



La salud
es de todos

Minsalud

PLAN NACIONAL

**DE RESPUESTA ANTE LAS ITS,
EL VIH, LA COINFECCIÓN TB-VIH
Y LAS HEPATITIS B Y C**

COLOMBIA, 2022 - 2025



Con el apoyo de:
El Fondo Mundial
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



enterritorio
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial



**DE RESPUESTA ANTE LAS ITS,
EL VIH, LA COINFECCIÓN TB-VIH
Y LAS HEPATITIS B Y C**

COLOMBIA, 2022 - 2025

Este documento ha sido elaborado en el marco del proyecto "Ampliación de la Respuesta Nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en Colombia", bajo el Acuerdo de Subvención No. COL-H-ENTerritorio 1840 (Convenio No. 219139) suscrito entre ENTerritorio y el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Dirección de Promoción y Prevención

Grupo Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Ministerio de Salud y Protección Social

Impreso en Bogotá, D.C. Colombia 2022

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.



Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Germán Escobar Morales

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Andrea Elizabeth Hurtado Neira

Secretario General

Gerson Orlando Bermont Galavis

Director de Promoción y Prevención

Iván Mauricio Cárdenas Cañón

Subdirector de Enfermedades Transmisibles (e)

Ana María Peñuela Poveda

Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadanía

Ricardo Luque Núñez

Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - ENTerritorio

Lina Maria Barrera Rueda

Gerente General

Andrés Mauricio Oyola Sastoque

Gerente de Proyectos de Cooperación Internacional

Carlos Alberto González Promicieros

Coordinador Técnico Proyecto VIH

Maribel Ramírez Rincón

Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Proyecto VIH

Sandra Escandón Moncaleano

Coordinadora Estrategias de Comunicación y Movilización Social Proyecto VIH

Sofía Carolina Cuello Royert

Consultora de ENTerritorio para la elaboración de este documento

AGRADECIMIENTOS

Ministerio de Salud y Protección Social

Referentes técnicos Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Ricardo Luque Núñez,

Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Cielo Ríos Hincapié,

Profesional especializada ITS/VIH/Hepatitis

Sidia Caicedo Traslaviña,

Consultora Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la sífilis y la hepatitis B

Diana María Librado Cardona,

Consultora Infecciones Transmitidas por Vía Sanguínea

Dirección de Epidemiología y Demografía

María Belén Jaimes Sanabria

Lilibeth Camargo Fonseca

Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

Oscar Andrés Cruz Martínez

Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

Cecilia Vitale

Gerente de Portafolio, América Latina y el Caribe.

Gestores y Monitores locales de ENTerritorio

Magda Lucy Pérez Villanueva, Rosalina Margarita Sánchez Coavas, Helena Carolina Ponzón Caballero, Reyna María Ayola Cerro, Alexandra Montoya Espinosa, Andrés Felipe Cardona González, Diana Sorely Torres Álvarez, Dora Yurany Sánchez Rodríguez, Líder Giovanni Cano Bedoya, Mónica Espinosa Arana, Ana Milena Briceño López, Amanda Patricia Molina Estrada, María Juliana Meneses Posada y Lida Quitián Ariza.

Sociedad civil

AID for AIDS, Corporación Casa de Amigos Con Alcance Mundial, Corporación Huellas, Corporación PazCaribe, Fundación Amigos por la Vida también FUDAVIDA, Red Somos, REDLA+, Grupo Básico de Manos Unidas por Th, SC- Fundación para la atención integral ANCLA, líderes comunitarios, Fundación Del Amor FUNDAMOR, Junior Unidad, Temeride, Recolvih Valle, Alianza por la solidaridad ACTIONAID, Renaciendo bajo un arcoíris de diversidad, Mecanismo social de apoyo y control en VIH – MSACV, Asociación Transmujer, Comité Nacional ALEP-Colombia, ASMUBULI-SINTRASEXCO, Corporación Universo LGBTI, Danish Refugee Council y Recolvih Bogotá.

Direcciones Territoriales de Salud Referentes Territoriales de VIH, TB y SSR

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB

EPS Sanitas

IPS/ESE

Centro Médico Nuevo Horizonte, ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo

Fundación Ser Social IPS, SIES SALUD, Vivir Bien IPS y Subred Centro Oriente.

Academia

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.



**MECANISMO COORDINADOR DE PAÍS
(MCP) – COLOMBIA
INSTITUCIONES MIEMBROS**

Agencia Presidencial de Cooperación - APC Colombia
Asociación de Mujeres Buscando Libertad - ASMUBULI
Club Rotario de Bogotá
Coalición de organizaciones y activistas que trabajan por los derechos de las personas transgénero en Colombia - Aquelarre TRANS
Comunidades Negras de Colombia - OBAPO
Consejo Comunitario Mayor de la Sociedad Campesina
Corporación Centro de Pastoral Afrocolombiana - CEPAC
Cruz Roja Colombiana
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
Integral del Atrato - COCOMACIA
Liga Antituberculosa Colombiana - LAC
Mecanismo Social de Apoyo y Control en VIH - MSACV
Mesa ONG con Trabajo en VIH
Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS
Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS
Organizaciones Basadas en la Fe
Red Nacional de Mujeres Afrocolombianas - KAMBIRÍ
Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VIH
Secretaría de Salud de Bogotá
Universidad del Cauca

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	07
PRESENTACIÓN	09
1. ANTECEDENTES	11
1.1 La prevención combinada	12
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS EVENTOS	15
2.1 Situación del VIH en Colombia	16
2.2 Situación de las hepatitis virales B y C	20
2.3 Situación de las ITS (sífilis, clamidia y gonorrea)	23
2.4 Transmisión materno infantil (TMI) de VIH, sífilis y hepatitis B	24
2.5 Coinfección TB/VIH	26
3. MARCO NORMATIVO	29
3.1 Compromisos internacionales	30
3.2 Marco normativo nacional	34
4. METODOLOGÍA	39
4.1 Fundamentos teóricos	40
4.2 Actividades e insumos para la construcción del nuevo Plan	42
a. Información obtenida de los Talleres Regionales y entrevistas a informantes clave	42
b. Aportes de la evaluación del plan vigente	48
c. Actualización del árbol de problemas y de objetivos	48
d. Revisión del tablero de indicadores actual y propuesta del tablero para el nuevo Plan	49
4.3 Actualización del árbol de problemas	49
4.4 Actualización del árbol de objetivos	50
5. ESTRUCTURA DEL PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C, 2022-2025	51
5.1 Objetivos	53
5.1.1 Objetivo general	53
5.1.2 Objetivos específicos	53
5.2 Ejes, líneas operativas, metas, indicadores y actividades	53
6. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	65
6.1 Indicadores del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2022-2025	68
BIBLIOGRAFÍA	70
Anexo 1. Coberturas mínimas de tamizajes y paquetes de servicios de promoción	71
Anexo 2. Costeo del Plan	74

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH, según el sexo, de 2018 a 2020, en Colombia

Tabla 2. Número de personas entre 15-49 años, con pruebas para Sífilis, Clamidia y Gonorrea, de 2018 a 2020, en Colombia

Tabla 3. Comportamiento de la sífilis congénita. Colombia 2016 - 2021

Tabla 4. Indicadores de tuberculosis en Colombia años 2018 al 2020* (datos preliminares).

Tabla 5. Matriz de priorización de problemas.

Tabla 6. Matriz de prioridades identificadas y acciones propuestas, por área o tema. Talleres regionales, 2021.

Tabla 7. Líneas operativas, objetivos, resultados esperados, metas, indicadores y actividades del Plan Nacional de Respuesta Ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2022-2025.

Tabla 8. Indicadores de impacto del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH, la coinfección TB/VIH y hepatitis B y C 2022-2025.

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estimación de población que vive con VIH con base en actualización de Spectrum. Colombia, 2020.

Gráfico 2. Indicadores 90-90-90, Colombia, 2021.

Gráfico 3. Porcentajes de la cascada del continuo de la atención, basados en la PVV estimada por Spectrum. Colombia, 2017 - 2020.

Gráfico 4. Pruebas de tamizaje para VIH registradas en SISCO SSR de 2017 a 2021 en Colombia.

Gráfico 5. Porcentaje Bruto y Neto de TMI del VIH en niños y niñas expuestos al VIH, menores de 2 años de edad, reportados a la estrategia, Colombia, cohortes 2012 – 2018

Gráfico 6. Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026. Áreas de resultados

Gráfico 7. Hitos normativos en el contexto nacional de la respuesta ante las ITS el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en Colombia, de 1991 a 2021

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Prevención combinada, intervenciones que incluye.

Figura 2. Árbol de problemas del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C 2022-2025.

Figura 3. Árbol de objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C 2022-2025

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ALEP: Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave

ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

AIS: Atención integral en salud

ARV: Terapia antirretroviral

CAC: Cuenta de Alto Costo

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Colciencias: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación

CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DTS: Direcciones Territoriales de Salud

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

ENTerritorio: Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

ETMI: Eliminación de la Transmisión Materno Infantil

GAM: Global Aids Monitoring

GPC: Guías de Práctica Clínica

HB: Hepatitis B

HBeAg: Antígeno "e" de la hepatitis B

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

INS: Instituto Nacional de Salud

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

IVC: Inspección, Vigilancia y Control

MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social

Mipres: Mi Prescripción

MML: Metodología de Marco Lógico

OBC: Organizaciones de Base Comunitaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OTIC: Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación

PAI: Plan Ampliado de Inmunizaciones

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

PID: Personas que se Inyectan Drogas

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PNPCT: Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

PNR: Plan Nacional de Respuesta

PPL: Población Privada de la Libertad

PVV: Personas Viviendo con VIH

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

RPMS: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

SGD: Sistema de Gestión de Datos

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SISCO-SSR: Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

TB: Tuberculosis

THS: Talento Humano en Salud

TMI: Transmisión Materno Infantil

TRANS: Transgénero

TS: Trabajadoras sexuales

VHB: Virus de la Hepatitis B

VHC: Virus de la Hepatitis C

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana



PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo rector de la salud en Colombia, se complace en presentar el *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025*, como parte de las prioridades en salud pública y los compromisos que ha suscrito el país, tanto a nivel nacional como internacional.

El Plan establece una hoja de ruta para la gestión integral e integrada del riesgo poblacional frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, teniendo en cuenta el carácter silencioso de estas epidemias y la alta morbimortalidad generada por estos eventos, año tras año, en Colombia y en el mundo.

Este plan 2022-2025 iniciará su ejecución bajo una nueva realidad, generada por la pandemia de COVID-19, que ha desafiado las estrategias tradicionales de prestación de los servicios en salud, al tiempo que fortaleció el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en este campo. Seguramente pasarán años antes de poder determinar el impacto del COVID-19 en la vida de las personas que vieron afectadas sus atenciones debido a la pandemia.

El nuevo plan busca también dar respuesta a los retos generados por el fenómeno migratorio que se ha vivenciado en el país en los últimos años, bajo el cual miles de personas, incluidas personas que viven con VIH, tuberculosis, hepatitis, entre otros, han ingresado al país de manera irregular en condiciones socioeconómicas precarias que, sumadas a la falta de aseguramiento, y mínimo acceso a los servicios de salud, han incrementado su vulnerabilidad.

Finalmente, la implementación del nuevo plan requerirá de un trabajo articulado intrasectorial e intersectorial, con participación social y comunitaria, que aborde los determinantes estructurales de la salud para lograr mejores resultados, haciendo más efectivas las intervenciones propuestas.





ANTECEDENTES



Frente a la nueva realidad de la pandemia por Covid 19 y el período post pandemia, surgen nuevas necesidades y el país afronta varios retos y desafíos para el período contemplado en el nuevo plan, del 2022 al 2025. Algunas de las actividades propuestas de 2018 a 2021 se vieron afectadas por la crisis sanitaria que se inició en 2019 a nivel global, y ahora más que nunca hay que retomarmas, porque el VIH sigue siendo una amenaza para la salud pública, al igual que otras infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales. Aunque la prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años ha permanecido en cifras estables menores al 1% en los últimos 3 años, las estimaciones poblacionales indican que hay un número importante de personas no diagnosticadas, y el país está comprometido con medidas programáticas específicas para afrontar esta situación, desde lo nacional y lo local, a nivel sectorial e intersectorial.

1.1 La prevención combinada

El enfoque de prevención combinada ha sido adoptado por Colombia como uno de los compromisos internacionales en el marco de la lucha global contra la epidemia de VIH, esto se traduce en intervenciones orientadas a reducir los riesgos y evitar la transmisión de la infección, incluido el diagnóstico oportuno y un tratamiento sin interrupciones para las personas viviendo con VIH. Esta combinación de acciones biomédicas específicas, altamente eficaces, incluyen la distribución de preservativos, realización de pruebas, terapia antirretroviral (ARV) para todos, profilaxis preexposición (PrEP), profilaxis posexposición, programas de agujas y jeringas para personas que se inyectan drogas (programas de reducción de riesgos y daños), circuncisión masculina voluntaria, entre otros^{1, 2}.

La epidemia de VIH en Colombia es fundamentalmente una epidemia concentrada que afecta las siguientes poblaciones: mujeres transgénero, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres – HSH y personas que se inyectan drogas - PID. Esto sin desestimar otras poblaciones que, aunque no alcanzan prevalencias del 5% o más, se encuentran en alto riesgo de infección, como las personas en situación de prostitución y los habitantes de calle. Por tal razón, las acciones en VIH están dirigidas principalmente a las poblaciones clave o de mayor riesgo, sin descuidar las actividades que deben llevarse a cabo con la población general².

En todos los contextos, las poblaciones clave se ven desproporcionadamente afectadas por el VIH y soportan mayores índices de morbilidad y mortalidad que la población general. En la mayoría de los países, una cobertura inadecuada y la deficiente calidad de los servicios destinados a dichas poblaciones siguen socavando las respuestas al virus. Sus miembros se enfrentan a altos niveles de

1 Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención combinada, respuesta efectiva en lucha contra VIH/Sida. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Prevencion-combinada-respuesta-efectiva-en-lucha-contra-VIHSida.aspx>

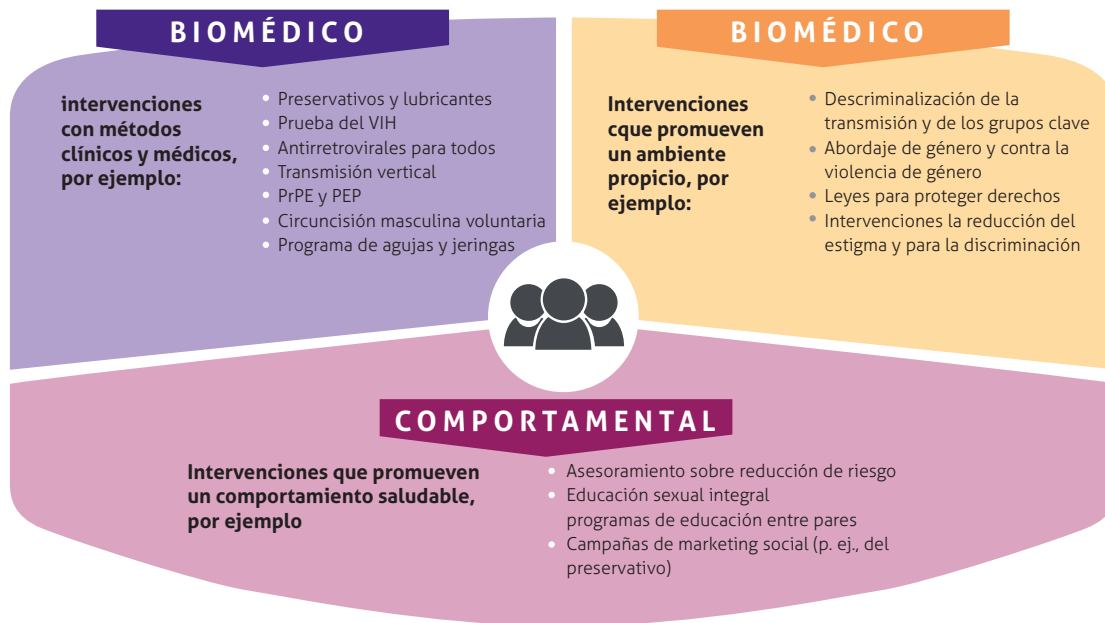
2 ONUSIDA. Acción acelerada para la prevención combinada. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020. 2015

estigmatización y discriminación, obstáculos jurídicos y limitaciones para acceder a los servicios, y apenas se les da prioridad en los sistemas de salud pública³.

Parte de la respuesta al VIH tiene que ver con la transformación de imaginarios y normas sociales frente a la enfermedad y generar conciencia alrededor de la prevención, promoviendo comportamientos saludables, con asesoramiento en reducción del riesgo, educación sexual integral, programas de educación entre pares y campañas de marketing social para el uso del preservativo².

Una sola intervención no es suficiente en la prevención de las ITS, el VIH o las hepatitis, por lo tanto, es preciso la combinación de varias estrategias de alto impacto adaptadas a los diferentes entornos (ver figura 1).

