

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS-VIH/SIDA COLOMBIA 2014-2017

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL
ONUSIDA - GRUPO TEMÁTICO PARA COLOMBIA



Plan Nacional de Respuesta al VIH 2014-2017

© ONUSIDA Colombia, 2014

Carrera 13 Nro. 93 – 12.
Edificio Ejecutivo Plaza Oficina 301
Bogotá. D.C. – Colombia.
Tel.: 57+1 622-1100 Extensión 6001
Twitter: @onusidacolombia
Facebook: Onusida Colombia

Diseño Diagramación e Impresión
Nuevas Ediciones S.A.
Tel.: 57+1 4086677

Impreso en Colombia
Printed in Colombia



Presentación

A treinta años de haberse presentado los primeros casos de sida en Colombia, la epidemia de VIH sigue siendo una epidemia de carácter concentrado, con mayor afectación en comunidades tradicionalmente marginadas y en quienes se presenta mayor vulnerabilidad por factores, económicos, políticos y sociales entre los que se cuentan una mayor vulneración de derechos humanos. En consecuencia, hoy por hoy, los esfuerzos se centran no sólo en definir el carácter de la epidemia en tales sectores de la población —mediante estudios de prevalencia y comportamiento sexual—, sino en la focalización de acciones que apuntan a intervenir sobre los determinantes sociales que influyen en la aparición de nuevos casos de infección por VIH y otras ITS.

La epidemia sigue afectando con fuerza a los hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres, a mujeres transgénero, a habitantes de calle y, en los últimos años, a usuarios de drogas por vía inyectable, como consecuencia de un inusitado incremento en el uso de este tipo de sustancias en nuestro país. Por lo tanto, es necesario reforzar las intervenciones de promoción de la salud y de gestión del riesgo en tales comunidades, sin olvidar que existen factores de vulnerabilidad en muchos otros sectores de la población, como de hecho se presentan en las mujeres trabajadoras sexuales, las personas privadas de la libertad o los jóvenes y las mujeres en contextos de vulnerabilidad, incluyendo a las gestantes a quienes fácilmente se puede asesorar en los servicios de control prenatal

no solo a efectos de prevenir la transmisión materno-infantil del VIH sino de evitar la aparición de casos de sífilis congénita.

Uno de los principales retos que existen es poder alcanzar a tales poblaciones mediante las campañas preventivas pertinentes para reforzar la necesidad de implementar medidas de protección específica —entre las cuales el uso del condón sigue siendo punta de lanza—, al igual que para motivarles a acceder a los procesos de asesoría con miras a un diagnóstico oportuno y la canalización efectiva hacia un tratamiento y seguimiento adecuados. A tal efecto, es necesario superar una de las principales barreras de acceso como lo es el estigma y la discriminación que puede disuadir a muchas personas de tomar la decisión de realizarse una prueba para VIH, por el temor a las consecuencias que puede sufrir en el ámbito laboral, en su familia o en los propios servicios de salud.

El conocimiento actual de la epidemia indica que el hecho de poder tratar oportunamente a una persona con los tratamientos antirretrovirales disponibles, no solo se refleja en una menor posibilidad de enfermar y morir, sino que al reducir la carga viral, igualmente se reduce la posibilidad de transmitir el virus a sus posibles parejas sexuales, sin que esto implique que se deba dejar a un lado el uso consistente y correcto de los preservativos. Por lo mismo, el acompañamiento y asistencia integral y sin barreras que se haga de las personas que viven con el virus, es fundamental.

A fin de enfrentar los retos señalados, el Plan Nacional de Respuesta a las ITS-VIH/sida, que aquí se presenta, ha sido diseñado gracias al invaluable apoyo de ONUSIDA y en su construcción se contó con la participación de todos los posibles actores involucrados en la respuesta, incluyendo agencias de cooperación, otros sectores del Estado, IPS, EPS, organizaciones de la sociedad civil y redes de personas viviendo con el virus, entre otros. El plan, tiene como principal objetivo fortalecer la gestión en salud pública para la prevención y control de las ITS-VIH / Sida a cargo de las diferentes instancias responsables. Se pretende que el plan sea utilizado como una guía actualizada para la planeación estratégica y el seguimiento a la gestión en VIH / Sida. Así mismo, el plan contempla las principales estrategias y acciones previstas en el plan de acciones colaborativas Tuberculosis / VIH, cuenta con herramientas e indicadores para evaluar los avances en la respuesta, e incluye un costeo de acciones que permite orientar de forma más adecuada, la planificación que se haga de los recursos a invertir.

Adicionalmente, el plan está articulado con el marco conceptual y líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, específicamente con las estrategias contenidas en el componente de ITS-VIH/sida de la dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; de tal forma que el lector tiene en sus manos un instrumento fundamental para impulsar el logro de metas e indicadores asumidos nacional e

internacionalmente, así como para dar cumplimiento a lo suscrito en la declaración de compromiso de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida en el año 2011.

Por último, es importante recordar que para la implementación de estas tareas la participación de las comunidades afectadas es clave. La experiencia adquirida en los últimos años a través de los proyectos financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, no deja lugar a dudas de que involucrar directamente a las comunidades afectadas, desde los mismos procesos de planeación y asignación de recursos facilita el acercamiento de los líderes —hombres y mujeres—, a sus pares; los mensajes preventivos son más fácilmente agenciados y se promueve de forma más efectiva la garantía de derechos de las personas afectadas y sus familiares, mediante la orientación hacia las rutas de atención.

En conclusión, se tiene la certeza de que mediante la adecuada utilización de esta herramienta, el país no sólo podrá avanzar en el control de las ITS y el VIH, sino que con seguridad se podrá contribuir al desarrollo social de todos y cada uno de los territorios y las poblaciones comprometidas con la construcción de una Colombia más igualitaria y más justa.

Ministerio de Salud y Protección Social

PARTICIPANTES

Ministerio de Salud y Protección Social

Ricardo Luque Núñez
Liliana Andrade Forero
Sidia Caicedo Traslaviña
Cielo Ríos Hincapié
Carlos Mauro Vanegas Caviedes
Isabel Cristina Idárraga Vásquez
Alejandro Rodríguez Aguirre
Diego Felipe Otero Álvarez
Germán Gaitán Colmenares

Comité de Prevención y Control del VIH/Sida

FFMM y PONAL (COPRECO)
Claudia Magaly Prieto
Nohora Inés Rodríguez
Sandra Paola Ávila Mira

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán

Instituto Nacional de Salud

Norma Cuellar
Lida Martínez
Carolina Peralta
Rubén Robayo
Amparo Sabogal

Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles

Maria Alejandra Otero

Academia

María Virginia Pinzón - Universidad del Cauca
Matthias Kohout - Universidad del Rosario

Organización Internacional para las Migraciones OIM

Beatriz Gutiérrez
David Rodríguez

ONU - Mujeres

Catalina Buitrago

ONUSIDA

Luis Ángel Moreno Díaz
Nayibt Salom

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD

Danilo Ramos

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA

Martha Lucía Rubio
Mauricio Polanco

Agencia de Cooperación Presidencial

Pilar Otero

CHF

Rafael Pardo Abello

FONDO MUNDIAL

Mecanismo Coordinador País

Eduardo Pastrana
Luder Fuentes Torres
Rita Gómez

Consejo Nacional de Sida – CONASIDA

Gabriel Villalba
Ricardo Sierra

Direcciones Territoriales de Salud

Indira Serna Córdoba

Departamento Administrativo de Salud del Chocó

Luz María Estrada.

Dirección Territorial de Salud de Caldas

Grace Ávila

Gobernación de Cundinamarca

Sandra Luz Ferreira

Instituto de Salud de Norte de Santander

Helena Carolina Ponzón

Secretaría de Salud del Magdalena

Ruth Jael Robles S.

Secretaría de Salud de Boyacá

Sara Janet Cisneros

Secretaría de Salud de Caquetá

Yelena Patricia Peláez

Secretaría de Salud de La Guajira

Patricia Caicedo Higuera

Secretaría de Salud de Santander

Martha Cecilia Castaño

Secretaría de Salud del Valle

Noralba Maca González

Secretaría Departamental de Salud del Cauca

Carlos Mauro Vanegas

Secretaría Departamental de Salud del Huila

Edilma Tovar Perdomo

Secretaría Departamental de Salud del Huila

Zamir Enrique Flórez

Secretaría Seccional de Salud de Vichada

Deisy Sarelly Vinasco

Secretaría Seccional de Salud del Meta

Entidades Promotoras de Salud

Alexandra Zúñiga

AIC Salud

Flor Delia Garzón

Aliansalud EPS

Luz Edith Aguilar

Asmet Salud EPS-S

Liliana Pinto Moreno

Cafam EPS-S

Liliana Guevara

Cafam EPS-S

Sandra Liliana Urrego

Cafam EPS-S

Edith Villalobos

Capital Salud EPS-S

Patricia Torres Martínez

Capital Salud EPS-S

Dezly Camargo Gómez

Comfaguajira

Lucrecia Parra Quiroga

Comfama

Alexis Ramos

Comfamiliar EPS-S

Almanury Pérez

Comfaoriental EPS-S

Ana Elvia Casas E.

Comfenalco Tolima EPS-S

Luz María Durán Yepes

Consortio EPS Compensar Comfenalco Valle

Claudia Yaneth Carvajal

Ecoopsos ESS EPS-S

Francisco Delgado

Emsanar EPS-S / RVC

Ana María Castillo

EPS Sanitas

Diana Milena Castellanos

EPS-S Colsubsidio

Sandra Cristina Corzo

EPS-S Colsubsidio

Ana Milena Cabrera

EPS-S Comfamiliar

Mónica Ávila

Famisanar EPS

Maritza Catalina Torres

IPS Propias Salud Total

July Marcela Torres

Nueva EPS

Nagda Brigitte Santos

Pijaos Salud EPS-I

Corina Rodríguez

S.O.S. EPS

Jaime Fernández

S.O.S. EPS

Yeimi Orduña

Salud Cóndor

Mayerli Camacho Rojas

Salud Total EPS

Reinaldo Adolfo Becerra

Saludcoop EPS, Cafesalud EPS,**Cruz Blanca EPS**

Lucía Zorany Murillo

Saludvida EPS

Yirlandy Larrahondo

Selva Salud EPS**Sociedad Civil**

Manuel Alfredo González

Alianza VIH Bogotá

Neris Pacheco

Ambuq

Raúl Félix Tovar

Corporación Viviendo – Alianza Proviv

Rou Durán

Corporación Viviendo – Alianza Proviv

René Rey

Fundación Eudes (Red de OBF)

Victoria Manjarrés

Fundación Francois Xavier Gagnoud

Andrés Garcia

Golden Group

Claudia Bibiana Ramírez

Golden Group

Ros Mary Rincón.

Iglesia Luterana

César Gallo

Mesa de ONG

Haydali Rodríguez

Mesa de ONG

Jaime Orlando Porras

Mesa de ONG

Jorge Pacheco Cabrales

Mesa de ONG

Juan Carlos Celis

Mesa de ONG

JuberArbey León

Mesa de ONG

Heriberto Mejía

MSACV

Piedad Cárdenas

Rosa María Brito

Valentina Riascos

Arelis Tejada

Mujeres Populares

Carmen Elena Rodríguez

Carmen Marciales

Mujeres Populares

Mayerline Vera

Ruth Janeth Noguera

Yina Paola Rodríguez

Edward Sánchez Pinzón

Recolvih

Iván Darío Vargas

Jorge Eduardo Cruz

Miguel Barriga

Norberto Fonseca

GLOSARIO

APB — Administradoras de Planes de Beneficios.

ASAP — Grupo de bajo del Banco Mundial sobre Estrategia y Plan de Acción en SIDA (*AidsStrategicAction Plan*).

ARL — Asegurador de Riesgos Laborales.

ARV — Anti-Retro-Virales.

APV — Asesoría y Pruebas Voluntarias para diagnóstico de VIH.

CAC — Cuenta de Alto Costo.

CONASIDA — Consejo Nacional de SIDA.

COPRECOs — Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

CRES — Comisión de Regulación en Salud.

DANE — Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DTS — Direcciones Territoriales de Salud.

(se incluyen tanto las departamentales, como las distritales o las municipales).

DSR — Derechos Sexuales y Reproductivos.

E&D — Estigma y Discriminación.

ENDS — Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

EPS — Entidad Promotora de Salud.

ESE — Empresas Sociales del Estado.

FOSYGA — Fondo de Solidaridad y Garantía.

GAI — Guía de Atención Integral.

HC — Habitantes de calle.

HSH — Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres.

IAT — Indicadores de Alerta Temprana de la fármaco-resistencia del VIH.

ICBF — Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

IEC — Información, Educación y Comunicación.

INS — Instituto Nacional de la Salud.

INVIMA — Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IPS — Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

INB — Ingreso Nacional Bruto.

ITS — Infecciones de Transmisión Sexual.

MDN — Ministerio de Defensa Nacional.

MEGAS — Medición del Gasto en VIH/Sida.

MEN — Ministerio de Educación Nacional.

MSPS — Ministerio de Salud y Protección Social.

MTS — Mujeres Trabajadoras Sexuales.

OBC — Organizaciones de Base Comunitaria.

ONG — Organizaciones No Gubernamentales.

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

PEN — Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011.

PESCC — Proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

PDSP — Plan Decenal de Salud Pública.

POS — Plan Obligatorio en Salud.

PPL — Población Privada de la Libertad.

PSPIC — Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

PTS — Planes Territoriales de Salud.

PVVS — Personas Viviendo con VIH/Sida.

SGSSS — Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SIDA — Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIVIGILA — Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

TAR — Terapia Antirretroviral.

TB — Tuberculosis.

TMI — Transmisión Materno-Infantil.

UDI — Usuarios de Drogas Inyectables.

UNFPA — Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF — Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VIH — Virus de Inmunodeficiencia Humana.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Aseguramiento

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS de Colombia está organizado bajo la figura del aseguramiento. El sistema se define mediante la interacción de grupos de actores. Por un lado, se encuentran los aseguradores quienes tienen a su cargo la administración de los recursos y la gestión del riesgo de la población que tienen afiliada a la que deben garantizar la disponibilidad de una red de prestación de servicios de prevención, atención y rehabilitación, al tiempo que son los encargados de efectuar la caracterización, movilización y diseño de modelos de atención que respondan a las necesidades de su población. Por otro lado, el sistema deja en manos de las instituciones que prestan servicios de salud o IPS la función de ofrecer directamente el servicio de salud a los usuarios, ya sea mediante la prestación primaria o básica como puerta de entrada o como receptoras de población remitida para servicios específicos:

las IPS hacen parte de la red de servicios contratados por una o más aseguradoras para la atención de sus usuarios.

Del mismo modo, el SGSSS deja a cargo del Estado las funciones de coordinación, dirección y control a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien define así mismo las coberturas del plan de beneficios, mientras que corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud la función de vigilancia y control de los actores del sistema. La planeación original del sistema de aseguramiento contemplaba la ampliación progresiva de la población afiliada en los regímenes definidos por el sistema, contributivo y subsidiado. No obstante, el país haber realizado esfuerzos por avanzar frente a la afiliación de la población el histórico de la cobertura de afiliación en salud revela que, en los últimos años, el porcentaje de población afiliada se ha mantenido alrededor de un 90%, llegando a un porcentaje de 91,13% para 2012¹, sin que

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de Cobertura en Afiliación en Salud Año 2004-2011. 2012 [Noviembre 2012]; Available from: [http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Cobertura del%20AseguramientoSubsidiado.aspx](http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Cobertura%20del%20AseguramientoSubsidiado.aspx).

se alcance aún el logro de una cobertura universal.

Atención integral en ITS-VIH/Sida

Desde el sector salud el concepto de integralidad aparece relacionado con las necesidades de una población. Es un concepto fuertemente relacionado con el de la atención primaria en salud y por tanto, involucra la identificación adecuada de las necesidades de salud de los pacientes y la disposición de los recursos para manejarlas². Esta disposición en el tema de la atención del VIH/Sida y las ITS implica el reconocimiento de una visión integral del ser humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, incorporando los avances de la investigación científica para dar respuesta a los requerimientos asociados a la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/Sida - PVVS. La atención integral obliga a la disposición de servicios que permitan conseguir los siguientes objetivos:

- Garantía de acceso a terapia antirretroviral.
- Seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas.
- Acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones.
- Rehabilitación integral de la persona viviendo con VIH/Sida-PVVS.

Por lo tanto, el Modelo de Gestión Programática (Resolución 3442 de 2006) destaca que es preciso garantizar la eficiente in-

teracción de todos los agentes en salud relacionados con la atención, independiente de la complejidad de los procedimientos que se realicen, favoreciendo la comunicación y logrando un acercamiento.

Cuenta de Alto Costo

Es un organismo técnico del SGSSS no gubernamental constituido para el abordaje de las enfermedades de alto costo como fenómeno de gran impacto en el país, articulado mediante sociedades científicas, instituciones prestadoras de servicios en salud, asociaciones de pacientes y aseguradoras. Opera como un Fondo inter-EPS que estabiliza el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo³.

Equidad en salud

La equidad en salud usualmente es entendida como la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales y consideradas innecesarias, evitables e injustas⁴. Estas diferencias son determinadas por las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven y envejecen.

Eficiencia

La eficiencia se entiende como la capacidad de impactar acertadamente una problemática de acuerdo al costo de las intervenciones definidas⁵.

2. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
3. Cuenta de Alto Costo. ¿Qué es la Cuenta de Alto Costo? [Octubre 2012]; Available from: <http://www.cuentadealtocosto.org/>.
4. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 1992;22:429-45.
5. UNAIDS. Investing for results. Results for people A people-centred investment tool towards ending AIDS2012.

Epidemia concentrada

Se define como epidemia concentrada aquella en la cual el VIH se ha propagado con rapidez en un subgrupo de población definido, pero no se ha extendido en la población general, de tal forma que la prevalencia se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de población, mientras que la prevalencia en mujeres embarazadas de núcleos urbanos es inferior al 1%.

Estigma y discriminación

El estigma y la discriminación son factores que limitan el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Se definen como “un proceso de desvalorización de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el Sida (...) La discriminación se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su estado serológico real o percibido en relación con el VIH”⁶. El estigma y la discriminación afectan en mayor medida a niñas y mujeres quienes que tienen menores recursos para enfrentarlas. Igualmente, afectan las poblaciones vulnerables a la infección por el VIH.

Evidencia

La evidencia en el ámbito científico se refiere a los resultados divulgados en publicaciones científicas bajo la revisión de pares⁷.

Guía de Atención Integral- GAI

Las guías de práctica se definen como el conjunto de afirmaciones

desarrolladas de manera sistemática para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud, apropiadas para circunstancias específicas⁸.

Las GAI son herramientas que permiten mejorar la calidad de la atención en salud y contribuir a la actualización del Plan Obligatorio de Salud-POS en el SGSSS. Además de los elementos propios de una guía de práctica clínica, el desarrollo de una GAI permite evaluar las alternativas en el uso de tecnologías de la atención en salud con base en la mejor evidencia disponible, teniendo en cuenta su costo-efectividad y el impacto en la unidad de pago por capitación.

