caribe	36.750	31.033 (84,44)	24.051 (77,50)	26.027 (83,87)	27.267 (87,86)
Central	53.395	42.782 (80,12)	34.772 (81,28)	37.375 (87,36)	38.569 (90,15)
Oriental	22.673	19.004 (83,82)	15.174 (79,85)	16.567 (87,18)	17.146 (90,22)
Pacífica	28.441	22.023 (77,43)	17.429 (79,14)	18.528 (84,13)	19.179 (87,09)
Total	185.954	150.136 (80,74)	121.042 (80,62)	129.802 (86,46)	134.251 (89,42)

Como se muestra en la **tabla 28**, el régimen contributivo fue el que tuvo la mayor cobertura de la TAR en sus afiliados con VIH (82,39%), seguido del subsidiado (80,04%) y el especial (72,90%). Con respecto al 2023, todos los regímenes disminuyeron esta proporción y la reducción fue más drástica en los no afiliados (94,89%), el especial (30,57%) y el de excepción (25,27%). De todas las personas que recibieron TAR, el contributivo y el voluntario tuvieron los mayores porcentajes, tanto de supresión como de indetectabilidad; y comparado con el periodo anterior, ambos regímenes incrementaron estas proporciones. Por su parte, en los no afiliados solo el 20% de quienes recibieron TAR logró la supresión de la carga viral; y al comparar entre el contributivo y el subsidiado, la brecha en la proporción de quienes alcanzaron < 1.000 copias/ml se duplicó y pasó de 3,19% en 2023 a 6,61% en 2024.



Tabla 28. Cobertura de la terapia antirretroviral y control virológico según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen de afiliación	PVV prevalentes n	PVV prevalentes que reciben TAR	Valor de la carga viral en las PVV prevalentes que reciben TAR		
			< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
		n (%)			
Contributivo	114.843	94.619 (82,39)	79.112 (83,61)	84.604 (89,42)	86.919 (91,86)
Subsidiado	64.131	51.328 (80,04)	38.684 (75,37)	41.752 (81,34)	43.759 (85,25)
Excepción	6.090	4.096 (67,26)	3.171 (77,42)	3.368 (82,23)	3.493 (85,28)
Especial	107	78 (72,90)	66 (84,62)	68 (87,18)	70 (89,74)
Voluntarios	55	10 (18,18)	8 (80,00)	9 (90,00)	9 (90,00)
No afiliado	728	5 (0,69)	1 (20,00)	1 (20,00)	1 (20,00)
Total	185.954	150.136 (80,74)	121.042 (80,62)	129.802 (86,46)	134.251 (89,42)

En las PVV incidentes, el principio activo que más se utilizó para la TAR fue la emtricitabina (81,76%), seguida del tenofovir disoproxil (77,93%) y el dolutegravir (38,53%). En la **tabla 29** se lista la frecuencia de uso de los medicamentos administrados a las PVV incidentes reportadas a la CAC.

Tabla 29. Medicamentos reportados en las personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2024

Medicamento	n (%)
Emtricitabina	10.358 (81,76)
Tenofovir disoproxil	9.873 (77,93)
Dolutegravir	4.881 (38,53)
Ritonavir	3.812 (30,09)
Efavirenz	3.494 (27,58)
Lamivudina	2.272 (17,93)
Atazanavir	2.236 (17,65)
Darunavir	1.457 (11,50)
Abacavir	1.226 (9,68)
Tenofovir alafenamida	489 (3,86)
Raltegravir	177 (1,40)
Cobicistat	110 (0,87)
Elvitegravir	107 (0,84)
Rilpivirina	103 (0,81)
Nevirapina	52 (0,41)
Zidovudina	43 (0,34)
Bictegravir	43 (0,34)
Lopinavir	2 (0,02)
Tenofovir	1 (0,01)
Doravirina	1 (0,01)

Por su parte, en las personas prevalentes los principios activos más usados fueron la emtricitabina (67,90%), seguida del tenofovir disoproxil (60,13%) y el ritonavir (34,50%). Comparado con el periodo anterior, se observó un leve incremento en la formulación de medicamentos como el dolutegravir, el darunavir y el tenofovir alafenamida, mientras que otros como el efavirenz y la lamivudina tuvieron una reducción discreta (**tabla 30**).

Tabla 30. Medicamentos reportados en las personas prevalentes que viven con el VIH, Colombia 2024

Medicamento	n (%)
Emtricitabina	101.941 (67,90)
Tenofovir disoproxil	90.278 (60,13)
Ritonavir	51.799 (34,50)
Efavirenz	45.449 (30,27)
Lamivudina	44.999 (29,97)
Dolutegravir	36.937 (24,60)
Abacavir	34.089 (22,71)
Atazanavir	29.084 (19,37)
Darunavir	20.758 (13,83)
Tenofovir alafenamida	11.938 (7,95)
Rilpivirina	5.122 (3,41)
Raltegravir	5.090 (3,39)
Nevirapina	3.990 (2,66)
Cobicistat	3.670 (2,44)
Elvitegravir	3.012 (2,01)
Zidovudina	2.563 (1,71)
Lopinavir	1.195 (0,80)
Bictegravir	691 (0,46)
Etravirina	459 (0,31)
Doravirina	130 (0,09)
Maraviroc	48 (0,03)
Tenofovir	16 (0,01)
Fosamprenavir	10 (0,01)
Indinavir	5 (0,00)
Islatravir	4 (0,00)
Didanosina	2 (0,00)
Enfuvirtida	1 (0,00)
Nelfinavir	1 (0,00)

En la **tabla 31** se observa que la combinación más frecuente de principios activos usados para la TAR de PVV incidentes fue el efavirenz con emtricitabina y tenofovir disoproxil (26,43%), seguido del dolutegravir, emtricitabina y tenofovir disoproxil (21,12%). A continuación, se presentan las estrategias terapéuticas informadas en el 97,91% de las PVV incidentes. En el 2,09% restante se usaron esquemas menos comunes.

Tabla 31. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV incidentes, Colombia 2024

Esquemas	n (%)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	3.348 (26,43)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	2.676 (21,12)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	2.093 (16,52)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.314 (10,37)
Dolutegravir, lamivudina	989 (7,81)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	937 (7,40)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	221 (1,74)
Emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	129 (1,02)



Tabla 31. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV incidentes, Colombia 2024 (continuación)

Esquemas	n (%)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	108 (0,85)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	102 (0,81)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	100 (0,79)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	68 (0,54)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	61 (0,48)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	51 (0,40)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	49 (0,39)
Bictegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	42 (0,33)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	41 (0,32)
Emtricitabina, nevirapina, tenofovir disoproxil	38 (0,30)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	37 (0,29)

En las PVV prevalentes, se informó el esquema de efavirenz, emtricitabina y tenofovir disoproxil en el 22,90% de quienes recibieron TAR, seguido de la combinación de atazanavir, emtricitabina, ritonavir y tenofovir disoproxil (13,45%). En la **tabla 32** se presentan los esquemas informados en el 94,48% de las personas en TAR, las demás, reportaron esquemas con baja frecuencia de uso.

Tabla 32. Esquemas de terapia antirretroviral reportados con mayor frecuencia en las PVV prevalentes, Colombia 2024

Esquemas	n (%)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	34.380 (22,90)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	20.189 (13,45)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	12.752 (8,49)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	11.996 (7,99)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	10.751 (7,16)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	9.473 (6,31)
Dolutegravir, lamivudina	7.803 (5,20)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	6.886 (4,59)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	3.263 (2,17)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	3.235 (2,15)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	2.576 (1,72)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	2.367 (1,58)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	2.233 (1,49)
Emtricitabina, nevirapina, tenofovir disoproxil	1.866 (1,24)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	1.848 (1,23)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	1.762 (1,17)
Emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.679 (1,12)
Abacavir, lamivudina, nevirapina	1.627 (1,08)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	828 (0,55)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	813 (0,54)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir alafenamida	797 (0,53)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	720 (0,48)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir alafenamida	689 (0,46)
Bictegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	669 (0,45)
Atazanavir, lamivudina, ritonavir, zidovudina	651 (0,43)

Al analizar a las personas que cuentan con CV en los últimos 6 meses y que llevaban 180 días o más en el esquema reportado a la fecha de corte (n= 103.162), se observó que todos lograron más del 90% de supresión viral y más del 80% en indetectabilidad, siendo emtricitabina, rilpivirina y tenofovir alafenamida, el de mayor indetectabilidad y dolutegravir y lamivudina, el de mayor supresión viral. En la **tabla 33** se presentan los esquemas informados en el 95,13% de las personas que permanecieron en la TAR actual por lo menos 6 meses, en el porcentaje restante, se usaron esquemas menos comunes.

Tabla 33. Control viral con los principales esquemas terapéuticos en las PVV que permanecieron por lo menos 180 días en el esquema de TAR actual, Colombia 2024

Principales esquemas	PVV con el esquema	CV	CV	CV
		< 50 copias/ml	< 200 copias/ml	< 1.000 copias/ml
n (%)				
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	25.938	23.803 (91,77)	24.747 (95,41)	25.119 (96,84)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	14.087	11.535 (81,88)	12.506 (88,78)	13.017 (92,40)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	7.591	7.051 (92,89)	7.282 (95,93)	7.383 (97,26)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	7.250	5.992 (82,65)	6.490 (89,52)	6.741 (92,98)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	7.076	5.986 (84,60)	6.462 (91,32)	6.657 (94,08)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	6.714	6.049 (90,10)	6.369 (94,86)	6.479 (96,50)
Abacavir, atazanavir, lamivudina, ritonavir	5.279	4.467 (84,62)	4.759 (90,15)	4.917 (93,14)
Dolutegravir, lamivudina	3.445	3.237 (93,96)	3.358 (97,47)	3.393 (98,49)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir alafenamida	2.389	2.296 (96,11)	2.340 (97,95)	2.360 (98,79)
Abacavir, darunavir, lamivudina, ritonavir	2.226	1.980 (88,95)	2.107 (94,65)	2.146 (96,41)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	1.908	1.655 (86,74)	1.741 (91,25)	1.780 (93,29)
Emtricitabina, nevirapina, tenofovir disoproxil	1.620	1.488 (91,85)	1.550 (95,68)	1.576 (97,28)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.496	1.387 (92,71)	1.432 (95,72)	1.449 (96,86)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	1.481	1.323 (89,33)	1.420 (95,88)	1.444 (97,50)
Abacavir, lamivudina, nevirapina	1.393	1.283 (92,10)	1.333 (95,69)	1.361 (97,70)
Emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	1.298	1.049 (80,82)	1.176 (90,60)	1.217 (93,76)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	1.269	1.070 (84,32)	1.161 (91,49)	1.199 (94,48)
Emtricitabina, rilpivirina, tenofovir disoproxil	1.196	1.127 (94,23)	1.158 (96,82)	1.170 (97,83)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	633	532 (84,04)	565 (89,26)	590 (93,21)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir alafenamida	541	506 (93,53)	520 (96,12)	530 (97,97)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir alafenamida	537	496 (92,36)	519 (96,65)	528 (98,32)
Atazanavir, lamivudina, ritonavir, zidovudina	536	449 (83,77)	491 (91,60)	502 (93,66)
Cobicistat, elvitegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	484	453 (93,60)	464 (95,87)	470 (97,11)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	459	407 (88,67)	439 (95,64)	449 (97,82)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	343	299 (87,17)	324 (94,46)	331 (96,50)

Con respecto al periodo anterior, se observó una reducción del 3,62% en la proporción de las personas que tuvieron falla terapéutica y el de excepción fue el régimen con el valor más alto (13,91%), seguido del subsidiado (11,64%). Del total de los afiliados, al 4,37% se le realizó la genotipificación, y entre los regímenes, los porcentajes más altos correspondieron al especial (6,54%) y al voluntario (5,45%) (**tabla 33**).

Por su parte, en quienes presentaron alguna falla terapéutica, se realizó la genotipificación al 25,01%, lo que representó un 1,87% más comparado con el 2023; y fueron los regímenes especial y subsidiado los que más la realizaron con 33,33% y 27,83%, respectivamente. En general, el 88,56% de las personas no tuvo falla terapéutica y el porcentaje de realización de genotipificación en este grupo fue menor al 3%, excepto en los regímenes especial (3,16%) y voluntario (5,56%).



Tabla 34. Falla terapéutica y genotipificación en las personas que viven con el VIH según el régimen de afiliación

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	3.098 (23,97)	9.828 (76,03)	12.926 (11,26)	1.496 (1,47)	100.421 (98,53)	101.917 (88,74)	4.594 (4,00)	110.249 (96,00)	114.843 (61,76)
Subsidiado	2.078 (27,83)	5.390 (72,17)	7.468 (11,64)	1.216 (2,15)	55.447 (97,85)	56.663 (88,36)	3.294 (5,14)	60.837 (94,86)	64.131 (34,49)
Excepción	135 (15,94)	712 (84,06)	847 (13,91)	98 (1,87)	5.145 (98,13)	5.243 (86,09)	233 (3,83)	5.857 (96,17)	6.090 (3,28)
Especial	4 (33,33)	8 (66,67)	12 (11,21)	3 (3,16)	92 (96,84)	95 (88,79)	7 (6,54)	100 (93,46)	107 (0,06)
Voluntarios	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (1,82)	3 (5,56)	51 (94,44)	54 (98,18)	3 (5,45)	52 (94,55)	55 (0,03)
No afiliado	3 (27,27)	8 (72,73)	11 (1,51)	1 (0,14)	716 (99,86)	717 (98,49)	4 (0,55)	724 (99,45)	728 (0,39)
Total	5.318 (25,01)	15.947 (74,99)	21.265 (11,44)	2.817 (1,71)	161.872 (98,29)	164.689 (88,56)	8.135 (4,37)	177.819 (95,63)	185.954 (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 PVV que reciben TAR actualmente, el 51,96% (n= 78.013) informaron algún cambio de su esquema inicial. De estas, la causa fue intolerancia o efectos secundarios en el 57,12% (n= 44.561), falla terapéutica, virológica, clínica o inmunológica en el 11,60% (n= 9.050), interacciones medicamentosas en el 3,44% (n= 2.687) y en el 13,01% (n= 10.152) el cambio de esquema se realizó para facilitar la adherencia al mismo. El porcentaje restante estuvo relacionado con razones administrativas o causa desconocida.

5.

Transmisión materno-infantil del VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

5.

RESUMEN infográfico

Transmisión materno - infantil del VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



Se informaron **536.495 mujeres gestantes,** lo que corresponde a un incremento del 0,57% en comparación con el periodo anterior.

La tamización del VIH se le realizó al **95,31%** de las gestantes reportadas.



Se diagnosticaron 1.118 gestantes con infección por VIH, lo cual representa una disminución del 4,28% en el número de casos con respecto al 2023.



La mediana de la edad gestacional al momento de la detección del VIH fue de 13 semanas (RIC: 8 - 21) y el 45,17% de las gestantes con VIH estaba en estadio clínico 2 a la fecha de corte.



En el 2024, el 95,61% de las gestantes con VIH recibió TAR durante el embarazo.



El 73,26% de las gestantes con VIH tenía la última CV indetectable (< 50 copias/ml), lo cual representa un incremento del 1,26% en indetectabilidad, comparado con el 2023.



El 84,76% de las mujeres que finalizaron la gestación en el periodo, recibió antirretrovirales durante el parto y el 82,07% tuvo supresión farmacológica de la lactancia.



El 2,73% de los menores expuestos al VIH no recibieron profilaxis antirretroviral postnatal.



Se reportaron 1.430 niños menores de 12 meses, hijos de madres con VIH. De estos, 7 casos fueron positivos para la infección.

La transmisión **materno - infantil fue 0,49%,** valor inferior al presentado en el periodo 2023 (1,99%).

RIC: rango intercuartílico.

CV: carga viral.

[Descargar infografía](#)

5. Transmisión materno - infantil del VIH

El riesgo de transmisión vertical está influenciado por la CV materna y está dado por tres vías: durante la gestación, parto o postparto. La transmisión intrauterina es la menos eficiente, con una tasa aproximada del 5 al 10% en ausencia de la TAR y 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 (28).

En el marco del objetivo de poner fin a la epidemia del VIH para el 2030, prevenir la transmisión materno-infantil es determinante. 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 (29). También, en los recién nacidos y lactantes se debe estratificar el riesgo de exposición para determinar las decisiones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas (28).

5.1. Población de las mujeres gestantes

Durante el 2024, se informaron a la CAC 536.495 mujeres gestantes, lo que corresponde a un incremento del 0,57% en comparación con el periodo anterior (n= 533.470). También, a diferencia del 2023, fue el régimen subsidiado el que tuvo la mayor cantidad de afiliadas embarazadas, con un aumento del 8,05%; mientras que, el contributivo informó 5,27% casos menos y el no afiliado se redujo en 44,48% (tabla 35).

La mediana de la edad para todas las gestantes fue de 27 años (RIC: 22 - 32), pero al comparar entre los regímenes, las del subsidiado y no afiliado fueron menores a las del especial y los planes voluntarios. Al analizar por las categorías de edad, la distribución fue similar al periodo anterior, pero se observó un incremento del 4,88% en la proporción de las niñas gestantes entre 10 y 14 años, mientras que las de 15 a 19 años, disminuyeron en 3,74%. En relación con las regiones, la Caribe continúa con el mayor número de gestantes informadas, mientras que, en Bogotá, D. C., la Central y la Pacífica se observó una disminución de 13,76%, 0,47% y 0,31%, respectivamente, en el porcentaje de los casos (tabla 35). Del total de las gestantes informadas, el 95,31% (n= 511.319) fueron tamizadas para VIH y de estas, al 67,42% (n= 344.740) se le realizó la prueba en el primer trimestre de la gestación.

