

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021

FUNDACIÓN PROYECTO GENTE, Cali.



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE
LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN
TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C,
COLOMBIA, 2018-2021

Ministerio de Salud y Protección Social
2018



Grupo Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Documento elaborado en el marco del Proyecto Ampliar la Respuesta Nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en siete ciudades de Colombia (Bogotá, Cali, Medellín, Pereira, Barranquilla, Cartagena y Bucaramanga), bajo el Acuerdo de Subvención No.COL-H-FONADE 1062. Suscrito entre el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo -FONADE- y el Fondo Mundial de Lucha Contra El SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
Ministerio de Salud y Protección Social

Impreso en
Bogotá, D.C. Colombia 2018

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



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA

Coordinadora Convivencia Social y Ciudadanía

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos
Sexuales y Derechos Reproductivos



ELABORACIÓN

Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (FONADE)

Receptor principal Gobierno

Andrés Mauricio Oyola Sastoque

Gerente de Proyectos de Cooperación Internacional

Carlos Alberto González Promicieros

Coordinador técnico Proyecto VIH

Maribel Ramírez Rincón

Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Proyecto VIH

Sandra Escandón Moncaleano

Coordinadora Estrategias de Comunicación y Movilización Social
Proyecto VIH

Sandra Paola Ávila

Consultora de FONADE para la elaboración de este documento



AGRADECIMIENTOS

Ministerio de Salud y Protección Social

Referentes técnicos Grupo Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

Ricardo Luque, Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales
y Derechos Reproductivos

Liliana Andrade, consultora VIH

Cielo Ríos, profesional especializada ITS/VIH-SIDA

Sidia Caicedo, consultora VIH y Sífilis

Iván Cárdenas Cañón, Profesional especializado. Hepatitis Virales

Diana Librado, Consultora ITS

Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Organización Panamericana de la Salud

Bertha Gómez, Asesora ITS, VIH, Hepatitis Virales OPS/OMS Colombia

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

Lucrecia Palacios

Gerente de Portafolio, América Latina y el Caribe.

Instituto Nacional de Salud

Referente VIH-INS

Norma Constanza Cuéllar, Referente VIH-INS
Direcciones Territoriales de Salud
Referentes de VIH y Salud Sexual y Reproductiva
Referentes Tuberculosis

Mesa Nacional TB/VIH

Comité Nacional de Seguimiento al Plan de Control de Hepatitis Virales

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

Gestores y coordinadores M & E Proyecto del Fondo Mundial

Barranquilla: Magda Lucy Pérez

Bogotá: Yacid Estrada (2017), Juliana Meneses y Lida Quitian

Bucaramanga: Ana Elvia Ardila

Cali: Mónica Espinosa y Alexandra Montoya

Cartagena: Ramiro López Feria

Medellín: Andrés Cardona y Diana Sorey Torres

Pereira: Líder Giovanni Cano y Geicy Sepúlveda Vergara

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios

AMBUQ EPS, ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS, CEPAIN IPS, COMFENALCO EPS, COOMEVA EPS, CRUZ BLANCA EPS, EMSANAR EPS, EPS COMFACOR, EPS SURA, EPS SOS, FAMISANAR EPS, Hospital La María, IPS RECUPERAR, Medicina Integral IPS, MEDIMAS EPS, MUTUAL SER, NUEVA EPS, ONCOVIHDA IPS, QUIMIOSALUD IPS, SANITAS EPS, SALUD TOTAL EPS, SAVIA SALUD EPS, SIES SALUD IPS, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte Bogotá, Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente Bogotá, USSER IPS, VITAL SALUD IPS.

Academia

Universidad CES, Universidad de Antioquia/Facultad de Medicina

Sociedad civil

Alianza Social LGBTI, Asistencia Técnica Social (ATS), Corparticipando, Corporación Universo LGBT, Corporación Vihda Nueva, Corporación VIHNCULATE, Fundación Armonía y Paz, Fundación Casa GAMI, Fundación Huellas de Arte, Fundación RASA, Fundación María Fortaleza, FUNVIMESOL, Jóvenes Positivos de Colombia, Liga Antituberculosa Colombiana, Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida, Madona y sus Divas, PAZAPORTE, RECOLVIH, Red Nacional de Mujeres Populares, Red Sol Caribe, Red Somos, ReValle SIDA, Trans Mujer, UT Campo Valle.

Experta en Salud Sexual y Reproductiva

Mary Luz Mejía Gómez

Personas participantes de las poblaciones en los grupos focales

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
PRESENTACIÓN	11
1. ANTECEDENTES	13
2. CONTEXTO	17
2.1. DEMOGRÁFICO	17
2.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	18
2.2.1. SITUACIÓN EPIDEMIA DE VIH	18
2.2.2. SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS Y COINFECCIÓN TB/VIH	22
2.2.3. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES B Y C	23
3. MARCO NORMATIVO	26
3.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	26
3.2. MARCO NORMATIVO NACIONAL	29
4. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN	35
5. ESTRUCTURA DEL PLAN NACIONAL DE RESPUESTA A LAS ITS, VIH, COINFECCIÓN TB/VIH, HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021	42
5.1. OBJETIVO GENERAL Y METAS	43
5.2. EJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	43
5.2.1. LÍNEA OPERATIVA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	43
5.2.2. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, LÍNEA OPERATIVA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	44
5.3. EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD	58
5.3.1. LÍNEA OPERATIVA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	58
5.3.2. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN, SALUD LÍNEA OPERATIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	58
5.4. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	62
5.4.1. LÍNEA OPERATIVA PLANEACIÓN PARTICIPATIVA Y VEEDURÍA CIUDADANA	62
5.4.2. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA LÍNEA OPERATIVA PLANEACIÓN PARTICIPATIVA Y VEEDURÍA CIUDADANA	63
5.4.3. LÍNEA OPERATIVA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA	65
5.4.4. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA, LÍNEA OPERATIVA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA	65
5.4.5. LÍNEA OPERATIVA MONITOREO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	67
5.4.6. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA, LÍNEA OPERATIVA PLANEACIÓN MONITOREO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	
6. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	71
6.1. OBJETIVOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN	71
6.2. FUENTES DE INFORMACIÓN	71
6.3. MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	72
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXO 1. PROBLEMAS Y CAUSAS POR EJES Y LÍNEAS OPERATIVAS DEL PLAN	87
ANEXO 2. COSTEO ESTIMADO PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021	93

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APS

Atención Primaria en Salud

ARL

Aseguradora de Riesgos Laborales

CAC

Cuenta de Alto Costo

DANE

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

DD. HH.

Derechos Humanos

DHSR

Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos

DIME

Desarrollo Informático de Monitoreo y Evaluación

DTS

Dirección Territorial de Salud

EAPB

Entidad Administradora de Planes de Beneficios

ENDS

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ETMI

Estrategia de Transmisión Materno-Infantil

EYD

Estigma y Discriminación

FM

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

FONADE

Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo

GPC

Guías de Práctica Clínica

HC

Habitante de Calle

HSH

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

HV

Hepatitis Viral

INS

Instituto Nacional de Salud

IPS

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

ITS

Infecciones de Transmisión Sexual

MIAS

Modelo Integral de Atención en Salud

MSPS

Ministerio de Salud y Protección Social

MT

Mujeres Transgénero

MTS

Mujeres Trabajadoras Sexuales

M&E

Monitoreo y Evaluación

OBC

Organizaciones de Base Comunitaria

ONUSIDA

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS/OMS

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

PAIS

Política de Atención Integral en Salud

PB

Plan de Beneficios

PDSP

Plan Decenal de Salud Pública

PEP

Profilaxis Posexposición

PIC

Plan de Intervenciones Colectivas

PID

Personas que se Inyectan Drogas

PPL

Población Privada de la Libertad

PrEP

Profilaxis Preexposición

PVV

Personas que Viven con VIH

RIAS

Ruta Integral de Atención en Salud

RIPS

Registro Individual de la Prestación de Servicios

SC

Sociedad civil

SGSSS

Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SISPRO

Sistema Integral de Información de Protección Social

SIVIGILA

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

SSFMP

Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional

SSR

Salud Sexual y Reproductiva

SPA

Sustancias Psicoactivas

TAR

Terapia Antirretroviral

TB

Tuberculosis

TMI

Transmisión Materno-Infantil

TMP/SMX

Trimetopim/Sulfametoxazol

UNGASS

Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA

VIH

Virus de Inmunodeficiencia Humana

VHB

Virus de la Hepatitis B

VHC

Virus de la Hepatitis C

LISTADO GRÁFICAS

	Pag.
GRÁFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA, 2017	18
GRÁFICA 2. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR EDAD. COLOMBIA, 1985-2016	19
GRÁFICA 3. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR SEXO. COLOMBIA, 1985-2016	19
GRÁFICA 4. PREVALENCIA VIH/SIDA. COLOMBIA, 2006-2016	20
GRÁFICA 5. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO, COLOMBIA, 1991-2015	22
GRÁFICA 6. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO FRENTE AL VIH, 2013-2016	22
GRÁFICA 7. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON COINFECCIÓN TB/VIH ENTRE LAS PERSONAS CON TB QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO, 2013-2016	23
GRÁFICA 8. INCIDENCIA DE TB ENTRE LAS PVVS, 2012-2015	23
GRÁFICA 9. COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR HEPATITIS B EN COLOMBIA, 1997 A 2013	25
GRÁFICA 10. ESQUEMA DE POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. MARCO OPERATIVO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD	31
GRÁFICA 11. MARCO ESTRATÉGICO DEL PDSP	32
GRÁFICA 12. CONTEXTO GENERAL DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	33
GRÁFICA 13. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA EL EJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	37
GRÁFICA 14. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA EL EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD	37
GRÁFICA 15. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA EL EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	38

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Proyecciones de población por edad y sexo, Colombia, año 2017	17
Tabla 2.	Estudios de Prevalencia en Poblaciones Clave	20
Tabla 3.	Casos y proporción de incidencia de hepatitis B. Colombia, 2007-2016	24
Tabla 4.	Objetivo, meta e indicadores de impacto	43
Tabla 5.	Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 1: línea operativa promoción y prevención	44
Tabla 6.	Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 2: línea operativa promoción y prevención	47
Tabla 7.	Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 3: línea operativa promoción y prevención	49
Tabla 8.	Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 4: línea operativa promoción y prevención	53
Tabla 9.	Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 5: línea operativa promoción y prevención	55
Tabla 10.	Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 6: línea operativa promoción y prevención	56
Tabla 11.	Matriz de marco lógico. Eje gestión integral del riesgo en salud, objetivo 7: línea operativa atención integral en salud	58
Tabla 12.	Matriz de marco lógico. Eje de gestión en salud pública, objetivo 8: línea operativa planeación participativa y veeduría ciudadana	63
Tabla 13.	Matriz de marco lógico. Eje de gestión en salud pública, objetivo 9: línea operativa sostenibilidad de la respuesta	65
Tabla 14.	Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública, objetivo 10: línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento	67
Tabla 15.	Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública, objetivo 11: línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento	68
Tabla 16.	Fuentes de información	71
Tabla 17.	Resumen de indicadores Plan Nacional de Respuesta, 2018-2021	73
Tabla 18.	Definición operativa por indicador para M&E, del Plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021	75

PRESENTACIÓN

Las acciones de salud centradas en las personas constituyen el marco de la respuesta integral ante los eventos de transmisión sexual de mayores externalidades y afectación sobre la vida y la salud de individuos particulares. El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, está direccionado a la aceleración de los mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de los grupos prioritarios para focalizar la respuesta. En Colombia, actualmente se plantea la necesidad de un abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual de mayor prevalencia, por la comprensión que se tiene en la similitud de los determinantes para la exposición, los mecanismos de infección y las características de la respuesta necesarias para la contención de su impacto en la población, las cuales incluyen la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo y la gestión de la salud pública.

En consecuencia, la articulación de la respuesta ante las ITS-VIH y hepatitis B y C con otros componentes de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, se hace necesaria y posible, en la medida en que la estructuración de los planes específicos de respuesta comparte estrategias y actividades comunes. El propósito del presente plan es contar con un marco integral de respuesta ante la situación de salud individual y colectiva, que viabilice el cumplimiento de la estructura normativa del sector salud, enfocado en la garantía de los derechos de las personas afectadas por las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, siguiendo las orientaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del país. El presente

plan desarrolla la Política Integral de Atención en Salud, el Modelo de Atención Integral en Salud, las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y de atención materno-perinatal, así como la ruta específica de ITS-VIH/SIDA, hepatitis B y hepatitis C. De igual manera, guarda correspondencia con los indicadores del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, por esta razón este es un instrumento utilizado para apalancar el cumplimiento de metas e indicadores de orden nacional e internacional.

El plan también desarrolla aspectos de la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) en su objetivo de “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Esta ley destaca como obligaciones del Estado la formulación y adopción de “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales. En los principios de la ley (art. 6°) se resalta además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los “determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida”.

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C que aquí se presenta, ha sido diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria a través de su receptor principal el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (FONADE). En su construcción se contó con la participación y aportes de organizaciones de la sociedad civil y redes de personas que viven con VIH, las direcciones territoriales de salud, entidades administradoras de planes de beneficios

(EAPB), instituciones prestadoras de salud (IPS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otras. El plan busca contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, mediante el fortalecimiento de mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo, lo que incluye la prevención y control de la transmisión de las patologías objeto, el diagnóstico y atención integral, la gestión de la salud pública a través de la cual se debería buscar ampliar la participación social y comunitaria en los procesos de planeación e implementación de acciones a nivel territorial, la gestión del conocimiento y el desarrollo de capacidades para la sostenibilidad de la respuesta. Se espera que el plan sea una herramienta para la planeación estratégica y de gestión que corresponde a los responsables de la ejecución de los recursos en salud, a través del desarrollo de proyectos que serán monitoreados en el alcance e impacto de su implementación.

El presente plan se estructura en seis títulos.

1. Antecedentes, en el que se consolidan los aspectos referentes a la evolución de la epidemia del VIH y la integración de los contenidos de respuesta, así como las acciones adelantadas en coinfección TB/VIH, las hepatitis B y C y otras ITS.
2. Contexto, en el cual se retoman los aspectos demográficos y la situación epidemiológica del VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.
3. Marco normativo: se resumen los aspectos normativos nacionales e internacionales aplicables.
4. Metodología de construcción del plan.

5. Estructura del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, construido utilizando la metodología de marco lógico y aplicando el ordenamiento direccionado desde el Plan Decenal de Salud Pública, lo cual desarrolla los ejes de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.

6. Plan de monitoreo y evaluación.

Es importante mencionar que la implementación del plan requiere la plena participación e integración de las organizaciones de la sociedad civil y de las poblaciones mayormente afectadas, como un sector activo en la respuesta con amplio desarrollo de acciones de carácter comunitario, del trabajo articulado de los agentes del SGSSS y de acciones de origen intersectorial a nivel territorial, así como otras acciones específicas que faciliten la construcción de procesos de alto impacto en la contención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C. De igual forma, a nivel institucional las entidades comprometidas en la gestión individual del riesgo cumplen la responsabilidad primaria del asegurador, lo que incluye el análisis de los determinantes sociales y el impacto en los entornos sociales e institucionales asociados con la enfermedad y la discapacidad. Esto incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de enfermar por alguna de las patologías objeto del plan y, en consecuencia, el manejo integral que sobre ellas deba otorgarse. La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C y su prevención secundaria y terciaria.

1. ANTECEDENTES

El presente plan incluye las visiones recogidas y los desarrollos logrados en el plan de respuesta ante la epidemia del VIH que se han realizado de forma continua a partir del año 1988, la respuesta integral a la coinfección TB/VIH y el Plan Nacional de las Hepatitis Virales. En materia del VIH existen diversas estrategias de prevención que han demostrado ser efectivas; sin embargo, no hay ninguna que por sí sola pueda llevar al control de la epidemia, por la cual es imperativo combinar intervenciones para la prevención que sean ampliamente adaptadas a la población y a los entornos de afectación por la epidemia. Lo anterior se traduce en el planteamiento de nuevas estrategias y compromisos en el desarrollo de la prevención combinada como aspecto fundamental de la respuesta nacional, a través de una prestación de servicios fortalecida con la inclusión efectiva de la comunidad, el acceso universal a los condones, el acceso a inyecciones seguras, la profilaxis pre-exposición, entre otras, así como el fortalecimiento de las intervenciones de promoción de la salud y de gestión del riesgo en las poblaciones más afectadas, teniendo presente que los contextos de vulnerabilidad son particulares en cada una de ellas.

La respuesta en Colombia se inicia a partir del año 1988 con la construcción del primer Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA, el cual consideraba actividades de educación dirigida a personal de salud y a líderes de la comunidad, promoción y educación, control de bancos de sangre y hemoderivados, vigilancia epidemiológica y laboratorio. Posteriormente, en los años noventa se formuló el plan a mediano plazo 1991 a 1993, a través del cual se emitieron normas sobre la atención integral y sobre los deberes y derechos de los infectados. En el año 1994 se formuló un nuevo plan intersectorial enfocado a promover en los individuos, la familia y la sociedad conocimientos y prácticas de prevención

con una sexualidad responsable. Después se formuló el Plan Estratégico Nacional 2000-2003, asociado a los compromisos globales derivados de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre VIH y SIDA [UNGASS] de junio del 2001; este determinó once áreas de compromiso dentro del marco de un programa de acción internacional y nacional contra el VIH/ SIDA: liderazgo en el tema, promoción y prevención, atención, apoyo y tratamiento, derechos humanos, reducción de la vulnerabilidad, cuidado de la niñez afectada por el VIH/SIDA, mitigación de los efectos sociales y económicos, investigación y desarrollo; intervención en las regiones afectadas por conflictos y desastres naturales; movilización de recursos y evaluación y seguimiento de las acciones desarrolladas.

En el año 2002 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió el Plan Nacional de Salud, que estableció la Política de Salud Sexual y Reproductiva (2003) y se planteó el Plan Sectorial de Salud 2002-2006, con el que se pretendió mejorar la capacidad de los servicios de atención, el acceso al diagnóstico y la terapia antirretroviral, establecer un sistema para garantizar la calidad de los bancos de sangre, fortalecer la gestión de los actores en el sector salud para prevenir, vigilar y atender las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Posteriormente, el Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007 se planteó a través de tres ejes de trabajo: coordinación intersectorial; monitoreo y evaluación; promoción, prevención y atención. El Modelo de Gestión Programática del año 2006 para VIH/SIDA, con una perspectiva de derechos y la equidad de género, determina la prestación de servicios a través de programas de atención, y se organiza en cuatro ejes: contener la epidemia, detectar tempranamente la infección por VIH, detener la progresión de VIH a SIDA y

la aparición de resistencias a la TAR, monitorear y evaluar.

En el año 2008 se expidió el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011 orientado a la promoción y prevención, atención integral, apoyo y protección social, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional; en este plan se logró la inclusión de grupos de sociedad civil como parte de la respuesta.

El plan de respuesta 2014-2017 planteó el logro de diez objetivos organizados alrededor de cuatro ejes temáticos, que pretendían la materialización de 16 resultados esperados; de igual forma, propuso una organización de todas las acciones que componen la respuesta a través de un conjunto de estrategias y de unos ejes temáticos definidos:

La promoción de la salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, en el marco del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. **La atención integral en salud** comprende 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, incluyendo 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 de práctica clínica vigentes 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. El eje **Apoyo y protección social** propuso el desarrollo de iniciativas que generaran 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 **Seguimiento y evaluación** está enfocado en fortalecer la toma de decisiones basadas en información para optimizar la respuesta nacional en todos sus niveles¹.

El plan de acciones colaborativas TB/VIH se encuentra como parte integral del plan de respuesta del VIH/ITS 2014-2017, el cual propuso el desarrollo de tres ejes estratégicos con sus correspondientes objetivos alineados con la política de la Organización Mundial de la Salud (OMS): coordinación interprogramática, prevención y manejo de la TB en personas con VIH y prevención y manejo del VIH en personas con TB. La política de actividades colaborativas TB/VIH recalca la prestación de servicios integrales e integrados de buena calidad para prevenir, diagnosticar y tratar la TB y el VIH y atender a las personas que las padecen o que corren el riesgo de contraerlas, a sus familiares y a su comunidad; el propósito es disminuir la carga de TB y VIH en las personas afectadas por ambas enfermedades o que corren el riesgo de contraerlas². Los planes para el control del VIH/SIDA en Colombia a lo largo de la historia han sido adaptaciones de los lineamientos internacionales establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA³, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por otra parte, el país elaboró el primer Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017, en el que se propuso “reducir la morbilidad y mortalidad por hepatitis virales, cirrosis y carcinoma hepatocelular derivados de la infección crónica por hepatitis, mediante la implementación de estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno y atención integral de

1 MSPS. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS/VIH 2014-2017. 2014.

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

3 Arrivillaga Q. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. 2009.

las personas infectas"⁴; además, desarrolló las acciones de intervención retomando los ejes programáticos del Plan Decenal de Salud Pública.

La política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos se circunscribe en el enfoque de derechos humanos e involucra a poblaciones específicas, como niños, adultos mayores y población con discapacidad. Como parte de los avances de esta política en materia de prevención se destacan: la inclusión del condón masculino en el Plan de Beneficios en Salud para la prevención de ITS, VIH/SIDA en toda la población; el reconocimiento y visibilización de las poblaciones más afectadas por la epidemia y el fortalecimiento del trabajo preventivo con estas a través de organizaciones de base comunitaria con el apoyo de los recursos del proyecto del fondo mundial, el fortalecimiento del sistema de vigilancia con la inclusión de variables relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género, que permitirán mejorar la caracterización de la epidemia. Igualmente, ha sido básica la implementación de estudios de prevalencia y comportamiento sexual en poblaciones clave.

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 eliminación a un porcentaje inferior al 2% sobre el total de niños y niñas expuestos al virus a través del embarazo, parto o lactancia. Para tal efecto, el país ha logrado avances sustanciales en la implementación de las acciones estratégicas dirigidas al binomio madre-hijo.

En lo relacionado con la atención integral del VIH/SIDA, el país ha logrado avanzar con una cobertura casi universal de TAR. Por otra parte, la ruta de atención integral en VIH, ITS y hepatitis B y C reconoce la importancia de los servicios comunitarios de atención en salud sexual y reproductiva, en su rol de facilitación en la oportunidad del diagnóstico

para la población general y poblaciones claves. Adicionalmente, la resolución 2338 fue emitida para facilitar el acceso a pruebas de sífilis, VIH y hepatitis, tanto en los servicios de salud como en los entornos comunitarios, la Guía de Práctica Clínica del 2014 incluye las pruebas rápidas como parte del algoritmo diagnóstico, lo que hace que las personas puedan tener acceso fácil al diagnóstico.

En el avance en coinfección TB/VIH, se reconoce que en el territorio se han conformado equipos de trabajo para la realización de las actividades colaborativas TB/VIH, se elaboraron y se aplican lineamientos técnicos y programáticos de atención para el manejo integral de las personas con coinfección TB/VIH; además se fortalecieron las capacidades de la sociedad civil frente a ITS-VIH/SIDA y tuberculosis en acciones de tipo comunitario, para la promoción de derechos y la prevención de estas patologías en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, entre otras acciones.

En cuanto al avance en las acciones de hepatitis B y C se reconocen como logros del plan que en la actualidad se garantizan los insumos necesarios para la vacunación contra la hepatitis B en menores de 6 años; de igual modo, se adquirió y distribuyó inmunoglobulina contra la hepatitis B para su aplicación en recién nacidos expuestos al VHB y víctimas de violencia sexual; se elaboraron y difundieron a las entidades territoriales los lineamientos de vacunación contra la hepatitis en poblaciones claves; se implementó un proyecto piloto de vacunación contra hepatitis B para mujeres transgénero, trabajadores y trabajadoras sexuales y personas que se inyectan drogas (PID) en 12 entidades territoriales, se difundieron los lineamientos y estrategias para el fortalecimiento de la atención a las personas con hepatitis virales; adicionalmente, se realizó la compra centralizada de tratamientos para la hepatitis C a través del Fondo Estratégico de la OPS.

4 MSPS. Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017. 2015.

Se identifica y se reconoce que la mayoría de los planes desarrollados en el país se han trabajado a través de elementos comunes, como son la prevención, el fortalecimiento de acciones en información, educación y comunicación, el diagnóstico, la atención integral, la vigilancia epidemiológica y algunos con acciones de coordinación intersectorial. Se ha revisado el avance del país frente a la respuesta y los planes han sido herramientas importantes para el abordaje adecuado del VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis virales, esto ha llevado al Ministerio de Salud y Protección Social a la consolidación

de acciones que pueden correlacionarse para atender grupos poblacionales semejantes y deben ser abordadas por estrategias similares, razón por la cual desde la institucionalidad, nacional e internacional, así como de los grupos organizados de la sociedad civil se ha visto y recomendado la pertinencia de construir una propuesta unificada en un solo plan que atienda las necesidades de los grupos vulnerables en VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C para el período 2018-2021.

2. CONTEXTO

2.1. DEMOGRÁFICO

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, está propuesto para todo el territorio nacional, el cual 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, se estiman para el 2017 49.291.609 habitantes; de esta cifra, el 14,06% de las personas se reconocieron como pertenecientes a uno de estos cinco grupos étnicos, y el restante 85,94%, de población general considerada

blanca o mestiza⁵. Del total de la población colombiana, el 50,6% (24.337.747) son mujeres y un 49,4%, hombres (24.953.862).

La población de 0 a 14 años representa el 26,1% de la población, con cerca de 13 millones de niños, niñas y adolescentes; los cuales mantienen las proporciones de género vistas en la población general; el grupo de población 15 a 49 años constituye el 51,7%, con cerca de 25 millones de personas; y el 22,4% de 50 o más años, es decir, alrededor de 10 millones de personas. El 51,8% del total de la población corresponde a población menor de 30 años, lo cual permite estimar una razón de 0,5 personas dependientes (0 a 15 años y mayores de 64) por cada persona económicamente productiva⁶.

Tabla 1. Proyecciones de población por edad y sexo, Colombia, año 2017

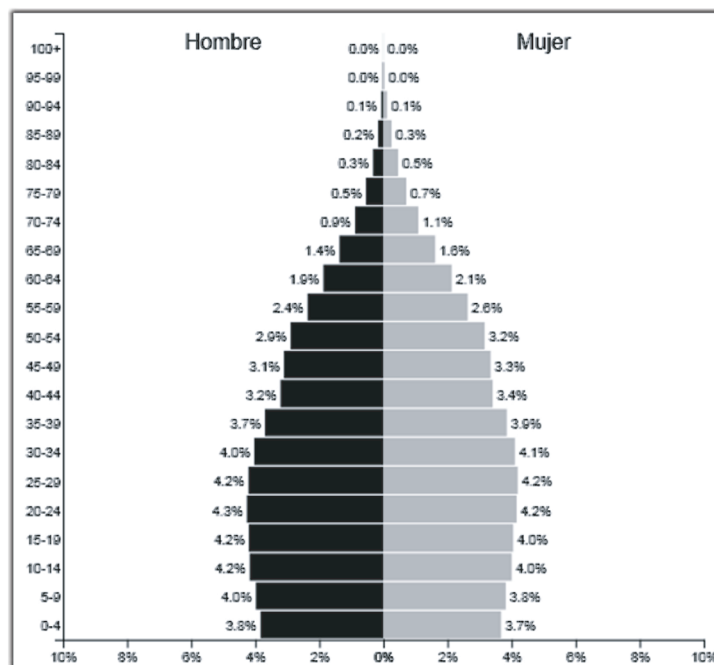
Edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	49.291.609	24.337.747	24.953.862
0-4	4.348.076	2.225.023	2.123.053
5-9	4.270.908	2.184.229	2.086.679
10-14	4.256.204	2.175.150	2.081.054
15-19	4.299.236	2.194.279	2.104.957
20-24	4.307.133	2.201.266	2.105.867
25-29	4.083.624	2.080.552	2.003.072
30-34	3.676.508	1.824.409	1.852.099
35-39	3.318.380	1.613.457	1.704.923
40-44	2.961.657	1.429.577	1.532.080
45-49	2.856.190	1.363.549	1.492.641
50-54	2.773.926	1.318.127	1.455.799
55-59	2.386.809	1.125.784	1.261.025
60-64	1.876.548	878.207	998.341
65-69	1.420.127	658.313	761.814
70-74	1.013.539	459.560	553.979
75-79	711.175	308.208	402.967
80 y más	731.569	298.057	433.512

Fuente: DANE, proyecciones de población 2005-2020

⁵ DANE. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. 2005.

⁶ DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional y departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad.