Incidencia

Clásicamente se define la incidencia como el número casos durante un período de tiempo específico⁹. En general el término se confunde con la tasa de incidencia, aquella en que el agente infeccioso es transmitido a través de la población, implica siempre una unidad de tiempo. Usualmente el término se aplica a períodos de enfermedad de corto plazo, por lo cual en la infección por VIH se requiere de otras técnicas para estimar la incidencia en una población. El método tradicional implica la repetición de pruebas a cohortes de personas en riesgo ‘rutinario’ de adquirir la infección durante períodos prolongados de tiempo. Sin embargo, diversos factores pueden afectar dicha estimación, por ello se han descrito varios modelos que pueden estimar la incidencia de otras formas. Entre estos se encuentran

6. ONUSIDA. Hoja informativa. Estigma y la discriminación. Diciembre de 2003. Available from: http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs_stigma_discrimination_es.pdf.

7. ONUSIDA. Orientaciones metodológicas de Onusida. Versión revisada. 2011.

8. Lohr KN FM. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. . Guidelines for clinical practice from development to use Washington D.C.: National Academy Press; 1992.

9. WHO. Prevalence and Incidence. WHO Bull. 1966;35:785-7.

'*back calculation model*' o modelo de cálculo hacia atrás que se basa en las proyecciones sobre el reporte de los casos ya registrados, o diversos modelos estadísticos que han sido desarrollados para estimar la incidencia a partir de estudios transversales de prevalencia, otros basados en la determinación de marcadores serológicos, como por ejemplo, el antígeno p24, o mediante la utilización de análisis serológicos con pruebas de sensibilidad variable (algoritmo estándar o "*detuned*") que permiten estimar casos de infección reciente.

Indicadores de alerta temprana de fármaco-resistencia del VIH -IAT

Constituyen una estrategia impulsada por la OMS para implementar, en los centros de atención integral donde se prescriben y entregan medicamentos antirretrovirales, un conjunto de indicadores dirigidos a evaluar el desempeño de cada centro en relación con factores potencialmente asociados con la aparición evitable de la fármaco-resistencia del VIH¹⁰. Dentro de estos factores se encuentran:

- Prácticas de prescripción de antirretrovirales.
- El reclamo puntual de medicamentos.
- Asistencia puntual a las consultas clínicas.
- Porcentajes de pacientes perdidos de vista durante el seguimiento y que continúan recibiendo tratamiento de primera línea al cabo de 12 meses.

- Desabastecimiento y escasez de antirretrovirales.

Intervenciones colectivas

Las intervenciones colectivas son el conjunto de procedimientos y actividades obligatorias y gratuitas, a cargo del Estado,* dirigidas a todos los habitantes del territorio nacional. Requieren una gestión centralizada de insumos y tecnologías (provisión y/o distribución), generación, análisis y divulgación de conocimiento y actualización del talento humano.

Estas intervenciones incluyen acciones para la adaptación, divulgación, implementación y evaluación de políticas, acciones de protección, control y vigilancia de eventos de interés para la salud pública y factores ambientales, así como el fortalecimiento de iniciativas, de redes sociales y comunitarias.

Modelo de Gestión programática

En 2006 el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida se presentó como un importante aporte construido de manera colectiva que recogió alrededor de cuatro objetivos centrales y un conjunto de estrategias, que involucraban la participación de una diversidad de actores en relación con la respuesta frente a la epidemia del VIH/¹¹. Esos objetivos son: contener la epidemia; detectar tempranamente la infección por VIH; detener la progresión de VIH a Sida y la aparición de resistencias; y el monitoreo y evaluación.

10. OPS. Guía de implementación de los indicadores de alerta temprana para la prevención de la farmacoresistencia del VIH en Colombia: Documento en prensa.

* Dado que son convocantes del sector, de los demás sectores y de la comunidad.

11. Ministerio de Protección Social, Grupo de Apoyo a la Reforma en Salud. Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida-Colombia Colección Publicaciones PARS; 2006.

En el marco del SGSSS el modelo incluyó una serie de elementos programáticos precisando en cada una de sus estrategias la relación con los planes de beneficios existentes y los actores directamente relacionados con su ejecución, así como los actores que concurren para su desarrollo.

Uno de los avances que permitió esta herramienta, planteada desde un enfoque de vulnerabilidad, fue la inclusión de acciones específicas para grupos poblacionales considerados de mayor vulnerabilidad ante el VIH/Sida en las estrategias que así lo requerían.

Mortalidad

Se define como el estimado de la proporción de población que fallece durante un período de tiempo específico¹². Generalmente se calcula a través del número de muertes en el período específico sobre el número de personas en riesgo de morir durante el período.

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC

El Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas es uno de los planes de beneficios establecidos en el SGSSS financiado con recursos del Sistema General de Participaciones y otros recursos destinados por la Nación, los departamentos, distritos y municipios para tal fin.

Este plan incluye las intervenciones colectivas desarrolladas en el

marco de la salud como derecho, el enfoque diferencial y poblacional con el propósito de afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, que se complementan con las acciones realizadas en los demás planes de beneficios para cumplir los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública-PDSP: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Prevalencia

Dentro del área de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, tradicionalmente la prevalencia se considera como el número de personas infectadas dividido entre el número de personas de una población¹³. En Colombia la prevalencia de infección por VIH se obtiene a partir del software SPECTRUM, facilitado por ONUSIDA y alimentado con los resultados de estudios transversales con representación muestral por entidad territorial, sexo, grupos etarios, contexto de vulnerabilidad, condición de aseguramiento, y complementado con estudios centinela en gestantes y datos de vigilancia epidemiológica rutinaria.

12. Last J. A Dictionary of Epidemiology. Fourth ed: Oxford University Press; 2001. 47 p.

13. Kenrad N. Epidemiology of Infectious Disease: General Principles. Infectious Disease Epidemiology. Second ed: Jones and Barlett; 2007. p. 46.

1

1. Contexto



1.1. Demográfico

Según las proyecciones de población del DANE se estima que en Colombia la población en 2012 era de un total de 46.581.823 habitantes,¹⁴ distribuidos en 1.141.748 kilómetros cuadrados, con una densidad poblacional de 40,8 habitantes por kilómetro cuadrado.

Del total de la población colombiana el 50,6% (23.584.736) son mujeres y un 49,4% hombres (22.997.087). La población de 0 a 14 años representa el 28,5% de la población, con cerca de 13 millones de niños, niñas y adolescentes; el grupo de 15 a 49 años constituye el 52%, con más de 24 millones de personas; y el 20% de 50 o más años, es decir, alrededor de 8 millones de personas. El 54,2% del total de la población corresponde a población menor de 30 años lo cual permite estimar una razón de 0,62 personas dependientes (0 a 15 años y mayores de 60) por cada persona económicamente productiva¹⁵. La mayor parte de

la población se concentra en las cabeceras municipales (75,9%) y en la región andina (58,7%), con un mayor porcentaje de crecimiento anual de la población urbana (1,7%) en relación con la rural (0,3%) en 2011¹⁶.

Por otra parte, Colombia se reconoce como un país multiétnico y pluricultural en el que se diferencian de la sociedad mayoritaria cinco grupos étnicos: indígenas, afrocolombianos, raizales de San Andrés y Providencia, pueblo Rom y palenqueros de San Basilio. Del total de la población contabilizada por el censo general 2005, el 14,06% de las personas residentes en el territorio colombiano se reconocieron como pertenecientes a uno de estos cinco grupos étnicos. De acuerdo con esta fuente, la población indígena constituye el 3,43%, los afrocolombianos el 10,52%, los raizales el 0,08%, los palenqueros el 0,02% y el pueblo Rom o gitano el 0,01% de la población total¹⁷.

14. DANE. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020. 2012 [Octubre 2012]; Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Edades_Simples_1985-2020.xls.

15. DANE. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020. 2012 [Octubre 2012]; Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls.

16. Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial por país - Colombia 1960-2011. 2012 [Octubre 2012]; Available from: <http://datos.bancomundial.org/pais/colombia?display=graph>.

17. DANE. La Visibilización Estadística de los Grupos Étnicos Colombianos. 2012. p. 27.
18. DANE. Información estadística de personas captadas en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD. 2012 [Octubre 2012]; Available from: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807&Itemid%3D120&Itemid=120.
19. Senado de la República. Constitución Política de Colombia. 1991 [Noviembre 2012]; Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html.
- ** Según la Constitución Política de Colombia se creó el Distrito Capital de Bogotá (Artículo 322), el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta (Artículo 328), y el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla. Mediante el Acto Legislativo 02 de 2007 se modificaron los artículos 356 y 328 de la Constitución, organizándose también las ciudades de Buenaventura y Tumaco como distritos especiales, industriales, portuarios, biodiversos y ecoturísticos.
20. DANE. Codificación de la División Político-Administrativa Sivipola. 2012 [Noviembre 2012]; Available from: <http://190.25.231.237/dvpbuscar/dvpbuscar.html>
21. Profamilia. Fecundidad. Encuesta Nacional en Demografía y Salud 2010. Bogotá 2011. p. 101-18.

Para 2010 se contaba con un total de 857.132 personas identificadas en el registro de las personas con discapacidad (1,88% de la población total proyectada para ese mismo año), de las cuales el 4,94% fueron asociadas a condiciones de salud de la madre durante el embarazo¹⁸.

1.2. Socio-económico

Según la Constitución Política de 1991 Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de República unitaria con descentralización administrativa¹⁹. El país está dividido en 32 departamentos y cinco distritos: el Distrito Capital de Bogotá y cuatro distritos especiales (Barranquilla, Santa Marta, Cartagena y Buenaventura)**. Los gobiernos departamentales y distritales se encuentran divididos en tres poderes: la rama ejecutiva, ejercida por el gobernador departamental, elegido cada cuatro años sin posibilidad de re-elección, la rama legislativa mediante cada asamblea departamental que goza de autonomía administrativa y presupuesto propio, y la rama judicial, dependiente del nivel central. Los departamentos están conformados en su gran mayoría por municipios, aunque en algunos departamentos remotos existen también corregimientos departamentales. Según la codificación de la División Político-administrativa del DANE se contabilizan actualmente 1.121 municipios²⁰.

La esperanza de vida al nacer en el país para 2011 fue de 74 años,

siendo de 77 años para mujeres y de 70 años para hombres¹⁶. Por otro lado, la ENDS 2010 permitió estimar la tasa total de fecundidad en 2,1 hijos por mujer²¹, al igual que evidenció una mayor proporción de la jefatura femenina de los hogares (34%) en relación con las encuestas anteriores. Por otra parte, en el área de la salud sexual de las adolescentes (15 – 19 años) preocupa que, entre este grupo poblacional, la misma fuente reveló que el 19,5% han estado embarazadas alguna vez²¹.

En el nivel económico clasificaciones internacionales ubican al país dentro de la categoría de ingreso medio alto por tener un Ingreso Nacional Bruto-INB per cápita (antes PIB) de 6.990 dólares a precios actuales en el 2012. Sin embargo, el comportamiento económico general de Colombia en las últimas décadas ha sido insuficiente para disminuir las brechas con el mundo desarrollado. El país presenta uno de los niveles más altos de desigualdad en el mundo reflejado en los siguientes indicadores a 2010: indicador de Gini en 0,52; una deuda externa acumulada correspondiente al 23,1% del INB; un 15,82% de la población que vive con menos de 2 dólares por día (a precios de 2005, calculados para el 2010) y un 11,60% de la población en edad de trabajar se hallaba en situación de desempleo¹⁶. Mientras tanto, para el mismo año, un 48,59% de la población que trabaja tiene un empleo clasificado como vulnerable¹⁶. En comparación con el área económica en las últimas décadas se han evidenciado mayores avances en el campo social, refleja-

dos en la evolución de la esperanza de vida (73,36 años), la mortalidad infantil (16,1/1000 nacidos vivos) y la alfabetización total de adultos (93,37% en personas de 15 años o más) a 2010, entre otros²².

1.3. Situación epidemiológica

El VIH/Sida es una enfermedad con grandes repercusiones psicoafectivas, sociales, y económicas que impone un reto para los sistemas de salud en el mundo. Desde el comienzo de la epidemia cerca de 60 millones de personas en el mundo se han infectado con el VIH y 25 millones han fallecido por Sida y causas relacionadas, a 2011.

En Colombia el primer reporte de casos de VIH/Sida ocurrió en 1983 y desde ese momento hasta 2012 se han notificado un total de 95.187 casos de infección por VIH, Sida y Muerte²³. El VIH/Sida se considera un problema de salud pública que se ha manifestado con el aumento en el número de casos notificados año a año, principalmente, entre poblaciones clave tales como: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres-HSH, mujeres transgénero, usuarios de drogas inyectables-UDI, mujeres trabajadoras sexuales-MTS, habitantes de calle-HC y jóvenes en contextos de vulnerabilidad.

En el país existen diferentes fuentes de información para el seguimiento de los indicadores de gestión y de impacto de las intervenciones en ITS-VIH que permi-

ten al país conocer el comportamiento de la epidemia definiendo la prevalencia, la mortalidad, la transmisión materno-infantil del VIH y la cobertura de tratamiento antirretroviral, como indicadores principales. Lo anterior orienta la generación de intervenciones oportunas, eficaces y articuladas en pro de disminuir la incidencia, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y reducir la mortalidad generada por el VIH/Sida.

Estos sistemas de información, aunque poseen algunas limitaciones, permiten realizar una aproximación a la morbilidad y análisis de aspectos específicos como las características de la población (por ejemplo condiciones de vulnerabilidad particulares como el desplazamiento), el mecanismo probable de transmisión del virus (sexual, parenteral y materno-infantil), el estadio clínico de la persona al momento del diagnóstico, y la coinfección con otras enfermedades como la tuberculosis, las hepatitis y otras ITS, por lo cual son utilizados como fuente para diferentes estudios.

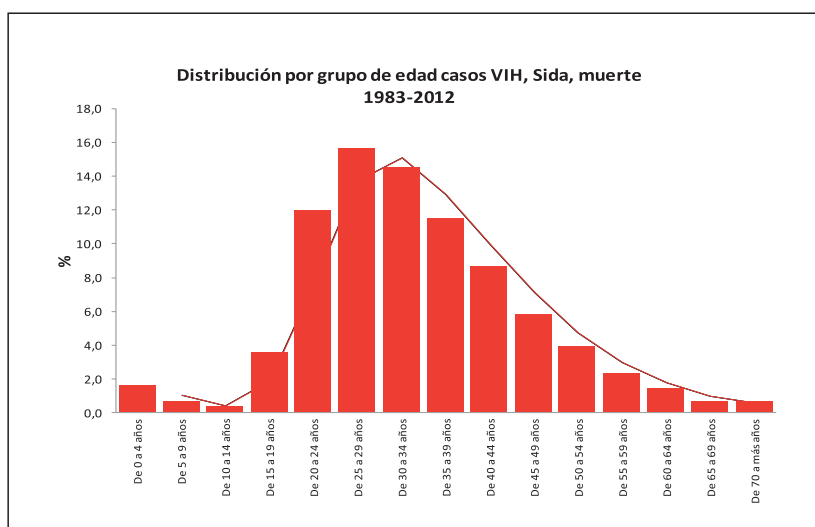
De los casos notificados entre 1983 y 2012 el 71% se concentran entre los 15 y 49 años, con un 22% entre los 25 y los 29 años y un 20% en el grupo de edad de 30 a 34 años²³.

Basado en esta fuente y a partir de los registros acumulados en estos años el 74,6% de los casos notificados se han presentado en hombres y el 25,3% en mujeres; sin embargo, se ha observado una importante disminución en la razón

22. Profamilia. Colombia: Tendencias Económicas y Sociales. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá, 2011.

23. MSPS. Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/Sida Colombia 2013. 2013.

Figura 1. Casos notificados de VIH y Sida. Distribución por año y edad. Colombia 1983 -2012



Fuente. Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2012. Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP.

Tabla 1. Distribución por sexo de las personas con VIH/Sida. Colombia. 2011

Sexo	Porcentaje de prevalencia VH/SIDA	Razón Hombre: Mujer para Colombia	Razón Hombre: Mujer para América Latina y el Caribe.
Hombre	73,1	2,7	2,8
Mujer	26,9		
Total	100		

Fuente. OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2012.

* Cuenta de Alto Costo Informe 2012.

de masculinidad, pasando de 10:1 en la década de los noventa a 2,5:1 en 2012.

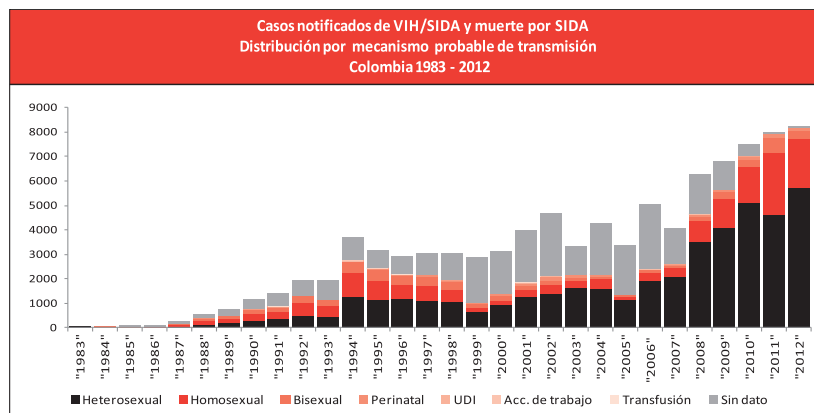
Al evaluar el mecanismo probable de transmisión del virus registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-Sivigila²⁴ se evidencia un predominio marca-

do en las formas de transmisión sexual, con menores frecuencias para otros mecanismos como el perinatal o por transfusión, lo que justifica el fortalecimiento de las medidas que contribuyan a la prevención de este modo de transmisión en la población general.

24. Ministerio de Salud y Protección Social - Observatorio de la Gestión Programática en ITS y VIH/Sida. Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 1983 a 2011 25 de mayo 2012.

25. Profamilia. Conocimiento del VIH/Sida y otras ITS. Formas de Prevención. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010-2011.
26. Ministerio de Salud y Protección Social, ASAP/ONUSIDA. Marco de Resultados y líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2012 - 2016 2011.
27. MSPS-UNFPA. Panorama del VIH/Sida en Colombia, 1983-2010. Un análisis de Situación. Bogotá D.C. 2012.

Figura 2. Casos notificados de VIH y Sida. Distribución por mecanismo probable de transmisión. Colombia 1983 – 2012



Fuente. Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2012. Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP.

Por otra parte, la ENDS 2010 evidenció, acerca del conocimiento comprensivo del VIH/Sida, que solo la mitad (51,1%) de las mujeres entrevistadas sabe que el VIH no se transmite mediante la picadura de mosquitos; el 68,3% que no se contrae el virus compartiendo alimentos con una persona infectada; el 85% que una persona que parezca saludable puede tener el virus del VIH; pero, en general, solo el 27,1% tiene un conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA, es decir, que además de los tres conceptos mencionados conocen que el uso del condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja fiel pueden reducir el riesgo de contraer el virus. Esto demuestra que existe aún un gran desconocimiento por parte de las mujeres colombianas sobre el VIH/Sida, lo cual se acentúa aún en las mujeres más jóvenes de zona rural en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Oriental, y entre quienes no tienen educación y tienen los niveles más bajos de riqueza²⁵.

1.4. Situación de grupos poblacionales

Se presentan a continuación algunos datos importantes en poblaciones clave, tanto de la situación epidemiológica del VIH, como de aspectos de la prevención y de acceso a servicios de salud. La mayor parte de estos datos fueron condensados por el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS y el Servicio de Estrategia y Plan de Acción contra el Sida -ASAP/ONUSIDA durante 2011²⁶ y entre el MSPS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA a través del documento Panorama del VIH/Sida en Colombia en el mismo año²⁷.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres-HSH

El documento preparatorio de Marco de Resultados consolidó varios estudios realizados en diferentes ciudades que reportaron, en la mayoría de los casos, prevalencias cercanas al 10%, lo que ratifica que ésta es la población más afectada.