Tabla 35. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Voluntarios	No afiliado	Total
	n (%)						
Edad (años)*	28 (24 - 33)	25 (21 - 30)	31 (26 - 35)	35 (26 - 39)	34 (30 - 37)	22 (20 - 26)	27 (22 - 32)
Grupo etario							
10 - 14	402 (0,16)	1.860 (0,71)	14 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (0,48)	2.293 (0,43)
15 - 19	14.526 (5,62)	44.963 (17,16)	529 (6,19)	1 (1,69)	12 (0,33)	808 (22,98)	60.839 (11,34)
20 - 24	54.230 (20,97)	81.765 (31,20)	1.189 (13,92)	12 (20,34)	111 (3,04)	1.485 (42,24)	138.792 (25,87)
25 - 29	76.931 (29,74)	64.925 (24,77)	1.667 (19,52)	4 (6,78)	613 (16,76)	727 (20,68)	144.867 (27,00)
30 - 34	66.452 (25,69)	40.612 (15,50)	2.558 (29,95)	8 (13,56)	1.360 (37,19)	307 (8,73)	111.297 (20,75)
35 - 39	35.235 (13,62)	20.249 (7,73)	1.927 (22,56)	20 (33,90)	1.168 (31,94)	123 (3,50)	58.722 (10,95)
40 - 44	10.153 (3,93)	6.972 (2,66)	609 (7,13)	12 (20,34)	363 (9,93)	40 (1,14)	18.149 (3,38)
45 - 49	720 (0,28)	703 (0,27)	49 (0,57)	1 (1,69)	30 (0,82)	9 (0,26)	1.512 (0,28)
50 - 54	11 (0,00)	12 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (0,00)



Tabla 35. Características demográficas de las mujeres gestantes reportadas según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	Voluntarios	No afiliado	Total
	n (%)						
Región/Entidad territorial							
Amazonía-Orinoquía	3.489 (1,35)	10.701 (4,08)	399 (4,67)	0 (0,00)	11 (0,30)	0 (0,00)	14.600 (2,72)
Arauca	1.004 (0,39)	2.181 (0,83)	25 (0,29)	0 (0,00)	1 (0,03)	0 (0,00)	3.211 (0,60)
Casanare	1.949 (0,75)	3.719 (1,42)	178 (2,08)	0 (0,00)	10 (0,27)	0 (0,00)	5.856 (1,09)
Putumayo	115 (0,04)	3.149 (1,20)	102 (1,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3.366 (0,63)
Amazonas	92 (0,04)	388 (0,15)	29 (0,34)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	509 (0,09)
Guainía	0 (0,00)	3 (0,00)	5 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,00)
Guaviare	288 (0,11)	896 (0,34)	32 (0,37)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1.216 (0,23)
Vaupés	39 (0,02)	165 (0,06)	12 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	216 (0,04)
Vichada	2 (0,00)	200 (0,08)	16 (0,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	218 (0,04)
Bogotá, D. C.	58.251 (22,52)	8.288 (3,16)	1.030 (12,06)	16 (27,12)	2.450 (66,99)	3.237 (92,06)	73.272 (13,66)
Caribe	45.118 (17,44)	111.774 (42,65)	2.363 (27,66)	1 (1,69)	413 (11,29)	62 (1,76)	159.731 (29,77)
Atlántico	17.905 (6,92)	20.499 (7,82)	253 (2,96)	0 (0,00)	172 (4,70)	0 (0,00)	38.829 (7,24)
Bolívar	8.581 (3,32)	21.653 (8,26)	391 (4,58)	0 (0,00)	57 (1,56)	55 (1,56)	30.737 (5,73)
Cesar	5.189 (2,01)	13.173 (5,03)	232 (2,72)	0 (0,00)	25 (0,68)	0 (0,00)	18.619 (3,47)
Córdoba	4.376 (1,69)	19.018 (7,26)	1.057 (12,37)	1 (1,69)	15 (0,41)	0 (0,00)	24.467 (4,56)
La Guajira	1.467 (0,57)	12.956 (4,94)	87 (1,02)	0 (0,00)	91 (2,49)	0 (0,00)	14.601 (2,72)
Magdalena	5.523 (2,14)	12.884 (4,92)	181 (2,12)	0 (0,00)	39 (1,07)	6 (0,17)	18.633 (3,47)
Sucre	1.781 (0,69)	11.415 (4,36)	150 (1,76)	0 (0,00)	8 (0,22)	1 (0,03)	13.355 (2,49)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	296 (0,11)	176 (0,07)	12 (0,14)	0 (0,00)	6 (0,16)	0 (0,00)	490 (0,09)
Central	65.982 (25,51)	57.712 (22,02)	1.828 (21,40)	16 (27,12)	181 (4,95)	14 (0,40)	125.733 (23,44)
Antioquia	39.760 (15,37)	32.222 (12,30)	720 (8,43)	13 (22,03)	115 (3,14)	13 (0,37)	72.843 (13,58)
Caldas	3.505 (1,36)	1.355 (0,52)	156 (1,83)	3 (5,08)	9 (0,25)	0 (0,00)	5.028 (0,94)
Caquetá	635 (0,25)	5.227 (1,99)	98 (1,15)	0 (0,00)	2 (0,05)	0 (0,00)	5.962 (1,11)
Huila	7.579 (2,93)	6.296 (2,40)	292 (3,42)	0 (0,00)	20 (0,55)	0 (0,00)	14.187 (2,64)
Quindío	3.064 (1,18)	1.981 (0,76)	137 (1,60)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5.182 (0,97)
Risaralda	4.974 (1,92)	3.342 (1,28)	151 (1,77)	0 (0,00)	24 (0,66)	1 (0,03)	8.492 (1,58)
Tolima	6.465 (2,50)	7.289 (2,78)	274 (3,21)	0 (0,00)	11 (0,30)	0 (0,00)	14.039 (2,62)
Oriental	55.206 (21,34)	37.071 (14,15)	2.126 (24,89)	16 (27,12)	366 (10,01)	189 (5,38)	94.974 (17,70)
Boyacá	6.212 (2,40)	7.018 (2,68)	314 (3,68)	7 (11,86)	29 (0,79)	0 (0,00)	13.580 (2,53)
Cundinamarca	22.926 (8,86)	2.684 (1,02)	421 (4,93)	0 (0,00)	125 (3,42)	2 (0,06)	26.158 (4,88)
Meta	5.514 (2,13)	8.153 (3,11)	399 (4,67)	0 (0,00)	122 (3,34)	180 (5,12)	14.368 (2,68)
Norte de Santander	6.229 (2,41)	8.872 (3,39)	471 (5,51)	0 (0,00)	15 (0,41)	7 (0,20)	15.594 (2,91)
Santander	14.325 (5,54)	10.344 (3,95)	521 (6,10)	9 (15,25)	75 (2,05)	0 (0,00)	25.274 (4,71)
Pacífica	30.614 (11,84)	36.515 (13,93)	796 (9,32)	10 (16,95)	236 (6,45)	14 (0,40)	68.185 (12,71)
Cauca	3.167 (1,22)	12.323 (4,70)	79 (0,92)	0 (0,00)	3 (0,08)	0 (0,00)	15.572 (2,90)
Chocó	453 (0,18)	891 (0,34)	87 (1,02)	0 (0,00)	1 (0,03)	0 (0,00)	1.432 (0,27)
Nariño	1.550 (0,60)	7.086 (2,70)	120 (1,40)	1 (1,69)	4 (0,11)	14 (0,40)	8.775 (1,64)
Valle del Cauca	25.444 (9,84)	16.215 (6,19)	510 (5,97)	9 (15,25)	228 (6,23)	0 (0,00)	42.406 (7,90)
Total	258.660 (100,00)	262.061 (100,00)	8.542 (100,00)	59 (100,00)	3.657 (100,00)	3.516 (100,00)	536.495 (100,00)

* Mediana (RIC).

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

Del total de las mujeres gestantes, el 0,21% (n= 1.118) tenían la infección por VIH, lo cual representa una disminución del 4,28% en el número de casos con respecto al 2023 (n= 1.168). La mediana de la edad fue de 26 años (RIC: 23 - 31) y fue menor para las mujeres no afiliadas al sistema. El 60,64% 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, aunque en la Amazonía-Orinoquía, Oriental y Pacífica se observaron incrementos del 22,58%, 6,86% y 4,46%, respectivamente, en la proporción de las gestantes con VIH, comparado con el periodo anterior (**tabla 36**).

Tabla 36. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Total
	n (%)				
Edad (años)*	28 (24 - 33)	26 (22 - 30)	31 (23 - 37)	23,5 (21 - 28)	26 (23 - 31)
Grupo etario					
10 - 14	0 (0,00)	2 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,18)
15 - 19	19 (4,94)	69 (9,72)	0 (0,00)	1 (8,33)	89 (7,96)
20 - 24	87 (22,60)	242 (34,08)	4 (36,36)	6 (50,00)	339 (30,32)
25 - 29	125 (32,47)	210 (29,58)	1 (9,09)	3 (25,00)	339 (30,32)
30 - 34	76 (19,74)	108 (15,21)	3 (27,27)	2 (16,67)	189 (16,91)
35 - 39	61 (15,84)	61 (8,59)	2 (18,18)	0 (0,00)	124 (11,09)
40 - 44	17 (4,42)	16 (2,25)	1 (9,09)	0 (0,00)	34 (3,04)
45 - 49	0 (0,00)	2 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,18)
Región/Entidad territorial					
Amazonía-Orinoquía	8 (2,08)	26 (3,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	34 (3,04)
Arauca	0 (0,00)	7 (0,99)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,63)
Casanare	7 (1,82)	11 (1,55)	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (1,61)
Putumayo	1 (0,26)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,18)
Amazonas	0 (0,00)	3 (0,42)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,27)
Guaviare	0 (0,00)	4 (0,56)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,36)
Bogotá, D. C.	53 (13,77)	39 (5,49)	0 (0,00)	2 (16,67)	94 (8,41)
Caribe	82 (21,30)	302 (42,54)	5 (45,45)	1 (8,33)	390 (34,88)
Atlántico	29 (7,53)	64 (9,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	93 (8,32)
Bolívar	20 (5,19)	56 (7,89)	2 (18,18)	0 (0,00)	78 (6,98)
Cesar	10 (2,60)	29 (4,08)	1 (9,09)	0 (0,00)	40 (3,58)
Córdoba	11 (2,86)	53 (7,46)	1 (9,09)	0 (0,00)	65 (5,81)
La Guajira	2 (0,52)	35 (4,93)	1 (9,09)	0 (0,00)	38 (3,40)
Magdalena	8 (2,08)	44 (6,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	52 (4,65)
Sucre	2 (0,52)	21 (2,96)	0 (0,00)	1 (8,33)	24 (2,15)
Central	107 (27,79)	136 (19,15)	2 (18,18)	1 (8,33)	246 (22,00)
Antioquia	57 (14,81)	81 (11,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	138 (12,34)
Caldas	6 (1,56)	5 (0,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,98)
Caquetá	4 (1,04)	6 (0,85)	1 (9,09)	0 (0,00)	11 (0,98)
Huila	14 (3,64)	8 (1,13)	1 (9,09)	0 (0,00)	23 (2,06)
Quindío	5 (1,30)	10 (1,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (1,34)
Risaralda	12 (3,12)	14 (1,97)	0 (0,00)	1 (8,33)	27 (2,42)
Tolima	9 (2,34)	12 (1,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (1,88)



Tabla 36. Características demográficas de las mujeres gestantes con infección por VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Total
	n (%)				
Oriental	55 (14,29)	70 (9,86)	2 (18,18)	7 (58,33)	134 (11,99)
Boyacá	4 (1,04)	4 (0,56)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,72)
Cundinamarca	21 (5,45)	6 (0,85)	0 (0,00)	2 (16,67)	29 (2,59)
Meta	5 (1,30)	11 (1,55)	0 (0,00)	1 (8,33)	17 (1,52)
Norte de Santander	10 (2,60)	30 (4,23)	1 (9,09)	4 (33,33)	45 (4,03)
Santander	15 (3,90)	19 (2,68)	1 (9,09)	0 (0,00)	35 (3,13)
Pacífica	80 (20,78)	137 (19,30)	2 (18,18)	1 (8,33)	220 (19,68)
Cauca	5 (1,30)	22 (3,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (2,42)
Chocó	9 (2,34)	18 (2,54)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (2,42)
Nariño	13 (3,38)	23 (3,24)	0 (0,00)	1 (8,33)	37 (3,31)
Valle del Cauca	53 (13,77)	74 (10,42)	2 (18,18)	0 (0,00)	129 (11,54)
Total	385 (100,00)	710 (100,00)	11 (100,00)	12 (100,00)	1.118 (100,00)

* Mediana (RIC).

En la **tabla 37** se muestra que el régimen subsidiado tuvo la mayor frecuencia de gestantes con VIH (n= 710), seguido del contributivo (n= 385). Comparado con el 2023, la proporción de las mujeres infectadas, del total de las gestantes, disminuyó 10% en el régimen subsidiado y 22,73% en el no afiliado, permaneció estable en el contributivo e incrementó 8,33% en el de excepción. En el especial y voluntarios no se informaron casos. En relación con la EAPB, la EAS027 y la CCF102 tuvieron la mayor proporción de mujeres con VIH, entre sus gestantes afiliadas.

Tabla 37. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% Gestantes con VIH del total de las reportadas
Contributivo	385	258.660	0,15
EAS016	0	5	0,00
EAS027	1	17	5,88
EPS001	2	1.584	0,13
EPS002	58	41.995	0,14
EPS005	75	53.760	0,14
EPS008	15	16.877	0,09
EPS010	64	67.085	0,10
EPS012	2	1.976	0,10
EPS017	32	30.709	0,10
EPS018	18	7.686	0,23
EPS037	113	33.776	0,33
EPS042	2	886	0,23
EPS046	0	725	0,00
EPS047	0	10	0,00
EPS048	3	1.569	0,19

Situación del VIH en Colombia 2024

Transmisión materno - infantil del VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 37. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024 (continuación)

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% Gestantes con VIH del total de las reportadas
Subsidiado	710	262.061	0,27
CCF033	6	2.741	0,22
CCF050	6	581	1,03
CCF055	60	26.193	0,23
CCF102	11	552	1,99
EPS025	5	2.608	0,19
EPSI01	5	4.319	0,12
EPSI03	11	6.872	0,16
EPSI04	11	3.421	0,32
EPSI05	4	3.202	0,12
EPSI06	1	2.798	0,04
EPSS34	44	10.598	0,42
EPSS40	57	22.918	0,25
EPSS41	170	65.872	0,26
ESS024	69	45.469	0,15
ESS062	72	19.868	0,36
ESS118	58	11.781	0,49
ESS207	120	32.268	0,37
Excepción	11	8.542	0,13
RES001	1	1.929	0,05
RES002	0	332	0,00
RES003	3	3.086	0,10
RES004	7	3.195	0,22
Especial	0	59	0,00
RES006	0	9	0,00
RES007	0	9	0,00
RES008	0	19	0,00
RES011	0	13	0,00
RES012	0	1	0,00
RES014	0	7	0,00
REUE05	0	1	0,00
Voluntarios	0	3.657	0,00
EMP002	0	120	0,00
EMP015	0	376	0,00
EMP017	0	425	0,00
EMP023	0	2.424	0,00
EMP028	0	251	0,00
EMP029	0	61	0,00
No afiliado	12	3.516	0,34
5000	0	13	0,00
11001	2	3.237	0,06
13000	0	61	0,00



Tabla 37. Distribución de las gestantes con VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024 (continuación)

Régimen de afiliación	Gestantes reportadas con VIH	Gestantes reportadas	% Gestantes con VIH del total de las reportadas
25000	2	2	100,00
50000	1	180	0,56
52000	1	14	7,14
54000	4	7	57,14
66000	1	1	100,00
70000	1	1	100,00
Total	1.118	536.495	0,21

5.2.1. Características clínicas de las gestantes con VIH

En el 89,80% de las gestantes con VIH, el mecanismo de transmisión fue sexual, lo que correspondió a una disminución del 2,52% con respecto al 2023, pero a un incremento del porcentaje de las mujeres con mecanismo desconocido. El 55,73% ya tenía la enfermedad antes de la concepción, mientras que en el 2,42% se diagnosticó durante el parto o en el periodo posterior al mismo. La edad gestacional al momento del diagnóstico fue 1 semana menor, comparada con el periodo anterior (13 semanas, RIC: 8 - 21 vs 14 semanas, RIC: 10 - 23) y entre los regímenes fue menor en el de excepción y mayor en el subsidiado. El 45,17% de las mujeres estaba en el estadio 2, a la fecha de corte. Además, la mediana del último conteo de linfocitos T CD4 estaba en 529 células/mm (RIC: 374 - 747) y fue menor en las mujeres no afiliadas. En cuanto al control virológico, el 82,83% de las gestantes con VIH alcanzó la supresión viral < 1.000 copias/ml y el 73,26% la indetectabilidad; por el régimen, los resultados más altos se presentaron en el contributivo.

Tabla 38. Características clínicas de la población de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2024

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Total
	n (%)				
Mecanismo de transmisión					
Transmisión sexual	344 (89,35)	648 (91,27)	11 (100,00)	1 (8,33)	1.004 (89,80)
Transfusión	1 (0,26)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,18)
Uso de cortopunzantes	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
TMI	8 (2,08)	14 (1,97)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (1,97)
Ocupacional	1 (0,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
Violencia sexual	0 (0,00)	3 (0,42)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,27)
Desconocida	31 (8,05)	43 (6,06)	0 (0,00)	11 (91,67)	85 (7,60)
Momento de la detección del VIH					
Durante la gestación	128 (33,25)	331 (46,69)	3 (27,27)	5 (45,45)	467 (41,85)
Durante el parto	6 (1,56)	15 (2,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (1,88)
Antes de la gestación	249 (64,68)	360 (50,78)	8 (72,73)	5 (45,45)	622 (55,73)
Después del parto	2 (0,52)	3 (0,42)	0 (0,00)	1 (9,09)	6 (0,54)
Edad gestacional al momento de la detección (semanas)*	11 (7 - 18)	14 (9 - 23)	10 (8 - 22)	13 (12 - 18)	13 (8 - 21)
Estadio clínico al corte					
Estadio 1	100 (25,97)	150 (21,13)	2 (18,18)	0 (0,00)	252 (22,54)
Estadio 2	164 (42,60)	334 (47,04)	7 (63,64)	0 (0,00)	505 (45,17)
Estadio 3	121 (31,43)	221 (31,13)	2 (18,18)	5 (41,67)	349 (31,22)
Estadio desconocido	0 (0,00)	5 (0,70)	0 (0,00)	7 (58,33)	12 (1,07)

Tabla 38. Características clínicas de la población de las gestantes con infección por el VIH, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Total
	n (%)				
Valor último conteo Linfocitos T CD4 (células/mm)*	548 (389-771)	516 (368-738)	498 (375-799)	345,5 (240-512)	529 (374-747)
Control virológico (según resultado de última CV)					
< 50 copias/ml	304 (78,96)	508 (71,55)	6 (54,55)	1 (8,33)	819 (73,26)
< 200 copias/ml	319 (82,86)	537 (75,63)	8 (72,73)	1 (8,33)	865 (77,37)
< 1.000 copias/ml	335 (87,01)	582 (81,97)	8 (72,73)	1 (8,33)	926 (82,83)
Total	385 (100,00)	710 (100,00)	11 (100,00)	12 (100,00)	1.118 (100,00)

TMI: transmisión materno - infantil.

