

Evaluación concomitante a las metas de VIH/SIDA en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP,
2012-2021.

Noel Alberto Aponte Sanabria

Trabajo de grado para optar el título de Economista

Director

Jorge Luis Navarro España

Magister en Gestión y Políticas Públicas

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Bucaramanga

2020

Agradecimientos

A Dios, por darme la oportunidad de estudiar y poder culminar un paso más en mi vida.

A mi familia, por su ayuda, comprensión y amor desde siempre.

A mi director de proyecto, por su orientación en este trabajo.

A mis amigos, por acompañarme en este proceso de estudio, sus ánimos y experiencias vividas
juntos.

A la Escuela de Economía y a la UIS, sus profesores y a Melisa, por guiarme desde el inicio de
mi carrera hasta el día de hoy en cada actividad de aprendizaje.

Al doctor Ricardo Luque del Minsalud y al Instituto Nacional de Salud, por su colaboración en la
obtención de información para este proyecto.

Tabla de contenido

Introducción	11
1. Objetivos	13
1.2. Objetivo General	13
1.2. Objetivo Específicos.....	13
1.3. Cumplimiento de objetivos	14
2. Desarrollo metodológico	15
3. Marco de Referencia	21
3.1. Marco de Antecedentes	21
3.2. Marco Teórico	32
4. Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Colombia 1983-2018.....	40
4.1. Colombia frente a la situación en América Latina de VIH/SIDA, 2010-2018	41
4.2. Casos de VIH/SIDA por año; Colombia, 1983-2018.....	43
4.3. Casos notificados de VIH/Sida por año y sexo; Colombia, 1983-2018.....	44
4.4. Casos notificados de VIH/Sida por grupo etario; Colombia, 1983-2018.....	45
4.5. Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión; Colombia, 1983-2014, 2016-2018	47
4.6. Casos notificados de VIH/Sida por régimen de afiliación al SGSSS; Colombia, 1983-2018	51
4.7. Casos notificados de VIH/Sida por ente territorial; Colombia, 1983-2018	53
4.8. Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes; Colombia, 1985-2018....	55
5. Marco normativo y políticas públicas	57
5.1. Marco normativo internacional	57
5.2. Marco normativo nacional.....	61

5.3.	Planes y políticas nacionales de salud pública	66
6.	Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021	74
6.1.	Definición, metodología y marco conceptual del PDSP 2012-2021	74
6.2.	El VIH/SIDA en el PDSP 2012-2021	79
6.3.	Planes y políticas desarrolladas a la par con el PDSP 2012-2021.....	89
7.	Conclusiones	93
8.	Recomendaciones	97
	Referencias Bibliográficas	99

Lista de figuras

Figura 1. Fases de desarrollo del trabajo de grado.....	15
Figura 2. Casos notificados de VIH/SIDA por año; Colombia, 1683-2018.	43
Figura 3. Casos notificados de VIH/Sida por año y sexo; Colombia, 1983-2018.	44
Figura 4. Casos notificados de VIH/Sida por grupo etario; Colombia, 1983-2018.....	45
Figura 5. Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión; Colombia, 1983-2014; 2016-2018.	47
Figura 6. Casos notificados de VIH/Sida por régimen de afiliación al SGSSS; Colombia, 1983-2018.....	51
Figura 7. Casos notificados de VIH/Sida por ente territorial; Colombia, 1983-2018.....	53
Figura 8. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y sexo; Colombia, 1985-2018.	55
Figura 9. Metodología del PDSP 2012-2021.	75

Lista de tablas

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos	14
Tabla 2. Incidencia del VIH por cada 1.000 habitantes en América Latina, 2010, 2015,2018.	41
Tabla 3. Acuerdos específicos de salud sexual y el VIH/SIDA del Consenso de Montevideo	58
Tabla 4. Dimensiones y componentes del PDSP 2012-2021	78
Tabla 5. Metas del componente prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva enfocadas al VIH/SIDA del PDSP 2012-2021.....	80
Tabla 6. Prevalencia del VIH en grupo de edad 15 a 49 años Colombia 2012-2018	83
Tabla 7. Series de porcentajes de TMI del VIH en niños expuestos al VIH menores de 2 años de edad, Colombia 2014-2018	84
Tabla 8. Series de porcentajes de TMI del VIH en niños expuestos al VIH menores de 2 años de edad, Colombia 2012-2016	86

Resumen

TÍTULO: EVALUACIÓN CONCOMITANTE A LAS METAS DE VIH/SIDA EN EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2021ⁱ

AUTOR: NOEL ALBERTO APONTE SANABRIAⁱⁱ

PALABRAS CLAVE: POLÍTICA PÚBLICA, VIH/SIDA, EVALUACIÓN CONCOMITANTE, METAS, INDICADORES, RESULTADOS.

DESCRIPCIÓN:

El VIH/SIDA es un problema de salud pública de nivel mundial, como enfermedad sin cura genera consecuencias económicas y sociales. Algunas de ellas son: el gasto en salud (tanto en prevención como tratamiento de la enfermedad), fallecimientos en edad de alta productividad, discriminación y limitación de algunos derechos. Además, se encuentra considerada de alto costo, a causa de los impactos económicos para el paciente, su familia y la sociedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo de grado realiza una evaluación concomitante al Plan Decenal Salud Pública PDSP 2012-2021 a las cuatro metas enfocadas al VIH/SIDA. Inicialmente, el trabajo parte con la revisión epidemiológica del VIH/SIDA desde 1983 hasta el año 2018. Luego, una descripción a la principal normatividad que envuelve dicha enfermedad desde acuerdos y declaraciones internacionales hasta las leyes, sentencias, decretos, acuerdos, resoluciones y circulares nacionales. Asimismo, para entender la respuesta dada por el gobierno se efectuó una revisión documental a las principales políticas públicas anteriores al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. También, se hizo una síntesis al Plan Decenal de Salud Pública, se determinaron las metas enfocadas al VIH/SIDA y se realizó una evaluación de resultados a los indicadores de cada meta. Finalmente, se determinaron las conclusiones y las recomendaciones.

ⁱ Trabajo de grado.

ⁱⁱ Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Jorge Navarro, Ms.C. en Gestión y Políticas Públicas.

Abstract

TITLE: CONCOMITANT EVALUATION OF THE GOALS OF HIV/AIDS IN THE TEN-YEAR PUBLIC HEALTH PLAN TYPHP, 2012-2021ⁱ

AUTHOR: NOEL ALBERTO APONTE SANABRIAⁱⁱ

KEYWORDS: PUBLIC POLICY, HIV/AIDS, CONCOMITANT EVALUATION, GOALS, INDICATORS, RESULTS.

DESCRIPTION:

HIV / AIDS is a worldwide public health problem, as a disease without a cure generates economic and social consequences. Some of them are: health spending (both in prevention and treatment of the disease), deaths in age of high productivity, discrimination and limitation of some rights. In addition, it is considered high cost, because of the economic impacts for the patient, his family and society.

In view of the above, the present grade work carries out a concomitant evaluation of the PDSP 2012-2021 Public Health Ten-Year Plan for the four goals focused on HIV / AIDS. Initially, the work starts with the epidemiological review of HIV / AIDS from 1983 to 2018. Then, a description of the main regulation that involves this disease from international agreements and declarations to laws, sentences, decrees, agreements, resolutions and circulars Nationals Also, to understand the response given by the government, a documentary review of the main public policies prior to the Ten-Year Public Health Plan 2012-2021 was carried out. Also, a synthesis was made to the Ten-Year Public Health Plan, the targets focused on HIV/AIDS were determined and an evaluation of results was made to the indicators of each goal. Finally, the conclusions and recommendations were determined.

ⁱ Final Undergraduate Project.

ⁱⁱ Human Science Faculty. Economics and Administration School. Director: Jorge Navarro, Ms.C. in Public Politics Management.

Introducción

El presente trabajo de grado es una evaluación concomitante o intermedia a las metas enfocadas al VIH/SIDA en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. El VIH/SIDA es un problema de salud pública de nivel mundial, como enfermedad sin cura genera consecuencias económicas y sociales. Algunas de ellas son: el gasto en salud (tanto en prevención como tratamiento de la enfermedad), fallecimientos en edad de alta productividad, discriminación y limitación de algunos derechos. Además, se encuentra considerada de alto costo, a causa de los impactos económicos para el paciente, su familia y la sociedad.

Para comprender la situación del VIH/SIDA en Colombia, se partió con la revisión epidemiológica desde los primeros datos obtenidos en el país hasta el año 2018. Luego, una revisión a la principal normatividad que envuelve dicha enfermedad desde acuerdos internacionales hasta decretos y circulares nacionales. Asimismo, para entender la respuesta dada por el gobierno se efectuó una revisión a las principales políticas públicas anteriores al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

La razón de tratar el PDSP 2012-2021 es por su papel en la salud pública, pues es la carta de navegación para las líneas de trabajo en respuesta a los desafíos y sus intervenciones a nivel nacional durante el decenio estipulado. De acuerdo con la teoría se efectúa una evaluación concomitante pues el plan finaliza hasta el 2021, por lo tanto, se hace una verificación al comportamiento de las metas e indicadores hasta la última fecha de datos obtenidos siendo en la mayoría de los casos el 2018.

Con base en lo anterior, este trabajo abarcó cuatro fases: una revisión documental y recopilación de información, seguido de un agrupamiento de información, luego una revisión al cumplimiento parcial de los indicadores y finalmente las conclusiones. En la primera fase, se llevó a cabo la

búsqueda de información, tanto de los datos epidemiológicos del VIH/SIDA como los documentos normativos y los diferentes planes.

Con base en la obtención de información, se continuó con la segunda fase en la que se agruparon los datos de total de casos, sexo, edad, régimen de afiliación, ente territorial y mecanismo probable de transmisión para dar una vista histórica completa del VIH/SIDA y con esto se logró hacer un análisis descriptivo para cada tipo. También, se agruparon los datos de mortalidad por VIH/SIDA desde 1985 a 2018 y su respectivo análisis descriptivo.

En lo referente a lo normativo y los planes y políticas anteriores al PDSP, se llevó a cabo una lectura a estos y su respectiva sinopsis. De igual forma, se realizó una síntesis del PDSP y se determinaron las metas enfocadas al VIH/SIDA. En la tercera fase, se describieron cada meta y su indicador, se ejecutó una evaluación de resultados, en la cual se verificó su cumplimiento en el lapso de tiempo 2012-2018. Finalmente, en la cuarta fase se determinaron las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de grado.

1. Objetivos

1.2. Objetivo General

Evaluar las metas de VIH/SIDA del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.

1.2. Objetivo Específicos

- Revisar la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Colombia correspondiente al periodo 1983-2018.
- Describir la normatividad y los planes y políticas públicas enfocadas al VIH/SIDA.
- Establecer los avances del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 sobre el VIH/SIDA desde el 2012 al 2018.

1.3. Cumplimiento de objetivos

En la tabla 1 se evidencia el cumplimiento de objetivos y su lugar en el presente trabajo.

Tabla 1.

Cumplimiento de objetivos.

Objetivo	Cumplimiento
Revisar la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Colombia correspondiente al periodo 1983-2018.	Capítulo 4
Describir la normatividad y los planes y políticas públicas enfocadas al VIH/SIDA.	Capítulo 5
Establecer los avances del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 sobre el VIH/SIDA desde el 2012 al 2018.	Capítulo 6

Nota: Resultados por capítulos del cumplimiento por objetivos.

2. Desarrollo metodológico

El presente trabajo de grado fue una revisión al avance de las metas de VIH/Sida del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. Ejecutado por medio de cuatro fases, tal y como se ilustra en la figura 1.



Figura 1. Fases de desarrollo del trabajo de grado.

2.1. Fase 1 – Recopilación de información

En esta fase inicial se realizó una revisión en bases de datos referenciadas de la Universidad Industrial de Santander tales como la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), referente al VIH/SIDA en Colombia, repasando artículos, investigaciones, planes y políticas nacionales. Al no encontrar la información específicamente requerida, se procedió a generar solicitudes PQRS a las entidades departamentales y nacionales de salud como son la Secretaria Departamental de Salud de Santander, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

La respuesta por parte de la Secretaria Departamental de Salud de Santander fue que la entidad no maneja cifras sobre el VIH/SIDA, pues estas son lideradas por los entes nacionales. No obstante, enviaron por correo electrónico algunos planes y políticas en formato PDF relacionados

con el tema. Siendo así, se realizaron dos PQRS al Ministerio de Salud y Protección Social, en uno la respuesta fue que la información del VIH/SIDA en Colombia antes del 2000 no se encontraba almacenada, pero enunciaron la existencia de informes realizados por el Ministerio y ONUSIDA donde se trabajan cifras de dichos años. Además, explicaron la funcionalidad de la página web del Fondo de Enfermedades de Alto Costo CAC y sus informes anuales a partir de 2014. Por otro lado, en la respuesta al segundo PQRS, el Ministerio envió físicamente informes e investigaciones que tratan como tema central el VIH/SIDA en Colombia.

Algunos de los artículos y documentos revisados son los siguientes:

- Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación. (Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2012).
- Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual (ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia, 1999).
- Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005 (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia, 2006).
- Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2015).
- Situación Actual del VIH en Colombia 2015 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo).
- Situación del VIH en Colombia 2016 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2017).
- Situación del VIH Sida en Colombia 2017 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2018).

- Situación del VIH Sida en Colombia 2018 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019).

Para el caso del PQRS al Instituto Nacional de Salud su respuesta fue un archivo comprimido con los reportes anuales individuales y en forma anonimizada del VIH/Sida desde el 2008 al 2018 en hojas de cálculo. Esta información es almacenada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) con el código evento 850-VIH/Sida/Mortalidad por Sida. Esta información fue emitida por medio de reserva con la única finalidad de apoyar este trabajo de grado pues no está disponible al público.

En relación a la tasa de mortalidad por VIH/SIDA se utilizaron estadísticas en hojas de cálculo del sitio web del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Las dos hojas de cálculo se denominan: defunciones no fetales- Cuadro 5. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción; y estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Con respecto a la normatividad, tanto internacional como nacional, se efectuó una búsqueda electrónica a los diferentes acuerdos internacionales, leyes, sentencias, decretos, acuerdos y circulares nacionales que tuvieran como tema la salud sexual y el VIH/SIDA. Asimismo, se hizo una exploración de las diferentes políticas, planes y modelos realizados para el control del VIH/Sida en Colombia anteriores al Plan Decenal de Salud Pública.

En cuanto al Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, este se obtuvo por medio de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. Para el avance de las metas enfocadas al VIH/SIDA dentro del PDSP 2012-2021 se utilizaron documentos mencionados anteriormente e informes del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud.

Adicionalmente, para los planes y políticas desarrollados a la par con el PDSP 2012-2021 se efectuó una revisión documental. Los tres documentos revisados son: 1) Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, 2) Plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/sida Colombia 2014-2017, y 3) Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021.

2.2. Fase 2 – Agrupación y procesamiento de la información

En primer lugar, se hizo una agrupación de los datos de incidencia del VIH por cada 1.000 habitantes estimada por ONUSIDA para América Latina en los años 2010, 2015 y 2018. También, la información de la situación epidemiológica del VIH/Sida desde 1983 al 2018 y con estos datos se realizaron tablas y gráficas en hojas de cálculo, para luego hacer un análisis descriptivo.

Del documento *Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación*, se tomaron las categorizaciones de casos de notificaciones de personas que son reportadas con VIH/Sida desde 1983 hasta 2010 por sexo, edad, régimen de afiliación, ente territorial y mecanismo probable de transmisión. Lo anterior, dada la respuesta al PQRS por parte del Ministerio, pues dicha información es con la que se cuenta de esos años.

Por otro lado, con la base de datos suministrada por el Instituto Nacional de Salud se realizó un filtro a las categorías por sexo, edad, régimen de afiliación, ente territorial y mecanismo probable de transmisión de 2011 a 2018. No se usaron los datos de 2008 a 2010 pues en el documento *Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación* estaban los datos hasta el 2010.

En relación con los datos de la mortalidad del VIH/Sida se tuvo en cuenta para los años de 1985 a 2009 la tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes, por año y sexo del documento *Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación*. En cambio, para los

datos del 2010 al 2018 se calculó la tasa de mortalidad teniendo en cuenta las cifras de las hojas de cálculo del DANE denominadas: defunciones no fetales- Cuadro 5. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción; y estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

En segundo lugar, con base en la revisión documental de la normatividad se estableció un resumen de los aspectos importantes de cada una, tanto en el marco internacional como en el marco nacional. También, para las políticas, planes y modelos realizados para el control del VIH/Sida en Colombia antes del Plan Decenal de Salud PDSP 2012-2021 se efectuó una exploración documental y se desarrolló una síntesis de cada una.

En tercer lugar, se efectuó una revisión documental al Plan Decenal de Salud PDSP 2012-2021 y se llevó a cabo una síntesis de su definición, metodología y marco conceptual. Al igual, se indagó sobre el VIH/SIDA en el PDSP y las metas enfocadas a esta enfermedad.

En cuarto lugar, se realizó una evaluación concomitante al PDSP pues su implementación va hasta el 2021 y a su vez se desarrolló una evaluación de resultados a los indicadores de cada meta. Para esto se utilizaron varios documentos, los cuales exponían los indicadores correspondientes de cada meta. Para el primer indicador, al hacer el agrupamiento de las prevalencias de VIH/SIDA, estas se sustrajeron de los informes anuales de la situación del VIH en Colombia por parte del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo de los años 2014 al 2018.

Respecto al indicador de prevalencia del VIH en grupo de edad 15 a 49 años 2012-2018, se utilizaron varias fuentes. Para los años del 2012 al 2015 se manejaron los datos del informe del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) ejecutado por Ricardo Luque del 2016. En cambio, para los años 2016, 2017 y 2018, los datos por grupo de edad de 15 a 24 años y 25 a 49

años fueron obtenidos de los informes anuales de la situación del VIH en Colombia por parte del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.

Con respecto al indicador de porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años se utilizaron los datos del porcentaje de menores de 18 meses hijos de madres con VIH, que fueron diagnosticados con VIH por régimen y sexo desde el 2014 al 2018 de los informes anuales de la situación del VIH en Colombia por parte del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Además, se tuvieron en cuenta los porcentajes de TMI del VIH en niños y niñas expuestos al VIH menores de 2 años de edad del 2012 al 2016 enunciados en el informe Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de la Cohorte 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto al indicador de cobertura de tratamiento antirretroviral, este porcentaje se extrajo de igual forma de los informes anuales de la situación del VIH en Colombia por parte del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo desde el 2014 al 2018.

Para el caso del último indicador que es el porcentaje de donantes VIH (+), se tomaron los datos de la tasa de positividad por 100.000 donaciones de 2014 al 2016 del informe acerca de los procesos de confirmación, asesoría y canalización de donantes de sangre con resultados reactivos para marcadores infecciosos en bancos de sangre en Colombia durante 2016 del Instituto Nacional de Salud (Instituto Nacional de Salud, 2018). Finalmente, para las políticas y planes alternos al Plan Decenal de Salud PDSP 2012-2021 se efectuó una exploración documental y se realizó una síntesis para cada uno.

2.3. Fase 3 – Verificación del cumplimiento de indicadores

Después de agrupar los indicadores en tablas de Excel se desarrolló un análisis descriptivo a los indicadores, verificando si en los años estudiados las cifras han logrado mantenerse por debajo o por encima de los objetivos fijados en las metas.

2.4. Fase 3 – Verificación del cumplimiento de indicadores

En esta fase se establecieron las conclusiones finales producto de las anteriores actividades.

3. Marco de Referencia

3.1. Marco de Antecedentes

El libro *Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual*, es un análisis de la situación de VIH/SIDA y la respuesta nacional a la epidemia hasta 1999, fue realizado por el Ministerio de Salud y el Grupo Temático para Colombia de ONUSIDA. La metodología inició con una convocatoria a organizaciones que aportaran conocimientos y experiencias sobre el VIH y el SIDA; a ellos se les entregó un cuestionario antes de la primera reunión y este fue usado como material insumo (ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia, 1999).