La clave
de la eficacia
del condón
está en usarlo
correctamente
y en usarlo
siempre.

Tabla 2. Estudios de prevalencia de VIH en HSH en Colombia.

Fecha de elaboración	Autor	N	Prevalencia de VIH reportada
2010	MPS UNFPA, informe preliminar.	2,562	Barranquilla: 13,6%(IC95%: 8.9-19.7) Cartagena: 10,0% (IC95%: 5.9-14.7) Medellín: 9,1% (IC95%: 5.1-14.2) Pereira: 5,6% (IC95%: 2.7-8.7) Bogotá: 15,0% (IC95%: 10.9-19.9) Cali: 24,1% (IC95%: 18.1-30.4) Cúcuta: 10,9% (IC95%: 6.8-16.4)
2007	Sec. Distrital de Salud ONUSIDA LigaSida, 2007.	630	Bogotá: 10,8%
2005	Secretaría Departamento de Salud del Meta et al, 2005.	52	Villavicencio: 25%(IC95%:14.0-38.9)
2000-2002	Bautista, 2004	660	Bogotá: 19,7%

Fuente. Tabla tomada del documento Marco de Resultados y líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2012 - 2016.

Un reciente análisis de la situación del VIH/Sida en Colombia consolidó importante información proveniente de encuestas de conocimientos y actitudes²⁷, las cuales revelan que en las ciudades de Villavicencio (2005) y Bogotá (2006) más del 96% de la población HSH ha oído hablar sobre el VIH/Sida. Además, se evidenció que la percepción del riesgo de adquirir VIH en esta población, en las mismas ciudades, es del 83%.

En 2010, el estudio realizado por MSPS-UNFPA en siete ciudades del país encontró una percepción del riesgo entre el 54,8% en Pereira y el 78% en Cali. Acerca del conocimiento del condón como medio de prevención del VIH se estimó un porcentaje del 91% en todas las ciudades; sin embargo, frente

a todas las formas de prevención el máximo porcentaje de conocimiento fue del 52%, en la ciudad de Cali. Respecto al uso frecuente del condón, en las siete ciudades, el porcentaje más alto se encontró en Pereira (34,6%) y el más bajo en Cúcuta (14,1%), mientras que, con relación al uso del condón en la última relación sexual, Cali tuvo el porcentaje más alto (62,5%) y Cartagena el más bajo (47,9%).

Mujeres trabajadoras sexuales MTS

Los estudios realizados en esta población hasta 2010 han mostrado, en su mayoría, prevalencias inferiores al 1%, excepto en Barranquilla y Bucaramanga con prevalencias de 2,22% y 3,26%, respectivamente, en 2008.

Tabla 3. Estudios de prevalencia de VIH en MTS. Colombia, 2000-2010

Fecha de elaboración	Autor	N	Prevalencia de VIH reportada
2008	MPS/UNFPA, 2008.	1.674	Medellín: 0,64% (IC95%:0.15-1.12) Cali: 0,81% (IC95%:0.34-1.29) Bucaramanga: 3,26% (IC95%:2.07-4.44) Barranquilla: 2,22% (IC95%:1.27-3.17)
2007	Secretaría Distrital de Salud/ ONUSIDA/Liga Sida, 2007.	529	Bogotá: 0,76%
2005	Secretaría Departamental de Salud del Meta et al, 2005.	236	Villavicencio y Acacias: 0,8% (IC95%:0.1-3)
2001-2002	Montano, 2005	514	Bogotá: 0,8%

Fuente. Tabla tomada del documento Marco de Resultados y líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2012 - 2016.

Dentro de los resultados preliminares del estudio del Proyecto VIH Colombia – Fondo Mundial en cinco ciudades en 2012, se encontró una prevalencia de 1,1%, siendo la más alta en la ciudad de Barranquilla (2,5%) y la más baja en Bogotá (0,3%).

Respecto a sus conocimientos en VIH/Sida el estudio del MSPS/UNFPA, llevado a cabo en 2008, encontró que un porcentaje superior al 98% de las MTS ha oído hablar sobre el VIH/Sida en las ciudades de Barranquilla y Cali, mientras que en Bucaramanga este porcentaje fue de 94,6%. El porcentaje de MTS que conoce cómo prevenir el VIH fue de 87,4% en Bucaramanga, 89,4% en Cali y de 94,9% en Barranquilla. El uso correcto y consistente del condón osciló entre el 84,2% en Medellín y el 88,8% en Cali. Acerca del uso de condón en la última relación sexual con

clientes el mismo estudio encontró porcentajes que variaron entre el 94,1% en Medellín y el 97,2% en Bucaramanga, mientras que en 2010 un estudio similar, realizado en las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga, encontró porcentajes de 88% y 82,4% respectivamente²⁸. El estudio de 2008 mostró que el uso de condón por parte de las MTS con su pareja es mucho menor que con sus clientes disminuyendo a valores entre el 42,4% en Medellín y el 53,6% en Barranquilla.

Los resultados preliminares de 2012 respecto al uso de condón por MTS en su última relación sexual con la pareja estable revelan una mediana de 51% entre las ciudades, con el valor más alto reportado en Barranquilla 66% y el más bajo reportado en Medellín 42%. En este estudio un grupo de mujeres indicó uso de condón en

28. Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011.

su última relación sexual con pareja frecuente, definida pareja frecuente aquella persona con quien se tienen relaciones hace menos de un año y no recibió ningún tipo de pago por las relaciones sexuales, encontrando valores mucho menores a los observados con la pareja estable, que variaron entre 23% en Barranquilla y 36% en Medellín²⁹.

Usuarios de drogas inyectables

El uso compartido de material de inyección asociado a prácticas sexuales de mayor riesgo expone, a esta población, a la transmisión sexual y parenteral del VIH. En los dos estudios analizados en el documento marco de resultados se reportaron prevalencias superiores al 1% en las ciudades participantes.

Tabla 4. Estudios de prevalencia de VIH en UDIS. Colombia, 2000-2010

Fecha de elaboración	Autor	N	Prevalencia de VIH reportada
2010	MPS/UNODC/ Universidad CES.	Medellín: 237 Pereira: 297	Medellín: 3,8% (IC95%: 0.8-7.1) Pereira: 1,9% (IC95%: 0.5-3.7)
2001-2002	Mejía, 2005.	410	Bogotá: 1%

Fuente. Tabla tomada del documento Marco de Resultados y líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2012 - 2016.

En el estudio adelantado en las ciudades de Medellín y Pereira en 2010³⁰ la percepción del riesgo de adquirir VIH en UDI fue de 43,7% en Pereira y 61,8% en Medellín. Así mismo, el porcentaje de uso frecuente del condón en esta población varió entre 20,6% y 33,6%, mientras que con sus parejas este porcentaje fue aún menor, entre 17,5% y 21,5%, según la misma fuente³⁰.

Mujeres transgénero

Los resultados preliminares de un estudio, realizado en cuatro ciudades del país, con una muestra de 991 mujeres transgénero, mostraron una media de prevalencia de infección por VIH de 15%²⁹. La prevalencia encontrada en Cali (18%), Bogotá (17%), Barranquilla (13%) y Medellín (10%).

El porcentaje de uso del condón en la última relación sexual de las mujeres transgénero con pareja estable fue en promedio de 45%, teniendo Bogotá el valor más alto (48%) y Medellín y Barranquilla los más bajos (40%). Acerca del uso del condón en la última relación con aquellas parejas no consideradas "amorosas" y en las que no hubo intercambio de dinero la mediana de uso del condón fue del 80%, mientras que su uso en la última relación con un cliente en ejercicio de la prostitución fue de 95% en la media del porcentaje.

Habitantes de calle

La media de prevalencia hallada en una muestra de 507 habitantes de calle de Bogotá, Barranquilla, Cali y Bucaramanga en el marco del estudio realizado por el Proyecto VIH Colombia del Fondo Mundial fue de 6,6%, encontrando la

29. Proyecto VIH Colombia Fondo Mundial Ronda 9. Resumen Estudios de Comportamiento Sexual y Evaluación Rápida, Líneas de base de prevalencia de VIH y comportamiento sexual. Informe preliminar 2012.

mayor prevalencia en Barranquilla (17%) y la menor en Bucaramanga (0%).

Acerca del uso del condón en la última relación sexual, reportada en este estudio, 24% indicó haberlo utilizado, siendo mayor este porcentaje entre hombres que en mujeres en todas las ciudades.

Población privada de libertad -PPL

Según un estudio de 2007 en Bogotá³¹ el 93% de la PPL ha oído hablar del VIH/Sida, sin embargo, la percepción de riesgo de adquirir el VIH alcanza sólo al 36,6%. Igualmente, el uso de condón en la última relación sexual fue de 23,3% y 37,6% con pareja estable y casual, respectivamente.

En 2012 los resultados preliminares de una muestra de 1.404 hombres y de 398 mujeres pertenecientes a PPL en siete establecimientos carcelarios arrojaron una prevalencia cruda de infección por VIH de 0,5%. Entre estos siete establecimientos el único en cuya muestra se encontró una prevalencia superior a 1% fue el de La Picota en Bogotá con 1,9%.

Respecto al uso del condón durante la última relación sexual en los hombres de esta población la mediana del porcentaje fue de 17%, mientras que en mujeres este valor correspondió a 12%.

Prevalencia de VIH en Gestantes

La prevalencia de VIH en gestantes encontrada en los estudios centinelas realizados en el país en 2004 y 2009 no ha tenido cambios significativos, una seropositi-

vidad del 0,22%, en el VII estudio centinela de VIH (2009), realizado en 13 ciudades del país.³²

1.5. Co-infección tuberculosis/VIH

La infección por VIH es el factor de progresión de infección a enfermedad por tuberculosis más importante conocido hasta ahora. El VIH induce una inmunosupresión progresiva que aumenta el riesgo progresión de infección a enfermedad por tuberculosis en los primeros dos años siguientes a la infección, de un 5% entre personas sin VIH, a valores entre un 3 y un 13% por año en las personas que viven con VIH; sin embargo, a diferencia de los pacientes sin VIH donde el riesgo decrece después del primer año, en los pacientes con VIH se mantiene el riesgo año tras año entre un 10% a 30%. De esta manera, el VIH incrementa el número de casos de tuberculosis activa en la comunidad (dada la vulnerabilidad de las personas infectadas por VIH a desarrollar tuberculosis), aumenta la transmisión del bacilo a la población general, a pesar de que las personas con VIH frecuentemente son BK negativos y favorece el desarrollo de formas extrapulmonares de la TB.³³

La tuberculosis, por su parte, aumenta la carga viral en los pacientes con VIH por la sinergia entre la micobacteria y el virus para afectar el sistema inmunológico, acelerando la progresión de la infección de VIH a Sida y aumentando la

30. Berbesi D, Montoya L, Segura A MP, Montoya L. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Universidad CES; 2011.

31. SDS, UNFPA FHA, LCLCS, ASSUR, Fundación Procrear. Los matices de la vulnerabilidad. Bogotá 2007.

32. INS. VII Estudio Nacional Centinela de VIH en gestantes. Informe de Resultados 2009. 2009.

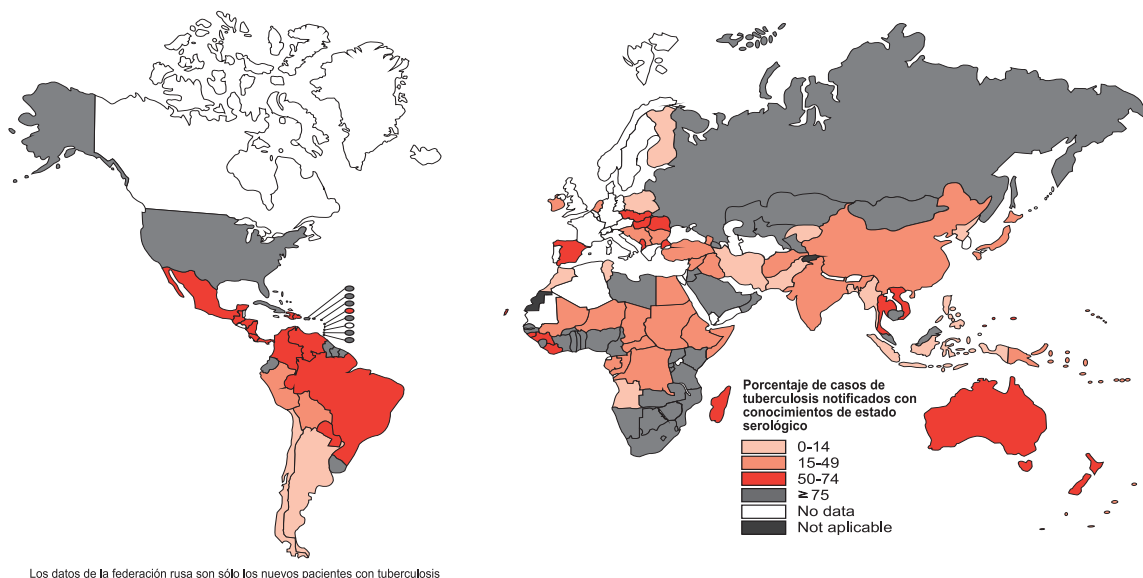
33. OPS. Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Versión actualizada - 2010 Washington, D. C.: OPS; 2010.

mortalidad entre estos pacientes y la demanda de servicios de salud.

En 2011 a la OMS se reportaron 8.7 millones de casos nuevos de tuberculosis de los cuales se estima que 1.1 millones se dieron en personas que viven con VIH (13%), 79% de ellos en África. Para la región de las Américas en el mismo

año el número estimado de casos nuevos de tuberculosis fue de aproximadamente 260.000, considerándose que alrededor de 37.000 correspondieron a personas con coinfección TB/VIH (14%)³⁴. Sin embargo, solo 124.000 accedieron a un proceso diagnóstico para VIH y de estos el 17% tuvieron un resultado positivo para VIH².

Figura 3. Porcentaje de pacientes con tuberculosis con estado serológico conocido por país en 2011



Fuente. WHO. Global Tuberculosis report 2012

34. WHO. Global Tuberculosis Report 2012. France 2012.

35. INS. Comportamiento de la notificación de tuberculosis Colombia, semana 1 - 52 de 2011. Periodo 13-Cierre. Bogotá: INS; 2012.

36. OMS. Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados directos. Ginebra: OMS; 2012 [Abril 2013]; Available from: http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/es/.

En Colombia el número de casos de TB -todas las formas- reportados al SIVIGILA 2011 fue de 11.866, de los cuales sólo 6.537 personas conocieron su estado serológico para VIH, correspondiente al 55,1% del total de los pacientes con TB. De estos 6.537 pacientes que accedieron a un proceso diagnóstico para VIH 1.299 presentaron coinfección TB/VIH, para un porcentaje de coinfección del 19,9%.³⁵

Dada esta relación entre la tuberculosis y el VIH, siendo la tuberculosis responsable de por lo menos la tercera parte de las muertes entre personas con VIH, la Organización Mundial de la salud desarrolló el documento: Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH - Guías para programas nacionales y otros interesados directos 2012, en el cual se plantean 12 actividades colaborativas para la prevención y atención integral de la coinfección TB/VIH³⁶. Estas actividades son:

Tabla 5. Actividades de colaboración TB/VIH recomendadas por la OMS - 2012

A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH.
A.1. Establecer y fortalecer un grupo coordinador funcional de las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.
A.2. Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la prevalencia de la TB entre personas con VIH.
A.3. Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH.
A.4. Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH.
B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las tres Ies para VIH/TB).
B.1. Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad.
B.2. Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniacida y el tratamiento antirretroviral temprano.
B.3. Garantizar el control de Infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación.
C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
C.1. Proporcionar la prueba del VIH y asesoría a los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
C.2. Introducir intervenciones de prevención del VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.
C.3. Proporcionar terapia preventiva con Trimetoprim-Sulfametoxazol (Cotrimoxazol) a pacientes coinfectados TB/VIH.
C.4. Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención, a pacientes coinfectados TB/VIH.
C.5. Proporcionar tratamiento antirretroviral a pacientes coinfectados TB/VIH.

Fuente. OMS, Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH - Guías para programas nacionales y otros interesados directos 2012.

El país ha venido implementando progresivamente algunas de estas actividades, con los siguientes resultados para 2012:

Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis (TB) con estado serológico conocido para VIH: 62,9% (7.540/11.975).

Porcentaje de personas registradas con tuberculosis (Pulmonar y extrapulmonar) que tienen documentado su estado serológico para

VIH y tienen la infección por VIH: 18,5% (1.397/7.540)³⁷.

Porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que continúan o inician terapia antirretroviral-TAR durante su tratamiento antituberculoso: 33,9% (474/1.397).

Número de personas con diagnóstico de VIH que inician profilaxis con Isoniacida en el período de reporte: 116³⁸.

37. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento tuberculosis, hasta el periodo epidemiológico 13 del año 2012 - Cierre Bogotá: INS; 2013.

38. Ministerio de Salud y Protección Social. Estadísticas 2012 Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2012.

La infección por VIH se ha definido como una enfermedad crónica manejable, que tratada adecuadamente no tiene porqué ser mortal.

Algunas de las actividades colaborativas no han venido siendo monitoreadas tales como el número de personas que viven con VIH, que fueron tamizadas para TB o el número de personas con coinfección TB/VIH que reciben terapia preventiva con Trimetropim-Sulfametoxazol; lo anterior creó la necesidad de construir un plan de actividades colaborativas para fortalecer este componente. Dicho plan forma parte integral de este Plan Nacional de Respuesta ante las ITS y VIH/Sida y se puede encontrar en los anexos 1, 2 y 3 del presente documento.

1.6. Mortalidad por VIH/Sida

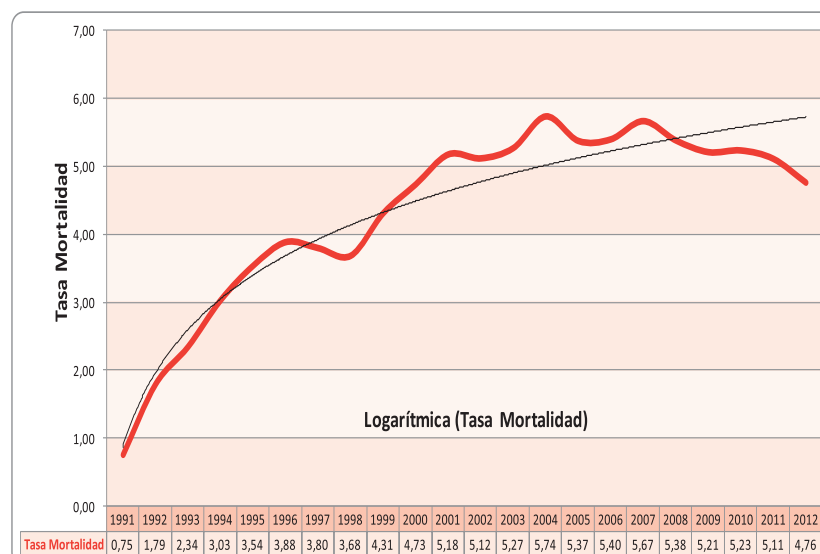
Los datos de mortalidad asociada a la infección por VIH y Sida en

el país provienen de los registros de certificados de estadísticas de defunción a cargo del DANE.