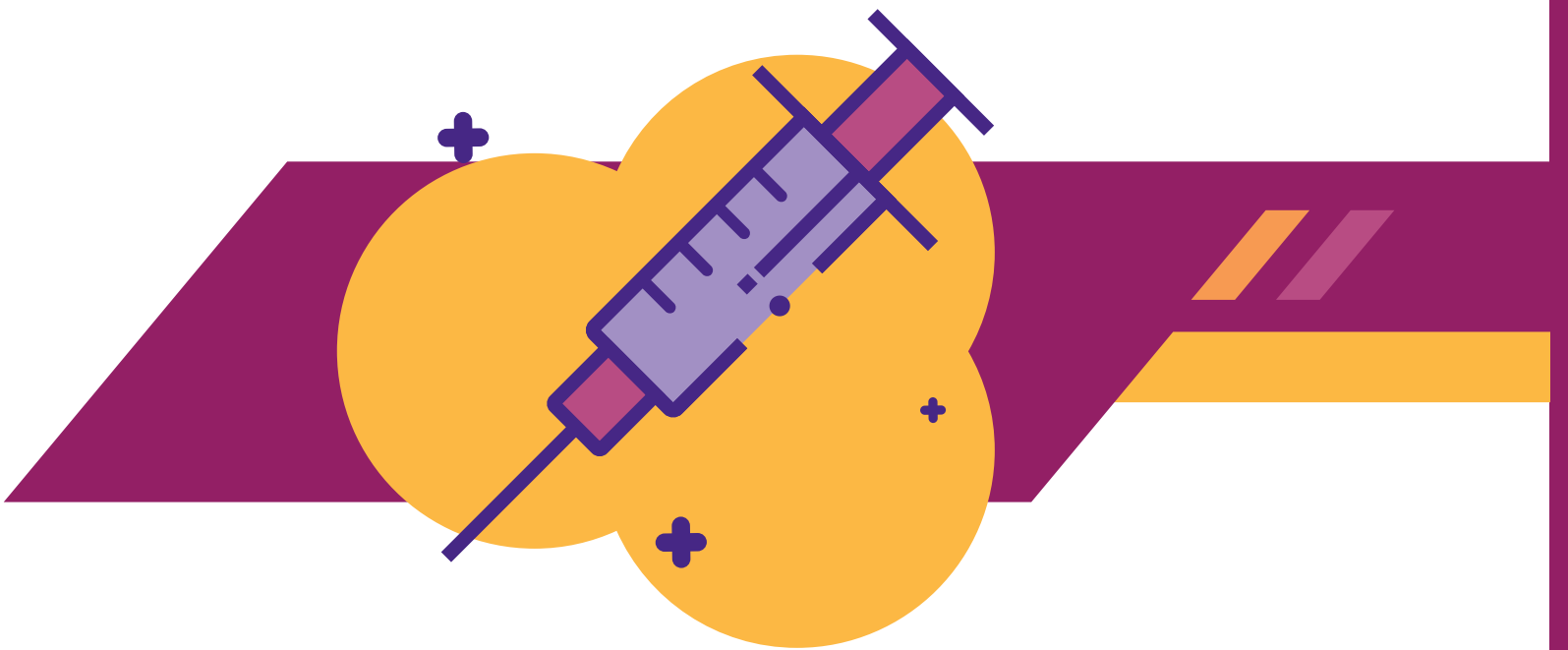
Figura 1. Prevención combinada, intervenciones que incluye.



Fuente: OPS, *Prevención Combinada de la infección por VIH*.

Los paquetes de servicios también deben incluir intervenciones orientadas al empoderamiento de las comunidades, abordar las leyes para proteger los derechos de las poblaciones claves, reducción del estigma y la discriminación, descriminalización de la transmisión del VIH y de los grupos de poblaciones clave, el enfoque de género y el abordaje de las violencias de género. Es importante que estas intervenciones sean implementadas a gran escala y se garantice la sostenibilidad de la respuesta².

³ Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, actualización de 2016. OMS, 2016.





EPIDEMIOLOGÍA DE LOS EVENTOS

Para finales del año 2020, se estimó que 37,7 millones de personas en todo el mundo estaban viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales el 67% se encuentran en África. En la actualidad, las personas que padecen la enfermedad pueden tener una expectativa de vida similar a la de las personas que viven sin VIH, gracias a los avances en diagnóstico precoz y tratamiento, que han logrado disminuir progresivamente la mortalidad por causa del VIH⁴.

Con la pandemia por COVID 19 se ha disminuido el acceso a los servicios de salud, de manera que, para alcanzar los objetivos propuestos por el *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA* (ONUSIDA), con metas 95-95-95 para 2030, habrá que mejorar la atención integral de las personas viviendo con VIH (PVV); de lo contrario se corre el riesgo de que estas tengan mayores comorbilidades, duplicándose así el riesgo de morir^{5,6}.

2.1 Situación del VIH en Colombia

En el año 1984 se notificó el primer caso de VIH en Colombia y desde entonces se ha observado un reporte creciente de casos documentados a través del *Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública*– SIVIGILA; en 2019 fueron notificados 17.346 casos de infección por VIH, Sida y muerte por Sida; sin embargo, para el 2020 se reportaron 13.605 (21,6% menos que el año anterior), hecho relacionado probablemente con el impacto de la pandemia COVID-19 en los servicios de salud^{7,8,9}.

En 2019, en un estudio realizado en mujeres transgénero (TRANS) de 18 años y más, se encontró una prevalencia de VIH: en Medellín, del 22,3%; en Cali, de 18,8%; y en Bogotá, de 29%, según datos obtenidos en los estudios de seroprevalencia realizados en Colombia en el 2019¹⁰. En un

4 OMS. VIH/SIDA, Datos y cifras. Disponible en Internet en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

5 Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, 2014-2021. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

6 Ministerio de Salud y Protección Social, ENTerritorio. Evaluación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021 (documento borrador).

7 Instituto Nacional de Salud. Informe del evento VIH, sida y muerte por sida, Colombia 2020. [Consultado 10 de octubre 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2020.pdf

8 Instituto Nacional de Salud. VIH, SIDA y muerte por SIDA. Colombia 2019. Disponible en Internet en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2019.pdf

9 Instituto Nacional de Salud. VIH, SIDA y muerte por SIDA. Colombia 2018. Disponible en Internet en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2018.pdf

10 DNP, MCP, ENTerritorio, Universidad CES. Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia : Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019. Disponible en Internet en: https://editorial.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/VulnerabilidadVIH_baja.pdf

estudio similar realizado en HSH, en 2019, en Bogotá, Cali y Medellín, se encontró una prevalencia de VIH de 26,4%, 23,4% y 11,4%, respectivamente¹¹.

De los 13.605 casos reportados en el 2020 al SIVIGILA, el 78,4% fueron hombres y 2,7% (363) correspondieron a migrantes venezolanos. Por entidades territoriales, la tasa más alta de incidencia de VIH por 100.000 habitantes, la tuvo Valle del Cauca, con 67,4 seguido de Barranquilla con 44,7 y Risaralda con 43,7. La mayoría de los casos se encontraban en la cabeceras municipales. El 48% de los casos notificados en dicho año se concentró en tres entidades territoriales: Bogotá (3.160), Antioquia (2.087) y Valle del Cauca (1.326); por esta razón son consideradas objeto de especial interés para la gestión del conocimiento en el tema de VIH y otras ITS^{3,4}.

De acuerdo con las estimaciones realizadas con el software Spectrum, el total de personas viviendo con VIH en Colombia al año 2020 fue de 177.871 (ver gráfico 1), lo que representa una prevalencia de VIH estimada en personas de 15 a 49 años de 0,44%, para dicho año.

El número de personas entre 15 y 49 años en Colombia es de 26.289.297 (DANE-Proyecciones 2020), correspondiendo al 52,2% de la población total del país (50.372.424). En este grupo poblacional se encuentra el 77% de las personas viviendo con VIH, lo que hace de esta población un grupo especial de atención para las acciones del *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C*. Otras poblaciones clave en el rango de edad descrito son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH); según estimaciones de Spectrum en 2020, tuvieron una prevalencia de VIH del 14,9%; las personas que se inyectan drogas y las trabajadoras sexuales tuvieron una prevalencia de 8,9% y 0,75%, respectivamente¹².

Gráfico 1. Estimación de población que vive con VIH con base en actualización de Spectrum. Colombia, 2020



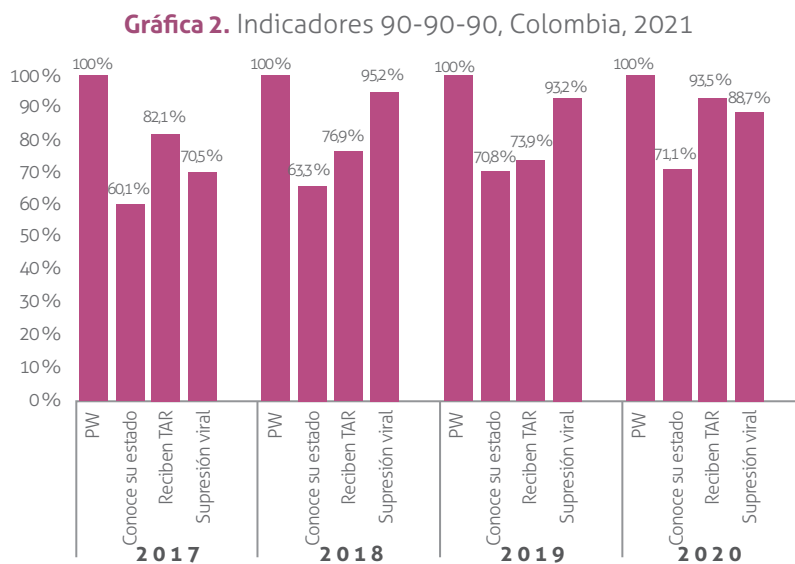
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y ENTerritorio. Boletín de la situación del VIH de acuerdo con estimaciones realizadas en Spectrum. 2021 (Pendiente publicación).

11 DNP, MCP, ENTerritorio, Universidad CES. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/comportamiento-sexual-vih-hombres-bogota-medellin-cali-2019.pdf>

12 ENTerritorio. Boletín de la situación del VIH de acuerdo con estimaciones realizadas en Spectrum. 2021. Documento borrador

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE reportó que, entre 2008 y 2019, hubo 29.314 defunciones por “Enfermedad por el VIH (SIDA)”, correspondientes al 1,15% de todas las defunciones registradas en el período. En promedio fueron 2.443 muertes por esta causa; por año, el 76,9% de los fallecidos fue del sexo masculino y el 23,1% del sexo femenino. En el 2020 hubo un total de 2.131 defunciones (dato preliminar) de las cuales, el 80,1% eran hombres. De acuerdo con las estimaciones realizadas en *Spectrum*, de 2018 al 2020, la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes se ha mantenido entre 8,3 y 8,5 ^{7,13}

Por su parte, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA), adoptó la meta 90-90-90 para el 2020, que consiste en: i) diagnosticar al 90% de las personas que viven con VIH; ii) realizar tratamiento antirretroviral –TAR - al 90% de los diagnosticados, y iii) lograr supresión viral en por lo menos el 90% de los que reciben tratamiento. En relación con estos objetivos, la cascada del continuo de la atención de las PVV en Colombia a 31 de enero de 2020, muestra que el 71,1% de las personas que viven con VIH conocen su diagnóstico; de este porcentaje, el 93,5% recibe tratamiento antirretroviral (TAR) y de ellos, el 88,7% se encuentra en supresión viral (Ver gráfica 2).



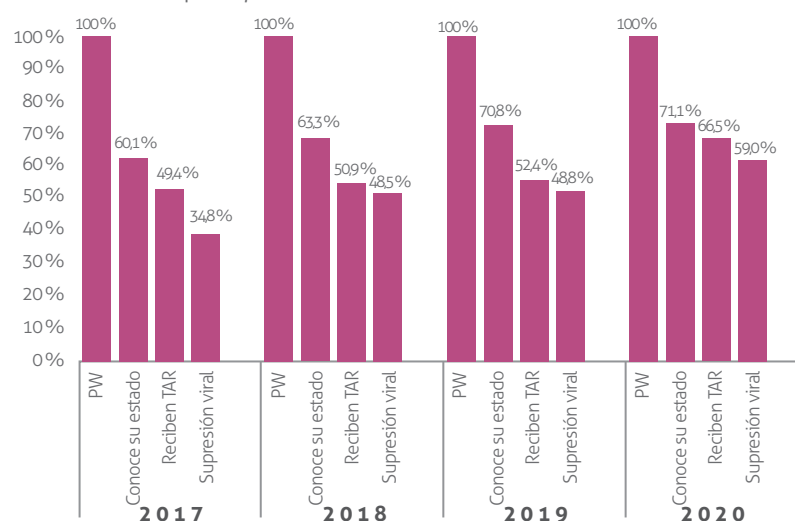
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y ENTerritorio. Boletín de la situación del VIH de acuerdo con estimaciones realizadas en *Spectrum*. 2021 (Pendiente publicación).

Si el análisis se hace con la población estimada, como se observa en la gráfica 3 (Cascada del continuo de atención), aún se presenta una brecha importante en el diagnóstico que afecta los porcentajes subsiguientes, aunque se han tenido avances importantes desde 2017;¹⁴

13 DANE. Defunciones por ocurrencia 2008 – 2019. Disponible en Internet en: <http://systema74.dane.gov.co/bincol/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=DEFOC0819&lang=esp>. Consulta realizada octubre 11 del 2021.

14 ONUSIDA. Fast Track. Ending The Aids Epidemic By 2030. Disponible en Internet en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf

Gráfico 3. Porcentajes de la cascada del continuo de la atención, basados en la PVV estimada por Spectrum. Colombia, 2017 - 2020



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y ENTerritorio. Boletín de la situación del VIH de acuerdo con estimaciones realizadas en Spectrum. 2021 (Pendiente publicación).

La tamización de las personas de 15 a 49 años ha tenido un incremento importante en los últimos años; sin embargo, se vio afectada por la pandemia de COVID 19, con una disminución de 15,2% en la realización de pruebas durante 2020 con respecto al 2019. La diferencia por sexos es notoria, siendo las mujeres más tamizadas para VIH, que los hombres, en relación 4:1 (Ver tabla 1):

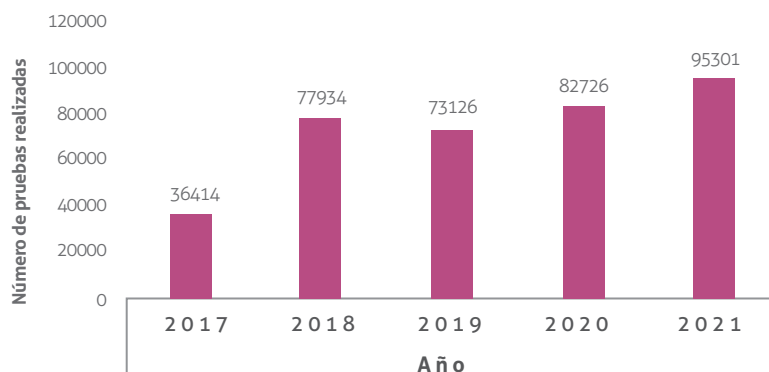
Tabla 1. Personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH, según el sexo, de 2018 a 2020 en Colombia

Año	Proporción de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH						Proporción de incremento del indicador
	Hombre	%	Mujer	%	Total	%	
2018	153.024	1,23	666.856	5,20	819.880	3,25	
2019	210.114	1,65	817.307	6,24	1.027.421	3,98	22,5
2020	158.297	1,22	729.180	5,47	887.477	3,38	-15,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la Bodega de Datos SISPRO (Sistema de Gestión de Datos -SGD) suministrada por el MSPS y Proyecciones de población departamental por área, sexo y edad, período 2018-2050 del DANE.

La plataforma del Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud - SISCO SSR, instrumento de reporte para las actividades realizadas con recursos del Plan de Intervenciones Colectivas y del Proyecto VIH del Fondo Mundial, registró 365.510 pruebas de VIH realizadas, a 318.219 personas de todas las edades, desde 2017 a noviembre del 2021 en 18 entidades territoriales, a saber: Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca (ver gráfico 4):

Gráfico 4. Pruebas de tamizaje para VIH registradas en SISCO SSR de 2017 a 2021 en Colombia



Fuente: MSPS y ENTerritorio. *Evaluación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS - VIH, Hepatitis B y C, Coinfección TB/VIH, 2018-2021, en Colombia.*

En el futuro, la integración de este sistema al SISPRO permitirá la obtención de información más precisa de las acciones en el marco de las intervenciones colectivas para el diagnóstico temprano de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C, entre otras actividades, a nivel territorial y por parte de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) y otras partes interesadas que realizan actividades en salud. Una de las preocupaciones que tienen las entidades territoriales en relación con el *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C*, es el hecho de que no tiene carácter vinculante, lo que hace que algunas de las acciones contempladas no sean de carácter obligatorio y no sean incluidas en los Planes Territoriales de Salud, situación que permitiría garantizar un presupuesto asignado a nivel gubernamental para su ejecución³.

Los resultados de la evaluación del *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2018-2021*, mostraron avances en los indicadores de promoción y prevención; sin embargo, es necesario fortalecer las acciones que conlleven al incremento del uso correcto y consistente del condón, que sigue siendo un medio altamente eficaz para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente las ocasionadas por el VIH, el gonococo, la clamidia y la tricomonas¹⁵.

2.2 Situación de las hepatitis virales B y C

Las hepatitis virales B y C afectan a millones de personas alrededor del mundo, por eso se habla de una "epidemia silenciosa". Las vías de transmisión de estas infecciones incluyen: la vía sanguínea,

15 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Los condones y las ETS: Hoja informativa para el personal de salud pública. Disponible en Internet en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevention/prevencion_poblaciones_vulnerables/b_Promoci%C3%B3n_del_cond%C3%B3n/Condoms_and_STDS_spanish.pdf

principal mecanismo de transmisión para la hepatitis C; la vía sexual, principal mecanismo de transmisión para la hepatitis B; de madre a hijo durante el embarazo y el parto; y por vía horizontal, principalmente entre convivientes con personas con hepatitis B. Cuando existe coinfección con el VIH, se constituye en una causa importante de mortalidad.

Estas infecciones tienen un alto impacto en salud por varias razones: son enfermedades insidiosas que pueden cronificarse, generando discapacidad y muerte; pueden ocasionar cirrosis hepática (57%) o cáncer primario de hígado (78%), lo que lleva a que muchos de estos pacientes requieran trasplante hepático, generando altos costos de atención para los sistemas de salud. Otro elemento importante del problema es que muchos de los casos de hepatitis virales son asintomáticos; sin embargo, son transmisores de la enfermedad y aún no han sido captados por los servicios de salud^{16,17}.

De acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud*, en el año 2019 se reportaron 296 millones de personas con infección crónica por hepatitis B (HB) y 820 mil defunciones producidas por esta enfermedad, principalmente por cáncer de hígado. En ese mismo año se informó de 71 millones de personas con hepatitis C crónica (HC) y 290 mil fallecimientos por esta causa. En las Américas, las cifras registradas en 2019 fueron 3.9 millones viviendo con HB crónica, 7,2 millones con HC, y se presentaron 125.000 muertes por causa de la cirrosis y el cáncer hepático^{15,18}.

En Colombia, en 2019, "se estimó una tasa de incidencia de hepatitis B de 3,5 por 100.000 habitantes, la cual disminuyó a 2,5 por 100.000 en 2020, efecto atribuido a la pandemia por COVID-19. En el 2020, se notificaron 1.278 casos, 54,4% en población masculina y el grupo etareo más afectado fue el de 25 a 34 años con 405 casos (31,7%). Los departamentos con más altas tasas de incidencia en el país fueron Vaupés (13,4), Amazonas (12,7) y Guaviare (10,4). El modo de transmisión predominante fue el sexual (75,7%), seguido del parenteral/percutáneo (16,7%), horizontal (5,6%) y materno infantil (2%). Entre las poblaciones en riesgo, quienes tuvieron mayor proporción de casos fueron quienes tienen más de un compañero sexual (34%) y los hombres que tienen sexo con hombres (11,1%)"^{3,19}.