Durante la primera reunión, se hicieron cinco grupos de trabajo (aspectos de población, aspectos sanitarios, aspectos psicosociales, aspectos políticos, jurídicos, y económicos, y aspectos de información, educación y comunicación), cada grupo elaboró un documento de análisis de situación. En la segunda reunión se realizó un análisis de respuesta y al finalizar se entregó el documento resumen.

Luego, se llevó a cabo una reunión con un grupo más pequeño, se discutieron los documentos entregados de las reuniones anteriores y se efectuó un análisis, correcciones y sugerencias; estas fueron enviadas de nuevo a los participantes de los primeros grupos y finalmente se elaboró el documento preliminar, el cual fue aprobado por el total de participantes de todas las reuniones y los miembros del grupo redactor.

El documento final está dividido por cinco partes: 1) aspectos de población, 2) aspectos políticos y jurídicos, 3) aspectos psicosociales, 4) aspectos de salud e impacto social y económico, y 5) aspectos de información, educación y comunicación. En la primera parte los autores muestran la situación sociodemográfica nacional, además de la migración, población desplazada y minorías étnicas. En la segunda parte se hace una revisión a los principios rectores de la salud en Colombia y el marco legal del VIH y el SIDA (ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia, 1999).

En la tercera parte del documento se tratan temas de sexualidad y cultura como es el machismo, la homofobia, la violencia sexual y el sexo por presión económica. También, se describe lo relacionado al consumo de sustancias psicoactivas, las creencias religiosas, y los grupos de mayor vulnerabilidad, los cuales son: adolescentes, mujeres, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, fuerzas militares y de policía, población carcelaria, personas viviendo con el VIH o el SIDA, infantes y niños, usuarios de sustancias psicoactivas y habitantes de calle (ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia, 1999).

En la cuarta parte los autores hacen una revisión a la situación nacional de la epidemia del VIH y del SIDA desde 1983 a 1999, al igual que los resultados de la vigilancia centinela entre 1991 y 1996, la respuesta estatal, la participación de ONUSIDA en Colombia, los servicios de salud, y el impacto social y económico de la epidemia. Finalmente, señalan las formas y medios masivos para comunicar la información del VIH y el SIDA, así como los proyectos educativos, escolares y universitarios (ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia, 1999).

El libro *Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005* es la presentación de la situación y tendencias de la epidemia en Colombia, así como las respuestas nacionales del quinquenio 2000-2005. Es la actualización del libro *Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual*, y lo hace en cinco partes o capítulos. El primer capítulo presenta un contexto nacional de los procesos sociales que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA y cómo la sociedad colombiana la enfrenta (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia, 2006).

En el segundo capítulo se describe y analiza la situación epidemiológica desde un contexto global y nacional; al igual que las tendencias epidemiológicas del VIH/SIDA durante el quinquenio 2000-2005. El tercer capítulo se presenta la respuesta nacional en el quinquenio, iniciando con los desarrollos normativos y programáticos, continua con los desarrollos en coordinación intersectorial, los desarrollos en promoción y prevención, los desarrollos en atención y apoyo, y termina con los desarrollos en la sociedad civil (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia, 2006).

Por su parte, el cuarto capítulo describe los principales proyectos de investigación en VIH/SIDA efectuados durante el quinquenio, tanto nacionales como regionales. En el capítulo final, los autores presentan un análisis progresivo del acceso de la población a servicios de alta calidad en prevención y atención en la infección del VIH y el SIDA (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia, 2006).

En el libro *Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación* se realizó un análisis de situación de salud (ASIS) del VIH/SIDA enfocándose en la inspección y evaluación de las tendencias en promoción, prevención, atención y apoyo en el periodo 1983-2010, con el objetivo de consolidar y divulgar información para la toma de decisiones. La metodología central

fue un análisis mixto (cuantitativo/cualitativo) de la situación de la enfermedad en el periodo anteriormente mencionado, con caracterización de variables sociodemográficas determinantes, valoración/ponderación de dinámica epidemiológica de morbilidad y mortalidad e inequidades, análisis de oferta y demanda, intervenciones existentes, evaluación normativa y de tecnologías, y actividades de abogacía (Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2012).

El libro está dividido en seis capítulos, el primer capítulo muestra la situación del VIH/SIDA en Colombia frente al panorama mundial, continental y regional. En el segundo y tercer capítulo se presenta el comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA en Colombia; en el segundo se presenta la tendencia general de la enfermedad en Colombia desde 1983 a 2010, la prevalencia, la notificación por casos y la coinfección VIH/SIDA-otras enfermedades. En cambio, en el tercero enseña la progresión general de decesos (mortalidad) por la enfermedad desde 1985 a 2009 (Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2012).

Los autores en el cuarto capítulo abordan el acceso a servicios de salud para las personas que viven con VIH/SIDA y grupos en situación de vulnerabilidad desde las diferentes medidas de prevención y promoción (en particular condones), y tratamiento antirretroviral (TAR). En el quinto capítulo se describen los reportes de diversos grupos de investigación para los grupos en situación de vulnerabilidad. Finalmente, el sexto capítulo son las conclusiones, tanto de la situación nacional, el comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA, la mortalidad, el acceso a servicios de salud y la situación de los grupos en contexto de vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2012).

En la monografía *Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud (2006)*, los autores reconocen las

políticas públicas vigentes en Colombia y en el departamento de Antioquia que apoyan el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en especial las relacionadas con la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años, con el mejoramiento de la salud materna y con la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y el dengue (Grisales & Giraldo, 2008).

La metodología utilizada fue una búsqueda sistemática de información en fuentes primarias y secundarias, para luego hacer una descripción de las políticas asociadas a los objetivos 4, 5 y 6 de los ODM. Los autores concluyen que la base principal en política pública en el país es la Constitución Política Nacional y le sigue la ley 100 de 1993, la cual crea el sistema de salud vigente. Además, que el Conpes 91 de 2005 es la única política pública intencional que se ha formulado para alcanzar los ODM. También, que las resoluciones 4288 de 1996 y 412 de 2000 y la circular 18 de 2004 son otras políticas públicas que contribuyen al logro de los objetivos (Grisales & Giraldo, 2008).

Otro documento que trata el tema del VIH/SIDA es el denominado *Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico*. El desarrollo metodológico fue básicamente un recuento histórico sobre las políticas para la mujer en este país, así como los aspectos referidos al sistema de salud y a los planes de atención para el control de la epidemia. El artículo inicialmente expone que el estudio de la economía política de la salud, su revisión desde lo social y vista desde los derechos humanos en Colombia, es muy escasa. Adicionalmente, expresa que en el territorio colombiano la falta de equidad social y económica ocasiona que el SIDA llegue a niveles preocupantes para los grupos vulnerables, en especial las mujeres (Arrivillaga, Alzate, & Useche, 2009).

El anterior artículo comprende una parte sobre las políticas enfocadas a las mujeres en Colombia, desde la incorporación de la mujer a las políticas públicas en la década del 60 hasta las

políticas creadas en los 90 con las cuales se fundan organizaciones regionales y locales dirigidas a ellas. Otra parte muestra el sistema de salud y control de VIH/SIDA en Colombia, el cual inicia en 1984 gracias al interés de una ONG. Luego, el gobierno participó con la creación del Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA en 1987 y la elaboración del Plan Nacional de Prevención y Control del SIDA en 1988 (Arrivillaga, Alzate, & Useche, 2009).

Asimismo, expone que con el crecimiento de casos de VIH/SIDA en el país se fueron creando diferentes planes, algunos de estos fueron: el Plan Intersectorial a Mediano Plazo, el Plan Estratégico Nacional 2000-2003, el Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007 y el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011. Cada uno con metas específicas en reducción, proceso de prevención, control de la epidemia y vigilancia (Arrivillaga, Alzate, & Useche, 2009).

Como consideraciones finales, los autores del artículo expresan que las políticas enfocadas hacia la mujer han avanzado, pero faltan más servicios para su atención integral. De igual forma, los planes para afrontar el VIH/SIDA han sido modificados según la necesidad de la época y siguiendo los lineamientos de las organizaciones internacionales, pero con inconvenientes importantes al no brindar políticas económicas que favorezcan en especial a la población en situación de pobreza y la limitada inversión a la investigación del tema (Arrivillaga, Alzate, & Useche, 2009).

Por otra parte, en el artículo denominado *Estudio de los costos en que incurren las entidades promotoras de salud en Colombia por la prevención y el tratamiento del VIH/Sida (2014)*, se estudiaron los costos que acarrearán las entidades promotoras de salud (EPS) en Colombia para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. Aunque dicha investigación no hace revisión a las

políticas públicas para el VIH/Sida, si hace un estudio a los costos que inciden las entidades para la prevención y tratamiento en Colombia (Urueña, Salazar, Ojeda, & Mantilla, 2014).

Después de una investigación mixta, pues su diseño fue descriptiva-interpretativa-correlacional, la conclusión de los autores es que los costos del VIH/Sida sobrepasan la capacidad de sostenimiento de las entidades prestadoras de salud (EPS) y las aseguradoras, a causa principalmente de los valores de los medicamentos y el inadecuado control por parte del gobierno en sus costos. Por ello, expusieron que se requiere una mayor intervención del Estado, no solo como proveedor de presupuesto, sino como ente regulador real del régimen de salud y seguridad social (Urueña, Salazar, Ojeda, & Mantilla, 2014).

Además, expresan que la mejor forma de prevenir el impacto del VIH/Sida en Colombia es evitar el contagio, pues al no existir cura o vacuna, todo esfuerzo realizado después de adquirida la infección es infructuoso para salvar la vida; aunque bien puede generar calidad de vida y prolongación de la misma mediante la terapia antirretroviral (ARV). Por consiguiente, esta prevención debe revalorarse y asumirse con toda seriedad, pues a la larga es el único instrumento real para disminuir el grado de avance de la pandemia (Urueña, Salazar, Ojeda, & Mantilla, 2014).

En cuanto a los costos de tratamiento, afirman que la terapia antirretroviral debe ser vista no solo como una simple inversión de presupuesto, sino como medida de ahorro, ya que impide la aparición de infecciones y enfermedades oportunistas. Al surgir estas se requerirían gastos elevados para su tratamiento y la necesidad de hospitalizar el paciente, lo que también crea una carga económica y humana para el sistema de salud (Urueña, Salazar, Ojeda, & Mantilla, 2014).

El artículo concluye, resaltando la importancia de llevar a cabo un estudio más profundo y con mayores herramientas matemáticas y estadísticas para proyectar la pandemia y sus repercusiones económicas y sociales en el país, y que genere un marco analítico para los formuladores de política

económica, donde confluyan áreas de estudio como la sociología, la epidemiología, la demografía, la economía, la investigación, la política y el derecho (Urueña, Salazar, Ojeda, & Mantilla, 2014).

Por otro lado, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) dio a conocer el informe denominado *Evaluación institucional y de resultados cualitativos de la Línea de Acción 'ITS, VIH/SIDA' de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (2013)*, realizado por la Unión Temporal Economía Urbana Ltda. y Sistemas Especializados de Información S.A (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

Dicha evaluación tuvo como tipo de enfoque fundamentalmente el cualitativo con datos obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas a grupos focales de nueve ciudades de Colombia. Además, es aclaratorio que el informe no pretendía hacer una evaluación a todo el sistema de salud, pero para evaluar adecuadamente la política se asoció a todo el sistema, desde el Ministerio de Salud hasta los niveles descentralizado como secretarías departamentales y municipales, las EPS e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

El informe inicia dando a conocer el marco normativo general para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el contexto epidemiológico del VIH en Colombia. Luego, se observa la evaluación institucional, la evaluación de resultados cualitativos y, por último, las recomendaciones. En la parte del marco normativo tienen en cuenta la Constitución Política de 1991 y los desarrollos normativos posteriores a la PNSSR, para el contexto epidemiológico hace una revisión a las etapas de notificación desde 1985 hasta el 2012 y muestra la tendencia de casos (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

En la parte de evaluación institucional se evidencia primeramente la identificación de las instituciones involucradas y los demás representantes, tanto nacionales e internacionales como de ámbito privado y público, especificando sus responsabilidades y procesos, después la realización

de un análisis para las cuatro líneas de acción de la PNSSR (1. Promoción, 2. Prevención, 3. Diagnóstico y 4. Atención integral) (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

A continuación, ejecutaron la evaluación cualitativa a las cuatro líneas de acción. En las líneas de promoción y prevención se llegó a la idea de implementar educación sexual diferencial con enfoque de género y generación, para que, desde las familias, los colegios, las universidades, la comunidad y los medios de comunicación enseñen información clara y real sobre ITS y sexualidad que elimine mitos y tabúes.

Para el caso de la línea de diagnóstico afirman que, de acuerdo con las entrevistas, las personas que pertenecen a poblaciones vulnerables conocen las rutas de acceso a la prueba diagnóstica, pero presentan rezago para quienes viven en ciudades pequeñas. Situación contraria para las mujeres embarazadas y jóvenes entre los 15 y 19 años, los cuales expresaban contar con menos información. Por otro lado, con respecto a las barreras de acceso, algunas de estas son los extensos procesos administrativos en la solicitud de exámenes, la falta de acceso a servicios de salud en territorios de violencia y municipios sin presencia institucional (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

En la línea de atención integral, expresan una falencia para la población con bajos recursos al no contar en ocasiones con afiliación a un régimen en salud o al tener una inadecuada calidad en los servicios pues son municipios pequeños o quedan retirados, además de la precaria infraestructura hospitalaria y la falta de medicamentos. Incluso para los ciudadanos afiliados al SGSSS les toca recurrir a tutelas u otros elementos jurídicos para acceder a servicios, pues la integralidad en el tratamiento significa sumarle el acompañamiento psicológico y nutricional (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

En último lugar, el documento contiene recomendaciones, la primera es que el CONASIDA debe mejorar su articulación con el gobierno, liderar las reuniones con los diferentes actores, y

ejecutar control y seguimiento a los objetivos, políticas y lineamientos emitidos. La segunda es promover y desarrollar una educación para la sexualidad desde los espacios educativos; orientando a los jóvenes por medio de cátedras o charlas a conocer su cuerpo, el respeto a la dignidad y a la no discriminación (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

Adicionalmente, otras recomendaciones fueron: incentivar la demanda de pruebas diagnósticas en toda la población sin importar su participación a un grupo vulnerable, mejorar las campañas de diagnóstico con mayor acceso a pruebas rápidas en territorios alejados, garantizar la continuidad en el tratamiento pues en las entrevistas se observaron traumatismos en los procesos administrativos de los regímenes, difundir los derechos con los que cuentan los pacientes, promover la participación de las asociaciones de usuarios, y establecer un sistema de información unificado ya que los sistemas de información tienen problemas de consistencia (Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI , 2013).

Finalmente, con respecto a las investigaciones al Plan Decenal de Salud Pública se encuentra el *Informe de gestión avance del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2018)*, un documento que verifica el avance para los indicadores de gestión y los indicadores de resultado del PDSP. La dimensión que involucra el VIH/SIDA es la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y tiene cuatro metas directas con su respectivo indicador. De las cuatro metas el informe revisa tres y sus indicadores se denominan: prevalencia de VIH/SIDA 2012-2016, porcentaje de transmisión materno infantil -TMI- del VIH en menores de 2 años 2008-2015 y cobertura de tratamiento antirretroviral 2012-2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La primera meta es mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años, pero su indicador expresa “la prevalencia de VIH/SIDA”; es decir, no se mira en realidad la población de 15 a 49 años pues el indicador calcula es la prevalencia en general.

Teniendo en cuenta lo anterior, la prevalencia de VIH/SIDA para el periodo 2012-2016 aumentó, pues pasó de 0,09 en el 2012 a 0,16 en el 2016, mostrando el cumplimiento de la meta al no superar el 1% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En cuanto al porcentaje de TMI en menores de 2 años de edad este fue disminuyendo al pasar del 5,8 en el 2008 al 2,7 en el 2015. Cifra que se acerca a la meta establecida del 2% o menos. Situación parecida para el tercer indicador pues la cobertura de tratamiento antirretroviral pasó del 87,09 en 2012 a 91,51 en 2016, dato muy cercano al 100% la cual es la meta para 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Siendo así, de acuerdo al informe del Ministerio de Salud y Protección Social para el corte de 2016, de las tres metas relacionadas con el VIH/SIDA del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 dos han logrado llegar a las metas estipuladas y una está cercana al porcentaje objetivo.

En pocas palabras las investigaciones principales del VIH/SIDA en Colombia son realizadas por parte del gobierno nacional en acompañamiento de organizaciones internacionales como ONUSIDA. Los tres primeros antecedentes son insumos para la toma de decisiones, documentos que fueron elaborados para mostrar la situación de la enfermedad en periodos de tiempos específicos, por medio de un análisis del contexto histórico, geográfico, social económico, cultural y epidemiológico.

Adicionalmente, las investigaciones académicas que tratan las políticas públicas enfocadas al VIH/SIDA se encuentran tres: 1) la revisión de las políticas públicas y su aporte al cumplimiento de los ODM, 2) el análisis de las políticas públicas enfocadas al VIH/SIDA y su relación a la mujer, y 3) el estudio de los costos de la enfermedad; aunque esta última no analiza específicamente las políticas públicas si tiene como tema central el VIH/SIDA.

Además, en los antecedentes se tuvo en cuenta la evaluación a la línea de Acción ITS, VIH/SIDA de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, debido a que fue un proceso

evaluativo que involucró un proceso participativo por parte de los diferentes entes que involucran esta enfermedad, desde lo administrativo en salud, los que viven con VIH y los grupos con vulnerabilidad. Dicha evaluación implicó un conjunto de entrevistas y encuestas con el fin de conocer con mayor profundidad la problemática y poder conocer los diferentes puntos de vistas de los actores. Fue financiada por el gobierno, pero llevada a cabo por empresas privadas, buscando generar diagnósticos e insumos que permitan organizar, orientar y fortalecer su atención, y mejorar los espacios de coordinación y articulación interinstitucional.

Por otra parte, el documento que trata sobre el Plan Decenal de Salud Pública es el informe de cumplimiento a corte de 2016 del Ministerio de Salud, en el cual su metodología se basó principalmente en una revisión de algunos indicadores y su explicación descriptiva.

Todos estos artículos, libros y documentos abarcaban algunos como tema principal el VIH/SIDA, otros como subtemas. Algunos manejan metodologías similares y la que más se encuentra es la búsqueda de información de primera fuente para hacer descripciones a la situación del VIH/SIDA y a las diferentes políticas públicas.

3.2. Marco Teórico

Encontrar una definición homogénea de política pública es una situación compleja pues su objeto de estudio también lo es. Es así como existen múltiples definiciones, unas muy generales y otras muy cerradas, dejando a un lado elementos básicos del tema.

El papel que juega la política pública al interior de una sociedad implica legitimar al Estado, no solo por su carácter instrumental en la provisión de servicios básicos o la administración de bienes públicos; son apuestas socio-políticas para resolver problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma sociedad (Torres & Santander, 2013, p.15).