El acumulado de muertes por VIH/Sida según el DANE desde 1991 a 2012 es de 39.887, de las cuales 2.216 fueron reportadas en 2012. Esta información difiere significativamente del número de casos de muerte por VIH/Sida registrados por el SIVIGILA en el mismo año en que se notificaron 567 casos, observándose un subregistro en el SIVIGILA del 74% en los casos reportados como muerte.

La tasa de mortalidad por Sida en el país para 2012, calculada según la fuente del DANE, es de 4,76 por 100.000 habitantes, con diferencias significativas por sexo, obteniendo 7,3 por 100.000 en hombres y 2,2 por 100.000 en mujeres.

Figura 4. Tasa de mortalidad por Sida por 100.000 habitantes. Colombia, 1991-2012



Fuente. Base de datos de mortalidad DANE, 1988-2012. Procesado por el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSPS.

2

2. Marco Normativo



2.1. Marco normativo internacional

El marco de la respuesta frente al VIH/Sida puede rastrearse en el escenario internacional desde el Programa de Acción planteado a veinte años y acordado en la Conferencia de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, en la que se reconoció la relación entre población y desarrollo, las necesidades de dotar de mayor poder a la mujer y de identificar las necesidades de la gente en educación y salud incluyendo la salud reproductiva, como aspectos fundamentales para el desarrollo balanceado. Dentro de las acciones estipuladas en dicho programa de acción se incluyó la prevención de las ITS – incluido el VIH/Sida, la reducción de su incidencia y el proceder a su tratamiento³⁹.

Del mismo modo, como parte de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, acordados en 2000 en la Declaración de los países miem-

bro de las Naciones Unidas, el objetivo 6 se orienta a combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades, incluyendo como metas:

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/Sida de todas las personas que lo necesiten.

La estrategia global propuesta por ONUSIDA se denomina “Llegar a cero”, la cual tiene tres componentes estratégicos que apuntan más que a unas metas a una visión para la prevención o control de la epidemia:

1. Cero nuevos casos de VIH.
2. Cero muertes asociadas al Sida.
3. Cero estigma y discriminación.

En 2001 ante la Asamblea de las Naciones Unidas las naciones sus-

39. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.

cribieron la Declaración de compromiso en VIH/Sida-UNGASS y en 2011 renovaron este compromiso, mediante la Declaración Política que definió los objetivos y compromisos de erradicación, conocidos como los diez objetivos de la reunión de alto nivel HLM:

Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015.

1. Reducir la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas en un 50% para 2015.
2. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH entre niños, para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el Sida.
3. Llevar a 15 millones de personas que viven con VIH el tratamiento antirretroviral, para 2015.
4. Reducir las muertes por tuberculosis en personas que viven con VIH en un 50%, para 2015.
5. Reducir las diferencias mundiales en los recursos destinados al Sida, para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares en países de ingresos bajos y medianos.
6. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes para

protegerse a sí mismas frente al VIH.

7. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH o se ven afectadas por este a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
8. Eliminar las restricciones relacionadas con el VIH sobre entrada, permanencia y residencia.
9. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH con el fin de fortalecer la integración de la respuesta al Sida en la salud global y en las iniciativas de desarrollo, así como para fortalecer los sistemas de protección social.

Por otra parte, es necesario tener presente la estrategia promovida por ONUSIDA desde 2003, más conocida como los ‘tres unos’, basada en tres principios fundamentales aplicables a todas las partes interesadas en la respuesta al Sida en el nivel nacional⁴⁰:

- Un marco de acción acordado sobre el VIH y el Sida que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados.
- Una autoridad nacional de coordinación del Sida con un mandato multisectorial amplio.

40. UNAIDS. Los “Tres Unos” Principios Fundamentales. 2004; Available from: http://data.unaids.org/pub/BrochurePamphlet/2004/threeones_keyprinciples_flyer_es.pdf.

Un compromiso claro es el de fortalecer al recurso humano en salud para el adecuado cumplimiento de la normatividad vigente.

- Un sistema de vigilancia y evaluación establecido en el nivel nacional.

Cada uno de estos principios generales implica a su vez principios complementarios, necesarios para superar las dificultades que enfrentan los países al intentar coordinar una respuesta intersectorial en el contexto de un incremento de los recursos disponibles y en el número de actores involucrados que tiende a generar acciones verticales y fragmentadas contra el Sida con frecuencia duplicadas y de difícil sostenimiento.

Se contemplan además, otros escenarios de trabajo como los incluidos en la Guía de preparación de la respuesta al VIH en situaciones de emergencia, que se adaptó para Colombia de la guía IASC. En cuanto a la optimización de la respuesta nacional se incluyen las herramientas del marco de inversiones para mejorar la eficiencia de recursos invertidos en VIH. Igualmente, importantes son la Declaración de los Ministros de Educación de México y el Acuerdo de Cartagena de Indias de Coprecos LAC donde se referencia la Resolución 1983 del Consejo de Seguridad de UN.

Estos compromisos internacionales adquiridos también por Colombia frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros ratificados en los encuentros internacionales se encuentran formalizados para el país en el Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES 140 de 2011 “Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Ob-

jetivos de Desarrollo del Milenio – 2015”.

2.2 Marconormativo nacional

Normativa general de salud

La Constitución Política de Colombia establece la vida como un derecho fundamental inviolable; reconoce el derecho de todas las personas a la intimidad personal y familiar; y establece tanto la salud y la seguridad social como servicios públicos a cargo del Estado conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad¹⁹.

En este marco la Ley 100 de 1993 estableció el actual SGSSS definiendo la seguridad social como un servicio público esencial a ser prestado, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Dicho sistema define las reglas de juego que garantizan la atención en salud a través de la vinculación de la población a uno de dos regímenes de atención conocidos como régimen contributivo y subsidiado, de acuerdo con la situación laboral de las personas o la capacidad para efectuar el pago de la cotización. El paquete de beneficios que garantiza el sistema como parte de la atención en salud, POS, se actualiza de manera periódica a fin de tomar en cuenta situaciones de importancia en salud pública como el VIH/Sida.

La prestación de servicios se enmarcó en 2005 en la política nacional de prestación de servicios de salud, que se formuló con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios a través de los ejes de accesibilidad, calidad y eficiencia.

La Ley 1122 de 2007 reformó parcialmente la Ley 100 reduciendo los tiempos exigidos de cotización para los usuarios, facilitando el acceso a medicamentos no incluidos en el POS para las enfermedades de alto costo a través de la aprobación por los Comité Técnico Científico, e incorporando obligaciones a las aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de servicios, de acuerdo con la complejidad de las patologías de los usuarios⁴¹.

La Ley 1438 de 2011 instauró la obligación de formular un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social, intersectorial y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, que se concretó por medio de la Resolución 1841 de 2013 como una política pública de gran impacto social que orientará la salud pública del país en los próximos diez (10) años.

El Plan Decenal de Salud Pública asumido mediante Resolución 1841 de 2013, a través de la Dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, representa el marco estratégico desde el cual se fundamenta el presente plan de respuesta al VIH.

Normativa de respuesta a la epidemia de VIH/Sida

En los años noventa reconociendo los derechos de las personas que viven con VIH/Sida y la necesidad de expedir normas en desarrollo de la función de control y prevención, que coordinaran los esfuerzos en el nivel intersectorial y multidisciplinario requeridos para su afrontamiento, se expidió el Decreto 559 de 1991 ajustado al nuevo marco constitucional mediante Decreto 1543 de 1997, el que sirvió de marco para el manejo de los casos de Infección por VIH/Sida al tiempo que se promulgó la Ley 360 de 1997, en cuyo artículo 15 se estableció el derecho de las personas víctimas de los delitos contra la libertad sexual y dignidad humana al examen y tratamiento para la prevención de las ITS y VIH/Sida.

En 2003 se construyó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003) bajo la cual se establecieron las directrices para la respuesta a la epidemia del VIH/sida con las siguientes estrategias:

1. Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC.
2. Coordinación intersectorial e interinstitucional.
3. Fortalecimiento de la gestión institucional.
4. Fortalecimiento de la participación.
5. Potenciación de las redes sociales de apoyo.
6. Desarrollo de investigación.

41. Senado de la República. Ley 1122 de 2007. 2007 [Noviembre 2012]; Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1122_2007.html

No debe haber discontinuidad en la entrega de tratamiento antirretroviral a las personas que lo necesiten.

Posteriormente, la Ley 972 de 2005 permitió la adopción de normas para mejorar la atención por parte del Estado a la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Esta Ley declaró interés y prioridad para el país de la atención integral estatal a la lucha contra el VIH/Sida y especificó la garantía por parte del SGSSS del suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la Infección. Igualmente, estableció el día primero de diciembre de cada año como el Día Nacional de respuesta al VIH/Sida en Colombia.

La Resolución 3442 de 2006 permitió adoptarlas recomendaciones contenidas en el “Modelo de Gestión Programática” cuyo planteamiento esquemático incluye las acciones para el desarrollo de programas, planes y proyectos necesarios para dar respuesta a la epidemia de VIH/Sida, por parte de todos los actores del SGSSS según los recursos y competencias establecidos por la ley. Esta norma a su vez adoptó la Guía de Atención Integral en VIH/Sida, cuyo componente de atención se encuentra en fase de actualización mediante la metodología de Medicina Basada en la Evidencia.

En 2011 la Ley 1482 otorgó garantías para la protección de los derechos de las personas o grupos que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación, herramienta que ha sido usada por las personas que viven con VIH para defender sus derechos.

En 2013 se expidió la Resolución 2338 por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual-ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.

En cuanto al monitoreo y evaluación de la respuesta en salud al VIH/Sida deben mencionarse las resoluciones 4725 de 2011 y 783 de 2012 que definen la periodicidad, forma y contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud-EPS y demás entidades obligadas a compensar a la Cuenta de Alto Costo, en su componente de VIH.

Esta fuente de información recolecta de manera semestral 107 variables que incluyen aspectos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH, pertenecientes a los regímenes subsidiado y contributivo.

La Cuenta de Alto Costo, el SIVI-GILA, la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y el observatorio de VIH hacen seguimiento a la atención ofrecida a personas que viven con VIH y a los compromisos adquiridos por Colombia frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos” 2010- 2014, que son:

1. Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1,0%.
2. Reducir la mortalidad por causa del Sida tras haber

**El estigma
y la discriminación
son barreras
para avanzar
en una respuesta
adecuada.**

establecido la línea de base en 2010.

3. Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales a un 88,5%.
4. Disminuir el porcentaje de casos de transmisión perinatal a menos de un 2% sobre el total de niños(as) expuestos.

Normativa respecto a equidad y violencias de género

Frente a la violencia y discriminación contra las mujeres la Ley 1257 de 2008 adoptó los conceptos de violencia y daño contra la mujer y, promulgó una serie de medidas para garantizarle una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado, y el ejercicio de sus derechos. Estas medidas abarcan la sensibilización y pre-

vención, la protección y atención de las mujeres en relación con la violencia y la discriminación de la que son víctimas.

Igualmente, en el campo de la equidad de género y los derechos de las mujeres la Corte Constitucional en sus autos 385 y 092 solicitó el fortalecimiento de la respuesta del Estado, en sus programas para las mujeres en situación de desplazamiento, a los que viene dando respuesta la Alta Consejería para la Equidad de la mujer.

Finalmente, el Conpes 161 de 2013 desarrolló lineamientos para la política pública nacional de equidad de género para las mujeres y priorizó acciones estratégicas sectoriales para la superación de la discriminación y el goce efectivo de los derechos de las mujeres a través del Plan Integral para garantizar una vida libre de violencias.

3. Antecedentes de la respuesta nacional frente al VIH/Sida.

El registro del primer caso de VIH/Sida en el país tuvo lugar en 1983 y, si bien es cierto, que a partir de ese momento se iniciaron una serie de acciones tendientes a caracterizar y controlar el avance de la epidemia que ya se venía esparciendo en el nivel global, en los años iniciales de la epidemia hubo carencia de datos epidemiológicos confiables y deficiencias en las acciones preventivas y asistenciales.

A partir de 1989 se inició la organización de las acciones de respuesta al VIH en planes nacionales que, con algunas diferencias en su conceptualización, en general se plantearon a mediano plazo.

Para 2004, se dieron las condiciones para la formulación de un

Plan Intersectorial estructurado alrededor de tres ejes temáticos y una diversidad de acciones, cuyos logros y dificultades ameritaron la búsqueda de continuidad. De ahí surge el Plan Nacional de Respuesta 2008-2011, que permitió ampliar la participación de otros sectores y actores clave en el logro de los objetivos propuestos y la expansión a cuatro ejes temáticos que fueron:

- Promoción y prevención.
- Atención integral en VIH/Sida.
- Apoyo y protección social.
- Seguimiento y evaluación de la respuesta.

42. Profamilia. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá 2011. p. 71-99.

Dentro de los principales avances logrados con este Plan se destacan:

1. Acciones desarrolladas directamente con grupos de mayor vulnerabilidad a través de organizaciones que trabajan con HSH para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH/Sida;
2. El desarrollo de mejores herramientas de vigilancia en salud pública que han permitido mejorar la caracterización de la epidemia;
3. La implementación de estudios que aportan a la vigilancia de segunda generación y facilitan examinar el comportamiento sexual, en conjunto con la determinación de prevalencias en poblaciones clave, orientando la focalización de acciones en aquellas poblaciones y propiciando el diseño de estrategias específicas para escenarios de epidemias concentradas como sucede en el caso colombiano.

En el campo de la prevención es importante destacar las Guías dirigidas a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad (HSH, mujeres transgénero, MTS, jóvenes, mujeres y personas privadas de la libertad) con perspectivas de derechos y género, y enfoques diferencial y de vulnerabilidad, a partir de las cuales se capacitó en 2011 a 25 entidades territoriales, 294 profesionales de la salud y 95 ONG en

prevención del VIH con enfoque de vulnerabilidad.

Frente al tema del acceso al condón se logró la inclusión del condón masculino en el POS para la prevención de ITS, VIH/SIDA y planificación familiar, mediante la Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013, al tiempo que se han discutido al interior del Consejo Nacional de SIDA-Conasida las situaciones que limitan el acceso al condón por parte de las poblaciones clave.

Igualmente, con la elaboración del manual para adquisición, suministro y distribución de condones se brindan pautas para el desarrollo apropiado de este tipo de actividades.

En cuanto a la estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH es necesario mantener y fortalecer los esfuerzos para alcanzar la meta de reducción a un porcentaje inferior al 2% de niñas y niños que adquieren la infección durante la gestación, parto o lactancia. Para tal efecto el país ha logrado avances sustanciales en el acceso al control prenatal, la realización de la prueba, el conocimiento del resultado y la implementación de medidas como el suministro de terapia antirretroviral, la elección del parto por cesárea y la provisión de fórmula láctea.

Según la ENDS 2010 el 83,5% de las mujeres gestantes han accedido a prueba voluntaria para el VIH durante el control prenatal y han recibido su resultado⁴².

Respecto a la atención integral del VIH/Sida el país ha logrado avanzar en este componente mediante la capacitación a diferentes actores del SGSSS en asesoría para la prueba voluntaria de VIH-APV, tanto para mujeres gestantes como para otras poblaciones integrando la atención al control prenatal y la consulta externa, y fomentando la integralidad e interdisciplinariedad de la atención de las personas que viven con VIH. Se espera que este tipo de intervenciones ayude a contener la epidemia del VIH evitando que quienes no están infectados se infecten y que quienes lo están no transmitan el virus, no se re-infecten y encuentren el apoyo requerido para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas, que aseguren las condiciones necesarias para mantener una vida digna.

Según el primer reporte de la Cuenta de Alto Costo del total de registros de pacientes vivos confirmados entre 15 y 49 años de edad, que tienen criterios de inicio de tratamiento, el 98,15% se encuentra recibéndolo. No obstante, debe tenerse en cuenta que si bien es cierto que se ha ampliado la cobertura en afiliación en salud y esta llega casi a un 92% de la población, aún se identifican dificultades en la continuidad del tratamiento, principalmente, cuando se dan cambios en el tipo de aseguramiento de los usuarios o cuando se interrumpe la continuidad en la contratación de los servicios.

Estas dificultades se acentúan en algunos territorios no sólo frente a la respuesta al VIH/Sida, sino a la

atención en salud de la población no asegurada, población que tiende a distribuirse irregularmente y a concentrarse en mayor medida en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social, sin vinculación a la institucionalidad formal, sin estabilidad laboral, de ingresos y con alta movilidad, lo que dificulta aún más su registro en los programas de identificación, sin contar las inequidades geográficas y de régimen de afiliación frente al acceso y calidad de la atención entorno al VIH/Sida y a la continuidad de la asistencia⁴³.

Costo-efectividad de la respuesta nacional al VIH/Sida en Colombia, 2011

El informe final del análisis basado en la Evidencia de la Eficiencia en la Implementación de la Respuesta Nacional al VIH/Sida en Colombia⁴³, realizado en 2011, permitió concluir luego de examinar las dimensiones programáticas, presupuestaria y de prestación de servicios que el país está consiguiendo contener la epidemia.

Entendiendo como eficiencia programática el evento de que las decisiones estratégicas adoptadas han sido informadas por la evidencia disponible y son implementadas de forma coordinada, la evaluación encontró que, aunque el país ha tenido avances en el conocimiento de la epidemia y existe un marco jurídico y de políticas clave definido, la evidencia no alimenta de

43. Moreno A, Álvarez A. Análisis basado en la evidencia de la eficiencia en la implementación de la Respuesta Nacional al VIH/Sida en Colombia. Informe Final. 2011.

**La asesoría
pre y post
en el proceso
de diagnóstico
del VIH,
son
fundamentales
para cada
persona.**

manera suficiente las decisiones estratégicas, además de que existe eficacia limitada para determinar en la práctica una respuesta centralizada al VIH/Sida y falta liderazgo local para la aplicación del marco programático territorial.

Se reconoce la existencia de un mecanismo de financiación de los servicios individuales y colectivos que procede, principalmente, del sector público a través del sistema de aseguramiento y que concentra la mayor parte del gasto en la categoría de atención y tratamiento. Sin embargo, debido a que el presupuesto asignado al VIH/Sida no está diferenciado y a que no existe una contabilidad que identifique los flujos presupuestario y de gasto, no es posible concluir

que sea necesario un aumento o una reducción del gasto para el VIH/Sida, si el dinero llega oportunamente a los servicios y si es invertido de acuerdo con lo presupuestado.

En el campo de la eficiencia en la provisión de servicios, aunque existe una red de servicios y se ha aumentado la cobertura y la percepción de calidad, la eficiencia en la provisión de servicios se ve afectada por la ausencia de coordinación programática, así como por inequidades geográficas y de aseguramiento, problemas en la disponibilidad, acceso y calidad de tratamiento con TAR, y en la continuidad, particularmente para los pacientes afiliados al régimen subsidiado.

4

4. Descripción Metodológica



Atendiendo la necesidad de evaluar la respuesta nacional al VIH-Sida, enmarcada en el Plan de Respuesta 2008-2011, y dar continuidad a los procesos iniciados el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de ONUSIDA y de ASAP lideró la realización de un primer aporte a la planificación estratégica de la respuesta nacional a la epidemia. Lo anterior, a través del mapeo de las estrategias y actividades de importantes documentos relacionados con la respuesta del país a la problemática del VIH y el SIDA entre los que estuvieron el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011, el Modelo de Gestión Programática en VIH y SIDA y las Guías de Prevención VIH y SIDA.

Esta herramienta, contenida en el documento de Marco de Resultados y Líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA²⁶, constituyó un importante aporte en la planeación de la respuesta pues permitió contar con una pri-

mera organización de las acciones a partir de la definición de un conjunto de objetivos estratégicos y resultados, organizados a su vez de acuerdo con su relación de las temáticas específicas y los grupos poblacionales más afectados.