La tasa de incidencia para hepatitis C en Colombia fue de 1,7 casos por 100.000 habitantes, en el 2019, la cual disminuyó a 1,3 por 100.000 habitantes en el 2020, igualmente atribuido a la reducción en la búsqueda de casos debido a la pandemia por COVID-19. Los departamentos con más alta incidencia por 100 mil habitantes en el 2020 fueron Quindío con 5,8 y Valle del Cauca

16 OMS. Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial.2012. Disponible en Internet en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130014/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_spa.pdf?sequence=1

17 OPS. Hepatitis. Disponible en Internet en: <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>.

18 OMS. Hepatitis C. Datos y cifras. Disponible en Internet: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

19 INS. Informe de evento, Hepatitis B, C y B-Delta. Colombia 2020. Disponible en Internet en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20B,%20C%20Y%20COINFECCI%C3%93N%20B-DELTA_2020.pdf

con 4,2, seguidos de Bogotá con 2,9. El total de casos reportados fue de 666 casos, 66% de estos casos con confirmación por carga viral. El evento fue más frecuente en el sexo masculino (73,3%) y en personas de 25 a 34 años (30,5%, lo que corresponde a 203 casos). El modo de transmisión más frecuente fue por contacto sexual (62,3%), en las personas que viven con VIH la coinfección con VHC es frecuente porque estas infecciones comparten las vías de transmisión. La transmisión horizontal se dio en el 24,6% de los casos y la parenteral/percutánea en el 13,1%. No se registró transmisión materno infantil para hepatitis C durante el período reportado. los hombres que tienen sexo con hombre (37,8%) y las personas con más de un compañero sexual (16,5%), fueron las poblaciones en riesgo con mayor número de casos^{18,20}

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2018-2021, incluyó en sus indicadores de impacto, la estimación del número de casos de muerte asociada a carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC. Los resultados muestran datos de 2017 a 2019, con un incremento progresivo de las defunciones: en 2017 fallecieron 872 personas, en 2018 fueron 911 y en 2019 se presentaron 929 muertes por estas causas, por lo que se infiere que la meta de reducir las muertes atribuibles a VHB y VHC no se logró⁵.

En relación con los tamizajes para HB y HC, los resultados del último Plan mostraron que la proporción de personas (de 15 a 49 años) que son tamizadas para Hepatitis B fue de 1,7% en 2018, de 2,1% en 2019, y en 2020 tuvo un leve descenso, con 1,9%⁵.

En hepatitis C, la situación muestra una proporción de personas de 50 a 70 años tamizadas en 2018 de 0,0053%; en 2019 hubo un incremento importante de este tamizaje, con 0,02% y en 2020 fue de 0,3%⁵.

En lo programático el país ha tenido algunos avances importantes en las intervenciones dirigidas a gestionar información relacionada con las hepatitis virales, su prevención y manejo. El caso de inversión de hepatitis C, que tuvo el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el período 2014-2017, permitió la estimación de los casos de HC en el país y la compra centralizada de medicamentos antivirales con recursos de la ADRES. Con la Resolución 518 de 2015 se incluyó el tamizaje para hepatitis B y C en las intervenciones colectivas para poblaciones vulnerables y, en este mismo período se elaboraron las Guías de Práctica Clínica (GPC) de HB y HC y la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C⁵.

Posteriormente, en el período 2018 - 2021 se realizó el Caso de inversión de HB y con este se apalancó la adquisición de vacuna contra la hepatitis B para las poblaciones vulnerables definidas en la Resolución 3280 de 2018²¹ y la financiación del Tenofovir, con recursos de la UPC para hepatitis

20 Cuenta de Alto Costo. Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2020

21 Tales poblaciones son: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, usuarios de drogas inyectables (actualmente denominadas personas que se inyectan drogas), personas en situación de prostitución (también denominados trabajadores sexuales) y habitantes de calle.

B, al retirar las restricciones de uso de este medicamento (anteriormente incluido solo para VIH) a partir del año 2021. Con la Resolución 3280 del 2018 se incluyó el tamizaje para hepatitis B en las intervenciones individuales en el marco de la *Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud*– RPMS para personas con factores de riesgo y el tamizaje para hepatitis C para personas de 50 años o más y personas con antecedentes de transfusiones antes de 1996. Por otro lado, se elaboró y socializó con las entidades territoriales el lineamiento para el tamizaje y la vacunación contra el virus de la hepatitis B a poblaciones vulnerables priorizadas, con el cual se espera mejorar el acceso a la vacunación contra la HB^{22,23}.

Con la Resolución 1314 del 2020, “Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C”²⁴ se amplió la cobertura de las pruebas rápidas por fuera del laboratorio clínico y se estructuró el proceso de entrenamiento para el talento humano en salud (diferente a los profesionales de bacteriología). La Resolución 1314 resalta la importancia de ofrecer la prueba de tamizaje para hepatitis B y C en las poblaciones con factores de riesgo frente a estas infecciones. De igual manera, debe hacerse prueba para HB al 100% de las gestantes en su primera consulta, independientemente de la edad gestacional, también debe ser ofrecida por única vez a las personas que nacieron antes de 1.996 con exposiciones de riesgo, si la prueba no es reactiva deberán ser vacunadas. Las pruebas rápidas también deberán realizarse al 100% de las unidades sanguíneas que se utilizarán para transfusión²².

Las pruebas rápidas para hepatitis C también deben ser ofrecidas a las personas de 50 años y más, por única vez²².

2.3 Situación de las ITS (sífilis, clamidia y gonorrea)

El *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS - VIH, Hepatitis B y C, Coinfección TB/VIH, 2018-2021* realizó un seguimiento del número de personas entre 15-49 años, con pruebas de tamizaje para Sífilis, Clamidia y Gonorrea; aunque se quería excluir de este grupo las gestantes, esto no fue posible porque la información no se encuentra desagregada en la bodega de datos del *Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)*.

22 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Disponible en Internet en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

23 Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el tamizaje y la vacunación contra el virus de la hepatitis B a poblaciones vulnerables priorizadas, 2021. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-vacunacion-hepatitis-B-poblaciones-vulnerables.pdf>

24 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 de 2020. Disponible en Internet en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf

Tabla 2. Número de personas entre 15-49 años, con pruebas para Sífilis, Clamidia y Gonorrea, de 2018 a 2020 en Colombia

Año	Sífilis	Clamidia	Gonorrea
2018	891.083	8.344	2.229
2019	1.133.110	11.115	3.055
2020	1.018.845	8.310	2.689

Fuente: MSPS y ENTerritorio. *Evaluación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS - VIH, Hepatitis B y C, Coinfección TB/VIH, 2018-2021, en Colombia*

Como se observa en la tabla 2, las pruebas de tamizaje para las ITS, monitoreadas en el plan vigente, aumentaron de 2018 a 2019 y en el 2020 sufrieron un descenso, posiblemente relacionado con la crisis sanitaria generada por el COVID-19. Es notoria la diferencia entre los tamizajes para sífilis y los que se hacen para otras ITS, debido a los controles realizados de manera regular en las maternas.

2.4 Transmisión materno infantil (TMI) de VIH, sífilis y hepatitis B

La iniciativa para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI Plus), liderada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene dentro de sus metas²⁵:

- Reducir la transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.
- Reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.
- Reducir la transmisión materno infantil de la hepatitis B a 2% o menos.
- Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.

Colombia se encuentra comprometida con la estrategia, y en el marco de esta, ha desarrollado una caja de herramientas que contiene memofichas, rotafolio, infografías, plegables y un documento técnico, con el fin de fortalecer la implementación en los territorios. En el segundo trimestre del 2021 se realizaron talleres de actualización al talento humano en salud (THS), del área administrativa y asistencial de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE) y entidades territoriales,

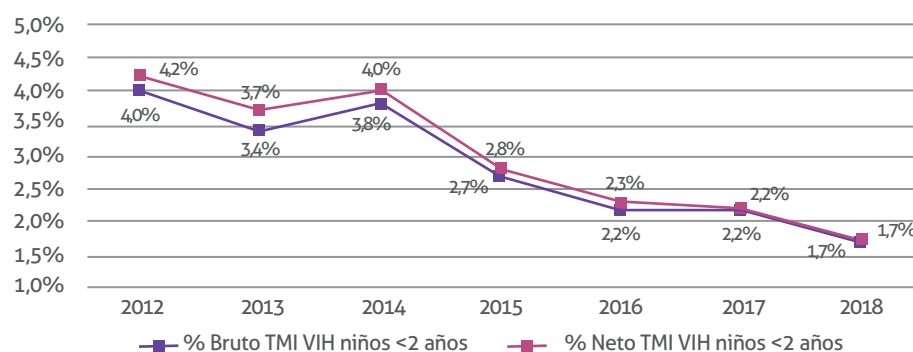
25 Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas 2019-2030. Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de la Cohorte 2018. Bogotá, 2021. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2019-2030.pdf>

en aspectos administrativos, clínicos y de seguimiento del binomio madre-hijo, en el marco de la Estrategia y la Ruta Materno Perinatal⁵.

La transmisión materno infantil de la infección por VIH, si no se realiza ninguna intervención, se da en general en el 25% de los casos (en un rango del 13 al 43%). El parto es la situación que más aporta a la transmisión con un 60% a 70% de los casos, seguido de la lactancia, con un 30% a 40% de los casos y la transmisión intrauterina con un 10% de los casos. Para reducir el riesgo de transmisión materno infantil, debe administrarse terapia antirretroviral (ARV) a la madre durante el embarazo y el parto, utilizarse la vía adecuada del parto (sea vaginal o cesárea de acuerdo con la carga viral realizada 2 a 4 semanas antes del parto), suministrar profilaxis antirretroviral al recién nacido desde el nacimiento de acuerdo con las pautas indicadas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) vigente y remplazo de la lactancia materna con leche de fórmula durante el primer año de vida²⁶.

En Colombia, la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH se viene implementando desde el año 2003. Entre los años 2012 y 2018 (Ver gráfico 5), e resalta que desde 2012, tanto la TMI del VIH bruta, como la neta, han disminuido de manera progresiva, pasando de 4% y 4,2% (respectivamente) en 2012 a 1,7% (ambas) en 2018:

Gráfico 5. Porcentaje Bruto y Neto de TMI del VIH en niños y niñas expuestos al VIH, menores de 2 años de edad, reportados a la estrategia, Colombia, cohortes 2012 – 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas 2019-2030

Por otra parte, la transmisión materno infantil de la sífilis no se ha logrado impactar con las intervenciones; de hecho, se observa un incremento de la tasa de sífilis congénita en los últimos tres años, alcanzando en el 2020 una incidencia de 2,7 por 1000 nacidos vivos (NV), convirtiéndose en una prioridad para este plan²⁷.

26 Ministerio de Salud y Protección Social. ETMI Plus Colombia 2018-2021: Marco para la eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH, la sífilis, la Hepatitis b y la enfermedad de Chagas.2018. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-tmi-del-vih-cohortes-2014-2015.pdf>

27 Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita, Colombia, 2020

Tabla 3. Comportamiento de la sífilis congénita. Colombia 2016 - 2021

Año	Número de casos de sífilis congénita	% De crecimiento de casos	Incidencia sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos incluidos los mortinatos
2016	717		1,11
2017	922	28,6	1,41
2018	1001	8,6	1,51
2019	1187	18,6	1,8
2020*	1767	48,9	2,7
2021*	824		2,6

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. ETMI - PLUS: Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas, Colombia, 2019 – 2030. Alerta N° 1: Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita. 2021. *Sivigila 2020, dato preliminar a Periodo Epidemiológico XlIII. 2021

La tabla 3 muestra como los casos de sífilis congénita se han incrementado desde el 2016, al punto que en el 2020 se alcanzó el máximo crecimiento de casos de los últimos 6 años (téngase en cuenta que el reporte del 2021 es preliminar).

Por último, es importante anotar que Colombia está en proceso de gestionar la información sobre la transmisión materno-infantil de la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, dado que estos indicadores aún no cuentan con fuente disponible.

2.5 Coinfección TB/VIH

La tuberculosis sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel global. Entre los determinantes sociales asociados con una mayor presencia de la enfermedad están “la pobreza, la desnutrición, el estrés, el alcoholismo, el tabaquismo, la diabetes, la contaminación del aire en interiores, el consumo de drogas, el encarcelamiento, las condiciones de vida y de trabajo desfavorables” y la infección por el VIH, esta última, aumenta 30 veces el riesgo de contraer tuberculosis (TB)²⁸.

En las Américas, en 2019, se estimaron 289.000 casos de TB en todas sus formas. El Caribe tuvo la tasa de incidencia más alta con 61,2 por 100.000 habitantes y Suramérica tuvo en ese momento una tasa de 46,2 por 100.000 habitantes. Para ese mismo año, los casos de coinfección TB/VIH fueron 30.000. Se calcula que alrededor de 24.000 personas fallecieron por TB en toda la Región²⁹.

En Colombia el *Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis* (PNPCT) reportó 14.886 casos de TB en 2019, con una tasa de incidencia de la infección de 27,3 casos por 100.000

28 OPS. Tuberculosis y coinfección por el VIH. Disponible en Internet en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14832:tuberculosis-and-hiv-co-infection&Itemid=40682&lang=es

29 Ministerio de Salud y Protección Social. Comportamiento de la tuberculosis y avances en la implementación del plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis en Colombia 2016-2025. Bogotá, 2020. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamiento-tuberculosis-2020.pdf>

habitantes y una mortalidad de 2 por 100.000. En el 2020 el número de casos bajó a 12.582 y la tasa de incidencia fue de 2,1 por 100.000 habitantes, con una mortalidad similar a la del año anterior (Ver tabla 4). En el 2019, el 11,5% de los casos notificados fueron de coinfección TB/VIH y este porcentaje subió a 13,1% en el 2020 (datos preliminares)³⁰.

Tabla 4. Indicadores de tuberculosis en Colombia años 2018 al 2020 (datos preliminares)

Indicador	Año 2018	Año 2019	Año 2020
Casos TB todas las formas	14.420	14.886	12.582
Tasa de insidencia TB	26 casos x 100mil	27,3 casos x 100mil	22.0 casos por cada 100mil
Tasa de mortalidad TB	2,1 casos x 100mil	2,1 casos x 100mil	2,1 casos por cada 100mil hab*
Tasa de insidencia TB FR (farmacorresistente)	0,8 casos x 100mil	0,86 casos x 100mil	0,65 casos x 100mil
% Coinfección TB-VIH	12%	11,5%	13,1%
% Casos de TB pulmonar	86%	83,2%	84,3%
% Casos de TB extra pulmonar	14%	16,8%	15,6%
% Casos de TB en menores de 15 años	3,90%	2,7%	2,5%
% de Éxito terapéutico (curados y terminados)	74%	75%	ND
% fallecidos	11,5%	10,8%	12,3%
Casos de TB MDR/RR	211	228	172
Entidades de alta carga	Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Atlántico, Santander	Antioquia, Santiago de Cali, Bogotá, Atlántico, Barranquilla, Santander	Antioquia, Santiago de Cali, Bogotá, Santander y Meta

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Comportamiento programático de la TB en el marco de la emergencia sanitaria a causa de la COVID 19. 2021.

Las entidades territoriales con mayor carga de TB en los últimos 3 años han sido: Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Atlántico, Santander, Meta y los distritos de Bogotá, Barranquilla y Santiago de Cali²⁸.

Los reportes del PNPCT indican que los casos de tuberculosis en todas sus formas estaban en aumento, pasando de 11.681 en 2010 a 14.886 en 2019; sin embargo, en el 2020 se reportaron 12.582 (datos preliminares), lo que plantea el interrogante de si este resultado es por baja detección o refleja la realidad²⁸.

En 2019 el programa de TB reportó una alta mortalidad por TB/VIH y pérdidas en el seguimiento al tratamiento en algunos territorios en ese año fallecieron 454 personas con coinfección TB/VIH que correspondieron al 26,9% de los pacientes que venían recibiendo tratamiento, Guainía (66,7%), Caldas (50%) y Guaviare (50%) fueron las entidades territoriales con mayor mortalidad. Se presentaron 282 pérdidas en el seguimiento (16,7%)²⁸.

30 Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Comportamiento epidemiológico y programático de la TB en Colombia. 2021



A large, light purple outline of the number '30' is positioned on the left side of the page. The number '3' is on the left and the '0' is on the right, both rendered in a simple, hollow font style.

**MARCO
NORMATIVO**



3.1 Compromisos internacionales

En el marco de las relaciones internacionales, Colombia ha suscrito compromisos con organismos globales, regionales y subregionales en materia de salud: “cada compromiso cuenta con un nivel diferente de fuerza legal, éstos pueden ser vinculantes o declarativos, y sus avances o cumplimiento deben ser reportados ante las instancias determinadas y en el tiempo estipulado”³¹. A continuación, se relacionan los que tienen que ver con la respuesta al VIH-SIDA:

Objetivos de Desarrollo Sostenible: Fueron adoptados a nivel global, en 2015, para luchar contra la pobreza, proteger al planeta y trabajar por la paz y prosperidad a nivel mundial. Son 17 objetivos, con metas específicas planeadas para ser alcanzadas en 15 años, es decir hasta 2030. La salud y bienestar está contemplada en el objetivo 3, que busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Con la meta 3.3 de este ODS se espera: “Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”³².

Declaración de compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida “Superar las desigualdades y enderezar el rumbo para acabar con el sida de aquí a 2030”: En este informe se documentan los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos asumidos en la *Declaración Política sobre el VIH y el Sida: En la Vía Rápida para Acelerar la Lucha contra el VIH y Poner Fin a la Epidemia del Sida para 2030*, demostrando los avances desiguales entre diferentes partes del mundo y la necesidad de “tomar medidas urgentes y transformadoras para reducir y acabar con las desigualdades, así como aumentar la inversión nacional e internacional en el VIH, la salud, la protección social, las respuestas humanitarias y los sistemas de control y preparación ante una pandemia”³³.