* Mediana (RIC).

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 a la TAR de la madre durante la gestación; la profilaxis anti-retroviral 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 (30). Adicionalmente, se debe brindar una atención multidisciplinaria que contemple el asesoramiento relacionado con la planificación familiar y la salud mental (28).

En el 2024, el 95,61% (n= 1.069) de las gestantes con VIH recibieron TAR durante el embarazo, y la mediana de inicio fue en la semana 14 (RIC: 10 - 22), 2 semanas antes comparado con el periodo anterior (16 semanas, RIC: 12 - 24). De las 820 gestaciones que llegaron a su fin, el 84,76% (n= 695) recibió antirretrovirales durante el parto y el 82,07% (n= 673) tuvo supresión farmacológica de la lactancia; además, el 90,00% (n= 738) resultaron en un nacido vivo, lo que significó una reducción del 1,15%, con respecto al 2023 (tabla 39).

Tabla 39. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno - Infantil del VIH, Colombia 2024

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Total
	n (%)				
Gestantes con VIH	385 (34,44)	710 (63,51)	11 (0,98)	12 (1,07)	1.118 (100,00)
Recibió antirretrovirales durante la gestación reportada					
Recibía desde antes de la gestación	215 (55,84)	327 (46,06)	8 (72,73)	3 (25,00)	553 (49,46)
Inició durante la gestación	162 (42,08)	349 (49,15)	3 (27,27)	2 (16,67)	516 (46,15)
No ha iniciado antirretrovirales	0 (0,00)	3 (0,42)	0 (0,00)	4 (33,33)	7 (0,63)
No recibió antirretrovirales en gestación reportada	8 (2,08)	30 (4,23)	0 (0,00)	3 (25,00)	41 (3,67)
Sin dato	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)
Edad gestacional al inicio de los antirretrovirales (semanas)¹	12 (9 - 19)	15,5 (11 - 24)	10 (8 - 22)	8 (8 - 8)	14 (10 - 22)
Mujeres embarazadas con gestación finalizada en el periodo	280 (72,73)	528 (74,37)	6 (54,55)	6 (50,00)	820 (73,35)
Recibió antirretrovirales intraparto²					
Durante el parto	239 (85,36)	449 (85,04)	5 (83,33)	2 (33,33)	695 (84,76)
No recibió antirretrovirales en el parto	13 (4,64)	25 (4,73)	1 (16,67)	1 (16,67)	40 (4,88)
No recibió, la gestación terminó en aborto	23 (8,21)	50 (9,47)	0 (0,00)	1 (16,67)	74 (9,02)
Sin dato	5 (1,79)	4 (0,76)	0 (0,00)	2 (33,33)	11 (1,34)
Supresión farmacológica de la lactancia²					
Dentro de las 48 horas postparto	221 (78,93)	434 (82,20)	6 (100,00)	2 (33,33)	663 (80,85)
Posterior a las 48 horas postparto	4 (1,43)	6 (1,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (1,22)
No se realizó	49 (17,50)	68 (12,88)	0 (0,00)	4 (66,67)	121 (14,76)
Sin dato	6 (2,14)	20 (3,79)	0 (0,00)	0 (0,00)	26 (3,17)



Tabla 39. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno - Infantil del VIH, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No afiliado	Total
	n (%)				
Resultado de la gestación²					
Recién nacido vivo	256 (91,43)	471 (89,20)	6 (100,00)	5 (83,33)	738 (90,00)
Mortinato	1 (0,36)	5 (0,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,73)
Aborto	23 (8,21)	50 (9,47)	0 (0,00)	1 (16,67)	74 (9,02)
Sin dato	0 (0,00)	2 (0,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,24)

¹ Mediana (RIC).

² Gestantes con VIH que han concluido su embarazo.

5.3. Menores de 12 meses expuestos al VIH

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

Se informaron 1.430 menores de 12 meses hijos de mujeres que viven con el VIH, de los cuales el 0,49% (n= 7) resultó positivo para la infección. La mayor cantidad de niños expuestos residían en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico y los casos positivos se reportaron en Antioquia, La Guajira, Sucre y Cundinamarca (**tabla 40**).

Tabla 40. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Ente territorial	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
Amazonía-Orinoquía	25 (1,75)	0 (0,00)
Arauca	7 (0,49)	0 (0,00)
Casanare	10 (0,70)	0 (0,00)
Putumayo	3 (0,21)	0 (0,00)
Amazonas	1 (0,07)	0 (0,00)
Guainía	1 (0,07)	0 (0,00)
Guaviare	3 (0,21)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	112 (7,83)	0 (0,00)
Caribe	559 (39,09)	3 (42,86)
Atlántico	120 (8,39)	0 (0,00)
Bolívar	104 (7,27)	0 (0,00)
Cesar	70 (4,90)	0 (0,00)
Córdoba	96 (6,71)	0 (0,00)
La Guajira	60 (4,20)	2 (28,57)
Magdalena	72 (5,03)	0 (0,00)
Sucre	37 (2,59)	1 (14,29)
Central	318 (22,24)	3 (42,86)
Antioquia	189 (13,22)	3 (42,86)
Caldas	10 (0,70)	0 (0,00)
Caquetá	16 (1,12)	0 (0,00)
Huila	28 (1,96)	0 (0,00)

Situación del VIH en Colombia 2024

Transmisión materno - infantil del VIH

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 40. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Ente territorial	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
Quindío	17 (1,19)	0 (0,00)
Risaralda	41 (2,87)	0 (0,00)
Tolima	17 (1,19)	0 (0,00)
Oriental	161 (11,26)	1 (14,29)
Boyacá	8 (0,56)	0 (0,00)
Cundinamarca	41 (2,87)	1 (14,29)
Meta	28 (1,96)	0 (0,00)
Norte de Santander	37 (2,59)	0 (0,00)
Santander	47 (3,29)	0 (0,00)
Pacífica	255 (17,83)	0 (0,00)
Cauca	21 (1,47)	0 (0,00)
Chocó	28 (1,96)	0 (0,00)
Nariño	41 (2,87)	0 (0,00)
Valle del Cauca	165 (11,54)	0 (0,00)
Total	1.430 (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; aunque, comparado con el periodo anterior, pasó de 6 infectados a 4, mientras que el contributivo incrementó de 1 a 3 menores de 12 meses con la enfermedad (**tabla 41**).

Tabla 41. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
Contributivo	441 (30,84)	3 (42,86)
EPS001	2 (0,14)	0 (0,00)
EPS002	147 (10,28)	1 (14,29)
EPS005	76 (5,31)	0 (0,00)
EPS008	11 (0,77)	0 (0,00)
EPS010	75 (5,24)	2 (28,57)
EPS012	6 (0,42)	0 (0,00)
EPS017	27 (1,89)	0 (0,00)
EPS018	27 (1,89)	0 (0,00)
EPS037	62 (4,34)	0 (0,00)
EPS042	3 (0,21)	0 (0,00)
EPS046	1 (0,07)	0 (0,00)
EPS048	4 (0,28)	0 (0,00)
Subsidiado	978 (68,39)	4 (57,14)
CCF033	7 (0,49)	0 (0,00)
CCF050	8 (0,56)	0 (0,00)
CCF055	75 (5,24)	0 (0,00)



Tabla 41. Distribución de la población menor de 12 meses expuesta y con diagnóstico de VIH según la entidad aseguradora, Colombia 2024 (continuación)

Régimen de afiliación	Menores de 12 meses expuestos	Menores de 12 meses expuestos y con diagnóstico de VIH
	n (%)	
CCF102	17 (1,19)	0 (0,00)
EPSI01	15 (1,05)	1 (14,29)
EPSI03	9 (0,63)	0 (0,00)
EPSI04	23 (1,61)	1 (14,29)
EPSI05	2 (0,14)	0 (0,00)
EPSS34	57 (3,99)	0 (0,00)
EPSS40	89 (6,22)	1 (14,29)
EPSS41	161 (11,26)	0 (0,00)
ESS024	193 (13,50)	0 (0,00)
ESS062	121 (8,46)	0 (0,00)
ESS118	54 (3,78)	0 (0,00)
ESS207	147 (10,28)	1 (14,29)
Excepción	11 (0,77)	0 (0,00)
RES001	4 (0,28)	0 (0,00)
RES003	6 (0,42)	0 (0,00)
RES004	1 (0,07)	0 (0,00)
Total	1.430 (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, para reducir la probabilidad de la transmisión vertical. Adicionalmente, se ha establecido que el VIH es una contraindicación para la lactancia materna y se recomienda una alimentación completa con fórmula para los niños de PVV, siempre que existan alternativas seguras disponibles (28).

Como se muestra en la **tabla 42**, del total de los menores de 12 meses expuestos al VIH, el 65,95% (n= 943) recibió profilaxis con solo zidovudina, durante 4 semanas o 42 días, mientras que, el 25,38% (n= 363) recibió combinaciones con 2 o 3 medicamentos. El porcentaje de los niños que no recibieron profilaxis se duplicó, al igual que los que la recibieron incompleta, comparado con el periodo anterior. En cuanto a la alimentación de los menores, solo el 1,33% no recibió fórmula láctea, lo que correspondió a una reducción del 61,89% con relación al 2023. Además, a la fecha de corte, al 74,34% (n= 1.063) de los menores expuestos al VIH se les descartó la transmisión del virus.

Tabla 42. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2024

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total
	n (%)			
Profilaxis del recién nacido				
Sí, zidovudina por 4 semanas	118 (26,76)	182 (18,61)	0 (0,00)	300 (20,98)
Sí, zidovudina por 42 días	186 (42,18)	446 (45,60)	11 (100,00)	643 (44,97)
Sí, nevirapina 3 dosis + zidovudina 42 días	7 (1,59)	101 (10,33)	0 (0,00)	108 (7,55)
Sí recibió, pero incompleta	20 (4,54)	6 (0,61)	0 (0,00)	26 (1,82)
Actualmente está recibiendo profilaxis	16 (3,63)	37 (3,78)	0 (0,00)	53 (3,71)
No recibió profilaxis	32 (7,26)	7 (0,72)	0 (0,00)	39 (2,73)

Tabla 42. Profilaxis de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total
	n (%)			
Sí, zidovudina + lamivudina	9 (2,04)	12 (1,23)	0 (0,00)	21 (1,47)
Sí, zidovudina + lamivudina + nevirapina	36 (8,16)	117 (11,96)	0 (0,00)	153 (10,70)
Sí, lamivudina/zidovudina + nevirapina o raltegravir	17 (3,85)	64 (6,54)	0 (0,00)	81 (5,66)
Sin dato	0 (0,00)	6 (0,61)	0 (0,00)	6 (0,42)
Suministro de fórmula láctea				
Recibió fórmula láctea continua desde el nacimiento hasta los 12 meses	141 (31,97)	238 (24,34)	4 (36,36)	383 (26,78)
Recibió fórmula láctea continua menos de 12 meses	10 (2,27)	64 (6,54)	0 (0,00)	74 (5,17)
Está recibiendo fórmula láctea	275 (62,36)	670 (68,51)	7 (63,64)	952 (66,57)
No recibió fórmula láctea	13 (2,95)	6 (0,61)	0 (0,00)	19 (1,33)
Sin dato	2 (0,45)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,14)
Condición final del menor				
Diagnóstico confirmado de VIH	3 (0,68)	4 (0,41)	0 (0,00)	7 (0,49)
Se descartó infección por VIH	322 (73,02)	734 (75,05)	7 (63,64)	1.063 (74,34)
Aún no se ha definido la condición final del menor	116 (26,30)	239 (24,44)	4 (36,36)	359 (25,10)
Sin dato	0 (0,00)	1 (0,10)	0 (0,00)	1 (0,07)
Total	441 (100,00)	978 (100,00)	11 (100,00)	1.430 (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 (23).

Durante el 2024, se realizó la primera CV antes del primer mes de vida al 25,59% de los niños expuestos al VIH, lo que correspondió a un incremento del 27,69% en comparación con el periodo anterior; y de acuerdo con el régimen, este aumento fue de 24,60% y 28,57% en el contributivo y en el subsidiado, respectivamente. En el de excepción, a la mayoría de los menores expuestos se les tomó la primera prueba entre el primer y segundo mes de vida, mientras que, entre el contributivo y el subsidiado, se informó en el primero la mayor proporción de niños, mayores de un mes de vida al corte, sin CV (tabla 43).

Tabla 43. Seguimiento virológico de los menores de 12 meses expuestos al VIH, Colombia 2024

Edad a la realización de la primera CV	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total
	n (%)			
Antes del mes de vida	98 (22,69)	262 (27,18)	0 (0,00)	360 (25,59)
Entre 1 y 2 meses de vida	239 (55,32)	511 (53,01)	9 (81,82)	759 (53,94)
Entre 2 y 12 meses	63 (14,58)	151 (15,66)	1 (9,09)	215 (15,28)
Mayores de 12 meses	1 (0,23)	1 (0,10)	0 (0,00)	2 (0,14)
No realizada (mayor de un mes de vida al corte)	31 (7,18)	39 (4,05)	1 (9,09)	71 (5,05)
Total	432 (100,00)	964 (100,00)	11 (100,00)	1.407 (100,00)

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= 1.407), el 74,83% (n= 1.070) tuvo la valoración diagnóstica con al menos dos pruebas de CV. Se confirmaron 7 casos con la enfermedad, lo que correspondió a una positividad de 0,65% entre los expuestos que completaron el algoritmo diagnóstico y a una reducción del 33,67% en esta proporción, con respecto al 2023. Los 360 casos que no han sido definidos continúan en el seguimiento en la cohorte y serán requeridos a las entidades en el próximo periodo.

Se reportaron 1.002 menores de 12 meses hijos de madres viviendo con el VIH y entre estos 709 (70,75%) tuvieron la valoración diagnóstica con al menos dos pruebas de carga viral, obteniendo así 7 casos con infección confirmada por el VIH; lo que representa una positividad del 0,98% entre los expuestos que completaron el algoritmo diagnóstico. Los 293 (29,24%) casos restantes continúan en seguimiento de la cohorte y serán requeridos a las entidades en el siguiente reporte.

En cuanto al porcentaje de transmisión materno - infantil del VIH en el marco de la estrategia ETMI - Plus (30), en el periodo hubo 7 niños menores de 2 años que adquirieron la infección por este mecanismo, y en relación con los 1.430 nacimientos de madres viviendo con el VIH, se tradujo en una transmisión vertical del 0,48%; valor inferior al presentado en el periodo 2023 (1,99%).

De los 7 menores con diagnóstico positivo para el VIH, 4 eran del sexo femenino y la mediana de la edad fue de 11 meses. En cuanto a la región de residencia, una proporción igual (42,86%) se informó en la Central y en la Caribe. Predominó el estadio clínico 1 y la mediana del último conteo de linfocitos T CD4 fue de 2.256 células/mm (RIC: 1.684 - 3.000). El 57,14% (n= 4) de los casos recibió TAR, especialmente con el esquema lamivudina, raltegravir y zidovudina; solo 2 casos lograron la supresión viral < 1.000 copias y uno de ellos alcanzó la indetectabilidad.

Entre los casos que no recibieron TAR, se identificaron las siguientes causas: el abandono del tratamiento, la falta de soporte en la dispensación del esquema terapéutico y la ausencia de atención médica efectiva.

Tabla 44. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2024

Características	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)		
Edad meses*	11 (2 - 11)	9 (4 - 12)	11 (2 - 12)
Sexo			
Hombre	2 (66,67)	1 (25,00)	3 (42,86)
Mujer	1 (33,33)	3 (75,00)	4 (57,14)
Región de residencia			
Caribe	0 (0,00)	3 (75,00)	3 (42,86)
Central	2 (66,67)	1 (25,00)	3 (42,86)
Oriental	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Estadio clínico actual			
Estadio 1	1 (33,33)	2 (50,00)	3 (42,86)
Estadio 2	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Estadio 3	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Estadio desconocido	0 (0,00)	2 (50,00)	2 (28,57)
Valor último conteo Linfocitos T CD4 (células/mm)*	3.000 (1.338 - 3.006)	1.970 (1.684 - 2.256)	2.256 (1.684 - 3.000)
Esquemas de TAR			
Abacavir, lamivudina, raltegravir	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)
Abacavir, lamivudina, raltegravir, zidovudina	1 (33,33)	0 (0,00)	1 (14,29)

Tabla 44. Características de los menores expuestos al VIH con diagnóstico positivo en el periodo, Colombia 2024 (continuación)

Características	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)		
Lamivudina, raltegravir, zidovudina	0 (0,00)	2 (50,00)	2 (28,57)
No recibe TAR	1 (33,33)	2 (50,00)	3 (42,86)
Última CV en el periodo			
< 50 copias/ml	0 (0,00)	1 (25,00)	1 (14,29)
50 a < 1.000 copias/ml	0 (0,00)	1 (25,00)	1 (14,29)
≥ 1.000 copias/ml	3 (100,00)	1 (25,00)	4 (57,14)
No se realizó	0 (0,00)	1 (25,00)	1 (14,29)
Total	3 (100,00)	4 (100,00)	7 (100,00)

* Mediana (RIC).



6.

**Población con
tuberculosis activa
con y sin coinfección
con VIH**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

6.

RESUMEN infográfico

Población con tuberculosis activa con y sin coinfección con VIH

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



Durante el periodo se registraron **15.310 casos** de tuberculosis activa, lo que representa un aumento del 13,71% en comparación con el periodo anterior (n= 13.301).

La mediana del tiempo entre el diagnóstico de **tuberculosis activa y la tamización para VIH** fue de 2 días (RIC: 0 - 10), mientras que el promedio fue de 8,2 días (DE ± 12,74).