Durante los días 5 y 6 de julio de 2012 se realizó en Bogotá DC el Taller Nacional de Planificación del Plan Nacional de Respuesta al VIH/ITS en el que tuvieron participación diversidad de actores involucrados con la respuesta del país al VIH/Sida, y al que asistieron representantes de la Sociedad Civil, prestadores de servicios de salud, personas viviendo con VIH, funcionarios de las entidades territoriales y representantes de las agencias de Cooperación Internacional, todos ellos listados en la parte inicial de este documento.

Este encuentro permitió la socialización de los hallazgos y recomendaciones principales del Marco de Resultados del plan de respuesta 2008-2011, así como la presentación del trabajo titulado

**Convocar actores
y acordar acciones
permitirán
garantizar
el derecho
a la salud
para las personas
que solicitan
diagnóstico
y tratamiento.**

“Análisis basado en evidencia de la eficiencia en la implementación de la respuesta nacional al VIH/ Sida en Colombia”, el cual permitió exponer los principales avances y dificultades de la respuesta desde la perspectiva de eficiencia programática, presupuestal y de prestación de servicios.

El encuentro facilitó el desarrollo de discusiones sobre cada uno de los temas de la respuesta al VIH y la elaboración de propuestas de líneas de acción y metas entorno a las necesidades de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad: personas que viven con VIH, HSH, MTS, PPL, jóvenes (incluidos aquellos en contextos de vulnerabilidad), mujeres transgénero, habitantes en situación de calle, mujeres, usuarios de drogas inyectables, personal uniformado, mujeres gestantes y recién nacidos de madres con VIH. Los resultados del taller quedaron registrados en los textos y presentaciones elaboradas por los grupos. La jornada del segundo día estuvo centrada en temáticas específicas tales como sangre segura, bioseguridad y violencia sexual.

Los aportes registrados en cada uno de los resultados esperados, propuestos en el documento preparatorio, fueron ajustados y sistematizados a partir de la re-lectura de las líneas de acción recopiladas en el documento de Marco de Resultados. Asimismo, los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 se articularon con los aportes a la planeación estratégica de la respuesta nacional a la epidemia menciona-

dos anteriormente, dando lugar al Plan Nacional de Respuesta ante las ITS y el VIH/ Sida, estructurado en cuatro (4) ejes:

- Eje de promoción y prevención en el que se reflejan las acciones propuestas por las líneas de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud;
- Eje de atención integral en el cual se reflejan las acciones propuestas por las líneas de gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública;
- Eje de apoyo y protección social que comprende las acciones propuestas por las líneas de gestión de la salud pública y líneas de promoción de la salud;
- Eje de seguimiento y evaluación, transversal a todas las líneas establecidas en el plan decenal, para lograr al final una planeación estratégica basada en los resultados.

De esta forma el MSPS, teniendo presentes los avances que representaron las estructuras de la acción contenidas en el Modelo de Gestión Programática, así como los avances elaborados frente a las líneas estratégicas de la dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública, lideró la elaboración de la propuesta de estructura del Plan de respuesta que permitiera la inclusión de aquellos aspectos que no se encontraban suficientemente desarrollados en las estructuras precedentes: el apoyo y protección social, la prevención de la exclusión, la vigilancia en salud pública y los sistemas de información.

5



5. Estructura del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida.

Este plan busca, ante todo, tomar en cuenta las particularidades de la epidemia en el país, dar continuidad a aquellos desarrollos alcanzados que necesitan consolidarse en el tiempo, fortalecer aquellos elementos que requieren de mayor atención y renovar los compromisos de respuesta a las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

En el nivel nacional y local es necesario tener presente que la inversión para obtener resultados en VIH/Sida se debe basar en los principios de equidad, evidencia y eficiencia⁵.

El Plan plantea el logro de 10 objetivos organizados alrededor de cuatro ejes temáticos los cuales pretenden la materialización de 16 resultados esperados, presentados

en la tabla 6. Del mismo modo el Plan propone una organización de todas las acciones que componen la respuesta a través de un conjunto de estrategias.

Es recomendable que en el marco de su implementación los tomadores de decisiones orienten sus inversiones de tal manera que estén adaptadas al contexto, dirigidas al logro de resultados y apropiadas localmente, con el propósito de aportar al cumplimiento de las metas del país.

5.1. Promoción y Prevención

Este eje está orientado a promover la salud sexual y repro-

**Se debe
garantizar
una atención
integral
e integrada.**

ductiva incorporando el enfoque de vulnerabilidad con énfasis en poblaciones clave, frente al estigma y discriminación y la transmisión de ITS-VIH/Sida. Incorporar este enfoque implica tener como referente que la vulnerabilidad es consecuencia de diversos determinantes (sociales, políticos, físicos, medioambientales y de relaciones de género, entre otros) que influyen negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud, así como la necesidad de entender la salud sexual y reproductiva como el bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La promoción de la Salud Sexual y Reproductiva entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, en el marco del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Las actividades que componen este eje se organizan a su vez en cinco objetivos:

- Reducir el estigma y la discriminación hacia las PVV y poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).
- Eliminar la transmisión materno-infantil de ITS-VIH.
- Prevenir la transmisión de ITS-VIH con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).

- Prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA a víctimas de violencia sexual.
- Prevenir y controlar el riesgo biológico y bioseguridad.

5.2. Atención integral en salud

La atención integral es la piedra angular que permite disminuir la progresión de infección por VIH a SIDA; tiene implicaciones para la vida de las personas en términos de nuevas infecciones en recién nacidos, morbilidad, discapacidad, muerte y aparición de fármaco-resistencias del VIH y todas sus implicaciones.

Este eje recoge, por tanto, las acciones de mejora y desarrollo que deben darse en el ámbito de la prestación de servicios para ofrecer la atención integral a las personas con ITS o VIH/Sida. Aporta a la detección temprana de la infección mediante acciones necesarias para responder a la demanda de asesoría y pruebas voluntarias, así como la disposición de los elementos para el seguimiento efectivo de guías y protocolos vigentes de atención y las demás acciones que permiten a las personas que viven con VIH acceder con oportunidad, calidad y calidez a los servicios de salud, incluyendo la atención de la gestante que vive con VIH para su propia salud y la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

Los objetivos de este eje apuntan a:

**El seguimiento
y la evaluación
periódica
nos permite
conocer
los avances
y retos existentes.**

- Fortalecer la demanda y la oferta de asesoría y prueba voluntaria en ITS- VIH/Sida.
- Reducir las barreras de acceso a la atención integral e integrada en salud para las ITS-VIH/Sida.
- Garantizar la calidad de la atención en salud de las ITS-VIH/Sida.

5.3. Apoyo y protección social

Las personas que viven con VIH ven afectadas sus condiciones de vida no sólo por su condición de salud, sino por otras condiciones sociales relacionadas con el estigma y discriminación que generan exclusión social lo limita, en muchas ocasiones, su capacidad de participación y afectan negativamente sus condiciones de vida.

Este eje incluye el desarrollo de iniciativas que generen capacidades organizativas, formativas y participativas de las personas que viven con VIH, la inclusión de esta población en la respuesta institucional, así como la facilitación de las condiciones que promuevan su inclusión como agentes de acompañamiento para otras personas que viven con VIH mediante grupos de apoyo. El eje por tanto se orienta a:

- Promover las acciones de protección social y reducción de vulnerabilidad para las personas afectadas por el VIH / SIDA}

5.4. Seguimiento y evaluación

Está orientado este eje a fortalecer la toma de decisiones basadas en información para optimizar la respuesta nacional en todos sus niveles. Parte de la generación de evidencia mediante la facilitación de las condiciones que permitan el flujo oportuno y completo de la información, que se genera a través de los diversos subsistemas que registran información relacionada con el VIH/Sida. Este seguimiento debe basarse también en la evidencia proveniente del desarrollo y divulgación de investigaciones que permitan profundizar la caracterización de la epidemia en cada uno de los grupos poblacionales. Implica a su vez la consolidación y el análisis de los resultados del Plan, así como la incorporación del enfoque diferencial en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y en la respuesta nacional. Los objetivos que integran este eje son:

- Fortalecer el sistema de información de la respuesta.
- Fortalecer la vigilancia en salud pública de ITS-VIH/Sida.

Tabla 6. Ejes, objetivos y resultados esperados del Plan Nacional de Respuesta.

Ejes del Plan	Objetivos		Resultados esperados	
Promoción y Prevención	1.1	Reducir el estigma y la discriminación contra las PVVS y poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	R-1	Se reduce el E&D hacia las PVVSS y las poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).
	1.2	Eliminar la transmisión materno-infantil de las ITS-VIH.	R-2	Las gestantes acceden a la atención prenatal con oportunidad y calidad.
			R-3	Todos los hijos/as de gestantes con ITS-VIH reciben atención integral.
	1.3	Prevenir la transmisión de ITS-VIH con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	R-4	La población identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza ideas erróneas sobre su transmisión.
			R-5	La población tiene mayor acceso al uso de condones (principalmente las poblaciones clave).
			R-6	La población usuaria de drogas inyectables- UDI tiene mayor acceso al uso de material de inyección estéril.
	1.4	Prevenir la transmisión de las ITS-VIH/Sida a víctimas de violencia sexual.	R-7	Las víctimas de violencia sexual reciben la atención de calidad que evita las ITS-VIH.
1.5	Prevenir y controlar el riesgo biológico y fortalecer la bioseguridad.	R-8	Todos los bancos de sangre disponen de sangre segura y los bancos de órganos y tejidos garantizan tamizaje para ITS-VIH.	
		R-9	Las personas con exposición laboral a ITS-VIH reciben la atención de calidad que evita su transmisión.	
Atención integral	2.1	Fortalecer la demanda y la oferta de asesoría y prueba voluntaria en ITS- VIH/Sida.	R-10	Se incrementa la población que demanda, accede y conoce el resultado de las pruebas para el diagnóstico de ITS-VIH, con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).
	2.2	Reducir las barreras de acceso a la atención integral e integrada en salud para las ITS-VIH/Sida.	R-11	Se incrementa la población que accede a los servicios de salud para recibir atención integral e integrada en ITS-VIH/Sida (con énfasis en poblaciones clave -HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y emergencias, entre otros).
	2.3	Garantizar la calidad de la atención en salud de las ITS-VIH/Sida.	R-12	Se incrementa la proporción de personas que reciben atención y tratamiento de las ITS-VIH/Sida de manera oportuna, segura, accesible, pertinente, continua, integral e integrada.
Apoyo y protección social	3.1	Promover las acciones de protección social y reducción de la vulnerabilidad para las personas afectadas por el VIH /Sida.	R-13	La Sociedad civil (que representa a poblaciones clave y PVVS) fortalece su protagonismo como gestora y beneficiaria de acciones sociales y de salud.
			R-14	Los diferentes sectores coordinan acciones conjuntas que propician la protección social y la garantía de derechos de las PVVS.
Seguimiento y Evaluación	4.1	Tomar decisiones para la respuesta nacional en ITS-VIH/Sida basadas en información estratégica.	R-15	El país dispone de datos e información suficiente (con cobertura nacional y en todos los aspectos) que se utiliza en la formulación de la respuesta a las ITS-VIH/Sida.
			R-16	El país lleva a cabo la rendición de cuentas del avance en la respuesta nacional a las ITS-VIH-Sida.

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales

Resultados esperados		Estrategias		Actividades	
R-1	Se reduce el E&D hacia las PVVSS y las poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-1	Diseñar e implementar una estrategia de educación y movilización social para sensibilizar a la población general sobre E&D y DSR, con enfoque diferencial y perspectiva de género.
				A-2	Desarrollar acciones de movilización social dirigidas a las PVVSS y a las poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros), para empoderarles sobre E&D y DSR.
				A-3	Determinar los niveles de E&D del personal de salud y otro personal (dueños de establecimientos, guardia, etc.) que interactúa con poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) y desarrollar acciones de información y educación para sensibilizar en E&D y DSR.
		E-2	Coordinación Intersectorial	A-4	Coordinar y desarrollar acciones para el fortalecimiento del proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía-PESCC en el nivel nacional y territorial.
R-2	Las gestantes acceden a la atención prenatal con oportunidad y calidad.	E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	A-5	Establecer alianzas estratégicas con ONG y organizaciones de base comunitaria-OBC que trabajan con mujeres en edad reproductiva y gestantes, para la difusión de información sobre los servicios prenatales a los que tienen derecho, la estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y canalización a los servicios de salud.
				E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.
		A-7	Diseñar y desarrollar estrategias para el fortalecimiento de la demanda inducida dirigida a mujeres en edad fértil y gestantes.		
R-3	Todos los hijos/as de gestantes con ITS-VIH reciben atención integral.	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-8	Diseñar y desarrollar una estrategia de educación e información sobre rutas de atención de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, incluida la importancia del seguimiento a los niños y niñas expuestos al VIH, y dirigida a las personas con intención reproductiva, gestantes y grupo familiar.
		E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	A-9	Establecer alianzas estratégicas con ONG y OBC que trabajan con mujeres en edad reproductiva, gestantes, niños y niñas, para la difusión de los mecanismos de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y seguimiento de los niños y niñas expuestos al virus.

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales (Continuación)

Resultados esperados		Estrategias		Actividades	
R-3	Todos los hijos/as de gestantes con ITS-VIH reciben atención integral.	E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-10	Implementar el algoritmo diagnóstico en niños y niñas expuestos al VIH, hacer seguimiento de los niños expuestos, proveer fórmula láctea de remplazo y ofrecer tratamiento según las guías, protocolos y lineamientos de atención vigente.
				A-11	Implementación del Plan Nacional de Choque para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia.
R-4	La población identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza ideas erróneas sobre su transmisión.	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-12	Diseñar e implementar una estrategia de educación y movilización social dirigida a la población general para promover el conocimiento comprensivo en ITS y VIH/Sida y sensibilizar sobre las acciones de prevención (incluyendo la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH), con enfoque diferencial y perspectiva de género. (Incluye actividades conmemorativas del día internacional de respuesta al VIH/Sida).
				A-13	Implementar acciones de movilización social dirigidas a poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros), para sensibilizar e informar sobre las formas de transmisión de ITS-VIH/Sida, uso correcto del condón y la importancia del tratamiento antirretroviral como elemento de prevención.
		E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	A-14	Establecer alianzas estratégicas con ONG y OBC que trabajan con poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) para sensibilizar sobre el VIH, las formas de transmisión del VIH y el uso correcto del condón como medida eficaz de autocuidado, con perspectiva de derechos y de género, y enfoques diferencial y de vulnerabilidad. Incluye el desarrollo de actividades de prevención con por lo menos 3 poblaciones clave de acuerdo con la caracterización de la epidemia en cada dirección territorial: HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros.
R-5	La población tiene mayor acceso al uso de condones (principalmente las poblaciones clave).	E-5	Adquisición y distribución de condones para suministrar a las poblaciones clave.	A-15	Implementar la programación integral de compra de condones, y su adquisición haciendo énfasis en el nivel territorial, para incrementar el acceso de las poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales (Continuación)

Resultados esperados		Estrategias		Actividades	
R-6	La población usuaria de drogas inyectables (UDI) tiene mayor acceso al uso de material de inyección estéril.	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-16	Desarrollar procesos focalizados de educación, dirigidos a UDI para informar y sensibilizar sobre riesgos de transmisión de ITS-VIH/Sida.
		E-6	Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-17	Proveer cooperación técnica dirigida al personal de salud que atiende UDI para el desarrollo de capacidades de atención integral y estrategias de reducción de daño en esta población, según las guías, protocolos y lineamientos de atención vigentes.
		E-7	Fortalecimiento de la coordinación interprogramática.	A-18	Coordinar con los programas de salud mental la gestión de los insumos necesarios (material de inyección estéril y otros) para la implementación de estrategias de reducción del daño y prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables.
R-7	Las víctimas de violencia sexual reciben la atención de calidad que evita las ITS-VIH.	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-19	Diseñar, validar e implementar herramientas de información y educación para desarrollar procesos de sensibilización intersectorial e interprogramática con los funcionarios públicos (de los sectores salud, justicia y protección social) sobre el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos-DSR, las rutas de atención de la violencia basada en género, y garantizar la canalización de las víctimas a los servicios de salud antes de 72 horas.
		E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-20	Mantener actualizadas las normas, guías, lineamientos y protocolos de atención integral a víctimas de violencia sexual y proveer cooperación técnica para su implementación en lo relativo a la profilaxis de las ITS y del VIH.
				A-21	Implementar el modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual y monitorear su cumplimiento.
E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	A-22	Desarrollar y fortalecer alianzas estratégicas con OBC, ONG y líderes comunitarios que trabajan con mujeres y comunidad en general para sensibilizar sobre los Derechos en salud y los DSR, informar sobre la prevención y las rutas de atención de la violencia basada en género y fortalecer la canalización de las víctimas a los servicios de salud antes de 72 horas.		

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales (Continuación)

Resultados esperados		Estrategias		Actividades	
R-8	Todos los bancos de sangre disponen de sangre segura y los de órganos y tejidos garantizan tamizaje para ITS-VIH.	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-23	Diseñar y desarrollar una estrategia de educación y movilización social focalizada en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) para la autoexclusión de donación de sangre, órganos y tejidos como conducta solidaria.
		E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-24	Desarrollar procesos de cooperación técnica con el personal de bancos de sangre y de prestadores de servicios de salud, relacionados con la donación y trasplante de órganos y tejidos, para garantizar la aplicación de los protocolos de tamizaje, sensibilización en E&D, seguimiento a donantes reactivos y referencia oportuna a personas diferidas.
R-9	Las personas con exposición laboral a ITS-VIH reciben atención de calidad que evita su transmisión.	E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la prevención y atención de ITS-VIH/Sida.	A-25	Mantener actualizadas las normas, guías, lineamientos y protocolos de bioseguridad y proveer cooperación técnica para su implementación.
				A-26	Implementar y monitorear la aplicación de normas, guías, lineamientos y protocolos de bioseguridad en las instituciones de salud.
				A-27	Capacitar al personal con potencial exposición laboral a riesgos biológicos en la aplicación de las normas y protocolos de bioseguridad vigentes, con la participación de las aseguradoras de riesgos laborales-ARL.
R-10	Se incrementa la población que demanda, accede y conoce el resultado de las pruebas para el diagnóstico de ITS-VIH, con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-28	Desarrollar acciones de movilización social en ITS-VIH/Sida dirigidas a poblaciones clave para sensibilizarlas en el reconocimiento de las vulnerabilidades, el derecho a la salud, inducir la demanda de la APV y difundir las rutas de atención para ITS-VIH con perspectiva de derechos y de género, y enfoque diferencial y de vulnerabilidad.
		E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	A-29	Establecer alianzas estratégicas con ONG y OBC que trabajan con poblaciones clave, para desarrollar o fortalecer su capacidad de prestación de servicios de APV y la coordinación con las redes de atención integral en salud.
		E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-30	Incrementar la disponibilidad de APV, pruebas presuntivas y pruebas confirmatorias de VIH en la consulta para ITS, los servicios de SSR, servicios amigables, programas de tuberculosis y otros puntos de entrada al SGSSS, con perspectiva de derechos y género y enfoque diferencial y vulnerabilidad.