Estrategia mundial contra el Sida, 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA: Con esta estrategia se pretende “reducir las desigualdades que fomentan la epidemia del sida y poner a las personas en el centro para involucrar al mundo para acabar con el sida como una amenaza para la salud pública antes de 2030”³⁴. Establece 3 prioridades estratégicas que son³⁵:

31 Ministerio de Salud y Protección Social. Manual para la participación e incidencia en las relaciones internacionales en Salud. 2017

32 ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en Internet en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

33 Asamblea General de Naciones Unidas. Superar las desigualdades y enderezar el rumbo para acabar con el sida de aquí a 2030. Informe del Secretario General. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/A-75-836_es.pdf

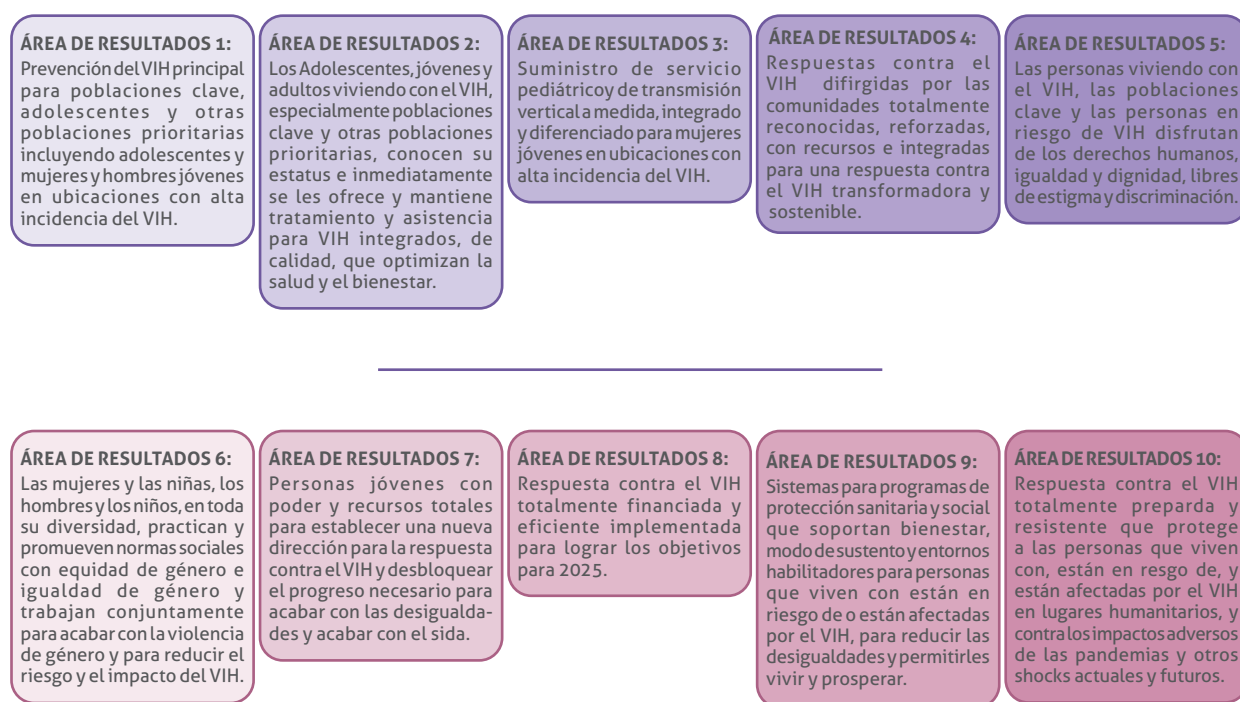
34 Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 Acabar con las desigualdades. Acabar con el Sida (2020, pág. 7).

35 ONUSIDA. Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 Acabar con las desigualdades. Acabar con el Sida. 2020. Disponible en Internet en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

1. Maximizar el acceso equitativo e igual a los servicios y soluciones para el VIH
2. Romper barreras para lograr resultados contra el VIH; y
3. Ofrecer recursos completos y sostener respuestas eficientes contra el VIH e integrarlas en sistemas para salud, protección social, lugares humanitarios y respuestas contra pandemias.

Igualmente, propone acciones en diez áreas de resultados y cinco asuntos transversales “para acelerar el progreso hacia la consecución de la visión de cero nuevas infecciones, discriminación cero y cero muertes relacionadas con el sida” ³¹, que se pueden observar en el gráfico 6:

Gráfico 6. Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026. Áreas de resultados



Fuente: ONUSIDA. Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026
Acabar con las desigualdades. Acabar con el Sida. 2020

Los 5 asuntos transversales que incluye la estrategia son:

- Liderazgo, propiedad dentro de los países y defensa: los líderes a todos los niveles deben renovar el compromiso político para asegurar una intervención continua y una acción catalizadora de las partes interesadas diversas y clave.
- Asociaciones, multisectorialidad y colaboración: los socios en todos los niveles deben alinear procesos estratégicos y mejorar la colaboración estratégica para utilizar y sinergizar completamente las contribuciones para acabar con el sida.

- Datos, ciencia, investigación e innovación: los datos, la ciencia, la investigación y la innovación tienen una importancia crítica en todas las áreas de la estrategia para informar, guiar y reducir las desigualdades relacionadas con el VIH y acelerar el desarrollo y el uso de los servicios y programas para el VIH.
- Estigma, discriminación, derechos humanos e igualdad de género: las barreras de derechos humanos y desigualdad de género que ralentizan el progreso en la respuesta contra el VIH y dejan atrás a las poblaciones clave
- y las poblaciones prioritarias deben afrontarse y superarse en todas las áreas de la estrategia.
- Ciudades, la urbanización y asentamientos humanos: las ciudades y los asentamientos humanos como centros para el crecimiento económico, la educación, la innovación, el cambio social positivo y el desarrollo sostenible para cerrar brechas programáticas en la respuesta contra el VIH³¹.

Estrategias mundiales del sector de la salud contra las ITS, el VIH y las hepatitis víricas, 2016-2021: Estas estrategias se encuentran en proceso de actualización, pero todas ellas apuntan a la definición de acciones para eliminar al 2030 la amenaza que estos eventos suponen para la salud pública mundial^{30, 31, 34}.

La estrategia mundial de acción acelerada o fast track (2014): Por consenso a nivel mundial se ha establecido a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA que, para poner fin a la epidemia del Sida, las metas a cumplir en el 2030 son: 95-95-95 (diagnosticar al 95% de las personas que viven con VIH, realizar tratamiento antirretroviral –TAR - al 95% de los diagnosticados y lograr la supresión viral en el 95% de estas personas), la reducción de nuevas infecciones de VIH entre adultos a 200.000 y cero tolerancia a la discriminación. Esto se espera lograr a través de programas de VIH más efectivos, que lleguen a más personas, de manera acelerada, con un enfoque de derechos, reduciendo las barreras de acceso a los servicios de salud, con participación y movilización comunitaria y articulación sectorial e intersectorial.³⁶

Resolución WHA 67.1 del 2014: Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, que tiene como objetivo “Acabar con la epidemia mundial de tuberculosis” y como hitos para el 2025: “Reducción de la mortalidad por tuberculosis en un 75% (en comparación con 2015), Reducción de la tasa de incidencia de la tuberculosis en un 50% (menos de 55 casos por 100 000 habitantes) – que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debidos a la tuberculosis”³⁷.

36 ONUSIDA. Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030

37 OMS. 67.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA, 19-24 DE MAYO DE 2014 RESOLUCIONES Y DECISIONES ANEXOS. Ginebra (2014, pág. 76) en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf

Resolución WHA 67.6 de 2014 (OMS): La 67ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros: “a que refuercen el sistema de cribado de calidad garantizada de todos los donantes de tejidos y órganos con objeto de evitar la transmisión del VIH, las hepatitis B y C, y la sífilis”...³⁸ a que pongan en práctica programas integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis para las personas que consumen drogas inyectables, incluidas las nueve intervenciones básicas, según sea oportuno, de conformidad con la Guía técnica de la OMS, UNODC y ONUSIDA, destinada a los países para la definición de objetivos nacionales de acceso universal a los programas de prevención de VIH y a servicios de tratamiento y atención para los consumidores de drogas inyectables...”, también habla de actividades en colaboración contra la tuberculosis y la infección por el VIH, como “integrar los servicios contra la tuberculosis y la infección por el VIH y tratamiento de la morbilidad asociada y tratar al mismo tiempo la tuberculosis, la morbilidad asociada y las enfermedades no transmisibles” y también apoya el compromiso ya contraído de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH³⁹.

Resolución WHA 63.18 de 2010: La Asamblea Mundial de la Salud “renueva el llamado de la Resolución WHA 63.18 de 2010 e invita a reforzar las estrategias de inmunización para la prevención de las hepatitis; promover la participación de la sociedad civil en todos los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas; reforzar los sistemas de recolección de sangre de donantes voluntarios, no remunerados y someter toda la sangre donada a pruebas de detección de VIH, Hepatitis B y C y sífilis; implementar programas integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis en usuarios de drogas inyectables; revisar políticas, prácticas y procedimientos asociados a estigma y discriminación de personas afectadas por las hepatitis virales, entre otros”⁴⁰.

Resolución WHA 58.13 de 2005 (OMS): La 58ª Asamblea Mundial de la Salud habla de la seguridad de la sangre; en ese marco, hace lapropuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre: “Consciente de que para prevenir la transmisión del VIH y otros patógenos transmitidos por la sangre a través de la transfusión de sangre contaminada y de productos sanguíneos contaminados es necesario que la sangre se obtenga sólo de donantes que presenten el menor riesgo posible de ser portadores de esos agentes infecciosos”⁴¹.

Resolución WHA 45.17 de 1992: “Esta resolución insta a los Estados miembros a incluir las vacunas contra la hepatitis B en los programas nacionales de inmunización”⁴².

38 Ibid. (pág. 10).

39 Ibid. (pág. 85).

40 OMS. Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial.2012

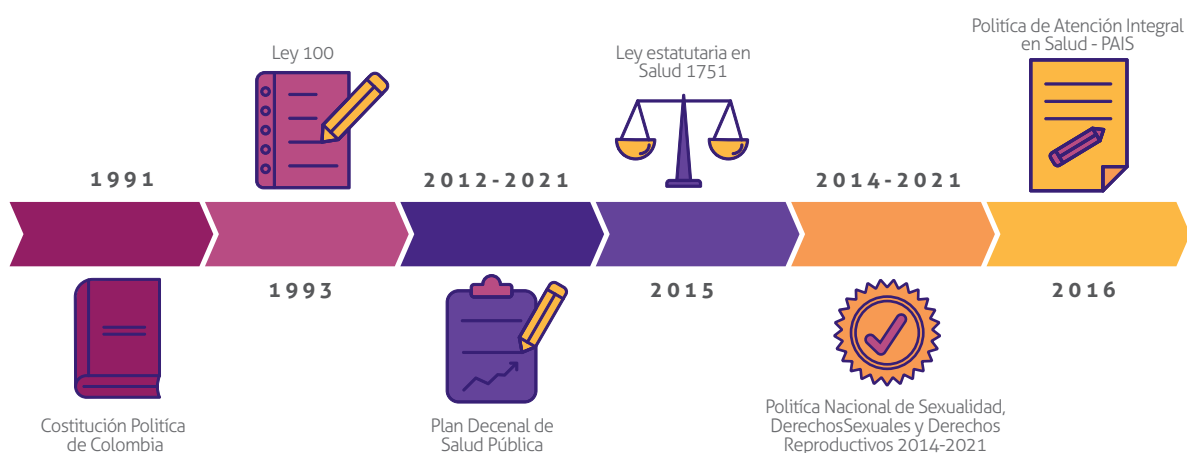
41 OMS. 58ª Asamblea Mundial de La Salud. 2005

42 Ministerio de Salud y Protección Social, OMS, OPS. Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014 - 2017

3.2 Marco normativo nacional

El marco normativo en relación con la respuesta ante las ITS el VIH, la coinfección TB/VIH y hepatitis B y C, es amplio, por lo que solo se citarán los actos administrativos más relevantes en esta materia. El gráfico 7 muestra los hitos normativos que sirven de punto de referencia para el desarrollo de los diferentes planes y programas que se han implementado en el país durante los últimos 30 años.

Gráfico 7. Hitos normativos en el contexto nacional de la respuesta ante las ITS el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en Colombia, de 1991 a 2021



Fuente: Elaboración propia a partir del marco normativo relacionado en el documento.

Constitución Política de Colombia (1991): establece en el artículo 49, que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”⁴³.

Ley 100 de 1993: “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. En su artículo 1 expresa: “El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”⁴⁴.

⁴³ Constitución Política de Colombia. 1991.

⁴⁴ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993

Ley 972 de 2005: “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”⁴⁵.

Ley 1122 de 2007: “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. En su artículo primero dice: “La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”⁴⁶.

Ley 1257 de 2008: “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”⁴⁷.

Ley 1438 de 2011: En su artículo 1 declara: “Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”⁴⁸.

Ley 1482 de 2011: Esta Ley expresa que su objeto es: “Garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación”⁴⁹.

Resolución 0459 de 2012: “Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”⁵⁰.

45 Congreso de la República de Colombia. Ley 972 de 2005

46 Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007

47 Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008

48 Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011

49 Congreso de la República de Colombia. Ley 1482 de 2011

50 Ministerio de la Protección Social. Resolución 0459 de 2012

Resolución 1841 de 2013: “Por la cual se adopta El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”. Este plan buscó la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable”. Actualmente se encuentra en proceso de actualización⁵¹.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 (actualización): “Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad”⁵².

Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015: El objeto de esta Ley es: “...garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”⁵³.

El Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En él se incluye la reglamentación del manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que contemplaba el Decreto 1543 de 1997⁵⁴.

Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (2016). El objetivo general de esta política es “...orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Mediante esta resolución también se adopta el **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**, que se constituyó en el modelo operativo de la PAIS, y su propósito fue “la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo”⁵⁵.

51 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013

52 Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, 2014-2021. Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

53 Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015

54 Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016

55 Ministerio de Salud y Protección Social. La Política de Atención Integral en Salud (PAIS). 2016

Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las *Rutas Integrales de Atención en Salud* — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones⁵⁶.

Resolución 1692 de 2017: “Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones”⁵⁷.

Resolución 3280 de 2018: “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.”⁵⁸

Resolución 273 de 2019: “Por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo⁵⁹.

Ley 1955 de 2019: Por el cual se expide el “Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” y en su artículo 1° expresa que el objetivo de la Ley es “sentar las bases de legalidad, emprendimiento y equidad que permitan lograr la igualdad de oportunidades para todos los colombianos, en concordancia con un proyecto de largo plazo con el que Colombia alcance los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030”⁶⁰.

Resolución 2626 de 2019. “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), en reemplazo del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y que modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)”⁶¹.

Resolución 1314 de 2020: “Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C”²².

56 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016

57 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1692 de 2017

58 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018

59 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 273 de 2019

60 Congreso de la República de Colombia. Ley 1955 de 2019

61 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019.

Resolución 227 del 2020: “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - PNPCT y se dictan otras disposiciones”⁶².

Resolución 229 de 2020: “Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud –EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”⁶³.

Circular 016 de 2012: Por medio de la cual se definen los lineamientos para el funcionamiento de la Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, con el fin de fortalecer las acciones preventivas y de prestación oportuna de los servicios que se orienten a eliminar la transmisión materno infantil del VIH en el marco de la normatividad vigente⁶⁴.

Circular 031 de 2014: La cual “establece lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual”⁶⁵.

Circular 43 de 2018: Establece directrices para el fortalecimiento de la prevención y vigilancia de la resistencia antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae*.⁶⁶

Circular 13 de 2019: establece acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C⁶⁷.

62 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 227 del 2020.

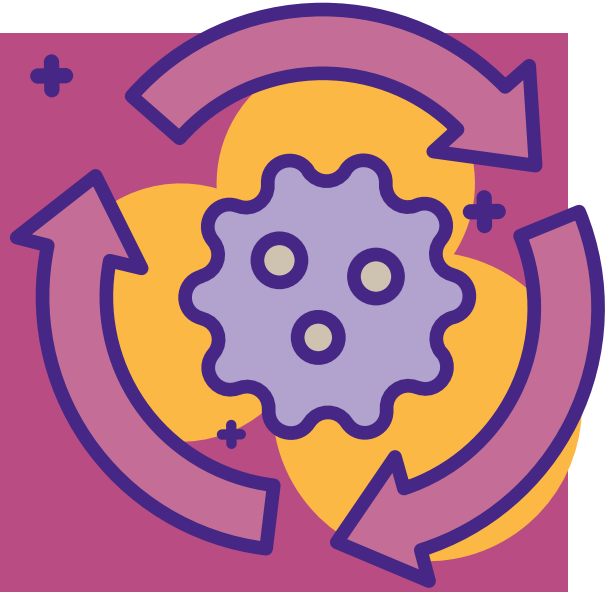
63 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 229 de 2020

64 Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 de 2012

65 Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 031 de 2014

66 Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 43 de 2018

67 Ministerio de salud y Protección Social. Circular 13 de 2019



METODOLOGÍA



El *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021* utilizó en su construcción la metodología de marco lógico. Teniendo en cuenta los retos enfrentados para su implementación en sus dos últimos años debido a la pandemia del COVID-19, se consideró retomar la misma línea de trabajo, actualizándolo y teniendo en cuenta los siguientes insumos:

- Talleres regionales y entrevistas a informantes claves.
- Aportes de la evaluación del *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*.
- Análisis realizado con el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Revisión de los compromisos internacionales de orden programático.

4.1 Fundamentos teóricos

Diseño de un plan o programa en salud. Los planes, programas o iniciativas en salud centrados en las personas, en el conocimiento de sus necesidades y preferencias, permiten abordar de manera correcta los problemas y contribuyen al desarrollo de soluciones más costo-efectivas. Cuando implementadores y usuarios finales participan del diseño, esto refleja la experiencia colectiva y permite que tengan una mayor conciencia acerca del uso de las intervenciones. También es importante involucrar a otras partes interesadas, de manera que se identifiquen los puntos críticos y se genere el mayor número de posibles soluciones⁶⁸.

El proceso interactivo de diseñar un plan o programa en salud contribuye a que los participantes aprendan e identifiquen posibles limitaciones que pudieran surgir durante la implementación e intercambiar ideas para mitigarlas; esto incrementa el grado de apropiación de lo que se está haciendo. Como beneficio adicional, este enfoque aumenta la confianza de los participantes en el diseño del plan y aumenta la probabilidad de aceptación de las intervenciones elegidas, adaptación a las necesidades del territorio y apoyo en su ejecución⁶².

Se requiere de una mejora continua durante el período de la ejecución, especialmente cuando las intervenciones se llevan a cabo durante varios años. En este caso, tal vez se hace necesario pensar en el diseño de un plan por etapas; este enfoque ayuda a precisar las actividades en la medida en que se van identificando nuevas necesidades, preferencias y limitaciones de los usuarios. El éxito

68 Cherney Montana, Holt Tania, Lee Tony, and Sun Sunny. The value of design in global public health. Disponible en Internet en: <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/the-value-of-design-in-global-public-health>

de la implementación va de la mano de que las decisiones estratégicas, operativas u organizativas, se tomen teniendo en cuenta a los beneficiarios⁶².