El 13,28% de los casos de tuberculosis registrados durante el periodo presentaron coinfección con VIH.



La mayoría de los casos con coinfección TB/VIH presentan tuberculosis de tipo sensible (94,00%), y menos del 3% son multidrogosresistentes, extremadamente resistentes o monorresistentes a isoniazida o rifampicina.



El tratamiento anti-TB más común fue etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina (71,34%).



El promedio de tiempo del tratamiento en todos los pacientes fue de 253,34 días (DE ± 104,68).



De los pacientes coinfectados con TB/VIH que recibieron tratamiento anti-TB, el 13,87% logró la curación de la tuberculosis, el 23,32% terminó el tratamiento y el 51,72% continuaban en tratamiento al finalizar el periodo de reporte.

La **cobertura de la TAR** en las personas coinfectadas con TB/VIH **tuvo un aumento del 16,81%** con respecto al periodo anterior.

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

[Descargar infografía](#)



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

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

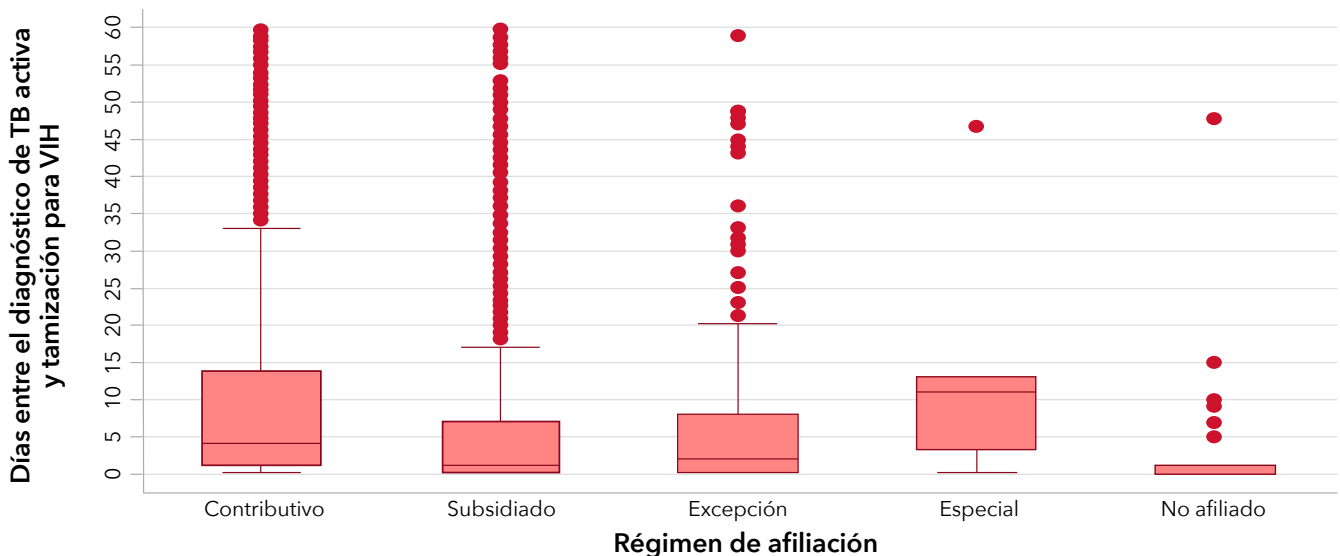
Durante el periodo 2024 se registraron 15.310 casos de tuberculosis activa, lo que representa un incremento del 13,71% en comparación con el periodo anterior, que reportó 13.301. En cuanto a la tamización para el VIH en la población con TB según los regímenes, se realizó en el 71,34% de los afiliados al contributivo y en el 65,59% de los afiliados al subsidiado.

Tabla 45. Tamización del VIH en la población con TB según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Realización del tamizaje de VIH en población con TB	Contributivo	Especial	Excepción	No afiliado	Subsidiado	Voluntarios	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Persona con TB activa con prueba de tamización para VIH	5.321 (71,34)	5 (83,33)	311 (74,22)	39 (79,59)	4.838 (65,59)	1 (100,00)	10.515 (68,68)
Persona con TB activa sin prueba de tamización para VIH	1.263 (16,93)	1 (16,67)	86 (20,53)	5 (10,20)	1.710 (23,18)	0 (0,00)	3.065 (20,02)
Persona con TB activa que rechazó prueba de tamización para VIH	2 (0,03)	0 (0,00)	1 (0,24)	0 (0,00)	3 (0,04)	0 (0,00)	6 (0,04)
No se realizó la prueba porque tenía previamente diagnóstico de VIH	872 (11,69)	0 (0,00)	21 (5,01)	4 (8,16)	824 (11,17)	0 (0,00)	1.721 (11,24)
Sin dato	1 (0,01)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,04)	1 (0,01)	0 (0,00)	3 (0,02)
Total	7.459 (100,00)	6 (100,00)	419 (100,00)	49 (100,00)	7.376 (100,00)	1 (100,00)	15.310 (100,00)

La mediana del tiempo entre el diagnóstico de la tuberculosis activa y la tamización para VIH fue de 2 días (RIC: 0 - 10), mientras que el promedio fue de 8,2 días (DE \pm 12,74). En cuanto a los regímenes, el subsidiado presentó la mejor oportunidad, con un tiempo de 1 día. Sin embargo, el especial aumentó en 4,8 días respecto al periodo anterior, manteniéndose como el de mayor tiempo. La **figura 16** muestra el tiempo de tamización según el régimen de afiliación.

Figura 17. Tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico de la TB activa y la tamización para el VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

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

El 13,28% de los casos de tuberculosis registrados durante el periodo presentaron coinfección con VIH. Fue más frecuente en los hombres (81,06%) y en el grupo etario de 30 a 34 años (18,99%), seguido por el grupo de 35 a 39 años (14,85%). En cuanto a la pertenencia étnica, el 94,34% de los casos no tenía a ninguna y el 4,57% a la negra (**tabla 46**).

Tabla 46. Características generales de la población con TB y coinfección TB/VIH, Colombia 2024

Características	Población con TB n (%)	Población con TB/VIH n (%)
Sexo		
Hombre	9.676 (63,20)	1.648 (81,06)
Mujer	5.634 (36,80)	385 (18,94)
Grupo etario (años)		
0 - 4	201 (1,31)	4 (0,20)
5 - 9	110 (0,72)	0 (0,00)
10 - 14	126 (0,82)	2 (0,10)
15 - 19	661 (4,32)	16 (0,79)
20 - 24	1.280 (8,36)	145 (7,13)
25 - 29	1.518 (9,92)	296 (14,56)
30 - 34	1.504 (9,82)	386 (18,99)
35 - 39	1.243 (8,12)	302 (14,85)
40 - 44	1.091 (7,13)	264 (12,99)
45 - 49	919 (6,00)	174 (8,56)
50 - 54	928 (6,06)	139 (6,84)
55 - 59	1.111 (7,26)	123 (6,05)
60 - 64	1.069 (6,98)	91 (4,48)
65 - 69	994 (6,49)	55 (2,71)
70 - 74	933 (6,09)	27 (1,33)
75 - 79	695 (4,54)	4 (0,20)
80 - max	927 (6,05)	5 (0,25)
Pertenencia étnica		
Indígena	472 (3,08)	19 (0,93)
ROM/Gitano	3.917 (25,58)	0 (0,00)
Raizal	14 (0,09)	1 (0,05)
Palenquero	2 (0,01)	2 (0,10)
Negro/a	187 (1,22)	93 (4,57)
Ninguna	10.718 (70,01)	1.918 (94,34)
Total	15.310 (100,00)	2.033 (100,00)

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

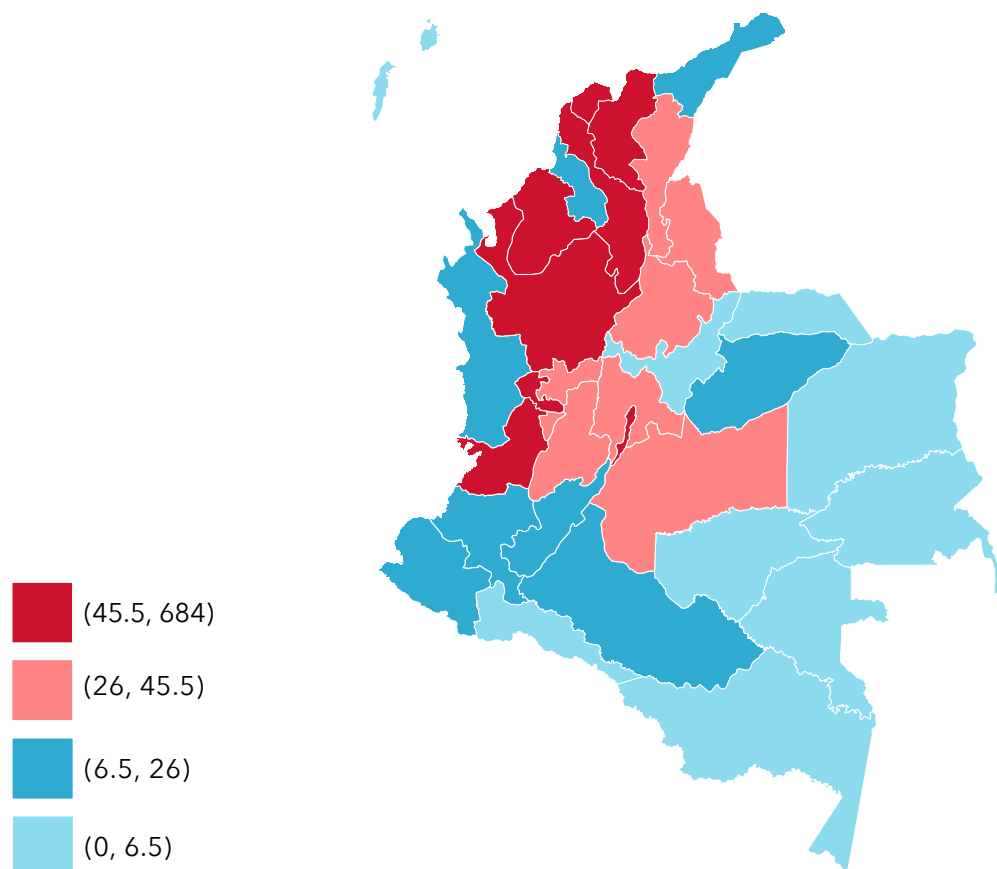
En la **tabla 46** se muestra estos casos desglosados por la región y la entidad territorial. El mayor número de personas con TB y coinfección TB/VIH se concentró en la región Central, con 37,11% y 46,38%, respectivamente. En los departamentos, la mayor frecuencia se registró en Antioquia, seguido de Valle del Cauca, Atlántico y Bogotá, D. C. En el **mapa 2**, se muestra la distribución de los casos de coinfección por la entidad territorial.



Tabla 47. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Población con TB n (%)	Población con TB/VIH n (%)
Bogotá, D. C.	1.378 (9,00)	237 (11,66)
Caribe	2.725 (17,80)	392 (19,28)
Atlántico	1.081 (7,06)	179 (8,80)
Bolívar	359 (2,34)	58 (2,85)
Cesar	331 (2,16)	35 (1,72)
Córdoba	228 (1,49)	53 (2,61)
La Guajira	349 (2,28)	12 (0,59)
Magdalena	295 (1,93)	46 (2,26)
Sucre	68 (0,44)	8 (0,39)
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	14 (0,09)	1 (0,05)
Central	5.682 (37,11)	943 (46,38)
Antioquia	3.549 (23,18)	684 (33,64)
Caldas	296 (1,93)	35 (1,72)
Caquetá	191 (1,25)	14 (0,69)
Huila	314 (2,05)	24 (1,18)
Quindío	243 (1,59)	44 (2,16)
Risaralda	582 (3,80)	99 (4,87)
Tolima	507 (3,31)	43 (2,12)
Oriental	2.749 (17,96)	157 (7,72)
Boyacá	159 (1,04)	6 (0,30)
Cundinamarca	423 (2,76)	38 (1,87)
Meta	734 (4,79)	28 (1,38)
Norte de Santander	462 (3,02)	40 (1,97)
Santander	971 (6,34)	45 (2,21)
Pacífica	2.287 (14,94)	288 (14,17)
Cauca	287 (1,87)	24 (1,18)
Chocó	157 (1,03)	10 (0,49)
Nariño	223 (1,46)	23 (1,13)
Valle del Cauca	1.620 (10,58)	231 (11,36)
Amazonía-Orinoquía	489 (3,19)	16 (0,79)
Arauca	147 (0,96)	3 (0,15)
Casanare	80 (0,52)	7 (0,34)
Putumayo	97 (0,63)	4 (0,20)
Amazonas	67 (0,44)	1 (0,05)
Guainía	2 (0,01)	0 (0,00)
Guaviare	52 (0,34)	1 (0,05)
Vaupés	11 (0,07)	0 (0,00)
Vichada	33 (0,22)	0 (0,00)
Total	15.310 (100,00)	2.033 (100,00)

Mapa 2. Distribución de los casos con coinfección TB/VIH por 100 PVV, según la entidad territorial, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

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

En el régimen contributivo, la entidad con la mayor frecuencia de casos reportados con TB sin VIH fue la EPS037 (n= 1.750), seguida de la EPS005 (n= 1.627) y de la EPS010 (n= 1.396), mientras que, en el régimen subsidiado, la entidad que sigue destacándose es la EPSS41, la cual incluso tuvo un incremento importante de los casos respecto al periodo anterior, pasando de 1.301 a 2.417. Con relación a la población con coinfección de TB y VIH, las entidades del contributivo con mayor número de casos fueron la EPS010 (n= 304) y la EPS002 (n= 284), y en el régimen subsidiado las EPSS40 (n= 271) y la ESS207 (n= 147) (**tabla 48**).

Tabla 48. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Población con TB n (%)	Población con TB/VIH n (%)
Contributivo	7.459 (48,72)	1.004 (49,39)
EAS016	4 (0,03)	0 (0,00)
EAS027	8 (0,05)	2 (0,10)
EPS001	40 (0,26)	5 (0,25)
EPS002	1.363 (8,90)	284 (13,97)
EPS005	1.627 (10,63)	126 (6,20)



Tabla 48. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Régimen de afiliación	Población con TB n (%)	Población con TB/VIH n (%)
EPS008	307 (2,01)	54 (2,66)
EPS010	1.396 (9,12)	304 (14,95)
EPS012	149 (0,97)	12 (0,59)
EPS017	410 (2,68)	75 (3,69)
EPS018	355 (2,32)	27 (1,33)
EPS037	1.750 (11,43)	104 (5,12)
EPS042	11 (0,07)	4 (0,20)
EPS046	21 (0,14)	0 (0,00)
EPS048	18 (0,12)	7 (0,34)
Subsidiado	7.376 (48,18)	994 (48,89)
CCF033	30 (0,20)	0 (0,00)
CCF050	24 (0,16)	7 (0,34)
CCF055	622 (4,06)	57 (2,80)
CCF102	2 (0,01)	2 (0,10)
EPS025	1 (0,01)	1 (0,05)
EPSI01	161 (1,05)	5 (0,25)
EPSI03	154 (1,01)	4 (0,20)
EPSI04	78 (0,51)	3 (0,15)
EPSI05	105 (0,69)	5 (0,25)
EPSI06	58 (0,38)	1 (0,05)
EPSS34	463 (3,02)	74 (3,64)
EPSS40	1.536 (10,03)	271 (13,33)
EPSS41	2.407 (15,72)	130 (6,39)
ESS024	362 (2,36)	124 (6,10)
ESS062	458 (2,99)	88 (4,33)
ESS118	465 (3,04)	75 (3,69)
ESS207	450 (2,94)	147 (7,23)
Excepción	419 (2,74)	26 (1,28)
RES001	84 (0,55)	2 (0,10)
RES002	41 (0,27)	1 (0,05)
RES003	187 (1,22)	15 (0,74)
RES004	107 (0,70)	8 (0,39)
Especial	6 (0,04)	0 (0,00)
RES007	1 (0,01)	0 (0,00)
RES008	1 (0,01)	0 (0,00)
RES011	2 (0,01)	0 (0,00)
RES012	2 (0,01)	0 (0,00)
Voluntarios	1 (0,01)	0 (0,00)
EMP028	1 (0,01)	0 (0,00)
No afiliado	49 (0,32)	9 (0,44)
05000	3 (0,02)	0 (0,00)

Tabla 48. Distribución de la población con TB y la población con TB/VIH según la entidad y el régimen de afiliación, Colombia 2024 (continuación)

Régimen de afiliación	Población con TB n (%)	Población con TB/VIH n (%)
11001	29 (0,19)	6 (0,30)
13000	9 (0,06)	0 (0,00)
25000	1 (0,01)	1 (0,05)
52000	2 (0,01)	0 (0,00)
54000	1 (0,01)	1 (0,05)
66000	3 (0,02)	0 (0,00)
76000	1 (0,01)	1 (0,05)
Total	15.310 (100,00)	2.033 (100,00)

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

La mayoría de los casos con coinfección TB/VIH presentan tuberculosis de tipo sensible (94,00%), y menos del 3% son multidrogoresistentes, extremadamente resistentes o monorresistentes a isoniazida o rifampicina. Por otro lado, en cuanto a los regímenes, más del 90% de las personas del régimen contributivo y subsidiado están recibiendo tratamiento en la fecha de corte o ya han completado el tratamiento. En la **tabla 49** también se detalla la información correspondiente a los demás regímenes de afiliación.