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales (Continuación)

Resultados esperados		Estrategias		Actividades	
R-10	Se incrementa la población que demanda, accede y conoce el resultado de las pruebas para el diagnóstico de ITS-VIH, con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	E-6	Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-31	Capacitar el recurso humano de aseguradoras y prestadoras de servicios de salud para el desarrollo de habilidades en APV, realización de pruebas presuntivas para VIH y sífilis y direccionamiento en el SGSSS a las personas que resulten reactivas, según el algoritmo diagnóstico y la atención de las poblaciones con perspectiva de derechos y de género, y enfoques de vulnerabilidad y diferencial, según las directrices de la Resolución 2338 de 2013.
				A-32	Gestionar con los programas técnicos y de pregrado el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en formación, en aspectos críticos como APV y atención integral del VIH.
R-11	Se incrementa la población que accede a los servicios de salud para recibir atención integral e integrada en ITS-VIH/Sida (con énfasis en poblaciones clave -HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y emergencias entre otros).	E-8	Fortalecimiento de la rectoría en salud.	A-33	Coordinar con las entidades responsables de la Inspección, Vigilancia y Control de servicios de salud acciones para fortalecer el cumplimiento de normas y protocolos de atención en ITS-VIH/Sida.
		E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-34	Reducir las barreras administrativas de acceso a los servicios de atención integral e integrada del VIH/Sida que se presentan dentro del SGSSS.
				A-35	Diseñar, implementar o utilizar herramientas TIC para mejorar la oportunidad y calidad de la atención a personas con ITS-VIH/Sida en aspectos tales como diagnóstico, tratamiento, referencia y contrarreferencia de prestadores de servicios de salud con limitaciones de acceso.
		E-6	Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-36	Capacitar y hacer seguimiento a la calidad de la atención y capacidad resolutoria de los equipos interdisciplinarios de atención integral del VIH/Sida de acuerdo con guías y protocolos con enfoque diferenciado de DSR, perspectiva de género y prevención de E&D.
		E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	A-37	Establecer alianzas con ONG y OBC y redes de personas que viven con VIH/Sida para aumentar la canalización de la demanda, el acompañamiento y el apoyo psicosocial de las PVVS.
R-12	Se incrementa la proporción de personas que reciben atención y tratamiento de las ITS-VIH/Sida de manera oportuna, segura, accesible, pertinente, continua, integral e integrada.	E-8	Fortalecimiento de la rectoría en salud.	A-38	Revisar periódicamente las normas, guías y protocolos de prevención y atención integral en VIH/Sida para proveer directrices acordes con la evidencia.
		E-6	Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-39	Proveer capacitación y asistencia técnica al personal de salud titulado y en formación para el manejo integral de las ITS y VIH/Sida, de acuerdo con las guías, protocolos y lineamientos existentes, con perspectiva de derechos y género y enfoques de vulnerabilidad y diferencial.

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales (Continuación)

Resultados esperados		Estrategias		Actividades			
R-12	Se incrementa la proporción de personas que reciben atención y tratamiento de las ITS-VIH/Sida de manera oportuna, segura, accesible, pertinente, continua, integral e integrada.	E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-40	Diseñar, validar, implementar y evaluar modelos de atención integral en ITS-VIH/Sida y TB/VIH con enfoque de género, vulnerabilidad y derechos humanos.		
				A-41	Garantizar el suministro continuo de ARV a las personas que cumplen criterios para recibir terapia antirretroviral.		
		E-7	Fortalecimiento de la coordinación interprogramática.	A-42	Implementar el plan nacional de actividades colaborativas TB/VIH involucrando todos los actores del SGSSS y la sociedad civil.		
R-13	La Sociedad civil (que representa a poblaciones clave y PVVS) fortalece su protagonismo como gestora y beneficiaria de acciones sociales y de salud.	E-9	Fortalecimiento de las OBC, redes y ONG que trabajan por los derechos de las PVVS.	A-43	Trabajar de manera conjunta con las OBC, ONG y redes que trabajan con poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) y PVVS para potenciar su participación en las veedurías ciudadanas, los Copacos y asociaciones de usuarios.		
R-14	Los diferentes sectores coordinan acciones conjuntas que propician la protección social y la garantía de derechos de las PVVS.	E-2	Coordinación Intersectorial.	A-44	Coordinar con otros sectores el apoyo específico a PVVS y poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) para su inclusión y priorización en programas y proyectos del Estado, especialmente para la protección integral a niños y niñas huérfanos o afectados por VIH. Se incluyen las acciones de preparación en emergencias frente al VIH.		
				E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-45	Establecer y/o incrementar los servicios mínimos de apoyo psicosocial dentro de las instituciones del SGSSS para las personas que viven con VIH (por ejemplo grupos de auto apoyo, procesos de asesoría continua para la aceptación del diagnóstico, la revelación del diagnóstico a otras personas, adherencia al tratamiento, entre otros).
						A-46	Desarrollar las capacidades en prevención secundaria y ruta de derechos de las personas que viven con VIH/Sida.
R-15	El país dispone de datos e información suficiente (con cobertura nacional y en todos los aspectos) que se utiliza en la formulación de la respuesta a las ITS-VIH/Sida.	E-10	Fortalecimiento e integración de la información en ITS-VIH/Sida.	A-47	Incrementar la calidad de la información en ITS-VIH/Sida de las fuentes de información disponibles: SIVIGILA, observatorio de VIH, sistema de reporte de los Indicadores de Alerta Temprana- IAT, Cuenta de Alto Costo-CAC, entre otros.		
		E-6	Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.	A-48	Proveer capacitación y cooperación técnica al personal responsable de los procesos de recolección y reporte de la información en las unidades primarias generadoras de datos para garantizar la producción estandarizada y oportuna de información en ITS y VIH/Sida.		

Tabla 7. Resultados esperados, estrategias y actividades generales (Continuación)

Resultados esperados		Estrategias		Actividades	
R-15	El país dispone de datos e información suficiente (con cobertura nacional y en todos los aspectos) que se utiliza en la formulación de la respuesta a las ITS-VIH/Sida.	E-11	Gestión del conocimiento en ITS-VIH/Sida.	A-49	Realizar de manera periódica estudios de vigilancia de segunda generación en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) para direccionar las decisiones programáticas en ITS-VIH/Sida.
				A-50	Realizar de manera periódica estudios complementarios en ITS y VIH/Sida tales como: Medición del Gasto en Salud-MEGAS, modos de transmisión-MOT, adherencia a ARV y factores condicionantes, estudios de fármaco resistencia en adultos y niños, etc.
				A-51	Fomentar la investigación operativa en ITS-VIH/Sida y TB/VIH como estrategia para el fortalecimiento de la atención integral a las personas que viven con VIH.
		E-10	Fortalecimiento e integración de la información en ITS-VIH/Sida.	A-52	Consolidar y analizar la información disponible y actualizada para la toma de decisiones basadas en dicha información.
R-16	El país lleva a cabo la rendición de cuentas del avance en la respuesta nacional a las ITS-VIH-Sida.	E-8	Fortalecimiento de la rectoría en salud.	A-53	Desarrollar, validar e implementar una estrategia de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención de las ITS y VIH/Sida.
				A-54	Fortalecer las capacidades para el desarrollo de procesos de planeación, ejecución y reporte en ITS-VIH/Sida.
		E-12	Monitoreo y evaluación a la implementación del Plan Nacional de Respuesta.	A-55	Realizar el seguimiento a la implementación y resultados del Plan Nacional de Respuesta-PEN ante las ITS-VIH/Sida.
		E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	A-56	Diseñar, implementar y evaluar estrategias de información y difusión de datos sobre la respuesta ante las ITS-VIH/Sida para los tomadores de decisiones, sociedad civil, otros actores involucrados en la respuesta ante la epidemia y público en general.



6

6. Cumplimiento del Plan



6.1. Metas

Como fue mencionado, el plan se enmarca en los compromisos internacionales del país alrededor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en el cumplimiento de los resultados del Plan Nacional de Desarrollo y en las políticas nacionales descritas. De esta manera el plan tiene como principales metas de impacto:

1. Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1,0%.
2. Reducir la mortalidad por causa del Sida tras haber establecido la línea de base en 2010.

3. Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales como mínimo a un 88,5%, en pos del logro de la cobertura universal.
4. Disminuir el porcentaje de casos de transmisión perinatal a menos de un 2% sobre el total de niños(as) expuestos.

Adicionalmente, el Plan ha definido una serie de metas distribuidas en cada uno de los cuatros ejes, que reflejan el enfoque poblacional del plan:

Tabla 8. Estructura de objetivos y metas

Objetivo	Indicador de resultado	Periodicidad	Fuente	Línea base	Meta
Reducir el E&D contra las PVVS y poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	Actitudes de aceptación hacia las PVVS y poblaciones clave.	Quinquenal	ENDS (actitudes de aceptación hacia las PVVS) Estudio de actitudes de aceptación hacia las poblaciones clave.	15,3% (actitudes de aceptación hacia las PVVS). En 2015 se contará con línea de base de actitudes de aceptación hacia las poblaciones clave.	25% al 2015. (actitudes de aceptación hacia las PVVS) A establecerse con base en los resultados del estudio de actitudes de aceptación hacia las poblaciones clave.
Eliminar la transmisión materno-infantil de las ITS-VIH	Porcentaje de gestantes con VIH que recibieron TAR profiláctico en el anteparto.	Anual	Estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, Minsalud.	67% en 2009 MSPS	95% al 2015
	Porcentaje de nacidos vivos expuestos al VIH que recibieron profilaxis antirretroviral por 42 días en forma continua. Batería SSR.	Anual	Estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, Minsalud.	94% en 2009 MSPS	98% al 2015
Prevenir la transmisión de ITS-VIH con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	Porcentaje de poblaciones clave que declara haber usado un condón durante la última relación sexual con pareja estable (Variante UNGASS 18).	Quinquenal	Estudios	HSH en 7 ciudades colombianas, 2010. Medellín 46,2%, Cartagena 47,9%, Barranquilla 53,8%, Cúcuta 55,6%, Bogotá 59%, Pereira 59,1% y Cali 62,5%	Incrementar estos porcentajes en 10 a 20% a 2015.
				MTS 2012 FM Pareja estable Barranquilla 66%, Bucaramanga 61%, Bogotá 51%, Cali 51%, Medellín 42%	
				Mujeres transgénero 2012 FM Bogotá 48%; Barranquilla 47%; Cali 45%; Medellín 40%	
				PPL 2012 FM Bellavista 20%, La Picota 19%, Santa Marta 16%, La Modelo 15%, El Buen Pastor 15%, Jamundí H 10%, Jamundí M 9%, Valledupar 9%	
				Habitante de calle 2012 FM Barranquilla (H: 26%, M: 17%) Bogotá (H: 29%, M: 21%) Cali (H: 22%, M: 16%) Bucaramanga (H: 25%, M: 26%)	

Tabla 8. Estructura de objetivos y metas (continuación)

Objetivo	Indicador de resultado	Periodicidad	Fuente	Línea base	Meta
Fortalecer la demanda y la oferta de asesoría y prueba voluntaria en ITS- VIH/SIDA.	Porcentaje de la población de poblaciones clave que se sometió a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (UNGASS 1.13).	Quinquenal	Encuestas	HSH (cálculo a partir de datos MSPS, UNFPA 2010) Medellín 29%, Cali 20%, Bogotá 25% Barranquilla 17% Cartagena 13% Pereira 20% Cúcuta 15%	Incrementar estos porcentajes en un 10 a 20% a 2015.
				MTS 2012 FM Medellín 19%, Cali 32%, Bogotá 38% Barranquilla 67%, Bucaramanga 68%	
				Mujeres transgénero FM 2012 Bogotá 14%; Cali 20%; Medellín 24%; Barranquilla 53%	
				PPL FM 2012 El Buen Pastor 5%, La Picota 6%, Valledupar 7%, La Modelo 7%, Jamundí H 8%, Bellavista 14%, Jamundí M 15%, Santa Marta 24%	
				Habitante de calle FM 2012 Barranquilla (H: 34%; M: 36%), Bogotá (H: 41%; M: 44%) Cali (H:44%; M:59%), Bucaramanga (H: 25%; M: 56%)	

Objetivo	Indicador de resultado	Periodicidad	Fuente	Línea base	Meta
Reducir las barreras de acceso a la atención integral e integrada en salud para las ITS-VIH/Sida.	Oportunidad de inicio de la atención (número de días promedio, entre la fecha del resultado positivo de la prueba confirmatoria del diagnóstico y la fecha de la primera consulta en un servicio de atención integral del VIH) Bateria SSR.	Semestral	CAC	Por establecer	Por establecer
	Número de personas con VIH/SIDA que reciben atención integral. Bateria SSR.	Semestral	CAC	Por establecer	Por establecer
Garantizar la calidad de la atención en salud de las ITS-VIH/Sida.	Cobertura de TAR	Semestral	CAC	- Línea base 2003: 52,30% - Medición 2009: 71%	88,60% al 2015
	Porcentaje de nuevas personas con diagnóstico de VIH que inician profilaxis con Isoniazida en el período de reporte.	Semestral	CAC	Línea de base: 0,6% Período 1 agosto 2011- 31 de enero 2012	100% al 2017
Promover las acciones de protección social y reducción de la vulnerabilidad para las personas afectadas por el VIH / Sida	Grado (de 0 a 5 donde 0 es "Muy Bajo", 1 es "Bajo", 2 es "Medio Bajo", 3 es "Medio", 4 es "Alto" y 5 es "Muy Alto") en que la sociedad civil puede acceder al apoyo financiero y técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH.	Bianual	Sociedad civil. UNGASS. Índice compuesto de política nacional Parte B 2012	Financiero 1 Técnico 3	A 2016 Financiero 3 Técnico 5
Tomar decisiones para la respuesta nacional en ITS-VIH/Sida basadas en información estratégica.	Porcentaje de poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad que disponen de datos epidemiológicos (prevalencia, comportamientos y prácticas y acceso a servicios) actualizados.	Quinquenal	Estudios	Actualmente existe información más completa en HSH y MTS. Otros datos sobre mujeres transgénero, PPL y HC. Pendientes UDI, jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad.	90%
	% de indicadores UNGASS monitoreados y reportados			87,5% (el Informe 2012, reporta datos de 21 de 25).	Para el 2015, se monitorearán y reportarán el 95,8% (23) de los indicadores UNGASS.

7.

7. Seguimiento del Plan

El grado de éxito que arroje el desarrollo del Plan depende, en buena medida, del nivel de apropiación que de éste tengan los diversos actores involucrados. El plan incluye como una de sus estrategias el propio monitoreo y evaluación, por lo que se pretende que la estrategia sea adaptada a las dinámicas propias de las entidades territoriales y de los demás actores. Este monitoreo y evaluación incluye dos mecanismos:

Apropiación y monitoreo del Plan

Incluye el proceso inicial de socialización, validación y apropiación de las apuestas y contenidos del plan. Tiene como propósito la discusión y formulación de acciones en cada uno de los niveles te-

rritoriales (municipal, distrital, departamental y nacional) y por cada uno de los actores fundamentales. Se concreta en la planeación de las acciones propias de los actores a manera de adaptación local del presente Plan y serán consolidadas en el nivel territorial por las direcciones territoriales de salud. Para este fin circulará un instrumento de ágil aplicación que será devuelto al nivel central a principios de 2014 y estará basado en las acciones formuladas por eje, actores y poblaciones involucradas, con presupuesto por actividad. (Anexo 4).

Por otra parte, considerando el carácter estratégico que caracteriza el presente plan, basado en doce estrategias de acción, se desarrollará el monitoreo de las estrategias a partir de los siguientes indicadores:

Tabla 9. Estrategias e Indicadores del Plan Nacional

Estrategia		Indicador avance del Plan	Periodicidad
E-1	Desarrollo de una estrategia nacional de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida.	Número de personas de poblaciones clave beneficiarias o participantes de acciones de educación o movilización social en ITS-VIH/Sida.	Anual
E-2	Coordinación Intersectorial.	Número de personas de poblaciones clave priorizadas e incluidas en programas y proyectos del Estado y protección integral para niños y niñas huérfanos o afectados.	Anual
E-3	Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.	Número de OBC aliadas para la prevención del VIH/Sida e ITS, promoción de DSR, SSR y promoción de la demanda de APV.	Anual
E-4	Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.	Número de modelos de atención integral e integrada en ITS-VIH/Sida con enfoque de género, vulnerabilidad y derechos humanos en fase de pilotaje, desarrollo o evaluación.	Bienal
E-5	Adquisición y distribución de condones para el suministro a las poblaciones clave.	Proporción de entidades territoriales de salud que adelantan procesos de programación integral de uso de condones, que incluyen compra y distribución.	Anual
E-6	Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.	Número de personal de salud capacitado en APV y pruebas rápidas de VIH.	Anual
E-7	Fortalecimiento de la coordinación inter-programática.	Indicadores de avance del Plan Nacional de Actividades Colaborativas-PSPIC.	Anual
E-8	Fortalecimiento de la rectoría en salud.	Disponibilidad de guías de atención integral del VIH con una actualización menor a 3 años.	Bienal
E-9	Fortalecimiento de las OBC, redes y ONG que trabajan por los derechos de las PVV.	Número de entidades territoriales que han priorizado a PVV o afectadas por el VIH en sus programas / año y nivel (nacional-territorial).	Anual
E-10	Fortalecimiento e integración de la información en ITS-VIH/Sida.	Disponibilidad de indicadores de ITS-VIH/Sida actualizados (tiempo menor a 2 años).	Bienal
E-11	Gestión del conocimiento en ITS-VIH/Sida.	Número de estudios realizados / programados (incluidos todos vigilancia de segunda generación y estudios complementarios).	Anual

Evaluaciones del plan

El plan incluye la realización de una evaluación anual, de acuerdo con los términos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y una evaluación final, cen-

trada en los resultados y logros alcanzados. Las evaluaciones serán divulgadas en el nivel nacional y territorial con el fin de determinar las acciones necesarias para alcanzar los resultados esperados.

8

8. Costeo Estimado



De manera similar a la versión anterior del Plan la estimación de las necesidades de financiamiento se ha basado, metodológicamente, en el costeo por actividades, determinando los requerimientos de las incluidas en el plan y estimando las cantidades y frecuencias de recursos para cada una de ellas.

Para realizar este ejercicio se tomaron como referencia los precios del mercado en 2013 y se consolidaron las estimaciones de costo por actividad para obtener el costo por objetivo y total del plan. Se obtuvo además, un costo promedio anual para orientar a las entidades ejecutoras en la cantidad de recur-

sos que se requiere comprometer por año para la implementación de las actividades del plan.