El diseño de una iniciativa inclusiva puede establecer una mejor conexión entre las personas y el Gobierno. Este principio viene siendo usado durante años por las organizaciones de base comunitaria (OBC) a nivel global. Según Design for Health, organizaciones de salud a nivel mundial han adoptado este enfoque para mejorar el impacto de las intervenciones: existe la necesidad de adoptar y adaptar las experiencias exitosas y mejores prácticas en salud; por otra parte, así como los profesionales de la salud comparten conocimiento que ayuda en la atención y manejo de sus pacientes, el trabajo colaborativo de las partes interesadas en la implementación de un plan o programa, se ve beneficiado y aporta mayor claridad, tanto en la definición de un problema en salud, como en la búsqueda de soluciones^{62, 69}.

Metodología de marco lógico. La metodología de marco lógico se define como una herramienta de planeación basada en la estructuración y solución de problemas, que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Se considera como un "instrumento de gestión" que permite explicar información sobre un proyecto, de una manera estructurada y sencilla. El concepto ha evolucionado desde su desarrollo en los años setenta y existen versiones modificadas que tienen su aplicación en el diseño y preparación de planes y programas en salud⁶³.

La metodología de marco lógico (MML) es un instrumento que se adapta a las realidades cambiantes. En el proceso de la planificación estratégica se identifican 3 niveles básicos⁷⁰:

- **El nivel estratégico:** Tiene que ver con planificación del orden nacional, macro.
- **El nivel programático:** Se hace con el fin de armonizar las políticas públicas a nivel central con los planes regionales o locales
- **El nivel operativo:** En este se adaptan y ejecutan las intervenciones de acuerdo con el contexto local, con objetivos y propósitos más específicos.

Hay unos pasos claves en el uso de la MML: el análisis de los involucrados, el análisis del problema, la definición de los objetivos, la selección de las alternativas, la definición de la estructura del proyecto, plan o programa y la elaboración de la matriz de indicador de resultados.

69 Maidana Escobar Ramón. Metodología de Marco Lógico. Disponible en Internet en: <https://slideplayer.es/slide/12684478/>

70 Naciones Unidas, CEPAL. Ortégón, Edgar; Pacheco, Juan Francisco y Prieto, Adriana. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. 2005-07. Disponible en Internet en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/4/S057518_es.pdf

Una vez se surten los pasos mencionados, se piensa en la implementación y con esta se plantea la necesidad del seguimiento, entendido como un proceso de observación sistemática, que tiene por objeto medir el cumplimiento de objetivos y metas propuestas, comparando la realidad con el plan propuesto y lo que sería sin él.

Los indicadores brindan información del progreso en el logro de las metas propuestas; sin embargo, no siempre es posible medir realidades y situaciones, por lo que, en ocasiones, se hace necesario utilizar indicadores indirectos. En la construcción de un plan hay que tener en cuenta ciertos atributos, de modo que este debe ser: específico, realizable, medible, relevante, enmarcado en el tiempo e independiente⁶³.

La gestión de información es una actividad importante de la planificación; para esto debe definirse desde el inicio la disponibilidad de la información, las fuentes, la periodicidad con que se van a obtener los indicadores y el nivel de desagregación requerida. También es necesario establecer el punto de referencia con el que se quiere comparar el resultado (línea de base)⁶³.

Para recolectar la información se pueden usar fuentes primarias (observación directa, entrevistas, encuestas, etc.) o secundarias (los datos fueron recolectados y elaborados por otros). Los expertos recomiendan el uso de información cuantitativa y cualitativa, de manera combinada, para mejorar la calidad de esta⁶³.

4.2 Actividades e insumos para la construcción del nuevo Plan

a. Información obtenida de los Talleres Regionales y entrevistas a informantes clave

La elaboración del nuevo *Plan viene precedida de un proceso de análisis participativo de los resultados del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021* y de un ejercicio de evaluación cuali-cuantitativo que arrojó luces acerca de los progresos y dificultades en su implementación. Lo anterior fue posible gracias lo realizado en el marco de los talleres regionales que se llevaron a cabo en las ciudades de Barranquilla, Bogotá y Cali, a los insumos obtenidos durante las entrevistas a informantes clave, y a la revisión y análisis que se hizo con el equipo de referentes técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante los talleres regionales, en una primera sesión, los grupos de trabajo conformados analizaron los resultados del plan vigente hasta el 2021, se enunciaron algunos problemas y también se identificaron avances en la implementación del plan; de igual manera, durante las entrevistas a informantes claves se analizó la ejecución del plan vigente.

En otra sesión de los talleres se identificaron prioridades y actividades para tener en cuenta en este nuevo plan, con el reconocimiento explícito de que muchas de las actividades del plan que finalizó en diciembre del 2021, estaban bien planteadas, pero por razones distintas no se llevaron a cabo, o no lograron su cometido. Para procesar esta información se utilizó la metodología de priorización de problemas, clasificando y evaluando las dificultades identificadas en los talleres regionales y por los informantes claves entrevistados, de acuerdo con la magnitud, gravedad, vulnerabilidad (capacidad de solución) y el beneficio que se generaría con la intervención de problema. Como resultado de este ejercicio, se seleccionaron los problemas que podrían generar mayores afectaciones (ver tabla 5)⁷¹.

Tabla 5. Matriz de priorización de problemas

Problemas	Criterios	Magnitud Personas afectadas: Cuantifique de 1 a 10 puntos	Gravedad Que tanto afecta la salud de las personas (letalidad, complicaciones y secuelas)	Vulnerabilidad ¿Qué posibilidades de solución tiene en el corto plazo?	Beneficio ¿Cuánto es el beneficio con la intervención del problema?
No se hace adecuada gestión de la información del plan, los sistemas de información no son amigables, algunos de los indicadores no tienen fuente y no son de obligatorio reporte.		8	Medianamente grave	Mediana	Alto
Falta articulación con la sociedad civil en la formulación, implementación y seguimiento del plan de respuesta.		6	Medianamente grave	Muy alta	Muy alto
El acceso y decisión de uso del condón masculino no ha sido lo esperado y no hay acceso al condón femenino.		5	Grave	Mediana	Muy alto
No hay sostenibilidad de las acciones del plan porque no tiene carácter vinculante y no se incluyen todas sus actividades en los Planes Territoriales de Salud.		8	Muy grave	Mediana	Muy alto
No hay suficiente apoyo económico y técnico para el trabajo de las OBC.		5	Grave	Mediana	Medio
No hay adecuada articulación intra e intersectorial, en especial con las instituciones y/o organizaciones de base comunitaria y atención al migrante.		5	Grave	Alta	Alto

71 INS. Documentos técnicos de investigación e innovación en salud pública del INS. Priorización en investigación en salud pública. 2017

Problemas	Criterios	Magnitud Personas afectadas: Cuantifique de 1 a 10 puntos	Gravedad Que tanto afecta la salud de las personas (letalidad, complicaciones y secuelas)	Vulnerabilidad ¿Qué posibilidades de solución tiene en el corto plazo?	Beneficio ¿Cuánto es el beneficio con la intervención del problema?
	Las entidades territoriales no tienen mecanismos efectivos para realizar actividades de inspección, vigilancia y control a los actores del sistema en los territorios.	7	Muy grave	Mediana	Muy alto
	Falta caracterización de las poblaciones claves y priorizadas, con datos desagregados.	8	Grave	Alta	Alto
	No se está haciendo un seguimiento efectivo y canalización de los donantes de sangre que son positivos para hepatitis y detectados en los bancos de sangre.	5	Muy grave	Alta	Muy alto
	No hay una adecuada socialización a nivel local de las actividades del Plan.	6	Medianamente grave	Muy alta	Alto
	La oferta de tamizajes para la población general en sífilis y hepatitis es limitada y esto afecta la prevención de la TMI.	7	Muy grave	Alta	Alto
	El prestador no garantiza la entrega de medicamentos para profilaxis ARV	5	Muy grave	Alta	Alto
	Las personas con ITS, VIH siguen siendo estigmatizadas y discriminadas.	8	Muy grave	Mediana	Alto
	Hay actitudes, comportamientos y prácticas de riesgo frente a las ITS, en la población sexualmente activa.	5	Muy grave	Mediana	Alto
	Se evidencian barreras geográficas, económicas y de aseguramiento para la atención.	7	Muy grave	Mediana	Alto

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de los talleres regionales realizados en Barranquilla, Bogotá y Cali y las entrevistas a informantes claves, en el 2021.

Los valores en la columna “Magnitud”, fueron colocados con base en las percepciones expresadas por los participantes en los talleres y la percepción de los entrevistados, durante la evaluación del plan vigente.

También se analizaron las prioridades identificadas por los participantes de los talleres regionales y las personas claves que fueron entrevistadas, con las actividades propuestas de acuerdo con las líneas operativas del plan actual. En la tabla 6 se muestran los resultados consolidados del ejercicio realizado.

Tabla 6. Matriz de prioridades identificadas y acciones propuestas por área o tema. Talleres regionales, 2021

ÁREA PROGRAMÁTICA /TEMÁTICA	PRIORIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS
<p>1. Promoción y Prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante comprometer a los sectores de la educación, protección y comunicación, en la implementación, divulgación y desarrollo de las acciones de promoción de la salud y servicios complementarios en salud. • Facilitar el acceso de la vacuna contra la hepatitis B a las poblaciones priorizadas en el territorio nacional • Fomentar la implementación de la estrategia de la prevención combinada. • Incrementar el uso de condones masculinos y femeninos en población clave y prioritaria. • Incrementar el tamizaje de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en población clave y prioritaria • Generar procesos de cambio cultural en los territorios para tratar de modificar los imaginarios frente al VIH SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Condicionar el pago del programa jóvenes en acción, a la asistencia a las citas y control al joven, según lo estipula la Resolución 3280 de 2018 (como oportunidad para garantizar tamizaje de ITS). • Ampliación de pruebas de tamizaje a población general. • Fortalecer las acciones de promoción y prevención en articulación con OBC, EAPB e IPS. • Realizar demanda inducida de usuarios que usan aplicaciones para encuentros sexuales. • Ampliación de cobertura de población a vacunar contra la hepatitis B sin barreras. • Vacunación extramural flexible para población priorizada. Horarios y lugares acorde a las necesidades de la población. • Flexibilizar el acceso a las vacunas y su aplicación a las poblaciones clave, mediante la búsqueda activa. • Entrega de condones masculinos en los entornos priorizados por parte de las DTS. • Implementación y seguimiento a las recomendaciones de la guía de práctica clínica en el componente de prevención por parte de los diferentes actores del SGSSS. • Asegurar la disponibilidad de condones en las entidades territoriales para la población priorizada. • Asegurar disponibilidad de recurso para la oferta de pruebas de tamizaje para VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C por parte de las entidades territoriales. • Eliminar las barreras en las rutas de tamizaje y diagnóstico de ITS.

ÁREA PROGRAMÁTICA /TEMÁTICA	PRIORIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS
<p>2. Aseguramiento y Atención integral en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la afiliación de los migrantes con VIH, ITS, hepatitis B y C y Coinfección TB/VIH con documento válido para hacerlo y apoyar a nivel territorial la regularización de quienes no la tengan. • Garantizar el conocimiento y adecuada ejecución de las guías de práctica clínica para manejo de infecciones de transmisión sexual. • Realizar profilaxis preexposición "en personas que se evalúen como de riesgo substancial de infección por VIH", según lo establecido en GPC⁷² • Implementar estrategias más efectivas para reducir las pérdidas en el seguimiento de los pacientes en tratamiento ARV • Identificar personas con problemas complejos de adherencia al tratamiento y realizar manejo interdisciplinario • Mejorar el seguimiento al paciente con coinfección TB/VIH y sus contactos • Evaluar el uso de pruebas rápidas para el diagnóstico de la infección por VIH en infecciones agudas y en poblaciones con prevalencias muy altas, según la realidad de cada territorio • Fortalecer estrategias de caso índice • Brindar atención por equipo multidisciplinario a PVV: profesionales de medicina, trabajo social, psicología y enfermería, química farmacéutica y odontología, • Garantizar servicios de atención en salud, humanizados y con enfoque diferencial • Garantizar la atención integral e integrada en salud • Identificar y gestionar las brechas en la atención de la PVV 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de las GPC al THS • Asistir técnicamente a los territorios en la implementación de las GPC del VIH • Medición de la adherencia a las guías de práctica clínica. • Seguimiento efectivo y canalización de los donantes de sangre que son positivos para hepatitis y detectados en los bancos de sangre • Atención integral y seguimiento a personas que han estado expuestas al virus del VIH, Hepatitis B y C y otras ITS, con estudio y seguimiento de sus contactos • Analizar la presencia de eventos adversos asociados a la atención en VIH, ITS, Hepatitis B y C y Coinfección TB/VIH • Aplicar e interpretar los resultados del algoritmo diagnóstico de acuerdo con lo establecido en la GPC66 • Aplicación de pruebas rápidas para VIH a quienes asistan a consulta y tengan diagnóstico de ITS, infecciones relacionadas con el VIH, como la tuberculosis y la diarrea persistente, pérdida de peso sin causa aparente o emaciación. Donde no se disponga de pruebas de laboratorio especializadas para el estudio de la infección por VIH, una persona enferma se considerará caso de SIDA acorde con la clasificación de Caracas o sus actualizaciones posteriores, contenidas en normas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016) • Implementar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento ARV • Manejo por equipo multidisciplinario de las PVV y sus familias, para favorecer adherencia, hacer consejería, apoyo individualizado para la aceptación de vivir con VIH y manejo del estigma y la discriminación, detección de fallas en adherencia, eventos adversos, efectos secundarios del medicamento e interacciones.

72 Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial (ENTerritorio), 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 personas adultas, gestantes y adolescentes. 2021

ÁREA PROGRAMÁTICA /TEMÁTICA	PRIORIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS
<p>3. Planeación participativa y veeduría ciudadana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivar las veedurías para garantizar la ejecución de los planes. • Mejoramiento de estrategias de información educación y comunicación para el manejo del estigma y la discriminación y la participación social en salud sexual y reproductiva (SSR). • Fortalecimiento de los espacios intersectoriales en cada ente territorial en donde participe la población, jóvenes, docentes, cuidadores, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar convocatoria para asesorar y orientar a las OBC y OSC sobre mecanismos de articulación. • Articular las acciones de búsqueda activa de casos con los COVECOM. • Implementar programas de fortalecimiento en competencias técnicas en las líneas de acción del plan por parte de la sociedad civil. • Formular estrategias de IEC para la reducción del estigma y la discriminación, y construidas por y para la Sociedad Civil. • Apoyarse en líderes pares para la implementación de estrategias de información y comunicación en SSR. • Comunicación asertiva y empática con el apoyo de líderes pares a población priorizada y clave. • Definir espacios de participación de padres de familia, acudientes y cuidadores.
<p>4. Sostenibilidad de la respuesta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el recurso y la financiación para realizar actividades del PIC contempladas en el plan de respuesta. • Formalizar compromisos institucionales con otras partes interesadas para la implementación y monitoreo del plan. • Gestionar con el gobierno nacional que se adopte el Plan mediante acto administrativo, de carácter vinculante (puede ser como anexo de la Ruta Integral de Atención a las ITS). • Articulación de las actividades del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los actores en el ente territorial que puedan complementar los recursos. • Generar alianzas de cooperación. • Realizar mesa de trabajo técnicas y de articulación, al menos 2 al año, con los referentes de las otras dimensiones del PDSP a nivel territorial, con acompañamiento del nivel nacional. • Articular acciones de interés mutuo con el comité interconsultivo de abuso sexual • Creación de la conmemoración de la semana de la intersectorialidad frente a la prevención de las ITS. • Inclusión de las actividades propuestas del plan en los planes de acción departamental y territorial. • Generar mecanismos de movilización de recursos y generación de alianzas para facilitar la sostenibilidad de las acciones del plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

ÁREA PROGRAMÁTICA /TEMÁTICA	PRIORIDADES	ACTIVIDADES PROPUESTAS
5. Monitoreo, evaluación, gestión de la información y el conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación anual del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C y del Plan Local de Respuesta. Consolidar el observatorio de VIH. Generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis y de la efectividad de las propuestas implementadas. Integrar a SISPRO las fuentes y salidas de información de todos los indicadores del Plan Monitoreo de indicadores de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIA Materno Perinatal relacionados con las ITS. Validar que la caracterización de la población de EAPB sea incluyente a partir de lo sugerido en el objetivo 5. Resolución. 1536/2015 Mantener actualizados los sistemas de información oficiales 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un informe anual y un plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica. Socializar los resultados de investigaciones realizadas en las temáticas que desarrolla el Plan. Incentivar la investigación local sobre los eventos de interés del plan y apoyar la sistematización de experiencias demostrativas y también, de trabajos realizados por las OBC. Establecer estrategias de monitoreo claras y con una frecuencia establecida para vigilar el uso del sistema de información SISCO SSR, fortalecer su divulgación y su puesta en marcha como algo de obligatorio cumplimiento, definir quiénes son los responsables o encargados de liderar el proceso en cada EAPB, IPS y entidad territorial. Capacitación y entrenamiento en el SISCO SSR, a todos los actores del sistema, incluyendo OBC y Organizaciones de la Sociedad Civil. Análisis y seguimiento a los indicadores definidos. Formar a la ET – EAPB – Operadores – OSC – en el manejo de herramientas para reporte de información. Establecer criterios mínimos de seguimiento y cumplimiento de los lineamientos. (Información a reportar).

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de los talleres regionales realizados en Barranquilla, Bogotá y Cali y las entrevistas a informantes claves, en el 2021.

b. Aportes de la evaluación del plan vigente

La evaluación del *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021* arrojó un volumen importante de información para la construcción de este plan, se extrajo información de los resultados de los indicadores, del análisis por área programática, las conclusiones y recomendaciones.

c. Actualización del árbol de problemas y de objetivos

Se realizó la actualización del árbol de problemas y del árbol de objetivos trabajados en el plan vigente, se realizaron ajustes para que el nuevo plan responda a las necesidades de los beneficiarios sin perder la continuidad de las intervenciones que vienen dando resultados y los avances logrados en algunas de las metas propuestas.