**GRÁFICA 1. PIRÁMIDE
POBLACIONAL COLOMBIA 2017**



Fuente: [HTTPS://WWW.POPULATIONPYRAMID.NET/ES/COLOMBIA/2017/](https://www.populationpyramid.net/es/colombia/2017/)

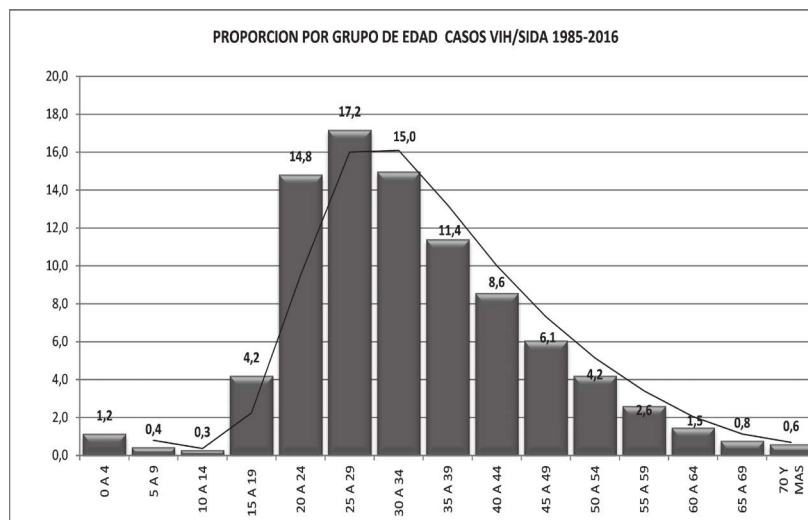
2.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

2.2.1. SITUACIÓN EPIDEMIA DE VIH

Desde 1985 al 31 de diciembre del 2016 se ha reportado un total de 120.622 casos de infección por VIH/SIDA, lo que evidencia que año tras año hay un crecimiento paulatino de casos a nivel nacional. Para el año 2016 ingresaron al SIVIGILA un total de 11.328 casos VIH/SIDA. De estos, 8.935 (78,8%) fueron hombres y 2.393 (21,1%) mujeres; el 98,5% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. La distribución por sexo es de 75% para hombres y 25% para mujeres; la razón de

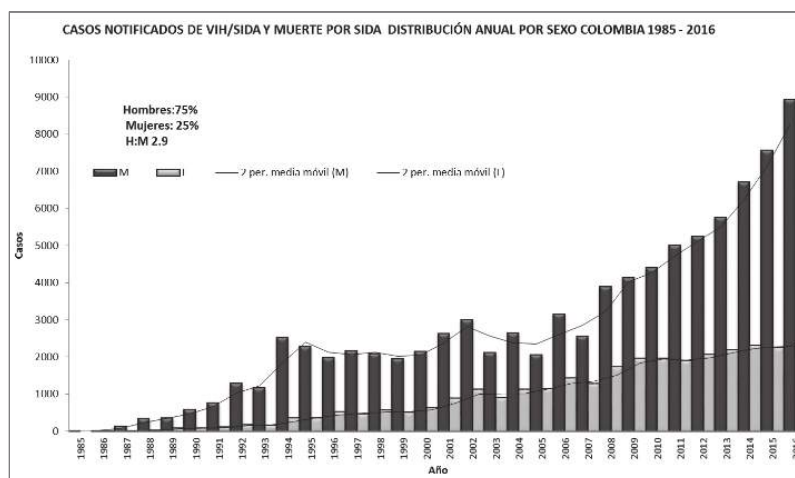
masculinidad se encuentra en 2,9:1 en el 2016. En relación con la edad, los casos notificados con VIH y SIDA se concentran principalmente entre los 15 a 49 años en un 77%, seguido del grupo de 50 y más años con un 9% y los de 0 a 14 años con un 1,9%. Desde 1983 a 31 de diciembre del 2016 más de la mitad de los casos notificados (58,4%) estaban entre los 20 a 39 años de edad; de estos el grupo quinquenal que mayor número de casos aporta es el de 25 a 29 años (17,2%), seguido muy de cerca del de 30 a 34 años (15%), las personas de 60 y más años aportan el 2,9% del total de casos reportados (gráficas 2-3).

GRÁFICA 2. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR EDAD. COLOMBIA, 1985-2016.



Fuente: Boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/SIDA. Colombia, año 2016.

GRÁFICA 3. CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA. DISTRIBUCIÓN POR SEXO. COLOMBIA, 1985-2016.



Fuente: Boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/SIDA. Colombia, año 2016.

Al analizar la proporción de incidencia de casos notificados de VIH/SIDA por departamento, año 2016, se observa que la más alta se presenta en el Quindío con 44,7 por cada 100.000 habitantes, seguida de Atlántico con 35,3, Risaralda con 32,4, Casanare con 28,4 y Bogotá con 28,2, mientras la proporción de

incidencia nacional es de 23,1 por cada 100.000 habitantes⁷.

Para el año 2015, el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH fue del 2,7%, lo que representa una disminución de 3,1 puntos porcentuales en relación con la línea de base

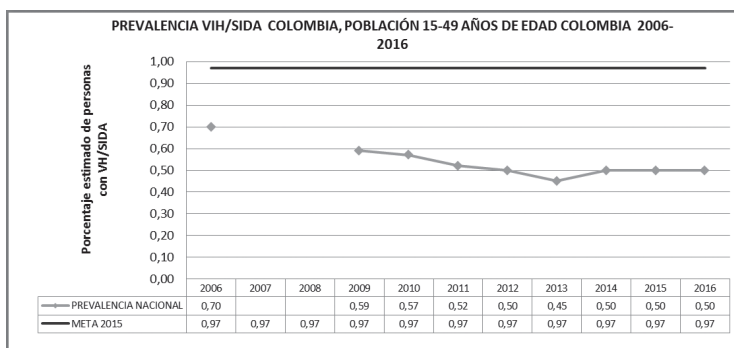
7 MSPS. Boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/SIDA. Colombia año 2016. Diciembre 2017.

del año 2008, fecha en la cual el porcentaje era de 5,8%. “El total de los casos reportados por cohorte constituye el universo para este análisis, pero dado que el tamizaje de gestantes en el país no alcanza el 95% o más establecido en los objetivos programáticos, hay un número incierto de gestantes con VIH que no fueron

captadas por los servicios de salud y ellas no se ven reflejadas en este análisis”⁸.

La prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años, para el año 2016, estimada a través del software Spectrum, es de 0,50%, con un total de personas estimadas en 148.385 (gráfica 4).

GRÁFICA 4. PREVALENCIA VIH/SIDA. COLOMBIA, 2006-2016.



Fuente: Boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/SIDA. Colombia, año 2016.

Los estudios de prevalencia en poblaciones clave⁹ han mostrado la evidencia de que Colombia tiene una epidemia concentrada, caracterizada por tener un predominio en la población general inferior al 1%, mientras que existen prevalencias que se han mantenido constantes por encima del 5% en por lo menos

un subgrupo de población clave (HSH, MT, PID, MTS, HC, PPL). Los estudios realizados a nivel nacional en diferentes poblaciones que evidencian, entre otras, un aumento en la prevalencia de la población de HSH al 17% y en MT se incrementó al 21%.

TABLA 2. ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN POBLACIONES CLAVE

ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN POBLACIONES CLAVE					
POBLACION*	AÑO	CIUDADES /REGIÓN	POBLACIÓN /MUESTRA	PREVALENCIA (%)	FUENTE
Población general	2009	Boyacá	4,879	0,2	FEDESALUD, 2010
	2009	Bajo Cauca Antioqueño	165	0,58	CES, 2010
Jóvenes	2004	Nacional	3239	0,59	INS, 2004
HSH	2002	Bogotá	Total: 660	19,7	Bautistas y Cols, 2004
			18-20 años: 79	13,9	
			21-24 años: 148	16,2	
			25-29 años: 165	17,6	
			30 años y más: 233	24,5	
	2005	Villavicencio	52	25	Secretaría Deptal de salud del Meta
	2006	Bogotá	630	10,8	SDS, ONUSIDA, LIGASIDA
	2010	Barranquilla	2562	13,6	MPS/UNFPA
		Cartagena		10	
		Medellín		9,1	
		Pereira		5,6	
		Bogotá		15	
		Cali		24,1	
		Cucuta		10,9	

⁸ MSPS. Comportamiento de la Transmisión Materno-Infantil del VIH en Colombia. Cohorte 2014-2015.

⁹ ONUSIDA. Orientaciones terminológicas. 2011. Los términos «población clave» o «población clave de mayor riesgo de exposición al VIH» se refieren a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma. En todos los países, la población clave engloba a las personas que viven con el VIH. En la mayoría de los escenarios, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las mujeres transgénero (MT), las personas que se inyectan droga (PID), las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y las personas seronegativas dentro de una pareja serodiscordante se encuentran en mayor riesgo de exposición al VIH que otras.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN POBLACIONES CLAVE					
POBLACION*	AÑO	CIUDADES /REGIÓN	POBLACIÓN /MUESTRA	PREVALENCIA (%)	FUENTE
MTS	2016	Barranquilla	2228	11,3	Proyecto FM/VIH Estudio de Comportamiento Sexual y Prevalencia infección VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia, 2016.
		Cartagena		7,2	
		Medellín		20,7	
		Pereira		14,8	
		Bogotá		17,2	
		Cali		18,6	
		Cúcuta		10	
	2002	Bogotá	514	0,8	Montano S.M y Cols, 2005
	2005	Villavicencio	236	0,64	Secretaría Deptal. de Salud del Meta
		Acacias		1,27	
	2006	Barranquilla	120	3,33	ONUSIDA/Sec. Dist. de Salud Bquilla.
	2007	Bogotá	529	0,76	SDS, ONUSIDA, LIGASIDA
	2008	Medellín	1,674	0,64	MPS/UNFPA
		Cali		0,81	
		Bucaramanga		3,26	
PD	2012	Barranquilla	2586	2,5	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual y Prevalencia infección por VIH en Mujeres Trabajadores sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012 y 2016
		Bogotá		0,3	
		Bucaramanga		1,1	
		Cali		1,5	
		Medellín		0,7	
		Barranquilla		1,1	
		Bogotá		0,4	
	2016	Bucaramanga	2598	1	
		Cali		1,7	
		Medellín		1,6	
	2002	Bogotá	111	1	Mejía L. 2005
	2010	Medellín	237	1,9	CES, 2010
		Pereira	297	0,61	

*HSH; Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, MT; Mujeres transgénero, PID: personas que se inyectan drogas

ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN POBLACIONES CLAVE					
POBLACIÓN*	AÑO	CIUDADES /REGIÓN	POBLACIÓN /MUESTRA	PREVALENCIA (%)	FUENTE
MT	2012	Bogotá	316	17,1	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual y Prevalencia infección por VIH en Mujeres Trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012 y 2016
		Medellín	250	10	
		Cali	207	18,8	
		Barranquilla	199	13,1	
	2016	Bogotá	348	19,8	
		Medellín	227	20,7	
		Cali	259	25,6	
		Barranquilla	174	19	
HC	2012	Bogotá	136	6,6	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual y Prevalencia infección por VIH en habitantes de Calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012 y 2016.
		Barranquilla	138	17,4	
		Cali	136	2,2	
		Bucaramanga	97	0,0	
	2016	Bogotá	147	2,7	
		Barranquilla	124	9,6	
		Cali	115	2,6	
		Bucaramanga	127	3,9	
PPL	2012	Buen Pastor Bogotá Mujeres	217	0,5	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual y Prevalencia infección por VIH en Población Privada de la Libertad en ocho establecimientos penitenciarios de Colombia, 2012
		Santa Marta, Hombres	191	0,5	
		La Modelo, Bogotá, Hombres	221	0,0	
		Bellavista, Hombres	222	0,5	
		Valledupar, Hombres	198	1	
		Jamundi, Hombres	196	0,5	
		Jamundi, Mujeres	181	0,6	

*MTS: mujeres trabajadoras sexuales, HC: habitantes de calle, PPL: Población Privada de la libertad
MT: Mujeres Transgénero

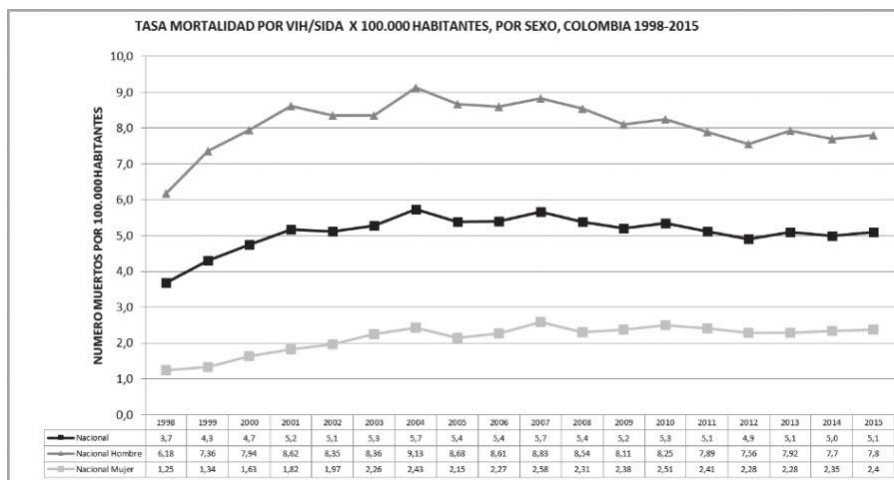
Fuente: Elaboración propia con base en reportes epidemiológicos previos.

MORTALIDAD

Los datos de mortalidad asociada con la infección por el VIH y el SIDA en el país provienen de los registros de certificados de estadísticas de defunción a cargo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El acumulado de muertes por SIDA según el DANE desde el año 1991 al 2015 es de 37.752. En el 2015 se reportaron 2.448 muertes asociadas con VIH/SIDA. La tasa de mortalidad por SIDA en el país en el año 2015, calculada según el DANE, es de 5,1 por 100.000 habitantes; para el mismo año la mortalidad en los hombres

es de 7,8 y en las mujeres 2,4 por 100.000 habitantes. En promedio, cada día durante el 2015 fallecieron 5 hombres y 2 mujeres como consecuencia del VIH (gráfica 5). La mortalidad asociada al VIH presenta tendencia de incremento desde el inicio de registro en el año 1998 hasta el 2007, con la misma tendencia para hombres y mujeres. A partir del 2008 y hasta el último año de este reporte se observa un mantenimiento aplanado de la tendencia en los niveles previamente anotados. Lo anterior da como resultado una razón de mortalidad H:M de 3,28 para el 2015.

**GRÁFICA 5. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA
POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO. COLOMBIA, 1991-2015**



Fuente: Anexos estudio mortalidad por VIH. OPS/MSPS año 2016

2.2.2. SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS Y COINFECCIÓN TB/VIH

“En Colombia en el 2016 se notificaron al SIVIGILA 13.871 casos de tuberculosis todas las formas, 12.439 corresponden a casos nuevos. La incidencia de tuberculosis para el país a este periodo es de 25,7 casos por 100.000 habitantes.

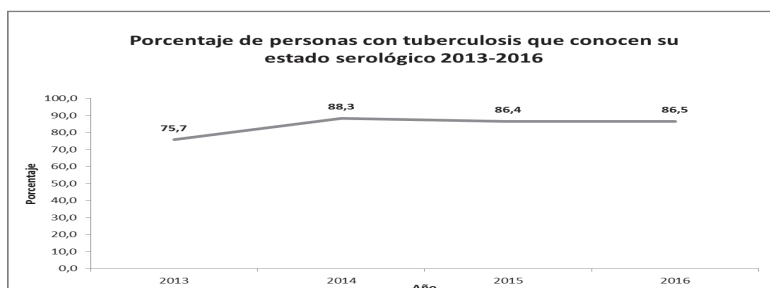
Las tasas más altas de incidencia se encuentran en las entidades territoriales de Amazonas (72,1 casos por 100.000 habitantes), Risaralda (47,2 casos por 100.000 habitantes) y Chocó (45,4 casos por 100.000 habitantes). Las entidades territoriales con mayor número de casos son Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá. La tasa de mortalidad a nivel nacional es de 1,92 muertes por 100.000 habitantes; los departamen-

tos de los departamentos de Guainía (4,82 casos *100.000 habitantes) y Quindío (4,78 casos *100.000 habitantes) presentan la tasa de mortalidad más alta.

Se registraron 2.089 casos con coinfección TB-VIH, de los cuales el 73,1 % corresponden a la forma pulmonar y el 26,8 % a la forma extra-pulmonar, de estos casos el 86,3 % se presentaron en personas con diagnóstico previo de VIH¹⁰.

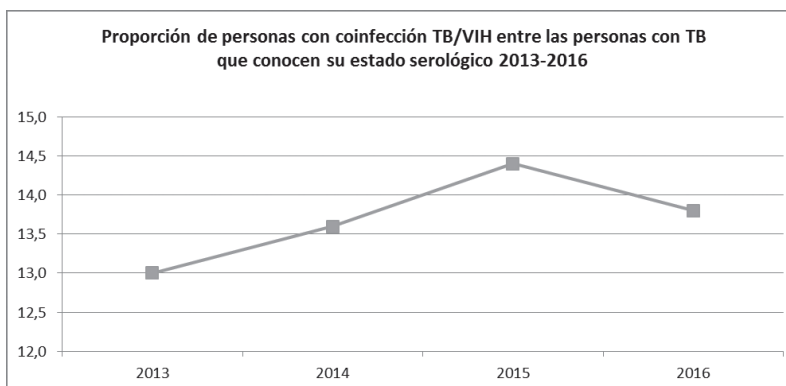
Para el año 2016 la proporción de coinfección TB/VIH entre las personas con tuberculosis fue del 13,8%, por otra parte, el porcentaje de personas con coinfección TB/VIH que conocen su resultado es del 86,5% para el mismo año.

**GRÁFICA 6. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS
QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO FRENTE AL VIH, 2013-2016**



Fuente: MSPS. Información Programa TB.

GRÁFICA 7. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON COINFECCIÓN TB/VIH ENTRE LAS PERSONAS CON TB QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO, 2013-2016

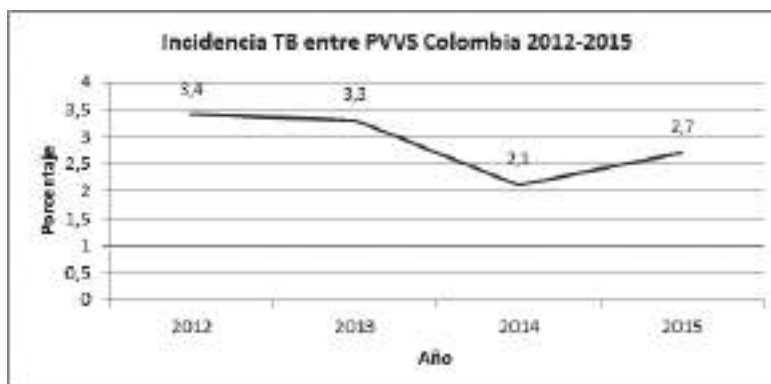


Fuente: MSPS. Información programa TB.

La incidencia de tuberculosis entre las personas que viven con VIH en el año 2015 fue del 2,7%.

Por otra parte, para el mismo año el porcentaje de mortalidad asociado a coinfección TB/VIH fue del 27%.

GRÁFICA 8. INCIDENCIA DE TB ENTRE LAS PVVS, 2012-2015



2.2.3. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES B Y C^{11, 12}

Teniendo en cuenta que el proceso de vigilancia de estos eventos en el país es de corta data, es de entender que los datos registrados no cuentan con un volumen suficiente para identificar y caracterizar para Colombia los elementos centrales sobre los factores de riesgo específicos que determinan

las condiciones de incidencia y prevalencia de las hepatitis B y C, a parte de las mundialmente documentadas.

“Desde el año 2007 se han registrado proporciones de incidencia en población general por encima de tres casos por 100.000 habitantes. Globalmente el país es clasificado en el grupo de endemicidad baja; sin embargo, las estimaciones mundiales

11 INS. Informe del comportamiento en la notificación de los eventos hepatitis B, C y coinfección / suprainfección hepatitis B / Delta hasta periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2016.

12 MSPS, OPS. Sistematización de información disponible sobre hepatitis virales B y C, Colombia 2015. 2016.

reconocen limitaciones en la disponibilidad de información en los países. Estudios realizados antes de la introducción de la vacuna contra el VHB calcularon una tasa total de portadores de 4,7%, pero estudios más recientes han encontrado prevalencias de HBsAg de 5,66%, lo que ubicaría al país en una categoría de endemicidad intermedia, sin desconocer la

gran variabilidad epidemiológica entre las regiones y se ha dado un aumento progresivo en la notificación de casos de Hepatitis B, pasando de una incidencia de 2,1 por cada 100.000 en el 2007 a 4,6 en el 2014, presentado una disminución de 3,3 por cada 100.000 en el 2016.

TABLA 3. CASOS Y PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE HEPATITIS B. COLOMBIA, 2007-2016

Año	Número de casos	Población DANE	Incidencia x 100.000 habitantes
2007	947	43.926.929	2,1
2008	1.338	44.451.147	3,0
2009	1.639	44.978.832	3,6
2010	1.690	45.509.584	3,7
2011	1.622	46.044.601	4,1
2012	2.041	46.581.823	4,3
2013	2.203	47.121.089	4,6
2014	2.227	47.661.787	4,6
2015	1.939	48.202.617	4,0
2016	1.622	48.747.632	3,3

Fuente: MSPS. Informe de datos hepatitis año 2016

El grupo de edad con mayor representatividad, dentro de las notificaciones en el quinquenio 2012-2016, es el de 15 a 39 años, que aportó tres cuartas partes del total de los casos notificados al sistema de vigilancia, destacándose el subgrupo de 20 a 29; otra parte también identifica un pico en el grupo de edad de 65 y más años, lo que podría estar relacionado con el diagnóstico tardío, así como con la identificación de casos crónicos y sus complicaciones. En cuanto a la distribución por sexo de los casos reportados de hepatitis B, del año 2007 al 2016 se observa que el 49,2% del total corresponde al sexo femenino y el 50,8% al sexo masculino.

Para el año 2016 se tiene un consolidado de 1.622 casos notificados de hepatitis B. Los departamentos y distritos de los cuales procedieron la mayor proporción de casos de hepatitis B correspondieron a Antioquia (21,1%), Bogotá D.C. (17,1%) y Norte de

Santander (6,8%), los que, en conjunto, representan el 45,1% de los casos notificados en el mismo periodo.

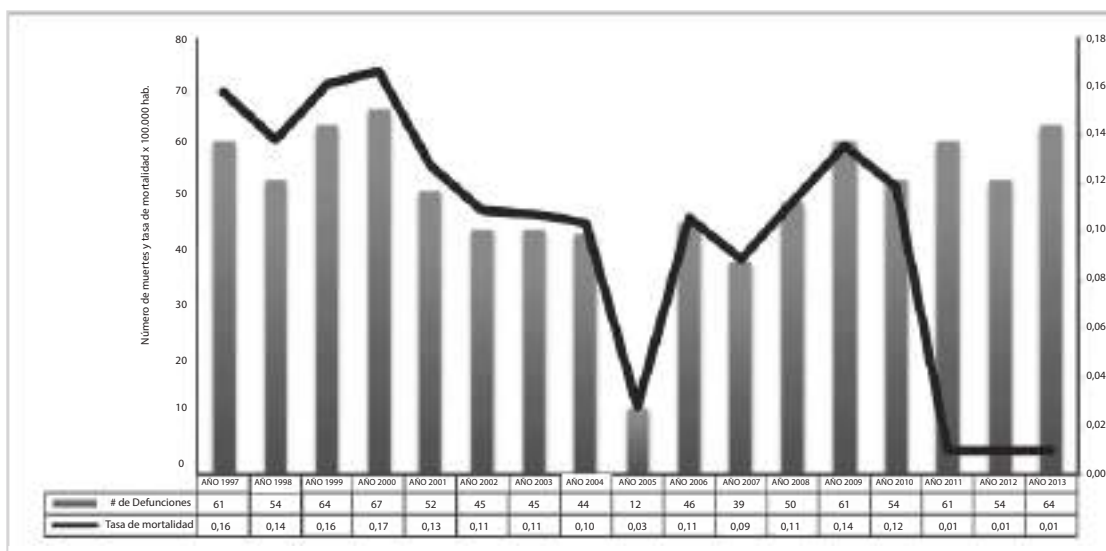
En cuanto a la hepatitis C, "se introdujo como evento en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública en el año 2011, cuando se emitió el primer informe con una notificación de 185 casos en total; es poca la información disponible acerca de la prevalencia de infección por el VHC en Colombia; sin embargo, en 1992 se encontró una prevalencia de 0,97 % en 1.033 donantes de sangre. En el mismo año en población expuesta a transfusiones se hallaron prevalencias que estuvieron entre el 13 y 60%, mientras que un estudio más reciente y con una mayor muestra encontró una prevalencia global de 9% en multitransfundidos".^{11 Pg2}

En el año 2016 se notificaron 288 casos en 23 de las 37 entidades territoriales del país, en su gran mayoría procedentes de la identificación en bancos de sangre y de centros de seguimiento

a pacientes con patologías hepáticas. Los departamentos y distritos que presentaron la mayor proporción de casos correspondieron a Bogotá (21,9%), Antioquia (13,2%) y Quindío (10,1%), los cuales representan el 45,1% de los casos de este evento para este período. El consolidado de casos notificados del 2011 al 2016 no mostró grandes diferencias entre los dos sexos, siendo de 52,7% para el sexo masculino y el 47,3% femenino, lo que determina una razón de masculinidad de 1,1. Mortalidad por hepatitis B: se evidenciaron

mueres asociadas a hepatitis B a partir de 1997 hasta el 2013, período en el cual se han presentado un total de 873 defunciones por hepatitis B, equivalentes al 1,15% del total de muertes por enfermedades hepáticas, un promedio de muertes por año de 51,3 (12-64 muertes/año). Por sexo, las tasas de mortalidad son mayores en hombres con una tasa de 0,23 por cada 100.00 habitantes y en mujeres de 0,16 x 100.000 habitantes; en los años 2012 y 2013 las tasas para ambos sexos tendieron a igualarse.

GRÁFICA 9. COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR HEPATITIS B EN COLOMBIA, 1997 AL 2013.



Fuente: Informe preliminar Minería de Datos 2016

3. MARCO NORMATIVO

3.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Con el propósito de acopiar los elementos necesarios para realizar el abordaje integral de los eventos objeto del plan, en primera instancia se hará una revisión normativa en el marco internacional existente. El número 3 de los Objetivos de desarrollo sostenible apunta a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, y plantea que es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad, lo que resulta en que, para el 2030, se debería estar poniendo fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles¹³.

En **VIH**, el marco de la respuesta procede desde 1994 a través del Programa de Acción planteado y acordado en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, en la cual se define la necesidad de las personas en educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como aspectos fundamentales para el desarrollo, ya que la incidencia mundial de las enfermedades de transmisión sexual es alta y las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH¹⁴. La declaración política del VIH y el SIDA del año 2016 reafirma el trabajo en la lucha contra el VIH/SIDA del 2001 y las declaraciones políticas sobre el VIH y el SIDA del 2006 y el 2011; además, pone de manifiesto los compromisos

de los países en esta materia para lograr las metas fijadas para el 2020, como es reducir el número de personas que contraen el VIH a menos de 500.000 al año y el de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA a menos de 500.000 al año, así como eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH¹⁵.

La estrategia mundial de acción acelerada o fast track propuesta por ONUSIDA plantea una serie de objetivos que impulsan a los países a replantear el tratamiento del VIH y a considerar como objetivos de acción:

- Al 2020, el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico de la enfermedad.
- Al 2020, el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada.
- Al 2020, el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral¹⁶.

En el mismo sentido, para poner fin a la epidemia del SIDA en el año 2030, se han fijado a nivel mundial los compromisos de acción acelerada que se relacionan a continuación:

1. Asegurar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento, logrando las metas 90-90-90 para el año 2020.
2. Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020, a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018.
3. Asegurar el acceso a una combinación de intervenciones de prevención, como la profilaxis previa a la exposición, la circuncisión médica

13 ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016.

14 ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

15 ONU. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Junio 2016.

16 ONUSIDA. 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del SIDA. 2016.

masculina voluntaria, la reducción del daño y el uso de condones, para al menos el 90% de las personas, especialmente las mujeres jóvenes y adolescentes en países con alta prevalencia y las poblaciones claves: hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, trabajadoras/es sexuales y sus clientes, personas que se inyectan drogas y privados de la libertad.

4. Eliminar las desigualdades de género y poner fin a todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, personas que viven con VIH y poblaciones claves para el año 2020.

5. Para el año 2020, asegurar que el 90% de los y las jóvenes tengan las aptitudes, el conocimiento y las capacidades de protegerse del VIH y tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, para reducir el número de nuevas infecciones entre mujeres jóvenes y adolescentes a menos de 100.000 por año.

6. Para el año 2020, asegurar que el 75% de las personas que viven con el VIH o están en riesgo de contraerlo o están afectadas por él, dispongan de protección social que tenga en cuenta el VIH.