Para establecer una definición se inicia aclarando que la formación y ejecución de una política pública no es competencia única del gobierno, este debe ser el actor principal, pero debe contar con apoyo social y político para llevarla a cabo. Es decir, el asunto del cual va a ser objeto la política pública no dependerá únicamente de lo que considere el gobierno en pro del bienestar social, sino será el resultado de los intereses discutidos y acordados por particulares. El gobierno debe interactuar con los diferentes actores involucrados (otros actores del Estado, agentes privados y la sociedad) para establecer interdependencia de recursos, pues los recursos del gobierno son limitados y no cubren las exigencias de los actores (Torres & Santander, 2013). Con base en lo anterior, algunas definiciones a las políticas públicas son:

- Según Roth (como se citó en Torres y Santander, 2013) las políticas públicas se entienden como programas de acción que representan la realización concreta de decisiones colectivas y el medio usado por el Estado en su voluntad de modificar comportamientos mediante el cambio de las reglas de juego operantes hasta entonces (p.29).
- Aguilar por su parte expone que (como se citó en Torres y Santander, 2013) la política es, por naturaleza, la respuesta a una necesidad que logra surgir triunfante en la discusión pública, donde lo relevante no se da por el grado de afectación social del problema, sino por la capacidad de captar la atención del gobierno y de discusión de los actores sociales clave (p.56).
- Las políticas públicas son una construcción social donde el gobierno, como el orientador de la acción colectiva, interactúa con múltiples y diversos actores sociales y políticos. Por ende, a diferencia de algunos enfoques que ven la interacción con la sociedad como regresiva para la toma de decisiones, resulta que esta no es solo deseable sino condición necesaria para el éxito de los procesos de las políticas públicas (Torres & Santander, 2013, p.16).

Asimismo, es necesario mencionar que la literatura inicial sobre el análisis de las políticas se dio con la propuesta de Harold Laswell, quien planteaba que por medio de la construcción de la ciencia de las políticas se llegaría a mejorar la toma de decisiones por parte de las oficinas gubernamentales. Su principal razón era que la ineficiencia en los asuntos públicos se generaba por falta de racionalidad en las decisiones (Torres & Santander, 2013).

Dicha propuesta significaba disminuir los errores de los funcionarios de política y lograr el cumplimiento de los objetivos previstos. Por lo cual, el enfoque se centraba en la obtención del resultado por medio de una planeación racional en cada parte del denominado ciclo de la política pública, el cual inicia con el problema de política, la realización de la política pública (solución) y finalmente, la evaluación. Según Aguilar (como se citó en Torres y Santander, 2013) “el modelo del ciclo de la política pública es un dispositivo analítico que sugiere que la política es un proceso que se desarrolla por fases” (p.67).

Aunque existan críticas al modelo del ciclo por parte de Sabatier, Parsons expresa que el modelo cumple un papel valioso al ordenar un proceso muy complejo y como cualquier otro ciclo sirve para simplificar la realidad y aclara la política pública de una manera práctica (Torres & Santander, 2013). Con el tiempo este ciclo fue modificado; Howlett y Ramesh lo dividió en cuatro fases: formulación, toma de decisiones, implementación y evaluación. Luego, Jones estableció cinco fases interrelacionadas: identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisiones, implementación y evaluación. Finalmente, Gonzalez-Rossetti, estipuló seis etapas: definición del problema, formulación, legislación, implementación, cambio institucional y consolidación (Grupo de investigación en gestión y políticas en salud, 2008).

Después del auge del enfoque racional de Laswell se empiezan a crear contradictores a esta postura, pues consideraban que en varias ocasiones el conocimiento científico se impone y no deja tomar decisiones correctas en las políticas públicas, sin hacer una debida reflexión. De estos

nuevos estudios sobresalen tres enfoques denominados cognitivo, argumentativo y coaliciones defensoras (Torres & Santander, 2013).

De acuerdo con Müller (como se citó en Torres y Santander, 2013) “el enfoque cognitivo vislumbra las políticas públicas como portadoras de visiones del mundo” (p.42). Es así como las políticas públicas traen consigo ideas o ideologías de un problema social. En cambio, el enfoque argumentativo expresa el proceso de política pública como una construcción científica por medio de argumentos, los cuales se dan de la discusión y el uso del lenguaje. El marco teórico del enfoque argumentativo tiene dos posturas: la tradicional, que es el uso adecuado de los argumentos para el convencimiento de los diferentes actores de la política pública, y la postura crítica, que es el uso de posiciones críticas utilizadas dentro del debate, valorando más los argumentos de política que la estructura lógica del argumento (Torres & Santander, 2013).

Para el último enfoque denominado coaliciones defensoras, se observa la política pública como un conjunto de subsistemas de políticas influenciados por aspectos sociales, económicos y políticos. Cada subsistema es un grupo de actores que presentan intereses sobre un tema y participan para fomentar la política pública; aunque en ocasiones no todos los actores tengan los mismos intereses, estos buscan aliados para formar lo que se conoce como coalición defensora y puedan incidir sobre la política (Torres & Santander, 2013).

Después de estos enfoques, se concretaron otros, los cuales buscaban entender las dinámicas de interacción entre el gobierno y los distintos actores sociales. Entre estos se encuentran el enfoque de gobernanza de las policías, quien formula que la capacidad de llevar a cabo una política pública es la consecuencia de una interacción entre el gobierno, y los actores políticos y sociales. Es decir, el gobierno debe tener un acompañamiento de múltiples actores y en especial los actores clave (Torres & Santander, 2013).

En definitiva, las políticas públicas son la muestra de las necesidades, cambios e ideales que una sociedad desea, en donde la intervención pública o gubernamental juega un papel importante al ser su responsabilidad. Es decir, las políticas públicas no son únicamente una muestra del desempeño gubernamental sino un involucramiento de los diferentes actores en los procesos de entendimiento acerca de los alcances, formas y determinantes que puedan impactar a la sociedad.

3.2.1. Evaluación de las políticas públicas. De conformidad con Dunn (como se citó en Torres y Santander, 2013):

La evaluación de las políticas públicas se entiende como un procedimiento analítico encargado de proveer información sobre el desempeño de la política, sirviendo de base para la planificación de la intervención pública a lo largo del tiempo, al proporcionar una valoración sistemática y objetiva de su diseño, gestión y resultados (anticipados y no anticipados) alcanzados, con respecto a su deseabilidad, utilidad o valor social (p.139).

Por otra parte, de acuerdo a Roth (como se citó en Torres y Santander, 2013) el surgimiento de la evaluación se dio “en el marco de la decepción por el déficit del cumplimiento de los objetivos de los Estados intervencionistas, sobre todo en materia de políticas sociales” (p.139). Parsons (como se citó en Torres y Santander, 2013) indica que, desde la visión positivista, “la evaluación de políticas públicas es el examen objetivo, sistemático y empírico de los efectos que las políticas y programas públicos tienen en relación con sus objetivos, en términos de las metas que se proponían lograr” (p.141).

Aunque en varios casos se vea la evaluación como parte final de una política pública, esta puede darse desde antes, durante y después de ejecutada, es decir, no funciona como proceso lineal. De acuerdo con varios autores como Roth y Cardozo se registran tres tipos principales de evaluación: ex ante, concomitante y ex post. La evaluación ex ante o llamada a priori consiste en realizar una

evaluación de una política pública antes de su implementación, con el fin de verificar los efectos antes de su puesta en marcha (Torres & Santander, 2013).

Por el contrario, la evaluación concomitante se realiza durante la fase de implementación de la política pública, con lo cual se verifica que los procesos se ejecuten correctamente y se eviten problemas. Sus principales resultados son determinar el avance de una política con relación a las metas propuestas, identificar áreas problemáticas, ayudar a mejorar el gerenciamiento del personal y mejorar la capacidad del Estado. Y, la evaluación ex post o retrospectiva es la ejecutada al finalizar la implementación de la política pública y busca analizar los efectos de esta (Torres & Santander, 2013).

Adicionalmente, según la propuesta de Majone (como se citó en Torres y Santander, 2013) se pueden establecer tres modos principales de evaluación: 1) de insumos utilizados, verificando los recursos e individuos que participan, 2) de procesos, en el que se consideran los métodos empleados, y 3) de resultados, fijándose en las consecuencias de una actividad específica y se usa un instrumento de medición.

También, existen niveles de evaluación basados en André Roth, entre los más usados están: el nivel de medios, de resultados, de impacto, de eficiencia y de satisfacción. El nivel de medios verifica si los medios previstos para la implementación han sido puestos en espacios y tiempos adecuados. El nivel de resultados identifica si el programa alcanzó los objetivos fijados y se centra en la medición de los efectos inmediatos logrados por la entidad ejecutora a través de indicadores generalmente cuantitativos que dan razón de la actividad productiva de la entidad. Por otro lado, el nivel de impacto determina los efectos previstos que se derivaron de la acción pública en el entorno social y económico. Finalmente, el nivel de eficiencia establece la relación de los efectos obtenidos con los medios utilizados y el nivel de satisfacción analiza si se logró satisfacer la necesidad fundamental (Torres & Santander, 2013).

3.2.2. Epidemiología. La epidemiología es la rama de la salud pública que se encarga de estudiar las enfermedades de una población y su posible control. Es así como investiga la causa, distribución y frecuencia de la enfermedad en un grupo poblacional, los riesgos que pueden generar y las medidas para atacarla dependiendo del nivel en que se encuentre. Por lo cual, la epidemiología utiliza el método científico para estudiar una enfermedad, iniciando con la duda que se genera en la observación, continua con un planteamiento de problemas, crea hipótesis, realiza experimentos y finalmente obtiene resultados (López, Garrido, & Hernández, 2000).

De acuerdo con Frost (como se citó en López, Garrido & Hernández, 2000) afirma que “la epidemiología en mayor o menor grado, sobrepasa los límites de la observación directa, asignándole la posibilidad de un desarrollo teórico propio” (p.138). Por su parte, Major Greenwood en 1941 (como se citó en López, Garrido y Hernández, 2000) la definió simplemente como “el estudio de la enfermedad, considerada como fenómeno de masas” (p.139). Al considerarse la epidemiología como una disciplina moderna, esta expresa que una enfermedad no ocurre al azar, por el contrario, según afirma el modelo Red de casualidad, hay un conjunto de causas para cada una y que un factor puede ser la cercanía (López, Garrido, & Hernández, 2000).

Aunque el estudio de las enfermedades ha sido tan antiguo como la escritura, su apoyo ha sido fundamental en la actualidad para enfermedades como el SIDA. De conformidad con la historia de esta, en 1980 el doctor Gottlieb descubrió que ciertos individuos tenían inconvenientes con sus glóbulos blancos, detectándose en una comunidad de San Francisco en individuos con vida sexual activa y dispuso a sus colegas para que investigaran al respecto, pues se había generado una pandemia. Tres años después fue determinada como SIDA gracias al estudio realizado por Gottlieb (Restrepo & González, 2010).

En este campo es necesario la diferenciación entre epidemia y pandemia, la primera es el aumento de personas afectadas por una enfermedad en un lugar y momento específico, y la

segunda, es la afectación a los seres humanos en un espacio geográfico amplio. Al igual, que los términos prevalencia e incidencia, para la primera se define como el número de casos de una enfermedad para un tiempo determinado y la incidencia es el número de enfermos en una población por unidad de tiempo, es decir la prevalencia estudia casos existentes mientras la incidencia los nuevos (Restrepo & González, 2010).

3.2.3. VIH y SIDA. De acuerdo con ONUSIDA, “el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento”. Esta infección genera un deterioro progresivo del sistema inmunitario, provocando el incumplimiento de su función que es combatir las infecciones y enfermedades (ONUSIDA, s.f.).

Es necesario aclarar que el VIH y el SIDA son diferentes, el VIH es el virus y puede convertirse en el síndrome (SIDA), pero hay ocasiones que el virus no se transforma en síndrome. En algunos casos, si una persona tiene VIH y pasa más de ocho años sin darse cuenta de la enfermedad y sin seguir un tratamiento, es como finalmente adquiere el síndrome (ONUSIDA, s.f.).

Por lo tanto, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad degenerativa causada por la infección del VIH. Posterior al contagio del VIH, la persona puede generar sintomatología de gripa en el inicio del ciclo. Luego, la enfermedad continúa avanzando por todo el sistema inmunológico hasta degenerarlo y vuelve al individuo propenso a otras infecciones y enfermedades.

Para el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

La enfermedad del VIH en su fase I es asintomática y no se considera SIDA. La fase II (incluye leves candidiasis e infecciones frecuentes del tracto respiratorio superior), la fase III (incluye diarrea crónica sin explicación que persiste más de un mes, varias infecciones bacterianas y

tuberculosis pulmonar) y la fase IV de la enfermedad del VIH (incluye toxoplasmosis cerebral, candidiasis de esófago, tráquea o pulmones y sarcoma de Kaposi) se emplean como indicadores del sida (ONUSIDA, s.f.).

La mayor parte de estas afecciones son infecciones oportunistas fácilmente tratables en personas sanas. Además, algunas de las coinfecciones del VIH/Sida son la tuberculosis, la hepatitis B, la hepatitis C y la sífilis (ONUSIDA, s.f.).

Por otra parte, las maneras de transmisión de VIH pueden ser: al mantener relaciones sexuales vaginales o anales, el compartir agujas (en la aplicación de drogas y hacerse tatuajes), al pincharse con una aguja ya contaminada, y en el proceso de embarazo o lactancia.

En contraste a esto, las formas más efectivas para protegerse contra el VIH es el uso del condón, abstenerse de tener relaciones sexuales casuales, no compartir agujas, llevarse a cabo tatuajes en lugares que cumplan con condiciones de salubridad y para el caso de las embarazadas realizarse la prueba de VIH en el primer trimestre del embarazo (Miller, 2018).

4. Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Colombia 1983-2018

El incremento de la epidemia en Colombia es un asunto de interés nacional, en primera medida por ser causante de mortalidad, y en segunda, por ser considerada de alta costo, tanto para el paciente como para el sistema general en salud. El VIH/SIDA es la causa de miles de muertes en el mundo, esto se debe en primera medida a la falta de cura. Al ser una enfermedad que se ha convertido en epidemia a nivel mundial, las organizaciones estatales y no gubernamentales hacen esfuerzos para disminuir su propagación y buscar la cura.

Cualquier persona puede infectarse de VIH, pero hay situaciones sociales y económicas que pueden determinar la mayor o menor probabilidad de infección. Algunas de estas son la situación

económica o nivel de pobreza, estigmatización al pertenecer algún grupo minoritario y el nivel de acceso a servicios.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) tiene como prioridad combatir la epidemia por medio de su programa denominado ONUSIDA, sumándose a la acción de la Organización Mundial de la Salud, la cual trabaja por un mundo saludable y libre de enfermedades tanto infecciosas como no transmisibles. De acuerdo con ONUSIDA para el 2018, 37,9 millones de personas vivían con VIH a nivel mundial, 1,7 millones de personas contrajeron el VIH y 770 mil personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA (ONUSIDA, s.f.).

4.1. Colombia frente a la situación en América Latina de VIH/SIDA, 2010-2018

Tabla 2.

Incidencia del VIH por cada 1.000 habitantes en América Latina, 2010, 2015, 2018.

PAÍS	2010	2015	2018
Argentina	0,16 (0,14-0,18)	0,15 (0,13-0,17)	0,15 (0,13-0,17)
Bolivia	0,12 (0,11-0,12)	0,13 (0,12-0,14)	0,13 (0,11-0,14)
Brasil	0,23 (0,18-0,28)	0,24 (0,19-0,29)	0,26 (0,2-0,31)
Chile	0,22 (0,18-0,24)	0,26 (0,21-0,29)	0,27 (0,22-0,3)
Colombia	0,19 (0,14-0,25)	0,17 (0,12-0,22)	0,14 (0,1-0,19)
Costa Rica	0,19 (0,16-0,21)	0,2 (0,180,23)	0,21 (0,18-0,24)
Ecuador	0,17 (0,1-0,32)	0,15 (0,08-0,29)	0,13 (0,07-0,27)
El Salvador	0,22 (0,17-0,27)	0,14 (0,11-0,18)	0,11 (0,08-0,14)
Guatemala	0,15 (0,15-0,16)	0,13 (0,12-0,14)	0,14 (0,13-0,14)
Honduras	0,09 (0,06-0,13)	0,09 (0,05-0,13)	0,09 (0,05-0,12)
México	0,09 (0,08-0,11)	0,09 (0,07-0,11)	0,08 (0,06-0,11)
Nicaragua	0,1 (0,08-0,14)	0,08 (0,05-0,11)	0,07 (0,04-0,1)
Panamá	0,4 (0,36-0,44)	0,37 (0,32-0,4)	0,32 (0,28-0,36)
Paraguay	0,2 (0,14-0,31)	0,18 (0,12-0,29)	0,16 (0,1-0,25)
Perú	0,12 (0,08-0,2)	0,11 (0,07-0,19)	0,1 (0,06-0,18)
Uruguay	0,24 (0,15-0,34)	0,24 (0,12-0,39)	0,26 (0,11-0,47)

Nota: Adaptado de la respuesta al VIH en América Latina - Datos mundiales sobre sida 2019 (2019)

Al observar las estimaciones de incidencia de ONUSIDA para América Latina se observa un aumento en la región de 7% entre 2010 y 2018; los países con el mayor índice para el 2018 fueron: Panamá (0,32), Chile (0,27) Brasil (0,26) y Uruguay (0,26). Panamá ha tenido una reducción pues pasó de 0,4 en 2010 a 0,32; en cambio Brasil, Chile y Uruguay aumentaron para el mismo periodo de tiempo.

Por otro lado, los países con incidencia menor para el 2018 fueron: Nicaragua (0,07), México (0,08) y Honduras (0,09). El país con mayor incremento en su variación porcentual fue Chile al ubicarse en 22,74% y la de mayor deceso en su variación fue Colombia con el -26,32% en la comparación de tiempo 2010-2018.

En las cifras de ONUSIDA no se tienen datos de Venezuela, pues expresa que a causa de la incertidumbre sociopolítica la cobertura del tratamiento para el VIH se derrumbó. Esto generó que las personas que viven con la enfermedad migraran a otros países en busca de acceso al tratamiento, sumándoles nuevos compromisos a los sistemas de salud de los países receptores.

También, se observan falencias en los datos sobre población clave, pues solo cuatro de ocho países entregaron a ONUSIDA información de más de dos poblaciones y ninguno sobre personas que se inyectan drogas. Es la misma situación en los datos de eliminación de la transmisión materno infantil y en acceso al tratamiento, debilitando el estudio y análisis de estos importantes temas (ONUSIDA, 2019).

Sin embargo, la región ha impulsado programas y líneas de acción para el VIH/SIDA, uno es que en países como México, Brasil y Argentina se ha establecido por ley el acceso universal a los medicamentos antiretrovirales. Esto es una de los aportes fundamentales para las personas que viven con VIH/SIDA, pero a su vez significa grandes cargas económicas al sistema de salud. Llevando a que países como la India y Brasil elaboren en su territorio algunos medicamentos pues significaba un ahorro en comparación a los costos dados por las compañías farmacéuticas. Otros

programas y líneas que han tenido un mejoramiento son los protocolos e intervenciones en la maternidad para eliminar la transmisión materno infantil.

Por otra parte, de acuerdo con el Ministerio de Salud en Colombia el valor total de inversión para el VIH/SIDA fue de 294 mil millones de pesos en el 2012, de los cuales las inversiones que más aportaron fueron: 175 mil millones para inversión realizada por el SGSSS en relación con la atención clínica y hospitalaria de la infección por VIH y 69 mil millones en inversión Plan de Intervenciones Colectivas a cargo de las Direcciones Municipales de Salud.

Para el 2016 el total llegó a 527 mil millones de pesos, de los cuales las inversiones que más aportaron fueron: 405 mil millones en inversión realizada por el SGSSS en relación con la atención clínica y hospitalaria de la infección por VIH, y 78 mil millones en inversión Plan de Intervenciones Colectivas a cargo de las Direcciones Municipales de Salud.