Tabla 49. Tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Tipo de TB activa/Recepción de tratamiento	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Total n (%)
Tipo de TB activa que presenta o presentó la persona con coinfección TB/VIH en los últimos 12 meses					
TB sensible	943 (93,92)	935 (94,06)	25 (96,15)	8 (88,89)	1.911 (94,00)
TB monorresistente a isoniazida	12 (1,20)	17 (1,71)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (1,43)
TB multidrogoresistente (isoniazida y rifampicina)	28 (2,79)	13 (1,31)	0 (0,00)	0 (0,00)	41 (2,02)
TB extremadamente resistente	1 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)
TB con respuesta desconocida al tratamiento/sin tratamiento	9 (0,90)	13 (1,31)	0 (0,00)	1 (11,11)	23 (1,13)
TB monorresistente a rifampicina	11 (1,10)	15 (1,51)	1 (3,85)	0 (0,00)	27 (1,33)
Sin dato	0 (0,00)	1 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)
Persona con coinfección TB/VIH que recibe o recibió tratamiento para TB activa en los últimos 12 meses					
Sí, recibió tratamiento completo	442 (44,02)	296 (29,78)	5 (19,23)	0 (0,00)	743 (36,55)
Sí, recibe tratamiento a la fecha de corte	512 (51,00)	648 (65,19)	20 (76,92)	2 (22,22)	1.182 (58,14)
No recibe porque rechaza el tratamiento	4 (0,40)	2 (0,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,30)
No recibe por no adherencia	3 (0,30)	13 (1,31)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (0,79)
No recibe por desabastecimiento	1 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)
No recibe por abandono del tratamiento	32 (3,19)	26 (2,62)	0 (0,00)	4 (44,44)	62 (3,05)
No ha iniciado tratamiento antituberculoso	9 (0,90)	8 (0,80)	1 (3,85)	3 (33,33)	21 (1,03)
Sin dato	1 (0,10)	1 (0,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,10)
Total	1.004 (100,00)	994 (100,00)	26 (100,00)	9 (100,00)	2.033 (100,00)

Se reportaron 44 combinaciones diferentes de tratamiento antituberculoso en la población. En la **tabla 50** se describen los esquemas más utilizados, que corresponden al 96,48% de todos los prescritos. El tratamiento más común fue la combinación de etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina, seguido por la combinación de isoniazida y rifampicina.

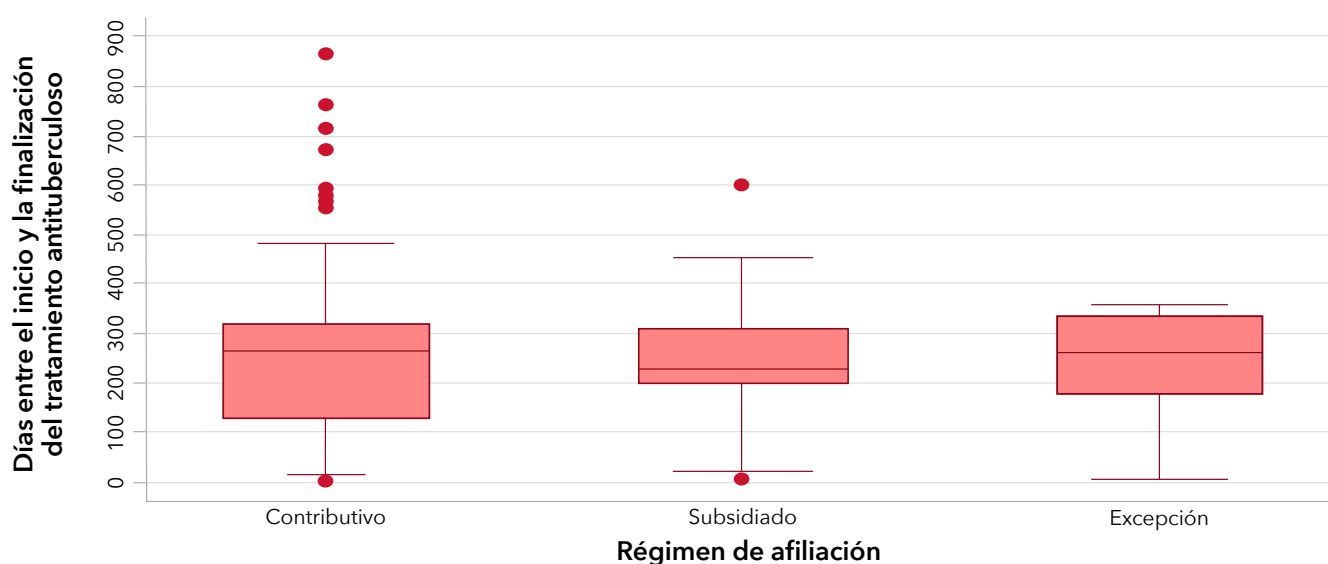


Tabla 50. Esquemas antituberculosos más frecuentes en los casos de coinfección TB/VIH, Colombia 2024

Esquemas anti-TB	n (%)
Etambutol, isoniazida, pirazinamida, rifampicina	1.421 (71,34)
Isoniazida, rifampicina	338 (16,97)
Etambutol, isoniazida, pirazinamida	88 (4,42)
Isoniazida, pirazinamida, rifampicina	24 (1,20)
Etambutol, isoniazida, moxifloxacina, pirazinamida, rifampicina	19 (0,95)
Etambutol, isoniazida, moxifloxacina, pirazinamida	12 (0,60)
Isoniazida	11 (0,55)
Levofloxacina, linezolid	9 (0,45)
Total	1.922 (96,48)

En cuanto a la duración del tratamiento anti-TB, el promedio de tiempo de todas las personas fue de 253,34 días (DE \pm 104,68). La mediana entre el inicio del tratamiento y la finalización del mismo fue de 242 días (RIC: 196 - 318). La **figura 17** muestra la duración del tratamiento anti-TB por el régimen.

Figura 18. Duración del tratamiento antituberculoso (en días) según el régimen de afiliación, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

Respecto a la condición de egreso de las personas coinfectadas con TB/VIH, el 13,87% logró la curación de la tuberculosis, el 23,32% terminó el tratamiento y el 51,75% lo continuaban al finalizar el periodo de reporte. La pérdida de los casos fue similar entre los regímenes contributivo y subsidiado con un 3,98% y 4,02% respectivamente (**tabla 51**).

Tabla 51. Condición de egreso del tratamiento antituberculoso en las personas con coinfección TB/VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Condición de egreso	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	No afiliado n (%)	Total n (%)
Curado	153 (15,24)	129 (12,98)	0 (0,00)	0 (0,00)	282 (13,87)
Tratamiento terminado	275 (27,39)	194 (19,52)	5 (19,23)	0 (0,00)	474 (23,32)
Pérdida en el seguimiento	40 (3,98)	40 (4,02)	0 (0,00)	5 (55,56)	85 (4,18)
Fracaso	1 (0,10)	5 (0,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,30)
Fallecido	29 (2,89)	66 (6,64)	4 (15,38)	0 (0,00)	99 (4,87)
No evaluado	5 (0,50)	12 (1,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (0,84)
No recibió tratamiento	7 (0,70)	8 (0,80)	0 (0,00)	1 (11,11)	16 (0,79)
Aún en tratamiento a la fecha de corte	494 (49,20)	538 (54,12)	17 (65,38)	3 (33,33)	1.052 (51,75)
Sin dato	0 (0,00)	2 (0,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,10)
Total	1.004 (100,00)	994 (100,00)	26 (100,00)	9 (100,00)	2.033 (100,00)

Se reportaron a la CAC 1.779 prescripciones de antirretrovirales en las personas con coinfección TB/VIH, lo que representa un aumento del 16,81% en la cobertura del tratamiento en comparación con el periodo anterior (1.480 casos). El esquema más frecuente fue el compuesto por dolutegravir, emtricitabina y tenofovir disoproxil. En la **tabla 52** se presentan los 17 esquemas más utilizados.

Tabla 52. Esquemas de terapia antirretroviral utilizados en la población con coinfección TB/VIH, Colombia 2024

Esquemas de TAR	n (%)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir disoproxil	659 (37,04)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil	531 (29,85)
Abacavir, dolutegravir, lamivudina	169 (9,50)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir disoproxil	67 (3,77)
Dolutegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida	56 (3,15)
Abacavir, efavirenz, lamivudina	44 (2,47)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	41 (2,30)
Atazanavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	33 (1,85)
Dolutegravir, lamivudina	31 (1,74)
Darunavir, dolutegravir, ritonavir	20 (1,12)
Abacavir, lamivudina, raltegravir	19 (1,07)
Emtricitabina, raltegravir, tenofovir alafenamida	14 (0,79)
Dolutegravir, lamivudina, zidovudina	9 (0,51)
Emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	9 (0,51)
Efavirenz, emtricitabina, tenofovir alafenamida	8 (0,45)
Darunavir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir alafenamida	6 (0,34)
Darunavir, dolutegravir, emtricitabina, ritonavir, tenofovir disoproxil	5 (0,28)
Total	1.721 (96,74)

7.

Indicadores de la gestión del riesgo



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

7.

RESUMEN infográfico

Indicadores de la gestión del riesgo

Periodo: del 1° de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.



La tamización de las gestantes

pasó de cumplimiento medio a alto (95,29%), mientras que el estudio sobre la transmisión materno - infantil está cerca de alcanzar la meta (95%).

La cobertura TAR se mantiene en bajo cumplimiento **80,38%,**

lo que representa desafíos a la hora de implementar las recomendaciones de la GPC 2021.



La indetectabilidad del VIH (< 50 copias/ml) en quienes llevan más de 48 semanas, presentó un leve incremento a nivel nacional, pasando del 63,71% al 64,76% en comparación con el periodo anterior.



La valoración del riesgo cardiovascular aumentó discretamente alcanzado el 83,82% a nivel nacional.



Los indicadores de tratamiento de las infecciones y enfermedades (profilaxis para neumonía, vacunación para la hepatitis B y tratamiento para TB latente) mantienen un bajo nivel de cumplimiento a lo largo del seguimiento de la cohorte.



En los nuevos indicadores, se observan algunos desafíos en la evaluación del seguimiento paraclínico, la retención en la atención y la atención por infectología.

La **oportunidad de inicio de la TAR y la proporción de las personas que presentan abandono de la misma, requieren de mayor trabajo conjunto,** con el fin de abordar los determinantes y mejorar las estrategias de **adherencia.**

GPC: guía de práctica clínica.

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 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).

En la **tabla 53** 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 (4).

Tabla 53. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2024

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	
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 en menos de 6 meses de diagnóstico		Línea de base	
Seguimiento	VIH_27	Letalidad en 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%

Tabla 53. Metas de los indicadores de la gestión del riesgo en VIH, Colombia 2024 (continuación)

Dominio	Código	Indicador	Rangos de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
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		

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

* Indicadores no calculados en el periodo 2024 debido a la poca disponibilidad de la información en las variables requeridas.



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

En la **figura 19** se presenta la tendencia de los IGR relacionados con la tamización, el estudio de la transmisión materno - infantil y cobertura de TAR en las gestantes que viven con el VIH en el país y según los regímenes de afiliación al sistema de salud. En los tres se evidenció una mejora, tanto a nivel nacional como por regímenes. En el caso de la tamización de gestantes, su cumplimiento pasó de medio a alto (95,29%) en comparación con el periodo anterior (91,58%). Por otro lado, la cobertura de la TAR se mantiene en un nivel bajo (77,23%), mientras que el estudio de la transmisión materno - infantil (TMI) está cerca de alcanzar la meta (95%).



Figura 19. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024

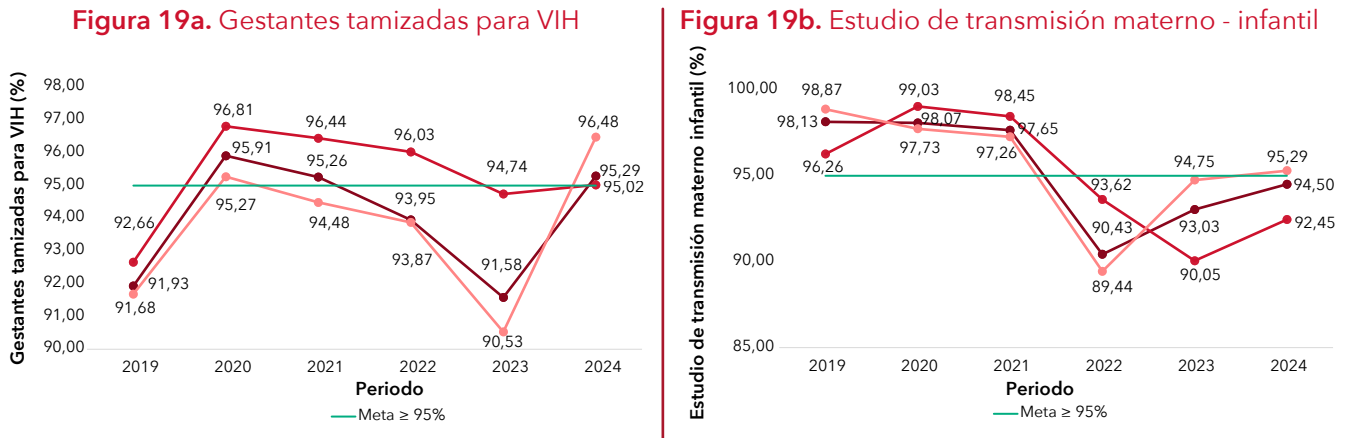
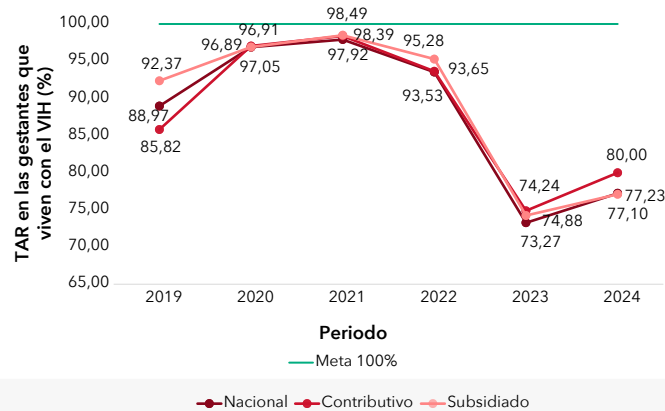


Figura 19c. TAR en las gestantes que viven con el VIH



[Descargar figura](#)

Para efectos de este capítulo la sigla ETMI hace referencia al IGR del estudio de la transmisión materno - infantil, 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 carga viral en los primeros 6 meses de edad.

La **tabla 54** muestra los indicadores del binomio madre - hijo según la ubicación geográfica. Se observó que Bogotá, D. C., y la región Oriental no alcanzaron la meta en la tamización de las gestantes; sin embargo, Bogotá, D. C., logró realizar el estudio de transmisión materno - fetal en el 98,51% de los casos, mientras que la región Oriental presentó el porcentaje más bajo. En cuanto a la cobertura de la TAR en las gestantes que viven con el VIH, se evidenció una mejora en términos generales en comparación con el periodo anterior. No obstante, todas las regiones aún presentan un bajo cumplimiento en este indicador y están lejos de alcanzar la meta (100%).

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 54. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según la región geográfica, Colombia 2024

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.	● 92,55	● 98,51	● 72,34
Amazonía-Orinoquía	● 96,61	● 91,67	● 67,65
Arauca	● 96,76	● 100,00	● 42,86
Casanare	● 97,21	● 100,00	● 88,89
Putumayo	● 97,24	● 100,00	● 100,00
Amazonas	● 85,24	Sin casos	● 33,33
Guainía	● 87,50	● 100,00	Sin casos
Guaviare	● 97,78	● 0,00	● 25,00
Vaupés	● 89,35	Sin casos	Sin casos
Vichada	● 95,87	Sin casos	Sin casos
Caribe	● 96,70	● 96,18	● 81,33
Atlántico	● 96,64	● 94,92	● 82,80
Bolívar	● 96,86	● 100,00	● 81,01
Cesar	● 97,87	● 94,74	● 90,00
Córdoba	● 98,26	● 94,55	● 80,00
La Guajira	● 94,93	● 100,00	● 84,21
Magdalena	● 94,17	● 100,00	● 75,00
Sucre	● 97,68	● 86,36	● 75,00
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 91,02	Sin casos	Sin casos
Central	● 95,80	● 94,78	● 79,76
Antioquia	● 95,64	● 92,41	● 77,54
Caldas	● 96,01	● 100,00	● 90,91
Caquetá	● 99,48	● 100,00	● 83,33
Huila	● 93,08	● 100,00	● 82,61
Quindío	● 98,30	● 100,00	● 93,33
Risaralda	● 93,36	● 100,00	● 74,07
Tolima	● 98,25	● 83,33	● 80,95
Oriental	● 94,25	● 84,27	● 76,12
Boyacá	● 93,96	● 66,67	● 62,50
Cundinamarca	● 91,89	● 78,95	● 68,97
Meta	● 97,04	● 94,12	● 47,06
Norte de Santander	● 91,81	● 78,26	● 77,78
Santander	● 96,73	● 91,67	● 97,14
Pacífica	● 95,20	● 95,65	● 71,36
Cauca	● 98,06	● 93,33	● 81,48
Chocó	● 88,39	● 94,74	● 66,67
Nariño	● 97,15	● 100,00	● 81,08
Valle del Cauca	● 93,99	● 95,00	● 67,44
Nacional	● 95,29	● 94,51	● 77,23



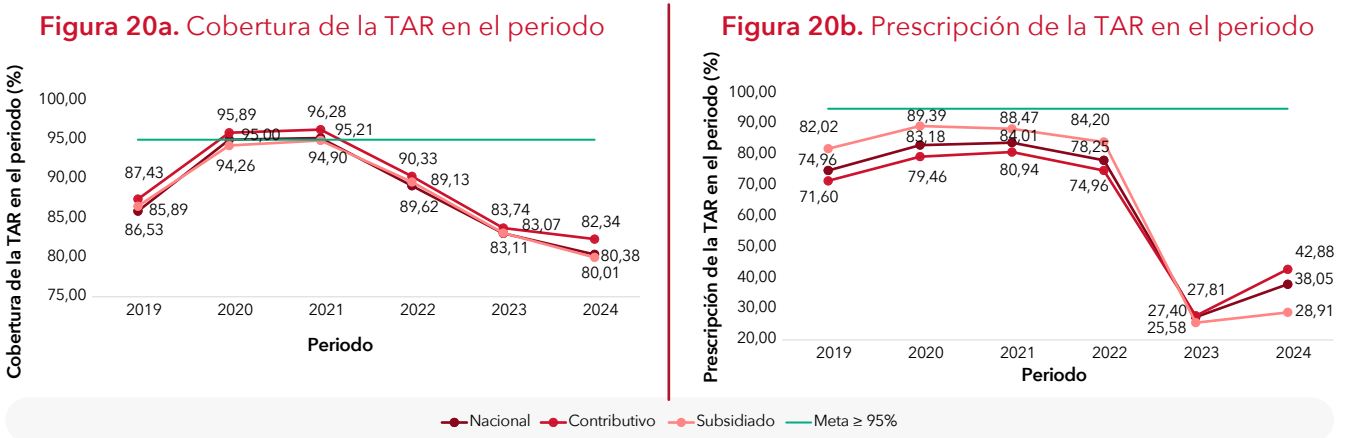
Respecto al aseguramiento, los regímenes contributivo y subsidiado alcanzaron un alto cumplimiento en la tamización de las gestantes. Sin embargo, los planes voluntarios y la población no asegurada presentaron un porcentaje bajo en este indicador. En el estudio de transmisión materno - infantil, el contributivo logró un cumplimiento medio, estando cerca de la meta (> 95%). No obstante, en todos los regímenes se observó un bajo cumplimiento en la cobertura de la TAR en las gestantes.