7. Asegurar que al menos el 30% de todos los servicios prestados para 2020 sean dirigidos por la comunidad.

8. Asegurar que las inversiones financieras de la respuesta al VIH aumenten a 26.000 millones de dólares anuales para el año 2020, incluyendo que una cuarta parte se destine a medidas de prevención y el 6% se asigne a multiplicadores sociales.

9. Empoderar a las personas que viven con, están en riesgo o están en riesgo de contraerlo o están afectadas por él, a conocer sus derechos y tener acceso a la justicia y los servicios jurídicos, a fin de prevenir y denunciar violaciones de los derechos humanos.

10. Comprometerse a sacar al SIDA del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas, para mejorar la cobertura universal de salud, **incluyendo el tratamiento para la tuberculosis, el cáncer cervicouterino y la hepatitis B y C**¹⁷.

Adicionalmente, para el VIH se encuentra la Estrategia mundial del sector de la salud de la OMS, con contenidos específicos como se resumen a continuación:

ESTRATEGIA	ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA EL VIH, 2016-2021. HACIA EL FIN DEL SIDA ¹⁸
OBJETIVO	Poner fin a la epidemia del SIDA como amenaza para la salud pública para el 2030.
META	- Reducir las nuevas infecciones por VIH a menos de 500.000 y a 0 entre los lactantes. - Reducir las muertes relacionadas con el VIH a menos de 500.000. - Diagnosticar al 90% de las personas que se estima viven con el VIH, tratar al 90% de los diagnosticados y lograr la supresión viral en el 90% de los tratados.
EJES O ESTRATEGIAS	Cobertura sanitaria universal, el conjunto continuo de servicios relativos al VIH y un enfoque de salud pública. - Información para una acción específica. - Intervenciones que tienen impacto. - Atención para un acceso equitativo. - Financiación para la sostenibilidad. - Innovación para la agilización.

En **hepatitis**, la OMS ha emitido resoluciones producidas por la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas con la promoción, prevención,

atención y vigilancia de las hepatitis virales: la **Resolución WHA 28.72 de 1975** invita a los Estados miembros a que fomenten el

¹⁷ ONUSIDA. Fast-Track Commitments to end AIDS by 2030. 2016.

¹⁸ OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016–2021 hacia el fin del SIDA. 2016.

establecimiento de servicios nacionales de transfusión basados en la donación voluntaria y no remunerada de sangre, y a que se dicte una legislación eficaz que regule el funcionamiento de los servicios de transfusión, adoptando las medidas necesarias para proteger y fomentar la salud de los donantes y receptores de sangre y productos sanguíneos; la **Resolución WHA 45.17 de 1992** se refiere a la inclusión de las vacunas contra la hepatitis B en los programas nacionales de inmunización; la **Resolución WHA 58.13 de 2005** estableció el Día Mundial del Donante de Sangre el 14 de junio de cada año, y recomendó que este día sea parte integral del programa nacional de reclutamiento de donantes de sangre; la **Resolución WHA 63.18 de 2010**, relacionada con la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica y capacidad de laboratorio para generar información confiable que oriente las medidas de prevención y control de las hepatitis virales; utilizar la colaboración multisectorial para posibilitar sistemas integrados y costo-eficaces de prevención, control y tratamiento de las hepatitis virales; incorporar las políticas, estrategias y

herramientas recomendadas por la OMS en los contextos locales; implementar medidas de promoción de la salud, vacunación, control de infecciones, inyección segura, entre otras, para la prevención y control de las hepatitis virales; promover el acceso a productos farmacéuticos específicos, y la **Resolución WHA 67.6 de 2014** invita a reforzar las estrategias de inmunización para la prevención de las hepatitis; promover la participación de la sociedad civil en todos los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis víricas; reforzar los sistemas de recolección de sangre de donantes voluntarios, no remunerados y someter toda la sangre donada a pruebas de detección de VIH, hepatitis B y C y sífilis; implementar programas integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis en usuarios de drogas inyectables; revisar políticas, prácticas y procedimientos asociados con el estigma y la discriminación de personas afectadas por las hepatitis virales, entre otros.

Además de las resoluciones anteriores, es importante registrar la estrategia mundial del sector de la salud en el tema de las hepatitis virales:

ESTRATEGIA	ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA LAS HEPATITIS VÍRICAS, 2016-2021 ¹⁹
OBJETIVO	Para el 2030, eliminar la importante amenaza para la salud pública que suponen las hepatitis víricas.
META	- Reducir los casos de infección de los 6 a 10 millones actuales a menos de 1 millón para el 2030. - Reducir los 1,4 millones de muertes a menos de 500.000 para el 2030.
EJES O ESTRATEGIAS	Cobertura sanitaria universal, el conjunto continuo de servicios y un enfoque de salud pública. - Información para una acción específica. - Intervenciones que tienen impacto. - Atención para un acceso equitativo. - Financiación para la sostenibilidad. - Innovación para la agilización.

En **tuberculosis**, se cuenta con políticas de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH que indican la necesidad de establecer mecanismos para proporcionar servicios integrados para la atención de la TB y el VIH, preferiblemente en el mismo lugar y al mismo

tiempo, considera los factores del sistema de salud correspondientes a cada país, la gestión de los programas de control del VIH y la TB y los modelos de prestación de servicios basados en evidencias; además cuenta con la estrategia fin a la tuberculosis que se resume a continuación:

19 OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. 2016.

ESTRATEGIA	ESTRATEGIA FIN A LA TUBERCULOSIS ²⁰
OBJETIVO	Poner fin a la epidemia mundial de la TB.
META	- Para el 2035, reducción de la mortalidad por TB en un 95% en comparación con el 2015. - Para el 2035, reducción de la tasa de incidencia de TB en un 90% en comparación con el 2015. - Para el 2035, que no haya familias que tengan que hacer frente a gastos catastróficos debido a la TB.
EJES O ESTRATEGIAS	- Atención y prevención integradas y centradas en el paciente. - Políticas audaces y sistemas de apoyo. - Intensificación de la investigación y la innovación.

Por su parte en **ITS**, la OMS define la estrategia mundial de control para estas patologías, relacionada a continuación:

ESTRATEGIA	ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2016–2021. HACIA EL FIN DE LAS ITS ²¹
OBJETIVO	Poner fin al grado de problema de salud pública que representan las ITS.
META	- Reducir en un 90% la incidencia de <i>T. pallidum</i> a nivel mundial (con respecto al 2018). - Reducir en un 90% la incidencia de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> a nivel mundial (con respecto al 2018). - Mantener en no más de 0,5 los casos de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos en el 80% de los países. - Lograr que los países cuyo programa nacional de inmunizaciones incluya la vacunación contra el virus del papiloma humano mantengan una cobertura del 90% a nivel nacional y de al menos el 80% en cada distrito.
EJES O ESTRATEGIAS	Cobertura sanitaria universal, el conjunto continuo de servicios y un enfoque de salud pública. - Información para una acción específica. - Intervenciones que tienen impacto. - Atención para un acceso equitativo. - Financiación para la sostenibilidad. - Innovación para la agilización.

3.2. MARCO NORMATIVO NACIONAL

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 Estado²².

El sistema de salud de Colombia se basa en la **Ley 100 de 1993**, la cual estableció el actual SGSSS y definió 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 los dos regímenes de atención conocidos como régimen contributivo y subsidiado. El paquete de beneficios (PB) que garantiza el sistema como parte de la atención en salud se actualiza de manera periódica, a fin de tomar en cuenta situaciones de importancia en salud pública como el VIH/SIDA.

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 como interés y prioridad

²⁰ OMS. La estrategia fin de la tuberculosis. 2015.

²¹ OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 hacia el fin de las ITS. 2016.

²² Senado de la República. Constitución Política de Colombia. 1991.

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 Colombia²³.

La **Ley 1122 de 2007** reformó parcialmente la Ley 100, al reducir los tiempos exigidos de cotización para los usuarios, facilitando el acceso a medicamentos no incluidos en el plan de beneficios para las enfermedades de alto costo a través de la aprobación por los comités técnico científicos, 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 usuarios²⁴.

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 salud²⁵.

En el 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 derechos²⁶.

Posteriormente, la **Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015** regula el derecho fundamental a la salud y establece sus mecanismos de protección, define este derecho como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; de igual forma manifiesta que el Estado adoptará

políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas, su prestación como servicio público esencial obligatorio²⁷.

El **Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018** plantea: “El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación”²⁸.

La **Política de Atención Integral en Salud (PAIS)** fue promulgada por el gobierno colombiano a través de la Resolución 429 de 2016, la cual pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través

23 Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 972 de 2005.

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

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

26 Presidencia de la República. Ley 1438 de 2011.

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

28 Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria en Salud 1753 de 2015.

de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial; se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones.

La política en su conjunto obedece en sí misma a una concepción de gestión de riesgo entendida como la identificación de todos los posibles eventos o situaciones que pueden afectar los objetivos o metas de salud, sus orígenes y causas; su análisis para exigir a quien corresponda su intervención; la planeación y ejecución de las acciones encaminadas a mitigar, reducir o eliminar el riesgo y sus efectos, y finalmente el seguimiento y monitoreo continuo sobre los resultados de la política.

El **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)** es planteado como la alternativa

para la solución de los problemas y para ello retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto. El MIAS pretende garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad, por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones²⁹. La gráfica 10 muestra los elementos básicos de la estructura del PAIS y del MIAS.

**GRÁFICA 10. ESQUEMA DE POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.
MARCO OPERATIVO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD.**



Fuente: Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Plan de capacitación sectorial.

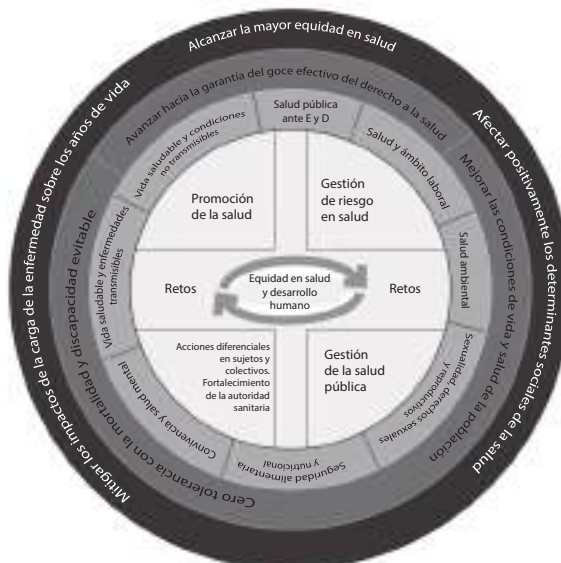
29 MSPS. Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. 2016.

El **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021** es una expresión concreta de una política de Estado que apuesta por la equidad en salud, pues reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano. Dicha equidad se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El PDSP se considera un contrato entre diferentes actores y sectores, públicos y privados, que de manera conjunta tienen como objetivo principal el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, de forma efectiva, mediante la intervención de los determinantes sociales (socioeconómicos y políticos, estructurales e intermedios), recogiendo los aciertos y limitantes existentes y haciendo un análisis crítico de la situación actual del panorama de la salud, para finalmente garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. Plantea tres objetivos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de vida y salud de los habitantes, y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable. Por otra parte, presenta múltiples enfoques dentro de los que se encuentran: la salud como un derecho, el enfoque diferencial,

el enfoque poblacional y el modelo conceptual de determinantes sociales.

El **Plan Decenal de Salud Pública** desarrolla el abordaje de la salud a través de dos dimensiones transversales: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud; además, se estructura mediante el abordaje de ocho dimensiones prioritarias, entre estas la **dimensión 5, Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos**, la que es definida como las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover condiciones óptimas desde el ámbito social, económico, político y cultural, con un enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, y la **dimensión 6 de vida saludable y enfermedades transmisibles**, la cual propone como estructura de trabajo un modelo de intervención transectorial llamado estrategia de gestión integral. Igualmente, el PDSP, de acuerdo con la naturaleza de las estrategias, las acciones que las conforman se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública (gráfica 11)³⁰.

GRÁFICA 11. MARCO ESTRATÉGICO DEL PDSP.



Fuente: ABC del Plan Decenal de Salud Pública.

30 MSPS. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2013.

Por su parte, la **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos** tiene como fin velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico, mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.

La política es una herramienta para posicionar la dimensión de “Sexualidad” dentro del discurso y la práctica de los derechos humanos, donde se desarrollen los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y se fundamenta en el enfoque de derechos, aplicados a lo sexual y a lo reproductivo, y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según se contempla en la Ley Estatutaria³¹.

GRÁFICA 12. CONTEXTO GENERAL DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.



Fuente: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Teniendo en cuenta los instrumentos normativos nacionales que reglamentan el sector salud, es claro que el desarrollo del presente plan sigue los lineamientos establecidos y concreta en el tema específico de la respuesta nacional frente a las ITS, el VIH,

la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, las acciones pertinentes para el logro de las metas propuestas en estos temas. Otros instrumentos pertinentes y reconocidos para el desarrollo de las acciones del presente Plan son:

31 MSPS. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2014.

El **Decreto 1571 de 1993**, que en su artículo 42 establece la obligatoriedad que tienen los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría, de practicar bajo su responsabilidad a todas las unidades de sangre recolectadas, las pruebas de detección de anticuerpos del virus de la hepatitis C y del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, entre otras.

El **Decreto 1543 de 1997**: por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), *síndrome* de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS); en cuanto a diagnóstico, consejería para la prueba, obligación de atención, el derecho al consentimiento informado, la confidencialidad y el deber de no infectar.

En cuanto a resoluciones, en el año 2006 se expide la **Resolución 3442**, “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.

La **Resolución 0459 de 2012**, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que contempla la vacunación contra hepatitis B y la aplicación de gammaglobulina antihepatitis B en víctimas de violencia sexual. Esta resolución se fortaleció mediante la Circular 031 de 2014, en la cual se dictan lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual.

En el 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 ITS³².

En cuanto a reportes de sistemas de información en VIH/SIDA se expidieron las **Resoluciones 4725 de 2011 y 783 de 2012**, que definen la periodicidad, forma y contenido de la información que deben reportar las EAPB y demás entidades obligadas a compensar a la Cuenta de Alto Costo, en su componente de VIH.

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, entre otras, la sensibilización y prevención, la protección y atención de las mujeres en relación con la violencia y la discriminación de la que son víctimas³³.

La **Circular 031 de 2014** establece lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual.

La **Circular 007 de 2015** actualiza los lineamientos para el manejo programático de la tuberculosis y la lepra en Colombia, adopta las nuevas definiciones programáticas para tuberculosis formalizadas en el 2013 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pone al día los esquemas de tratamiento de la Guía de atención integral de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar y proveen, entre otras, las directrices técnicas para la implementación de las acciones colaborativas TB/VIH.

32 MSPS. Resolución 2338 de 2013.

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

4. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN

Con el fin de facilitar el planteamiento y desarrollo de un plan nacional de respuesta acorde con las necesidades del país y en concordancia con las diferentes metas nacionales e internacionales, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró un proceso de evaluación del Plan de ITS/VIH 2014-2017, apoyado en la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) en el documento de “Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/SIDA”, lo cual facilitó el conocimiento e identificación de las principales brechas, frente al VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis virales B y C, de cara a la formulación de estrategias que fortalezcan y mejoren la respuesta.

Para la construcción y planteamiento del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, se tuvieron en cuenta las propuestas planteadas por los diferentes actores claves, bien sea por medio de documentos técnicos, como es el caso de la *“Propuesta desde la Sociedad Civil para nuevo Plan Nacional de Respuesta ante las ITS- VIH y hepatitis B y C, 2018-2021”*, o a través de consultas en reuniones formales; una de ellas se llevó a cabo en el marco de la Reunión Nacional de Tuberculosis con un taller de propuestas de acción frente al nuevo plan, con énfasis en la coinfección de TB/VIH, en el cual se contó con 200 participantes. Por otra parte, durante los meses de octubre y noviembre de 2017 se realizaron cuatro talleres regionales en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, con el fin de presentar los resultados de la evaluación del Plan de Respuesta 2014-2017 y realizar la consulta de propuestas para la elaboración

del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2018-2021. En estas consultas se contó con la asistencia de un total de 109 participantes, de los cuales el 28,4%, correspondían al gobierno municipal o departamental, el 45% a los representantes de organizaciones de sociedad civil y un 25,6% representantes de empresas administradoras de planes de beneficios y de instituciones prestadoras de salud. Además, en cada una de las ciudades previamente mencionadas se realizaron nueve grupos focales con la participación de 45 personas de las poblaciones claves y prioritarias. Los aportes registrados fueron ajustados y sistematizados en la concreción de tres problemas centrales, así:

1. Los determinantes sociales de la salud, las condiciones cambiantes de vida, la cultura, valores, creencias, actitudes y formas de relación dificultan el que las acciones de educación y prevención de las infecciones por ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, sean asumidas adecuadamente por los individuos, las familias y comunidades, por lo que estas no logran identificar o modificar los contextos de vulnerabilidad que las lleven a evitar la exposición al riesgo y, en últimas, al control de la expansión de estos eventos.
2. Las acciones realizadas por los agentes del SGSSS para la mitigación del riesgo, atención y control de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y la hepatitis B y C, no logran vincular o mantener a las personas adheridas a las acciones relacionadas con la atención integral y, por tanto, no se alcanza el propósito de mantenimiento de la salud y contención de la transmisión de estos eventos.
3. Los procesos de gestión en salud pública que adelantan las entidades responsables del

diseño, implementación, vigilancia y control de las políticas, planes y programas, orientados a la contención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, las hepatitis B y C no se realizan de forma adecuada o no son suficientes para el cumplimiento de las recomendaciones técnicas, científicas y administrativas, necesarias y eficientes para el control de estos eventos. En consecuencia, se plantea el Plan Nacional

de Respuesta ante las ITS, el VIH/SIDA, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, estructurado en concordancia con el marco normativo nacional, especialmente con el PDSP, desde sus tres ejes estratégicos de: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública, que organiza las líneas operativas del plan, tal y como se define a continuación:

Ejes estratégicos y Líneas operativas del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, hepatitis B y C. Colombia, 2018-2021	
Eje estratégico	Líneas operativas del Plan Nacional de Respuesta
Promoción de la salud	Promoción y prevención
Gestión del riesgo en salud	Atención integral
Gestión de la salud pública	Planeación participativa y veeduría ciudadana
	Sostenibilidad de la respuesta
	Monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento

Fuente: Elaboración propia.

Como metodología para la elaboración se desarrolló el marco lógico, un método orientado a la solución de problemas específicos, una herramienta para planificar, monitorear y evaluar en el contexto más amplio de programas, iniciativas nacionales o internacionales, adicionalmente prevé los parámetros para establecer las actividades de monitoreo y evaluación del mismo³⁴.

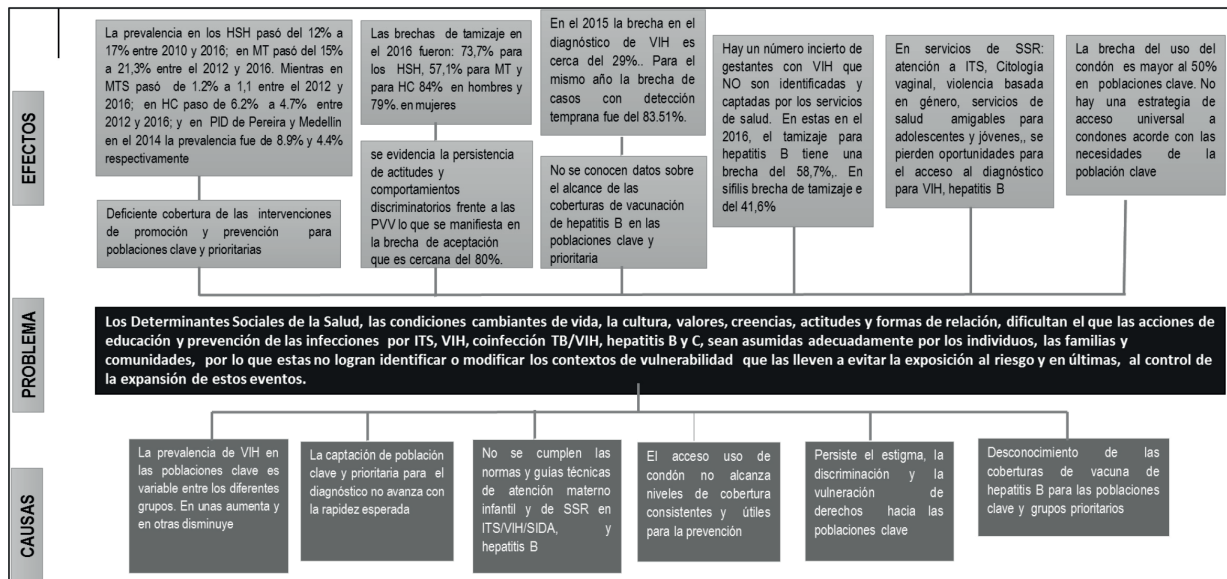
Los objetivos y metas son los ordenadores del proceso de formulación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2018-2021, al definir la direccionalidad de este, además que indican las razones y modos para la ejecución de las acciones que de ellos se desprendan. La matriz de marco lógico, para cada uno de los ejes del

plan, consta de tres filas y seis columnas: en las filas se plasman los objetivos específicos, los resultados y las actividades; las columnas contienen las metas, indicadores objetivamente verificables y los medios de verificación, en la columna de supuestos se consignan los factores externos que pueden influir de forma negativa en el logro de los objetivos.

Una vez identificados los problemas derivados de la información consignada en la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS-VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017; los problemas y limitaciones de la respuesta nacional se concretaron a través de la estructura de árbol de problemas, como se muestra a continuación:

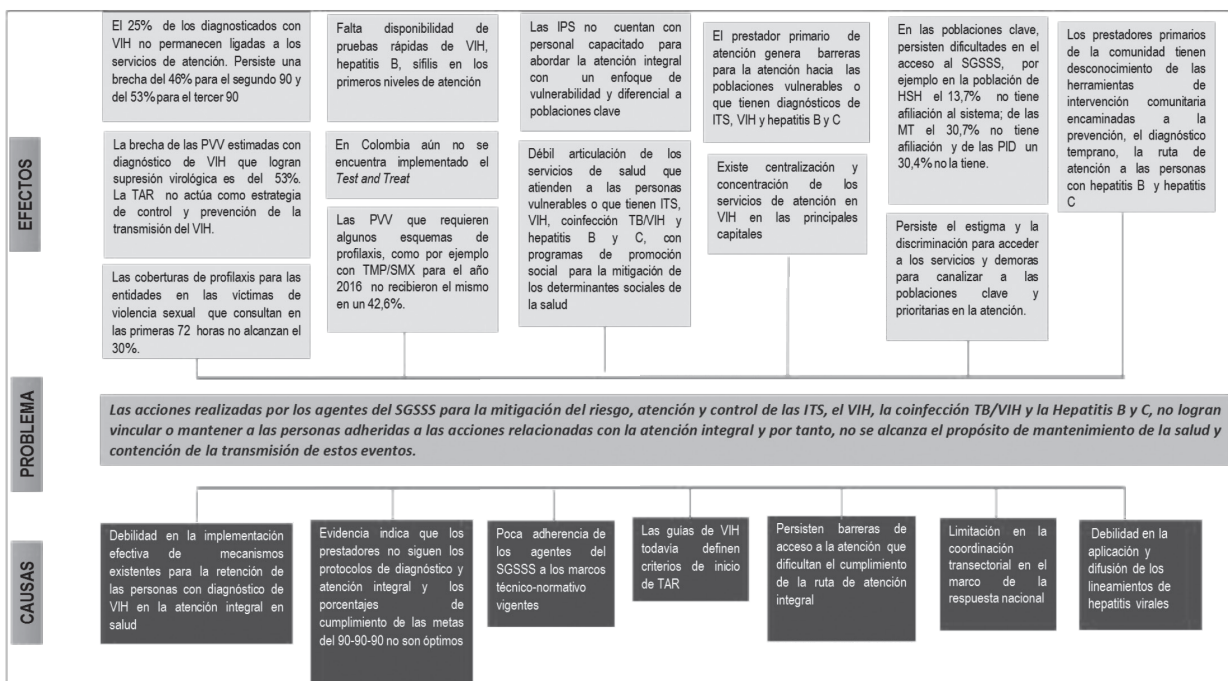
34 CEPAL. Formulación de programas con la metodología de marco lógico. 2011.

GRÁFICA 13. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA EL EJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.



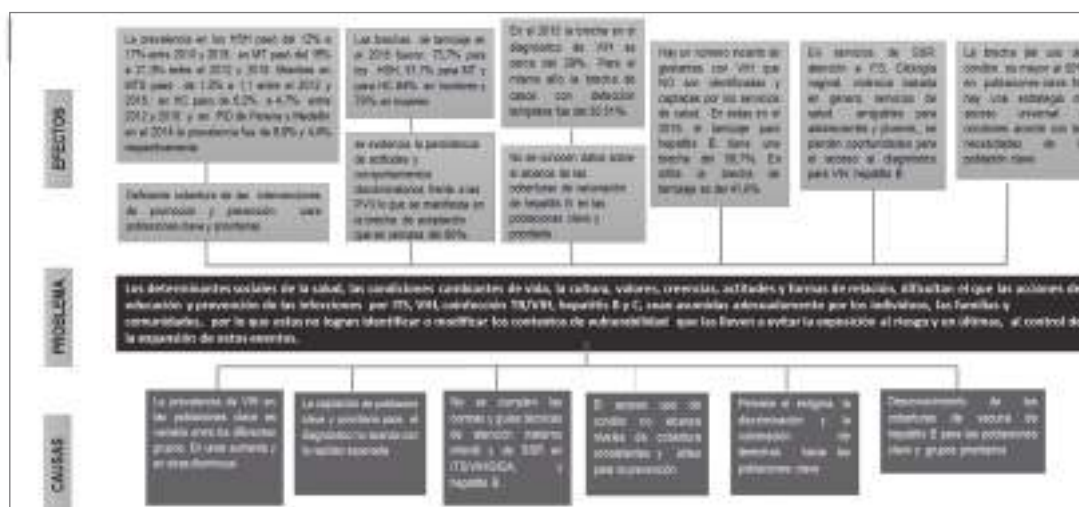
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 14. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA EL EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 15. ÁRBOL DE PROBLEMAS PARA EL EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA.



Fuente: Elaboración propia.

El planteamiento de las líneas operativas definidas para el plan a partir de los ejes que direccionan el PDSP orientado a la superación de los problemas y sus causas, permitió precisar objetivos y metas como alternativas de solución. El análisis de los problemas, sus causas o manifestaciones, fue igualmente organizado

por líneas operativas del plan como se plasma en el Anexo 1. A continuación se presenta el planteamiento de objetivos específicos y metas para el abordaje de los problemas y sus causas, siguiendo el ordenamiento de los ejes previamente descrito.

Eje Promoción de la Salud, Línea operativa promoción y prevención		
Causas del problema	Objetivos	Metas
La prevalencia de VIH en las poblaciones claves es variable entre los diferentes grupos de población, evidenciado en los estudios de prevalencia, pues en unas poblaciones se presenta un incremento como el caso de los HSH y MT y en otras disminuye ostensiblemente como en las MTS y los HC.	O1. Fomentar la implementación de la estrategia de prevención combinada.	MR1-1 El país emite los ajustes normativos y técnicos tendientes a facilitar la implementación de la estrategia de prevención combinada.
		MR1-1 El país emite los ajustes normativos y técnicos tendientes a facilitar la implementación de la estrategia de prevención combinada.
El acceso universal al condón y el uso de condón no alcanza niveles de cobertura y consistencia útiles para la prevención en algunas poblaciones claves.	O2. Incrementar el uso de condones masculinos/femeninos y de insumos preventivos en población clave y prioritaria, como estrategia de prevención para las ITS, VIH, hepatitis B y C.	MR2 Al 2021 se incrementa en 10 puntos porcentuales del uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional en los HSH.
La captación de población clave y prioritaria para el diagnóstico no avanza con la rapidez esperada.	O3. Incrementar el tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en la población clave y prioritaria.	MR3 Al 2021 se incrementa el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH.