4.2. Casos de VIH/SIDA por año; Colombia, 1983-2018

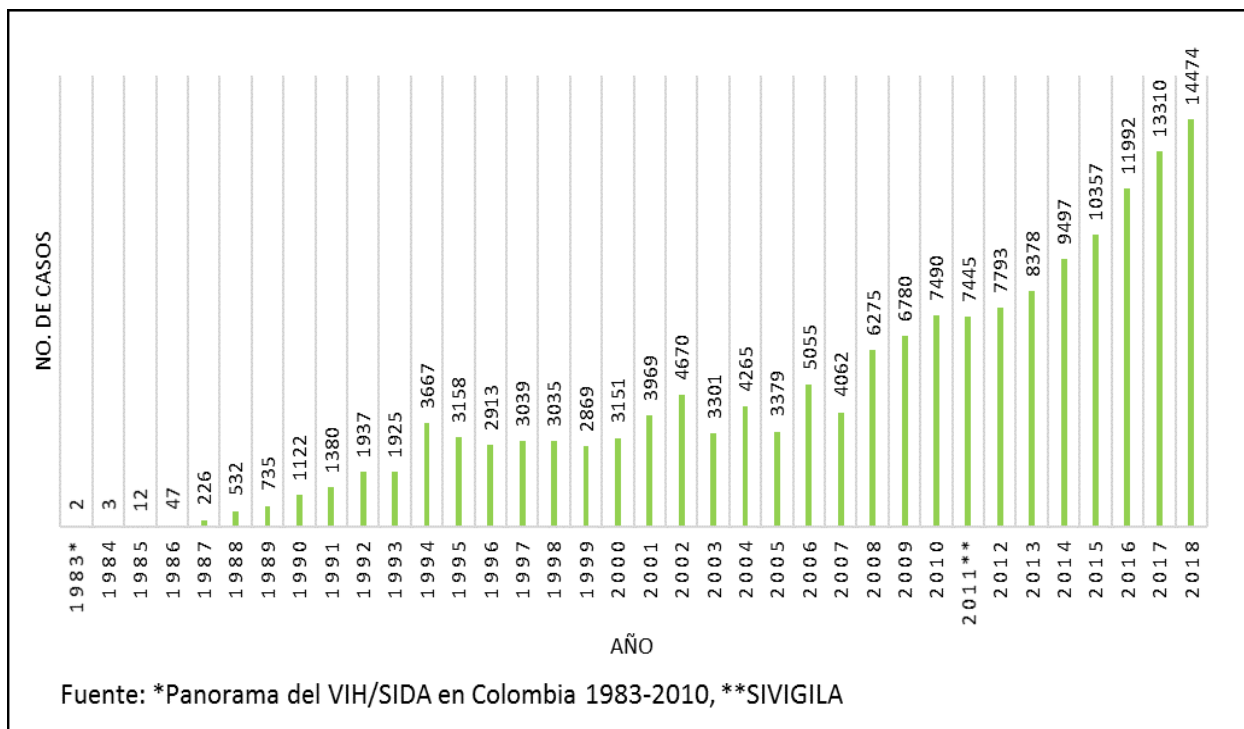


Figura 2. Casos notificados de VIH/SIDA por año; Colombia, 1983-2018.

De acuerdo con la figura 2, desde 1983 a 2018 se ha reportado un total de 162.245 casos de infección por VIH/SIDA, evidenciando un crecimiento paulatino a nivel nacional. Al observar la diferencia porcentual entre años, el incremento más alto fue de 380,85% en 1987, pues en 1986 se reportaron 47 casos y en 1987 la cifra fue 226. Por otro lado, se encontró una reducción en los casos notificados con respecto al año anterior para 1993, 1995, 1999, 2003, 2005, 2007 y 2011.

4.3. Casos notificados de VIH/Sida por año y sexo; Colombia, 1983-2018

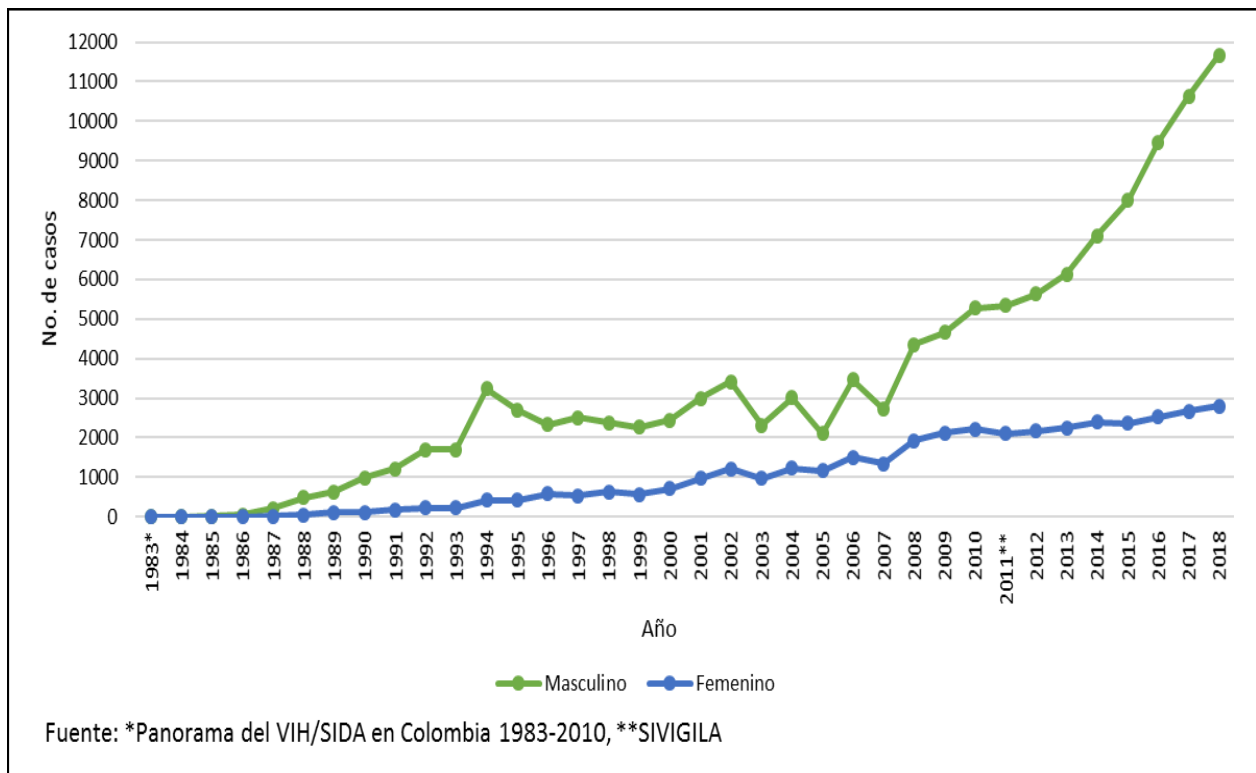


Figura 3. Casos notificados de VIH/Sida por año y sexo; Colombia, 1983-2018.

La figura 3 muestra que hubo predominancia del sexo masculino en los casos notificados por sexo, pero con un descenso al pasar de razón de 10:1 en la década de los 90 a 2:1 en el 2010. El sexo masculino tiene un porcentaje del 75% del total de casos durante los primeros 28 años, mientras

que el sexo femenino el 25%. No obstante, se evidencia falencia en los datos de 1983 a 2010 pues solo se notificaron 78.514 de los 78.999 casos por sexo, es decir no se incluyeron 485.

Asimismo, en el periodo entre el 2011 y el 2018 el sexo masculino continuo con la mayor participación de los casos. Los hombres aumentaron su porcentaje al pasar de 71,78% en 2011 al 80,61% en el 2018, contrariamente al sexo femenino quien disminuyó su porcentaje pues en el 2011 estaba en 28,22% y en el 2018 fue del 19,39%.

4.4. Casos notificados de VIH/Sida por grupo etario; Colombia, 1983-2018

Rango de Edad	1983-2010*	2011**	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0 a 4	1268	78	60	63	51	47	32	33	32
5 a 9	440	40	19	33	18	13	23	17	17
10 a 14	248	15	20	24	27	26	26	25	36
15 a 19	2599	279	365	415	489	536	670	775	824
20 a 24	9047	1091	1305	1378	1695	1927	2318	2485	2926
25 a 29	11880	1297	1468	1528	1694	2019	2343	2683	3013
30 a 34	11210	1260	1232	1268	1500	1529	1763	2010	2139
35 a 39	8891	899	908	994	1090	1157	1339	1480	1561
40 a 44	6491	818	741	812	912	888	935	1046	1049
45 a 49	4101	633	619	650	693	732	875	898	936
50 a 54	2621	431	441	517	536	593	650	724	721
55 a 59	1590	277	279	314	347	405	457	478	532
60 a 64	837	172	179	198	221	242	272	310	337
65 a 69	422	78	85	106	126	140	159	196	187
70 y más	338	66	60	66	82	86	113	135	150
Sin datos	17016	11	12	12	16	17	17	15	14
TOTAL	78999	7445	7793	8378	9497	10357	11992	13310	14474

Fuente: *Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010, **SIVIGILA

Figura 4. Casos notificados de VIH/Sida por grupo etario; Colombia, 1983-2018.

Conforme a la figura 4, para el periodo 1983-2010 se observa que los grupos etarios con mayor número de casos son entre los 20 y los 34, los cuales suman aproximadamente el 41% del total. Significando que la enfermedad afectaba principalmente a personas en edad económicamente productiva. Adicionalmente, durante ese mismo periodo de tiempo los datos incompletos alcanzaron el 21% del total de notificaciones, una cifra que puede mostrar ineficiencia en los

procesos de almacenamiento de información y falencias en el control a los registros de salud en el país durante esos años.

Con respecto a los casos entre el 2011 y el 2018, los rangos de edad con mayor número de casos continúan siendo los de 20 a los 34 años, los cuales suman para estos 8 años un total de 8.078 casos notificados. Por otra parte, el porcentaje de participación para el rango de 20 a 24 años era de 17,42% para el 2011 y aumentó a 20,16% para el 2018. En cambio, el rango de los 25 a los 30 años pasó del 16,92% en el 2011 al 14,78% en 2018, y el rango de los 30 a los 34 años se redujo de 12,08% en el 2011 al 10,78% en el 2018.

Aunque se haya disminuido el porcentaje de participación para las edades de los 25 a los 34 años, en valores de casos estos aumentaron pues de los 25 a los 29 años en el 2011 se notificaron 1.297 casos y en el 2018 se notificaron 3.013, y para el caso del rango de los 30 a los 34 pasó de 1.260 casos en 2011 a 2.139 en el 2018. Esto da a entender que siguió la continuidad en la afectación a las personas en edad económicamente productiva que se venía presentando antes del 2011 y en especial las personas entre los 20 y los 24 años. De igual forma, genera interrogantes la efectividad de las diversas campañas de promoción y prevención del VIH/Sida ejecutadas en los años 90 y los 2000 pues los adultos de hoy recibieron esas campañas mientras eran adolescentes o universitarios.

Por otro lado, al analizar los porcentajes de participación el rango de edad con mayor descenso fue de 0 a 4 años, al pasar de 1,05% en 2011 al 0,22% en 2018, pues en el 2011 se notificaron 78 casos y en el 2018 solo 32. Seguido del rango de edad 5 a 9 años al disminuir su porcentaje del 0,54% al 0,12% para el mismo lapso de tiempo. Con base en los anteriores datos se observa una mejora en los procesos prenatales para el control de la trasmisión madre e hijo, ya que se disminuyó un 58,97% en los casos notificados para los niños y niñas entre los 0 y 4 años de edad entre 2011 y 2018.

4.5. Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión; Colombia, 1983-2014, 2016-2018

AÑO	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Materno infantil	UDI- Uso de drogas IV	Acc. de trabajo	Transfusión	Trasplante de órganos	Piercing	Hemodilísis	Tatuajes	Centro estético	Acupuntura	Sin identificar	TOTAL
1983*	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1984	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1985	3	5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	12
1986	4	17	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	47
1987	36	92	38	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	57	226
1988	102	178	109	17	0	0	1	0	0	0	0	0	0	125	532
1989	189	194	118	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	221	735
1990	267	299	184	20	0	0	2	0	0	0	0	0	0	350	1122
1991	354	304	185	13	1	0	12	0	0	0	0	0	0	511	1380
1992	485	517	297	16	0	0	6	0	0	0	0	0	0	616	1937
1993	475	396	248	22	0	1	5	0	0	0	0	0	0	778	1925
1994	1276	944	466	27	3	0	35	0	0	0	0	0	0	916	3667
1995	1133	745	485	50	3	0	19	0	0	0	0	0	0	723	3158
1996	1164	591	343	66	3	3	17	0	0	0	0	0	0	726	2913
1997	1111	639	318	73	1	3	11	0	0	0	0	0	0	883	3039
1998	1060	507	311	58	1	2	19	0	0	0	0	0	0	1077	3035
1999	665	170	140	29	2	2	5	0	0	0	0	0	0	1856	2869
2000	911	195	199	77	4	0	2	0	0	0	0	0	0	1763	3151
2001	1280	291	179	72	7	3	7	0	0	0	0	0	0	2130	3969
2002	1388	398	171	131	3	2	13	0	0	0	0	0	0	2564	4670
2003	1629	295	123	86	0	2	10	0	0	0	0	0	0	1156	3301
2004	1615	407	59	71	2	0	3	0	0	0	0	0	0	2108	4265
2005	1124	138	64	33	1	2	4	0	0	0	0	0	0	2013	3379
2006	1919	338	101	26	2	2	3	0	0	0	0	0	0	2664	5055
2007	2055	410	89	42	5	2	6	0	0	0	0	0	0	1453	4062
2008	3527	823	189	72	18	35	0	0	0	0	0	0	0	1611	6275
2009	4087	1191	288	73	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1137	6780
2010	5118	1451	316	118	23	13	0	0	0	0	0	0	0	451	7490
2011**	5109	1641	387	118	15	14	11	17	0	0	0	0	0	133	7445
2012	5393	1930	358	84	18	3	2	0	0	0	0	0	0	5	7793
2013	5728	2142	382	92	29	1	2	0	0	0	0	0	0	2	8378
2014	6287	2638	449	69	20	6	10	0	0	0	0	0	0	18	9497
2016	7026	4188	679	65	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11992
2017	7491	4890	802	49	53	0	0	0	3	0	14	1	1	6	13310
2018	7688	5687	958	41	50	1	3	4	4	1	21	13	3	0	14474
TOTAL	77701	34653	9047	1725	302	97	210	21	7	1	35	14	4	28071	151888

Fuente: *Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010, **SIVIGILA

Figura 5. Casos notificados de VIH/Sida según mecanismo probable de transmisión; Colombia, 1983-2014; 2016-2018.

A propósito de la figura 5, se observa que durante el lapso de tiempo 1983-1995 los tipos de mecanismos homosexual y bisexual superaron al heterosexual. Después de 1996, el porcentaje correspondiente a homosexual y bisexual disminuyó su tendencia hasta llegar a porcentajes menores del 25%, en comparación con el mecanismo heterosexual que alcanzó el 68%. Al sumarse los tipos de mecanismos heterosexual, homosexual y bisexual se observa que el mecanismo sexual es el generador de mayor número de casos, alcanzando porcentajes superiores al 90% como fue en el 2010 con el 91,92%.

Por otro lado, si se observa el periodo 1983-2010 para el mecanismo de transmisión perinatal o “madre a hijo” sus cifras más altas fueron en el 2002 con 131 casos y en el 2010 con 118. Para evitar este tipo de transmisión se creó en el 2003 el Proyecto Nacional de Reducción de la Transmisión Madre-Hijo de VIH, implementándose en 757 municipios hasta el año 2005. Este incluía prueba voluntaria de VIH durante el control prenatal, terapia antiretroviral para madre e hijo, parto por cesárea y sustitución de lactancia. En consecuencia, en 2008 el Ministerio de Salud y Protección incluyó el reporte de gestantes y recién nacidos con infección de VIH y se estipuló el indicador de transmisión materno infantil del VIH. Ese año se tomó como línea de base, fijándose en un 5,8% (Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2012).

Para los mecanismos UDI y accidente laboral su porcentaje durante los 28 primeros años no alcanzó el 1%, siendo la cifra más alta para el caso de UDI en el 2010 con 23 notificaciones y para accidente laboral en el 2008 con 35 casos. Además, lo equivalente a infección por transfusión tuvo sus cifras más altas entre 1991 y 2003, pero a partir del 2006 la participación disminuyó hasta llegar a cifra cero gracias a los controles en los bancos de sangre.

Por otra parte, en la figura 5 no se ubican datos del 2015 pues dicha variable estaba vacía en la información suministrada del Instituto Nacional de Salud, posiblemente por un error en el

almacenamiento. Otro aspecto de la tabla, es la modificación de la ficha del SVIGILA en el 2017, en la cual para el caso del mecanismo probable de transmisión se agregaron cinco variables: piercing, hemodiálisis, tatuajes, centro estético y acupuntura.

De acuerdo con los datos del lapso de tiempo 2011-2018, los casos notificados por la variable sexual heterosexual se redujeron del 68,62% al 53,12% en participación total, para el 2011 y 2018 respectivamente. Situación contraria para la variable homosexual que pasó de 22,04% a 39,29% en los mismos años. Asimismo, las notificaciones por transmisión materno infantil también tuvo un descenso, pues en el 2011 se conocieron 118 y para el 2018 solo se notificaron 41, es decir hubo una reducción de 1,30 puntos porcentuales.

En el caso de la transfusión, aunque se había visto una mejora al contar con datos ceros entre 2008 y 2010, para el 2011 se retomó a cifras de dos dígitos. Sin embargo, no superaron los 11 casos ni el porcentaje alcanzó el 0,16%, observándose una falla en los controles que se realizan para la transfusión. Para el 2016 y 2017 se volvió de nuevo a la cifra cero, situación que cambió para el 2018 pues se sumó a este tipo de mecanismo 3 nuevos casos.

Por un lado, la transmisión por accidente de trabajo y trasplante de órganos tuvo un descenso hasta ubicarse en valor cero, el primer tipo de transmisión desde el 2016 hasta el 2017 y el segundo a partir del 2012 al 2017. Pero ambos mecanismos sumaron casos en el 2018, por accidente de trabajo se tuvo un caso y el trasplante de órganos 4, cifras que ya se habían superado. Situación contraria para la transmisión por uso de drogas que ha estado en continuo ascenso y solamente con una reducción de tres casos al pasar de 53 en el 2017 a 50 en el 2018.

En pocas palabras, se observa que el mecanismo de transmisión sexual cobija el mayor número de casos alcanzando en algunos años hasta el 99%, significando un componente para seguir trabajando en tema de prevención y en actividades para eliminar prácticas culturales contrarias a las conductas de protección. Una de estas prácticas es el no uso de protección en pareja, al

considerarse que contar con pareja estable o un matrimonio no habrá contagio por tema de fidelidad. Al no tener presente el posible contagio no se realizan pruebas de rutina y su diagnóstico es tardío. Otra es la presión religiosa al no avalar el uso del preservativo, pues unas religiones desalientan su uso y otras se oponen totalmente.

Por otro lado, aunque en algunos años hubo mejoría al alcanzar datos cero como fue para la transfusión, accidente de trabajo y trasplante de órganos, para el 2018 se retomaron cifras dando señales para que se efectúen mayores controles a este tipo de procedimientos. Con las nuevas variables (piercing, hemodiálisis, tatuajes, centro estético y acupuntura) se dan a conocer cifras que van en aumento al comparar 2017-2018 y la visualización de estos datos dan a conocer otras fuentes de transmisión del VIH/Sida que son poco conocidas o no son consideradas peligrosas.

Por otra parte, en el país se han realizado estudios a las denominadas poblaciones claves, refiriéndose a un grupo de personas que tienen mayor probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo. Estos grupos son: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres transgénero (MT), personas que se inyectan droga (PID), las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), población privada de la libertad (PPL) y personas seronegativas dentro de una pareja serodiscordante (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Dichos estudios han mostrado que Colombia tiene una epidemia concentrada, caracterizada por tener un predominio en la población general inferior al 1%. Asimismo, que existen prevalencias que se han mantenido constantes por encima del 5% en por lo menos en un subgrupo de población clave y que se ha visto un aumento en la prevalencia de la población HSH al 17% y en MT al llegar al 21% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Aunque se observe en la figura 5, que la variable heterosexual es el mayor tipo de mecanismo de transmisión sexual, de acuerdo a los diferentes estudios de prevalencia realizados en el país muestran como población clave a los HSH.