Tabla 55. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización y la ETMI del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

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	95,02	92,49	80,00
Especial	93,22	Sin casos	Sin casos
Excepción	94,19	100,00	72,73
No afiliado	76,61	Sin casos	0,00
Subsidiado	96,48	95,28	77,11
Voluntarios	65,11	Sin casos	Sin casos
Nacional	95,29	94,51	77,23

Por otro lado, la cobertura de la TAR ha mostrado un descenso desde 2021, alcanzando el porcentaje más bajo en el ámbito nacional en el periodo 2024 (80,38%). En cuanto a la prescripción de la TAR, la implementación de las recomendaciones de la última GPC (23) está aumentando levemente y en el periodo 2024 incrementó en 10,65% con relación al año anterior (**figura 20**).

Figura 20. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

La **tabla 56** muestra los indicadores de cobertura y prescripción de la TAR según la ubicación geográfica. Se observa que ninguna región ni departamento alcanzó la meta propuesta en la cobertura de la TAR, presentándose los porcentajes más bajos en la región Pacífica (76,98%) y Bogotá, D. C., (78,01%). En relación con la prescripción de la TAR conforme a las nuevas recomendaciones de la GPC, el cumplimiento continúa siendo bajo, peso a ello, se registraron aumentos en la mayoría de las regiones en comparación con el periodo anterior, principalmente Bogotá, D. C., (17,60%) y la región Central (14,13%).

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 56. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según la región geográfica, Colombia 2024

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.	● 78,01	● 54,97
Amazonía-Orinoquía	● 83,39	● 27,48
Arauca	● 83,30	● 41,26
Casanare	● 87,45	● 22,68
Putumayo	● 81,48	● 20,48
Amazonas	● 60,38	● 42,11
Guainía	● 85,71	● 36,36
Guaviare	● 85,00	● 20,31
Vaupés	● 57,14	● 0,00
Vichada	● 81,03	● 17,39
Caribe	● 84,31	● 27,31
Atlántico	● 84,44	● 30,78
Bolívar	● 85,90	● 25,54
Cesar	● 75,39	● 26,40
Córdoba	● 86,19	● 32,33
La Guajira	● 83,38	● 22,61
Magdalena	● 85,16	● 18,14
Sucre	● 88,21	● 20,88
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 82,50	● 13,33
Central	● 79,85	● 35,96
Antioquia	● 78,28	● 35,13
Caldas	● 83,14	● 41,06
Caquetá	● 84,55	● 39,79
Huila	● 84,31	● 34,63
Quindío	● 83,01	● 36,93
Risaralda	● 80,54	● 37,87
Tolima	● 82,54	● 38,66
Oriental	● 83,62	● 41,32
Boyacá	● 86,51	● 26,24
Cundinamarca	● 80,80	● 46,78
Meta	● 79,24	● 19,17
Norte de Santander	● 86,18	● 44,57
Santander	● 85,35	● 50,13
Pacífica	● 76,98	● 36,26
Cauca	● 83,35	● 44,50
Chocó	● 80,16	● 46,50
Nariño	● 81,17	● 27,86
Valle del Cauca	● 75,71	● 36,10
Nacional	● 80,38	● 38,06



De acuerdo con el régimen de aseguramiento, se observa que el de tipo contributivo (82,34%) presenta la mayor cobertura de TAR en las PVV, seguido del subsidiado (80,01). En contraste, solo el 28,91% de la población en el régimen subsidiado y el 42,89% en el contributivo fueron reportados con la prescripción terapéutica acorde a las recomendaciones de la GPC, mientras que el régimen especial alcanzó el 66,67% (**tabla 57**).

Tabla 57. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la cobertura de la terapia antirretroviral según el régimen de afiliación, Colombia 2024

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	● 82,34	● 42,89		
Especial	● 71,30	● 66,67		
Excepción	● 67,25	● 50,90		
No afiliado	● 0,68	● 50,00		
Subsidiado	● 80,01	● 28,91		
Voluntarios	● 16,10	● 61,11		
Nacional	● 80,38	● 38,06		

La **figura 21** muestra la tendencia de los indicadores relacionados con el control virológico y el cambio de esquema de TAR. En relación con realización de linfocitos T CD4+ y CV durante los últimos seis meses del periodo, se observa una disminución nacional, pasando del 76,03% al 74,03% en comparación con el periodo anterior. Este comportamiento es similar en ambos regímenes, manteniéndose en un rango de bajo cumplimiento. En cuanto a la proporción de las PVV que requirieron un cambio en el esquema de TAR durante los 12 meses posteriores a su inicio, en el régimen contributivo aumentó del 10,75% al 22,65%, mientras que en el subsidiado disminuyó del 17,95% al 13,14%.

Figura 21. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024

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

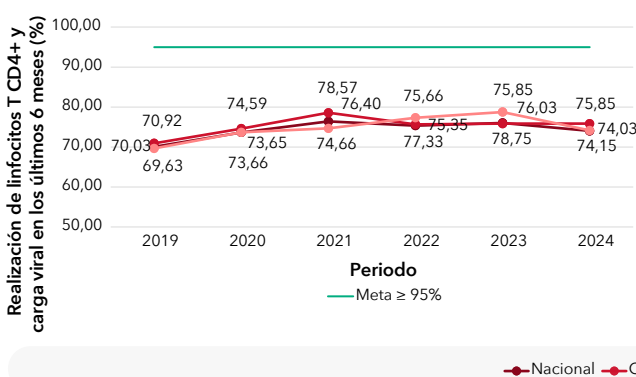
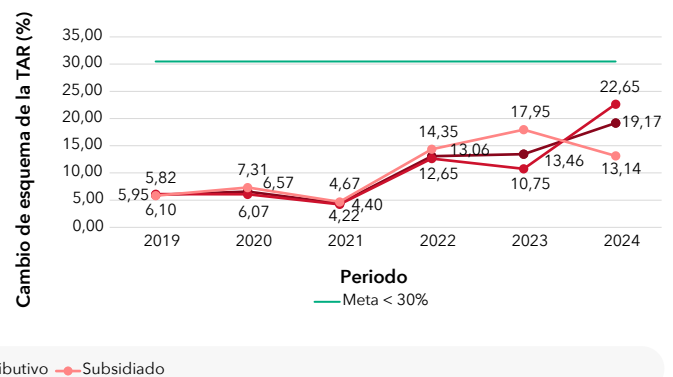


Figura 21b. Cambio de esquema de la TAR



[Descargar figura](#)

Al desagregar los datos por las regiones (**tabla 58**), se observa que la Caribe tiene la mayor proporción de la realización de los estudios de seguimiento, seguida de la Oriental. Sin embargo, todas se mantienen en un rango de cumplimiento bajo en este indicador. En cuanto al cambio de esquema de TAR, la región con el mejor desempeño es la Amazonía-Orinoquía, seguida por la Oriental. Es importante resaltar que este indicador está en cumplimiento alto.

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 58. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con control virológico y el seguimiento según la región geográfica, Colombia 2024

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.	● 72,02	● 20,91
Amazonía-Orinoquía	● 75,07	● 12,53
Arauca	● 82,29	● 14,07
Casanare	● 81,53	● 14,46
Putumayo	● 61,55	● 11,51
Amazonas	● 45,91	● 10,81
Guainía	● 60,00	● 9,09
Guaviare	● 85,00	● 4,68
Vaupés	● 66,66	● 20,00
Vichada	● 63,79	● 4,34
Caribe	● 79,79	● 18,21
Atlántico	● 80,85	● 20,99
Bolívar	● 81,50	● 16,57
Cesar	● 72,68	● 19,56
Córdoba	● 82,74	● 16,51
La Guajira	● 61,04	● 14,28
Magdalena	● 81,33	● 18,46
Sucre	● 86,23	● 12,59
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 80,00	● 20,00
Central	● 72,50	● 22,07
Antioquia	● 68,20	● 24,15
Caldas	● 81,05	● 18,95
Caquetá	● 85,59	● 11,30
Huila	● 83,74	● 21,65
Quindío	● 81,01	● 17,52
Risaralda	● 75,97	● 15,30
Tolima	● 78,75	● 16,26
Oriental	● 78,30	● 12,79
Boyacá	● 79,41	● 14,59
Cundinamarca	● 75,96	● 13,81
Meta	● 72,03	● 11,63
Norte de Santander	● 83,74	● 10,90
Santander	● 78,74	● 13,69
Pacífica	● 69,00	● 17,51
Cauca	● 75,84	● 14,73
Chocó	● 66,82	● 15,92
Nariño	● 66,42	● 14,54
Valle del Cauca	● 68,63	● 18,10
Nacional	● 74,03	● 19,17



Según la población afiliada al SGSSS, el régimen contributivo registró la mayor proporción de los estudios de seguimiento (75,86%), seguido por el subsidiado que alcanzó un 74,15% (**tabla 59**). Por otro lado, en cuanto al cambio del esquema de la TAR, los no afiliados y los planes voluntarios de salud, obtuvieron el mejor desempeño.

Tabla 59. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el control virológico y el seguimiento según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	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	● 75,86	● 22,66
Especial	● 64,35	● 22,22
Excepción	● 57,43	● 18,61
No afiliado	● 0,68	● 0,00
Subsidiado	● 74,15	● 13,14
Voluntarios	● 11,35	● 5,56
Nacional	● 74,04	● 19,17

La **figura 22** muestra la tendencia de IGR de cribado de enfermedades en las PVV según el régimen de afiliación. Se observó una disminución en la tamización de la TB latente en el ámbito nacional pasando de 59,91% a 57,95% respecto al periodo anterior. En cuanto el cribado de la sífilis, tanto nacional como por los distintos regímenes del aseguramiento, se presentó un decremento, manteniéndose en un bajo cumplimiento en este indicador. No obstante, la proporción de las personas a las que se evaluó el riesgo cardiovascular aumentó discretamente alcanzando una cifra nacional del 84,30%.

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 22. Indicadores de gestión del riesgo relacionados con la tamización de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2023

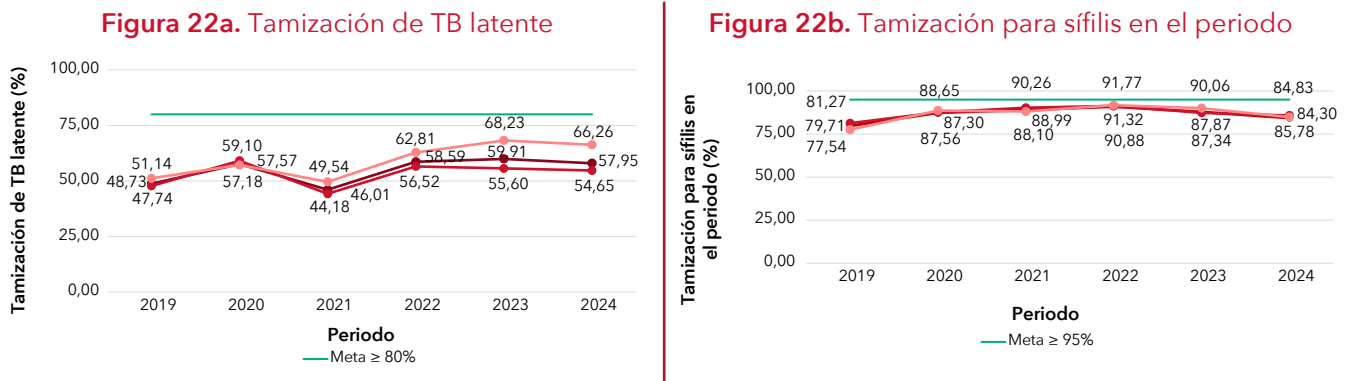
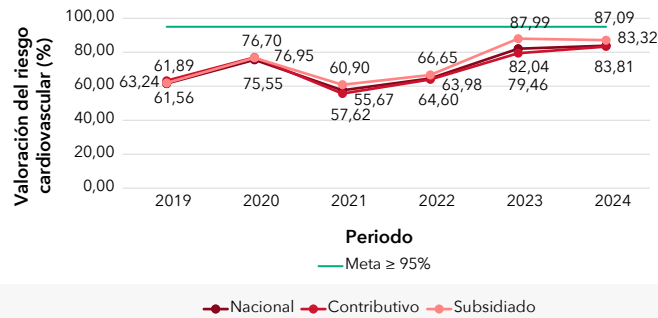


Figura 22c. Valoración del riesgo cardiovascular



Descargar figura

Respecto a las regiones, se identificó una mayor adherencia a la recomendación de la tamización para la TB latente en la Amazonía-Orinoquía (67,22%) y en la Oriental (67,20%) y en las entidades territoriales: Huila, Caquetá y Quindío. En relación al cribado de sífilis todas las regiones presentan un cumplimiento bajo, sin embargo, el mejor comportamiento se observó en la Amazonía-Orinoquía. Por otro lado, en la evaluación del riesgo cardiovascular, se reportó una mayor proporción de personas evaluadas en la región Oriental (89,80%) seguida de la Caribe (85,93%) ambas alcanzado un cumplimiento medio. Las demás regiones, en cambio, obtuvieron uno bajo.

Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según la región geográfica, Colombia 2024

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.	● 49,30	● 82,62	● 82,63
Amazonía-Orinoquía	● 67,22	● 87,95	● 79,65
Arauca	● 62,00	● 87,73	● 75,80
Casanare	● 67,62	● 90,17	● 82,37
Putumayo	● 77,13	● 88,54	● 87,14
Amazonas	● 35,71	● 66,67	● 60,32



Tabla 60. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según la región geográfica, Colombia 2024 (continuación)

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%
Guainía	● 70,37	● 85,71	● 87,50
Guaviare	● 71,11	● 93,00	● 68,04
Vaupés	● 61,11	● 61,90	● 62,50
Vichada	● 74,07	● 87,93	● 92,31
Caribe	● 62,95	● 87,52	● 85,93
Atlántico	● 64,53	● 87,31	● 78,30
Bolívar	● 47,67	● 89,43	● 89,40
Cesar	● 66,34	● 78,79	● 80,78
Córdoba	● 60,75	● 89,58	● 93,36
La Guajira	● 72,77	● 85,31	● 88,12
Magdalena	● 73,65	● 89,18	● 90,43
Sucre	● 70,92	● 91,09	● 92,30
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 75,68	● 81,67	● 80,00
Central	● 57,87	● 84,54	● 83,48
Antioquia	● 49,61	● 82,29	● 79,31
Caldas	● 69,98	● 88,38	● 88,34
Caquetá	● 83,71	● 91,13	● 87,47
Huila	● 83,88	● 90,79	● 92,52
Quindío	● 82,11	● 91,27	● 94,29
Risaralda	● 61,66	● 85,79	● 88,77
Tolima	● 62,98	● 86,83	● 84,66
Oriental	● 67,20	● 86,60	● 89,80
Boyacá	● 72,86	● 89,69	● 89,27
Cundinamarca	● 51,73	● 86,05	● 86,92
Meta	● 65,16	● 78,14	● 86,99
Norte de Santander	● 75,88	● 89,30	● 92,50
Santander	● 71,54	● 88,58	● 90,92
Pacífica	● 56,35	● 80,00	● 78,82
Cauca	● 76,12	● 83,87	● 92,04
Chocó	● 67,73	● 83,25	● 85,05
Nariño	● 76,37	● 84,96	● 89,32
Valle del Cauca	● 51,25	● 78,90	● 76,49
Nacional	● 57,95	● 84,30	● 83,82

De acuerdo con el régimen de afiliación (tabla 61), se observa una mayor proporción de los casos con cribado para la TB en el subsidiado (66,27%), seguido del contributivo (54,66%). En cuanto a la sífilis, el 85,79% de las personas en el contributivo y el 84,84% del subsidiado fueron tamizadas durante el periodo. Sin embargo, ninguno de los regímenes alcanzó un cumplimiento medio o alto. Respecto a la valoración del riesgo cardiovascular, solo el subsidiado logró un desempeño medio (87,09%).

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 61. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con la tamización de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2024

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	● 54,66	● 85,79	● 83,33
Especial	● 45,28	● 74,78	● 55,17
Excepción	● 52,60	● 70,99	● 78,55
No afiliado	● 0,97	● 3,28	● 8,79
Subsidiado	● 66,27	● 84,84	● 87,09
Voluntarios	● 8,32	● 17,98	● 20,36
Nacional	● 57,95	● 84,30	● 83,82

Por otro lado, los IGR relacionados con las estrategias farmacológicas para el tratamiento y la prevención de las coinfecciones en las PVV se presentan en la **figura 23**. La cobertura para la TB latente en el ámbito nacional y por regímenes, mantiene un comportamiento similar al del periodo anterior. Mientras que la profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y la vacunación para la hepatitis B presentaron un incremento nacional del 13,81% y 7,27% respectivamente. Sin embargo, los tres indicadores mantienen un bajo nivel de cumplimiento a lo largo del seguimiento de la cohorte.