Eje Promoción de la Salud, Línea operativa promoción y prevención		
Causas del problema	Objetivos	Metas
		MR 4 Al 2021 se incrementa el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VHB. MR5-1 Al 2021 incrementar el número de personas de 50 a 70 años que son tamizadas para VHC. MR5-2 Al 2021 incrementar en el número de personas de poblaciones clave, incluyendo aquellas expuestas a riesgo biológico que son tamizadas para HC. MR6 Al 2021 incrementar el número personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea. MR7 Al 2021 el 90% de las personas que se estima viven con VIH conocen su diagnóstico. MR8 Al 2021 por lo menos el 90% de las personas con diagnóstico de TB conoce su estado serológico para VIH. MR9-1 Al 2021 incrementar al 30% el número de personas diagnosticadas para HB crónica. MR9-2 Al 2021 incrementar al 30% el número de personas diagnosticadas para HC crónica.
No se cumplen las normas y guías técnicas de atención materno-infantil y de SSR en los aspectos relacionados con ITS/VIH/SIDA, y hepatitis B	O4. Eliminar la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, sífilis y hepatitis B mediante el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el SGSSS.	MR 10 Al 2021 disminuir el porcentaje de casos de transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos. MR11-1 Al 2021 disminuir el porcentaje de TMI del VHB a 5% o menos. MR 11-2 Al 2021 el 95% de los recién nacidos reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida. MR 12 Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.
Desconocimiento de las coberturas de vacuna de hepatitis B para las poblaciones claves y grupos prioritarios.	O5. Facilitar el acceso a la vacuna contra la hepatitis B a las poblaciones priorizadas en el lineamiento nacional.	MR 13-1 Al 2021 el 95% de los menores de 6 años reciben el esquema completo de vacunación contra la hepatitis B. MR 13-2 Al 2021 el 25% de las poblaciones priorizadas definidas en los lineamientos nacionales reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B. MR 13-3 Al 2021 el 85% de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, recibieron profilaxis oportuna y completa para la hepatitis B (vacuna y gamma-globulina anti HB).
El desconocimiento de la realidad de las ITS, el VIH y las hepatitis B y C por parte de la población, conlleva a la persistencia de acciones estigmatizantes y discriminatorias, en contra de la garantía de los derechos y del respeto a las personas.	O6. Reducir el estigma y la discriminación (E&D) hacia personas en condición de vulnerabilidad o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.	MR14 Al 2021 se incrementan al 30% las actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones claves.

Eje Gestión del riesgo en salud Línea operativa atención integral		
Causas del problema	Objetivos	Metas
Poca adherencia de los agentes del SGSSS a los marcos técnico-normativo vigentes.	O7. Garantizar la atención integral oportuna y el acceso al tratamiento de las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C crónicas, siguiendo las normas, guías, protocolos y lineamientos vigentes.	MR 15 Al 2021 el 100% de las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral que consultaron dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento recibieron atención integral de acuerdo con los protocolos vigentes.
La evidencia indica que los prestadores no siguen a cabalidad los protocolos de diagnóstico y atención integral, por lo tanto, los porcentajes de cumplimiento de las metas del 90-90-90 no son óptimos.		MR16 En el 2021 el 95% de las personas con coinfección TB/VIH inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso.
Debilidad en la implementación efectiva de mecanismos existentes para la retención de las personas con diagnóstico de VIH en la atención integral en salud.		MR17 Al 2021 el 90% de las PVV que conocen su diagnóstico son retenidas en la atención y reciben TAR.
Persisten barreras de acceso a la atención que dificultan el cumplimiento de la ruta de atención integral.		
Las guías de práctica clínica de VIH todavía definen criterios de inicio de TAR.		MR 18 Al 2021 el 90% de las PVV que reciben TAR logran supresión virológica.
Debilidad en la aplicación y difusión de los lineamientos de hepatitis virales.		MR19-1 Al 2021 se incrementa en un 30% el número de las personas diagnosticadas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento, acorde con las guías de práctica clínica vigentes.
Limitadas acciones de coordinación transectorial en el marco de la respuesta nacional.		MR19-2 Al 2021 se incrementa por lo menos al 50% el número de las personas diagnosticadas de hepatitis C crónica que reciben tratamiento y seguimiento, acorde con las guías de práctica clínica vigentes.
		MR20 Al 2021 el 80% de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios, son canalizadas a los programas de apoyo social.

Eje Gestión de la salud pública Línea operativa, planeación participativa y veeduría ciudadana		
Causas del problema	Objetivos	Metas
Debilidad en las estructuras y capacidades de las organizaciones de la sociedad civil que limitan su accionar en la participación del Plan Nacional de Respuesta para la incidencia política y la implementación efectiva de la RIAS de VIH, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	O8. Integrar la sociedad civil a los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana a nivel nacional y territorial de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	MR21 Al 2021 en la totalidad de los departamentos y ciudades capitales del país, la estructura de planificación y evaluación en salud incluye mecanismos para asegurar la participación de la sociedad civil que trabaja en la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.
		MR22 Al 2021 en cada DTS hay por lo menos un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado e implementado por

Eje Gestión de la salud pública		
Línea operativa, planeación participativa y veeduría ciudadana		
Causas del problema	Objetivos	Metas
		la sociedad civil para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.
Línea operativa sostenibilidad de la respuesta		
Causas del problema	Objetivos	Metas
Las acciones colectivas incluidas en el plan de respuesta no tienen claramente garantizados los recursos para su desarrollo y financiamiento a través de los mecanismos fiscales del país.	O9. Generar mecanismos de movilización de recursos y generación de alianzas para facilitar la sostenibilidad de las acciones del Plan Nacional de Respuesta ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	MR23 Formalización de nuevas fuentes de recursos para la financiación de acciones estratégicas del plan, al menos una por año, durante la vigencia del plan. MR24 Formalización del compromiso de nuevos aliados estratégicos (sector, entidad, organización, etc.) para la implementación del desarrollo del plan.
Línea operativa monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento		
Causas del problema	Objetivos	Metas
Deficiencias en la estructura y procedimientos para la captación, procesamiento, análisis de datos, producción y difusión de información	O10. Generar, consolidar y disponer de información relacionada con la situación de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en el país, para identificar brechas, formular estrategias, hacer modelamientos y estimaciones, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional que den cuenta del avance en la misma.	MR25 Los responsables de la gestión de la información generan reportes periódicos sobre el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y de los avances en la respuesta nacional, que permitan la toma de decisiones oportunas de acuerdo con la normatividad técnica vigente.
Debilidad en los procesos de monitoreo y evaluación, estandarización, vigilancia y control del avance de la respuesta nacional a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, las hepatitis B y C.	O11. Generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis B y C y de la efectividad de las respuestas instauradas	MR26 El país en el año 2021 ha elaborado e implementado el plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica en las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C. RM 27 El país elabora y difunde cada año el informe anual de las acciones realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

5. ESTRUCTURA DEL PLAN NACIONAL

DE RESPUESTA A LAS ITS, VIH, COINFECCIÓN TB/VIH, HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021

De acuerdo con la metodología propuesta se define la correspondencia de ejes, líneas operativas, objetivos, resultados y acciones a los problemas identificados; el plan mantiene coherencia con planes anteriores, sin embargo, se resalta la inclusión, en el Eje de la Gestión de la Salud Pública, las líneas operativas de planeación participativa y veeduría ciudadana y uno de sostenibilidad de cara a implementar proyectos que faciliten el mantenimiento a mediano y largo plazo de la respuesta nacional. El establecimiento de prioridades para la asignación de recursos a las poblaciones objeto del plan debe tener en cuenta las diferencias de los patrones de comportamiento que determinan el efecto de la prevención de una infección. Por consiguiente, se definen poblaciones para la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2018-2021, las cuales se describen a continuación:

POBLACIÓN CLAVE

Se refiere a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma. Estas poblaciones presentan los mayores porcentajes de prevalencia del VIH, generalmente por encima del 1%, las cuales son la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales o en situación de prostitución, habitante de calle, personas que se inyectan drogas y personas privadas de la libertad.

POBLACIONES PRIORITARIAS

Se refiere a las personas en situación de vulnerabilidad supeditadas a presiones de índole social o circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a las infecciones; entre ellas, el VIH, las ITS, tales como la pobreza y marginalidad, factores sociales, culturales, condiciones de desigualdad por condiciones raciales o étnicas, por desplazamiento y migración, que limitan, entre otras, el acceso a los servicios de salud y a estrategias de prevención. Estos factores por sí solos o en combinación pueden crear o incrementar la vulnerabilidad individual y, en consecuencia, la vulnerabilidad colectiva³⁵ Entre estos se contemplan:

- Gestantes.
- Personas con diagnóstico de TB.
- Personas con diagnóstico de hepatitis B.
- Personas con diagnóstico de hepatitis C.
- Población adolescente y joven.
- Mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Población víctimas del conflicto armado.
- Población desplazada o migrante.
- Consumidores de sustancias psicoactivas (SPA).
- Personas con diagnóstico de ITS.
- Población en condición de discapacidad.
- Población indígena y afrodescendiente.

El plan plantea el logro de un objetivo general con cuatro metas de impacto. Desarrolla 11 objetivos específicos organizados alrededor de tres ejes estratégicos, cinco líneas operativas, las cuales pretenden la materialización de 34 resultados esperados, con su respectiva meta

35 ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Octubre de 2011.

e indicadores de medición. El plan desarrolla para cada línea operativa estrategias específicas que se proyectan en las actividades diseñadas para el logro de los resultados. Las actividades están estructuradas de tal forma que su desarrollo conlleva la gestión de proyectos operativos, por lo cual cada matriz de marco lógico indica el responsable en la ejecución de la actividad, así como los medios de verificación correspondientes. Se espera que, en el marco de la implementación del plan, los tomadores de decisiones orienten sus inversiones de tal manera que estén adaptadas al contexto,

dirigidas al logro de los resultados y apropiadas localmente, con el propósito de aportar al cumplimiento de las metas del país. El plan de monitoreo y evaluación es un documento anexo que define los indicadores con sus definiciones operativas correspondientes, la línea de base, la meta, el resultado, la periodicidad y forma de medición. Por último, pero no menos importante, se resalta que la implementación efectiva del plan requiere que anualmente a nivel nacional y territorial se elaboren planes operativos para la realización de actividades estratégicas propuestas.

5.1. OBJETIVO GENERAL Y METAS

Tabla 4. Objetivo, meta e indicadores de impacto		
Objetivo general	Metas	Indicadores
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, a través de acciones de promoción de la salud, gestión integral del riesgo y gestión en salud pública.	Al 2021 mantener la prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 menor al 1%.	Prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años.
	Al 2021 incrementar al 25% el diagnóstico temprano de PVV.	Proporción de personas que al momento del diagnóstico tienen un recuento de CD4 mayor o igual a 500/ml.
	Al 2021 reducir la mortalidad entre los casos de TB/VIH menor o igual al 17%	Proporción de defunciones entre las personas con coinfección TB/VIH.
	Al 2021 reducir del número de muertes por carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC.	Número de casos de muerte asociada con carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC.
	Al 2021 reducir la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.	Número de casos de sífilis congénita en nacidos vivos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.

5.2. EJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

5.2.1. LÍNEA OPERATIVA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La promoción y prevención es el proceso para ofrecer a las poblaciones los recursos necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre esta, a través de la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Lo anterior se materializa mediante la formulación de política pública, creación de

ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud³⁶.

Estrategia: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad incluyen el diseño

36 MSPS. Programas en promoción y prevención. Encontrado en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nPreveni%C3%B3n.aspx>, consultado febrero 2018.

y difusión de estrategias de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social, que mediante la difusión a nivel nacional y territorial estimulen la demanda de servicios e insumos por parte de las poblaciones claves y prioritarias. Se debe tener en cuenta que cada grupo poblacional requiere acciones específicas. Para acercar a las poblaciones claves y prioritarias a los servicios de salud y a su demanda, se requiere la realización de acciones dirigidas a promover el ejercicio de los derechos y la superación de las barreras de acceso, lo cual resulta en el incremento, entre otras, de las acciones de tamizaje, como una práctica cercana y rutinaria. Para lograrlo, se debe partir de la organización y formalización de las acciones de la comunidad y de la existencia de servicios de salud de atención primaria fortalecidos en los temas de SSR, ITS, VIH, coinfección TB / VIH, VHB y VHC, enfocados en la prevención, tamizaje y canalización. De igual manera,

es necesario desarrollar mecanismos de coordinación en los diferentes niveles, que promuevan la cualificación y contratación de los prestadores primarios de la comunidad e IPS, para mejorar la oferta de acciones de tamizaje, detección temprana, asesoría, apoyo social, identificación activa de vulnerabilidades y su correspondiente intervención, así como un diagnóstico oportuno. Todo lo anterior se traduce en la implementación de una estrategia de **prevención combinada** (definida como la combinación de una variedad de métodos para reducir el riesgo de infección por VIH, que comprende un conjunto de intervenciones, de promoción de conductas saludables, basado en la evidencia y los derechos humanos, enfocado en satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades³⁷), que fortalezca las intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales con enfoque de derechos y de focalización.

5.2.2. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD LÍNEA OPERATIVA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Tabla 5. Matriz de marco lógico. Eje Promoción de la salud, objetivo 1: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O1. Fomentar la implementación de la estrategia de prevención combinada.					
Resultados					
R1 El país cuenta con una estrategia de prevención combinada implementada en el marco del MIAS y la ruta de atención integral de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	MR1-1 El país emite los ajustes normativos y técnicos tendientes a facilitar la implementación de la estrategia de prevención combinada.	IR1-1 Número de lineamientos nacionales o normas emitidas para la implementación de la estrategia de prevención combinada.		Lineamientos emitidos para la implementación de la estrategia.	No se concrete, ni se expida el lineamiento técnico por parte del MSPS.

37 ONUSIDA. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioral and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. UNAIDS Discussion Paper. Ginebra, 2010.

Tabla 5. Matriz de marco lógico. Eje Promoción de la salud, objetivo 1: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
	MR1-2 El país cuenta con experiencias demostrativas de la estrategia de prevención combinada.	IR 1-2 Número de experiencias demostrativas implementadas de la estrategia de prevención combinada.		Informes por DTS de experiencias demostrativas de la implementación de la prevención combinada.	No se cuente con el lineamiento técnico para la implementación, a nivel local no exista voluntad política ni asignación de recursos para la implementación de la estrategia.
Actividades					
1. El MSPS en concurrencia con todos los agentes del SGSSS elabora y difunde los lineamientos técnicos para la implementación nacional de la estrategia de prevención combinada incluyendo: • La identificación de contextos de vulnerabilidad. • La implementación de estrategias IEC. • El acceso a insumos preventivos, como condones masculinos y femeninos o kits de inyección segura. • El acceso a pruebas de tamizaje y la canalización hacia servicios diagnósticos. • La adherencia a programas de tratamiento. La reducción de toda forma de estigma o discriminación.			MSPS	Lineamientos técnicos para la implementación nacional de la estrategia de prevención combinada.	Demoras administrativas y de gestión en la expedición del lineamiento.
2. El MSPS en concurrencia con otros actores del SGSSS estudia la factibilidad			MSPS	Documentos o actos administrativos que respalden la decisión tomada	Dificultades en el logro del consenso o no se prevé costo-beneficio para el

Tabla 5. Matriz de marco lógico. Eje Promoción de la salud, objetivo 1: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
de incluir otras tecnologías biomédicas preventivas como: • La profilaxis reexposición. • La circuncisión masculina. • El test hecho en casa.				en reuniones de consenso o con metodología de medicina basada en la evidencia.	Sistema General de Seguridad Social.
3. Los agentes del SGSSS a nivel territorial difunden e implementan los lineamientos técnicos de la estrategia de prevención combinada.			Agentes del SGSSS a nivel territorial.	Las DTS elaboran el informe de difusión e implementación de los lineamientos de la estrategia de prevención combinada.	Falta de voluntad política y de gestión territorial y la no inclusión en los planes territoriales.
4. Las DTS se articulan con los servicios comunitarios de atención en SSR en la implementación de la estrategia de prevención combinada.			DTS	Reporte de DTS de articulación con los servicios atención en SSR.	Falta de voluntad política y de gestión territorial y la no inclusión en los planes territoriales de trabajo coordinado con los servicios comunitarios atención en SSR.
5. Los agentes del SGSSS difunden e implementan la ruta de atención integral de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			Agentes del SGSSS.	Informe resultado de la implementación de la ruta de atención integral de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, acorde con el plan de MYE de la misma.	No se cumplan con los procesos básicos definidos para una implementación efectiva de la ruta.
6. Los servicios comunitarios de atención en SSR en conjunto con otros agentes del SGSSS fomentan la autoexclusión voluntaria y altruista, para donación de sangre o tejidos entre las personas			Agentes del SGSSS, servicios comunitarios atención SSR.	Reporte por parte de los servicios comunitarios atención en SSR de acciones realizadas para la autoexclusión voluntaria.	Se malinterprete la definición de autoexclusión voluntaria, la cual es de uso común en bancos de sangre.

Tabla 5. Matriz de marco lógico. Eje Promoción de la salud, objetivo 1: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
con comportamientos de riesgo o que viven con VIH, ITS, hepatitis B o C.					
7. Las EAPB e IPS, regímenes especiales y de excepción fortalecen las acciones de prevención de la coinfección TB/VIH a través de la administración de la profilaxis con isoniacida en personas que viven con VIH, el tratamiento antirretroviral temprano y el control de infecciones a nivel institucional.			Agentes del SGSSS, servicios comunitarios de atención en SSR.	Reporte de la CAC que evidencia la administración de profilaxis, informa programa de TB.	Retraso en el reporte de la CAC y divergencia con los datos del programa de TB.

Tabla 6. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 2: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O2. Incrementar el uso de condones masculinos/femeninos y de insumos preventivos en población clave y prioritaria, como estrategia de prevención para las ITS, VIH, hepatitis B y C.					
Resultados					
R2 Incremento de la proporción de personas de poblaciones claves que usan condón en la última relación sexual.	MR2 Al 2021 se incrementa en 10 puntos porcentuales del uso del condón en la última relación sexual en los HSH.	IR2 Proporción de incremento de HSH que usan condón en la última relación sexual.		Estudios de comportamientos y prevalencia en poblaciones claves.	No se realicen los estudios por falta de presupuesto.

Tabla 6. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 2: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
Actividades					
8. El MSPS y las DTS adquieren y distribuyen condones masculinos y femeninos /lubricantes para las poblaciones claves y prioritarias en el ámbito comunitario en el marco de una estrategia de prevención con enfoque diferencial y de acuerdo con las recomendaciones del documento técnico de adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia (http://studylib.es/doc/7490218/manual-para-la-adquisicion-suministro-y-distribucion-de)			MSPS, DTS	Reporte a nivel nacional y por DTS de la compra y distribución anual de condones y lubricantes.	Falta de asignación de recursos tanto a nivel nacional como territorial para la compra de condones y lubricantes.
9. Las EAPB, regímenes de excepción y especiales, así como las IPS, en concordancia con documento técnico de adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia (http://studylib.es/doc/7490218/manual-para-la-adquisicion-suministro-y-distribucion-de) adquieren y distribuyen en el marco de una estrategia de prevención con enfoque diferencial, condones masculinos en cumplimiento de la Resolución 5269 de 2017, la circular 007 de 2015 o aquellas que las modifiquen o sustituyan.			EAPB, regímenes de excepción y especiales, IPS.	Reporte de la CAC de la distribución de condones realizada a PVV atendidas.	Incumplimiento de la norma por EAPB, regímenes de excepción y especiales, IPS, frente a la adquisición y distribución de condones.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 3: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O3. Incrementar el tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en la población clave y prioritaria.					
Resultados					
R3 Incremento en la proporción de personas entre 15 y 49 años que son tamizadas para VIH, incluyendo poblaciones claves y prioritarias y aquellas expuestas a riesgo biológico.	MR3 Al 2021 incrementar el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH.	IR3 Proporción de incremento en el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH.		Reporte de tamizaje por RIPS.	No se reporten a través de RIPS, las pruebas para VIH o que no exista disponibilidad de pruebas en los diferentes ámbitos de la prestación.
R4 Incremento en la proporción de personas que son tamizadas para TB, incluyendo poblaciones claves y prioritarias y aquellas expuestas a riesgo biológico.	MR4 Al 2021 incrementar el número de personas que son tamizadas para TB.	IR4 proporción de incremento en el número de personas tamizadas para TB		Reporte de tamizaje por RIPS.	No se reporten a través de RIPS, las pruebas para TB o que no exista disponibilidad de pruebas en los diferentes ámbitos de la prestación.
R5 Incremento en la proporción de personas de 50 a 70 años y de poblaciones claves que son tamizadas para HC, incluyendo aquellas expuestas a riesgo biológico.	MR5-1 Al 2021 incrementar el número de personas de 50 a 70 años que son tamizadas para HC.	IR5-1 Proporción de incremento en el número de personas de 50 a 70 años tamizadas para HC.		Reporte de tamizaje por RIPS.	No se reporten a través de RIPS, las pruebas para HC o que no exista disponibilidad de pruebas en los diferentes ámbitos de la prestación.
	MR5-2 Al 2021 incrementar en el número de personas de poblaciones clave, incluyendo aquellas expuestas a riesgo biológico que son tamizadas para HC	IR5-2 proporción de incremento en el número de personas de poblaciones clave, incluyendo aquellas expuestas a riesgo biológico que son tamizadas para HC		Reporte de atenciones por RIPS.	No se discrimine en los RIPS el tipo de población clave.
R6 Incremento en la proporción de personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea	MR6 Al 2021 incrementar el número personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea	IR6 Proporción de incremento en el número personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea		Reporte de tamizaje por RIPS.	No se reporten a través del RIPS las pruebas tamizaje de sífilis, clamidia y gonorrea.

Tabla 7. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 3: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
R7 Incremento del número de PVV estimadas que conocen su diagnóstico	MR7 Al 2021 el 90% de las personas que se estima viven con VIH conocen su diagnóstico	IR7 Porcentaje de personas vivas diagnosticadas con VIH del total de personas estimadas que viven con VIH.		Cascada del continuo de la atención anual.	No se cuente con la disponibilidad oportuna de la información de atención derivada de la CAC.
R8 Incremento del número de personas con diagnóstico de Tuberculosis que conoce su estado serológico para VIH	MR8 Al 2021 por lo menos el 90% de las personas con diagnóstico de TB conoce su estado serológico para VIH	IR8 Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis con estado serológico conocido para VIH.		Programa nacional de TB.	La oportunidad en la atención y la discrepancia de la CAC con el programa de TB.
R9 Incremento del número de personas con diagnóstico de hepatitis B y C crónica que conocen su diagnóstico.	MR9-1 Al 2021 incrementar al 30% el número de personas diagnosticadas para HB crónica	IR9-1 Porcentaje de personas infectadas con hepatitis B crónica que están diagnosticadas		Reporte de personas con diagnóstico de hepatitis B por SIVIGILA.	No se consolide el sistema de información de los datos a partir de la CAC y del SIVIGILA.
	MR9-2 Al 2021 incrementar al 30% el número de personas diagnosticadas para HC crónica.	IR9-2 Porcentaje de personas infectadas con hepatitis C crónica que están diagnosticadas.		Reporte de personas con diagnóstico con hepatitis C por SIVIGILA.	No se consolide el sistema de información de los datos a partir de la CAC y del SIVIGILA.
Actividades					
10. El PIC de las DTS incluye acciones colectivas para la implementación territorial de la RIA de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, a través de al menos un prestador comunitario de servicios de atención en SSR en los distritos especiales y en municipios tipo 1, 2 y 3, para favorecer el acceso universal al diagnóstico oportuno de estas entidades, las cuales deben incluir, entre otras: - Identificación de factores de vulnerabilidad. - Canalización a otras rutas de atención. - Evaluación de las necesidades de apoyo social, educación en derechos sexuales y derechos reproductivos.			DTS	Reporte por DTS de acciones colectivas para la implementación de las RIAS en el marco del PIC a través de prestadores de servicios primarios de protección específica y detección temprana.	No se incluye este tipo de actividad en el PIC.

Tabla 7. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 3: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
- Educación en prevención primaria y secundaria. - Entrega de kits de inyección de menos riesgo para PID. - Entrega de condones masculinos y femeninos. - Identificación de sintomáticos respiratorios. - Oferta y realización de pruebas rápidas de tamizaje para VIH, HB y HC. - Canalización de personas con tamizaje reactivo al prestador primario. - Gestión para vacunación contra el virus de la hepatitis B a las poblaciones claves.					
11. El MSPS hace seguimiento al registro territorial de los servicios comunitarios de atención en SSR y expide los lineamientos para la cualificación de estos, con el fin de que, previa certificación, realicen acciones de y detección temprana en SSR, ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			MSPS	Lineamientos técnicos para la cualificación de los servicios primarios de protección específica y detección temprana.	No se concretan lineamientos o no se generan mecanismos de seguimiento a través del SISPRO.
12. Las DTS fortalecen las capacidades del talento humano en salud para que los servicios de atención y las ARL apliquen el protocolo vigente en exposiciones de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las ITS, VIH, VHB y VHC.			DTS	Actas de desarrollo de acciones de fortalecimiento del talento humano en salud de los servicios de atención y las ARL.	Las DTS no hacen programación en sus planes de trabajo de acciones de capacitación técnica.
13. Las DTS promueven acciones de inspección, vigilancia y control para que los servicios de atención apliquen los algoritmos de diagnóstico vigentes, ante las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			DTS	Reporte por DTS de las acciones realizadas en el marco de la inspección, vigilancia y control.	No se cuentan con mecanismos de mejora para el cumplimiento de los algoritmos diagnósticos.

Tabla 7. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 3: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
14. Las EAPB, regímenes de excepción, especial e IPS fortalecen la inducción a la demanda y la oferta de pruebas rápidas en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de tamizaje para ITS, VIH, hepatitis B y C, en servicios de salud sexual y reproductiva, consulta de ITS, violencia basada en género, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, servicios de urgencias, hospitalización, entre otros.			EAPB, regímenes de excepción, especial e IPS	Reporte de tamizaje por RIPS.	No se implementan las acciones específicas de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
15. Las DTS y las EAPB, en el marco de la contratación de la red de servicios, garantizan que estos cumplan el algoritmo diagnóstico vigente para el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			DTS, EAPB	Reporte de tamizaje por RIPS.	Los mecanismos de contratación de la red de servicios no incluyan la exigencia del cumplimiento de los lineamientos técnicos correspondientes.
16. Los bancos de sangre y tejidos, en coordinación con las EAPB garantizan la canalización efectiva de los donantes en bancos de sangre y tejidos con marcadores positivos para ITS, VIH, hepatitis B y C.			Bancos de sangre y de tejidos, EAPB	Reporte por parte de los servicios de atención en SSR de acciones realizadas para la autoexclusión voluntaria.	Se malinterprete la definición de autoexclusión voluntaria, la cual es de uso común en bancos de sangre.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 4: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O4. Eliminar la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, sífilis y hepatitis B mediante el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el SGSSS.					
Resultados					
R10 Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.	MR10 Al 2021 disminuir el porcentaje de casos de transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos.	IR10 Porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna con respecto al total de niños y niñas expuestos (hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación) en un período determinado.		Sistema de información de la ETMI.	No se cumplan las acciones de prevención contempladas para evitar la TMI del VIH.
R11 Eliminación de la transmisión materno-infantil del VHB.	MR11-1 Al 2021 disminuir el porcentaje de TMI del VHB a 5% o menos.	IR11-1 Porcentaje de transmisión materno-infantil de la hepatitis B		Sistema de información de la ETMI.	No se cumplan con las acciones de prevención y control de la TMI de la HB.
	MR11-2 Al 2021 el 95% de los recién nacidos reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.	IR11-2 Proporción de los recién nacidos que reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.		Sistema de información del PAI.	Falte existencias de vacuna en las DTS.
R12 Eliminación de la transmisión materno-infantil de Chagas.	MR-12 Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan	IR-12 Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas		Sistema de información de vigilancia.	No incrementar la cobertura de tratamiento para los niños con enfermedad de Chagas.