Con el ejercicio se estimó que se requerirán alrededor de \$130.245.854.000 millones de pesos (a precios de 2013) para la ejecución total del Plan durante los cuatros años de su vigencia. La mayor parte de los recursos se concentran en los ejes de Promoción y Prevención (72,3%) y Atención Integral (23,4%), de acuerdo con los planteamientos y contenidos del Plan, dejando el porcentaje restante a los dos ejes complementarios, según se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 10. Distribución de presupuesto por objetivo

Eje	Objetivo	Valor (a precios 2013)
Promoción y Prevención	Reducir el estigma y la discriminación contra las PVVS y poblaciones clave.	\$ 9.872.320.000=
	Eliminar la transmisión materno-infantil de las ITS-VIH	\$ 45.910.094.000=
	Prevenir la transmisión de ITS-VIH con énfasis en poblaciones clave.	\$ 29.168.690.000=
	Prevenir la transmisión de las ITS-VIH/Sida a víctimas de violencia sexual.	\$ 8.024.180.000=
	Prevenir y controlar el riesgo biológico y fortalecer la bioseguridad.	\$ 1.155.000.000=
	Subtotal Eje Promoción y Prevención	\$ 94.130.284.000=
Atención integral	Fortalecer la demanda y la oferta de asesoría y prueba voluntaria en ITS- VIH/Sida.	\$ 1.611.640.000=
	Reducir las barreras de acceso a la atención integral e integrada en salud para las ITS-VIH/Sida.	\$ 11.720.360.000=
	Garantizar la calidad de la atención en salud de las ITS-VIH/Sida.	\$ 17.175.350.000=
	Subtotal Eje Atención Integral	\$30.507.350.000=
Apoyo y protección social	Promover las acciones de protección social y reducción de la vulnerabilidad para las personas afectadas por el VIH / Sida.	\$ 271.440.000=
	Subtotal Eje Apoyo y Protección Social	\$271.440.000=
Seguimiento y Evaluación	Tomar decisiones para la respuesta nacional en ITS-VIH/Sida basadas en información estratégica.	\$ 5.336.780.000=
	Subtotal Eje Seguimiento y Evaluación	\$ 5.336.780.000=
GRAN TOTAL		\$ 130.245.854.000=

De este monto la mayor parte de los recursos están a cargo del sector estatal con un 16% bajo responsabilidad del nivel nacional y 53,6% a cargo de las entidades territoriales, 22% de los costos se

han estimado a cargo de las entidades administradoras de planes de beneficios y el 8,4% a cargo de las instituciones prestadoras de servicios.

Tabla 11. Distribución de costos. Totales del cuatrienio

DISTRIBUCIÓN DE COSTOS SEGÚN RESPONSABLE A PRECIOS 2013	4 AÑOS	%	ANUAL PROMEDIO
Nacional Grupo Salud Sexual y Reproductiva.	20.380.254.000	15,6	5.095.063.500
Instituto Nacional de Salud	133.000.000	0,1	33.250.000
Proyectos a Fondos de Regalías	400.000.000	0,3	100.000.000
Entidades Territoriales (departamentos, distritos y municipios).	69.661.000.000	53,5	17.415.250.000
Aseguradoras	28.656.000.000	22,0	7.164.000.000
Institucional	10.886.400.000	8,4	2.721.600.000
Actividades en departamentos piloto.	129.200.000	0,1	32.300.000
GRAN TOTAL	130.245.854.000	100,0	32.561.463.500

Las actividades costeadas incluyeron talleres de capacitación, elaboración de piezas comunicativas, actividades de movilización social, actualización de protocolos, compra de insumos tales como condones y kits para intercambio de jeringas para prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables, implementación de actividades en el nivel comunitario, costos de estudios de prevalencia y otros complementarios, entre otros. A continuación se presenta la distribución de costos por tipo de actividad.

Tabla 12. Distribución de costos por tipo de actividad

TIPO DE ACTIVIDAD	4 AÑOS	ANUAL PROMEDIO
Abogacía (Advocacy) y coordinación intersectorial.	143.480.000	35.870.000
Comunicación y movilización social.	9.877.174.000	2.469.293.500
Contratación actividades en el nivel comunitario.	53.798.400.000	13.449.600.000
Estudios	4.489.600.000	1.122.400.000
Insumos	10.500.000.000	2.625.000.000
Plan Sífilis	8.640.000.000	2.160.000.000
Plan TB/VIH	13.542.710.000	3.385.677.500
Productos técnicos específicos.	4.878.640.000	1.219.660.000
Talento humano en el nivel nacional y territorial.	22.147.020.000	5.536.755.000
Talleres de capacitación.	2.228.830.000	557.207.500
TOTAL	130.245.854.000	32.561.463.500



Anexos



Anexo 1. Ejes, Objetivos y Actividades Colaborativas TB/VIH

Eje	Objetivo general	Actividades Colaborativas	
A. Coordinación interprogramática	Establecer y fortalecer mecanismos de colaboración y gestión conjunta entre los programas de control de TB y VIH.	A.1	Establecer y fortalecer mesas de trabajo funcionales que coordinen las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.
		A.2	Determinar la prevalencia del VIH entre las personas con TB y la prevalencia de la TB entre personas con VIH.
		A.3	Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH.
		A.4	Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH.
B. Prevención y manejo de la TB en personas con VIH	Reducir la carga de TB en personas con VIH, garantizando la implementación de las tres íes para VIH/TB y el inicio temprano del tratamiento antirretroviral.	B.1	Intensificar la búsqueda de casos de TB entre personas con VIH y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad.
		B.2	Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniacida y el tratamiento antirretroviral temprano.
		B.3	Garantizar el control de la infección tuberculosa en establecimientos de salud y sitios de congregación.
C. Prevención y manejo del VIH en personas con TB	Reducir la carga de infección por el VIH en las personas con diagnóstico de TB, sus familiares y su comunidad, por medio de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH.	C.1	Proporcionar la prueba del VIH y asesoría a las personas con diagnóstico de TB.
		C.2	Introducir intervenciones de prevención del VIH en las personas con diagnóstico de TB.
		C.3	Proporcionar terapia preventiva con Trimetoprim-Sulfametoxazol (Cotrimoxazol) a personas con co-infección TB/VIH.
		C.4	Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención, a personas con co-infección TB/VIH.
		C.5	Proporcionar tratamiento antirretroviral a personas con coinfección TB/VIH.

Anexo 2. Resultados Esperados, Metas e Indicadores del Plan Nacional de Actividades Colaborativas TB/VIH.

Actividades Colaborativas		Resultados esperados	Meta 2017	Indicador
		Reducción de la mortalidad por VIH asociada a TB.	Reducir por lo menos en 20% de la línea de base el porcentaje de muertes por tuberculosis en personas con VIH.	Porcentaje de muertes en personas con VIH que fallecen por tuberculosis.
		Reducción de la mortalidad entre los pacientes con coinfección TB/VIH.	Reducir a 5% o menos el porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que fallecen por TB.	Porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que fallecen.
A.1	Establecer y fortalecer mesas de trabajo funcionales que coordinen las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.	Respuesta a la doble epidemia de TB y VIH coordinada desde el nivel nacional y territorial.	A 2017 por lo menos el 90% de las entidades territoriales cuentan con mesas de trabajo funcionales que coordinan las actividades colaborativas TB/VIH	Porcentaje de entidades territoriales que cuentan con mesas de trabajo funcionales que coordinan las actividades colaborativas TB/VIH.
A.2	Determinar la prevalencia del VIH entre las personas con TB y la prevalencia de la TB entre personas que viven con VIH.	Las entidades territoriales conocen la prevalencia del VIH entre las personas con TB y la prevalencia de la TB entre personas que viven con VIH en el nivel territorial y la utilizan para los procesos de planeación territorial y la toma de decisiones programáticas.	A 2017 el 95% de las entidades territoriales incluyen, en sus planes operativos anuales, la prevalencia del VIH entre personas con TB y la prevalencia de la TB entre personas que viven con VIH como punto de partida para el diseño e inclusión de actividades colaborativas TB/VIH en sus POA.	Porcentaje de entidades territoriales que incluyen, en sus planes operativos anuales, la prevalencia del VIH entre personas con TB y la prevalencia de la TB entre personas que viven con VIH como punto de partida para el diseño e inclusión de actividades colaborativas TB/VIH en sus POA.
A.3	Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH.	Instituciones de salud ofrecen atención integral a personas con coinfección TB/VIH.	A 2017 el 50% de las instituciones que ofrecen atención a personas con coinfección TB/VIH ofrecen servicios de atención integral de la coinfección. Construir línea de base a 2014.	Porcentaje de instituciones que ofrecen atención integral a personas con coinfección TB/VIH.
A.4	Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH.	Actividades de colaboración TB/VIH monitoreadas y evaluadas por las entidades territoriales de manera permanente.	A 2017 el 100% de las entidades territoriales implementa y hace seguimiento a las actividades colaborativas TB/VIH.	Porcentaje de entidades territoriales que implementa y hace seguimiento a las actividades colaborativas TB/VIH.
B.1	Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad.	Búsqueda activa de casos de tuberculosis realizada en los servicios de atención integral del VIH en toda consulta.	A 2017, 100% de las personas que viven con VIH y están registradas en servicios que ofrecen atención integral del VIH fueron tamizadas clínicamente para tuberculosis, en el período de reporte.	Porcentaje de personas que viven con VIH registradas en servicios que ofrecen atención integral del VIH que fueron tamizadas clínicamente para TB en su última consulta, en el período de reporte. Indicador OMS
		Toda persona que vive con VIH y desarrolla tuberculosis activa (pulmonar o extrapulmonar) es tratada adecuada y oportunamente.	A 2017 al menos el 85% de las personas que viven con VIH y desarrollan tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar) tienen éxito terapéutico en su tratamiento antituberculoso. Construir línea de base a 2014.	Porcentaje de personas que viven con VIH y desarrollan tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar) que tienen éxito terapéutico en su tratamiento antituberculoso.

Anexo 2. Resultados Esperados, Metas e Indicadores del Plan Nacional de Actividades Colaborativas TB/VIH (continuación)

Actividades Colaborativas		Resultados esperados	Meta 2017	Indicador
B.2	Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniacida y el tratamiento antirretroviral temprano.	Se incrementa el porcentaje de personas que viven con VIH elegibles para profilaxis con Isoniacida que la reciben.	A 2017, el 100 % de las personas que viven con VIH y son elegibles para profilaxis con Isoniacida la reciben.	Porcentaje de nuevas personas con diagnóstico de VIH que inician profilaxis con Isoniacida en el período de reporte. Indicador OMS
B.3	Garantizar el control de la infección tuberculosa en establecimientos de salud y sitios de congregación.	Prácticas de control de la infección tuberculosa son implementadas en las instituciones de salud que ofrecen servicios integrales de atención a personas que viven con VIH/Sida y/o tuberculosis.	A 2017 se incrementará en un 20% del nivel de la línea de base el número de instituciones de salud que ofrecen servicios integrales de atención a personas que viven con VIH/Sida, y/o que atienden más de 10 casos de TB al año que implementan prácticas de control de la infección tuberculosa. Construcción de línea de base 2014.	Porcentaje de instituciones de salud que ofrecen servicios integrales de atención a personas que viven con VIH/Sida y/o que atienden más de 10 casos de TB al año que implementan prácticas de control de la infección tuberculosa.
C.1	Proporcionar la prueba del VIH y asesoría a las personas con diagnóstico de TB (pulmonar o extrapulmonar).	Toda persona con diagnóstico de tuberculosis a la realización de la prueba del VIH.	A 2017 el 100% de las instituciones de salud que ofrecen atención a personas con diagnóstico de tuberculosis ofrecen asesoría y prueba del VIH.	Porcentaje de instituciones de salud que ofrecen atención a personas con diagnóstico de Tuberculosis que ofrecen asesoría y prueba del VIH.
		Se incrementa el número de personas con diagnóstico de tuberculosis que tiene prueba de VIH con resultado procesado.	A 2017 por lo menos 90% de las personas con diagnóstico de tuberculosis acepta realizarse la prueba de VIH, se le practica la prueba y tiene un resultado procesado.	Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis con estado serológico conocido para VIH. Indicador OMS
				Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis, que tienen documentado su estado serológico para VIH, y tienen un resultado positivo.
C.2	Introducir intervenciones de prevención del VIH en las personas con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB.	Educación y suministro de condones para la prevención del VIH son ofrecidos a todas las personas con diagnóstico de tuberculosis en las instituciones de salud que ofrecen atención a personas con diagnóstico de tuberculosis.	A 2017 el 100% de las instituciones de salud que ofrecen atención a personas con diagnóstico de tuberculosis ofrecen educación, incluye información sobre el uso del condón para la prevención del VIH a personas con diagnóstico de tuberculosis.	Porcentaje de instituciones de salud que ofrecen atención a personas con diagnóstico de tuberculosis que ofrecen educación, incluye información sobre el uso del condón para la prevención del VIH a personas con diagnóstico de tuberculosis.
C.3	Proporcionar terapia preventiva con Trimetoprim - Sulfametoxazol (Cotrimoxazol) a personas con coinfección TB/VIH.	Las personas con coinfección TB/VIH reciben o continúan terapia preventiva con Trimetoprim-Sulfametoxazol.	A 2017 el 100% de las personas con coinfección TB/ VIH reciben o continúan terapia preventiva con Trimetoprim-Sulfametoxazol.	Porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que reciben o continúan terapia preventiva con Trimetoprim- Sulfametoxazol durante su tratamiento antituberculoso. Indicador OMS

Anexo 2. Resultados Esperados, Metas e Indicadores del Plan Nacional de Actividades Colaborativas TB/VIH (continuación)

Actividades Colaborativas		Resultados esperados	Meta 2017	Indicador
C.4	Garantizar intervenciones de prevención secundaria, atención y tratamiento del VIH a personas con coinfección TB/VIH.	Las personas con coinfección TB/VIH tienen acceso a los servicios de atención integral del VIH.	A 2017, el 100% de las personas con coinfección TB/VIH son registradas o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso.	Porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que son registradas o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso.
C.5	Proporcionar tratamiento antirretroviral a personas con coinfección TB/VIH.	Las personas con coinfección TB/VIH reciben o continúan terapia antirretroviral oportunamente.	A 2017, el 100% de las personas con coinfección TB/VIH reciben o continúan terapia antirretroviral durante su tratamiento para la tuberculosis.	Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis positivas para VIH que reciben o continúan terapia antirretroviral durante su tratamiento para la tuberculosis. Indicador OMS
			A 2017, por lo menos el 85% de las personas con coinfección TB/VIH inician o continúan terapia antirretroviral en los dos primeros meses del inicio de su tratamiento antituberculoso.	Porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que continúan o inician terapia antirretroviral en los dos primeros meses del inicio de su tratamiento antituberculoso.

Anexo 3. Actividades del Plan Nacional de Actividades Colaborativas TB/VIH

A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH	
Actividades colaborativas	Actividades
A.1. Establecer y fortalecer mesas de trabajo funcionales que coordinen las actividades de colaboración TB/VIH en todos los niveles.	Conformar mesas de trabajo TB/VIH en el nivel territorial como instancias de apoyo a la implementación nacional de las actividades colaborativas TB/VIH.
	Fortalecer la coordinación y financiación de las actividades colaborativas TB/VIH, desde el modelo de gestión programática en el nivel territorial, en el marco de las actividades nacionales de cooperación técnica.
A.2. Determinar la prevalencia del VIH entre las personas con TB y la prevalencia de la TB entre personas con VIH.	Evaluar la calidad del dato de las fuentes de información disponibles.
	Desarrollar planes de mejora de la calidad de la información de las fuentes de datos disponibles para evaluar de manera fidedigna la prevalencia de la coinfección TB/VIH.
	Realizar ejercicios de triangulación de la información disponible (cuenta de alto costo, programa nacional de control de la tuberculosis, SIVIGILA y otras fuentes disponibles) para la determinación de la prevalencia del VIH entre las personas con TB y la prevalencia de la TB entre las personas con VIH.
	Desarrollar estudios para determinar la prevalencia de la coinfección TB/VIH en grupos de mayor vulnerabilidad (habitantes de calle, población desplazada, PPL, etc.)
A.3. Realizar una planificación conjunta a fin de integrar los servicios de atención de la TB y el VIH.	
A.3.1. Modelos de servicios integrados de atención de la TB y el VIH.	Diseñar, implementar y evaluar modelos de atención a personas con coinfección TB/VIH basados en la integración de los servicios de atención a la tuberculosis y el VIH, en instituciones priorizadas.
	Socializar las herramientas y resultados del diagnóstico de modos de fallo y efecto en la atención de personas con coinfección TB/VIH para la elaboración de planes institucionales de mejora, basados en esta herramienta.
	Definir los parámetros mínimos a cumplir por las instituciones que ofrecen atención a personas con coinfección TB/VIH en el marco de la evaluación de estándares de calidad institucional.

A. Establecer y fortalecer los mecanismos para proporcionar servicios integrados de TB y VIH	
Actividades colaborativas	Actividades
	Monitorear y evaluar la implementación de planes de mejora en el nivel institucional, para la integración de los servicios de atención a las personas con coinfección TB/VIH.
A.3.2. Movilización de recursos y creación de capacidad de respuesta.	Asignar recursos desde los programas nacionales y departamentales de TB y VIH para la coordinación e implementación de actividades colaborativas TB/VIH. Elaborar los lineamientos y protocolos de atención de la coinfección TB/VIH para el manejo integral de las personas con coinfección. Capacitar al talento humano responsable de la atención integral de las personas con coinfección TB/VIH (Equipo interdisciplinario) para garantizar una atención oportuna y de calidad.
A.3.2. Movilización de recursos y creación de capacidad de respuesta.	Proveer cooperación técnica a las aseguradoras y prestadoras en los requerimientos mínimos para el manejo integral de las personas con coinfección TB/VIH. Diseñar herramientas y aplicativos TIC para el manejo integral de la coinfección.
A.3.3. Fomento de la participación de organizaciones no gubernamentales, otras organizaciones de la sociedad civil y la comunidad.	Empoderar la sociedad civil a través de encuentros de sensibilización y capacitación en actividades colaborativas TB/VIH comunitarias para la movilización social alrededor de las actividades colaborativas TB/VIH. Desarrollar alianzas estratégicas para la implementación de actividades de alcance comunitario para la identificación y tratamiento basado en la comunidad y apoyo social a personas con tuberculosis y/o VIH. Fomentar la participación de la sociedad civil en los comités de veeduría ciudadana.
A.3.4. Fomento de la participación del sector privado (Alianzas Público-Privadas).	Trabajar conjuntamente con las aseguradoras y prestadoras para la conformación de redes integrales de prevención y atención a personas con coinfección TB/VIH.
A.3.5. Atención de las necesidades de poblaciones clave: mujeres, niños y consumidores de drogas.	Desarrollar actividades colaborativas TB/VIH focalizadas en poblaciones clave tales como: población habitante de calle, población privada de la libertad-PPL, usuarios de drogas inyectables, pueblos indígenas, víctimas del conflicto armado, entre otros. Implementar actividades colaborativas TB/VIH en el marco de la estrategia de prevención de la transmisión materno- infantil del VIH.
A.3.6. Abogacía y comunicación.	Diseñar, implementar y evaluar estrategias de educación dirigidas a poblaciones clave para la prevención y detección oportuna de la coinfección TB/VIH. Replicar en las entidades territoriales priorizadas, con base en la carga de enfermedad por coinfección TB/VIH, piezas comunicativas exitosas o que han sido validadas en segmentos poblacionales en el marco de actividades de movilización social. Desarrollar actividades de abogacía con tomadores de decisiones en el nivel departamental para la priorización de las actividades colaborativas TB/VIH dentro de los Planes Operativos Anuales. Fomentar la participación del sector privado en las actividades colaborativas TB/VIH (responsabilidad social).
A.3.7. Investigaciones operativas para expandir las actividades de colaboración TB/VIH.	Elaborar una agenda nacional de investigación operativa en TB/VIH para el acercamiento de lo académico a lo programático y acompañar a las entidades territoriales en el desarrollo de tales investigaciones. Diseñar y replicar un taller formativo en investigación operativa para las entidades territoriales a fin de promover en cada entidad territorial el desarrollo de la agenda nacional de investigación operativa en TB/VIH.
A.4. Monitorear y evaluar las actividades de colaboración TB/VIH.	Desarrollar un plan de monitoreo y evaluación de las actividades colaborativas TB/VIH como parte integral del plan nacional de actividades colaborativas TB/VIH. Analizar y difundir los datos obtenidos por los diferentes sistemas de información (SIVIGILA; CAC; Resolución 4505, etc.) e investigaciones desarrolladas en TB/VIH para su uso en la toma de decisiones basadas en información.