Figura 23. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024

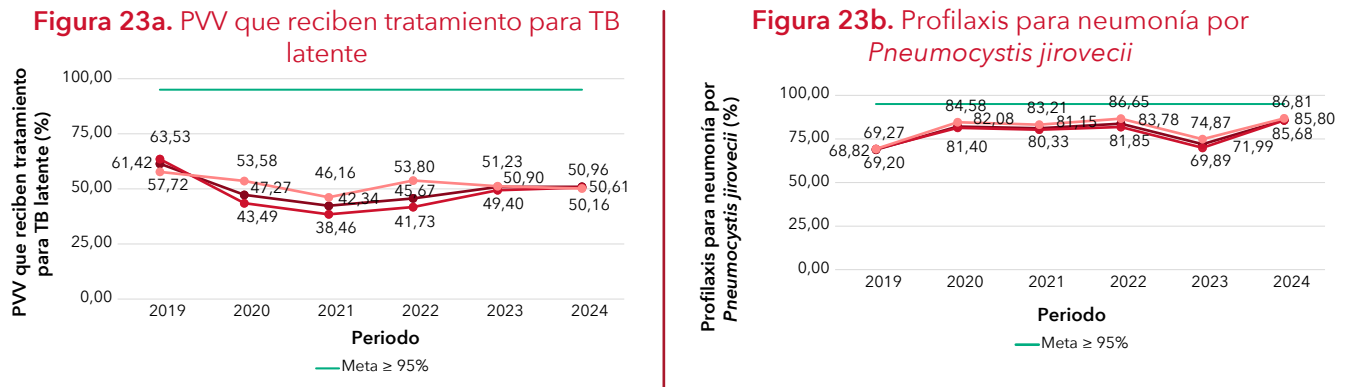
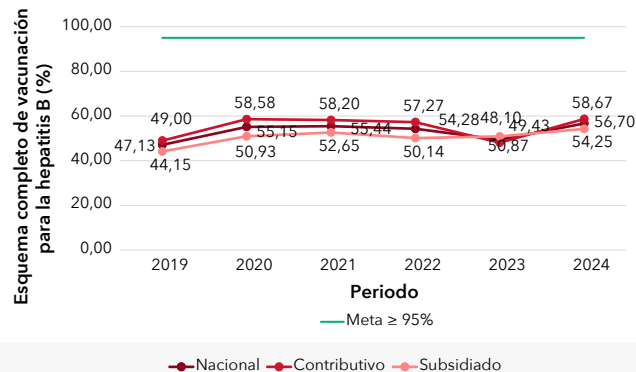


Figura 23c. Esquema completo de vacunación para la hepatitis B



[Descargar figura](#)



En la **tabla 62** se observan los IGR de tratamiento y prevención de enfermedades según la ubicación geográfica. Respecto a la profilaxis para *Pneumocystis jirovecii*, se identifica un comportamiento más homogéneo entre las regiones con un rango entre 87,48% y 81,60% para la Pacífica y la Oriental, respectivamente. Por el contrario, el tratamiento para la TB latente presenta diferencias marcadas, siendo la región Oriental la de mayor cobertura (81,17%). La vacunación completa contra la hepatitis B continúa mostrando un bajo nivel de cumplimiento, con el valor más crítico en la región Amazonía-Orinoquía (44,77%).

Tabla 62. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2024

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.	● 86,87	● 53,22	● 67,03
Amazonía-Orinoquía	● 81,02	● 44,77	● 75,00
Arauca	● 94,29	● 37,38	● 50,00
Casanare	● 80,61	● 35,80	● 100,00
Putumayo	● 77,78	● 63,96	● 100,00
Amazonas	● 72,41	● 39,66	● 100,00
Guainía	● 90,91	● 33,33	Sin casos
Guaviare	● 65,38	● 65,52	● 0,00
Vaupés	● 50,00	● 60,00	Sin casos
Vichada	● 100,00	● 75,00	Sin casos
Caribe	● 85,72	● 54,65	● 55,96
Atlántico	● 88,90	● 52,86	● 59,11
Bolívar	● 81,37	● 42,40	● 54,00
Cesar	● 92,94	● 61,69	● 70,00
Córdoba	● 82,77	● 61,50	● 44,44
La Guajira	● 78,10	● 23,68	● 50,00
Magdalena	● 86,82	● 70,21	● 42,86
Sucre	● 87,73	● 73,31	● 57,14
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 90,91	● 69,64	● 100,00
Central	● 86,71	● 56,80	● 34,83
Antioquia	● 84,79	● 47,51	● 19,09
Caldas	● 88,16	● 78,32	● 75,00
Caquetá	● 95,95	● 82,68	● 88,89
Huila	● 92,86	● 76,34	● 90,00
Quindío	● 92,71	● 67,78	● 63,04
Risaralda	● 90,54	● 65,15	● 70,61
Tolima	● 79,32	● 58,39	● 68,33
Oriental	● 81,60	● 65,24	● 80,17
Boyacá	● 86,00	● 47,58	● 87,50
Cundinamarca	● 86,82	● 55,10	● 72,73
Meta	● 86,08	● 48,51	● 83,95

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 62. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y prevención de enfermedades según la región geográfica, Colombia 2024 (continuación)

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%
Norte de Santander	● 74,54	● 74,76	● 80,77
Santander	● 78,91	● 78,16	● 80,14
Pacífica	● 87,48	● 58,37	● 65,52
Cauca	● 92,52	● 76,66	● 76,67
Chocó	● 62,50	● 32,93	● 55,56
Nariño	● 83,17	● 69,90	● 69,57
Valle del Cauca	● 88,44	● 55,61	● 64,75
Nacional	● 85,81	● 56,71	● 50,96

Al analizar el comportamiento de estos IGR por el régimen, se observa un bajo cumplimiento en la profilaxis para *Pneumocystis jirovecii*, siendo los de mayor cobertura: el contributivo (85,68%) y el subsidiado (86,81%). En cuanto al tratamiento para la TB latente, persiste lejano a la meta propuesta (≥ 95%), encontrándose en el 50,61% y 50,17% para los regímenes contributivo y subsidiado, respectivamente. Finalmente, en la vacunación para la hepatitis B se evidencia la mejor cobertura en el contributivo (58,68%), seguido del de excepción (54,79%).

Tabla 63. Indicadores de la gestión del riesgo relacionados con el tratamiento y la prevención de las enfermedades según el régimen de afiliación, Colombia 2024

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
	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%	≥ 90 y < 95%
	< 90%	< 90%	< 90%
Contributivo	● 85,68	● 58,68	● 50,61
Especial	● 80,00	● 50,00	Sin casos
Excepción	● 69,11	● 54,79	● 69,47
No afiliado	● 63,64	● 2,13	Sin casos
Subsidiado	● 86,81	● 54,26	● 50,17
Voluntarios	● 11,11	● 16,52	Sin casos
Nacional	● 85,81	● 56,71	● 50,96

Durante la actualización de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas con VIH, relacionados en el consenso del 2023 (4), se propuso un cambio en la operacionalización y el rango de cumplimiento de indetectabilidad a las 48 semanas o más de la TAR, estableciendo una meta del ≥ 95%. Para el periodo 2024, se observó un leve incremento nacional, pasando del 63,71% al 64,76% en comparación con el periodo anterior.

En la **tabla 64** se muestran los resultados de indetectabilidad a las 48 semanas o más de la TAR, desglosados por la región geográfica y la entidad territorial. La región Oriental registró el rendimiento más alto (66,81%), seguida por Bogotá, D. C., (65,88%), superando ambos el valor nacional. Sin embargo, a pesar de estos resultados, se observa un bajo cumplimiento general de este indicador.



Tabla 64. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según la región geográfica, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	
	≥ 90%	
	≥ 80 y < 90%	
	< 80%	
Bogotá, D. C.	●	65,88
Amazonía-Orinoquía	●	57,74
Arauca	●	61,75
Casanare	●	65,36
Putumayo	●	44,94
Amazonas	●	35,04
Guainía	●	29,63
Guaviare	●	56,86
Vaupés	●	38,89
Vichada	●	61,70
Caribe	●	66,40
Atlántico	●	68,03
Bolívar	●	65,87
Cesar	●	61,62
Córdoba	●	69,63
La Guajira	●	45,22
Magdalena	●	68,53
Sucre	●	72,33
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	●	67,29
Central	●	64,66
Antioquia	●	61,04
Caldas	●	73,25
Caquetá	●	75,99
Huila	●	73,72
Quindío	●	74,66
Risaralda	●	66,27
Tolima	●	67,86
Oriental	●	66,81
Boyacá	●	66,64
Cundinamarca	●	67,09
Meta	●	61,34
Norte de Santander	●	69,41
Santander	●	67,39
Pacífica	●	60,19
Cauca	●	67,14
Chocó	●	52,01
Nariño	●	51,59
Valle del Cauca	●	60,69
Nacional	●	64,76

Por otro lado, según las personas afiliadas al SGSSS, el régimen con la mayor proporción de las PVV con carga viral (CV) < 50 copias/ml fue el contributivo (67,83%), seguido por el especial y el subsidiado (**tabla 65**). El bajo rendimiento de este indicador puede explicarse por el ajuste operativo realizado durante la actualización del consenso.

Tabla 65. Indicador de la gestión del riesgo relacionado con la indetectabilidad del virus del VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen de afiliación	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	
	≥ 90%	
	≥ 80 y < 90%	
	< 80%	
Contributivo	●	67,83
Especial	●	62,26
Excepción	●	51,30
No afiliado	●	0,00
Subsidiado	●	61,80
Voluntarios	●	11,05
Nacional	●	64,76

La actualización del consenso (4) también incluyó los nuevos IGR en los dominios del binomio madre - hijo, diagnóstico, seguimiento y tratamiento, basadas en las recomendaciones de la GPC de 2021 (23) para asegurar una atención integral. A continuación, en las **tablas 66 y 67** 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.

La detección en los casos incidentes con conteo de linfocitos T CD4+ > 350 cel/mm³ varió entre 34,70% y 47,85% en las distintas regiones geográficas. En cuanto al dominio de seguimiento, se observaron proporciones superiores al 60% (desempeño bajo) en la retención en la atención de la población viviendo con el VIH, destacándose la Caribe con el mayor cumplimiento. Por otra parte, las proporciones de la atención por el infectólogo en el periodo oscilaron entre el 41,63% y 72,33%, valores correspondientes a la Central y Caribe, respectivamente.

En los IGR de tamización de infecciones, se observa una cobertura nacional del 28,09% en el tamizaje anal del VPH, siendo mayor en las regiones Oriental (33,60%) y Central (30,41%). Por el contrario, en la hepatitis B y C, el desempeño general del país es mayor al 70%, sin embargo, ambos disminuyeron en 5,25% y 4,74% respectivamente, comparado con el periodo 2023.

En el ámbito nacional, se evidenció que las hospitalizaciones en las personas que tenían menos de 6 meses de diagnóstico disminuyeron frente al periodo anterior, pasando de 3,09% a 2,14%. De igual forma la letalidad por causa del VIH decreció en 0,26% y con un comportamiento similar entre las regiones.

La oportunidad de inicio de la TAR en el ámbito nacional aumentó un 8,73% en comparación con el periodo 2023 (43,96%). La menor proporción sigue observándose en Bogotá, D. C., con un 31,04%. Por otro lado, el abandono de la TAR no superó el 30% a nivel país ni en ninguna región. No obstante, es crucial continuar trabajando en los determinantes y en las estrategias de adherencia de la población.



Tabla 66. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2024

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
Bogotá, D. C.	43,81	57,68	67,73	43,85
Amazonía-Orinoquía	37,58	64,60	70,88	39,49
Arauca	27,12	69,62	74,25	40,24
Casanare	33,58	71,78	79,38	44,84
Putumayo	41,18	40,04	57,85	40,04
Amazonas	36,84	51,57	35,85	10,06
Guainía	0,00	57,14	60,00	22,86
Guaviare	64,86	84,00	80,50	34,00
Vaupés	0,00	61,90	57,14	9,52
Vichada	50,00	81,03	60,34	32,76
Caribe	34,70	72,33	77,25	44,85
Atlántico	36,03	70,57	78,11	40,28
Bolívar	34,18	72,75	79,35	49,22
Cesar	36,04	55,16	70,51	41,91
Córdoba	30,93	80,28	80,46	56,88
La Guajira	40,37	72,26	57,78	33,96
Magdalena	33,68	76,89	78,01	40,72
Sucre	32,97	79,29	84,30	47,82
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	37,50	81,67	78,33	13,33
Central	47,85	41,63	69,14	49,56
Antioquia	51,96	33,15	64,99	44,03
Caldas	47,04	50,67	77,31	44,38
Caquetá	37,37	61,48	81,84	53,65
Huila	34,84	48,54	80,45	72,74
Quindío	37,13	82,11	77,16	64,17
Risaralda	46,48	50,67	72,41	59,74
Tolima	38,69	48,82	75,13	55,56
Oriental	41,31	62,89	75,04	36,90
Boyacá	43,66	76,43	75,80	43,53
Cundinamarca	42,49	66,97	70,83	42,35
Meta	40,93	55,87	68,20	24,29
Norte de Santander	39,17	74,16	81,13	51,43
Santander	41,67	51,93	76,72	26,63
Pacífica	41,93	47,22	60,66	41,34
Cauca	34,78	67,97	70,89	41,21
Chocó	44,44	75,77	63,74	39,84
Nariño	33,46	46,32	62,27	37,69
Valle del Cauca	44,27	44,32	59,28	41,83
Nacional	42,32	55,10	69,86	44,39

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

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 66. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	Abandono de la TAR durante el periodo	Tamización anal del VPH	Tamización para hepatitis B	Tamización para hepatitis C	Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico
Bogotá, D. C.	21,38	27,57	75,37	79,77	1,94
Amazonía-Orinoquía	23,33	10,78	78,74	78,44	2,16
Arauca	14,86	7,06	84,15	83,10	3,88
Casanare	12,45	12,22	89,43	89,84	1,46
Putumayo	50,00	8,39	71,70	70,72	1,92
Amazonas	39,74	15,79	39,22	38,99	7,41
Guainía	75,00	0,00	80,00	80,00	0,00
Guaviare	18,42	9,09	53,03	52,50	0,00
Vaupés	33,33	0,00	61,90	61,90	0,00
Vichada	8,77	33,33	69,81	70,69	0,00
Caribe	17,93	26,80	79,37	84,40	1,98
Atlántico	19,48	35,33	77,87	86,19	1,97
Bolívar	16,90	14,75	82,61	86,30	1,35
Cesar	15,90	34,39	63,37	73,17	2,82
Córdoba	12,68	21,23	84,15	83,63	2,33
La Guajira	19,76	8,72	65,99	75,98	1,42
Magdalena	21,60	10,89	84,92	88,63	1,96
Sucre	21,45	42,86	88,98	89,50	2,33
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	7,69	8,33	27,14	80,83	0,00
Central	18,59	30,41	74,42	82,98	2,12
Antioquia	19,11	25,18	70,01	81,92	1,76
Caldas	20,11	32,45	84,85	85,63	2,82
Caquetá	16,79	58,37	88,69	89,03	3,21
Huila	16,38	44,72	89,02	88,96	5,01
Quindío	13,88	48,38	84,89	88,69	2,66
Risaralda	20,94	44,36	69,27	79,89	1,01
Tolima	15,36	53,04	82,87	83,34	2,79
Oriental	17,80	33,60	75,63	71,30	2,15
Boyacá	25,68	31,99	85,04	84,71	1,24
Cundinamarca	21,03	26,80	81,15	85,02	2,51
Meta	15,39	25,13	76,09	70,68	2,30
Norte de Santander	14,99	31,30	75,41	65,61	1,76
Santander	17,26	49,74	69,94	63,31	2,36
Pacífica	26,41	21,90	69,76	76,30	2,64
Cauca	23,40	36,88	86,00	87,63	3,32
Chocó	15,27	17,78	81,96	83,22	4,10
Nariño	43,65	16,74	71,20	73,37	4,03
Valle del Cauca	24,97	20,83	67,08	75,25	2,24
Nacional	20,27	28,09	75,23	80,02	2,14

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



Tabla 66. Línea de base de los nuevos indicadores* de la gestión del riesgo en VIH según la región geográfica y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	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
Bogotá, D. C.	0,07	0,41	0,03	35,00	31,04	23,37
Amazonía-Orinoquía	0,04	1,77	0,34	Sin casos	53,33	53,57
Arauca	0,21	1,94	0,85	Sin casos	49,15	42,86
Casanare	0,00	1,94	0,34	Sin casos	56,93	77,78
Putumayo	0,00	2,88	0,00	Sin casos	32,35	50,00
Amazonas	0,00	0,00	0,00	Sin casos	63,16	0,00
Guainía	0,00	0,00	0,00	Sin casos	66,67	Sin casos
Guaviare	0,00	0,00	0,53	Sin casos	78,38	50,00
Vaupés	0,00	0,00	0,00	Sin casos	0,00	Sin casos
Vichada	0,00	0,00	0,00	Sin casos	66,67	Sin casos
Caribe	0,03	1,59	0,33	44,64	67,64	42,93
Atlántico	0,03	0,88	0,29	20,00	59,56	39,27
Bolívar	0,03	2,26	0,41	50,00	74,01	46,30
Cesar	0,05	0,40	0,24	66,67	50,65	46,15
Córdoba	0,04	3,49	0,49	83,33	90,08	38,79
La Guajira	0,05	0,85	0,27	50,00	41,10	62,50
Magdalena	0,05	0,98	0,12	50,00	75,64	61,19
Sucre	0,00	2,33	0,39	50,00	71,43	36,36
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,00	0,00	0,85	Sin casos	50,00	0,00
Central	0,05	0,57	0,22	26,23	51,59	28,71
Antioquia	0,05	0,45	0,23	32,43	54,15	29,67
Caldas	0,10	0,24	0,03	33,33	33,10	27,03
Caquetá	0,00	0,00	0,11	*	49,49	40,63
Huila	0,10	0,22	0,24	0,00	61,67	20,21
Quindío	0,09	1,69	0,33	50,00	68,01	36,26
Risaralda	0,02	1,01	0,25	16,67	38,50	23,48
Tolima	0,09	0,86	0,14	0,00	40,15	27,18
Oriental	0,06	0,99	0,18	50,00	50,68	25,77
Boyacá	0,15	0,41	0,15	Sin casos	44,37	35,71
Cundinamarca	0,02	1,18	0,20	0,00	31,87	34,41
Meta	0,09	0,92	0,11	50,00	39,38	20,18
Norte de Santander	0,09	1,76	0,23	80,00	68,66	29,66
Santander	0,04	0,37	0,18	50,00	58,93	21,51
Pacífica	0,03	1,08	0,07	37,84	62,25	30,26
Cauca	0,08	0,00	0,04	0,00	43,08	34,55
Chocó	0,17	0,00	0,00	50,00	49,38	30,00
Nariño	0,08	1,66	0,11	40,00	57,14	39,13
Valle del Cauca	0,01	1,20	0,07	39,29	66,65	29,32
Nacional	0,05	0,91	0,17	36,56	52,69	30,00

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

Situación del VIH en Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

www.cuirtabealfoqosto.org

Al analizarlos según el régimen de afiliación, se observó en la detección en los casos incidentes con conteo de linfocitos T CD4+ > 350 cel/mm³ fue mayor en los planes voluntarios de salud y en el contributivo. En el dominio de seguimiento, la mayor cobertura en la retención de la atención de la población que vive con el VIH se dio en el contributivo (71,38%) y en el subsidiado (70,76%). Por otro lado, las proporciones más altas de atención por parte del infectólogo durante el periodo, se registraron en el especial y subsidiado.