Tabla 8. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 4: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
	un resultado serológico negativo después del tratamiento.	se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.			
Actividades					
17. Las DTS, EAPB, regímenes de especiales y de excepción e IPS garantizan la inducción a la demanda y la oferta de tamizaje sin barreras para VIH, sífilis y hepatitis B y Chagas para la totalidad de las gestantes.			DTS, EAPB, regímenes de especiales y de excepción, IPS	Reporte de la resolución de la 4505 del tamizaje de gestantes.	El reporte de la 4505 no dé cuenta de la totalidad de gestantes atendidas y tamizadas en los servicios.
18. Las DTS, EAPB, regímenes de especiales y de excepción e IPS garantizan las intervenciones establecidas para las madres, hijos e hijas expuestas al VIH, sífilis, VHB y Chagas para eliminar la transmisión materno-infantil de estos eventos, de acuerdo con el marco técnico-normativo vigente.			DTS, EAPB, regímenes de especiales y de excepción, IPS	Sistema de información de la ETMI.	Las EAPB, DTS, regímenes de especiales y de excepción, IPS no realicen acciones para el fortalecimiento de las acciones de prevención de la TMI.
19. Las DTS, EAPB, regímenes de especiales y de excepción e IPS garantizan el seguimiento clínico y paraclínico a los menores expuestos al VIH, sífilis, VHB y Chagas por transmisión materno-infantil, hasta la confirmación o descarte del diagnóstico, de acuerdo con las recomendaciones técnicas vigentes.			Las DTS, EAPB, regímenes de especiales y de excepción, IPS	Reporte del seguimiento de la cohorte de la TMI de la ETMI.	No se garantice por parte de los prestadores el seguimiento a los menores expuestos, ni se apliquen los lineamientos técnicos relacionados.
20. Las DTS promueven acciones de inspección, vigilancia y control para que los servicios de			DTS	Reporte por DTS de las acciones realizadas con los de vigilancia y control para la TMI, VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas.	Falta de gestión a nivel territorial en el fortalecimiento de

Tabla 8. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 4: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
atención apliquen las recomendaciones técnicas vigentes para la eliminación de la TMI, del VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas,			DTS		los procesos de inspección.
21. El Programa Ampliado de Inmunizaciones fortalece las coberturas de vacunación contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida del recién nacido.			MSPS, PAI	Reporte nacional de coberturas del PAI.	Falta de disponibilidad de vacuna contra el VHB.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 5: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
05. Facilitar el acceso a la vacuna contra la hepatitis B a las poblaciones priorizadas en el lineamiento nacional.					
Resultados					
R13 Las poblaciones priorizadas reciben el esquema completo de vacunación de hepatitis B, de acuerdo con los lineamientos nacionales.	MR13-1 Al 2021 el 95% de los menores de 6 años reciben el esquema completo de vacunación contra la hepatitis B.	IR13-1 Proporción de los menores de 6 años que reciben el esquema completo de vacunación contra el virus de la hepatitis B.		Informe PAI.	Disminución de las existencias de vacuna contra el VHB para menores de 6 años.
	MR13-2 Al 2021 el 25% de las poblaciones priorizadas definidas en los lineamientos nacionales reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B.	IR3-2 Proporción de las poblaciones priorizadas que reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B.		Informe PAI-DTS coberturas de vacunación.	Falta de disponibilidad de la vacuna contra el VHB para poblaciones priorizadas.

Tabla 9. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 5: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
	MR13-3 Al 2021 el 85% de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, recibieron profilaxis oportuna y completa para hepatitis B (vacuna y gamma-globulina anti HB).	IR13-3 Proporción de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron profilaxis oportuna y completa para hepatitis B (vacuna y gamma-globulina anti HB).		Informe SIVIGILA violencia de género.	Falta de aplicación de los protocolos en relación con la violencia sexual.
Actividades					
22. Las DTS, EAPB, IPS, regímenes especiales y de excepción vacunan contra el VHB a las poblaciones priorizadas de acuerdo con el lineamiento técnico correspondiente.			DTS, EAPB, IPS, regímenes especiales y de excepción.	Reporte de coberturas del PAI y reporte de vacunación para poblaciones priorizadas.	Limitación en la disponibilidad de vacunas contra el VHB.
23. El Programa Ampliado de Inmunizaciones reglamenta la ampliación de beneficiarios de la vacuna contra el virus de la hepatitis B, de acuerdo con los lineamientos técnicos vigentes.			MSPS-PAI	Lineamiento técnico que dé cuenta de la ampliación de beneficiarios de la vacuna contra el VHB.	Falta de voluntad política para incluir poblaciones prioritarias en la reglamentación de la vacuna contra el VHB.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 6: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O6. Reducir el estigma y la discriminación (E&D) hacia personas en condición de vulnerabilidad o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.					

Tabla 10. Matriz de marco lógico. Eje promoción de la salud, objetivo 6: Línea operativa promoción y prevención					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
Resultados					
R14 Incremento en las actitudes de respeto y aceptación hacia las personas que viven con VIH (PVV) y poblaciones claves	MR14 Al 2021 se incrementan al 30% las actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones claves.	IR 14 Proporción de personas que expresan actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones claves.		Reporte de la ENDS 2020.	No hay acciones desarrolladas para la disminución del E&D.
Actividades					
24. El MSPS y las DTS con la participación de las organizaciones de sociedad civil y de personas con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C, diseñan e implementan al menos dos (2) estrategias de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social enfocadas en la difusión de los derechos sexuales (DS) y derechos reproductivos (DR) para la eliminación del estigma y discriminación hacia las poblaciones vulnerables o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.			MSPS, DTS	Reporte y evidencia de las estrategias realizadas e implementadas.	Limitación en la asignación de recursos para el desarrollo de las estrategias.
25. El MSPS y las DTS promueven acciones de carácter intersectorial para facilitar el apoyo y la inclusión social y las respuestas concretas a las necesidades de las personas vulnerables o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.			MSPS, DTS	Informes, actas o reportes de reuniones intersectoriales para promover acciones de apoyo e inclusión social.	Falta de voluntad política de organismos intersectoriales para trabajar en el marco de la respuesta al VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.

5.3. EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

5.3.1. LÍNEA OPERATIVA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

“La atención integral es la respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva, a través de la integración de las acciones inter y transectoriales para propiciar la prosperidad en salud”³⁸

Estrategia: para ampliar la cobertura, la calidad y el rendimiento de los servicios de detección y atención de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C, se requiere aumentar las puertas de entrada al diagnóstico temprano, la atención oportuna y el aumento de la resolutivez en

la atención integral por parte del prestador primario, así como, una efectiva coordinación entre prestadores primarios, complementarios y sus redes integradas de servicios. La estrategia incluye desarrollos enfocados en las poblaciones claves y prioritarias, la expansión de la aplicación del uso de pruebas rápidas en todos los ámbitos de atención y servicios, la instauración de capacidades técnicas en el talento humano del prestador primario que permita el inicio de la atención y la descentralización del tratamiento antirretroviral de primera línea, de acuerdo con los lineamientos de la ruta de atención integral en ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C; el fortalecimiento de la atención a las personas con hepatitis B o C crónica y de implementación de las acciones colaborativas TB/VIH.

5.3.2. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD LÍNEA OPERATIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Tabla 11. Matriz de marco lógico. Eje gestión integral del riesgo en salud, objetivo 7: Línea operativa atención integral en salud					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O7. Garantizar la atención integral oportuna y el acceso al tratamiento de las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C crónicas, siguiendo las normas, guías, protocolos y lineamientos vigentes.					
Resultados					
R15 Incremento del cumplimiento de la atención integral a las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral de acuerdo con el protocolo vigente. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatitis.pdf	MR15 Al 2021 el 100 % de las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral que consultaron dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento recibieron atención integral de acuerdo con los protocolos vigentes.	IR15 Proporción de las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral que consultaron dentro de las primeras 72 horas, recibieron atención integral de acuerdo con los protocolos vigentes.		Informe SIVIGILA violencia de género.	Falta de aplicación de los protocolos en relación con la violencia sexual.

38 MSPS. Ibíd, 2013.

Tabla 11. Matriz de marco lógico. Eje gestión integral del riesgo en salud, objetivo 7: Línea operativa atención integral en salud					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
R16 Incremento de la proporción de personas que conocen su diagnóstico de coinfección TB/VIH que son ligadas a la atención integral en salud.	MR16 En el 2021 el 95% de las personas con coinfección TB/VIH inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso.	IR16 Porcentaje de las personas con coinfección TB/VIH que inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento anti-tuberculoso.		Informe de cohortes del programa de TB.	Discrepancias en la información reportada por la CAC y el programa de TB, limitación en la implementación de acciones colaborativas TB/VIH.
R17 Incremento de la proporción de personas que conocen su diagnóstico de VIH que reciben TAR.	MR17 Al 2021 el 90% de las PVV que conocen su diagnóstico son retenidas en la atención y reciben TAR.	IR17 Porcentaje de las PVV que conocen su diagnóstico son retenidas y reciben TAR.		Cascada de continuo de atención.	Limitación en la oportunidad de la información derivada de la CAC.
R18 Incremento de la proporción de PVV que reciben TAR y logran supresión virológica.	MR18 Al 2021 el 90% de las PVV que reciben TAR logran supresión virológica.	IR18 Porcentaje de las PVV que reciben TAR y logran supresión virológica.		Cascada de continuo de atención.	Limitación en la oportunidad de la información derivada de la CAC.
R19 Aumentar la proporción de personas con diagnóstico de hepatitis B y C crónica que reciben tratamiento.	MR19-1 Al 2021 se incrementa en un 30% el número de las personas diagnosticadas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento, acorde con las guías de práctica clínica vigentes.	IR19-1 Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento acorde con las guías de práctica clínica vigentes.		Informe de personas con diagnóstico de hepatitis B crónica con tratamiento.	No se logre consolidar el desarrollo de un proceso de información de reporte de la atención y el tratamiento de la hepatitis B.
	MR19-2 Al 2021 se incrementa por lo menos al 50% el número de las personas diagnosticadas de	IR19-2 Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica		Informe de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica con tratamiento.	No se logre consolidar el desarrollo de un proceso de información de reporte de la atención y

Tabla 11. Matriz de marco lógico. Eje gestión integral del riesgo en salud, objetivo 7: Línea operativa atención integral en salud					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
	hepatitis C crónica que reciben tratamiento y seguimiento, acorde con las guías de práctica clínica vigentes.	que requieren tratamiento, lo reciben acorde con las guías de práctica clínica vigentes.			el tratamiento de la hepatitis C.
R20 Incrementar la proporción de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que son canalizadas a programas de apoyo social.	MR20 Al 2021 el 80% de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios, son canalizadas a los programas de apoyo social.	IR20 Porcentaje de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios y son canalizadas a los programas de apoyo social.		Reporte de los servicios comunitarios de atención en SSR de la comunidad de la canalización a programas de apoyo social.	No se concrete el desarrollo de acciones de protección social intersectorial.
Actividades					
26. Las DTS, EAPB, regímenes especiales y de excepción e IPS, garantizan que las personas con ITS, VIH coinfección TB/VIH, hepatitis B o C, incluyendo las gestantes y sus hijos/hijas expuestos reciban atención integral, de acuerdo con el marco técnico-normativo vigente.			DTS, EAPB, regímenes especiales y de excepción, IPS.	Informe nacional, y por EAPB del cumplimiento de indicadores de gestión y atención en la CAC.	Limitación en la oportunidad de la información derivada de la CAC. No se cuente con la información de la atención de los regímenes especiales como el SSFMP (Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional).
27. Las EAPB, regímenes especiales y de excepción en el marco de la contratación de la red de servicios garantizan que estos cumplan con la atención integral de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			EAPB, regímenes especiales y de excepción.	Reporte anual de indicadores de gestión de riesgo de la CAC.	Limitación en la oportunidad de la información de la CAC de VIH, las EAPB, regímenes especiales y de excepción no

Tabla 11. Matriz de marco lógico. Eje gestión integral del riesgo en salud, objetivo 7: Línea operativa atención integral en salud					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
					cumplen en su contratación con los lineamientos para la atención integral.
28. Las DTS, EAPB, regímenes especiales y de excepción e IPS, garantizan la atención integral y oportuna en las personas con coinfección TB/VIH para el inicio o continuación del tratamiento antirretroviral, de acuerdo con el marco técnico-normativo vigente y la implementación de otras intervenciones claves como la profilaxis con TMP/SMX.			DTS, EAPB, regímenes especiales y de excepción IPS.	Consolidado de inicio de TAR, coberturas de TAR y de inicio de tratamiento.	Limitación en la oportunidad de la información derivada de la CAC. No se cuente con la información de la atención de los regímenes especiales como el SSFMP (Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional).
29. Los agentes del SGSSS, según sus competencias, garantizan el acceso universal, la disponibilidad y entrega real y oportuna de los medicamentos, seguimiento paraclínico e insumos previstos en el marco técnico-normativo vigente para la atención de las personas que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.			Agentes del SGSS.	Informe nacional y territorial consolidado de las coberturas de medicamentos, seguimiento paraclínico e insumos previstos para la atención de las personas que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.	No hay acciones diseñadas para la implementación de RIAS.
30. El INS y los laboratorios de salud pública verifican la participación de la red de laboratorios en programas de aseguramiento de la calidad con participación en ensayos de			INS, Laboratorios de Salud Pública (LSP).	Informe del estado de implementación de los programas de aseguramiento de la calidad en	No se cuenta con el fortalecimiento de la red de laboratorios en los lineamientos para el

Tabla 11. Matriz de marco lógico. Eje gestión integral del riesgo en salud, objetivo 7: Línea operativa atención integral en salud					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
aptitud para pruebas de diagnóstico y seguimiento de las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.				pruebas para el diagnóstico y seguimiento de las entidades objeto del plan.	aseguramiento de la calidad en este tema.
31. Las DTS, EAPB, regímenes especiales y de excepción y las IPS desarrollan mecanismos de coordinación interinstitucional para la recepción y atención efectiva de las personas canalizadas por los servicios comunitarios de atención con tamizajes reactivos para VIH, VHB y VHC, sintomáticos respiratorios y otras vulnerabilidades identificadas durante las acciones a nivel comunitario en concordancia con el marco técnico-normativo vigente.			DTS, EAPB, regímenes especiales y de excepción, IPS.	Reporte por DTS, de los mecanismos de coordinación establecidos.	Las DTS, EAPB, regímenes especiales, de excepción e IPS no reconocen como válidos los tamizajes realizados a nivel comunitario.

5.4. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

5.4.1. LÍNEA OPERATIVA PLANEACIÓN PARTICIPATIVA Y VEEDURÍA CIUDADANA

La participación social es una herramienta de empoderamiento que le facilita a la comunidad un rol activo y corresponsable. Es un proceso por el cual la comunidad individual y colectivamente, asumen compromisos y responsabilidades, facilita la construcción y ejecución de alianzas intersectoriales con la sociedad civil³⁹.

Estrategia: Formalización de la integración de la sociedad civil (sociedad civil se refiere al contexto de una acción colectiva sin coacción en torno a intereses, objetivos y valores compartidos. Es la esfera de las asociaciones autónomas que son independientes de

los sectores públicos y lucrativos, y está diseñada para que los intereses y las ideas colectivas progresen. La sociedad civil incluye a personas que viven o son afectadas con estas patologías, sus organizaciones y redes, actores no gubernamentales en otros ámbitos de la salud y el desarrollo, organizaciones, redes y coaliciones comunitarias, organizaciones cívicas no gubernamentales, entre otros)⁴⁰ en la gestión y desarrollo de la respuesta nacional a través de la definición de roles y espacios de participación, incidencia, veeduría y concertación a nivel nacional y territorial, con el fin de apoyar el logro de las metas del plan en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C. El logro de este propósito requiere la cualificación de las organizaciones de la sociedad civil para que participen en la RIA de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

³⁹ MSPS. Ibíd, 2013.

⁴⁰ ONUSIDA. Directrices del ONUSIDA para las asociaciones con la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y las poblaciones claves.

5.4.2. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA. LÍNEA OPERATIVA PLANEACIÓN PARTICIPATIVA Y VEEDURÍA CIUDADANA

Tabla 12. Matriz de marco lógico. Eje de gestión en salud pública.					
Objetivo 8: línea operativa planeación participativa y veeduría ciudadana					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O8. Integrar la sociedad civil a los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana a nivel nacional y territorial de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.					
Resultados					
R21 La sociedad civil participa en los procesos de planeación y evaluación a nivel nacional y territorial de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	MR21 Al 2021 en la totalidad de los departamentos y ciudades capitales del país, la estructura de planeación y evaluación en salud incluye mecanismos para asegurar la participación de la sociedad civil que trabaja en la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	IR21 Número de departamentos y ciudades capitales que cuentan con participación de la sociedad civil en los procesos de planeación y evaluación en salud para la respuesta en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.		Reporte del número de departamentos y ciudades capitales con participación en procesos de planeación y evaluación en salud.	Los gobiernos departamentales o de ciudades capitales no realizan el diálogo con la sociedad civil y ponen barreras para la vinculación de estos en los procesos de planeación.
R22 La sociedad civil participa en los procesos de incidencia y veeduría de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C a nivel nacional y territorial.	MR 22 Al 2021 en cada DTS hay por lo menos un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado e implementado por la sociedad civil para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	IR22 Número de DTS que cuentan con mínimo un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado por la sociedad civil e implementado para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.		Reporte por DTS del número de planes de incidencia y veeduría ciudadana elaborado por la sociedad civil.	Las DTS no faciliten el diálogo departamental para el trabajo con la sociedad civil.
Actividades					
35. Las OBC (organizaciones de base comunitaria) de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS definen procesos de gestión estandarizados, que les permita la participación en procesos			OBC	Informe por OBC de procesos de gestión estandarizados para la prestación de servicios desde el ámbito comunitario	Las OBC no prioricen en sus acciones la gestión por procesos estandarizados.

Tabla 12. Matriz de marco lógico. Eje de gestión en salud pública. Objetivo 8: línea operativa planeación participativa y veeduría ciudadana					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
de contratación en el sector privado y público, para la prestación de servicios desde el ámbito comunitario en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.				en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	
36. Las organizaciones de sociedad civil, a nivel territorial con las DTS y a nivel nacional con el MSPS, elaboran, mantienen actualizados y socializan los directorios locales y nacionales de los grupos, organizaciones y redes comunitarias que realizan acciones en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C, especificando sus competencias para facilitar acciones de articulación.			MSPS, DTS, SC	Directorio de organizaciones a nivel nacional y por territorios elaborado.	No se den espacios de trabajo intersectorial para el desarrollo de este proyecto.
37. Las organizaciones de sociedad civil realizan acciones de abogacía y movilización social para la reducción del estigma y la discriminación tanto a nivel comunitario como institucional y el fortalecimiento de la inclusión y protección social de las poblaciones claves y prioritarias, como parte de la agenda política territorial.			SC	Informe por OBC a nivel territorial de acciones desarrolladas de abogacía y movilización social para la reducción del estigma y la discriminación.	Las organizaciones de sociedad civil ven limitadas sus acciones por la falta de voluntad política a nivel institucional e intersectorial.
38. Las organizaciones de sociedad civil ejercen acciones de veeduría y control social para el cumplimiento de la ley estatutaria en salud y la oferta oportuna y con calidad de servicios de promoción, prevención y atención integral del VIH, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			SC	Informe de las OBC de acciones de veeduría y control social para el cumplimiento de la ley estatutaria en salud y la oferta oportuna y con calidad de servicios.	Las organizaciones vean limitadas sus acciones de veeduría y control social por falta de voluntad política del gobierno local o porque no se realizan gestiones por parte de las organizaciones de sociedad civil.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3. LÍNEA OPERATIVA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA

Estrategia: la implementación del plan incluye la realización de acciones estratégicas que faciliten la evolución de la respuesta. Por consiguiente, se requiere la ubicación de recursos nuevos, los cuales pueden formar parte de las cuentas fiscales del Estado o provenir de otras fuentes de financiación. La consecución de estos recursos requiere la gestión y movilización de actores estratégicos en diálogo permanente con las Direcciones Territoriales de Salud, que tienen la responsabilidad de realizar los procesos de

planificación con concurrencia de la comunidad, lo cual conlleva a la consolidación de los grupos de liderazgo y la generación de alianzas estratégicas formales con otros agentes, como la academia, grupos de investigación, las ONG, las OBC, entre otros. Se reconoce que muchos de estos grupos han participado en los planes de respuesta anteriores. Sin embargo, también se reconoce que las acciones y roles nuevos en la respuesta que ellos entrarían a ejecutar requieren sustentación económica y formalización institucional. En consecuencia, se hace necesario generar estrategias de autosostenibilidad de la respuesta nacional en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

5.4.4. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA. LÍNEA OPERATIVA SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA

Tabla 13. Matriz de marco lógico. Eje de gestión en salud pública. Objetivo 9: línea operativa sostenibilidad de la respuesta					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O9. Generar mecanismos de movilización de recursos y generación de alianzas para facilitar la sostenibilidad de las acciones del Plan Nacional de Respuesta ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.					
Resultados					
R23 Se cuenta con nuevas fuentes de financiación para la implementación de las acciones estratégicas del plan en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	MR23 Formalización de nuevas fuentes de recursos para la financiación de acciones estratégicas del plan, al menos una por año durante la vigencia del plan.	IR23 Número de actos administrativos o acuerdos de formalización de la financiación de acciones estratégicas del plan.		Documentos de formalización de la financiación.	No se cuenta con la voluntad política para la financiación de acciones del plan.
R24 Se han formalizado alianzas estratégicas con los sectores interesados (academia, sociedad civil, sector privado, organismos de cooperación internacional) para aportar capacidad al logro de las metas del plan.	MR24 Formalización del compromiso de nuevos aliados estratégicos (sector, entidad, organización, etc.) para la implementación del desarrollo del plan.	IR24 Número de organizaciones, sectores o aliados nuevos comprometidos en el desarrollo del plan.		Documentos de formalización de la incorporación de los aliados.	No se cuenta con la voluntad política para la financiación de acciones del plan.

Tabla 13. Matriz de marco lógico. Eje de gestión en salud pública. Objetivo 9: línea operativa sostenibilidad de la respuesta					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
Actividades					
39. Las DTS fortalecen su accionar en la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB / VIH, las hepatitis B y C, incrementando en número y alcance las acciones en poblaciones claves y prioritarias, de modo que produzcan transformaciones en el comportamiento epidemiológico de estas entidades en estas poblaciones.			DTS	Informe por DTS de acciones desarrolladas en poblaciones claves y prioritarias en términos de alcance y cobertura.	Las DTS no prioricen en sus acciones a poblaciones claves y prioritarias.
40. Movilización de recursos que faciliten la participación y vinculación formal de los grupos y entidades de sociedad civil (academia, ONG, OBC, etc.) en las acciones de fortalecimiento de la respuesta y los impactos que producen el ITS, VIH, coinfección TB / VIH, las hepatitis B y C.			MSPS, DTS, SC	Documento acta de formalización de recursos para acciones de fortalecimiento para organizaciones de sociedad civil.	No exista voluntad política ni participativa para la movilización de recursos dirigidos a la sociedad civil.
41. Los organismos internacionales y otros cooperantes apoyan el fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil organizada para la presentación de proyectos en ITS, VIH, coinfección TB / VIH, las hepatitis B y C.			Organismos internacionales de cooperación.	Formalización de procesos de cualificación para la presentación de proyectos por la sociedad civil.	No se logren acuerdos para la cooperación entre los organismos internacionales de cooperación y la sociedad civil.
42. El MSPS y las DTS promueven prácticas voluntarias de responsabilidad social corporativa tendientes a evidenciar su vinculación a la respuesta nacional de ITS, VIH, coinfección TB / VIH, las hepatitis B y C.			MSPS, DTS	Documentos, actas o acuerdos de MSPS y DTS de reuniones de trabajo para la promoción de prácticas voluntarias de responsabilidad social.	No se logre la convocatoria y falta de voluntad de organizaciones convocadas para prácticas de responsabilidad social y su vinculación en la respuesta nacional.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.5. LÍNEA OPERATIVA MONITOREO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

El seguimiento y evaluación es una iniciativa enfocada en hacer el desarrollo global más efectivo por medio de herramientas de administración basadas en resultados. Se busca contar con información que permita retroalimentar las acciones gubernamentales, a través de un mejor entendimiento de la evolución de las situaciones y sus dificultades específicas, con la orientación de programas, planes y proyectos. De tal forma, el seguimiento

implica la recolección de datos por indicadores con la medición del grado de avance, logros y progresos. Por su parte, la evaluación determina la relevancia y satisfacción de objetivos, la eficiencia del desarrollo, efectividad, impacto e incluye actores involucrados⁴¹.

Estrategia: el MSPS coordina con los agentes del SGSSS la gestión de la información y del conocimiento, para la toma de decisiones programáticas y operativas que conduzcan a la eliminación del SIDA, las ITS seleccionadas, la hepatitis B y C y la coinfección TB/VIH.

5.4.6. MATRIZ DE MARCO LÓGICO. EJE DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA. LÍNEA OPERATIVA PLANEACIÓN MONITOREO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Tabla 14. Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública.					
Objetivo 10: línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O10. Generar, consolidar y disponer de información relacionada con la situación de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en el país, para identificar brechas, formular estrategias, hacer modelamientos y estimaciones, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional que den cuenta del avance en la misma.					
Resultados					
R25 El país dispone de datos e información suficiente, oportuna y de calidad a nivel nacional y territorial sobre logros y dificultades de la respuesta nacional en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	MR25 Los responsables de la gestión de la información generan reportes periódicos sobre el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y de los avances en la respuesta nacional, que permitan la toma de decisiones oportunas de acuerdo con la normatividad técnica vigente.	IR25 Generación periódica de reportes de acuerdo con la normatividad técnica vigente.			

41 MSPS. Ibíd, 2013.

Tabla 14. Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública. Objetivo 10: línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
Actividades					
43. El MSPS y las DTS emiten y difunden, con una periodicidad anual, el análisis de la situación epidemiológica de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en su jurisdicción, incluyendo la información de poblaciones claves.			MSPS, DTS	Documento anual, nacional y territorial del análisis de la situación epidemiológica de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, con análisis de la información para poblaciones claves.	Los mecanismos oficiales de reporte de información que no realicen las modificaciones para la inclusión de las poblaciones claves y no generen la información oportuna para su análisis.
44. El MSPS realiza en el año 2020 la evaluación de medio término del avance en la implementación del plan nacional de respuesta ante las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.			MSPS	Documento final del informe de evaluación de término medio de los resultados del avance en la implementación del plan.	No se cuente con los reportes de avance de la respuesta, no existe información de las DTS, EAPB e IPS.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública, objetivo 11: Línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
O11. Generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis B y C y de la efectividad de las respuestas instauradas.					
Resultados					
R26 El país cuenta con un plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica.	MR26 El país en el año 2021 ha elaborado e implementado el plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica en las ITS, VIG, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	IR26 Plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica elaborado e implementado.	MSPS	Documento informe del plan y su implementación.	No se logre el consenso con los actores de la respuesta que producen información SIVIGILA, CAC, programa TB.

Tabla 15. Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública, objetivo 11: Línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
R27 El país cuenta con información integrada a los sistemas rutinarios del SGSSS de las acciones de protección específica y detección temprana realizadas desde la comunidad en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	RM27 El país elabora y difunde cada año el informe anual de las acciones realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	IR27 Informe anual de acciones en el marco de la RIAS ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR.	MSPS, SC	Documento de informe anual de acciones de los servicios comunitarios de protección específica y detección temprana en SSR.	No se cuente con la integración funcional de la información en el SISPRO.
Actividades					
45. El MSPS desarrolla e integra al sistema nacional de información las herramientas necesarias para el registro, consolidación y análisis de las acciones de protección específica y protección temprana realizadas por las organizaciones de la sociedad civil que se desempeñan como servicios comunitarios de atención en SSR.			MSPS	Integración al SISPRO del registro de las acciones realizadas por servicios comunitarios de atención en SSR.	No se logre hacer y construir con SISPRO la integración funcional de la información generada por los servicios comunitarios de atención en SSR.
46. El MSPS realiza investigación cualitativa en población clave que permita identificar comportamientos asociados al incremento en la exposición al VIH.			MSPS	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.
47. El MSPS realiza estudios de poblaciones de prevalencia del VIH y comportamiento sexual en poblaciones claves.			MSPS	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.
48. El MSPS realiza estudios de poblaciones de prevalencia de hepatitis C.			MSPS	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.
49. EL MSPS realiza el segundo estudio nacional de farmacoresistencia pretratamiento ARV.			MSPS	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.

Tabla 15. Matriz de marco lógico. Eje gestión en salud pública, objetivo 11: Línea operativa planeación monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento					
Objetivos específicos	Meta y línea de base	Indicadores	Responsables	Medios de verificación	Supuestos
50. El MSPS actualiza el estudio nacional de mortalidad por VIH.			MSPS	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.
51. El MSPS apoya la realización del estudio de la eliminación de la TMI de la hepatitis B.			MSPS	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.
52. La sociedad civil con apoyo del MSPS realiza el estudio de medición del índice de estigma y discriminación.			MSPS, SC	Documento final del informe de resultados.	No se adjudique rubro presupuestal para el desarrollo del estudio.
53. El MSPS lidera la conformación del comité técnico científico nacional con participación de representantes de la sociedad civil.			MSPS	Acto administrativo que formalice la conformación del comité.	La demora en trámites administrativos relacionados con la formalización no faciliten la constitución del comité.
54. El MSPS actualiza, mediante consenso de expertos, las guías de práctica clínica para la atención integral de las ITS, VIH, hepatitis B y C.			MSPS	Documento final de actualización de las GPC ITS, VIH, hepatitis B y C.	No se logre realizar la convocatoria, ni el consenso con expertos temáticos. No exista adherencia a los lineamientos técnicos de la OMS.

Fuente: Elaboración propia.

6. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C establece el sistema de monitoreo y evaluación de los objetivos y las metas formuladas a través de los ejes de desarrollo. El desarrollo del sistema de seguimiento refleja la relevancia alcanzada en el país del trabajo conjunto de acciones entre la comunidad, el sistema de salud, otros sectores, agencias, departamentos administrativos, entre otros. El MSPS, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, evaluación y gestión de la información del sector salud, define el mecanismo de M&E de las acciones establecidas en el presente plan, con el objetivo de dar a conocer a los actores de la respuesta nacional, el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos. Lo anterior, con base en la Ley 715 de 2001, que asigna al MSPS la formulación y coordinación en su ejecución, así como su seguimiento y evaluación. Este plan está destinado a facilitar la recopilación de datos estandarizados y a ayudar a analizar estos datos, para que la interpretación y difusión de esta información mejore la respuesta del sector de la salud a nivel nacional y territorial, así como la toma de decisiones basada en la evidencia.

6.1. OBJETIVOS DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada uno de los ejes de acción.
- Monitorear la gestión de la respuesta en distintas entidades territoriales y con los actores de la respuesta.
- Proporcionar información y evidencia de los cambios frente a la respuesta nacional, su impacto y su sostenibilidad.

6.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

El seguimiento y evaluación del plan se apoyará en los datos suministrados por los registros administrativos, encuestas, censos y estadísticas derivadas que alimentan las siguientes fuentes de información, definidas por la Guía metodológica para registros, observatorios, sistemas de seguimiento y salas situacionales nacionales en salud, de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS, y los cuales se relacionan a continuación. (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2013.pdf)

Tabla 16. Fuentes de información	
Tipo de fuente	Fuente
Observatorios	ONVIH Colombia - Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/SIDA
Sistemas de seguimiento	Sistema de seguimiento a eventos de notificación obligatoria en salud
	Sistema de seguimiento para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio ODM SALUD Colombia
	Sistema de Nacional de Seguimiento y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
Registros	Registro de Actividades Preventivas en Salud
	Salas Situacionales-PAI
Registros Administrativos SISPRO	Registro individual de prestaciones de servicios de salud (RIPS)

Tabla 16. Fuentes de información	
Tipo de fuente	Fuente
Registros Administrativos SISPRO	Información de servicios de salud
	Estadísticas vitales
	Actividades de protección específica y detección temprana (PEDT)
	Registro de VIH/SIDA de cuenta de alto costo
	Registro de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita
Encuestas y estudios poblacionales identificadas por la Bodega de Datos del SISPRO	Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS
Sistema de Monitoreo y Evaluación para las actividades comunitarias	DIME: Desarrollo Informático de Monitoreo y Evaluación
Nota: 1. Se espera que durante la etapa de ejecución del presente plan se incorpore al sistema nacional de información, el registro de las actividades realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR incluidas en el DIME. 2. Siendo el DIME un sistema nuevo, se recomienda apropiar el cambio de lógica en el sentido del rol que cumple la comunidad en la prestación de acciones y, por tanto, en el registro individual de actividades desarrolladas por las OBC y servicios comunitarios de atención, a fin de que con esta información, se pueda hacer análisis específicos.	

Fuente Elaboración propia.

6.3. MECANISMO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

En el plan se definen cinco ejes temáticos, que para su implementación establecen objetivos y metas dirigidas a mejorar la situación de la respuesta nacional del VIH, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C. Por lo anterior, el monitoreo y evaluación propuestos deben generar evidencia de avances, progresos y dificultades durante su implementación y los resultados obtenidos.

Los criterios de clasificación de indicadores que se usan para el presente plan se basan en la clasificación definida para el Sistema de Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, tal como sigue a continuación:

- Indicadores de impacto: se refieren a los efectos que pueden tener uno o más programas en el universo de estudio y que repercuten en la sociedad en su conjunto.
- Indicadores de resultado: son los que reflejan los logros alcanzados y que se relacionan con los objetivos estipulados.
- Indicadores de proceso: se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal o presupuesto.

De esta forma, es posible monitorear y seguir en el tiempo la situación de acuerdo con los ejes planteados, además de emitir recomendaciones basadas en la información y el alcance de las estrategias propuestas de acción.

Dependiendo de la efectividad en la medición de cada uno de los grupos de indicadores de los ejes del plan y la medición periódica propuesta en relación con el cumplimiento de las metas, se contribuirá a la reducción de brechas, de información y de la respuesta nacional frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

De otra parte, para el proceso de ejecución del plan el MSPS desarrollará desde el observatorio nacional de VIH los lineamientos para su implementación, en el cual se establecen los objetivos, metas y acciones dirigidas a mejorar la situación de la respuesta nacional del VIH, las ITS, la coinfección TB/VIH y la hepatitis B y C por cada uno de estos ítems, dirigidos a orientar a nivel nacional y territorial la función que desempeña cada uno de los actores en el presente plan.

La tabla 17 presenta el resumen del conjunto de indicadores, los cuales enmarcan la evaluación frente a la respuesta de las ITS, el

VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C. Este conjunto proporciona información concisa sobre la situación de salud y tendencias, incluidas en la respuesta nivel nacional.

Tabla 17. Resumen de indicadores Plan Nacional de Respuesta 2018-2021		
Número del indicador	Nombre del indicador	Área programática
INDICADORES DE IMPACTO DEL PLAN		
IM 1	Prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años.	VIH
IM 2	Proporción de personas que al momento del diagnóstico tienen un recuento de CD4 mayor o igual a 500 CD4/ml:	VIH
IM 3	Proporción de defunciones entre las personas con coinfección TB/VIH.	TB/VIH
IM 4	Número de casos de muerte asociada a carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC.	HB y HC
IM 5	Número de casos de sífilis congénita en nacidos vivos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.	ITS, TMI SÍFILIS
INDICADORES PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		
IR1-1	Número de lineamientos nacionales o normas emitidas para la implementación de la estrategia de prevención combinada.	Prevención del VIH
IR 1-2	Número de experiencias demostrativas implementadas de la estrategia de prevención combinada.	Prevención del VIH
IR 2	Proporción de incremento de HSH que usan condón en la última relación sexual con pareja ocasional y con pareja estable.	Prevención
IR4	Proporción de incremento en el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH.	VIH
IR 4	Proporción de incremento en el número de personas tamizadas para HB.	Hepatitis B
IR 5-1	Proporción de incremento en el número de personas de 50 a 70 años tamizadas para HC.	Hepatitis C
IR 5-2	Proporción de incremento en el número de personas de poblaciones claves, que son tamizadas para HC.	Hepatitis C
IR 6	Proporción de incremento en el número personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea.	ITS
IR 7	Porcentaje de personas vivas diagnosticadas con VIH del total de personas estimadas que viven con VIH.	VIH
IR 8	Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis con estado serológico conocido para VIH.	VIH
IR 9-1	Porcentaje de personas infectadas con hepatitis B crónica que están diagnosticadas.	Hepatitis B
IR 9-2	Porcentaje de personas infectadas con hepatitis C crónica que están diagnosticadas.	Hepatitis C
IR 10	Porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna con respecto al total de niños y niñas expuestos (hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación) en un período determinado.	TMI VIH
IR 11-1	Porcentaje de transmisión materno-infantil de la hepatitis B.	TMI HB
IR 11-2	Proporción de los recién nacidos que reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.	Inmunización hepatitis B
IR 12	Lograr que por lo menos un 90% de los niños con la enfermedad de Chagas se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.	TMI Chagas

Tabla 17. Resumen de indicadores Plan Nacional de Respuesta 2018-2021		
Número del indicador	Nombre del indicador	Área programática
IR 13-1	Proporción de los menores de 6 años que reciben el esquema completo de vacunación contra el virus de la hepatitis B.	Inmunización hepatitis B
IR 13-2	Proporción de las poblaciones priorizadas que reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B.	Inmunización hepatitis
IR 13-3	Proporción de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron profilaxis oportuna y completa para hepatitis B (vacuna y gamma-globulina anti HB).	Inmunización hepatitis
IR 14	Proporción de personas que expresan actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones claves.	E&D
INDICADORES ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD		
IR 15	Proporción de las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral que consultaron dentro de las primeras 72 horas, recibieron atención integral de acuerdo con los protocolos vigentes.	ITS, VIH, hepatitis
IR 16	Porcentaje de las personas con coinfección TB/VIH que inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso.	TB/VIH
IR 17	Porcentaje de las PVV que conocen su diagn óstico, son retenidas y reciben TAR.	VIH
IR 18	Porcentaje de las PVV que reciben TAR y logran supresión virológica.	VIH
IR 19-1	Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento acorde con las guías de práctica clínica vigentes.	Hepatitis B
IR 19-2	Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que requieren tratamiento, lo reciben acorde con las guías de práctica clínica vigentes.	Hepatitis C
IR 20	Porcentaje de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios y son canalizadas a los programas de apoyo social.	TB/VIH
INDICADORES PLANEACIÓN PARTICIPATIVA Y VEEDURÍA CIUDADANA		
IR 21	Número de departamentos y ciudades capitales que cuentan con participación de la sociedad civil en los procesos de planificación y evaluación en salud para la respuesta en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	Participación social
IR 22	Número de DTS que cuentan con mínimo un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado por la sociedad civil e implementado para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	Participación social
INDICADORES SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA		
IR 23	Número de actos administrativos o acuerdos de formalización de la financiación de acciones estratégicas del plan.	Lineamiento técnico
IR 24	Número de organizaciones, sectores o aliados nuevos comprometidos en el desarrollo del plan.	Participación sectorial
INDICADORES MONITOREO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO		
IR 25	Generación periódica de reportes de acuerdo con la normatividad técnica vigente.	M&E
IR 26	Plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica elaborado e implementado.	M&E
IR 27	Informe anual de acciones de protección específica y detección temprana realizadas por los servicios comunitarios de protección específica y detección temprana en SSR.	M&E

Fuente: Elaboración propia.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con el concurso de diferentes actores de la respuesta nacional, recopilará, consolidará y dispondrá la información necesaria para el seguimiento y evaluación del plan por parte de todos los actores interesados, habiéndose dispuesto las siguientes fechas de corte:

1. Evaluación anual: en el mes de noviembre de cada año de vigencia se realizará el reporte del avance de los resultados por ejes y por objetivo.
2. Evaluación de medio término: en el año 2020 se realizará la evaluación de medio término del reporte del avance del impacto, los resultados y el estado de avance de las actividades.
3. Evaluación final: en enero del año 2022 se realizará, en conjunto con los actores del sistema, la evaluación final del plan.

Es importante resaltar que la visión del Plan de monitoreo y evaluación tiene base cuantitativa. Por lo anterior, en los casos cuando se definen indicadores como informes o se anotan como fuente también otros informes, se entiende que estos incluyen datos numéricos y, por tanto, análisis de bases cuantitativas. Como producto de estas evaluaciones, realizadas con base en la definición operativa de cada uno de los indicadores en su forma de cálculo, periodicidad, meta, nivel de desagregación, resultado, entre otros (tabla 18), se generará un documento oficial con los respectivos informes que permitirán profundizar en el análisis de la situación y avance en cada eje estratégico, con un enfoque hacia la interpretación del avance de los resultados y la medición de las brechas que aún persistan.

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del Plan Nacional de respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numera-dor	Denomi-nador	Fac-tor					
IM 1	Impacto	VIH	Prevalencia del VIH en la población de 15 a 49 años	Estimación software <i>Spectrum</i>	NA	NA		Edad de 15 a 49 años	Anual	2017: 0,5%	Al 2021 mantener la prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 menor al 1%.	Software <i>Spectrum</i>
IM 2	Impacto	VIH	Proporción de personas que al momento del diagnóstico tienen un recuento de CD4 mayor o igual a 500/ml	NA	Número de personas que al momento del diagnóstico de VIH tienen 500 células LT CD4 o más	Número total de personas diagnosticadas con VIH en el último año	100	Departamento, edad y sexo	Anual	2015: 17%,	Al 2021 incrementar al 25% el diagnóstico temprano de PVV	CAC VIH
IM 3	Impacto	TB/VIH	Proporción de defunciones entre las personas con coinfección TB/VIH	NA	Número de personas coinfección con TB/VIH	Número total de personas con coinfección TB/VIH	100	Departamento, edad y sexo	Anual	2015: 27%	Al 2021 reducir la mortalidad entre los casos de TB/VIH menor o igual al 17%	Cohorte programa TB

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numerador	Denominador	Factor					
IM 4	Impacto	HB y HC	Número de casos de muerte asociada con carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC	Número de casos de muerte asociada con carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC	NA	NA	NA	Departamento, edad y sexo	Anual	Por definir (primer trimestre ejecución del plan)	Al 2021 reducir el número de muertes por carcinoma hepatocelular, cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas atribuibles a infecciones por VHB y VHC.	CAC Cáncer, RIPS, Observatorio nacional de cáncer
IM 5	Impacto	ITS, TMI sífilis	Número de casos de sífilis congénita en nacidos vivos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos	NA	Número de casos nuevos de sífilis congénita	Total de nacidos vivos	1.000	Menores de un año, y departamento	Anual	2016: 1,1/1.000 NV	Al 2021 reducir la incidencia de la sífilis congénita a 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos	Numerador: INS, Informe TMI, sífilis gestacional y congénita Denominador: estadísticas vitales (nacimiento) DANE
IR 1-1	Gestión	Prevención del VIH	Número de lineamientos nacionales o normas emitidas para la implementación de la estrategia de prevención combinada	Número de lineamientos nacionales o normas emitidas	NA	NA	NA	Nacional	Única	2017 LB: 0	El país emite los ajustes normativos y técnicos tendientes a facilitar la implementación de la estrategia de prevención combinada	Lineamientos emitidos para la implementación de la estrategia
IR 1-2	Gestión	Prevención del VIH	Número de DTS con experiencias demostrativas implementadas de la estrategia de prevención combinada	Número de DTS con experiencias demostrativas implementadas	NA	NA	NA	Territorial	Anual	2017 LB: 0	El país cuenta con experiencias demostrativas de la estrategia de prevención combinada	Informes por DTS de experiencias demostrativas de la implementación de la prevención combinada

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numera-dor	Denomi-nador	Factor					
IR 2	Gestión	Preven-ción	Proporción de incremento de HSH que usan condón en la última relación sexual	NA	Número de HSH que declara haber usado el condón en la última relación sexual	Total de la muestra de HSH del estudio	100	Discrimi-nado por pareja estable y ocasional	2 a 3 años	2016: 17%	Al 2021 se incrementa en 10 puntos porcentuales el uso del condón en la última relación sexual en los HSH	Estudios de prevalencia y comportamiento sexual, una vez determinada la proporción de uso se establece la modificación por puntos porcentuales con respecto a la línea de base
IR 3	Gestión	VIH	Proporción de incremento en el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH	NA	Número de personas entre 15-49 años tamizadas para VIH	Número total de personas 15 a 49 años	100	Departa-mento y sexo	Anual	Por definir (primer trimestre ejecución del plan)	Al 2021 Incrementar el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH	Registros de prestación individual de servicios. DIME-Registro/ Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR
IR 4	Gestión	Hepati-tis B	Proporción de incremento en el número de personas tamizadas para HB	NA	Número de personas entre 15-49 años tamizadas para HB	Número total de personas 15 a 49 años	100	Departa-mento y sexo	Anual	Por definir (primer trimestre ejecución del plan)	Al 2021 incrementar el número de personas que son tamizadas para HB	Registros de prestación individual de servicios DIME-Registro/ Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR
IR 5-1	Gestión	Hepati-tis C	Proporción de incremento en el número de personas de 50 a 70 años tamizadas para HC	NA	Número de personas de 50 a 70 años tamizadas para HC	Número total de personas 50 a 70 años	100	Departa-mento, edad y sexo	Anual	Por definir (primer trimestre ejecución del plan)	Al 2021 incrementar el número de personas de 50 a 70 años de que son tamizadas para HC	Registros de prestación individual de servicios DIME-Registro/ Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR
IR 5-2	Gestión	Hepati-tis C	Proporción de incremento en el número de personas de poblaciones claves, incluyendo aquellas expuestas a riesgo biológico que son tamizadas para HC	NA	Número de personas de población clave tamizadas para hepa-titis C	Número total estimado de población clave	100	Discrimi-nado por pobla-ción clave	Anual	Por definir (primer trimestre ejecución del plan)	Al 2021 incrementar el número de personas de poblaciones clave, incluyendo aquellas expuestas a riesgo biológico que son tamizadas para HC	Registros de prestación individual de servicios DIME-Registro/ Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numera-dor	Denomi-nador	Factor					
IR 6	Gestión	ITS	Proporción de incremento en el número personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea	NA	Número de personas entre 15-49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea	Número total de personas 15 a 49 años	100	Sexo	Anual	Por definir (primer trimestre ejecución del plan)	Al 2021 incrementar el número personas de 15 a 49 años no gestantes con pruebas para sífilis, clamidia y gonorrea	Registros de prestación individual de servicios
IR 7	Gestión	VIH	Porcentaje de personas vivas diagnosticadas con VIH del total de personas estimadas que viven con VIH	NA	Número de personas vivas diagnosticadas con VIH	Número de personas estimadas que viven con VIH.	100	Sexo, edad, departamento	Anual	2015: 71%	Al 2021 el 90% de las personas que se estima viven con VIH conocen su diagnóstico	Cascada del continuo de atención integral
IR 8	Gestión	VIH	Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis con estado serológico conocido para VIH	NA	Número personas con diagnóstico de tuberculosis con estado serológico conocido para VIH	Total de personas con diagnóstico de TB	100	Sexo, departamento	Anual	2016: 86,5%	Al 2021 por lo menos el 90% de las personas con diagnóstico de TB conoce su estado serológico para VIH	Cohorte anual programa TB
IR 9-1	Gestión	Hepatitis B	Porcentaje de personas infectadas con hepatitis B crónica que están diagnosticadas	NA	Número de personas con infección crónica por VHB que han sido diagnosticadas	Número estimado de personas con infección crónica por VHB	100	Sexo, edad	Anual	2016: Estimación de personas diagnosticadas 57.088	Al 2021 incrementar al 30% el número de personas diagnosticadas para HB crónica	Estimación prevalencia global, cascada de atención y profilaxis de la hepatitis B, CDA
IR 9-2	Gestión	Hepatitis C	Porcentaje de personas infectadas con hepatitis C crónica que están diagnosticadas	NA	Número de personas con infección crónica por VHC que han sido diagnosticadas	Número estimado de personas con infección crónica por VHC	100	Sexo, edad	Anual	2016: Estimación de personas diagnosticadas 47.600	Al 2021 incrementar al 30% el número de personas diagnosticadas para HC crónica	Estudio de caso de hepatitis C - Polaris Observatory - CDA
IR 10	Resultado	TMI VIH	Porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna	NA	niños y niñas menores de dos años VIH positivo	Total de niños y niñas expuestos al VIH	100	Menores de 2 años, por departamento	Anual, al cierre de la cohorte correspondiente	2015: 2.7%	Al 2021 disminuir el porcentaje de casos de transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos	Sistema de información de la ETMI

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numerador	Denominador	Factor					
IR 11-1	Resultado	TMI HB	Porcentaje de transmisión materno-infantil de la hepatitis B	NA	Número de casos de hepatitis B en niños menores de 2 años, hijos de madres con infección por hepatitis B	Número de niños expuestos a la hepatitis B por transmisión materno-infantil	100	Menores de 2 años, por departamento	Anual al cierre de la cohorte correspondiente	No se tiene línea de base	Al 2021 disminuir el porcentaje de TMI del VHB a 5% o menos.	Sistema de información de la ETMI Plus
IR 11-2	Gestión	Inmunización hepatitis B	Proporción de los recién nacidos que reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida	NA	Número de recién nacidos que reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida	Población de menores de un año	100	Primeras 12 horas de vida	Anual	2017: 80.7%	Al 2021 el 95% de los recién nacidos reciben la vacuna contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida	Plan ampliado de inmunizaciones
IR 13-1	Gestión	Inmunización hepatitis B	Proporción de los menores de 6 años que reciben el esquema completo de vacunación contra el virus de la hepatitis B	NA	Número de menores de 6 años que reciben el esquema completo de vacunación contra el virus de la hepatitis B	Población de menores de 6 años	100	Nacional, departamento	Anual	2016: 86,1%	Al 2021 el 95% de los menores de 6 años reciben el esquema completo de vacunación contra la hepatitis B	Plan ampliado de inmunizaciones
IR 13-2	Gestión	Inmunización hepatitis B	Proporción de las poblaciones prioritizadas que reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B	NA	Número de personas de las poblaciones prioritizadas que reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B	Número de personas de poblaciones prioritizadas	100	Nacional, departamento, poblacional	Anual	La primera medición de la cobertura se tomará como línea de base	Al 2021 el 25% de las poblaciones prioritizadas definidas en los lineamientos nacionales reciben el esquema completo contra el virus de la hepatitis B.	Plan ampliado de inmunizaciones
IR 13-3	Gestión	Inmunización hepatitis B	Proporción de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron profilaxis oportuna y completa	NA	Número de víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron	Total de víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, que recibieron	100	Nacional, departamental	Anual	2016: 29,5%	Al 2021 el 85% de las víctimas de violencia sexual que consultaron dentro de las primeras 72 horas del evento, recibieron profilaxis oportuna y	INS, registros de prestación individual de servicios

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numerador	Denominador	Factor					
			para hepatitis B (vacuna y gamma-globulina anti HB).		profilaxis oportuna y completa para hepatitis B	profilaxis oportuna y completa para hepatitis B					completa para hepatitis B (vacuna y gamma-globulina anti HB)	
IR 14	Resultado	EY D	Proporción de personas que expresan actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones claves.	NA	Número personas que expresan actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones claves	Total de muestra que respondió la ENDS	100	Nacional, departamental, sexo	Quinquenal	2015 mujeres: 22,1% hombres: 21%	Al 2021 se incrementan al 30% las actitudes de respeto y aceptación hacia las PVV y poblaciones clave	ENDS
IR 15	Gestión	ITS, VIH, hepatitis	Proporción de las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, que consultaron dentro de las primeras 72 horas, recibieron atención integral de acuerdo con los protocolos vigentes	NA	Número de personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, que consultaron dentro de las primeras 72 horas y recibieron atención integral	Número total de personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, que consultaron dentro de las primeras 72 horas	100	Nacional, departamental	Anual	2016 Víctimas violencia sexual: mujeres con profilaxis VIH: 33% mujeres Otras profilaxis: 30,4%	Al 2021 el 100 % de las personas con exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, que consultaron dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el evento recibieron atención integral de acuerdo con los protocolos vigentes.	INS, Registros de prestación individual de servicios
IR 16	Gestión	TB/VIH	Porcentaje de las personas con coinfección TB/VIH que inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso	NA	Número de personas con coinfección TB/VIH que inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso	Número total de personas con coinfección TB/VIH	100	Nacional, departamental, sexo	Anual	2015: 87,4%	En el 2021 el 95% de las personas con coinfección TB/VIH inician o continúan recibiendo servicios de atención integral del VIH durante su tratamiento antituberculoso	Cuenta de alto costo de VIH
IR 17	Gestión	VIH	Porcentaje de las PVV que conocen su diagnóstico y reciben TAR	NA	Número de personas que reciben terapia antirretroviral	Número estimado de personas que viven con el VIH	100	Nacional, departamental, edad, sexo	Anual	2015: 54%	Al 2021 el 90% de las PVV que conocen su diagnóstico, son retenidas en la atención y reciben TAR	Numerador: cuenta de alto costo de VIH Denominador: estimación por prevalencia Spectrum

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numerador	Denominador	Factor					
IR 18	Resultado	VIH	Porcentaje de las PVV que reciben TAR y logran supresión virológica	NA	Número de personas que viven con el VIH, que tienen una carga viral suprimida	Número estimado de personas que viven con el VIH	100	Nacional, departamental, edad, sexo	Anual	2015: 43%	Al 2021 el 90% de las PVV que reciben TAR logran supresión virológica	Numerador: cuenta de alto costo de VIH Denominador: estimación por prevalencia <i>Spectrum</i>
IR 19-1	Resultado	Hepatitis B	Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento acorde con las guías de práctica clínica vigentes	NA	Número de personas con infección crónica por VHB que reciben tratamiento	Número de personas con infección crónica por VHB	100	Nacional, departamental	Anual	2016: 292 personas, que corresponden al 0,5% de las personas estimadas con hepatitis B crónica recibieron tratamiento	Al 2021 se incrementa en un 30% el número de las personas diagnosticadas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento, acorde con las guías de práctica clínica vigentes.	RIPS, estimaciones realizadas para HB (estimación prevalencia global, cascada de atención y profilaxis de la hepatitis B, CDA)
IR 19-2	Resultado	Hepatitis C	Porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que requieren tratamiento, lo reciben acorde con las guías de práctica clínica vigentes	NA	Número de personas diagnosticadas con infección crónica por VHC que inició el tratamiento	Número de personas ya diagnosticadas con infección crónica por VHC Nota: se excluirán todos aquellos que ya hayan sido diagnosticados hasta la fecha, pero tratados y curados	100	Nacional, departamental	Anual	2016: se han tratado 6.031 personas de un estimado de 325.600 infectados, que corresponden al 1,7%	Al 2021 se incrementa por lo menos al 50% el número de las personas diagnosticadas de hepatitis C crónica que reciben tratamiento y seguimiento, acorde con las guías de práctica clínica vigentes	Estudio de caso de hepatitis C - Polaris Observatory - CDA
IR 20	Gestión	TB/VIH	Porcentaje de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios y son canalizadas a los programas de apoyo social	NA	Número de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios y son canalizadas a los programas de apoyo social	Número total de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios para programas de apoyo social	100	OBC	Anual	Por definir (primer semestre ejecución del plan)	Al 2021 el 80% de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios, son canalizadas a los programas de apoyo social	DIME-Registro/ Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numera-dor	Denomi-nador	Fac-tor					
IR21	Gestión	Participación social	Número de departamentos y ciudades capitales que cuentan con participación de la sociedad civil en los procesos de planificación y evaluación en salud para la respuesta en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	Número de departamentos y ciudades capitales que cuentan con participación de la sociedad civil en los procesos de planificación y evaluación en salud para la respuesta en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	NA	NA	NA	Departamento y capitales	Anual	Por definir (primer semestre ejecución del plan)	Al 2021 en la totalidad de los departamentos y ciudades capitales del país, la estructura de planificación y evaluación en salud incluye mecanismos para asegurar la participación de la sociedad civil que trabaja en la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	Registro de organizaciones de sociedad civil
IR 22	Gestión	Participación social	Número de DTS que cuentan con mínimo un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado por la sociedad civil e implementado para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	Número de DTS que cuentan con mínimo un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado por la sociedad civil e implementado para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	NA	NA	NA	DTS	Anual	Por definir (primer semestre ejecución del plan)	Al 2021 en cada DTS hay por lo menos un plan de incidencia y veeduría ciudadana elaborado e implementado por la sociedad civil para la respuesta frente a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	Registro de organizaciones de sociedad civil

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021

Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numerador	Denominador	Factor					
IR 23	Gestión	Lineamiento técnico	Número de actos administrativos o acuerdos de formalización de nuevas fuentes para la financiación de acciones estratégicas del plan	Número de actos administrativos o acuerdos de formalización de nuevas fuentes para la financiación de acciones estratégicas del plan	NA	NA	NA	Nacional	Bianual	2017: Proyecto del Fondo Mundial	Formalización de nuevas fuentes de recursos para la financiación de acciones estratégicas del plan, al menos una por año durante la vigencia del plan	Reportes de grupo de SSR
IR 24	Gestión	Participación sectorial	Número de organizaciones, sectores o aliados nuevos comprometidos en el desarrollo del plan	Número de organizaciones, sectores o aliados nuevos comprometidos en el desarrollo del plan	NA	NA	NA	Nacional, DTS	Bianual	2017: proyecto del Fondo Mundial	Formalización del compromiso de nuevos aliados estratégicos (sector, entidad, organización, etc.) para la implementación del desarrollo del plan	Reportes de grupo de SSR
IR 25	Gestión	M&E	Generación periódica de reportes de acuerdo con la normatividad técnica vigente	Un informe anual generado de los reportes de datos	NA	NA	NA	Nacional	Anual	2016: reporte anual de la información	Los responsables de la gestión de la información generan reportes periódicos sobre el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y de los avances en la respuesta nacional, que permitan la toma de decisiones oportunas de acuerdo con la normatividad técnica vigente	Documentos oficiales de informe emitidos

Tabla 18. Definición operativa por indicador para M&E, del plan Nacional de Respuesta a las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, 2018-2021												
Identificación del indicador	Tipo	Dominio	Definición indicador	Forma de cálculo				Desagregación	Periodicidad	Línea de base	Meta	Fuente
				Otra forma de cálculo	Numera- dor	Denomi- nador	Fac- tor					
IR 26	Gestión	M&E	Plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica elaborado e implementado	Un plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica elaborado e implementado	NA	NA	NA	Nacional	Única 2021	Manuales de referencia por agente del observatorio VIH	El país en el año 2021 ha elaborado e implementado el plan de información estratégica y vigilancia epidemiológica en las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	Observatorio Nacional de VIH
IR 27	Gestión	M&E	Informe anual de acciones de protección específica y detección temprana realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR.	Un informe anual de acciones de protección específica y detección temprana realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR.	NA	NA	NA	Nacional	Anual	Sin línea de base	El país elabora y difunde cada año el informe anual de las acciones realizadas por los servicios comunitarios de protección específica y detección temprana en SSR en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C	Sistema de M&E de la RIAS de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C Registro de servicios comunitarios de atención en SSR

Fuente: Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS - VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017. 2017.
2. MSPS. UFPA. SSR 1.2. Anexo 1. Documento línea base de indicadores de la PNSDSR enmarcadas en las orientaciones de la política de atención integral en salud y el modelo integral de atención en salud. 2016.
3. Melo. J. Propuesta desde la sociedad civil para el nuevo Plan Nacional de Respuesta ante las ITS- VIH y hepatitis B y C, 2018-2021. 2017.
4. OPS. MSPS. Lineamientos para la vacunación contra hepatitis A o B de poblaciones clave priorizadas. 2016
5. OPS. MSPS. Recomendaciones de intervención con usuarios de drogas inyectables como resultado de la implementación de la fase 2 del estudio de seroprevalencia de VIH y hepatitis C en usuarios de drogas inyectables, UDIS. 2016.
6. OPS. MSPS. Plan para el fortalecimiento de tamizaje de hepatitis B en mujeres embarazadas y seguimiento a gestantes diagnosticadas con hepatitis B y de la administración de la profilaxis oportuna y completa a sus recién nacidos. 2016.
7. OPS. MSPS. Estrategia de seguimiento a personas con marcadores positivos detectados durante actividades de recolección de componentes sanguíneos. 2016.
8. UNFPA. MSPS. Diseño de instrumentos para apoyar los procesos de difusión y movilización social de la PNSDSR. 2016.
9. UNFPA. MSPS. Apoyar la continuidad en la implementación de la estrategia de Programación Integral de Condones –CCP–, diseñada. 2016.
10. CONSENTIDOS. Vulnerabilidad a la infección de VIH en habitantes de calle de cinco ciudades de Colombia (Medellín, Bucaramanga, Cali, Bogotá y Barranquilla). 2016.
11. *Global Communities*. Identificación y análisis de los factores de vulnerabilidad de las mujeres transgénero en las ciudades de Bucaramanga, Cali, Medellín, Barranquilla y Bogotá. 2016.
12. UNFPA. Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla. 2011.
13. OPS. MSPS. Plan Nacional de Control de Hepatitis Virales 2014-2017. 2014.
14. MSPS. Circular 0031 2014. Lineamientos para garantizar la vacunación contra las hepatitis B a las víctimas de violencia sexual. 2014.
15. MSPS. INS. Circular No. 0082 de 2011. Actualización al Anexo técnico No 1: desarrollado por el INS – Coordinación Red Nacional Bancos de Sangre en consenso con expertos nacionales de bancos de sangre y la representación de asociación científica. 2014.
16. UNFPA. MSPS. Manual para la adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia. Documento técnico. 2013.
17. UNFPA. MSPS. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014.