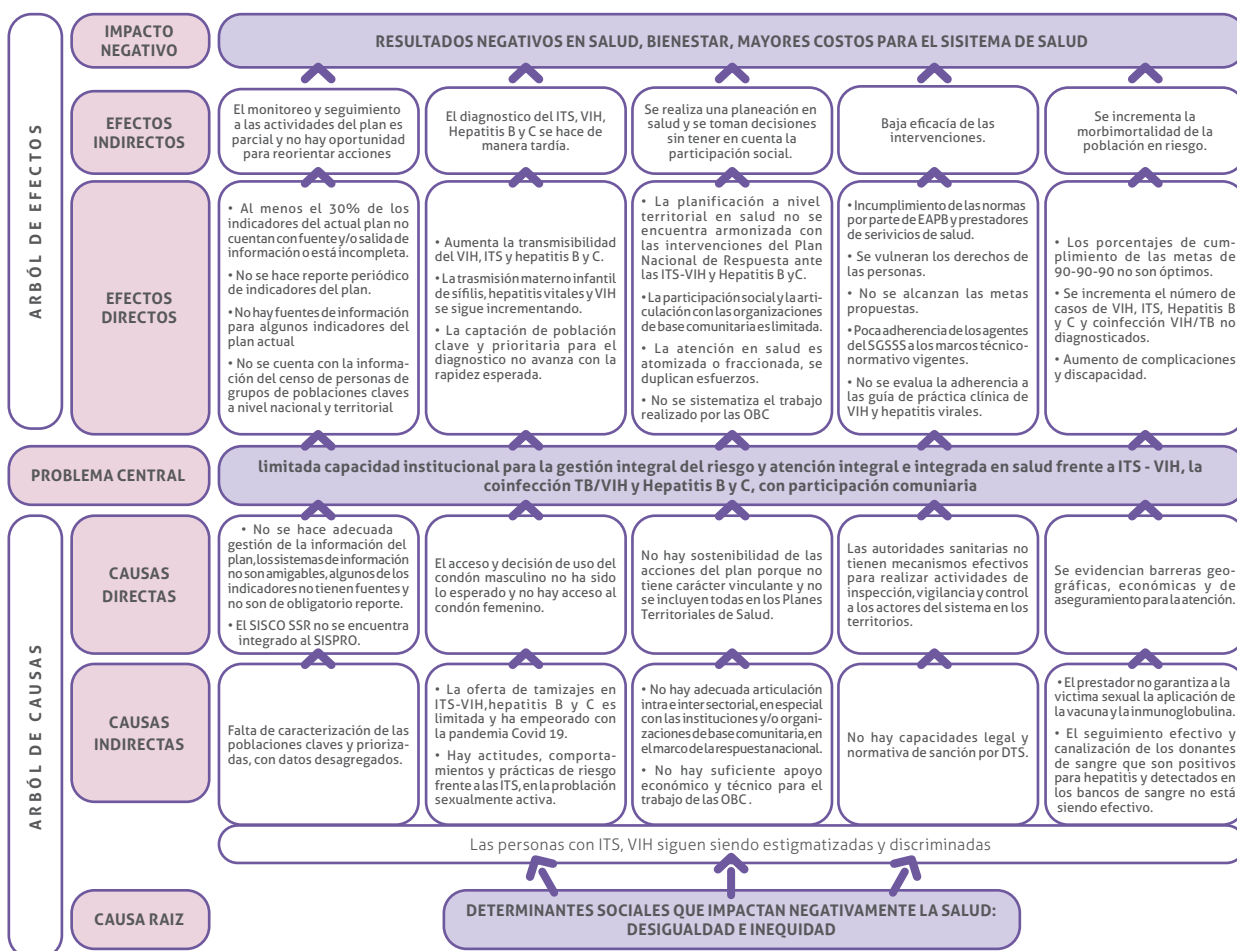
d. Revisión del tablero de indicadores actual y propuesta del tablero para el nuevo Plan

Una necesidad identificada en la evaluación del plan vigente fue la revisión del tablero de indicadores actual y la selección de los que se utilizarán para el nuevo plan. Con el equipo del Ministerio de Salud y Protección Social se revisó el tablero de indicadores y se realizó la selección de los que se incluyeron, con criterio técnico, pero, teniendo en mente que hay unos indicadores de reporte internacional que, aunque no tengan fuente, se incluyeron y deberán gestionarse debido a su importancia.

4.3 Actualización del árbol de problemas

De acuerdo con la información analizada durante la evaluación del plan vigente se ajustó el árbol de problemas, el cual se puede observar en la figura 2.

Figura 2. Árbol de problemas del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C 2022-2025

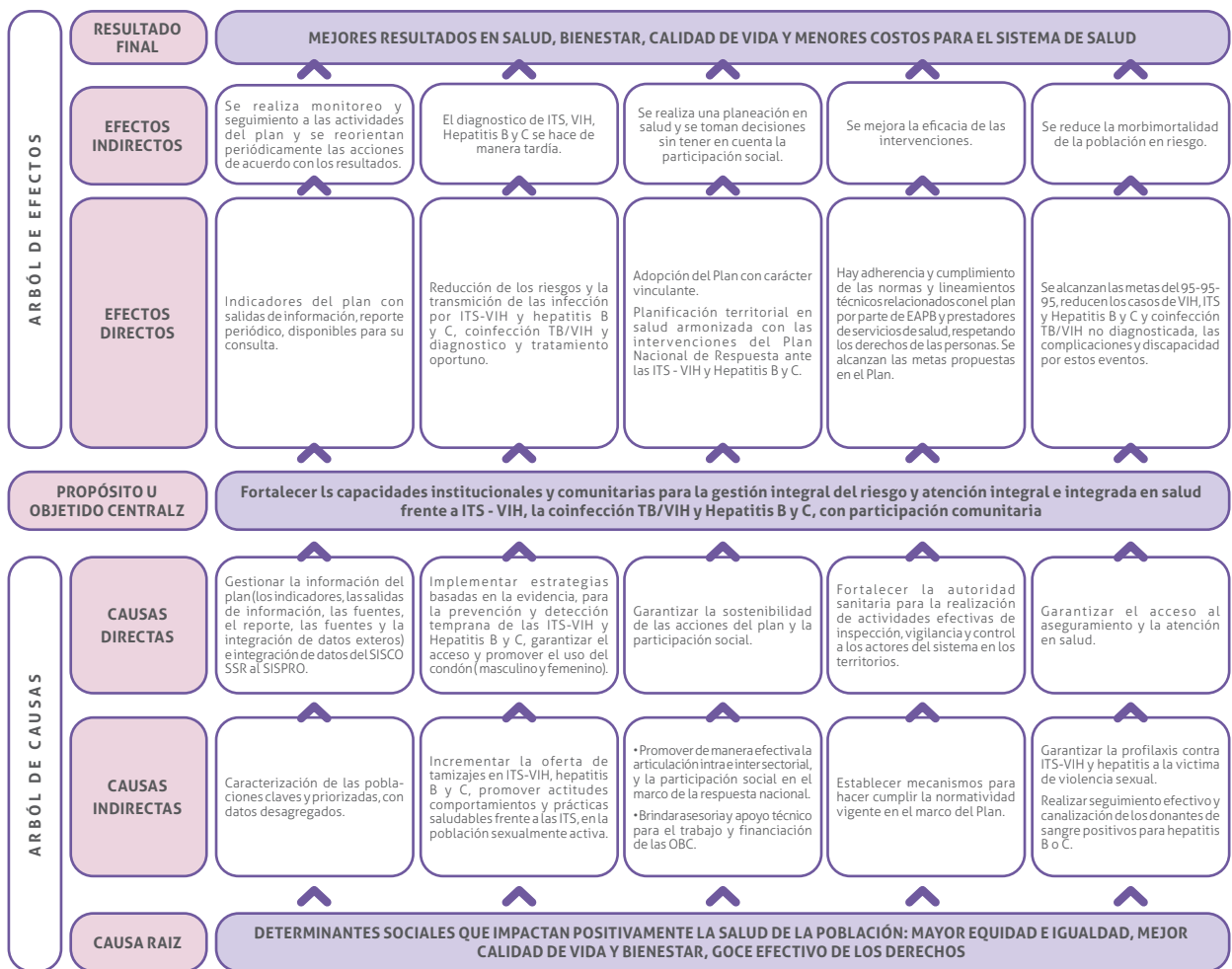


Fuente: Elaboración propia a partir de los insumos de los talleres regionales de Barranquilla, Bogotá y Cali, entrevistas a informantes claves y reuniones técnicas con el equipo de SSR del MSPS

4.4 Actualización del árbol de objetivos

Luego de construir el árbol de problemas, se construyó el siguiente árbol de objetivos para el nuevo plan (ver figura 3).

Figura 3. Árbol de objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS – VIH, la coinfección TB/VIH y Hepatitis B y C 2022-2025

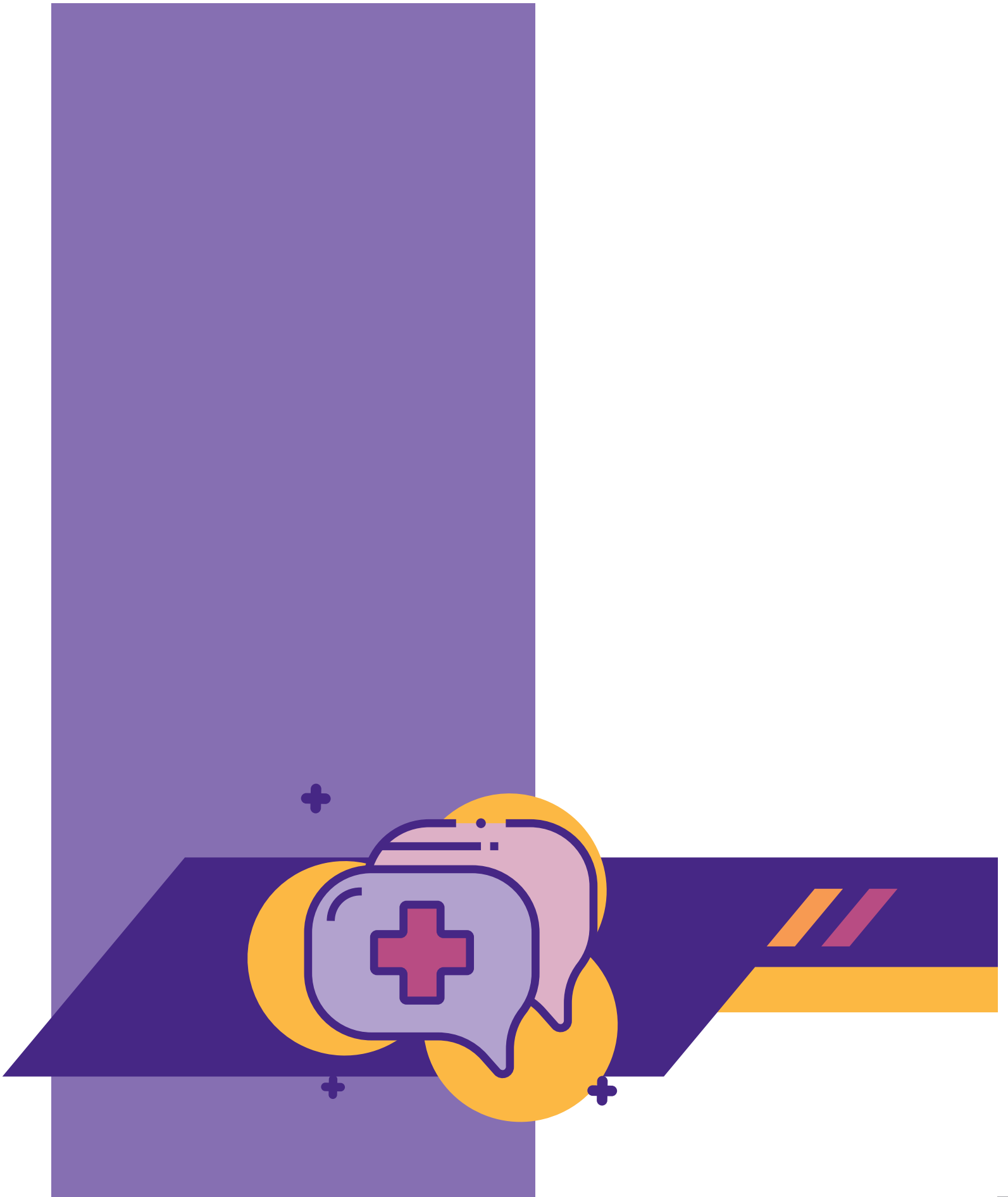


Fuente: Elaboración propia a partir de los insumos de los talleres regionales de Barranquilla, Bogotá y Cali, entrevistas a informantes claves y reuniones técnicas con el equipo de SSR del MSPS



ESTRUCTURA

DEL PLAN NACIONAL DE
RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH,
LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS
HEPATITIS B Y C, 2022-2025



5.1 Objetivos

5.1.1 Objetivo general

Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión integral del riesgo, atención integral e integrada y gestión en salud pública frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, con participación comunitaria.

5.1.2 Objetivos específicos

- Implementar estrategias basadas en la evidencia para la promoción de la salud y prevención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, partiendo de los principios de la prevención combinada.
- Garantizar la atención integral y oportuna en salud frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- Fortalecer la autoridad sanitaria y sostenibilidad de las acciones del plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH; la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C a nivel territorial.
- Fortalecer el papel de la sociedad civil en los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana a nivel nacional y territorial de la respuesta a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- Gestionar la información en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C y sus fuentes para la vigilancia, gestión del conocimiento y monitoreo y evaluación.

5.2 Ejes, líneas operativas, metas, indicadores y actividades

5.2.1 Ejes

El marco estratégico del plan se fundamenta en tres (3) ejes:

- Promoción de la Salud.
- Gestión del Riesgo en Salud.
- Gestión de la Salud Pública.

5.2.2 Líneas operativas. Se definieron cinco (5) líneas operativas:

1. Promoción y prevención.
2. Atención integral en salud.
3. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y sostenibilidad de la respuesta.
4. Participación social.
5. Gestión del conocimiento, monitoreo y evaluación.

Tabla 7. Líneas operativas, objetivos, resultados esperados, metas, indicadores y actividades del Plan Nacional de Respuesta Ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2022-2025

Línea Operativa 1: Promoción y Prevención			
OBJETIVOS	RESULTADO ESPERADO	METAS	INDICADORES
Implementar estrategias basadas en la evidencia, para la promoción de la salud y prevención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, partiendo de los principios de la prevención combinada.	Personas con menor riesgo de adquirir ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C.	<ol style="list-style-type: none"> Al 2025 se incrementa en 10 puntos porcentuales del uso del condón en la última relación sexual en HSH menores de 25 años y de 25 o más. Al 2025, 18.626 personas recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) por lo menos una vez durante el período de notificación Al 2025 tamizar por lo menos dos millones (2.000.000) de personas para hepatitis B Al 2025 se habrá tamizado para hepatitis C por lo menos el 25% de las personas de 50 a 70 años (acumulativo) Al 2025 se incrementa por lo menos a 10 la razón de condones entregados a personas con ITS Al 2025 por lo menos el 95% de las personas con diagnóstico de TB conocen su estado serológico para VIH. Al 2025 el 95% de las personas que se estima viven con VIH conocen su diagnóstico. Al 2025 disminuir el porcentaje de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos Al 2025 disminuir el porcentaje de TMI del VHB a 2% o menos. Al 2025 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos 	<ol style="list-style-type: none"> Proporción de HSH que usa condón en la última relación sexual entre menores de 25 años y de 25 o más. Número de personas que recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) por lo menos una vez durante el período de notificación. Proporción de personas tamizadas para hepatitis B. Proporción de personas de 50 a 70 años tamizadas para hepatitis C. Razón de condones entregados a personas con ITS. Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis con estado serológico conocido para VIH. Porcentaje de personas vivas diagnosticadas con VIH del total de personas estimadas que viven con VIH. Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en niños y niñas menores de dos años. Porcentaje de transmisión materno-infantil de la hepatitis B en niños y niñas menores de dos años. Incidencia de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos. Proporción de las poblaciones vulnerables priorizadas que completaron su esquema de vacunación contra el virus de la Hepatitis B sobre aquellos que recibieron por lo menos una dosis de hepatitis B.

ACTIVIDADES

Implementación de intervenciones de prevención combinada

1. Los agentes del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) promueven e implementan programas de prevención combinada del VIH, incluyendo la profilaxis preexposición dirigida a personas con riesgo substancial de adquirir el VIH.

2. Los agentes del SGSSS difunden e implementan las intervenciones y atenciones de la ruta integral de atención para personas con factores de riesgo o con enfermedades transmisibles en su tramo de infecciones transmitidas por vía sexual (ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C).

3. El MSPS y las DTS con la participación de las organizaciones de sociedad civil y de personas con ITS o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C, diseñan e implementan estrategias de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social enfocadas en la difusión de los derechos sexuales (DS) y derechos reproductivos (DR).

4. Las entidades territoriales implementan en conjunto con las organizaciones de la sociedad civil, acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, con énfasis en las poblaciones vulnerables establecidas en la Resolución 3280 de 2018 y aquellas que la modifiquen o sustituyan. Entre dichas acciones se incluyen:

- Identificación de factores de vulnerabilidad.
- Evaluación de las necesidades de apoyo social
- Educación integral en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos
- Educación en prevención primaria, secundaria y terciaria de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
- Intervenciones de reducción de riesgos y daños con personas que se inyectan drogas que incluyen la implementación de la estrategia educativa “Aguanta Cuidarse”, la entrega de kits de inyección de menor riesgo, la orientación a programas de sustitución de opioides, entre otros.
- Educación en el uso correcto del condón y lubricantes en todas las relaciones sexuales penetrativas y entrega de condones.
- Identificación de sintomáticos respiratorios.
- Promoción del autoanálisis o auto test como estrategia para el diagnóstico temprano de VIH.
- Oferta y realización de pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y C.
- Confirmación de casos de VIH desde la comunidad, de acuerdo con los lineamientos vigentes.
- Toma de muestra para pruebas confirmatorias y complementarias cuando se han obtenido resultados reactivos a las pruebas rápidas realizadas en la comunidad, de conformidad con la normatividad vigente.
- Canalización al prestador primario de personas con nuevo diagnóstico o tamizaje reactivo para alguno de los eventos en salud contemplados en este plan.
- Vacunación contra el virus de la hepatitis B a las poblaciones vulnerables priorizadas o canalización efectiva para dicha intervención
- Canalización a otras rutas integrales de atención.
- Acciones para la reducción del estigma y la discriminación, entre otros.

5. Las DTS, EAPB e IPS adquieren y distribuyen condones a las poblaciones claves y prioritarias, como estrategia de prevención para las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en concordancia con el documento técnico de adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia

6. Los bancos de sangre y otros agentes del SGSSS fomentan la autoexclusión voluntaria y altruista, para donación de sangre o tejidos entre las personas con comportamientos de riesgo o que viven con ITS, VIH, hepatitis B o C.