Esto puede significar que las personas mienten o no asumen su orientación sexual, debido principalmente a temas de discriminación.

4.6. Casos notificados de VIH/Sida por régimen de afiliación al SGSSS; Colombia, 1983-2018

AÑO	Contributivo	Subsidiado	Excepcional	Especial	No afiliado	Sin dato-Indeterminado	TOTAL
1983*	0	0	0	0	0	2	2
1984	0	0	0	0	0	3	3
1985	0	0	1	0	0	11	12
1986	0	0	0	0	0	47	47
1987	0	0	4	0	0	222	226
1988	0	0	3	0	0	529	532
1989	0	0	3	0	0	732	735
1990	0	0	11	0	0	1111	1122
1991	0	0	14	0	0	1366	1380
1992	0	0	11	0	0	1926	1937
1993	0	0	17	0	0	1908	1925
1994	460	253	25	0	25	2904	3667
1995	436	294	18	0	29	2381	3158
1996	397	362	17	0	12	2125	2913
1997	514	313	25	0	23	2164	3039
1998	686	138	24	0	127	2060	3035
1999	307	155	20	0	282	2105	2869
2000	491	224	12	0	415	2009	3151
2001	806	388	19	0	769	1987	3969
2002	1397	489	12	0	796	1976	4670
2003	582	349	16	0	758	1596	3301
2004	1113	442	6	0	917	1787	4265
2005	167	546	12	0	607	2047	3379
2006	1805	1006	14	0	1393	837	5055
2007	1410	904	83	118	1365	182	4062
2008	2510	1726	60	129	1850	0	6275
2009	2723	2072	133	44	1808	0	6780
2010	2960	2771	40	149	1564	6	7490
2011**	3349	2583	258	4	1251	0	7445
2012	3339	3364	97	171	822	0	7793
2013	3630	3739	136	146	727	0	8378
2014	4283	4242	172	179	621	0	9497
2015	5034	4381	173	161	604	4	10357
2016	5923	4866	240	211	661	91	11992
2017	6802	5942	107	83	348	28	13310
2018	7443	5913	125	142	805	46	14474
TOTAL	58567	47462	1908	1537	18579	34192	162245

Fuente: *Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010, **SIVIGILA

Figura 6. Casos notificados de VIH/Sida por régimen de afiliación al SGSSS; Colombia, 1983-2018.

Inicialmente, la figura 6 muestra que antes de 1994 no hay notificaciones por regímenes a causa de la creación del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 1991 y su transición hasta 1994. A partir del 2006 el régimen contributivo supera el porcentaje del 30% y el subsidiado alcanza el 19% de los casos notificados por VIH/Sida para el lapso de tiempo 1983-2010. Por un lado, el régimen excepcional, el cual cobija a las fuerzas militares, policía, Ecopetrol y magisterio, ha tenido máximo una participación de 8% en 1985 y un 2% en 2007 y 2009. A partir del 2007 se tienen datos del régimen especial, que cubre a los empleados de universidades públicas, con porcentaje de participación de 0,6% y cercanas al 2% (Chaparro, 2020).

Por otra parte, la población que no estaba afiliada alcanzó porcentajes superiores al 20%, como es el 33,6% del año 2007 y el 29,5% en el 2008, esto significó inconvenientes en el acceso a tratamientos y medicamentos. Además, durante el lapso de tiempo de 1983 hasta el 2001, la notificación “sin dato” tiene porcentaje de participación mayor al 50% y tienden a disminuir hasta ubicarse en 0% en 2008, esto se debe posiblemente a la implementación de las fichas del SIVIGILA en 2006.

A partir del 2011, el régimen contributivo y el subsidiado acogieron casi en totalidad los casos notificados de VIH/SIDA. El contributivo alcanzó su porcentaje más alto en el 2018 con el 55,92% y el subsidiado en el 2014 con el 44,67%. Por otro lado, en el lapso de tiempo 2011-2014 no se observaron datos en la categoría “indeterminado/pendiente”, pero a partir del 2015 sí, con datos que no superan el 1%.

Otra cifra relevante es la “no asegurado”, la cual para el 2011 contó con 1.251 casos, pero se redujo a 348 casos en el 2017 y en el 2018 volvió a aumentar a 805. Pasando de una participación cercana al 17% en 2011 a 2,61% en el 2017, una reducción que puede significar un mejoramiento en temas de asegurabilidad en el sistema de salud, pero con preocupación por el aumento del 2018.

4.7. Casos notificados de VIH/Sida por ente territorial; Colombia, 1983-2018

Departamento	1983-2010*	2011**	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Amazonas	124	13	13	19	12	17	18	27	23
Antioquia	10755	1071	1063	1149	1410	1618	1824	2108	2225
Arauca	190	7	19	21	25	43	36	44	45
Atlántico	4357	525	615	807	892	794	916	816	739
Bogotá, D.C.	18347	1543	1356	1668	1841	1896	2411	2531	2960
Bolívar	2295	325	383	379	424	548	588	578	538
Boyacá	623	73	74	69	77	78	114	102	97
Caldas	1188	131	160	173	187	212	264	259	255
Caquetá	309	15	51	54	63	78	65	60	82
Casanare	284	25	27	50	63	83	114	110	126
Cauca	491	115	128	109	112	136	161	219	238
Cesar	1535	175	213	218	247	253	249	266	314
Chocó	172	32	28	29	32	34	45	50	65
Córdoba	1496	321	322	332	326	394	467	763	466
Cundinamarca	2028	199	202	219	261	258	334	437	554
Guainía	14	2	2	5	7	2	3	1	8
Guaviare	398	17	11	10	11	14	15	27	173
Huila	1554	119	144	141	155	166	183	220	19
La Guajira	481	79	85	84	83	105	137	176	243
Magdalena	1399	170	245	268	272	259	313	307	351
Meta	1656	115	127	188	182	192	233	185	237
Nariño	988	122	152	151	153	161	211	234	236
Norte de Santander	1983	249	285	274	334	339	346	388	464
Putumayo	340	20	31	26	38	31	35	65	69
Quindío	1775	173	149	131	161	252	279	283	301
Risaralda	2465	213	231	271	271	272	359	352	455
San Andrés y Providencia	141	8	5	11	3	8	7	12	5
Santander	3297	298	338	295	354	417	411	472	489
Sucre	805	136	173	167	228	220	202	193	206
Tolima	1110	160	189	178	220	230	222	245	283
Valle del Cauca	14848	977	955	827	1028	1207	1380	1659	1788
Vaupés	10	5	0	0	5	3	1	3	6
Vichada	33	2	2	2	2	5	6	10	4
Exterior	14	10	15	12	18	32	43	108	410
Sin dato	1494	0	0	41	0	0	0	0	0
TOTAL	78999	7445	7793	8378	9497	10357	11992	13310	14474

Fuente: *Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010, **SIVIGILA

Figura 7. Casos notificados de VIH/Sida por ente territorial; Colombia, 1983-2018.

Según la figura 7, para el lapso de tiempo 1983-2010 las áreas geográficas con mayor número de notificación de VIH/SIDA fueron: Bogotá D.C. (18.347), Valle del Cauca (14.848), Antioquia

(10.755), Atlántico (4.357) y Santander (3.297). Al contrario, las áreas con menores casos fueron: Vaupés (14), Guainía (14), Vichada (33) y Amazonas (124).

Las explicaciones a las cifras anteriores pueden ser dos: la primera es que las áreas geográficas con mayor número de notificaciones son territorios en los que residen la mayoría de la poblacional nacional y así sucede para los de menores notificaciones pues son áreas con la menor población nacional.

La segunda es que dichos territorios cuentan con mejor calidad de vida, siendo receptores por situaciones como violencia, desplazamiento forzado o falta de oportunidades. Además, al ser grandes territorios cuentan con instrumentos especializados y mejores centros de atención.

Por otra parte, las áreas geográficas con el mayor número de casos notificados durante el 2011-2018 fueron: Bogotá D.C. (16.206), Antioquia (12.468), Valle del Cauca (9.821), Atlántico (6.104) y Bolívar (3.763). En cambio, los de menor número de casos notificados para el mismo periodo de tiempo fueron: Vaupés (23), Guainía (30) y Vichada (33).

Lo anterior muestra la misma propensión que se evidenció en los datos de 1983 a 2010. Por lo tanto, se continua con las hipótesis que las áreas geográficas con mayor número de notificaciones son territorios en los que residen la mayoría de la poblacional nacional y en los cuales la población de otros sectores se ubica para obtener una mejora en la prestación de los servicios de salud.

4.8. Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes; Colombia, 1985-2018

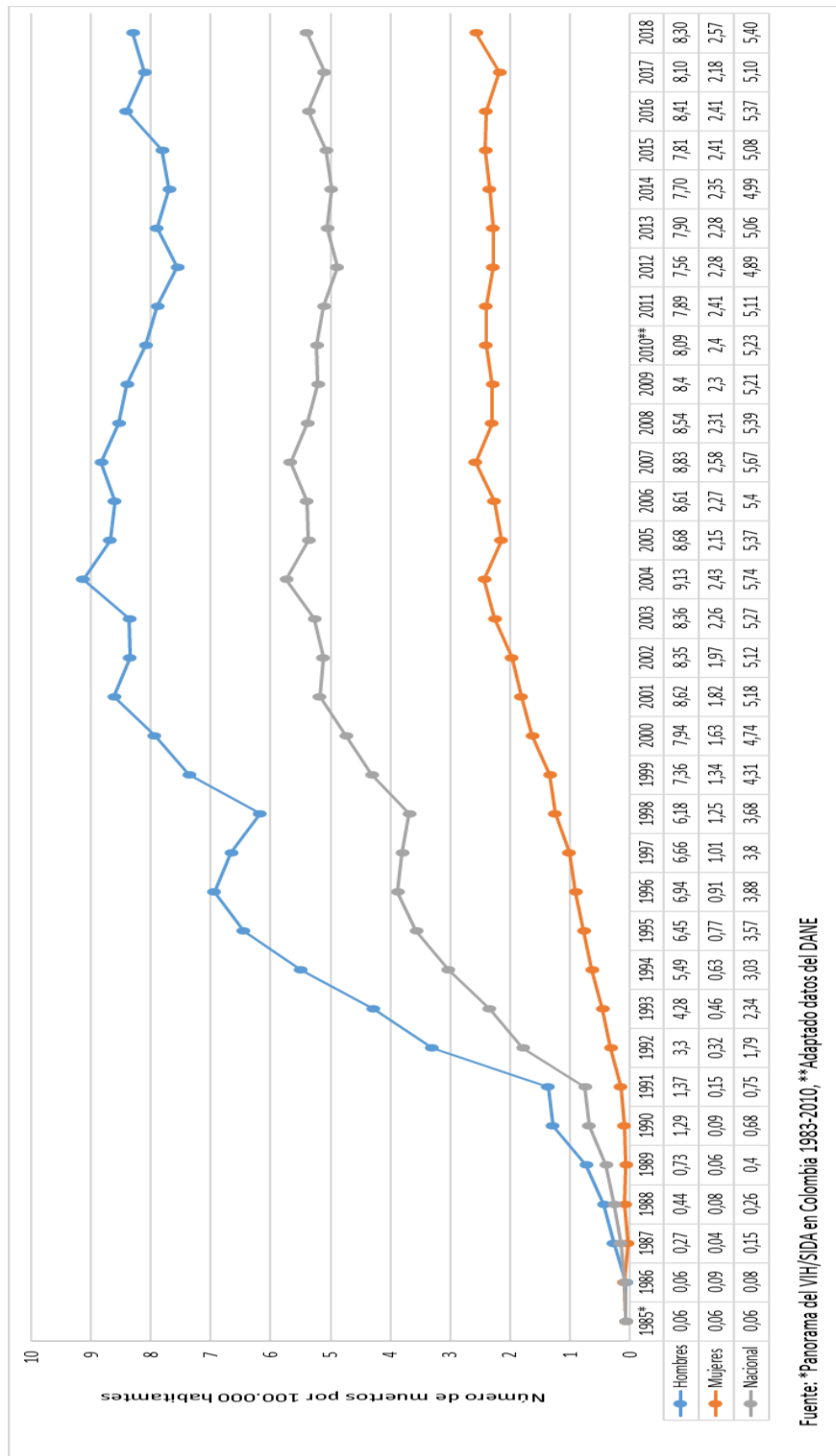


Figura 8. Tasas de mortalidad por VIH/Sida por 100.000 habitantes, por año y sexo; Colombia, 1985-2018.

La figura 8 muestra en primera parte que la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes es mayor en los hombres, cifra que ha ascendido al pasar de 0,06 por 100.000 habitantes en 1985 a 8,09 por 100.000 habitantes en 2010. Por el contrario, la tasa de mortalidad en las mujeres en 1985 fue de 0,06 por 100.000 habitantes y alcanzó el 2,4 por 100.000 habitantes en el 2010.

En las cifras a nivel nacional, la tasa de mortalidad por VIH/Sida pasó de 0,06 por 100.000 en 1985 al 5,23 por 100.000 habitantes en 2010, un incremento de 5,17 puntos porcentuales. Además, la cifra más alta en el periodo 1985-2010 fue en el 2007 con una tasa de 5,67 por 100.000 habitantes.

Adicionalmente, en la investigación titulada *Mortalidad por el virus de la inmunodeficiencia humana en Colombia* se realizó un estudio descriptivo a 15.040 muertes presentadas en Colombia durante 1985-2001 causadas por el VIH/Sida. En ella determinaron que los hombres aportaron el 85,9% de los casos, siendo la tasa de mortalidad en los hombres de 4,12 por 100.000 habitantes versus 0,66 por 100.000 habitantes para las mujeres. Asimismo, durante esos 17 años de estudio el VIH/Sida aportó el 0,54% del total de muertes en Colombia, donde las personas entre los 25 a 44% aportaron el 69,7% al total de defunciones por VIH/Sida (Rodríguez, Betancur, Muñoz, Quijano, & Zuleta, 2006).

Por otra parte, la tasa de mortalidad por VIH/Sida en el periodo 2011-2018 aumentó para el caso de los hombres al pasar de 7,89 por 100.000 habitantes en 2011 al 8,30 por 100.000 habitantes en 2018. También para las mujeres la tasa aumentó al pasar de 2,41 por 100.000 habitantes en 2011 a 2,57 por cada 100.000 habitantes en 2018, aunque venía con una reducción desde el 2012 y alcanzó un mínimo de 2,18 por cada 100.000 habitantes en 2017.

En la tasa nacional, la mínima se ubicó en 4,89 por 100.000 habitantes en el 2012 y la máxima en el 2018 con 5,40 por 100.000 habitantes. Además, se evidencia que mueren más hombres que

mujeres como consecuencia de la enfermedad de VIH/SIDA y que la tasa de los hombres sobrepasa la tasa de mortalidad nacional.

5. Marco normativo y políticas públicas

5.1. Marco normativo internacional

El marco normativo internacional sobre salud y sexualidad surge en 1994 con lo expuesto y acordado en la conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, expresando como medida de desarrollo la disminución de las enfermedades de transmisión sexual y el empoderamiento de la mujer. Para esto la necesidad de que las personas contaran con educación y salud, en especial salud reproductiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Después de esta conferencia los principales marcos normativos internacionales referentes a salud sexual y reproductiva son:

5.1.1. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2013. Es un acuerdo regional llevado a cabo por los gobiernos de América Latina y el Caribe y creado con el fin de generar una integralidad de la población hacia un desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos. Fue celebrada Montevideo, en coordinación de la CEPAL y el gobierno de Uruguay, así como con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Este consenso busca el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva completos, desde programas de prevención hasta tratamientos, respetando los derechos humanos de cada persona y sus características individuales. Además, de mejorar los servicios médicos y facilitar el acceso a población vulnerable, promover campañas de prevención desde niños hasta adultos, mejorar la detección del VIH/SIDA en mujeres embarazadas y brindar recursos para el acceso (CEPAL, 2013).

Tabla 3.

Acuerdos específicos de salud sexual y el VIH/SIDA del Consenso de Montevideo.

Acuerdo	Descripción
Acuerdo 12	Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.
Acuerdo 33	Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia.
Acuerdo 35	Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales.
Acuerdo 37	Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.
Acuerdo 38	Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus.
Acuerdo 39	Fortalecer las medida de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus.

Continuación de la Tabla 3.

Acuerdo	Descripción
Acuerdo 41	Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres.
Acuerdo 46	Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.
Acuerdo 78	Ampliar y perfeccionar los procesos de descentralización, desconcentración y planificación participativa en los ámbitos subnacionales y locales, favoreciendo la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios básicos, educación y salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva y la prevención de la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres.
Acuerdo 87	Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho.
Acuerdo 95	Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos.

Nota: Adaptado de Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013).

5.1.2. Objetivos de desarrollo del milenio. El 8 de septiembre de 2000 la ONU acordó la declaración del Milenio, un conjunto de ocho objetivos conocidos como objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con el propósito de tener un mundo pacífico, próspero y justo. Los objetivos fueron: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) lograr la enseñanza primaria universal, 3) promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, 4) reducir la mortalidad infantil, 5) mejorar la salud materna, 6) combatir VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades, 7) garantizar

la sostenibilidad del medio ambiente y 8) fomentar una asociación mundial para el desarrollo (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

Para ratificar dicho acuerdo el país desarrolló el CONPES Social 91 de 2005, denominado Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015 y el cual sufrió una modificación generando el CONPES Social 140 de 2011. Con base en lo anterior, el objetivo 6 y sus indicadores tuvieron unos cambios, siendo así se establecieron dos metas nacionales enfocadas al VIH/SIDA cada una con sus respectivos indicadores (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

Por consiguiente, las dos metas quedaron establecidas así: mantener por debajo de los límites definidos internacionalmente la prevalencia concentrada de VIH/SIDA y aumentar la cobertura de terapia antirretroviral. Los indicadores de la primera meta: 1) mantener por debajo del 1% la prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad, 2) mantener igual o por debajo del 2%, el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH y 3) reducir la tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA. Con respecto al indicador de la segunda meta este se fijó en aumentar la cobertura de tratamiento antirretroviral al 88.50% (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

5.1.3. Agenda 2030 para el desarrollo sostenible- Objetivos de desarrollo sostenible. El 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba el documento *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. En el cual establece las prioridades y actividades a efectuar para lograr un desarrollo sostenible a nivel mundial para el 2030 (Naciones Unidas, 2015).

El documento está conformado por cuatro partes: 1) la declaración, 2) principios, compromisos comunes y metas, 3) medios de implementación, y 4) seguimiento y evaluación. Luego, estipulan los 17 objetivos y las 169 metas, separadamente cada objetivo con sus correspondientes metas (Naciones Unidas, 2015).

El objetivo enfocado a la salud es el tercero, el cual busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta enfocada al VIH/SIDA es la 3.3, en la cual se estipula el fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles para el 2030 (Naciones Unidas, 2015).

5.1.4. Declaración política sobre el VIH/Sida 2016. En junio de 2016 se estableció la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030*. Un documento que renueva los compromisos asumidos en la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y en las Declaraciones Políticas sobre el VIH/SIDA de 2006 y 2011. Para esto establece las metas para el 2020, entre las cuales están 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 VIH (Naciones Unidas, 2016).

5.1.5. 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Estrategia liderada por ONUSIDA en la cual plantea objetivos para reescribir el tratamiento del VIH. Los objetivos de acción son: 1) que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, 2) que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y 3) que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral (ONUSIDA, s.f.).

5.2. Marco normativo nacional

Antes del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado con la ley 100, la salud en Colombia estaba comprendida bajo un esquema de subsidio a la oferta. Siendo así, el gobierno

giraba directamente a la red de hospitales públicos del país y estos con dichos recursos ofrecían unos servicios. Adicionalmente, el Instituto de Seguros Sociales atendía únicamente a los empleados del sector privado con empleo formal. El resto de la población y en especial la población de bajos recursos no contaban con una atención integral en salud y en ocasiones eran atendidos por instituciones de caridad.