18. IETS. MSPS. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis B crónica. Adopción Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2016.
19. IETS. MSPS. Guía de Práctica Clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2016
20. Colciencias. MSPS. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Para uso de profesionales de salud. 2013.
21. UNFPA. MSPS. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. 2014.
22. OIM. MSPS. Recomendaciones para la actualización del Plan Nacional de Respuesta al consumo de heroína y otras drogas por vía inyectada y viabilización de estrategias de reducción de daños en Colombia. 2015.
23. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021. Hacia el fin del SIDA. 2016.
24. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. 2016.
25. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. Hacia el fin de las hepatitis víricas. 2016.
26. ONU. Asamblea General. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. 2016.
27. OMS/OPS. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales. 2016.
28. ONUSIDA. OPS/OMS. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. 2017.
29. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA de 2016. 2016.
30. OPS/OMS. ETMI PLUS. Marco para la eliminación de transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas 2017.
31. CEPAL. ODS. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2016.
32. ONUSIDA. *Fast Track. Ending the AIDS Epidemic by 2030*. 2014.
33. CRAT. Vía Libre. Documento final asistencia técnica para el reconocimiento de los servicios comunitarios tipo A de salud (SCA) por el sistema de salud de Colombia. 2017.

ANEXOS

ANEXO 1

PROBLEMAS Y CAUSAS POR EJES Y LÍNEAS OPERATIVAS DEL PLAN

Eje Promoción de la salud Relación problemas y causas, línea operativa promoción y prevención	
PROBLEMA: <i>Los determinantes sociales de la salud, las condiciones cambiantes de vida, la cultura, valores, creencias, actitudes y formas de relación, dificultan el que las acciones de educación y prevención de las infecciones por ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, sean asumidas adecuadamente por los individuos, las familias y comunidades, por lo que estas no logran identificar o modificar los contextos de vulnerabilidad que las lleven a evitar la exposición al riesgo y, en últimas, al control de la expansión de estos eventos.</i>	
CAUSAS	EFFECTOS Y/O MANIFESTACIONES
La prevalencia de VIH en las poblaciones claves es variable entre los diferentes grupos, evidenciado en los estudios de prevalencia, en unas poblaciones se presenta un incremento, como el caso de los HSH y MT, y en otras disminuye ostensiblemente, como en las MTS y los HC.	La prevalencia de infección por VIH presentó un incremento en algunas poblaciones claves; por ejemplo, en los HSH que pasó del 12% en el año 2010 al 17% en el 2016; en las MT pasó del 15% en el año 2012 al 21,3% en el año 2016. Por otra parte, el dato de prevalencia para MTS varió de 1,2% en el año 2012 a 1,1% en el año 2016, en los HC disminuyó de 6,2% en el año 2012 a 4,7% en el año 2016, y en los PID de Pereira y Medellín en el 2014 la prevalencia fue de 8,9% y 4,4%, respectivamente. Lo anterior se relaciona con lo referido por los informantes frente a la dificultad y limitación que presentan las poblaciones claves y prioritarias para el acceso a las intervenciones que forman parte de la prevención combinada, como la realización de pruebas de VIH, el acceso intermitente a la TAR, el no acceso universal a condones y lubricantes, no acceso a la PrEP (profilaxis preexposición), acceso limitado a la PEP (profilaxis postexposición), pocas acciones de educación en SSR (salud sexual y reproductiva) y en las estrategias de reducción de riesgo para las poblaciones, así como la persistencia de acciones estigmatizantes y discriminatorias ejercidas por los servicios de salud frente a estas poblaciones.
La captación de población clave y prioritaria para el diagnóstico no avanza con la rapidez esperada.	Según los estudios de prevalencia y comportamiento sexual realizados en las ciudades donde se ha desarrollado el proyecto del FM, persiste la baja cobertura de tamizaje para poblaciones claves, lo que podría estar relacionado con el desconocimiento de las rutas de acceso al diagnóstico, la poca aplicación de los algoritmos diagnósticos vigentes y los temores frente al estigma y la discriminación; por ejemplo, las brechas de tamizaje identificadas en los estudios para los HSH fue del 73,7%, para MT 57,1% y HC hombres en un 84% y mujeres en un 79%. En Colombia existen lineamientos para el tamizaje y realización de pruebas; sin embargo, en muchas ocasiones la oferta de la prueba está limitada a que exista una ITS o un diagnóstico de VIH, adicionalmente a la población general no se le solicitan de manera rutinaria las pruebas de tamizaje. De acuerdo con la cascada del continuo de la atención del año 2015, la brecha en el diagnóstico de VIH es cerca del 29%. La detección en el diagnóstico de los casos nuevos se realiza en estadios tardíos, lo que impacta en la sobrevivencia, la falta de transformación en la tasa de mortalidad y la esperanza de vida. En el año 2015 la brecha de casos con detección temprana fue del 83,51%.
	El país tiene dificultades para saber realmente cuál es el número de gestantes tamizadas para el VIH, dado que las fuentes, la Resolución 4505 de 2012 y la Cuenta de Alto Costo en VIH, presentan diferencias significativas, por consiguiente el total de los casos reportados por cohorte a la estrategia de TMI (Transmisión Materno-Infantil) constituye el universo para el análisis anual presentado, sin embargo, debido a que el tamizaje de gestantes en el país no alcanza la meta del 95% o más establecido en los objetivos programáticos, hay un número incierto de gestantes con VIH que NO son identificadas y captadas por los servicios de salud. Lo anterior, se encuentra correlacionado con lo reportado en la evaluación de la estrategia realizada en el año 2016 y que resalta entre otros: si bien es cierto que el país cuenta con un plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil, del VIH y de la sífilis congénita, se cuenta con

CAUSAS	EFECTOS Y/O MANIFESTACIONES
No se cumplen las normas y guías técnicas de atención materno-infantil y de SSR en los aspectos relacionados con ITS/VIH/SIDA y hepatitis B.	un marco normativo para la ETMI (Estrategia de Trasmisión Materno-Infantil), no se identificaron mecanismos para incidir en el cumplimiento de estos lineamientos por parte de los actores del sistema; no se encuentra una relación clara en la prestación de los servicios y direccionamiento desde las secretarías para que se cumpla la normatividad de otros programas que acompañan la estrategia como control prenatal, planificación familiar, salud infantil, vacunación. Adicionalmente, la contratación fragmentada en los servicios genera fallas en la continuidad de la atención de la mujer gestante y afecta de forma negativa el adecuado funcionamiento de la ETMI. En relación con los niños que adquirieron la infección por VIH mediante transmisión materno-infantil durante los años 2014 y 2015: tres cuartas partes de las madres no recibieron tratamiento antirretroviral durante la gestación, en el intraparto el 56% (2014) y 68% (2015) de las madres de estos niños no recibieron profilaxis antirretroviral. Por otra parte, el 39 y el 59% de los nacimientos de las respectivas cohortes se atendieron por una vía no indicada, el 53 y 55% de los menores expuestos no recibieron la profilaxis antirretroviral y el 94% de los niños en 2014 y el 100% de ellos en 2015 recibieron leche materna (exclusiva o mixta). No hay evidencia de que las EAPB e IPS garanticen en el 100% de los casos la oportunidad y continuidad en el tratamiento antirretroviral en las gestantes, lo que afecta la toma continua de esta y, por ende, la transmisión materno-infantil del VIH. De acuerdo con lo reportado por la Resolución 4505, el tamizaje para hepatitis B en las gestantes tiene una brecha del 58,7% en el año 2016, lo que dificulta el control de la TMI de la hepatitis B, de igual manera, no se logran para los niños expuestos la profilaxis oportuna y completa. Para determinar de manera aproximada la cifra de niños expuestos que recibieron profilaxis oportuna y completa, se realizó una prueba piloto en 5 DTS. De una muestra de 121 gestantes, solo se obtuvo información del 49,5%; de los hijos de estas, solo el 35% de los recién nacidos expuestos al VHB recibieron vacuna contra la hepatitis B al nacimiento, y 18%, la inmunoglobulina. La ETMI del VIH y la sífilis plantea como meta que el 100% de gestantes que acuden a control prenatal deben ser tamizadas para sífilis. Sin embargo, de acuerdo con lo reportado por el sistema de información de la ETMI, existe una brecha del 41,6% en el tamizaje para gestantes en el año 2016, La evaluación nacional y subnacional del avance de la estrategia evidencia el fraccionamiento en la atención de la mujer gestante, lo que afecta el diagnóstico, seguimiento y el tratamiento, limitando el cumplimiento de la Guía de práctica clínica vigente para el manejo de la sífilis gestacional. Igualmente, no hay mecanismos para incidir en el cumplimiento de los lineamientos nacionales por parte de los actores del sistema, no se evidencian procesos de planificación interprogramática en salud sexual y reproductiva, salud materna infantil, VIH y sífilis y además existe en el caso de sífilis múltiples limitantes para una atención de calidad. En otros servicios de salud sexual y reproductiva, como la atención a ITS, citología vaginal, violencia basada en género, servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, entre otras, se pierden oportunidades para el acceso al diagnóstico para VIH, hepatitis B.
El acceso universal al condón y el uso de condón no alcanza niveles de cobertura y consistencia útiles para la prevención en algunas poblaciones claves.	En el país existe una brecha del uso del condón mayor al 50% en algunos grupos de las poblaciones claves; por ejemplo, de acuerdo con lo evidenciado en los estudios realizados en el marco del proyecto del FM, en los HSH el uso del condón para poblaciones claves con pareja sexual ocasional es tan solo del 15%, del 32% en las MTS, del 81% para las MT y de un 12% de las PID en Medellín y el 18% de las PID en Pereira. El Estado no cuenta con una estrategia acorde con las necesidades de la población clave para el acceso universal a los condones como estrategia de prevención, así como no se visibiliza la priorización de compra de condones para grupos claves a través del PIC.
El desconocimiento de la realidad de las ITS, el VIH y las hepatitis B y C por parte de la población, conlleva a la persistencia de acciones estigmatizantes y discriminatorias, en contra de la garantía de los derechos y del respeto a las personas	La población general y las poblaciones claves requieren de la amplia difusión de las estrategias de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social producidos con relación al VIH, ITS, TB/VIH, HB y HC. De acuerdo con la encuesta nacional de demografía y salud del 2015 se evidencia la persistencia de actitudes y comportamientos discriminatorios frente a las PVV, lo que se manifiesta en la brecha de aceptación que es cercana del 80%. De igual forma, otros aspectos relacionados con la aceptación que tienen hombres y mujeres acerca de la población clave fueron reportados en la ENDS, así: la consideración a la paternidad/maternidad de una persona homosexual es negativa entre el 46% y el 49% de los encuestados, el 80% y más de la población en edad fértil no confiaría el cuidado de sus hijos a una persona homosexual; la valoración de hombres y mujeres frente a la expresión de la orientación homosexual es descalificada entre un 66 y un 78%, lo cual habla de los niveles de persistencia en la aceptación de los estereotipos hegemónicos hetero-normativos.

CAUSAS	EFFECTOS Y/O MANIFESTACIONES
Desconocimiento de las coberturas de vacuna de hepatitis B para las poblaciones claves y grupos prioritarios.	No se conocen datos sobre el alcance de las coberturas de vacunación en las poblaciones claves y prioritarias, de acuerdo con el lineamiento realizado para tal fin.

Fuente: Elaboración propia con base en información consignada en la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS-VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017.

Eje gestión integral del riesgo en salud Relación problemas y causas, línea operativa de atención integral en salud	
PROBLEMA: Las acciones realizadas por los agentes del SGSSS para la mitigación del riesgo, atención y control de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, no logran vincular o mantener a las personas adheridas a las acciones relacionadas con la atención integral y, por tanto, no se alcanza el propósito de mantenimiento de la salud y contención de la transmisión de estos eventos.	
CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Debilidad en la implementación efectiva de mecanismos existentes para la retención de las personas con diagnóstico de VIH en la atención integral en salud	La cascada de atención integral, muestra que el 25% de las personas diagnosticadas con VIH no permanecen ligadas a los servicios de atención; lo anterior se relaciona, entre otras, con la fragmentación de la organización de los servicios de salud, especialmente para las personas del régimen subsidiado y las poblaciones claves, quienes manifiestan encontrar diferentes barreras en la disponibilidad de los servicios y el acceso a estos. De igual manera, la atención de las patologías objeto de la RIAS de ITS, VIH, coinfección TB/ VIH y hepatitis B y C se encuentra concentrada en prestadores complementarios, y actualmente no se inicia desde los prestadores primarios en salud.
La evidencia indica que los prestadores no siguen a cabalidad los protocolos de diagnóstico y atención integral, por lo tanto, los porcentajes de cumplimiento de las metas del 90-90-90 no son óptimos.	En la actualidad no hay aplicación permanente de la prueba rápida para VIH como mecanismo de acceso oportuno al diagnóstico por parte de los prestadores, lo que evidencia que no hay total cumplimiento de los algoritmos diagnósticos actuales. La atención integral debe iniciar desde el momento en que una persona ya diagnosticada comienza a ser evaluada, clínica, inmunológica y virológicamente; sin embargo, en la actualidad los análisis relacionados solo se solicitan en el momento en que la persona asiste a su primera consulta en el prestador complementario. La ley garantiza la atención integral a toda persona que vive con VIH, así como la TAR está efectivamente garantizada y con recursos definidos, pero la dispensación presenta dificultades, fragmentación y entrega inoportuna, lo que genera brechas en el tratamiento y en el logro de las metas terapéuticas. Lo anterior se manifiesta en los resultados de la cascada del continuo de la atención en VIH del año 2015, en donde existe una brecha del 46% para el segundo 90 (personas vivas que conocen su diagnóstico que se encuentran en TAR), del 53% para el tercer 90 (personas en terapia antirretroviral que logran supresión virológica) y el 62% de las personas que reciben TAR en Colombia, no logran indetectabilidad.
	La meta de “no transmisibilidad” evidencia que la TAR no actúa como estrategia de control y prevención de la transmisión del VIH, evidenciado en que la brecha de las PVV estimadas con diagnóstico de VIH y que logran supresión virológica es del 47%.
Poca adherencia de los agentes del SGSSS a los marcos técnico-normativo vigentes.	No se evidencia una aplicación sistemática de los protocolos, rutas y lineamientos para la atención integral de las víctimas de violencia sexual y para evitar en estos la infección por VIH, hepatitis B y otras ITS. Las coberturas de profilaxis para las entidades en las personas que consultan en las primeras 72 horas no alcanzan el 30%.
	Las IPS no cuentan con personal capacitado para abordar la atención integral con un enfoque de vulnerabilidad y diferencial a poblaciones claves.
	Los servicios de salud presentan deficiencias en la oferta de prueba rápida para diagnóstico a poblaciones claves y población general, a pesar de que hoy se aceptan estas pruebas como parte del diagnóstico en la GPC (Guía de práctica clínica).
	Poca disponibilidad de pruebas rápidas de VIH, hepatitis B, sífilis en los primeros niveles de atención, más aun cuando el lineamiento permite la realización de estas y está contemplado en la Resolución 2338 de 2013.
	Incumplimiento de las recomendaciones relacionadas con el diagnóstico de VIH, que desde el año 2014 incluye las pruebas rápidas y elimina el WB como prueba confirmatoria única para personas no gestantes, lo que hace que su uso sea aún muy débil.
	Las personas con diagnóstico de VIH que requieren algunos esquemas de profilaxis, por ejemplo con TMP/SMX (Trimetopim/Sulfametoxazol), en especial las que tienen coinfección TB/VIH, para el año 2016 no lo recibieron en un 42,6%.

CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Las guías de práctica clínica de VIH todavía definen criterios de inicio de TAR	En Colombia aún no se encuentra implementado el <i>Test and Treat</i> , (testear y tratar), sino que se conserva una serie de criterios clínicos y paraclínicos para el inicio de la TAR, lo que conlleva a que en muchas ocasiones el inicio del tratamiento sea diferido para el paciente e incluso tardío.
Persisten barreras de acceso a la atención que dificultan el cumplimiento de la ruta de atención integral.	De acuerdo con lo evidenciado en el documento atlas de VIH, existe en Colombia centralización y concentración de los servicios de atención en VIH en las principales capitales, lo que dificulta el acceso a los servicios a muchas personas e implica que con frecuencia tengan que hacer grandes desplazamientos para la atención.
	Persisten las barreras al diagnóstico oportuno, el inicio de la atención y su retención, evidenciados en los resultados de la cascada de atención en VIH.
	El prestador primario de atención genera barreras para la atención hacia las poblaciones vulnerables o que tienen diagnósticos de ITS, VIH y hepatitis B y C; identificado por informantes claves como deficiencias en la calidad, barreras administrativas, persistencia de estigma y discriminación, así como deficiencias técnicas en el talento humano en salud para la atención de estas patologías; lo anterior ocasiona un diagnóstico tardío, atención de baja calidad e incremento de la morbilidad y mortalidad.
	En las poblaciones claves persisten dificultades en el acceso al SGSSS, de acuerdo con lo reportado por el proyecto del FM en las ciudades en donde se ha implementado, en la población HSH el 13,7% no tiene afiliación al sistema, de las mujeres transgénero el 30,7% está sin afiliación y de las PID un 30,4% no la tiene.
	Existen debilidades para que algunas de las personas afectadas conozcan sus derechos, los mecanismos para ejercerlos o protegerlos y la oferta institucional que los puede garantizar; del mismo modo se observa que las personas afectadas por estas patologías no conocen totalmente las redes de servicios en especial el de salud, no los utilizan, ni los promueven.
Limitadas acciones de coordinación transectorial en el marco de la respuesta nacional.	Persiste el estigma y la discriminación para acceder a los servicios, así como las demoras para ligar a las personas con diagnóstico de VIH en la atención. En los estudios realizados en población clave se identificó que, por ejemplo, en los HSH, la marginación social y el estigma exacerban barreras para acceder a la ayuda social, la atención médica y los servicios de prevención del VIH, reportan que han presentado rechazo y discriminación entre el 10 y el 26%. Por otra parte en las MT, aproximadamente la mitad de las participantes en el estudio refieren haber sufrido discriminación por su condición, siendo las expresiones de desprecio y rechazo, así como las agresiones verbales, los actos de estigma y discriminación más frecuentes.
	Débil articulación de los servicios de salud que atienden a las personas vulnerables o que tienen ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C, con los programas de promoción social para la mitigación de los determinantes sociales de la salud.
	Existe poca implementación de las acciones colaborativas TB/VIH, lo cual se evidencia, entre otros, en que el éxito terapéutico del tratamiento antituberculoso en las PVV para el año 2015 presenta una brecha cercana del 34%; por otra parte, el informe de la CAC (Cuenta de Alto Costo) del año 2016 indica que en el 2015 se presentó una brecha del 73% en las personas que no habían recibido tratamiento para TB latente.
	Débil articulación entre las directrices de atención a personas consumidoras de SPA (sustancias psicoactivas) y los servicios de atención a personas vulnerables o que tienen ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.
	El país implementa intervenciones tendientes a reducir la brecha de acceso al diagnóstico temprano con servicios comunitarios, pero el prestador primario de salud desconoce la idoneidad de los resultados de tamización obtenidos en el ámbito comunitario.
	Falta de coordinación entre el nivel primario y complementario, así como entre los mismos prestadores complementarios, hecho que ocasiona debilidades en el proceso de referencia y contrarreferencia y deficiencias en la atención por otras problemáticas que deberían ser resueltas en el prestador primario.
	Existe poca coordinación entre el banco de sangre, las DTS, las EAPB y el prestador primario para garantizar la canalización sin barreras y el inicio de la atención para los donantes con marcadores positivos para ITS, VIH, hepatitis B y C.
	El país no cuenta con un programa de control de calidad de análisis de laboratorios estratégicos o vitales para el seguimiento de las personas que viven con VIH y hepatitis B y C.
	En cuanto a las pruebas de hepatitis B y C para poblaciones claves contempladas en la Resolución 518 de 2015, no se cuenta con información de la implementación de esta acción por parte de las entidades territoriales.

CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Debilidad en la aplicación y difusión de los lineamientos de hepatitis virales.	A pesar de los esfuerzos de gestión, no se conoce el porcentaje de personas con diagnóstico de hepatitis B crónica que reciben tratamiento y seguimiento acorde con las guías de manejo clínico vigentes. De la misma forma, para hepatitis C se tiene información de pacientes tratados para los años 2015 y 2016, pero no se dispone de denominador que permita hacer el cálculo del indicador.
	Las personas con diagnóstico de hepatitis B y C en condiciones de vulnerabilidad tienen grandes limitaciones para acceder a diferentes acciones de protección social existentes.
	Los prestadores primarios de la comunidad tienen desconocimiento de las herramientas de intervención comunitaria encaminadas a la prevención, el diagnóstico temprano, la ruta de atención a las personas con hepatitis B y hepatitis C.

Fuente: Elaboración propia con base en información consignada en la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS-VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017.

Eje gestión de la salud pública Relación problemas y causas, línea operativa planeación participativa y veeduría ciudadana	
PROBLEMA: Los procesos de gestión en salud pública que adelantan las entidades responsables del diseño, implementación, vigilancia y control de las políticas, planes y programas, orientados a la contención de las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, las hepatitis B y C no se realizan de forma adecuada o no son suficientes para el cumplimiento de las recomendaciones técnicas, científicas y administrativas, necesarias y eficientes para el control de estos eventos.	
CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Debilidad en las estructuras y capacidades de las organizaciones de la sociedad civil que limitan su accionar en la participación del Plan Nacional de Respuesta para la incidencia política y la implementación efectiva de la RIAS de VIH, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	Las capacidades necesarias para el desarrollo de las acciones de planeación participativa, apoyo y promoción social de VIH, coinfección TB/VIH, ITS y hepatitis B y C no son una fortaleza presente en las organizaciones sociales y comunitarias.
	Existen dificultades en materia de requisitos de contratación por parte del sector público y privado y la asignación de recursos para las acciones generadas desde las organizaciones sociales y comunitarias.
	Los procesos de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social en las instituciones y organizaciones de los distintos sectores comprometidos en la prevención de ITS/VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, deben ser fortalecidos para que alcancen los núcleos de población clave y priorizados en la respuesta.
	Las redes sociales de apoyo a las PVV no han podido profundizar en los mecanismos de veeduría ciudadana que les faciliten la integración de los cuidados especiales que ellas requieren, específicamente en acciones de esparcimiento y recreación, vinculación laboral, alimentación y nutrición y acompañamiento, entre otros.

Fuente: Elaboración propia con base en información consignada en la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS-VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017.

Eje gestión en salud pública Relación problemas y causas, línea operativa sostenibilidad de la respuesta	
CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Las acciones colectivas incluidas en el plan de respuesta no tienen claramente garantizados los recursos para su desarrollo y financiamiento a través de los mecanismos fiscales del país.	Las organizaciones sociales y comunitarias presentan debilidades en sus capacidades, habilidades técnicas y organizacionales para asumir de forma cualificada las acciones y atenciones, como servicios comunitarios de atención en SSR (Salud Sexual y Reproductiva) previstas en la RIAS de VIH, ITS, coinfección TB/VIH y las hepatitis virales.

CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
	El número y alcance de las acciones que se realizan a nivel territorial dirigidas hacia poblaciones claves parecen limitadas, ya que no se reflejan en la mitigación de la epidemia en estas poblaciones.
	Los planes independientes (VIH, HV, TB, ITS) evidencian que hay duplicidad de acciones de carácter programático, logístico y de prestación de servicios, lo cual conlleva al incremento en los costos y el desconocimiento de los contenidos técnicos de las patologías que no se manejan por parte de los prestadores y organizaciones de sociedad civil.
	No existen mecanismos oficiales que visibilicen la participación y contribución de la sociedad civil en el fortalecimiento de la respuesta, el conocimiento de las condiciones y los impactos que producen el VIH, las HV (hepatitis virales), la coinfección TB/VIH y las ITS.
	Las organizaciones sociales y comunitarias presentan debilidades en su cualificación para la movilización de recursos que permitan garantizar la continuidad de las acciones de protección específica y detección temprana previstas en la RIAS de VIH, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis virales.

Fuente: Elaboración propia con base en información consignada en la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS-VIH/SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017.

Eje gestión en salud pública Relación de problemas y causas, línea operativa monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento	
CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Deficiencias en la estructura y procedimientos para la captación, procesamiento, análisis de datos, producción y difusión de información.	Las condiciones de vida de los PVV y de las poblaciones claves no están suficientemente caracterizadas, de tal manera que permitan el diseño de estrategias para mejorar el autocuidado, las capacidades de búsqueda de bienestar, autorrealización y apoyo.
	Las fuentes de información no proveen datos discriminados por poblaciones claves que permitan el reconocimiento de sus necesidades específicas.
	Los mecanismos formales de difusión de la información oficial sobre el avance de la respuesta, las reglamentaciones, las condiciones y características de la situación del VIH, las HV y la coinfección TB/VIH y de los grupos claves no están estandarizados y promovidos con los actores que forman parte de la respuesta.
	No existen mecanismos oficiales para acceder a los registros de las acciones realizadas desde las organizaciones de la sociedad civil.
	No se cuenta con un sistema de reporte de actividades de promoción y prevención del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), realizadas por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) para la población general y población clave.
	Se presenta falta de continuidad, mantenimiento y consolidación de los datos sobre el avance de la evolución de las patologías objeto del plan, como consecuencia de debilidades en el funcionamiento y sostenibilidad del Observatorio Nacional de VIH e ITS, lo cual impide el conocimiento oportuno y permanente de la información.
	No existe un mecanismo sistemático de recopilación de información de las acciones desarrolladas de gestión en coinfección TB/VIH, lo cual lleva a que aquellas que son ejecutadas por las DTS o los prestadores, no puedan ser conocidas en su alcance.
	Se desconocen los niveles de cobertura de vacunación con dosis completas para VHB (virus de la hepatitis B) en población clave.
	Para las PID, se desconoce el resultado de las estrategias implementadas para la reducción de riesgos y daños, cuya medición definida como el porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declaró haber usado material de inyección estéril la última vez que se inyectó, no se ha realizado.
Debilidad en los procesos de monitoreo y evaluación, estandarización, vigilancia y control del avance de la respuesta nacional a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH las hepatitis B y C	La información existente se unifica a través del Sistema Integral de Información de Protección Social (SISPRO). Sin embargo, la entrega de datos por las entidades a este no es realizada de manera oportuna.
	La CAC ofrece información de las variables relacionadas con la atención de población asegurada al régimen contributivo o subsidiado; sin embargo, no incluye la población no asegurada, no calcula el margen de subregistro y su información solo puede ser dada hasta que se oficialice la base de datos, de tal manera que el informe tiene dos años de demora en ser conocido, lo que afecta la toma de decisiones programáticas.