Línea Operativa 1: Promoción y Prevención			
OBJETIVOS	RESULTADO ESPERADO	METAS	INDICADORES
Implementar estrategias basadas en la evidencia, para la promoción de la salud y prevención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, partiendo de los principios de la prevención combinada.	Personas con menor riesgo de adquirir ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C.	<p>11. Al 2025 lograr esquemas completos de vacunación contra hepatitis B (terceras dosis), en por lo menos el 80% de las personas pertenecientes a las poblaciones vulnerables priorizadas que recibieron una primera dosis de vacuna.</p> <p>12. Al 2025 por lo menos el 95% de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, recibieron profilaxis posexposición para VIH.</p> <p>13. Al 2025 el 95% de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, recibieron profilaxis para ITS (otras profilaxis).</p> <p>14. Al 2025 se incrementa en 10% el número de hombres que aprueban que se reconozcan los derechos a las parejas del mismo sexo. (Línea de base 57.5% en hombres. ENDS)</p>	<p>12. Proporción de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron profilaxis posexposición para VIH.</p> <p>13. Proporción de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron profilaxis para ITS (otras profilaxis).</p> <p>14. Proporción de hombres que aprueban que se reconozcan los derechos a las parejas del mismo sexo</p>

ACTIVIDADES

Incremento del tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C

7. Las DTS fortalecen las capacidades del talento humano en salud para la aplicación del protocolo vigente en exposiciones de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las ITS, VIH, VHB y VHC y hacen seguimiento a su implementación.

8. Las DTS realizan acciones de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control a los agentes del sistema de salud sobre la aplicación de los algoritmos de diagnóstico vigentes, ante las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C

9. Las EAPB e IPS fortalecen la inducción a la demanda y la oferta de pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C y otras ITS a través de servicios de información y pruebas rápidas, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, los servicios de salud sexual y reproductiva, las consultas de ITS, la atención a las violencias basadas en género, la consulta diferencial para adolescentes y jóvenes, los servicios de urgencias y hospitalización, entre otros.

10. Los bancos de sangre y tejidos, en coordinación con las EAPB garantizan la canalización efectiva de los donantes en bancos de sangre y tejidos con marcadores reactivos/positivos para sífilis, VIH, hepatitis B y C para su atención integral.

Eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH, Sífilis y Hepatitis B mediante el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el SGSSS:

11. Las DTS, EAPB e IPS garantizan la inducción a la demanda y la oferta de tamizaje sin barreras para VIH, sífilis y hepatitis B para la totalidad de las gestantes.

12. Las DTS, EAPB e IPS garantizan las intervenciones establecidas para las gestantes y madres que viven con VIH y sus hijos e hijas expuestos al VIH, sífilis y hepatitis B para eliminar la transmisión materno-infantil de estos eventos, de acuerdo con el marco técnico-normativo vigente.

13. Las DTS, EAPB e IPS garantizan el seguimiento clínico y paraclínico a los menores expuestos al VIH, sífilis y hepatitis B por vía materno-infantil, hasta la confirmación o descarte del diagnóstico, de acuerdo con las recomendaciones técnicas vigentes.

14. Las DTS realizan acciones de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control para que los agentes del SGSSS apliquen las recomendaciones técnicas vigentes para la eliminación de la TMI, del VIH, sífilis y hepatitis B,

15. El Programa Ampliado de Inmunizaciones fortalece las coberturas nacionales de vacunación contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida del recién nacido para todos los niños y niñas del país y la aplicación de la gammaglobulina contra la hepatitis B en las primeras 12 horas de nacido a todos los niños y niñas expuestos al virus de la hepatitis B.

Acceso a la vacuna contra la hepatitis B a las poblaciones incluidas en el lineamiento para el tamizaje y la vacunación de poblaciones vulnerables priorizadas:

16. Las DTS, EAPB, e IPS vacunan contra el VHB a las poblaciones priorizadas de acuerdo con el lineamiento técnico correspondiente.

Reducción del Estigma y la Discriminación (E&D) hacia personas en condición de vulnerabilidad o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, Hepatitis B o C:

17. El MSPS y las DTS con la participación de las organizaciones de sociedad civil y de personas con ITS o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C, diseñan e implementan estrategias transversales para la eliminación del estigma y la discriminación hacia las poblaciones vulnerables o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.

18. El MSPS, las DTS, las EAPB y las IPS promueven acciones de carácter intersectorial para el apoyo, la protección y la inclusión social de las personas vulnerables o que viven con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C

Línea operativa 2. Atención Integral en Salud			
OBJETIVOS	RESULTADO ESPERADO	METAS	INDICADORES
Garantizar la atención integral oportuna en salud frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.	Personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C con atenciones integrales y oportunas en salud.	<p>15. En el 2025 por lo menos el 80% de las personas inician terapia antirretroviral y tratamiento para la infección tuberculosa latente en el mismo período.</p> <p>16. En el 2025 el 95% de las personas con tuberculosis activa y coinfección con VIH, reciben tratamiento simultáneo para tuberculosis y terapia antirretroviral</p> <p>17. Al 2025 el 95% de las PVV que conocen su diagnóstico, reciben terapia antirretroviral.</p> <p>18. Al 2025 el 95% de las PVV que reciben TAR logran supresión virológica.</p> <p>19. Al 2025 el 20% de las personas con diagnóstico de hepatitis B crónica reciben tratamiento.</p> <p>20. Al 2025 por lo menos el 80% de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica iniciaron tratamiento.</p>	<p>15. Porcentaje de personas que iniciaron terapia antirretroviral y tratamiento para la infección tuberculosa latente en el período de reporte.</p> <p>16. Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y terapia antirretroviral</p> <p>17. Porcentaje y número de personas adultas y niños/as que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral</p> <p>18. Porcentaje de adultos y niños que viven con VIH que tienen carga viral suprimida.</p> <p>19. Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis B crónica que reciben tratamiento</p> <p>20. Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento</p>

ACTIVIDADES

19. Las DTS, EAPB, IPS y organizaciones de la sociedad civil desarrollan mecanismos de coordinación interinstitucional para la atención efectiva de las personas canalizadas desde la comunidad con tamizajes reactivos para VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C, sintomáticos respiratorios y otras necesidades en salud identificadas durante las acciones a nivel comunitario (Ver Anexo 1).
20. Las DTS, EAPB e IPS promueven y gestionan la afiliación en salud de personas colombianas pobres no aseguradas y personas migrantes regularizadas sin aseguramiento que presentan ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.
21. Las organizaciones de la sociedad civil orientan y apoyan la gestión para la afiliación en salud de personas colombianas pobres no aseguradas y personas migrantes con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.
22. Las DTS, EAPB e IPS garantizan la prestación de servicios de salud para la atención integral y oportuna a las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C, incluidas las gestantes y sus hijos e hijas expuestos, acorde a los lineamientos, guías y normatividad vigente
23. Las EAPB e IPS fortalecen las acciones de prevención de la coinfección TB/VIH a través del tratamiento de la infección tuberculosa latente en personas que viven con VIH, el tratamiento antirretroviral temprano y el control de infecciones, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
24. Los agentes del SGSSS, según sus competencias, garantizan el acceso universal, la disponibilidad y entrega real y oportuna de los medicamentos, seguimiento paraclínico e insumos previstos en el marco técnico-normativo vigente para la atención de las personas con ITS o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.
25. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES dan continuidad a la estrategia de compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C para garantizar el acceso al tratamiento.
26. EL MSPS y el INS actualizan periódicamente los protocolos, lineamientos, guías de práctica clínica y normatividad relevante para la promoción, prevención y atención integral en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.
27. El MSPS, las DTS, EAPB e IPS desarrollan las capacidades del talento humano en salud para la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la atención de las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
28. El INS y los laboratorios de salud pública verifican la participación de la red de laboratorios en programas de aseguramiento de la calidad con participación en ensayos de aptitud para pruebas de diagnóstico y seguimiento de las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.
29. El INS y los laboratorios de salud pública proveen asistencia técnica a los laboratorios de su red para la implementación de nuevas tecnologías en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, en línea con las recomendaciones nacionales.

Línea operativa 3. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y sostenibilidad de la respuesta

OBJETIVOS	RESULTADO ESPERADO	METAS	INDICADORES
Fortalecer la autoridad sanitaria y sostenibilidad de la respuesta nacional y territorial ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.	Acciones sostenibles en ITS – VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C a nivel nacional y territorial	<p>21. Al 2025 por lo menos el 85% de las entidades territoriales han incorporado las intervenciones del plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH Y las hepatitis B y C en sus Planes Territoriales de Salud</p> <p>22. Al 2025 el 100% de las entidades territoriales realizan actividades de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en sus territorios.</p>	<p>21. Proporción de entidades territoriales que han incorporado las intervenciones del plan nacional de respuesta en sus Planes Territoriales de Salud.</p> <p>22. Porcentaje de entidades territoriales que realizan actividades de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en sus territorios.</p>

Línea operativa 4. Participación Social

OBJETIVOS	RESULTADO ESPERADO	METAS	INDICADORES
Fortalecer la participación de la sociedad civil en los procesos de planeación, implementación, monitoreo, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C a nivel nacional y territorial.	Sociedad civil fortalecida en la participación en procesos de planeación, implementación, monitoreo, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C a nivel nacional y territorial	23. Al 2025 el 100% de las entidades territoriales cuentan con participación de la sociedad civil en los procesos de planeación y evaluación en salud para la respuesta en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	23. Proporción de entidades territoriales que cuentan con participación de la sociedad civil en los procesos de planeación y evaluación en salud para la respuesta en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

ACTIVIDADES

30. Las DTS adoptan el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2022-2025 e incorporan sus actividades en el marco de los Planes Territoriales de Salud y en concordancia con los lineamientos técnicos de la ruta integral de atención para las enfermedades transmisibles, en su componente de infecciones transmitidas por vía sexual.

31. El MSPS y las DTS fortalecen las capacidades de gestión administrativa y financiera de las entidades territoriales para el desarrollo e implementación de planes, proyectos y estrategias en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

32. El MSPS y las DTS desarrollan e implementan herramientas y estrategias para el fortalecimiento de las actividades de asistencia técnica, inspección, vigilancia y control de las entidades territoriales.

ACTIVIDADES

33. Las organizaciones de sociedad civil participan en los procesos de planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las acciones frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C a nivel nacional y territorial.

34. Las DTS, EAPB e ITS convocan y promueven la participación de las OSC en los procesos de contratación de actividades enfocadas en la promoción, prevención combinada o atención integral, hacia poblaciones clave.

35. Las organizaciones de la sociedad civil elaboran, mantienen actualizados y socializan los directorios locales y nacionales de los grupos, organizaciones y redes comunitarias que realizan acciones en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, especificando sus competencias para facilitar las acciones de articulación.

36. Las organizaciones de sociedad civil realizan acciones de abogacía y movilización social para la reducción del estigma y la discriminación tanto a nivel comunitario como institucional y el fortalecimiento de la inclusión y protección social de las poblaciones claves y prioritarias, como parte de la agenda política territorial

37. Las organizaciones de la sociedad civil ejercen acciones de veeduría y control social para el cumplimiento de la ley estatutaria en salud y la oferta oportuna y con calidad de servicios de promoción, prevención y atención integral de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

38. El MSPS y las DTS brindan apoyo técnico a las organizaciones de la sociedad civil en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

Línea operativa 5. Gestión del conocimiento, monitoreo y evaluación			
OBJETIVOS	RESULTADO ESPERADO	METAS	INDICADORES
Gestionar los datos recolectados por las diferentes fuentes de información en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C para la vigilancia, la gestión del conocimiento, el monitoreo y la evaluación.	Los agentes del SGSSS y las organizaciones de la sociedad civil cuentan con información VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C para la toma de decisiones.	24. Al 2025, el MSPS reporta anualmente el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y los avances en la respuesta nacional, que permiten la toma de decisiones oportunas de acuerdo con la normatividad técnica vigente.	24. Número de informes anuales sobre el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y de los avances en la respuesta nacional.

ACTIVIDADES

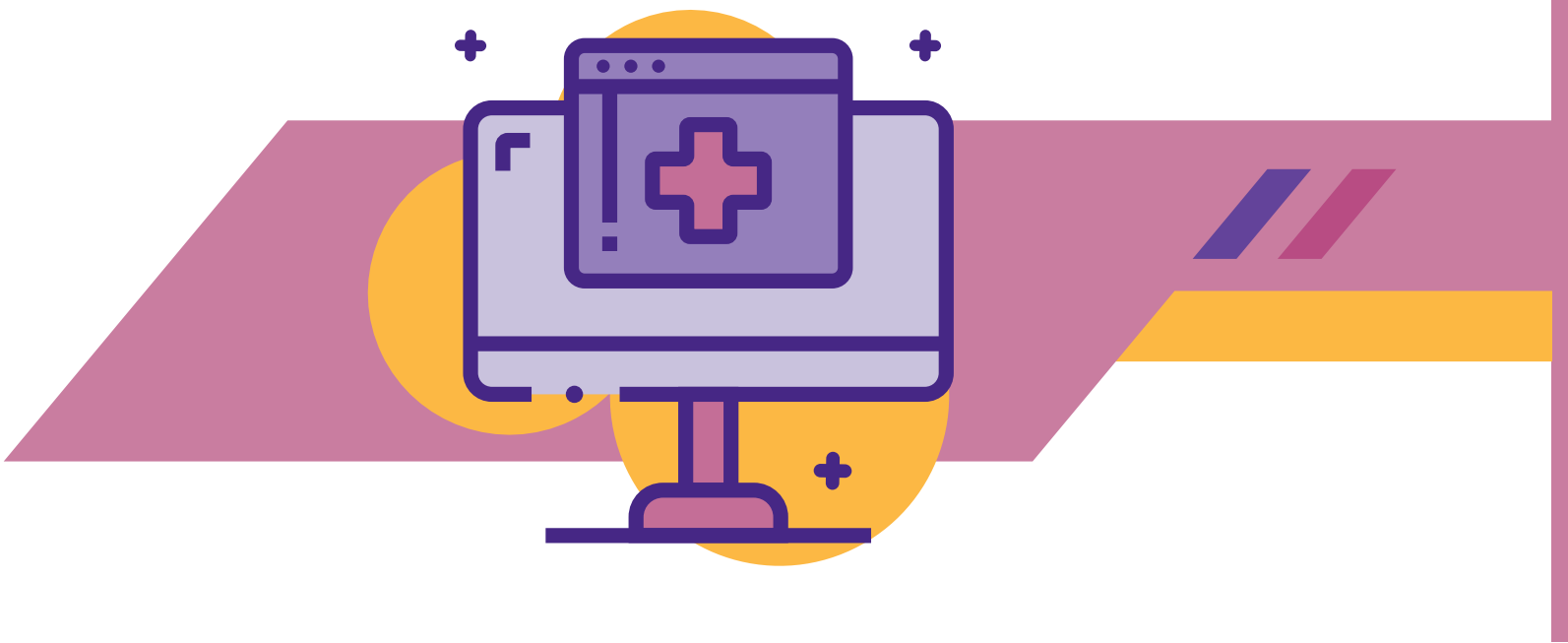
39. Los agentes del SGSSS fortalecen la vigilancia epidemiológica y los procesos de recolección de datos, consolidación, análisis y reporte de información en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C a nivel nacional y territorial para la toma de decisiones oportunas de acuerdo con la normatividad vigente.

40. El MSPS reporta anualmente los indicadores del Monitoreo Global del Sida con participación de los agentes del SGSSS y las organizaciones de la sociedad civil.

41. El MSPS y las entidades territoriales generan reportes anuales sobre el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y de los avances en la respuesta nacional y territorial.

42. El MSPS y las DTS, promueven la realización de estudios de prevalencia y comportamiento sexual en poblaciones clave.

43. El MSPS y las DTS, promueven la realización de estudios que midan el estigma y discriminación relacionados con el VIH, a través de las organizaciones de la sociedad civil y de redes de personas viviendo con el virus.





PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento o monitoreo de un proyecto, plan o programa es un proceso ordenado y sistemático de observación y análisis, que involucra la identificación de logros, avances y dificultades en la implementación, con el fin de realizar los ajustes requeridos para asegurar el cumplimiento de los objetivos trazados⁷³.

La evaluación es “una valoración y reflexión sistemática sobre el diseño, la ejecución, la eficiencia, la efectividad, los procesos, los resultados (o el impacto) de un proyecto en ejecución o completado”⁷³. Existen varios tipos de evaluación: formativa, sumativa y ex post, dependiendo del momento en que se realiza.

Al Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las competencias que le otorga la Ley 715 de 2001, le corresponde “Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación”, así como también “Definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales”⁷⁴.

El monitoreo y la evaluación tiene como objetivos:

- Realizar seguimiento y verificar el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las líneas operativas del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2022-2025.
- Asistir técnicamente a las entidades territoriales y todos los actores del sistema de salud y de otros sectores, para el monitoreo y seguimiento del Plan en el contexto territorial.
- Evaluar la gestión de las intervenciones contempladas en el plan, realizada por los diferentes actores del Sistema de Salud y producir informes que den cuenta de los resultados.
- Analizar con periodicidad anual, los resultados de los indicadores del Plan y orientar la toma de decisiones desde el nivel nacional y territorial.

Según el *Manual de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL), en la construcción de un plan de monitoreo y evaluación, es necesario definir:

73 Naciones Unidas, CEPAL. Ortegón, Edgar; Pacheco, Juan Francisco y Prieto, Adriana. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. 2005-07. Disponible en Internet en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/4/S057518_es.pdf (pág. 48).

74 Congreso de Colombia. Ley 715 de Diciembre 21 de 2001

- ¿Quiénes son los destinatarios de la información que proporciona el monitoreo?
- ¿Qué información requieren dichos destinatarios?
- ¿Qué indicadores se deben considerar?
- ¿Qué instrumentos hay que utilizar?
- ¿Con qué periodicidad?
- ¿Qué nivel de precisión es requerido?
- ¿Cuáles y cuántas unidades hay que observar cada vez (actores, beneficiarios, ejecutores)?
- ¿Qué tipo de informes se requieren?
- ¿Cómo se deben procesar los datos?

Este Plan será monitoreado para verificar el avance en su ejecución anualmente (excepto en aquellos indicadores que provienen de estudios y que tienen una periodicidad mayor a un año) y se evaluará el cumplimiento de metas. El proceso será concertado con los responsables a nivel territorial y para esto se establecerán metas territoriales y garantizará la participación social y comunitaria.

Se propone que se realice seguimiento a cada acción propuesta, definiendo sus responsables y el tiempo de la ejecución. El plan establece las líneas de base y los indicadores que permitirán evaluar el cumplimiento periódico de las intervenciones en cada línea operativa.