En 1991, se estableció la Constitución Política y en ella el derecho fundamental a la salud, específicamente en el artículo 49. En él se estipula que el Estado tiene como función la atención de la salud y el saneamiento ambiental, garantizando servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, establece que los servicios de salud se organizan de forma descentralizada y reglamenta la prestación de los servicios de salud cobijando a todos los habitantes (Constitución Política de Colombia, 1991).

En el mismo año se dictó el decreto 559, el cual reglamentaba temporalmente sobre la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, como es el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Para esto estipuló los casos para ejecutar diagnóstico, las responsabilidades de las instituciones públicas y privadas en temas de prevención y control epidemiológico, y los derechos y deberes de los ciudadanos en condición de infectado asintomático y las personas y entidades que presten servicios de salud. Asimismo, se creó el Consejo Nacional de SIDA y el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA, cada uno con sus integrantes, funciones y periodicidad de encuentro (Decreto 559, 1991).

La ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual está compuesto por cuatro partes: el sistema general de pensiones, el sistema general de seguridad social en salud, el sistema general de riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. Además, esta

ley se basa en seis principios, los cuales son universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, participación y unidad (Ley 100, 1993).

Por su parte, el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) es el conjunto de normas, procesos e instituciones que prestan servicios de salud en Colombia. Se estipularon los regímenes contributivo y subsidiado, su proceso de vinculación, instituciones, requisitos y demás aspectos de funcionalidad (Ley 100, 1993).

Por otro lado, la Corte Constitucional en la sentencia T-271 de 1995 expresa que los pacientes con enfermedades graves o incurables no pueden abandonarse en su desenlace final, sino al contrario, apoyarlos en su recuperación y alivio. Siendo así, el paciente tiene todo el derecho de recibir los tratamientos de forma completa ordenados por el médico tratante (Sentencia T-271, 1995).

Después, la misma corte en la sentencia SU-256 de 1996 enuncia la no discriminación a las personas con VIH/SIDA, por lo cual rechaza las pruebas de VIH para el ingreso a laborar y la revelación de la patología a los empleadores. Conjuntamente, contar con la patología no justifica el retiro del cargo, pues significa una grave segregación social (Sentencia SU 256, 1996).

Con la derogación del decreto 559 de 1991 surge el decreto 1543 de 1997, el cual reglamenta el manejo del VIH, del SIDA y el resto de enfermedades de transmisión sexual (ETS). En él se estipula el diagnóstico y la atención integral y los procesos de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad, tanto los casos de prohibición para realizar pruebas y el uso de pruebas para los bancos de sangre y órganos. También, los deberes de la comunidad, de las entidades y personas del área de salud en especial en temas de confidencialidad y la no discriminación, y los derechos en tema de promoción, prevención y educación en salud; asimismo derechos como a morir dignamente (Decreto 1543, 1997).

El acuerdo 117 de 1998 establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, responsabilidad de las EPS, entidades adaptadas y transformadas y administradoras del régimen subsidiado. Entre las enfermedades de interés en salud pública se estipula el VIH, marcándola como enfermedad que debe contar con atención oportuna y seguimiento para su control y reducción de complicaciones (Acuerdo 117, 1998).

La resolución 412 de 2000 instauró las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Además, los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar las entidades del sistema de salud (Resolución 412, 2000).

En 2001, la ley 715 crea el sistema general de participaciones y se establecen los recursos y competencias correspondientes al nivel nacional, departamental y municipal del sector educación, salud y otros sectores (Ley 715, 2001).

El acuerdo 282 de 2004 estipula el valor de la unidad de pago por capacitación (UPC) del plan obligatorio de salud (POT) de los regímenes contributivo y subsidiado. Dentro de este se incluye el listado de medicamentos ARV (Acuerdo 282, 2004).

En 2005, la ley 972 surgió para mejorar la atención a las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas como el VIH/Sida, para esto declara como interés y prioridad nacional la atención integral en VIH/Sida. Además, se garantiza la asistencia, los procedimientos y medicamentos en el diagnóstico y tratamiento para la enfermedad, sin importar el tipo de afiliación al SGSSS. También, se estipula el 1 de diciembre de cada año como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA (Ley 972, 2005).

La resolución 3442 de 2006 adopta las guías de práctica clínica para el VIH/SIDA y enfermedad renal crónica, con su revisión y actualización como mínimo cada dos años. Además, anula la guía de atención en VIH-SIDA acogida mediante resolución 412 de 2000 (Resolución 3442, 2006).

El decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, con el objetivo principal de almacenar la información sobre los eventos que afectan la salud en Colombia. Para esto se establecen los protocolos de vigilancia estandarizados y las fichas únicas de notificación (Decreto 3518, 2006). En el mismo año por medio de la Circular 63 se recordó la obligatoriedad de la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para el VIH/SIDA (Circular 63, 2006).

En el 2011, la ley 1438 estableció cambios al SGSSS y se estipula la creación del Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Así mismo, que en el plan deben confluir las políticas sectoriales incluyendo la salud mental y se deben incluir objetivos, metas, acciones, recursos responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación (Ley 1438, 2011).

Para el mismo año, la ley 1482 estipula las sanciones penales a quienes ejecuten actos de discriminación por razones de raza, etnia, religión, sexo, orientación sexual, pensamiento político, discapacidad y demás razones de discriminación (Ley 1482, 2011).

La resolución 2338 de 2013 establece los lineamientos para la capacitación del personal de talento humano en salud en los procesos de realización de pruebas y acceso al diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (Resolución 2338, 2013).

En 2015, con la ley 1751 se regula el derecho fundamental a la salud, su garantía y mecanismos de protección. También, se estipula las obligaciones del Estado y los derechos y deberes de las personas en el servicio de salud, garantiza la autonomía profesional de los profesionales de la salud

y se dictan otras disposiciones entorno al manejo de la información, el acceso al servicio y la investigación en salud (Ley estatutaria 1751, 2015).

Finalmente, la resolución 429 de 2016 adopta la política de atención integral en salud- PAIS, con la cual se pretende mejorar la prestación del servicio de salud por medio de una regulación de la intervención sectorial e intersectorial. Su marco estratégico 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 de acuerdo con los territorios y poblaciones (Resolución 429, 2016).

5.3. Planes y políticas nacionales de salud pública

Inicialmente el control y estudio del VIH/SIDA en Colombia no fue ejecutado por el gobierno nacional, sino por iniciativas aisladas por parte de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG). Su involucramiento se evidenció en 1987 cuando el Ministerio de Salud diseñó el Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA, por medio del Comité Nacional de Lucha contra el SIDA, con el cual se buscaba prevenir el contagio, el diagnóstico y vigilancia epidemiológica. Sin embargo, para esa época hubo carencia de datos epidemiológicos confiables y fallas en temas de asistencia (Arrivillaga, Alzate, & Useche, 2009).

Los principales planes y políticas desarrolladas por el gobierno nacional enfocadas a la salud sexual y reproductiva y especialmente al VIH/SIDA son:

5.3.1. Plan nacional de prevención y control 1988. Este plan 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” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p.13).

5.3.2. Plan a mediano plazo 1991-1993. En este plan se emitieron “normas sobre la atención integral y sobre los deberes y derechos de los infectados” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p.13).

5.3.3. Plan intersectorial a mediano plazo. Este plan estaba “enfocado a promover en los individuos, la familia y la sociedad conocimientos y prácticas de prevención con una sexualidad responsable” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p.13).

5.3.4. Plan estratégico nacional 2000-2003. Este plan estaba “asociado a los compromisos globales derivados de la reunión extraordinaria de la Asamblea General de las 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” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

5.3.5. Plan sectorial de salud 2002-2006. Este plan tenía como objetivos mejorar la capacidad operativa en los servicios de atención y el acceso al diagnóstico y tratamiento antirretroviral, formar un sistema garante en la calidad de los bancos de sangre, mejorar la capacitación de los actores del sistema de salud para atender y brindar atención confiable y oportuna (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia, 2006).

Sus principales metas fueron: mantener la prevalencia general de la infección por VIH/Sida por debajo del 0,5%, reducir en un 20% la infección perinatal por VIH, alcanzar una cobertura del 80% de los jóvenes del país en prevención de la infección por VIH, y contar con planes territoriales de prevención, vigilancia y control de ITS y VIH/Sida integrados a los planes de desarrollo

departamentales y municipales (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia, 2006).

5.3.6. Política nacional de salud sexual y reproductiva 2003-2007. Esta política tenía como objetivo general mejorar la salud sexual y reproductiva y suscitar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en toda la población colombiana, con el fin de reducir los riesgos y acompañar a los grupos vulnerables y ciudadanos con necesidades específicas (Ministerio de la Protección Social, 2003).

La meta de los cuatro años enfocada a la prevención y atención de las ITS- VIH/SIDA fue mantener la prevalencia general por debajo del 0,5%. Según el Ministerio de Salud la incidencia del VIH/SIDA había aumentado en grupos de población distintos a los tradicionales (homosexuales y hombres que tiene sexo con otros hombres), pues entre 1986 y 2000 la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer (Ministerio de la Protección Social, 2003).

La política tenía seis líneas de acción, la quinta era para ITS y VIH/SIDA, la cual comprende acciones enfatizadas a poblaciones más vulnerables, acceso a la detección y tratamiento de las ITS, así como el fortalecimiento del acompañamiento y vigilancia en salud pública. Una estrategia dentro de la línea de acción fue brindar información para derrumbar las barreras culturales en el uso del condón y promover su uso. Otras acciones fueron la coordinación intersectorial e interinstitucional, donde buscaban alianzas para que las instituciones educativas, las entidades de salud y las comunidades realizaran prevención y promoción en el cuidado de las ITS (Ministerio de la Protección Social, 2003).

5.3.7. Plan intersectorial de respuesta ante el VIH/Sida 2004-2007. Documento elaborado por un grupo de trabajo intersectorial en VIH/SIDA, en el cual se estipularon los compromisos a realizar desde el 2004 al 2007. Se establecieron siete objetivos, estos con sus respectivas metas, actividades, resultados, indicadores, instituciones responsables y financiación. Estos objetivos se

dividen en tres ejes temáticos: 1) coordinación, interinstitucional e intersectorial, monitoreo y evaluación, 2) promoción y prevención, y 3) atención y apoyo (Ministerio de la Protección Social; ONUSIDA, 2004).

El primer eje con sus dos objetivos buscaba fortalecer la capacidad del Estado y la sociedad ante la epidemia por medio de recursos humanos, financieros, técnicos y administrativos; y proporcionar información de impacto epidemiológico, económico y social. El segundo eje estipulaba tres objetivos, los cuales promovían que la ciudadanía contara con conocimientos para el desarrollo sexual, disminuir los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS y lograr una reducción en la transmisión de la infección. Por su parte, el tercer eje y sus dos objetivos buscaban satisfacer las necesidades de las personas y familias afectadas por el VIH/Sida y reducir el impacto social y económico de la epidemia del VIH/Sida (Ministerio de la Protección Social; ONUSIDA, 2004).

5.3.8. Modelo de gestión programática en VIH/Sida. El modelo de gestión es un documento metodológico que establece los mecanismos de intervención al problema del VIH/Sida. Con este se determinaron las relaciones entre el Estado, las entidades de salud, los profesionales del sector salud y los usuarios, y se buscó una mejora tecnológica en los procesos de promoción, prevención y atención integral (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El modelo fue desarrollado entre enero y noviembre de 2005 en el cual se usó la metodología Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Primero se hizo la conformación de expertos, los cuales realizaron una revisión a estadísticas nacionales e internacionales; luego, ejecutaron una búsqueda de la bibliografía internacional sobre los modelos de atención, y finalmente, determinaron un modelo que se adaptara a las condiciones del país (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El marco de referencia del documento fue política de salud sexual y reproductiva. Además, se establecieron cuatro objetivos prioritarios: 1) contener la epidemia del VIH, 2) detectar tempranamente la infección del VIH, 3) detener la progresión de VIH a Sida y la aparición de resistencia al TAR, y 4) monitorear y evaluar. En cada objetivo se establecen las líneas de acción y de estas las estrategias para llevarlas a cabo, especificando las actividades a ejecutar con los sus respectivos agentes asociados (Ministerio de la Protección Social, 2006).

5.3.9. Plan nacional de salud pública para el cuatrienio 2007-2010- Decreto 3039 de 2007.

Con base en el artículo 33 de la ley 1122 de 2007, el gobierno nacional define cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública, el cual contiene los objetivos y estrategias en salud de acuerdo con la situación estadística de salud, las políticas nacionales, los tratados internacionales y las políticas sociales de los diferentes sectores. Además, de los compromisos de las entidades e instituciones afiliadas y relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Decreto 3039, 2007).

Las líneas de política de este plan nacional fueron: 1) la promoción de la salud y la calidad de vida, 2) la prevención de los riesgos, 3) la recuperación y superación de los daños en la salud, 4) la vigilancia en salud y gestión del conocimiento y 5) la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039, 2007).

El plan nacional estipuló diez prioridades nacionales en salud y con base en dichas prioridades se estipularon objetivos. La prioridad dos denominada la salud sexual y reproductiva, congrega el VIH/SIDA y su objetivo fue mejorar la salud sexual y reproductiva. Dicho objetivo estaba conformado por cinco metas nacionales, de las cuales las dos últimas son enfocadas al VIH/SIDA. Estas fueron: mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (línea de base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2004) y lograr cobertura

universal de terapia antiretroviral para VIH positivos (línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005) (Decreto 3039, 2007).

5.3.10. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida en Colombia 2008-2011. En 2008 el Ministerio de la Protección Social con colaboración de organizaciones estatales e internacionales como ONUSIDA diseñaron el denominado *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA en Colombia 2008-2011* (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social, 2008).

Este plan fue creado para su articulación con el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y el Modelo de Gestión Programática en VIH y Sida y la Guía de Atención Integral en VIH y Sida; con un costo total de 106 mil millones de pesos, sin incluir costos directos de medicamentos y atención (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social, 2008).

En dicho plan se estipularon las principales estrategias y acciones en cuatro ejes: Eje 1) promoción y prevención, Eje 2) asistencia integral, Eje 3) apoyo y protección social, y Eje 4) seguimiento y evaluación de la respuesta. El plan estaba conformado por 5 objetivos y de los cuales se establecieron 15 metas (ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social, 2008).

5.3.11. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita 2011-2015. El plan estratégico nació con el fin de preservar la salud materna y apoyar en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Entre sus objetivos principales enfocados al VIH fueron optimizar la calidad de la atención prenatal, incrementar la demanda inducida de las pruebas de VIH, aumentar la cobertura de la profilaxis de la transmisión materno infantil y mejorar la notificación de los casos (Ministerio de la Protección Social, 2011). Las metas aplicadas al VIH/Sida fueron:

- Para el año 2015 la transmisión materno infantil del VIH en Colombia será del 2%, o menos.

- Para el año 2015 se tendrá una cobertura de oferta de asesoría y prueba voluntaria para el VIH al 100% de las gestantes que acuden al control prenatal.
- Para el año 2015 se ofertará al 100% de las gestantes con diagnóstico de sífilis y/o VIH el tratamiento adecuado y oportuno, según lo establecido en las guías de manejo vigentes definidas por el nivel nacional.
- Para el año 2015 se aumentará en un 37% el inicio del tratamiento profiláctico para VIH, en la semana 14 de gestación.
- Para el año 2015 se aumentará en un 34% la administración del TAR profiláctico intraparto.
- Para el año 2015 el 98% de los niños y niñas expuestos al VIH habrán recibido tratamiento profiláctico antirretroviral al nacimiento, de acuerdo con lo establecido en las guías vigentes.
- Para el año 2015 el 95% de los niños y niñas expuestos al VIH habrán recibido fórmula láctea de reemplazo hasta los 6 meses de edad.
- Para el año 2015 el 90% de los niños y niñas con profilaxis antirretroviral para VIH tendrán seguimiento, de acuerdo con lo establecido en las guías vigentes.
- Para el año 2015 el 90% de los niños y niñas expuestos al VIH, completarán a los seis meses de edad, su algoritmo diagnóstico para definir su estado con respecto a la infección por VIH (Ministerio de la Protección Social, 2011).

En suma, las políticas públicas anteriores al 2003 no establecían cifras específicas para el control de la epidemia, pues al ser una enfermedad recientemente descubierta las acciones estaban enfocadas principalmente en actividades de educación tanto al personal de salud como a poblaciones claves.

Para los años noventa, al contarse con estudios internacionales sobre la relación entre el VIH y el SIDA se desarrollaron planes encaminados a una adecuada atención al paciente y sus derechos.

Aunque acceder a servicios de salud para las personas infectadas en los noventa significó grandes traumas, uno era el problema de la inscripción a la EPS ocasionado en cierta manera por la transformación del SGSSS.

Otro inconveniente en esa época era el acceso a medicamentos, en especial a la terapia antiretroviral (TAR), pues las personas con VIH/Sida se veían obligadas a recurrir a la acción de tutela, invocando el derecho fundamental a la vida. Para 1999, de acuerdo ONUSIDA por lo menos la mitad de las personas viviendo con VIH/SIDA no estaban cubiertas por el sistema y en varios casos al estar en el régimen de transición dificultaba el acceso a servicios y medicamentos (ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia, 1999).

Durante estos años, la legislación para abordar las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y en especial el VIH y el SIDA dio su inicio con el decreto 559 de 1991. Para el inicio de los 2000, con la política nacional de salud sexual y reproductiva 2003-2007, ya se establecieron metas.

A partir de dicha política y antes de elaborarse el PDSP 2012-2021 se han realizado cinco planes y modelos enfocados al VIH/SIDA: en el 2004 el plan intersectorial de respuesta al VIH/SIDA, en el 2006 el modelo de gestión programática en VIH/SIDA, en el 2007 el plan nacional de salud pública 2007-2010, en el 2008 el plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA, y en el 2011 el plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.

Al igual se avanzó en las normas nacionales en temas de atención integral a la persona con VIH/SIDA, acceso a medicamentos ARV, cambios en las guías de práctica clínica, sanción a la discriminación, manejo de recursos y fortalecimiento al sistema de salud. Además, se han adoptado marcos normativos internacionales tanto para los diferentes planes y políticas como para las

normas nacionales, debido al compromiso adquirido a nombre del país y sus características técnicas.

6. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021

6.1. Definición, metodología y marco conceptual del PDSP 2012-2021

6.1.1. Definición. El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es la estructura de proyección de trabajo en salud pública, las acciones del entorno y de los que prestan servicios de salud, y es el marco para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones. El PDSP 2012-2021 surgió del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, con la finalidad de reducir la inequidad en salud (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

6.1.2. Metodología. La metodología del PDSP se desarrolló por medio de ocho fases, estas son: aprestamiento, definición técnica, consulta, formulación, validación, reglamentación, presentación y divulgación, e instauración. A continuación, en la figura 9 se especifican las actividades en cada una de las fases.



Figura 9. Metodología del PDSP 2012-2021.