En los IGR de tamización de las infecciones (anal de VPH, hepatitis B y C), se observan coberturas importantes en todos los regímenes, excepto por los planes voluntarios y la población no asegurada. No obstante, la tamización anal del VPH requiere esfuerzos adicionales tanto en el aseguramiento como en el aspecto demográfico para mejorar los resultados de la cobertura.

En cuanto a las hospitalizaciones y la letalidad en las personas que tenían menos de 6 meses de diagnóstico, se evidenciaron las mayores proporciones en los no afiliados con un 25,68% y 2,70% respectivamente.

En relación con la TAR, el régimen subsidiado presentó la mayor oportunidad inicio de la TAR, sin embargo, el cumplimiento en general fue bajo en todos los regímenes y el país. Por otra parte, los planes voluntarios registraron el abandono de la TAR más alto en el periodo con 27,64%.

Tabla 67. Línea de base de los nuevos indicadores de la gestión del riesgo en VIH según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Código	Indicador	Contributivo	Subsidiado	Especial	Excepción	No afiliado	Voluntarios	Nacional
VIH_5	Detección con CD4 > 350 cel/mm ³ en los casos incidentes	46,85	35,84	20,00	40,25	37,50	71,43	42,32
VIH_6	Atención por el infectólogo en el periodo	51,37	63,34	75,65	49,04	1,78	27,35	55,10
VIH_7	Retención en la atención	71,38	70,76	53,04	50,37	0,00	7,33	69,86
VIH_16	Seguimiento paraclínico en el periodo	47,65	40,46	13,04	36,38	0,14	5,26	44,39
VIH_19	Abandono de la TAR durante el periodo	18,40	22,92	29,20	28,75	1,39	27,64	20,27
VIH_21	Tamización anal del VPH	29,22	25,71	23,53	24,08	0,38	3,49	28,09
VIH_22	Tamización para hepatitis B	74,89	79,40	58,59	60,32	4,10	9,30	75,23
VIH_23	Tamización para hepatitis C	82,66	78,93	54,78	62,75	3,42	9,41	80,02
VIH_24	Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico	1,56	2,84	0,00	1,52	25,68	3,45	2,14
VIH_25	Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con más de 6 meses de diagnóstico	0,03	0,08	0,00	0,03	0,84	0,10	0,05
VIH_26	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico	0,34	1,77	0,00	0,57	2,70	0,00	0,91
VIH_27	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico	0,06	0,39	0,00	0,15	0,00	0,10	0,17
VIH_30	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa	29,49	42,72	Sin casos	20,00	Sin casos	Sin casos	36,56
VIH_34	Oportunidad de inicio de la TAR	48,75	58,73	40,00	51,39	25,00	28,57	52,69
VIH_37	Coinfección TB/VIH	25,92	37,25	Sin casos	12,30	0,00	0,00	30,00

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



Discusión y conclusiones

Entre el 1° de febrero de 2023 y el 31 de enero de 2024, se reportaron 14.555 casos nuevos de VIH a la CAC, observándose una leve disminución del 0,78% en el ámbito nacional en comparación con el periodo anterior. Desde el inicio de la cohorte, la tendencia ha sido incremental, con solo tres periodos en los que se registraron descensos (2014, 2021 y 2024) (31). En el mundo, 1,3 millones contrajeron la infección por el VIH en 2023; sin embargo, menos personas la adquirieron comparado con cualquier otro momento desde finales de la década de 1980. Por otro lado, América Latina está entre las regiones que experimentaron un aumento en las nuevas infecciones por el VIH en conjunto con Europa Oriental, Asia Central, Oriente Medio y Norte de África (6). La prevalencia también ha mostrado una tendencia creciente desde 2017. En el último periodo, se informaron 185.954 casos, aunque las proyecciones de ONUSIDA para Colombia en 2023 estiman alrededor de 230.000 PVV (27), lo que sugiere que aún existe un número considerable de personas infectadas que no han sido diagnosticadas.

En Colombia, esta infección afecta principalmente a los hombres adultos jóvenes, específicamente en el rango de edad de 20 a 34 años, de acuerdo con las características demográficas. Adicionalmente, más del 55% de los casos nuevos afectó a las poblaciones clave, siendo mayor en los hombres que tienen sexo con hombres, sin embargo, es inferior a lo estimado para Latinoamérica, en donde el 93% de los nuevos casos se registran en esta población (32). Además, de acuerdo con el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés), el VIH es considerada una enfermedad urbana (33) y según los hallazgos, la mayor parte de los casos incidentes y prevalentes en el país están en las principales ciudades.

En cuanto a la mortalidad, se observa un patrón estable en la tasa estandarizada (4,01 defunciones por cada 100.000 habitantes). En el mundo, según los datos de la ONUSIDA, ha disminuido un 56% entre las mujeres y las niñas, y un 47% entre los hombres y los niños desde 2010 (6). En tanto en América Latina, de acuerdo con la OPS, el número de las personas que mueren por causas relacionadas con el VIH ha disminuido de 42 mil en 2010 a 30 mil en 2023 (34).

En Colombia, en relación al seguimiento de los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA se observó que el 80,84% de las personas conocen su estado serológico, el 80,74% de estos reciben TAR y más del 89% tienen una CV suprimida. Al compararlo con los datos globales, el 86% de las PVV en el mundo conocía su estado serológico en 2023. Entre ellas, aproximadamente el 89% recibían TAR y el 93% en tratamiento tenían una CV suprimida. Lo anterior indica que nuestro país si bien ha presentado mejoras importantes en estos objetivos, aún está lejano a la meta. Se debe tener en cuenta la experiencia que Inglaterra ha tenido como el primer país del mundo en alcanzar las metas del programa propuesto por ONUSIDA (35).

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 (36). La iniciativa ETMI - Plus tiene como meta alcanzar y sostener la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el VHB (37). De acuerdo con la estrategia, en Colombia, la tamización del VIH para el periodo 2024 se realizó al 95,31% de las gestantes reportadas, diagnosticándose 1.118 casos con la infección y la mediana de la edad gestacional fue de 13 semanas, manteniendo la tendencia creciente de los últimos años. A nivel mundial,

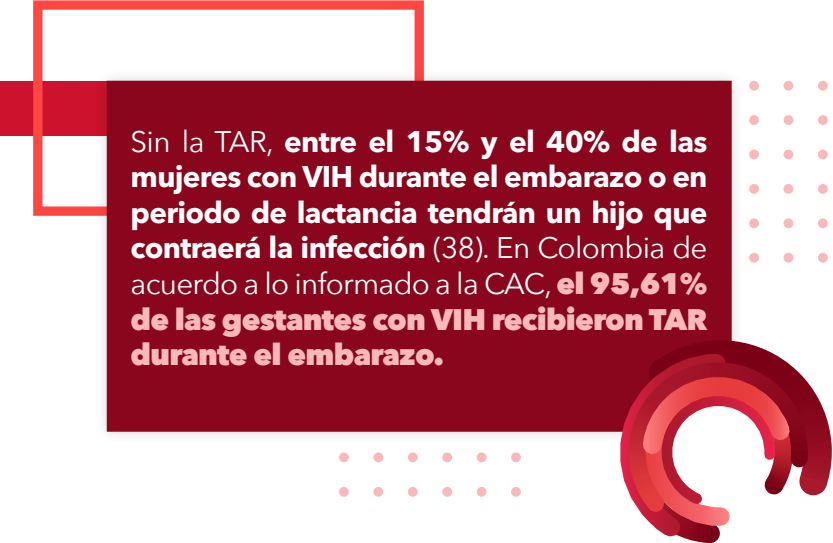
según el último informe de ONUSIDA, se estima que 120.000 niños y niñas adquirieron el VIH en 2023, y 1,4 millones viven con el VIH, siendo África Subsahariana la región con la mayor parte de los casos (86%) (6).

La TAR es fundamental para proteger su 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 tendrán un hijo que contraerá la infección (38). En Colombia de acuerdo a lo informado a la CAC, el 95,61% de las gestantes con VIH recibieron TAR durante el embarazo, un valor superior al estimado en el mundo (82%) (5). Además, el 73,26% de las gestantes con VIH tenía la última CV indetectable (< 50 copias/ml), con un incremento del 1,26% en indetectabilidad comparado con el periodo anterior. 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 (38,39) en el país se ha logrado mantener esa meta.

Por otro lado, las PVV tienen 16 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis (40). En el último periodo, la población con TB, mantuvo una tendencia creciente, pasando de 13.301 casos a 15.310 respecto al periodo anterior, sin embargo, la coinfección con VIH se mantiene estable (13,28%). La cobertura del tratamiento de la coinfección TB/VIH superó el 90%, mientras que, en las Américas, se reportó una cobertura del 61% para los casos nuevos de TB (41) y en el mundo fue solo del 56% (40). Es conocido que la coexistencia de ambas infecciones es mortal, ya que una acelera el progreso de la otra, sin embargo, de acuerdo a lo informado a la CAC, los fallecimientos vienen en descenso, siendo para el 2024 del 4,78%. En contraste, según la OMS, la TB es la principal causa de mortalidad entre las PVV y para el 2023 fallecieron unas 161.000 personas por tuberculosis asociada al VIH (40).

De acuerdo con los indicadores de seguimiento, la tamización de las gestantes pasó de cumplimiento medio a alto (95,29%), mientras que el estudio sobre la transmisión materno - infantil está cerca de alcanzar la meta (95%). Lo anterior refleja un avance importante, en relación con la meta propuesta en la iniciativa ETMI - Plus (30). Por otro lado, la cobertura de la TAR se mantiene en bajo cumplimiento (80,38%) y es inferior a la estimada mundial (89%), sin embargo, es superior al comparar con países de la región como Brasil (78%) y México (64%) (42,43).

En el ámbito nacional, se registró un bajo cumplimiento en cuanto a la indetectabilidad después de 48 semanas o más de TAR, que es el principal objetivo del tratamiento. Adicional, el recuento de linfocitos T CD4+ y CV en los últimos 6 meses del periodo se había mantenido estable, sin embargo, en el 2024 disminuyó en 2% respecto al anterior, y aún persiste lejano a la meta. Es fundamental destacar la relevancia de estas dos mediciones, ya que indican 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 (44). Aquellas personas con una CV indetectable no tienen ningún riesgo de transmitir el VIH a sus parejas sexuales, y aquellas con una CV suprimida tienen un riesgo prácticamente nulo de hacerlo (45,46). Así mismo, es necesario considerar otros factores que podrían estar relacionados con la imposibilidad de alcanzar una baja viremia, como la adherencia al tratamiento, la detección de las enfermedades asociadas, las interacciones medicamentosas y las prácticas de autocuidado (47).

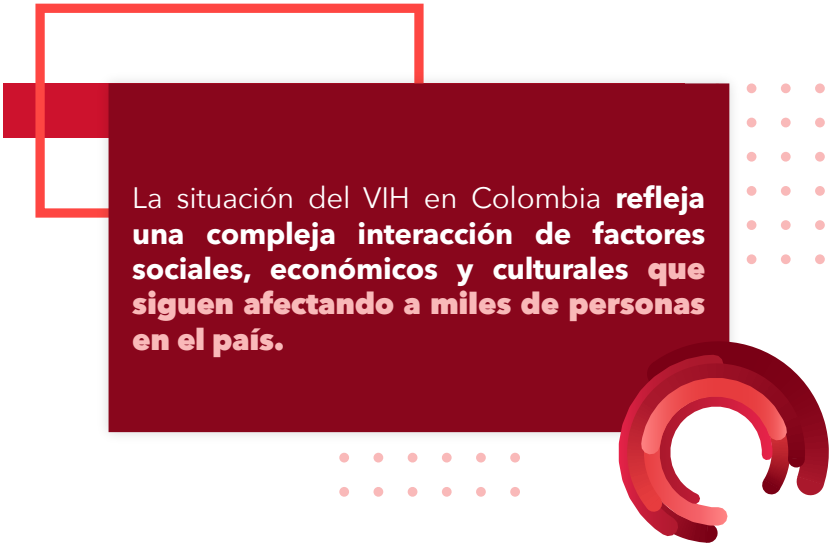


Sin la TAR, **entre el 15% y el 40% de las mujeres con VIH durante el embarazo o en periodo de lactancia tendrán un hijo que contraerá la infección** (38). En Colombia de acuerdo a lo informado a la CAC, **el 95,61% de las gestantes con VIH recibieron TAR durante el embarazo.**



Teniendo en cuenta los últimos aspectos mencionados, otros IGR como la oportunidad de inicio de la TAR y la proporción de las personas que presentan abandono de la misma, requieren de mayor trabajo conjunto, con el fin de abordar los determinantes y mejorar las estrategias que brinden apoyo a las PVV para que inicien y continúen con la TAR (45,46).

La inmunodeficiencia provocada por la infección por VIH incrementa la probabilidad de coinfección con otros patógenos (48). En relación a los IGR de tratamiento de las infecciones y enfermedades, como la profilaxis para la neumonía, la vacunación contra la hepatitis B y el tratamiento de la TB latente, se ha observado un bajo nivel de cumplimiento a lo largo del seguimiento de la cohorte, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones graves y afectaciones en la salud a largo plazo de la PVV. Durante el periodo 2024, no se midieron nueve IGR debido a la falta de los soportes necesarios para validar la información requerida, la cual es crucial para la gestión del riesgo en esta población.



La situación del VIH en Colombia **refleja una compleja interacción de factores sociales, económicos y culturales que siguen afectando a miles de personas en el país.**

Para finalizar, la situación del VIH en Colombia refleja una compleja interacción de factores sociales, económicos y culturales 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.

Por las razones expuestas anteriormente, se hace necesario intervenir las inequidades en el acceso a la salud, las altas tasas de estigmatización y discriminación, y las barreras en la educación sexual, que son los obstáculos que se deben frenar (49). Para lo cual se deben redoblar los esfuerzos en políticas públicas, aumentar la inversión en la atención integral y priorizar la cooperación entre los diferentes sectores de la sociedad, incluidos el gobierno, las organizaciones no gubernamentales 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/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>.
4. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia - Indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia [en línea]. Marzo de 2023. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2023/05/final-consenso-vih-actualizado.pdf>
5. 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
6. ONUSIDA. Actualización mundial sobre el SIDA 2024-Informe. Disponible en: https://crossroads.unaids.org/wp-content/uploads/2024/09/GAU-2024-Full-report_En.pdf
7. KKF. The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) [en línea]. Julio de 2023. Disponible en: <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-presidents-emergency-plan-for-aids-relief-pepfar/#>
8. OPS.VIH/SIDA [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vih sida>
9. ONUSIDA. América Latina y el Caribe, países [en línea] 2023. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/latinamerica>
10. UNAIDS. Report of the UN Secretary-Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the political declarations on HIV/AIDS (Seventy-sixth session of the General Assembly) A/76/783 [en línea]. 2022. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/A_76_783_en.pdf
11. 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
12. 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>
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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>
17. 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
18. 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>
19. 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



20. 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>
21. 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>
22. United Nations. World Population Prospects 2022 Data Sources. [en línea]. 2022. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>
23. 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>
24. 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
25. 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_Fast-Track_en.pdf
26. 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>
27. ONUSIDA. País Colombia 2023. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>
28. 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>
29. 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
30. 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>
31. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2023 [en línea]. Julio de 2023. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2024/11/situacion-del-vih-en-colombia-2023.pdf>
32. Asociación Panamericana de Infectología. Estándares de testeo y prevención en VIH para América Latina. 2023. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/374078419_Estandares_en_VIH_2023
33. 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>
34. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vih sida>
35. Department of Health & Social Care. GOV.UK. Towards Zero - And Action Plan Towards ending HIV Transmission, AIDS and VIH-related deaths in EWngland 2022 - 2025. [En línea] 21 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/towards-zero-the-hiv-action-plan-for-england-2022-to-2025/towards-zero-an-action-plan-towards-ending-hiv-transmission-aidsand-hiv-related-deaths-in-england-2022-to-2025>
36. Organización Panamericana de la Salud. ETMI-PLUS. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>
37. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas, Actualización 2016. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
38. Eke AC, Lockman S, Mofenson LM. Antiretroviral Treatment of HIV/AIDS During Pregnancy. *JAMA*. 2023 Apr 18;329(15):1308.
39. 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*. 2018 Apr 3;30(4):488-92.

40. Organización Mundial de la Salud OMS. Tuberculosis. 29 de octubre 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
41. Organización Mundial de la Salud. Reporte global de Tuberculosis 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf>
42. ONUSIDA. País México 2023. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>
43. ONUSIDA. País Brasil 2023. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/brazil>
44. UNAIDS. The need for routine viral load testing. Unaid 2016 Ref [en línea]. 2016;1-12. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2845_en.pdf%0Ahttp://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2845_en.pdf
45. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *The Lancet*. 2023 Aug;402(10400):464-71.
46. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
47. Giraldo; María Alejandra. Viremia baja y las implicaciones en el control de los pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales: scoping review. Repositorio Institucional EdocUR [en línea]. 2023; Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa16150f-6445-4cdb-97a0-78c2c37a6e08/content>
48. Chang CC, Crane M, Zhou J, Mina M, Post JJ, Cameron BA, et al. HIV and co-infections. *Immunol Rev*. 2013 Jul 16;254(1):114-42.
49. Montana JF, Ferreira GRON, Cunha CLF, de Queiroz AAR, Fernandes WAA, Polaro SHI, et al. The HIV epidemic in Colombia: spatial and temporal trends analysis. *BMC Public Health*. 2021 Dec 21;21(1):178.



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