Implementación del plan de monitoreo y evaluación. Para la implementación del plan de monitoreo y seguimiento cada entidad territorial asumirá responsabilidades en el marco de sus competencias, para esto es importante tener en cuenta:

- Armonizar el monitoreo y evaluación de este plan con la metodología que defina el nuevo *Plan Decenal de Salud 2022-2031* para las intervenciones en salud sexual y reproductiva.
- Integrar el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación del *Plan Nacional de Respuesta con el del Plan Territorial de Salud*.
- Articular con las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC), otros sectores y partes interesadas su participación en la implementación del plan de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025 en el territorio.
- Analizar y socializar los resultados del monitoreo y evaluación del plan a nivel territorial.
- Documentar y compartir las lecciones aprendidas en la ejecución del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, con otros territorios del país

6.1 Indicadores del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2022-2025

Según la OPS, un indicador en salud es “una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica”⁷⁵. El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2022-2025 requiere no solo de la medición de las variables de interés sino del seguimiento a los cambios que se van presentando durante el período de implementación para así retroalimentar la toma de decisiones en salud. Para esto han establecido indicadores de impacto, de proceso y de resultado.

Los indicadores de impacto son aquellos que dan cuenta de “los efectos que pueden tener uno o más programas en el universo de estudio y que repercuten en la sociedad en su conjunto”⁷⁶. En la tabla 13 se comparten los indicadores de impacto:

Tabla 8. Indicadores de impacto del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2022-2025

OBJETIVO GENERAL	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES DE IMPACTO	METAS 2025
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión integral del riesgo, atención integral e integrada y gestión en salud pública frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, con participación comunitaria.	Personas con reducida morbilidad y mortalidad por ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	1. Prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años.	Al 2025 la prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años se mantiene por debajo de 1%.
		2. Proporción de personas que al momento del diagnóstico tienen un recuento de CD4 mayor o igual a 500 células/ml.	Al 2025 la proporción de personas que al momento del diagnóstico tienen un recuento de CD4 mayor o igual a 500 células/ml es del 35% o más
		3. Proporción de defunciones entre las personas con coinfección TB/VIH	Al 2025 la proporción de defunciones entre las personas con coinfección TB/VIH ha disminuido al menos 7 puntos porcentuales
		4. Número de casos de muerte asociada a carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC	Al 2025 el número de casos de muerte asociada a carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC se reduce al menos en un 10% con respecto a la línea de base
		5. Número de casos de sífilis congénita en nacidos vivos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos	Al 2025 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos.

75 OPS/OMS. Indicadores de salud Aspectos conceptuales y operativos (2018, pág. 6) . Disponible en Internet en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es Pg. 6

76 Ministerio de Salud y Protección Social, ENTerritorio. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021

El plan contiene, así mismo, indicadores de proceso, los cuales dan cuenta de los procesos importantes que contribuyen al logro de resultados, incluidos aquellos de prestar atención en salud, tales como las actividades para formular un diagnóstico, recomendar un tratamiento y brindar atención, entre otras. Los indicadores de resultado de la atención en salud reflejan el estado de salud de los pacientes y la población: un mayor conocimiento por parte del paciente, cambios en su comportamiento con respecto al autocuidado y la satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida⁷⁷. Este tipo de indicador también se encuentra incluido en el plan.

77 OPS/OMS. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. 2018



BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud y Protección Social, IETS. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. 2021

OPS. Coinfección TB/VIH, Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Disponible en Internet en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34855/9789275319857_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

INS (2017). Documentos técnicos de investigación e innovación en salud pública del INS. Priorización en investigación en salud pública.

Distribución de venezolanos en Colombia 2021. Migración Colombia. Agosto de 2021

ONU-Habitat, ACNUR, OIM (2021) Perfil de movilidad humana en las ciudades: San José de Cúcuta/Villa del Rosario, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. ETMI - PLUS: Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas, Colombia, 2019–2030. Alerta N° 1: Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita. 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Comportamiento programático de la TB en el marco de la emergencia sanitaria a causa de la COVID 19. 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social. Monitoreo de los Planes Territoriales de Salud (PTS). Disponible en Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/monitorizacion-planes-territoriales-de-salud.aspx>

CEPAL. Manual De Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales. 2004. Disponible en Internet en: https://dds.cepal.org/redesoc/archivos_recursos/242/Manual_dds_200408.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Documento técnico. Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación. 2016

Anexo 1. Coberturas mínimas de tamizajes y paquetes de servicios de promoción

DPTO	Número de HSH que acceden a pruebas de VIH				Número de HSH que acceden a paquetes de servicios de prevención			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Amazonas	133	133	155	178	166	166	189	214
Medellín	4169	4169	4948	5714	5558	5558	6362	7142
Antioquia (sin Medellín)	5233	5233	6385	7522	7326	7326	8514	9672
Arauca	575	575	655	736	719	719	800	883
Archipiélago de San Andrés	128	128	145	160	160	160	177	192
Atlántico	4096	4096	4836	5574	5462	5462	6218	6967
Bogotá, D.C.	10537	10537	12714	14877	14751	14751	16952	19128
Bolívar	4159	4159	4744	5320	5199	5199	5799	6384
Boyacá	2317	2317	2634	2940	2896	2896	3219	3528
Caldas	1996	1996	2262	2520	2495	2495	2764	3024
Caquetá	758	758	866	977	948	948	1058	1172
Casanare	847	847	962	1076	1059	1059	1175	1291
Cauca	2899	2899	3295	3692	3624	3624	4028	4430
Cesar	2515	2515	2880	3246	3144	3144	3520	3895
Chocó	973	973	1112	1254	1216	1216	1359	1504
Córdoba	3399	3399	3859	4312	4249	4249	4717	5175
Cundinamarca	5223	5223	6256	7308	6964	6964	8043	9135
Guainía	81	81	94	107	101	101	114	128
Guaviare	154	154	180	205	193	193	219	246
Huila	2071	2071	2351	2631	2588	2588	2874	3157
La Guajira	1819	1819	2082	2352	2274	2274	2545	2822
Magdalena	2666	2666	3042	3417	3333	3333	3718	4100
Meta	2047	2047	2323	2598	2558	2558	2839	3118
Nariño	3159	3159	3563	3965	3948	3948	4355	4758
Norte de Santander	3146	3146	3547	3950	3933	3933	4335	4740
Putumayo	703	703	807	914	879	879	987	1096
Quindío	1126	1126	1278	1428	1408	1408	1562	1714
Risaralda	1938	1938	2195	2448	2422	2422	2682	2938
Santander	3394	3394	3984	4565	4526	4526	5122	5707
Sucre	1778	1778	2031	2281	2222	2222	2482	2737
Tolima	2487	2487	2804	3115	3108	3108	3428	3738
Cali	4662	4662	5296	5943	5828	5828	6473	7132
Valle del Cauca (sin Cali)	4381	4381	4975	5569	5477	5477	6080	6683
Vaupés	68	68	83	98	85	85	101	118
Vichada	182	182	210	239	227	227	257	287
TOTAL NACIONAL	85819	85819	99553	113230	111046	111046	125069	138955

DPTO	Número de Trabajadores sexuales que acceden a pruebas de VIH				Número de trabajadores sexuales que acceden a paquetes de servicios de prevención			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Amazonas	133	133	155	178	166	166	189	214
Medellín	4169	4169	4948	5714	5558	5558	6362	7142
Antioquia (sin Medellín)	5233	5233	6385	7522	7326	7326	8514	9672
Arauca	575	575	655	736	719	719	800	883
Archipiélago de San Andrés	128	128	145	160	160	160	177	192
Atlántico	4096	4096	4836	5574	5462	5462	6218	6967
Bogotá, D.C.	10537	10537	12714	14877	14751	14751	16952	19128
Bolívar	4159	4159	4744	5320	5199	5199	5799	6384
Boyacá	2317	2317	2634	2940	2896	2896	3219	3528
Caldas	1996	1996	2262	2520	2495	2495	2764	3024
Caquetá	758	758	866	977	948	948	1058	1172
Casanare	847	847	962	1076	1059	1059	1175	1291
Cauca	2899	2899	3295	3692	3624	3624	4028	4430
Cesar	2515	2515	2880	3246	3144	3144	3520	3895
Chocó	973	973	1112	1254	1216	1216	1359	1504
Córdoba	3399	3399	3859	4312	4249	4249	4717	5175
Cundinamarca	5223	5223	6256	7308	6964	6964	8043	9135
Guainía	81	81	94	107	101	101	114	128
Guaviare	154	154	180	205	193	193	219	246
Huila	2071	2071	2351	2631	2588	2588	2874	3157
La Guajira	1819	1819	2082	2352	2274	2274	2545	2822
Magdalena	2666	2666	3042	3417	3333	3333	3718	4100
Meta	2047	2047	2323	2598	2558	2558	2839	3118
Nariño	3159	3159	3563	3965	3948	3948	4355	4758
Norte de Santander	3146	3146	3547	3950	3933	3933	4335	4740
Putumayo	703	703	807	914	879	879	987	1096
Quindío	1126	1126	1278	1428	1408	1408	1562	1714
Risaralda	1938	1938	2195	2448	2422	2422	2682	2938
Santander	3394	3394	3984	4565	4526	4526	5122	5707
Sucre	1778	1778	2031	2281	2222	2222	2482	2737
Tolima	2487	2487	2804	3115	3108	3108	3428	3738
Cali	4662	4662	5296	5943	5828	5828	6473	7132
Valle del Cauca (sin Cali)	4381	4381	4975	5569	5477	5477	6080	6683
Vaupés	68	68	83	98	85	85	101	118
Vichada	182	182	210	239	227	227	257	287
TOTAL NACIONAL	85819	85819	99553	113230	111046	111046	125069	138955

DPTO	Población migrante total	Número de migrantes que acceden a pruebas de VIH				Número de migrantes que acceden a paquetes de servicios de prevención			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Antioquia	264.148	3051	3051	3813	4576	3051	3051	3813	4576
Arauca	33.871	1076	1076	1173	1271	1076	1076	1173	1271
Atlántico	140.640	4291	4291	4721	5150	4291	4291	4721	5150
Bogotá, D.C.	393.716	21521	21521	26902	32282	21521	21521	26902	32282
Bolívar	66.123	1909	1909	2100	2291	1909	1909	2100	2291
Boyacá	25.237	801	801	874	947	801	801	874	947
Caldas	10.690	370	370	401	432	370	370	401	432
Casanare	19.539	621	621	677	733	621	621	677	733
Cauca	14.091	488	488	529	570	488	488	529	570
Cesar	45.121	1433	1433	1563	1694	1433	1433	1563	1694
Córdoba	10.610	368	368	398	429	368	368	398	429
Cundinamarca	122.144	3526	3526	3879	4232	3526	3526	3879	4232
La Guajira	106.749	3082	3082	3390	3698	3082	3082	3390	3698
Magdalena	71.494	2064	2064	2271	2477	2064	2064	2271	2477
Meta	19.437	617	617	673	730	617	617	673	730
Nariño	12.108	285	285	309	332	285	285	309	332
Norte de Santander	164.229	2307	2307	2883	3460	2307	2307	2883	3460
Quindío	12.730	441	441	478	515	441	441	478	515
Risaralda	27.931	887	887	968	1048	887	887	968	1048
Santander	97.102	2803	2803	3084	3364	2803	2803	3084	3364
Sucre	12.936	448	448	486	523	448	448	486	523
Tolima	16.098	558	558	604	651	558	558	604	651
Valle del Cauca	131.723	4005	4005	4405	4806	4005	4005	4405	4806
TOTAL NACIONAL	1.818.467	56953	56953	66582	76210	56953	56953	66582	76210

DPTO	Número de PID que acceden a pruebas de VIH				Número de PID que acceden a paquetes de servicios de prevención		
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024
Medellín	609	609	684	757	670	670	747
Cali	683	683	759	835	752	752	828
Bogotá, D.C.	1443	1443	1601	1758	1587	1587	1747
Pereira- Dosquebradas	998	998	1066	1137	1060	1060	1129
Cúcuta	791	791	876	960	870	870	955
Armenia	394	394	438	481	433	433	478
TOTAL NACIONAL	4919	4919	5425	5928	5373	5373	5884

DPTO	Número de personas TRANS que acceden a pruebas de VIH				Número de personas TRANS que acceden a paquetes de servicios de prevención			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Medellín	832	832	927	1019	983	983	1081	1176
Antioquia (sin Medellín)	693	693	770	845	819	819	899	975
Atlántico	446	446	493	540	527	527	575	623
Bogotá, D.C.	1619	1619	1779	1939	1913	1913	2075	2237
Bolívar	347	347	385	421	411	411	449	486
Cauca	241	241	266	291	285	285	310	335
Chocó	79	79	88	96	94	94	102	111
Huila	175	175	193	211	207	207	225	243
Magdalena	226	226	251	275	267	267	292	317
Meta	176	176	194	211	208	208	226	243
Norte de Santander	263	263	288	314	310	310	336	362
Quindío	90	90	99	108	106	106	115	124
Santander	376	376	413	450	444	444	482	520
Sucre	152	152	167	183	179	179	195	211
Cali	713	713	783	850	843	843	913	980
Valle del Cauca (sin Cali)	334	334	367	398	395	395	428	459
TOTAL NACIONAL	6762	6762	7461	8151	7991	7991	8704	9405

Anexo 2. Costeo del Plan

Para el costeo del *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025* se realizó una proyección, teniendo en cuenta los costos del Plan anterior, los cuales se muestran en las siguientes tablas.

Costeo del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021

Distribución proporcional del costo del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021		
EJE	Costo real	%
Promoción de la salud	\$ 112.760.906.141	2,9
Gestión del riesgo	\$ 3.783.182.571.169	96,5
Gestión de la salud pública	\$ 23.902.673.362	1
Toral	\$ 3.919.864.150.672	100

Fuente: *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*

Costo estimado Eje estratégico de promoción de la salud, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021						
Promoción de la salud	Nivel	2018	2019	2020	2021	Total
	Nacional	\$ 7.173.966.433	\$ 9.317.917.971	\$ 10.509.297.197	\$ 11.888.036.403	\$ 38.889.218.004
	Territorial	\$ 10.158.128.220	\$ 14.325.598.211	\$ 20.294.772.832	\$ 29.093.188.874	\$ 73.871.688.137
	TOTAL	\$ 17.332.096.671	\$ 23.643.518.202	\$ 40.981.460.363	\$ 40.981.460.363	\$ 112.760.906.141

Fuente: Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021

Costos estimados por objetivo del Eje estratégico de de gestión integral del riesgo, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Nivel	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
Gestión integral del riesgo	Atención integral en salud	De las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C crónicas, siguiendo las normas, guías, protocolos y lineamientos vigentes					
		Subtotal Eje gestión integral del riesgo	\$ 683.689.154.030,44	\$ 841.835.494.258,24	\$ 1.024.005.182.210,53	\$ 1.233.652.740.669,99	\$ 3.783.182.571.169,21

Proyección de costos con base en la inversión de recursos para el modelo de gestión Programática en VIH/SIDA en el marco de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Registrado MSPS 2012 - 2016. Se adiciono la proyección del costo de la atención para las hepatitis B y C (datos programáticos, MSPS).

Fuente: Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021

Costo estimado Eje estratégico de gestión de la salud pública, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021						
Promoción de la salud	Nivel	2018	2019	2020	2021	Total
	Nacional	\$ 856.360.399	\$ 6.886.063.879	\$ 3.067.206.160	\$ 4.367.286.051	\$ 15.176.916.490
	Territorial	\$ 1.763.882.250	\$ 2.017.141.346	\$ 2.306.763.509	\$ 2.637.969.767	\$ 8.725.756.872
	TOTAL	\$ 2.620.242.650	\$ 8.903.205.225	\$ 5.373.969.669	\$ 7.005.255.818	\$ 23.902.673.362

Fuente: Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021

Se partió del supuesto de que la tendencia en la demanda de servicios se mantiene con iguales variaciones cada año y se le incrementó el porcentaje de inflación esperado para el año 2022 el cual corresponde al 4,5%. Sin embargo, teniendo en cuenta información de la Cuenta de Alto Costo frente al promedio del costo anual de la atención de una persona que vive con VIH (5,53 millones por persona/año) se estimó que el porcentaje total de recursos que se pueden requerir para la atención de las personas que viven con VIH puede ser un poco menor al estimado en el plan anterior, por lo cual

se debe buscar un incremento en la inversión de recursos en prevención, por lo cual, la distribución porcentual en el nuevo plan se planteó con 17% para promoción y prevención, 80% para gestión integral del riesgo y 3% para gestión de la salud pública, donde se encuentra incluido el monitoreo y evaluación. La siguiente tabla muestra la distribución estimada por eje del costo del plan:

Costeo del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025

Eje / Año	2022	2023	2024	2025
Promoción y Prevención	171.694.424.222,53	179.420.673.313	187.494.603.612	195.931.860.774
Gestión integral del riesgo	807.973.761.047,20	844.332.580.294	882.327.546.407	922.032.285.996
Gestión en salud pública	30.299.016.039,27	31.662.471.761	33.087.282.990	34.576.210.725
TOTAL	1.009.967.201.309,00	1.055.415.725.368	1.102.909.433.009	1.152.540.357.495

Para que el país tenga los costos reales del nuevo Plan, se debe partir de la revisión de lo gastado en las intervenciones de 2018 a 2021, la cuantificación de las actividades en cada línea operativa que han sido planteadas para el nuevo plan, teniendo en cuenta las metas que el país asumirá para este período y la demanda potencial de servicios, los costos unitarios de las actividades y los insumos necesarios.

Las actividades poblacionales como tamizajes, vacunación, adquisición y suministro de condones deben costearse de acuerdo con las proyecciones de la PVV para el próximo cuatrienio y de las personas con hepatitis B y C, con ITS y coinfección TB/VIH que se espera alcanzar, si se mantiene la tendencia actual; este ejercicio debe tener en cuenta la tasa de mortalidad esperada para cada evento objeto de intervención del Plan. Para ello se requiere el dato discriminado por actividad, ejercicio que el país se encuentra realizando en la actualidad, pero que no se encuentra disponible a la fecha para utilizarlo como punto de partida.

Es de anotar que una de las principales actividades para la sostenibilidad del plan es el aseguramiento de la población migrante irregular; sin embargo, la fuente de recursos para el aseguramiento de dicha población no corresponde a las acciones de la Dirección de Promoción y Prevención, por lo cual, no se incluye en el costeo de este plan, sin demeritar su relevancia.