B. Reducir la carga de TB en personas que viven con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral (las 3 ies para VIH/TB)	
Actividades colaborativas	Actividades
B.1. Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad.	Desarrollar estrategias de información y educación entre personas con mayor vulnerabilidad al VIH para la identificación temprana de los síntomas de enfermedad por tuberculosis y el tratamiento de la tuberculosis latente y activa.
	Diseñar e Implementar un modelo y ruta de atención de las personas con coinfección TB/VIH desde los servicios de atención integral del VIH.
	Desarrollar procesos de cooperación técnica en TB/VIH con las entidades territoriales, priorizando aquellas con mayor carga de coinfección.
	Capacitar al talento humano involucrado en la atención de personas con TB, VIH y TB/VIH, en el uso de los medios diagnósticos disponibles para el diagnóstico oportuno de la infección y enfermedad por tuberculosis y el tratamiento antituberculoso adecuado.
	Adoptar y adaptar la estrategia DOTS/TAES de calidad en el marco de los servicios de atención integral del VIH (componentes del DOTS/TAES: voluntad política, diagnóstico por laboratorio, medicamentos de calidad, tratamiento administrado estrictamente supervisado y monitoreo y evaluación).
B.2. Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniacida y el tratamiento antirretroviral temprano.	Expandir el uso de la terapia preventiva con Isoniacida a través del fortalecimiento técnico del talento humano responsable del manejo de las personas que viven con VIH.
	Suministrar la terapia preventiva con Isoniacida desde los servicios de atención integral a personas que viven con VIH.
	Fortalecer las actividades de inspección, vigilancia y control en el nivel territorial para reducir las barreras de acceso a la atención integral de las personas que viven con VIH y el acceso oportuno a la terapia antirretroviral.
B.3. Garantizar el control de la infección tuberculosa en establecimientos de salud y sitios de congregación.	Elaborar el Plan Nacional de Control de la Infección tuberculosa, y promover su adopción y adaptación en el nivel territorial.
	Implementar progresivamente el plan nacional de control de la infección tuberculosa en las instituciones responsables de la atención de personas que viven con VIH y/o tuberculosis.
	Monitorear y evaluar la implementación de prácticas de control de la infección tuberculosa, prioritariamente, en instituciones que ofrecen servicios integrales de atención a personas que viven con VIH/Sida y/o que atienden más de 10 casos de TB al año.
	Difundir, acompañar y monitorear la implementación progresiva del plan de control de la infección tuberculosa en los centros penitenciarios del país.
C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico de TB	
C.1. Proporcionar la prueba del VIH y asesoría a personas con diagnóstico de TB.	Diseñar e implementar un modelo y ruta de atención de las personas con coinfección TB/VIH desde los servicios de atención de la tuberculosis.
	Incrementar la demanda y oferta de la asesoría y prueba de VIH en el nivel comunitario través de capacitaciones a la sociedad civil en asesoría y prueba rápida de VIH y en el modelo y ruta de atención para personas con TB y/o VIH (teniendo en cuenta el componente de control de infecciones en los servicios comunitarios).
	Fortalecer la oferta de asesoría y prueba voluntaria de VIH en el nivel de las instituciones que atienden personas con tuberculosis a través de capacitaciones en APV y gestión con las aseguradoras y prestadores para la compra de insumos para la realización de pruebas rápidas de VIH.
	Articular las actividades comunitarias e institucionales para garantizar el acceso a la asesoría, prueba y resultado de VIH y atención integral de la coinfección. (Esto implica que se realicen acciones para que el paciente conozca su resultado).
C.2. Introducir intervenciones de prevención del VIH en personas con diagnóstico de TB.	Diseñar una estrategia de educación para personas con tuberculosis y sus parejas en prevención primaria y secundaria del VIH, diferenciada por niveles de atención, que incluya la provisión de condones y/o la articulación con servicios que lo puedan suministrar.
	Diseñar y/o reproducir materiales educativos en prevención primaria y secundaria del VIH y atención integral de la coinfección TB/VIH.
C.3. Proporcionar terapia preventiva con Trimetoprim-Sulfametoxazol (Cotrimoxazol) a personas con coinfección TB/VIH	Implementar estrategias que permitan que toda persona con coinfección TB/VIH reciba profilaxis con TMT-SMX desde el momento del diagnóstico de la coinfección.
	Incrementar el registro y reporte de la terapia preventiva con Trimetoprim-Sulfametoxazol y sus reacciones adversas.
C.4. Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención, a personas con coinfección TB/VIH	Articular las actividades de los programas de TB y VIH para la implementación del modelo y ruta de atención para personas con coinfección TB/VIH del nivel institucional e interinstitucional.
	Difundir la guía de prevención secundaria y cuidado de sí entre pacientes con coinfección TB/VIH y material educativo de prevención de la transmisión de la tuberculosis, reproducido por las entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras.
C.5. Proporcionar tratamiento antirretroviral a personas con coinfección TB/VIH.	Reforzar la capacitación del talento humano involucrado en la atención de personas con coinfección TB/VIH en el manejo integral de estos pacientes.
	Actualizar periódicamente los lineamientos, protocolos y/o guías de coinfección TB/VIH.
	Trabajar de manera conjunta con los actores del SGSSS para la superación de barreras de acceso oportuno y continuo a la terapia antirretroviral.

La participación efectiva de la sociedad civil en la planeación e implementación de los programas es fundamental.

Anexo 4. Formato de Reporte de las Actividades Incluidas en el Plan Territorial de Respuesta Ante las ITS-VIH/Sida

Las entidades territoriales deberán con base en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida planear actividades en los 4 ejes teniendo en cuenta las poblaciones clave presentes en su territorio y las características de la epidemia en su entidad territorial.

El siguiente formato presenta los ejes, objetivos, resultados esperados y actividades del Plan Nacional de Respuesta al VIH y 15 opciones de grupos de población para los cuales se podrán incluir actividades dentro de dicho Plan Territorial. Para cada una de ellas se deberá describir el tipo de actividad planeada, el estimado de la población beneficiaria y el presupuesto asignado para la actividad; 14 de estas poblaciones están claramente identificadas y la casilla 15 corresponde a OTRA POBLACIÓN, para casos de poblaciones no contempladas y que sean pertinentes al contexto de la entidad territorial.

Las actividades que son de obligatoria inclusión en el Plan están sombreadas en color rosado oscuro y tienen entre paréntesis la palabra OBLIGATORIA. Algunas de ellas deberán incluirse si aplican al contexto territorial, OBLIGATORIA

SI APLICA, tales como la gestión de insumos para implementación de estrategias de reducción del daño entre usuarios de drogas inyectables-UDI.

A continuación se listan las poblaciones incluidas en el formato, una muestra de la página 1 y el instructivo:

Poblaciones:

1. Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.
2. Mujeres transgénero.
3. Habitantes de calle.
4. Usuarios de drogas inyectables.
5. Mujeres trabajadoras sexuales.
6. Personas privadas de la libertad.
7. Mujeres en contexto de vulnerabilidad.
8. Adolescentes en contexto de vulnerabilidad.
9. Jóvenes en contexto de vulnerabilidad.
10. Personas que viven con VIH/Sida.
11. Personas diagnosticadas con Tuberculosis.
12. Gestantes.
13. Niñas y niños expuestos al VIH por transmisión materno infantil-TMI.
14. Población general.
15. Otra población.

I. DIRECCIÓN TERRITORIAL	II. AÑO EN QUE SE DESARROLLARÁ EL PLAN		III. FECHA DE REPORTE		V. ELABORADO POR:		V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y EL VALOR INVERTIDO PARA CADA POBLACIÓN CLAVE				
	Objetivos		Resultados esperados		Cod. Act.	Actividad General	1. Hombre que tienen relaciones sexuales con otros Hombre		2. Mujeres Transgenero		
Ejes del Plan							Descripción de la estrategia diseñada	Valor Invertido	Descripción de la estrategia diseñada	Valor Invertido	
Promoción y Prevención	1.1.	Reducir el estigma y la discriminación (E&D) contra las Personas que viven con VIH (PWS) y poblaciones clave (HSH, Mujeres Trans, HC, UDI, MTS, PPL, Mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	R-1	Se reduce el E&D hacia las personas que viven con VIH/Sida (PWSS) y las poblaciones clave (HSH, Mujeres Trans, HC, UDI, MTS, PPL, Mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	A-1	Diseñar e implementar una estrategia de educación y movilización social para sensibilizar a la población general sobre E&D y DSR, con enfoque diferencial y perspectiva de género.					
					A-2	Desarrollar acciones de movilización social dirigidas a las PWS y a las poblaciones clave (HSH, Mujeres, Trans, HC, UDI, MTS, PPL, Mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros), para empoderarles sobre E&D y DSR. (OBLIGATORIA)					
					A-3	Determinar los niveles de E&D del personal de salud y otro personal (dueños de establecimientos, guardia, etc) que interactúa con poblaciones clave (HSH, Mujeres Trans, HC, UDI, MTS, PPL, Mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros) y desarrollar acciones de información y educación para sensibilizar en E&D y DSR.					
					A-4	Coordinar y desarrollar acciones para el fortalecimiento del proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESC) a nivel nacional y territorial.					
					A-5	Establecer alianzas estratégicas con ONG y OBC que trabajan con mujeres en edad reproductiva y gestantes, para la difusión de información sobre los servicios prenatales a los que tienen derecho, la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH y canalización a los servicios de salud.					
					A-6	Incrementar la disponibilidad de la asesoría y prueba voluntaria de VIH (APV), pruebas diagnósticas para ITS y VIH y la atención integral de la gestante que vive con VIH para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, de acuerdo con las guías, protocolos y lineamientos de atención vigente. (OBLIGATORIA)					
					A-7	Diseñar y desarrollar estrategias para el fortalecimiento de la demanda, inducida dirigida a mujeres en edad fértil y gestantes.					

I. DIRECCIÓN TERRITORIAL	II. AÑO EN QUE SE DESARROLLARÁ EL PLAN	III. FECHA DE REPORTE	V. ELABORADO POR:		V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y EL VALOR INVERTIDO PARA CADA POBLACIÓN CLAVE						
			Objetivos	Resultados esperados	Cod. Act.	Actividad General	1. Hombre que tienen relaciones sexuales con otros Hombre		2. Mujeres Transgenero		
Eje s del Plan								Descripción de la estrategia diseñada	Valor Invertido	Descripción de la estrategia diseñada	Valor Invertido
Promoción y Prevención	12. REliminar la transmisión materno-infantil de las ITS-VIH	R-3 R-2 Todos los hijos/as de gestantes con ITS-VIH reciben atención integral.	A-8	Diseñar y desarrollar una estrategia de educación e información sobre rutas de atención de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, incluida la importancia del seguimiento a los niños y niñas expuestos al VIH, dirigida a las personas con intención reproductiva, gestantes y grupo familiar.							
					A-9	Establecer alianzas estratégicas con ONG y OBC que trabajan con mujeres en edad reproductiva, gestantes, niños y niñas, para la difusión de los mecanismos de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y seguimiento de los niños y niñas expuestos al virus.					
					A-10	Implementar el algoritmo diagnóstico en niños y niñas expuestos al VIH, hacer seguimiento de los niños expuestos, proveer fórmula láctea de reemplazo y ofrecer tratamiento según las guías, protocolos y lineamientos de atención vigente. (OBLIGATORIA)					
					A-11	Implementación del Plan Nacional de Choque para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia (OBLIGATORIA)					

Instructivo de diligenciamiento

I	Escriba el nombre de la Dirección Territorial que elaboró el Plan Territorial de respuesta ante las ITS y el VIH/Sida
II	Escriba el año en el cual se desarrollarán las actividades incluidas en el Plan territorial de respuesta ante las ITS y el VIH/Sida..
III	Escriba la fecha en que se realiza el reporte de las actividades incluidas en el Plan territorial de respuesta ante las ITS y el VIH/Sida..
IV	Escriba el nombre de la persona que realiza el reporte de las actividades incluidas en el Plan territorial de respuesta ante las ITS y el VIH/Sida.
V	Para cada una de las poblaciones clave contempladas, (de la 1 a la 15), describa el tipo de actividad diseñada, el tamaño de la población beneficiaria y el valor invertido para cada actividad. Para la casilla 15, escriba de que población se trata (OTRA).
VI	Total del valor invertido por cada línea estratégica para todas las poblaciones clave contempladas en el plan. Se calcula automáticamente.
VII	Total de valor invertido para cada eje programático. Se calcula automáticamente
VIII	Total del valor invertido para todo el Plan territorial de respuesta ante las ITS y el VIH/Sida. Se calcula automáticamente.

Ejes del Plan	Objetivo	MT	HC	UDI	MTS	PPL	MUJERES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD	ADOLESCENTES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD	JÓVENES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD	PVP	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TB	GESTANTES	NIÑAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH POR TMI	POBLACIÓN GENERAL
Promoción y Prevención	Reducir el estigma y la discriminación contra las Personas que viven con VIH y poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Eliminar la transmisión materno-infantil de las ITS-VIH.												X	X
	Prevenir la transmisión de ITS-VIH con énfasis en poblaciones clave (HSH, mujeres Transgénero, HC, UDI, MTS, PPL, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad, entre otros).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Prevenir y controlar el riesgo biológico y fortalecer la bioseguridad.						X	X	X					X

Ejes del Plan	Objetivo	MT	HC	UDI	MTS	PPL	MUJERES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD	ADOLESCENTES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD	JÓVENES EN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD	PVP	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TB	GESTANTES	NIÑAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH POR TMI	POBLACIÓN GENERAL
	Prevenir y controlar el riesgo biológico y fortalecer la bioseguridad.													X
Atención integral	Fortalecer la demanda y la oferta de asesoría y prueba voluntaria en ITS-VIH/SIDA.	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X
	Reducir las barreras de acceso a la atención integral e integrada en salud para las ITS-VIH/Sida.									X				
Apoyo y protección social	Garantizar la calidad de la atención en salud de las ITS-VIH/Sida.									X		X	X	
	Promover las acciones de protección social y reducción de la vulnerabilidad para las personas afectadas por el VIH/Sida.									X			X	
Seguimiento y Evaluación	Tomar decisiones para la respuesta nacional en ITS-VIH/Sida basadas en información estratégica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de Cobertura en Afiliación en Salud Año 2004-2011. 2012 [Noviembre 2012]; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>.
2. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
3. Cuenta de Alto Costo. ¿Qué es la Cuenta de Alto Costo? [Octubre 2012]; Available from: <http://www.cuentadealtocosto.org/>.
4. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 1992;22:429-45.
5. UNAIDS. Investing for results. Results for people A people-centred investment tool towards ending AIDS2012.
6. ONUSIDA. Hoja informativa. Estigma y la discriminación. Diciembre de 2003. Available from: http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs_stigma_discrimination_es.pdf.
7. ONUSIDA. Orientaciones metodológicas de Onusida. Versión revisada. 2011.
8. Lohr KN FM. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines.. *Guidelines for clinical practice from development to use Washington D.C.: National Academy Press; 1992.*
9. WHO. Prevalence and Incidence. *WHO Bull.* 1966;35:785-7.
10. OPS. Guía de implementación de los indicadores de alerta temprana para la prevención de la farmacorresistencia del VIH en Colombia: Documento en prensa.
11. Ministerio de Protección Social, Grupo de Apoyo a la Reforma en Salud. Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida-Colombia Colección Publicaciones PARS; 2006.

12. Last J. A Dictionary of Epidemiology. Fourth ed: Oxford University Press; 2001. 47 p.
13. Kenrad N. Epidemiology of Infectious Disease: General Principles. Infectious Disease Epidemiology. Second ed: Jones and Barlett; 2007. p. 46.
14. DANE. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020. 2012 [Octubre 2012]; Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Edades_Simples_1985-2020.xls.
15. DANE. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020. 2012 [Octubre 2012]; Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls.
16. Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial por país - Colombia 1960-2011. 2012 [Octubre 2012]; Available from: <http://datos.bancomundial.org/pais/colombia?display=graph>.
17. DANE. La Visibilización Estadística de los Grupos Étnicos Colombianos. 2012. p. 27.
18. DANE. Información estadística de personas captadas en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD. 2012 [Octubre 2012]; Available from: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807Itemid%3D120&Itemid=120.
19. Senado de la República. Constitución Política de Colombia. 1991 [Noviembre 2012]; Available from: http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html.
20. DANE. Codificación de la División Político-Administrativa Sivipola. 2012 [Noviembre 2012]; Available from: <http://190.25.231.237/dvpbuscar/dvpbuscar.html>
21. Profamilia. Fecundidad. Encuesta Nacional en Demografía y Salud 2010. Bogotá2011. p. 101-18.
22. Profamilia. Colombia: Tendencias Económicas y Sociales. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá,2011.
23. MSPS. Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/Sida Colombia 2013. 2013.
24. Ministerio de Salud y Protección Social - Observatorio de la Gestión Programática en ITS y VIH/Sida. Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 1983 a 2011 25 de mayo 2012.
25. Profamilia. Conocimiento del VIH/Sida y otras ITS. Formas de Prevención. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 20102011.
26. Ministerio de Salud y Protección Social, ASAP/ONUSIDA. Marco de Resultados y líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2012 - 2016 2011.
27. MSPS-UNFPA. Panorama del VIH/Sida en Colombia, 1983-

2010. Un análisis de Situación. . Bogotá D.C.2012.
28. Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011.
29. Proyecto VIH Colombia Fondo Mundial Ronda 9. Resumen Estudios de Comportamiento Sexual y Evaluación Rápida, Líneas de base de prevalencia de VIH y comportamiento sexual. Informe preliminar 2012.
30. Berbesi D, Montoya L, Segura A MP, Montoya L, . Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Universidad CES; 2011.
31. SDS, UNFPA FHA, LCLCS, ASSUR, Fundación Procrear,. Los matices de la vulnerabilidad. Bogotá2007.
32. INS. VII Estudio Nacional Centinela de VIH en gestantes. Informe de Resultados 2009. 2009.
33. OPS. Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Versión actualizada – 2010 Washington, D. C.: OPS; 2010.
34. WHO. Global Tuberculosis Report 2012. France2012.
35. INS. Comportamiento de la notificación de tuberculosis Colombia, semana 1 - 52 de 2011. Periodo 13-Cierre. Bogotá: INS; 2012.
36. OMS. Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados directos. Ginebra: OMS; 2012 [Abril 2013]; Available from: http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/es/.
37. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento tuberculosis, hasta el periodo epidemiológico 13 del año 2012 - Cierre Bogotá: INS; 2013.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Estadísticas 2012 Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2012.
39. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
40. UNAIDS. Los “Tres Unos” Principios Fundamentales. 2004; Available from: http://data.unaids.org/pub/BrochurePamphlet/2004/threeways_keyprinciples_flyer_es.pdf.
41. Senado de la República. Ley 1122 de 2007. 2007 [Noviembre 2012]; Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1122_2007.html
42. Profamilia. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá2011. p. 71-99.
43. Moreno A, Álvarez A. Análisis basado en la evidencia de la eficiencia en la implementación de la Respuesta Nacional al VIH/Sida en Colombia. Informe Final. 2011.

Esta publicación se termino de imprimir en los talleres gráficos de Nuevas Ediciones S.A.
en fuente Mramor 12 /14 puntos, se imprimieron ??? ejemplares
Impreso en Colombia, año 2014.
Printed in Colombia