6.1.3. Marco conceptual. Este plan contiene tres objetivos estratégicos para lograrlo: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, y 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

El PDSP contiene tres componentes desde su fundamentación teórico-conceptual, el primero son los enfoques conceptuales, el segundo es el diseño estratégico y tercero son las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales. Los enfoques conceptuales son: el enfoque desde la salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud DSS (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

6.1.3.1. Enfoques conceptuales. El enfoque de derechos reconoce el derecho a la salud como inherente a la persona, irrevocable, irrenunciable, igualitario y que implica una interdependencia con otros derechos. Este enfoque implica promover un dialogo público que promueva el disfrute de una gama de bienes, servicios y condiciones para alcanzar un alto grado de salud. Por otro lado, el enfoque diferencial supone la inclusión a los ciudadanos excluidos y privados de algunos derechos como son las poblaciones con discapacidad, las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de diversidad sexual, y grupos étnicos (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

En el enfoque diferencial se incluyen el enfoque de perspectiva de género y el de ciclo de vida, los cuales permiten evidenciar que los roles, identidades y valores asociados a mujeres y hombres son formados socialmente y que pueden variar en el tiempo y la sociedad. Además, que hay vulnerabilidad y oportunidades en cada etapa del desarrollo humano, siendo estas acumuladoras

de experiencias que repercuten en las siguientes etapas (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

Por su parte, de acuerdo con el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (como se citó en Minsalud, 2012):

El enfoque poblacional radica en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

Finalmente, el modelo de determinantes sociales de salud (DSS) hace referencia a las condiciones que hacen parte del bienestar, calidad y desarrollo humano que influyen en la salud de los individuos y determinan su estado de salud. Puesto que las inequidades en salud son generadas por las condiciones donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, afectando el derecho al disfrute del bienestar social, mental y social (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

6.1.3.2. Diseño estratégico. El PDSP 2012-2021 establece estrategias por medio de un conjunto de acciones para ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales. Dichas dimensiones fueron diseñadas de acuerdo con las características territoriales y con el fin de buscar integración entre los diferentes gobiernos municipales, distritales y departamentales en salud pública para operar sobre las inequidades y los determinantes de salud. En la tabla 4 se muestran las dimensiones prioritarias y sectoriales con sus respectivos componentes.

Tabla 4.*Dimensiones y componentes del PDSP 2012-2021*

Dimensiones Prioritarias		Dimensiones sectoriales	
Dimensión	Componentes	Dimensión	Componentes
1) Salud ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitat saludable • Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales 	1) Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes • Envejecimiento y vejez • Salud y género • Salud en poblaciones étnicas • Discapacidad • Víctimas del conflicto armado interno
2) Vida saludable y condiciones no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Modos, condiciones y estilos de vida saludables • Condiciones crónicas prevalentes 		
3) Convivencia social y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud mental y la convivencia • Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales 		
4) Seguridad alimentaria y nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y acceso a los alimentos • Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos • Inocuidad y calidad de los alimentos 		
5) Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género • Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos 	2) Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
6) Vida saludable y enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas • Enfermedades inmunoprevenibles • Condiciones y situaciones endemo-epidémicas 		
7) Salud pública en emergencias y desastres	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres • Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres 		
8) Salud y ámbito laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad y salud en el trabajo • Situaciones prevalentes de origen laboral 		

Nota: Adaptado del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 (2013).

6.1.3.3. Líneas operativas. Las líneas operativas son tres: línea de promoción de la salud, línea de gestión del riesgo en salud y línea de gestión de la salud pública. La primera línea hace referencia a las acciones lideradas en el territorio como son las políticas públicas, la movilización social, la participación social y la educación en salud. La segunda se fija en acciones sobre una población específica, algunas de estas son el análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial y la planeación de la atención según riesgos. En cambio, la última línea son las acciones de la autoridad nacional y local dirigidas a la planificación, dirección, conducción, vigilancia, administración y fiscalización (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

6.2. El VIH/SIDA en el PDSP 2012-2021

El VIH/SIDA se nombra en la dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Esta dimensión tiene como objetivo promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos y las comunidades, con el enfoque de género y diferencial (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

Además, está conformada por dos componentes, la primera es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y la segunda es la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos. Este último componente es el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan garantizar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva. Además, está conformado por cinco objetivos, veintiún metas y treinta y tres estrategias (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

Divide sus estrategias en cuatro partes, una es desde el abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico con siete estrategias; la otra parte es desde la salud sexual y reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes con seis estrategias; luego desde el abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales con seis estrategias, y finalmente, desde el acceso

universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad con catorce estrategias (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2013).

6.2.1. Metas del componente prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva enfocadas al VIH/SIDA. De las 21 metas del componente, 4 metas tratan directamente el VIH/SIDA.

Tabla 5.

Metas del componente prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva enfocadas al VIH/SIDA del PDSP 2012-2021.

Meta	Indicador
META 19. A 2021, se ha logrado mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años	Indicador de Resultado 4. Prevalencia de VIH/SIDA
META 20. A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos	Indicador de Resultado 5. Porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años
META 22. A 2021, se ha logrado el Acceso Universal a Terapia Anti retroviral ARV a todas las personas en necesidad de tratamiento	Indicador de Resultado 7. Cobertura de Tratamiento Antirretroviral
META 25. A 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%	Indicador de Gestión 17. Porcentaje de donantes VIH (+)

Nota: Adaptado del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 (2013).

De acuerdo con la tabla 5 las metas e indicadores del PDSP son similares a las estipuladas en el CONPES Social 140 de 2011, en el cual se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los indicadores que tienen semejanza son: 1) mantener por debajo del 1% la prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad, 2) mantener igual o por debajo del 2%, el

porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH y 3) aumentar al 88,50% la cobertura de tratamiento antirretroviral.

A continuación, las cuatro metas con sus indicadores y la revisión de su cumplimiento de acuerdo a los datos indagados:

6.2.1.1. Meta 19. A 2021, se ha logrado mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años. La meta utiliza como indicador la prevalencia de VIH. Situación particular pues se tiene en cuenta la prevalencia en la población total y no solo el grupo de 15 a 49 años.

El cálculo de la prevalencia de personas viviendo con VIH/SIDA, de acuerdo con Cuenta de Alto Costo, se obtiene de los casos reportados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y la población afiliada en las mismas.

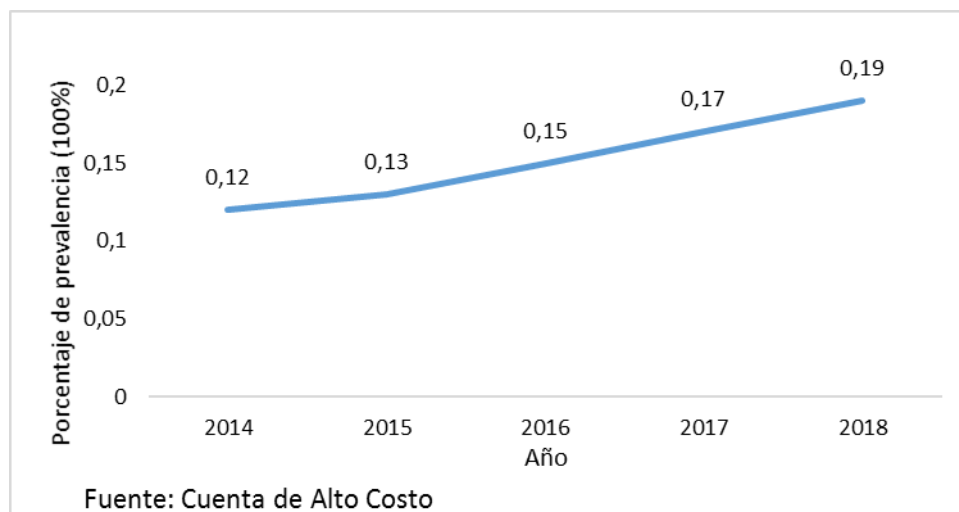


Figura 10. Prevalencia en VIH en Colombia 2014-2018.

Conforme a la figura 10 se observa que la prevalencia de VIH/Sida en Colombia ha mostrado un aumento, pues pasó de 0,12 en el 2012 al 0,19 en el 2018. Es decir, un incremento de 0,07 puntos y un cambio porcentual de 58,33%. No obstante, a pesar del incremento se ha logrado

cumplir la meta estipulada en el PDSP pues se mantiene la prevalencia de infección en menos de 1%.

Por otro lado, al traer en comparación las cifras expuestas en el informe de gestión de avance realizado por el Ministerio en el 2018, las cifras de los años 2015 y 2016 no concuerdan a las expuestas en la figura 12. A propósito de esto, se remitió de nuevo a los informes anuales de Cuenta de Alto Costo para estos años y se reafirma que las cifras de prevalencia ajustada son 0,13% y 0,15%.

Adicionalmente, se efectuó una revisión a la prevalencia estimada del VIH/SIDA entre la población de 15 y 49 años de edad, siendo esta

el porcentaje que representa el número de casos de VIH/SIDA para la población de 15 a 49 años de edad, en una unidad espacial de referencia j , en el periodo de tiempo t , con respecto al número total de habitantes con edades entre los 15 y 49 años de la misma unidad (j) para el mismo periodo de tiempo (t) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este valor se calcula mediante un software denominado spectrum el cual es alimentado por los diferentes estudios en grupos poblacionales en contexto de vulnerabilidad. Además, se tiene en cuenta lo relacionado con cobertura de tratamiento antirretroviral en adultos, niños y gestantes. Estos datos son procesados en el software spectrum, desarrollado por ONUSIDA. El dato resultante es tomado como el valor estimado de prevalencia de la infección en la población colombiana en este grupo de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 6.

Prevalencia del VIH en grupo de edad 15 a 49 años Colombia 2012-2018.

Año	15 a 49 años	15 a 24 años	25 a 49 años
2012	0,50	-	-
2013	0,45	-	-
2014	0,47	-	-
2015	0,48	-	-
2016	-	0,07	0,30
2017	-	0,09	0,33
2018	-	0,08	0,38

Nota: Adaptado de Luque. R Prevalencia estimada de VIH- SIDA entre la población de 15 y 49 años. Bogotá; 2016, & CAC. Informes Anuales de VIH en Colombia, CAC, 2016-2018.

De acuerdo con la tabla 6, el indicador para el periodo 2012-2015 no ha superado el valor 0,50 y contribuye a la meta de no alcanzar el 1% para el grupo de edad entre los 15 a los 49 años. Por su parte, después del 2016 de acuerdo con las estadísticas de Cuentas de Alto Costo, divide en dos grupos el rango de edad de 15 a 49 años, el primero de 15 a 24 años y el segundo de 25 a 49 años. Al observar individualmente el porcentaje para estos últimos tres años, se puede percibir que ningún dato ha superado el 1%. Por lo tanto, con base en el comportamiento del indicador se puede expresar que se ha cumplido la meta hasta el 2018 y posiblemente continúe así hasta el 2021.

6.2.1.2. Meta 20. A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos. Esta meta tiene como indicador el porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años.

Se define el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH como el porcentaje de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil con respecto al total de niñas y niños expuestos, es decir, las hijas e hijos de mujeres con diagnóstico de VIH antes

o durante la gestación, el parto o la lactancia materna, nacidos en un período determinado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La infección por VIH/Sida en niñas y niños puede ser adquirida primordialmente por transmisión materno infantil; las evidencias señalan como factores que influyen en la transmisión del virus de madre a hijo la carga viral de la madre, el estado inmunológico de la misma, la exposición del niño a los fluidos infectantes durante el parto y la lactancia materna. El diagnóstico temprano de la infección por el VIH durante la gestación es indispensable para iniciar oportunamente un tratamiento antirretroviral y planificar las opciones de parto seguro y alimentación del niño, que permitan reducir al mínimo el riesgo de transmisión de madre a hijo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Tabla 7.

Series de porcentajes de TMI del VIH en niños expuestos al VIH menores de 2 años de edad, Colombia 2014-2018.

Año	No. Niños expuestos al VIH	No. Niños con diagnóstico de VIH < 2 años	% de TMI en niños < 2 años
2014	819	14	1,71
2015	1043	18	1,73
2016	1060	23	2,17
2017	1029	20	1,94
2018	975	20	2,05

Nota: Adaptado de Informes anuales de situación del VIH en Colombia 2014-2018

El régimen de afiliación subsidiado para el 2014 contaba con el mayor número de casos de VIH, específicamente 12 de los 14 casos, seguido del contributivo con un caso y las fuerzas militares también con un caso. El total de niños expuestos para ese año fue de 819, de los cuales 291 fueron del contributivo, 518 del subsidiado y 10 para las fuerzas militares. Según la edad los casos de

VIH para las niñas fueron 11 y para los niños 3, y el total de expuestos, 383 eran niñas y 436 eran niños.

En el 2015 se sumaron 4 casos a los menores de 18 meses con diagnóstico de VIH en comparación al año anterior, de los cuales 16 son del régimen subsidiado y 2 del contributivo. El total de niños expuestos para el 2015 fue de 1.043, para el régimen contributivo fueron 273, para excepción 9 y 761 para el subsidiado. Al observar por sexo fueron doce niñas con VIH de las 531 hijas de madres con VIH y seis niños de los 512 hijos de madres con VIH.

Para el 2016, 23 fue el total de menores de 18 meses infectados por VIH, de los cuales 5 pertenecían al régimen contributivo y 18 al régimen subsidiado. El total de expuestos fue 1.060 y de estos 319 fueron del régimen contributivo, 726 del subsidiado, y 15 del régimen de excepción. Conforme a el tipo de sexo, de los 23 casos, 5 fueron niñas y 18 niños, y de los 1.060 expuestos, 512 fueron niñas y 548 niños.

En cambio, para el 2017 el total de menores de 18 meses hijos de madres con VIH fue de veinte, una reducción de tres casos con respecto al año anterior y siendo el total de los casos del régimen subsidiado. Asimismo, de los 20 casos, 11 fueron niñas y 9 niños, al igual que de los 1.029 menores expuestos al VIH, 499 fueron niñas y 530 niños.

Para el 2018, el total de casos fue el mismo que en el 2017, de los cuales 19 casos fueron al régimen subsidiado y 1 al contributivo. El total de menores expuestos fue de 975, para el subsidiado 713, para el contributivo 255 y 7 para el régimen excepcional. Además, al verificar por sexo, de los 20 casos, 11 fueron niñas y 9 niños, y de los 975 menores expuestos, 471 fueron niñas y 504 niños.

Con base en la tabla 7 se observa que el porcentaje de transmisión materno infantil en menores de 18 meses para los años 2014, 2015 y 2017 estuvo por debajo de la línea establecida en la meta

pues no superaron el 2%, situación contraria para los años 2016 y 2018 que superaron dicho porcentaje.

Por otro lado, al traer a colación los datos del informe avance del Ministerio, estos no concuerdan con los obtenidos en los informes de Cuenta de Alto Costo, debido a que la fuente del informe fue el registro nominal de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH. Esta estrategia estableció como último corte estipulado el 2016, pues esperan aproximadamente siete meses contados desde el nacimiento hasta la definición del diagnóstico.

Tabla 8.

Series de porcentajes de TMI del VIH en niños expuestos al VIH menores de 2 años de edad, Colombia 2012-2016

Año/Cohorte	No. Niños expuestos al VIH	No. Niños con diagnóstico de VIH < 2 años	% de TMI en niños < 2 años
2012	849	34	4
2013	872	30	3,4
2014	946	36	3,8
2015	828	22	2,7
2016	858	19	2,2

Nota: Adaptado del informe Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición Cohorte 2016. (2018)

De acuerdo con la tabla 8 se observa que el porcentaje de TMI en menores de dos años tuvo un descenso importante al pasar de 4% en el 2012 al 2,2% en el 2016, es decir, una disminución en términos absolutos de 1,8 puntos. Estas cifras muestran logros positivos al acercarse a la cifra del 2%, y significa eficiencia de los programas de prevención y atención integral. Por lo tanto, al tener en cuenta los datos de la estrategia de eliminación de la TMI del VIH se observa un posible

cumplimiento a la meta 20, pues faltando todavía los cortes 2017-2021, la cifra es muy cercana al 2%.

6.2.1.3. Meta 22. A 2021, se ha logrado el Acceso Universal a Terapia Anti retroviral ARV a todas las personas en necesidad de tratamiento. La meta establece como indicador la cobertura de tratamiento antirretroviral.

La cobertura de tratamiento antirretroviral es el porcentaje de personas que viven con el VIH y cuentan con el tratamiento antirretroviral con respecto al total de personas que viven con el VIH en un tiempo determinado. Del total de personas que viven con el VIH se eliminan las fallecidas y las que no se encuentren afiliadas al SGSSS.

El inicio temprano de la terapia antirretroviral en todos los pacientes VIH positivos, independientemente del nivel de CD₄, determina el curso de la enfermedad. El inicio de la TAR se considera un pilar de la prevención combinada para el VIH, adicionalmente, permite mejorar los marcadores, disminuye la severidad de la enfermedad aguda, reduce el reservorio viral y preserva la función inmune (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2017).

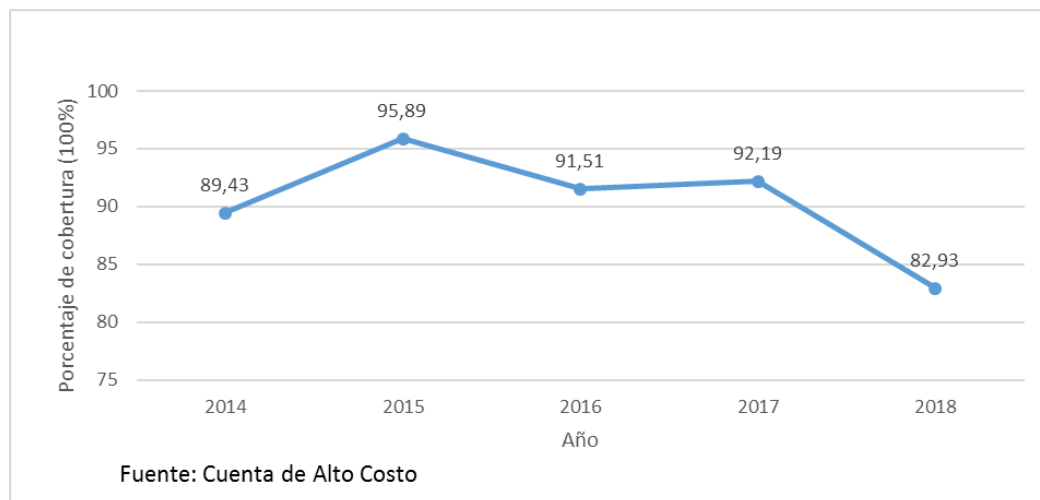


Figura 11. Cobertura tratamiento antirretroviral en Colombia 2014-2018.

De acuerdo con la figura 11 el porcentaje de cobertura antirretroviral ha estado en niveles superiores al 80%, significando un gran apoyo del sistema de salud en el acompañamiento de las personas que viven con el VIH. No obstante, preocupa que en el periodo de 2014 a 2017 las cifras fueron mejorando hasta alcanzar un 95%, pero para el 2018 tuvo un descenso ubicándose en 82%.

De conformidad con CAC la razón más probable sería el aumento en el reporte de casos requeridos que habían sido notificados desde el 2012 a la fecha y se desconoce su estado, pero continúan como activos para el SGSSS (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019). Con base en lo anterior, aunque no se ha cumplido con la meta se observa un posible cumplimiento para el 2021.

6.2.1.4. Meta 25. A 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%. La meta tiene como indicador el porcentaje de donantes VIH (+).

Oficialmente no hay una formula del indicador, siendo así se tuvo en cuenta la tasa de positividad por 100.000 donaciones que es el número total de donantes positivos para pruebas confirmatorias o complementarias con respecto a las unidades de sangre obtenidas.

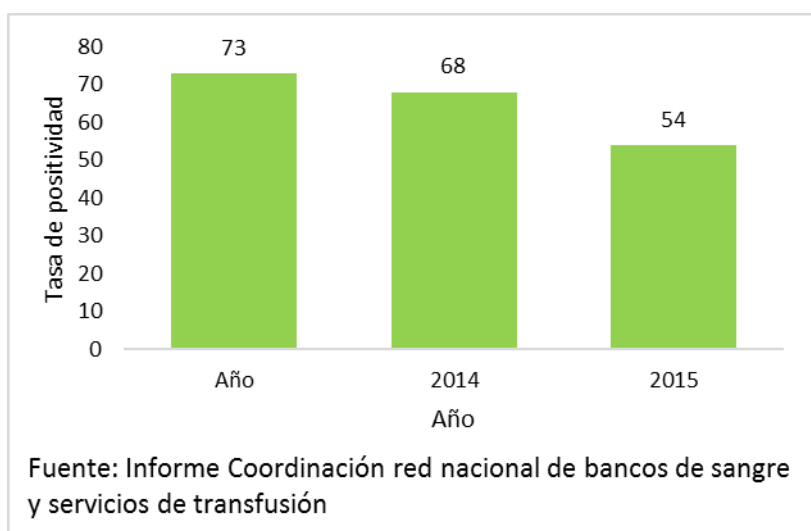


Figura 12. Tasa de positividad por 100.000 donaciones Colombia 2014-2016.

Con respecto a los datos de la figura 12 al comparar los años 2014 y 2016 se observa una reducción de 19 puntos y -26,03% de variación porcentual. Cifra positiva al evidenciarse una disminución sustancial y la cual ayuda a cumplir la meta del 50% en 2021. Adicionalmente, se investigó sobre otro informe que tratará dicha tasa, pero a la fecha no ha sido publicado, por lo tanto, no se conocen las cifras de 2012, 2013, 2017 y 2018.

6.3. Planes y políticas desarrolladas a la par con el PDSP 2012-2021

Después de la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se han creado diferentes planes y políticas enfocadas al VIH/SIDA, los principales han sido: la Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, el Plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/sida Colombia 2014-2017 y el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021.

6.3.1. Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos 2014-2021. Esta política se concibió para darle continuidad a una dimensión prioritaria del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021, pues define la sexualidad como una dimensión prioritaria para todas las acciones en salud pública. Así mismo, la PNSDSDR se da como medida de revisión y actualización de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva diseñada en el 2002 (Minsalud; Profamilia; UNFPA;OIM).

Dicha política se fundamentó 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. Todo esto con el fin de proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Minsalud; Profamilia; UNFPA;OIM).

6.3.2. Plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/sida Colombia 2014-2017. Este plan fue dirigido por el Ministerio de Salud y Protección Social y ONUSIDA, con el cual se busca fortalecer la gestión de las ITS en especial del VIH/SIDA por medio de objetivos de planeación y seguimiento. Además, de las estrategias y acciones de los planes de acción, los indicadores para evaluar dicha respuesta y los recursos a invertir.

El plan estaba conformado por cuatro ejes temáticos: 1) promoción y prevención, 2) atención integral en salud, 3) apoyo y protección social, y 4) seguimiento y evaluación. El eje de promoción y prevención estaba enfocado en promover la salud sexual y reproductiva desde el foco de población vulnerable; el eje de atención integral sumó las gestiones de mejora y desarrollo para una adecuada prestación de servicios a las personas con ITS y VIH/SIDA. Para el tercer eje era a conformación programas para vincular a las personas con VIH en ambientes que se les discrimina y en el último eje, es la adecuada recolección de información y con ello, seguimiento y evaluación a las actividades ejecutadas en el plan (Ministerio de Salud y la Protección Social; ONUSIDA, 2014).

Cada eje del plan estaba conformado por objetivos y estos por resultados esperados. De dichos resultados esperados, se establecen estrategias y de estas actividades. En total sumaron 16 resultados esperados y 56 actividades (Ministerio de Salud y la Protección Social; ONUSIDA, 2014). Las principales metas del plan son:

- Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1,0%.
- Reducir la mortalidad por causa del Sida tras haber establecido la línea de base en 2010.
- Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales como mínimo a un 88,5%, en pos del logro de la cobertura universal.

- Disminuir el porcentaje de casos de transmisión perinatal a menos de un 2% sobre el total de niños(as) expuestos (Ministerio de Salud y la Protección Social; ONUSIDA, 2014).

6.3.3. Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021. Este plan busca la aceleración de los mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas. Además, cuenta con un marco integral de respuesta ante la situación de salud, que muestra el cumplimiento de la estructura normativa enfocada a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, con base en las indicaciones del PDSP 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Está estructurado por seis partes, la primera contiene los antecedentes a la evolución de la epidemia de las enfermedades y la integración de los contenidos de respuesta; la segunda es el contexto demográfico y situación epidemiológica; la tercera es el marco normativo nacionales e internacionales; la cuarta es la metodología de construcción del plan; la quinta es la estructura del plan y la sexta es el plan de monitoreo y evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En pocas palabras, con estos tres documentos se apuntó a trabajar tanto el tema de reproducción y sexualidad como el VIH/SIDA desde una revisión más especializada y guiándose en lo estipulado en el PDSP. El primero sigue con su implementación hasta el 2021 y continúa trabajando en

resignificar la vivencia de la sexualidad como condición esencialmente humana y su pleno disfrute, desde una visión ampliada que incluye lo relacional-comunicacional, erótico, afectivo y reproductivo, donde se entienda el cuerpo como el espacio para el desarrollo político y social en el ejercicio de la ciudadanía (Minsalud; Profamilia; UNFPA;OIM).

Para el caso del plan nacional de respuesta ante las its-VIH/sida Colombia 2014-2017, este se planteaba 10 objetivos materializados en 16 resultados esperados y una organización de todas las

acciones de respuesta tanto desde la promoción de la salud sexual y reproductiva con enfoque de vulnerabilidad. Luego de este plan, se estipuló el plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021 que, en vez de realizar un plan para cada una, lo que desarrolló fue una articulación y se apalancó a los indicadores del PDSP 2012-2021.

7. Conclusiones

En primer lugar, se evidencia un crecimiento paulatino en los casos notificados de VIH/SIDA en Colombia desde 1983 a 2018, la suma de los casos en este periodo de tiempo da un total de 162.245. La distribución por sexo para estos años, al tener en cuenta solo los 161.760 casos reportados, es de 76,08% para los hombres y 23,92% para las mujeres.

Con relación a la edad, la mayor cantidad de casos notificados se concentra en la población entre los 15 y 49 años con un 77,11%, continua el “sin datos” con 10,56%, y luego el rango de 50 a 54 años con el 4,46%. El primer rango se considera crítico pues acoge las edades donde hay mayor productividad individual, se efectúa el desarrollo sexual y surge el deseo de pareja o matrimonio. 3213004514

Además, de acuerdo con el mecanismo de probable de transmisión y con los 151.888 casos reportados, las variables con mayor porcentaje del total de casos son: la infección por acto sexual (heterosexual, bisexual y homosexual), teniendo el mayor número de los casos con el 79,93%, continua “sin identificar” con el 18,48%, “materno infantil” con el 1,14%, y “uso de drogas” con el 0,20%.

Para la variable heterosexual esta agrupa el 51,16%, el homosexual el 22,81% y el bisexual el 5,96%. Siendo así el heterosexual es el mayor tipo de mecanismo de transmisión sexual, situación que es contraria con los estudios de prevalencia, pues en estos se muestra que la mayor cantidad de casos lo tiene los HSH. Las razones de las posibles mentiras a la hora de enunciar su gusto sexual pueden ser por la confusión en el autoconocimiento o por miedo de expresar su orientación sexual.

Con respecto al régimen de afiliación al SGSSS para el lapso de tiempo 1983-2018, se observa que el contributivo cubre el mayor número de casos notificados con el 36,1%, seguido del

subsidiado con el 29,25% y la variable “sin dato-indeterminado” con el 21,07%. Antes de 1994 no se registran datos en el régimen contributivo y subsidiado pues hasta ese año entró en vigencia el SGSSS, por eso la gran cantidad de casos para esos años en la variable “sin dato-indeterminado”. Aunque esta variable fue disminuyendo hasta cifras cero, por el contrario, la variable “no afiliado” tomó fuerza a partir de 1994 y alcanzando superar las cifras de los otros regímenes. Situación preocupante pues las personas tienen mayor dificultad a la hora de adquirir TAR y acceso a pruebas, y se presenta negación de servicios de salud.

Al propósito de los casos notificados por ente territorial, los que más albergan casos son: Bogotá D.C. con el 21,21%, continúa Valle con el 15,20% y Antioquia con el 14,31%. En cambio, los de menor cantidad son: Vaupés con el 0,02% y Guainía con el 0,027%. Siendo así, se observa una relación entre la cantidad poblacional y el número de casos notificados, dado que los entes territoriales con mayor población son quienes aglutinan el mayor número de notificaciones y los entes con menor población el menor número de notificaciones.

Por otro lado, la tasa de mortalidad nacional por VIH/Sida por cada 100.000 habitantes aumentó de 0,06 en 1985 a 5,4 en 2018, siendo su principal causa el diagnóstico tardío de los casos. Desde el 2000 la tasa nacional rondó la cifra de 5 casos por cada 100.000 habitantes, excepto en el 2012 y 2014 que su cifra fue sobre 4. De acuerdo con el sexo, la tasa de mortalidad para los hombres llegó a 8,30 por cada 100.000 habitantes en 2018, superando a las mujeres que cuentan con una tasa de 2,57 para el mismo año. Por consiguiente, se concluye que mueren más hombres que mujeres por el VIH/SIDA.

Por otra parte, el marco normativo internacional ha estado liderado principalmente por la Naciones Unidas, tanto por ONUSIDA como el UNFPA y el PNUD, a través de sus declaraciones políticas sobre el VIH y los programas enfocadas a la enfermedad. En cuanto al marco nacional, este inicia con la Constitución Política de Colombia y su artículo 49 en el que se estipula el derecho

fundamental a la salud. Luego, se establece el primer decreto que trata el tema del VIH y el SIDA, el cual fue el 559 de 1991. A partir de allí se fueron estableciendo leyes, acuerdos y decretos que buscaban mejorar los servicios de salud y brindar acompañamiento a las personas con VIH/SIDA. Esto significa que inicialmente el desarrollo de la normativa nacional frente a la problemática fue tardío, pues la primera norma enfocada al VIH/SIDA se elaboró hasta 1991.

Para el caso de los planes y políticas públicas enfocadas al VIH/SIDA antes del PDSP se detalla que inicialmente no fueron diseñados por el gobierno, sino por organizaciones no gubernamentales, dándose el primer plan de respuesta hasta 1988. Al ver el crecimiento del VIH/SIDA en Colombia, en primera medida se fueron implementado planes, políticas y modelos para educar al sistema de esta nueva enfermedad y luego para desarrollar procesos de prevención, diagnóstico, control y vigilancia.

Finalmente, al revisar las cifras de los cuatro indicadores de las metas enfocadas al VIH/SIDA, se observa similitud con los indicadores de los ODM aplicados para Colombia en el CONPES Social 140 de 2011. Se tomó en cuenta para el PDSP por ser un acuerdo internacional; sin embargo, no se tuvo en cuenta el indicador reducir la tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA. Además, se observa un subregistro de casos y diferencias de información provenientes de las diferentes fuentes que manejan el VIH/SIDA, como son los datos de VIH/SIDA que notifica el Instituto Nacional de Salud y los informes de Cuenta de Alto Costo.

Al ejecutar la evaluación de resultados de las cuatro metas del PDSP, se determinó que la primera y la cuarta meta se ha cumplido hasta el corte de 2018 y se espera llegue a su cumplimiento total en 2021. Por su parte, la segunda y la tercera meta no han logrado que sus indicadores alcancen las cifras estipuladas a corte de 2016 y 2018 respectivamente, pero hay posibilidad de alcanzar la meta propuesta al finalizar el plan. Estas metas estipuladas en el PDSP sirvieron de base para los planes posteriores dirigidos específicamente al componente sexual y al VIH/SIDA,

entre los cuales se resaltan: la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, el plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/sida Colombia 2014-2017 y el plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021.

Asimismo, se observó que pese a la existencia de la normatividad en VIH/SIDA, ha sido complicado llevarla en su totalidad a la práctica, aun con los esfuerzos gubernamentales y de ONG. No obstante, se observa que el país va por buen camino pues los indicadores muestran avances para lograr las metas propuestas.

8. Recomendaciones

Se recomienda a corto plazo seguir trabajando en temas de prevención y promoción tanto en la población en general como en los grupos vulnerables y que se llegue a territorios rurales. Realizar programas en acompañamientos de ONG e instituciones educativas para dar a conocer la enfermedad, sus verdades y mitos, y promover la eliminación de las culturas de no uso de protección.

Se recomienda estudiar posibles cambios en el proceso de acompañamiento, control y seguimiento del tratamiento antirretroviral, encontrar las falencias en cada régimen para su accesibilidad y posible mejora. Al igual que lograr la atención integral, desde el acompañamiento nutricional, psicológico y médico, evitando procesos traumáticos para la persona con VIH/SIDA en tramitología.

Se recomienda mejorar la vigilancia en salud pues los prestadores no cumplen a cabalidad los protocolos. Promover y desarrollar la capacitación constante del personal de salud en los marcos técnico-normativos vigentes.

Se recomienda vigilar la donación voluntaria y realizar la confirmación serológica de los donantes cuyas muestras resulten reactivas. También, educar a la comunidad a que la transfusión es voluntaria, que debe realizarse a conciencia y no usarse como prueba para conocer su estado.

Se recomienda ejecutar una evaluación ex post al Plan Decenal Salud Pública 2012-2021 para verificar los impactos generados y generar una posible ejecución de un nuevo PDSF para el

siguiente decenio enlazado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Añadiendo al marco teórico enfoque de las capacidades de Sen y una comparación histórica de las situaciones epidemiológicas del VIH/SIDA en América Latina.

Se recomienda desarrollar una articulación de información del VIH/SIDA en Colombia y con esta realizar un análisis de situación de salud (ASIS) desde 1983 a 2021.

Referencias Bibliográficas

Acuerdo 117 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 29 de Diciembre de 1998). Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>

Acuerdo 282 (Ministerio de la Protección Social 22 de Diciembre de 2004). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_282_de_2004.pdf

Arrivillaga, M., Alzate, M., & Useche, B. (2009). Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* , 58-71.

CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Montevideo.

Chaparro, R. (11 de 1 de 2020). *Regimen de excepción y especial en salud*. Obtenido de Prezi: https://prezi.com/hmctgdxoeq_1/regimen-de-excepcion-y-especial-en-salud/

Circular 63 (Ministerio de la Protección Social 26 de Septiembre de 2006). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/normas_decretos_marco_nacional_VIH/circular%20063%202006.pdf

Constitución Política de Colombia (Asamblea Nacional Constituyente 1991). Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Decreto 1543 (Ministerio de la Protección Social 12 de Junio de 1997). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1543-de-1997.pdf>

Decreto 3039 (Ministerio de la Protección Social 10 de Agosto de 2007). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%2007.PDF

Decreto 3518 (Ministerio de la Protección Social 9 de Octubre de 2006). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf

Decreto 559 (Presidencia de la República de Colombia 25 de Febrero de 1991). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/decreto-559-de-1991.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (15 de 7 de 2015). *Objetivos de Desarrollo de Milenio*. Recuperado el 1 de 12 de 2019, de DNP: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx>

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2015). *Situación del VIH/SIDA en Colombia 2014*. Bogotá.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2017). *Situación del VIH en Colombia 2016*. Bogotá, D.C.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2018). *Situación del VIH Sida en Colombia 2017*. Bogotá D.C.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2019). *Situación del VIH Sida en Colombia 2018*. Bogotá, D.C.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (s.f.). *Situación Actual del VIH en Colombia 2015*.

Grisales, L., & Giraldo, L. (2008). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 78-89.

Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Antioquia.

Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*.

Instituto Nacional de Salud. (2018). *Informe acerca de los procesos de confirmación, asesoría y canalización de donantes de sangre con resultados reactivos para marcadores infecciosos en bancos de sangre en Colombia durante 2016*. Bogotá, D.C.

Ley 100 (Congreso de la República de Colombia 23 de Diciembre de 1993). Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 1438 (Congreso de Colombia 19 de Enero de 2011). Recuperado el 7 de 12 de 2019, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ley 1482 (Congreso de la República 30 de Noviembre de 2011). Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1482_2011.html

Ley 715 (Congreso de Colombia 21 de Diciembre de 2001). Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452&dt=S>

Ley 972 (Congreso de Colombia 15 de Julio de 2005). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_0972_de_2005.pdf

Ley estatutaria 1751 (Congreso de Colombia 16 de Febrero de 2015). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

López, S., Garrido, F., & Hernández, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud pública de México*.

Miller, R. (10 de 2018). *¿Cómo contrae alguien el SIDA?* Recuperado el 25 de 11 de 2019, de Kidshealth: <https://kidshealth.org/es/teens/aids-esp.html>

Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/sida. Colombia*. Bogotá: Editorial Scripto Ltda.

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del vih y la sífilis congénita 2011-2015*. Bogotá D.C.

Ministerio de la Protección Social; ONUSIDA. (2004). *Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/SIDA. Colombia 2004-2007*. Bogotá.

Ministerio de Salud y la Protección Social; ONUSIDA. (2014). *Plan Nacional de Respuesta al VIH 2014-2017*. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones S.A.

Ministerio de Salud y Promoción Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Noviembre de 2016). *Documentos y Publicaciones*. Recuperado el 11 de Enero de 2020, de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estima-prevalencia-vih-15-49-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de las Cohortes 2014-2015*. Recuperado el 11 de Enero de 2020, de Biblioteca Digital: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamento-transmision-materno-infantil-vih-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Medición de la Cohorte 2016*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/medicion-transmision-materno-inf-vih-cohorte2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas . (2012). *Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010. Un análisis de situación*. Bogotá D.C.: Legis S.A.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Informe de gestión avance del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá D.C.

Minsalud; Profamilia; UNFPA;OIM. (s.f.). *Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.

Naciones Unidas. (21 de 10 de 2015). *Resolución aprobada por la Asamblea General "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible"*. Recuperado el 11 de 1 de 2020, de UNCTAD:
https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

Naciones Unidas. (22 de 6 de 2016). *Resolución aprobada por la Asamblea General "Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía"*. Recuperado el 2 de 12 de 2019, de UNAIDS:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf

ONUSIDA. (2019). *La respuesta al VIH en América Latina Datos mundiales sobre sida 2019*.

ONUSIDA. (s.f.). *90-90-90*. Obtenido de ONUSIDA:
<https://www.unaids.org/es/resources/909090>

ONUSIDA. (s.f.). *El SIDA en cifras*. Recuperado el 10 de 1 de 2020, de ONUSIDA:
<https://www.unaids.org/es>

ONUSIDA. (s.f.). *Preguntas frecuentes*. Recuperado el 3 de 12 de 2019, de ONUSIDA:

<https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>

ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social. (2008). *Plan nacional de respuesta ante el Vih y el SIDA Colombia 2008-2011*. Bogotá D.C.: Pro-Offset S.A.

ONUSIDA; Ministerio de la Protección Social en Colombia. (2006). *Infección por vih y sida en Colombia. Estado del arte. 2000-2005*. Bogotá, D.C.: Pro-Offset Editorial Ltda.

ONUSIDA; Ministerio de Salud en Colombia. (1999). *Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual*. Bogotá.

Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México.

Resolución 2338 (Ministerio de Salud y Protección Social 28 de Junio de 2013). Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2338-de-2013.pdf>

Resolución 3442 (Ministerio de la Protección Social 22 de Septiembre de 2006). Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%203442%20DE%202006.pdf

Resolución 412 (Ministerio de Salud 25 de Febrero de 2000). Obtenido de

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>

Resolución 429 (Ministerio de Salud y Protección Social 17 de Febrero de 2016). Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf

Restrepo, G., & González, J. (2010). *Texto básico de biometría*. Bogotá.

Rodríguez, M., Betancur, S., Muñoz, A., Quijano, M., & Zuleta, J. (2006). Mortalidad por el virus de la inmunodeficiencia humana en Colombia. *Medicina UPB*, 147-158.

Sentencia SU 256 (Corte Constitucional 1996). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/SU256-96.htm>

Sentencia T-271 (Corte Constitucional 1995). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-271-95.htm>

Torres, J., & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas. Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá, D.C.: IEMP Ediciones.

Unión Temporal Economía Urbana Ltda. - SEI . (2013). *Evaluación institucional y de resultados cualitativos de la Línea de Acción 'ITS, VIH/SIDA' de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)*. Bogotá, D.C.

Urueña, J., Salazar, S., Ojeda, L., & Mantilla, T. (2014). Estudio de los costos en que incurren las entidades promotoras de salud en Colombia por la prevención y el tratamiento del VIH/sida. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 51-63.