CAUSAS	EFFECTOS O MANIFESTACIONES
Debilidad en los procesos de monitoreo y evaluación, estandarización, vigilancia y control del avance de la respuesta nacional a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH las hepatitis B y C	La producción de información de la CAC depende de acuerdos y voluntades, tanto para compartirla de manera oportuna, así como para realizar las modificaciones requeridas según las necesidades de gestión del país.
	Hay deficiencias en la información sobre las acciones de priorización de los grupos claves para la mitigación de la epidemia, lo cual limita la planeación y previsión de recursos suficientes para sustentar las acciones de promoción y prevención orientadas a estos a niveles territoriales.
	La resolución para el establecimiento del sistema de información para medir la cobertura en hepatitis virales aún no ha sido emitida, por lo cual no se cuenta con información en este aspecto.
	Los mecanismos de seguimiento y vigilancia deberían llevar a acciones reales de control y exigencia de su cumplimiento por parte de las instituciones de la estructura que están previstos.

Fuente: Elaboración propia con base en información consignada en la evaluación de la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante ITS-VIH/ SIDA, acciones colaborativas TB-VIH, hepatitis virales 2014-2017.

ANEXO 2

COSTEO ESTIMADO PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021

La estimación de costos del Plan Nacional de Respuesta se construye con base en el gasto de la ejecución de actividades similares en vigencias anteriores, por tanto, consulta la factibilidad financiera y la capacidad de ejecución, y prevé además el cálculo del incremento de recursos necesarios para el logro de las metas.

Para realizar este ejercicio se tomaron como referencia los montos de ejecución del año 2016 y se consolidaron las estimaciones de costos por ejes estratégicos, líneas operativas, objetivos y en el total del plan. Se obtuvo, además, un costo promedio anual para orientar a las entidades ejecutoras en la cantidad de recursos que se requiere comprometer para la implementación de sus planes operativos anuales que den correspondencia a lo propuesto por el presente plan.

Los costos del presente plan se proyectan teniendo en cuenta las directrices políticas de alcance poblacional para cada uno de los ejes propuestos, que indican que las acciones de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C deben estar dirigidas a poblaciones claves y prioritarias; sin embargo, algunas acciones

deben alcanzar a la población general en el marco del Eje de promoción de la salud. El Eje de gestión del riesgo toma en cuenta especialmente las poblaciones claves y prioritarias identificadas en cerca de 150.000 personas estimadas que viven con VIH⁴², incluidas las personas con coinfección TB/VIH, más las personas diagnosticadas con hepatitis B o C^{43, 44}, que se esperan reciban tratamiento durante la vigencia del plan (10.000 de hepatitis C y unas 400 para hepatitis B). El Eje de gestión en salud pública está orientado a sustentar sus acciones en los grupos claves y población prioritaria (acá se incluyen las estimaciones de población de HSH, MT, PID, HC, MTS, PPL y las poblaciones prioritarias, aproximadamente 5.000.000 de personas)⁴⁵.

La proyección de costos para los años de la vigencia del plan (2018-2021), con base en el análisis de la ejecución observada de los cinco años anteriores (2012 al 2016), organizada por los ejes estratégicos del PDSP, se considera un ejercicio poco coherente, en tanto el gasto anual observado no tuvo una tendencia estable, como se muestra en el cuadro y las gráficas siguientes:

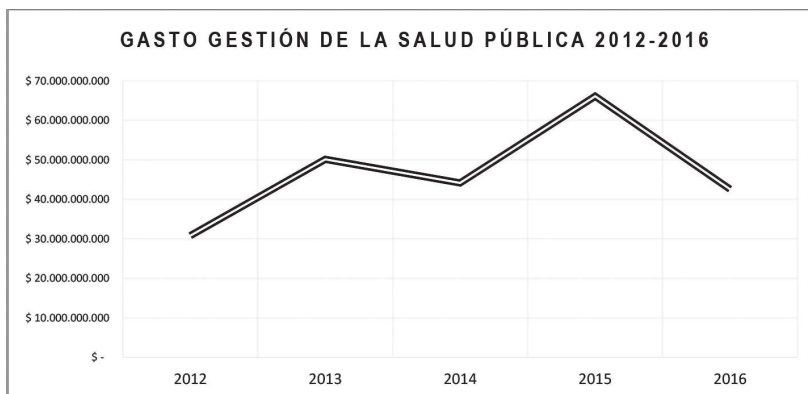
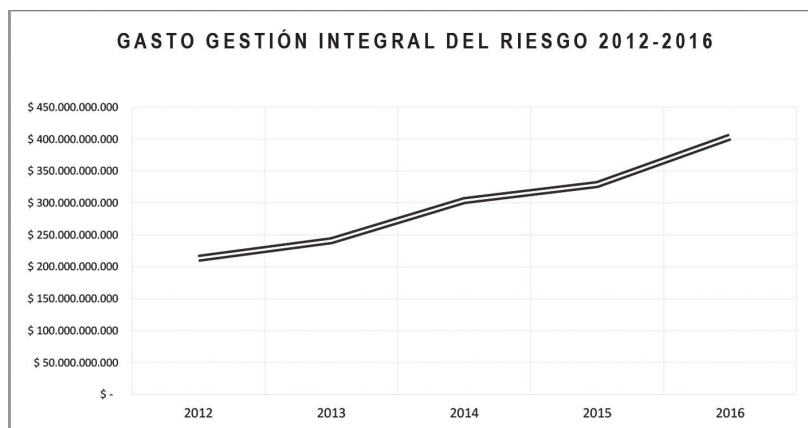
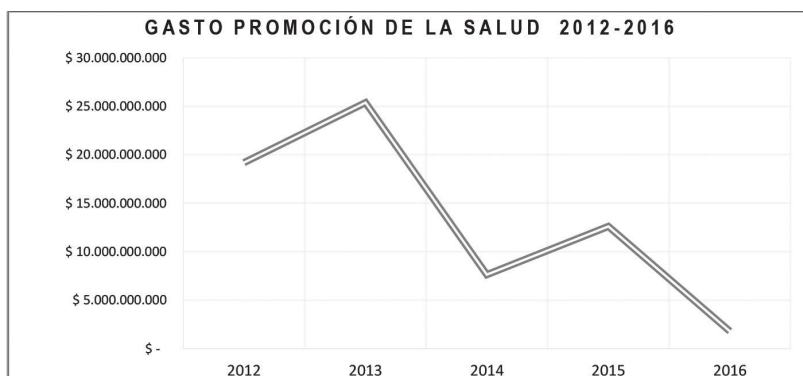
42 MSPS. Cascada del continuo de atención año 2015.

43 Observatory. Polarys. La sesión técnica sobre "Desarrollo de caso de inversión sobre hepatitis virales en Colombia. 2017.

44 CDA. *The Global Prevalence, Cascade of Care, and Prophylaxes Coverage of Hepatitis B in 2016*.

45 MSPS, Observatorio Nacional de VIH, Estimaciones de población estudios FM, reporte GAM.

Inversión de recursos para el modelo de gestión programática en VIH/SIDA en el marco de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos					
Ejes Estratégicos PDSP	2012	2013	2014	2015	2016
Promoción de la salud	\$ 19.177.587.135	\$ 25.372.339.073	\$ 7.622.821.329	\$ 12.617.726.185	\$ 1.797.468.982
Gestión integral del riesgo	\$ 213.361.200.000	\$ 240.790.333.260	\$ 303.753.402.920	\$ 328.994.652.800	\$ 403.291.152.540
Gestión de la salud pública	\$ 30.822.187.000	\$ 50.142.909.000	\$ 44.154.844.000	\$ 66.128.170.000	\$ 42.578.238.000
TOTAL AÑO	\$ 263.360.974.135	\$ 316.305.581.333	\$ 355.531.068.249	\$ 407.740.548.985	\$ 447.666.859.522



Fuente: MSPS. Inversión de recursos para el modelo de gestión programática en VIH/SIDA en el marco de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

La proyección de la factibilidad financiera para el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH, la hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, se construye tomando dos parámetros básicos:

1. Los recursos previstos para ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C en el plan de inversión del MSPS para los próximos cuatro años;
2. Proyección de los costos tomando como base el presupuesto del plan 2014-2017. Los costos para los cuatro años de la vigencia del plan se calculan consolidando el valor de cada uno de los objetivos para el año 2017 y proyectando este para los cuatro

años del nuevo plan mediante el incremento calculado por aplicación del índice de precios del consumidor (IPC) para el año 2017, más la aplicación del índice de devaluación para el mismo año. Como estos dos índices están registrados por el Banco de la República de Colombia, año completo solo hasta diciembre del 2017, la proyección de todos los años del plan (2018-2021) se hizo aplicando los mismos valores de los dos indicadores⁴⁶.

Con el ejercicio se estimó que se requerirán alrededor de \$3.919.846.150.672 para la ejecución total del plan durante los cuatro años de su vigencia. El costo estimado se distribuye con las siguientes proporciones en los tres ejes objeto de planificación así:

Distribución proporcional del costo del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021		
Eje	Costo total	%
Promoción de la salud	\$ 112.760.906.141	2,9
Gestión del riesgo	\$ 3.783.182.571.169	96,5
Gestión de la salud pública	\$ 23.902.673.362	1
Total	\$ 3.919.846.150.672	100

Es importante resaltar que el 95,8% de los costos del plan (\$ 3.783.182.571.169) corresponden al Eje de gestión integral del riesgo, donde se incluyen los de la atención en salud, se encuentran financiados a través del plan de beneficios y los recursos especiales de las enfermedades de alto costo.

COSTOS ESTIMADOS PARA CADA UNO DE LOS EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN POR AÑO

En los ejes de promoción de la salud y de gestión de la salud pública se presentan los costos separados para el cumplimiento de los objetivos a nivel nacional y territorial.

46 Banco de la República - Gerencia Técnica - Información extraída de la Bodega de atos – Serankua, consultada en abril de 2018.

Los mayores costos de estos dos ejes a nivel territorial indican que la mayor acción de la respuesta debe ser dada en los niveles locales

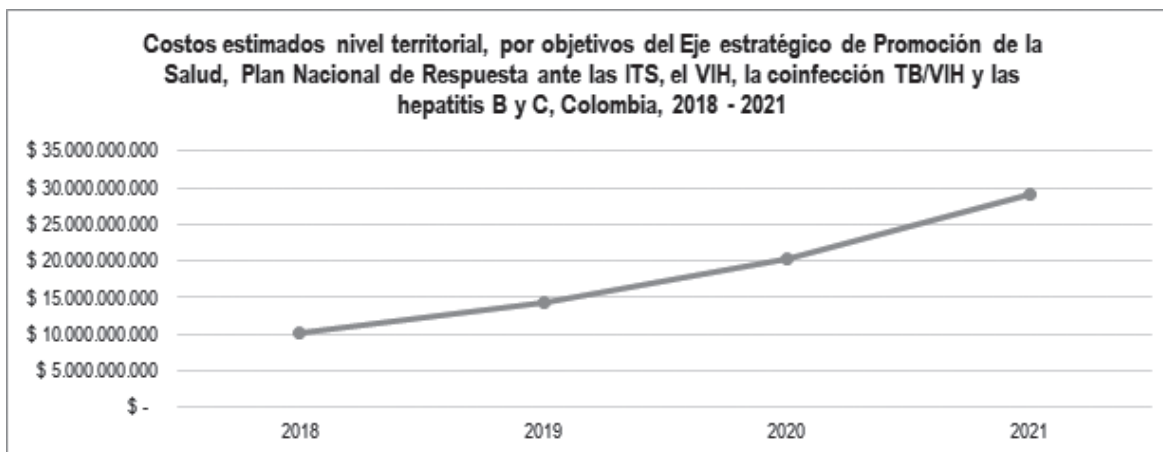
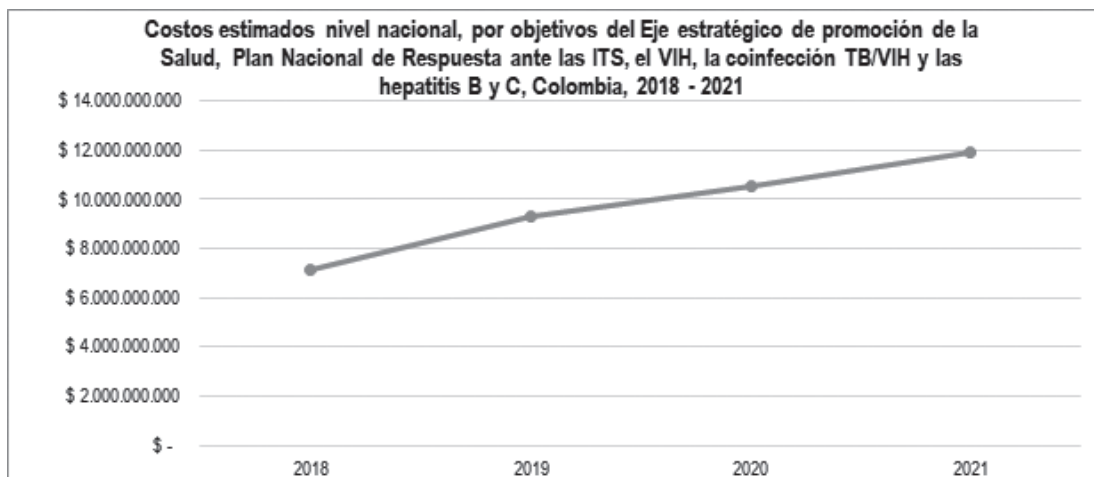
operativos. A continuación se presentan las tablas discriminadas de costo estimado por objetivos para cada eje.

• EJE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Costos estimados nivel nacional, por objetivos del Eje estratégico de promoción de la salud, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivos	2018	2019	2020	2021	Total
Promoción de la salud	Promoción y prevención	01. Fomentar la implementación de la estrategia de prevención combinada*	\$ 731.720.200	\$ 731.720.200	\$ 731.720.200	\$ 731.720.200	\$ 2.926.880.800
		02. Incrementar el uso de condones masculinos/ femeninos y de insumos preventivos en población clave y prioritaria, como estrategia de prevención para las ITS, VIH, hepatitis B y C*	\$ 1.000.000.000	\$ 1.000.000.000	\$ 1.000.000.000	\$ 1.000.000.000	\$ 4.000.000.000
		03. Incrementar el tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/ VIH, hepatitis B y C en la población clave y prioritaria**	\$ 2.916.508.485	\$ 3.390.455.696	\$ 3.941.421.699	\$ 4.581.922.432	\$ 14.830.308.311
		04. Eliminar la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, sífilis y hepatitis B mediante el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el SGSSS**	\$ 437.484.722	\$ 508.578.176	\$ 591.224.673	\$ 687.301.638	\$ 2.224.589.209
		05. Facilitar el acceso a la vacuna contra la hepatitis B a las poblaciones priorizadas en el lineamiento nacional**	\$ 2.088.253.027	\$ 2.391.438.669	\$ 2.738.643.567	\$ 3.136.025.896	\$ 10.354.361.159
		06. Reducir el estigma y la discriminación (EYD) hacia personas en condición de vulnerabilidad o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C *		\$ 1.295.725.230,00	\$ 1.506.287.059	\$ 1.751.066.237	\$ 4.553.078.525
	Eje promoción de la salud		\$ 7.173.966.433	\$ 9.317.917.972	\$ 10.509.297.197	\$ 11.888.036.409	\$ 38.889.218.004
* Tomado del proyecto de Plan de inversión MSPS, grupo SS, DR y SR							
** Estimación con base en costos registrados en el PNR 2014-2017, MSPS							

Costos estimados nivel territorial, por objetivos del Eje estratégico de promoción de la salud, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivos	2018	2019	2020	2021	Total
Promoción de la salud	Promoción y prevención	01. Fomentar la implementación de la estrategia de prevención combinada.	\$ 2.781.502.080	\$ 3.127.209.689	\$ 3.515.884.640	\$ 3.952.867.261	\$ 13.377.463.670
		02. Incrementar el uso de condones masculinos/ femeninos y de insumos preventivos en población clave y prioritaria, como estrategia de prevención para las ITS, VIH, hepatitis B y C.	\$ 1.945.683.440	\$ 3.061.040.887	\$ 4.586.451.229	\$ 6.872.020.222	\$ 16.465.195.779
		03. Incrementar el tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en la población clave y prioritaria.	\$ 1.119.591.590	\$ 1.677.518.338	\$ 2.513.477.059	\$ 3.766.019.589	\$ 9.076.606.576
		04. Eliminar la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH, sífilis y hepatitis B mediante el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el SGSSS.	\$ 1.889.051.464	\$ 2.830.423.613	\$ 4.240.910.311	\$ 6.354.285.690	\$ 15.314.671.078
		06. Reducir el estigma y la discriminación (EYD) hacia personas en condición de vulnerabilidad o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.	\$ 2.422.299.646	\$ 3.629.405.682,66	\$ 5.438.049.594,15	\$ 8.147.996.111,23	\$ 19.637.751.035
	Eje promoción de la salud		\$ 10.158.128.220	\$ 14.325.598.211	\$ 20.294.772.832	\$ 29.093.188.874	\$ 73.871.688.137
Estimación con base en costos registrados en el PNR 2014-2017, MSPS							

Costos estimado Eje estratégico de promoción de la salud, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021						
Promoción de la salud	Nivel	2018	2019	2020	2021	Total
	Nacional	\$ 7.173.966.433	\$ 9.317.917.971	\$ 10.509.297.197	\$ 11.888.036.403	\$ 38.889.218.004
	Territorial	\$ 10.158.128.220	\$ 14.325.598.211	\$ 20.294.772.832	\$ 29.093.188.874	\$ 73.871.688.137
	Total	\$ 17.332.096.671	\$ 23.643.518.202	\$ 30.804.072.049	\$ 40.981.460.363	\$ 112.760.906.141



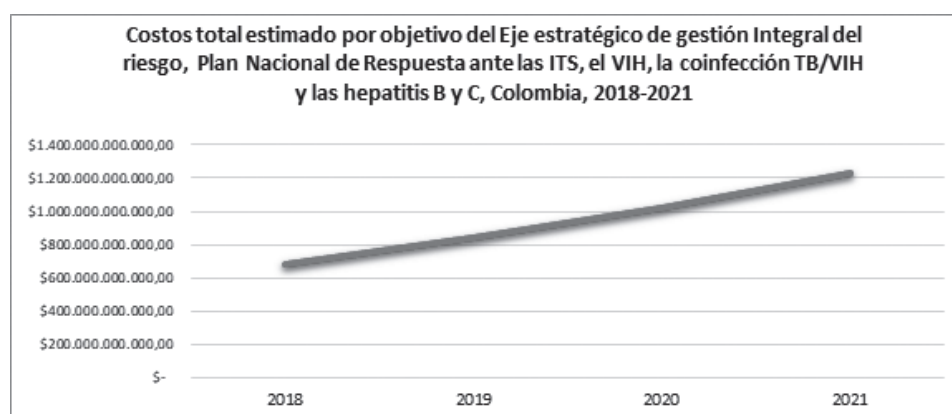
En el eje de promoción de la salud el costo estimado para los cuatro años se distribuye porcentualmente así: 34% para las acciones generadas desde el nivel nacional y el 66% para el cumplimiento de los objetivos en el nivel territorial. De igual manera cada año a nivel territorial se debe dar un incremento de la inversión para cubrir los costos de las

acciones de la promoción de la salud. Es de resaltar que los objetivos que requieren la mayor inversión son el de vacunación para hepatitis B y el de tamizaje y diagnóstico en todos los años del plan, lo que puede interpretarse como que las acciones prioritarias a las que debe dedicarse el mayor recurso son las de mayor impacto.

• EJE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

Costos estimados por objetivo del Eje estratégico de gestión integral del riesgo, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
		O7. Garantizar la atención integral oportuna y el acceso al tratamiento	\$ 683.689.154.030	\$ 841.835.494.258	\$ 1.024.005.182.211	\$ 1.233.652.740.670	\$ 3.783.182.571.169

Costos estimados por objetivo del Eje estratégico de gestión integral del riesgo, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
Gestión integral del riesgo	Atención integral en salud	de las personas con ITS, VIH, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C crónicas, siguiendo las normas, guías, protocolos y lineamientos vigentes					
	Subtotal Eje gestión integral del riesgo		\$683.689.154.030,44	\$841.835.494.258,24	\$1.024.005.182.210,53	\$1.233.652.740.669,99	\$3.783.182.571.169,21
Proyección de costos con base en la inversión de recursos para el modelo de gestión Programática en VIH/SIDA en el marco de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Registrado MSPS 2012-2016. Se adicionó la proyección del costo de la atención para las hepatitis B y C (datos programáticos, MSPS).							



Adicionalmente a la proyección de costos relacionada en la tabla, se tuvo en cuenta el incremento de cobertura de atención

en 10.000 PVV cada año por vigencia del plan, para cumplir la meta propuesta en el *fast track*.

• EJE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

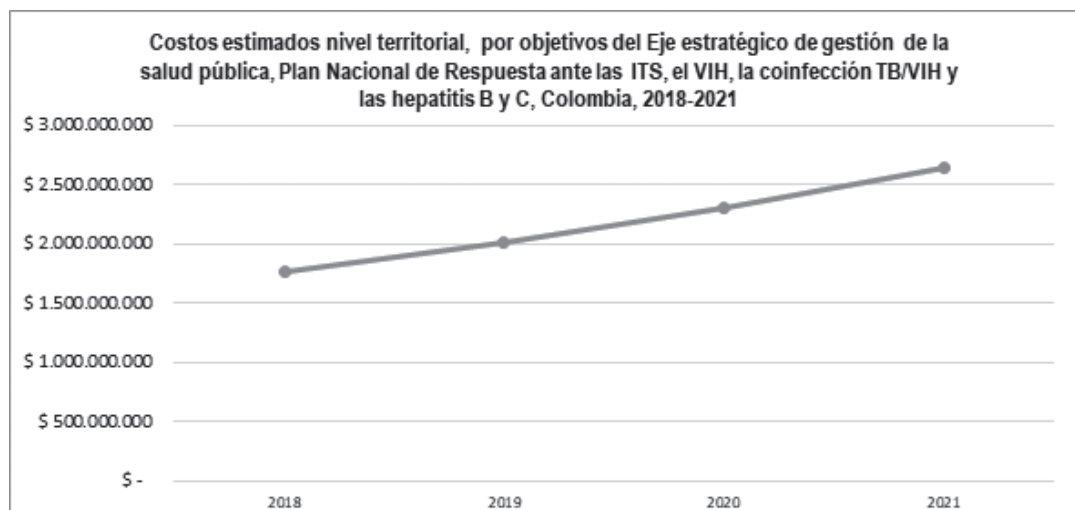
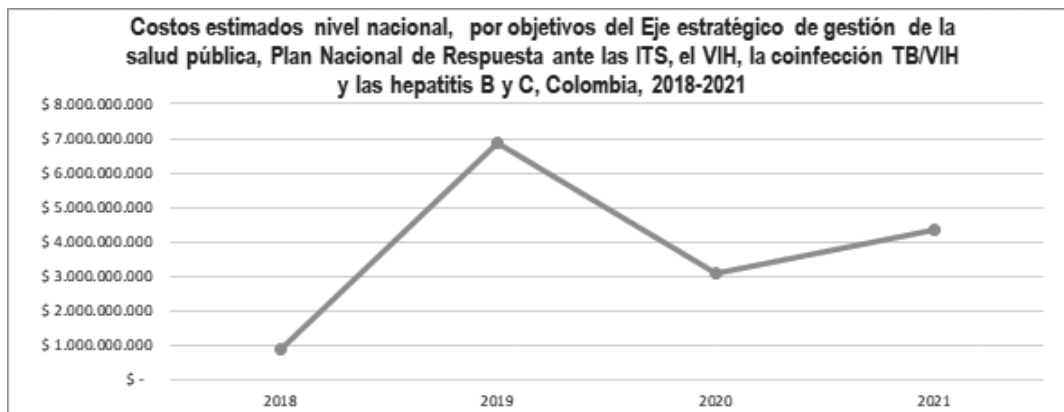
Costos estimados nivel nacional por objetivos del Eje estratégico de gestión de la salud pública, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
Gestión de la salud pública	Planeación participativa y veeduría ciudadana	O8. Integrar la sociedad civil a los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana a nivel nacional y territorial de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C**	\$ 231.546.995	\$ 264.792.629	\$ 302.811.687	\$ 346.289.541,02	\$ 1.145.440.854
	Sostenibilidad de la respuesta	O9. Generar mecanismos de movilización de recursos y generación de alianzas para facilitar la sostenibilidad de las	\$ 50.000.000,00	\$ 57.179.025,00	\$ 65.388.818,00	\$ 74.777.377,18	\$ 247.345.220

Costos estimados nivel nacional por objetivos del Eje estratégico de gestión de la salud pública, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
Gestión de la salud pública		acciones del Plan Nacional de Respuesta ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C**					
	Monitoreo, evaluación, gestión del conocimiento	O10. Generar, consolidar y disponer de información relacionada con la situación de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en el país, para identificar brechas, formular estrategias, hacer modelamientos y estimaciones, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional que den cuenta del avance en la misma**	\$ 224.813.403	\$ 257.092.224	\$ 294.005.654	\$ 336.219.133	\$ 384.493.645
		O11. Generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis B y C y de la efectividad de las respuestas instauradas*	\$ 350.000.000	\$ 6.307.000.000	\$ 2.405.000.000	\$ 3.610.000.000	\$ 12.672.000.000
	Eje Gestión de la salud pública		\$ 856.360.399	\$ 6.886.063.879	\$ 3.067.206.160	\$ 4.367.286.051	\$ 15.176.916.490
* Tomado del proyecto del Plan de inversión MSPS, grupo SS, DR y SR							
** Estimación con base en costos registrados en el PNR 2014-2017, MSPS							

Costos estimados a nivel territorial, por objetivos del Eje estratégico de gestión de la salud pública, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
Gestión de la salud pública	Planeación participativa y veeduría ciudadana	O8. Integrar la sociedad civil a los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana a nivel nacional y territorial de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	\$1.348.220.386	\$1.541.798.544	\$1.763.170.749	\$2.016.327.687	\$6.669.517.366
	Sostenibilidad de la respuesta	O9. Generar mecanismos de movilización de recursos y generación de alianzas para facilitar la sostenibilidad de las acciones del Plan Nacional de Respuesta ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.	\$61.182.398	\$69.966.998	\$80.012.894	\$91.501.186,27	\$302.663.478

Costos estimados a nivel territorial, por objetivos del Eje estratégico de gestión de la salud pública, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021							
Eje	Línea	Objetivo	2018	2019	2020	2021	Total
Gestión de la salud pública	Monitoreo, evaluación, gestión del conocimiento	O10. Generar, consolidar y disponer de información relacionada con la situación de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en el país, para identificar brechas, formular estrategias, hacer modelamientos y estimaciones, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional que den cuenta del avance en la misma.	\$ 130.564.501	\$149.311.016	\$ 170.749.167	\$ 195.265.418	\$645.890.103
		O11. Generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis B y C y de la efectividad de las respuestas instauradas*	\$ 223.914.965	\$ 256.064.787	\$ 292.830.698	\$ 334.875.476	\$1.107.685.925
	Subtotal Eje gestión de la salud pública		\$ 1.763.882.250	\$ 2.017.141.346	\$ 2.306.763.509	\$ 2.637.969.767	\$ 8.725.756.872
	Estimación con base en costos registrados en el PNR 2014-2017, MSPS						

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



En este eje, la mayor proporción del costo está concentrada en las acciones del nivel nacional, lo anterior por el peso porcentual dedicado a las acciones de generación de evidencia, especialmente en el año 2019. Otro rubro que adquiere relevancia y dedicación de recursos en este eje es el de integración la sociedad civil a los procesos de planeación, evaluación, incidencia y veeduría ciudadana a nivel

nacional y territorial de la respuesta a las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C. A nivel territorial, los objetivos con mayor relevancia son los mismos; sin embargo, la orientación de los recursos se hace de forma inversa, mayores recursos para la integración de la sociedad civil a los procesos de gestión, seguida de la generación de evidencia.

Con el apoyo de:



El Fondo Mundial
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria