

**PLAN DEPARTAMENTAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS-VIH/SIDA  
VALLE DEL CAUCA 2014-2017**

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD  
GLOBAL COMMUNITIES  
UNION TEMPORAL COMPROMISO POR EL VALLE  
2014

Gobernador del Departamento del Valle del Cauca  
**Dr. UBEIMAR DELGADO B.**

Secretario Departamental de Salud  
**Dr. FERNANDO GUTIERREZ**

Sub secretaria de Salud Pública  
**Dra. MARIA CRISTINA LESMES D.**

Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva  
Secretaría de Salud Departamental  
**ENFERMERA MARTHA CASTAÑO P.**

## **PRESENTACIÓN**

El plan de respuesta Vallecaucana Frente al VIH-SIDA 2014-2017 recoge los resultados de la evaluación del plan de los años 2010 – 2013 y retoma las necesidades actuales de la población del Departamento del Valle del Cauca en este tema.

Este plan pretende darle continuidad al trabajo realizado desde el periodo 2003 - 2007 y 2010 -2013, garantizando la participación de los diferentes actores con competencia en la respuesta al VIH/SIDA, desde un enfoque participativo (Institucional/sociedad civil). Este plan busca estar acorde a las necesidades actuales de la población Vallecaucana, por eso la necesidad de recoger las experiencias exitosas y lecciones aprendidas de los anteriores planes e identificar oportunidades de mejora en el abordaje efectivo del VIH/SIDA en el Departamento.

Para la construcción de este documento se ha considerado los ajustes Nacionales realizados, con el fin de incorporarlos y establecer un plan de respuesta que sea acorde a los objetivos y metas del País.

El enfoque de construcción de este documento ha sido participativo, involucrando diferentes actores con el fin de generar intercambio de saberes y experiencias desde diferentes sectores, posibilitando la integralidad y efectividad en el abordaje de esta epidemia.

El presente documento ha sido fruto del trabajo de alianzas institucionales – cooperación internacional y sociedad civil, quienes se han unido desde diferentes sectores con el fin de generar sinergias que viabilicen una mirada integral del VIH/SIDA en el Departamento del Valle.

La formulación de este plan se realizó en dos Jornadas de evaluación – elaboración y validación, orientado por la Secretaria de Salud Departamental en articulación con el Proyecto del Fondo Mundial de VIH en el Departamento del Valle, a través del Receptor Global Communities y el operador Unión Temporal Compromiso con el Valle.

## **PARTICIPANTES**

### **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE**

Martha Cecilia Castaño Parra

Ángela Hernández

Luis Fernando Marmolejo

### **GLOBAL COMMUNITIES**

Claudia Domínguez

Adriana María Morales

### **UNION TEMPORAL COMPROMISO CON EL VALLE**

Jhon Jairo López

Nayibe Gil

Javier Uribe Ruiz

Jonathan Morales

Andrés Felipe Muñoz

Carolina María Ruiz

### **DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD**

Nayibe Eliana Valencia      Secretaría de Salud de Cali

Francia Elena Cuestas      Secretaría de Salud de Buenaventura

Olga Lucia Arboleda      Secretaría de Salud de Tuluá

Gloria Jimena Gil      Secretaría de Salud de Palmira

Gloria Teresa Pedraza      Secretaría de Salud de Palmira

### **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**

|                   |                                   |
|-------------------|-----------------------------------|
| Fidelina González | E.S.E Centro                      |
| Jakeline Monar    | E.S.E Hospital Divino Niño – Buga |
| Carol Galeano     | Hospital Universitario del Valle  |

### **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Francia Murillo     | Coomeva    |
| Jenny Méndez        | Comfenalco |
| Luz Adriana Meneses | SOS        |
| Diana María Molina  | SOS        |

### **OTRAS INSTITUCIONES Y SECTORES**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Victoria Cabal     | Secretaría de Bienestar Social                  |
| Yoryani Martínez   | Secretaría de Equidad de Género del Valle       |
| Nancy Ruiz Landino | Secretaría de Educación Departamental del Valle |
| Mabel Ruiz         | Clínica pediátrica de VIH                       |

### **ACADEMIA**

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Nora Triana | Universidad Libre |
|-------------|-------------------|

### **SERVICIOS COMUNITARIOS TIPO A**

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| Juan David Galeano | Samaritanos de la Calle |
| Pamela Montaña     | Transmujer              |
| Ana María Solís    | Fuhno                   |

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Clara Inés Estrada  | Fundación Prodes             |
| Paula Castaño       | Fundación Lazos de Esperanza |
| Fernando Osorio     | Fundación Lazos de Esperanza |
| María Restrepo      | Fundación Amor y Esperanza   |
| Gelber Sánchez      | Taller Abierto               |
| Angelly Corrales    | Santamaría Fundación         |
| Edis Vergara        | Corporación Viviendo         |
| Juan Gabriel Arcila | Corporación Viviendo         |

**OTROS REPRESENTANTE SOCIEDAD CIVIL**

Alejandro Gallego Morales

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| Glosario.....  | 7  |
| 1.Contexto .....   | 10 |
| 1.1.Territorial .....  | 10 |
| 1.2.Demográfico .....  | 11 |
| 1.3.Situación epidemiológica .....   | 13 |
| 2.Marco normativo.....   | 25 |
| 2.1.Marco normativo internacional.....                                       | 25 |
| 2.2.Marco normativo nacional y departamental.....                            | 27 |
| 3.Resultados de evaluacion de la respuesta departamental frente al VIH/Sida. | 31 |
| 4.Descripción metodológica .....   | 34 |
| 5.Estructura del plan.....   | 36 |
| 5.1.Promoción y Prevención .....   | 36 |
| 5.2.Atención integral en ITS-VIH/Sida.....                                   | 37 |
| 5.3.Apoyo y protección social .....  | 37 |
| 5.4.Seguimiento y evaluación .....   | 38 |
| 6.Cumplimiento del plan. ....  | 38 |
| 6.1.Metas y responsables.....  | 38 |
| 6.2.Indicadores.....   | 39 |
| Referencias.....   |    |

42

Anexo 1 Evaluación plan de respuesta vallecaucana 2009 a 2013

Anexo 2 Metas Ejes Plan Departamental

## GLOSARIO

|          |  |
|----------|--|
| APB      | Administradoras de Planes de Beneficios  |
| APV      | Asesoría de prueba voluntaria  |
| ARV      | Antiretroviral   |
| ASAP     | Grupo de Trabajo del Banco Mundial sobre Estrategia y Plan de Acción en SIDA (Aids Strategic Action Plan)      |
| CONASIDA | Consejo Nacional de SIDA   |
| COPRECOs | Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional                          |
| CRES     | Comisión de Regulación en Salud  |
| DANE     | Departamento Administrativo Nacional de Estadística  |
| DTS      | Direcciones Territoriales de Salud (se incluyen tanto las departamentales, como las distritales o municipales) |
| EAPB     | Entidades Administradoras de Planes de Beneficios  |
| ENDS     | Encuesta Nacional de Demografía y Salud  |
| EPS      | Entidad Promotora de Salud   |
| ESE      | Empresas Sociales del Estado   |
| FOSYGA   | Fondo de Solidaridad y Garantía  |
| GAI      | Guía de atención integral  |
| HSH      | Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres   |
| IAT      | Indicadores de Alerta Temprana de la fármaco-resistencia del VIH   |
| ICBF     | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar   |
| IEC      | Información, educación y comunicación  |
| INS      | Instituto Nacional de la Salud   |
| INVIMA   | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos   |

|          |  |
|----------|--|
| IPS      | Instituciones prestadoras de servicios de salud                      |
| ITS      | Infecciones de transmisión sexual                                    |
| MDN      | Ministerio de Defensa Nacional                                       |
| MEGAS    | Medición del Gasto en VIH/Sida                                       |
| MEN      | Ministerio de Educación Nacional                                     |
| MSPS     | Ministerio de Salud y Protección Social                              |
| MTS      | Mujeres Trabajadoras Sexuales  |
| OBC      | Organizaciones de Base Comunitaria                                   |
| ONG      | Organizaciones No Gubernamentales                                    |
| ONUSIDA  | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA               |
| PEN      | Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011 |
| PNSP     | Plan Nacional de Salud Pública                                       |
| POS      | Plan Obligatorio en Salud  |
| PPL      | Población Privada de la Libertad                                     |
| PPNA     | Población Pobre no Asegurada   |
| PTS      | Planes Territoriales de Salud  |
| PVV      | Personas Viviendo con VIH  |
| SCA      | Servicio comunitario tipo A  |
| SCA      | Servicio comunitario tipo B  |
| SGSSS    | Sistema General de Seguridad Social en Salud                         |
| SIDA     | Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.                             |
| SIVIGILA | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública                      |
| TAR      | Terapia Antirretroviral  |
| TIC      | Tecnología de Información y Comunicación.                            |

|        |   |
|--------|---|
| UDI    | Usuarios de drogas inyectables                                |
| UNFPA  | Fondo de Población de las Naciones Unidas                     |
| UNGASS | Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia                 |
| UPGD   | Unidad Primaria Generadora de Datos                           |
| VIH    | Virus de Inmunodeficiencia Humana                             |

## **1. CONTEXTO**

### **1.1 Contexto territorial**

#### **Localización**

El Valle del Cauca, está localizado en el suroccidente del país, en el centro de la región pacífica, entre el flanco occidental de la cordillera central y el océano pacífico, ubicado geográficamente en latitud 4° 35' 56.57" y longitud 74° 4' 51.30". Tiene una superficie total de 21.195 km<sup>2</sup>, que representa el 1.95% del territorio nacional, se encuentra dividido en 42 municipios y su capital, Santiago de Cali, acoge al 59% de la población total. Su temperatura promedio oscila entre un mínimo de 19° C y un máximo de 34° C y una temperatura media de 26° C;

Se extiende por uno de sus extremos sobre la costa del mar pacífico, en una extensión de 218 kilómetros, donde se encuentra ubicado el puerto de Buenaventura, el más importante del país y una de las zonas económicas especiales de exportación (ZEEE).

El Valle del Cauca limita al norte con los departamentos de Chocó en una longitud de 979 Km. y con el departamento de Risaralda en una longitud de 70 Km.; al sur con el departamento del Cauca en una longitud de 200 Km.; al oriente con los departamentos de Quindío y Tolima, en una longitud de 105 Km. y 108 Km. Respectivamente; al occidente por el Océano Pacífico en una longitud de 218 Km.

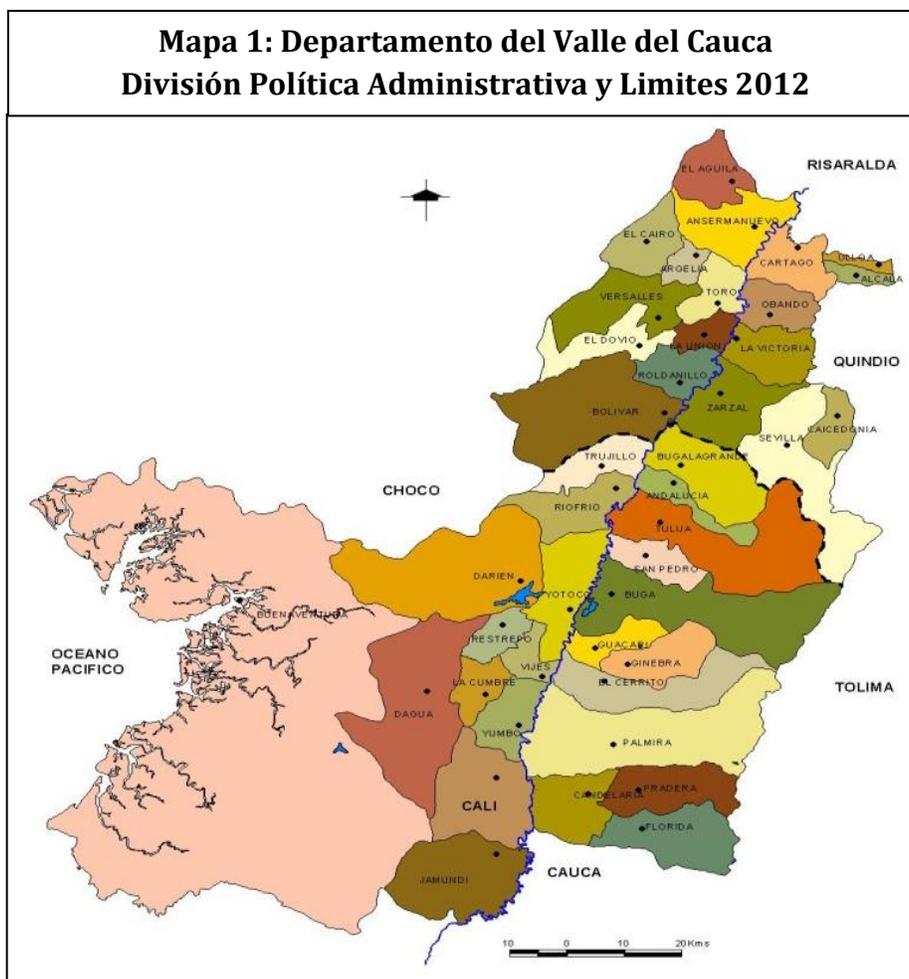
#### **División Político Administrativa**

El Departamento del Valle del Cauca, está constituido por 42 municipios en su división político-administrativa, identificando: la Cabecera (clase 1), los centros poblados (clase 2) y el área rural (clase 3) (mapa 1).

Con fines administrativos, el departamento ha sido dividido geográficamente en cuatro regiones:

1. La región norte integrada por los municipios de Cartago, Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, El Águila, El Cairo, Obando, Ulloa, Toro, La Unión, La Victoria, Versailles y El Dovio; con 297.985 habitantes para el 2011, que representan el 6.73% de los habitantes del Departamento.
2. La región central integrada por los municipios de Tuluá, Andalucía, Bugalagrande, Trujillo, Riofrío, Caicedonia, Sevilla, Buga, Guacari, San Pedro, Restrepo, Yotoco, El Darién, Roldanillo, Zarzal y Bolívar. Está representada por 656.863 habitantes que corresponden al 14,83% de la población Vallecaucana.

3. La región pacífica, integrada sólo por el municipio de Buenaventura, tiene una población de 369.868 habitantes que corresponden al 8,35% de la población total.
4. La región sur integrada por los municipios de Cali, Dagua, Jamundí, La Cumbre, Vijes, Yumbo, Palmira, Candelaria, El Cerrito, Florida, Ginebra y Pradera. Tiene una población de 3.103.959 habitantes, correspondiente al 70,09% de la población total.



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

## 1.2 Contexto demográfico

### Población total

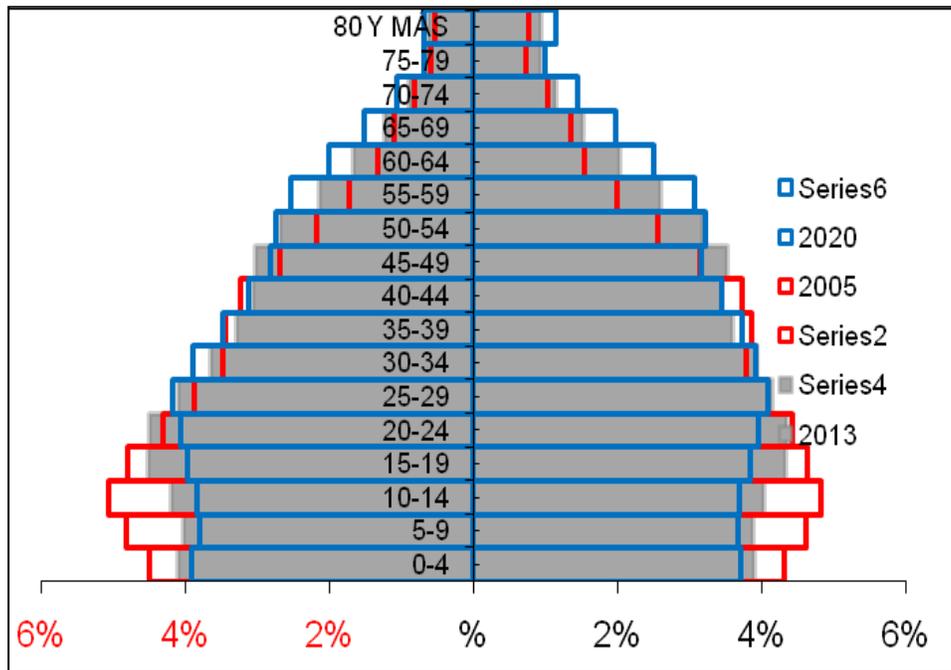
Según las proyecciones dadas por el DANE basadas en el Censo 2005, la población total en el departamento para el año 2012 está alrededor de 4.474.084 personas. El departamento tiene una superficie total de 21.195 KM<sup>2</sup> para una densidad de 207

habitantes por KM2. El 86.8% de la población se concentra en los centros urbanos y el 13.2% en las áreas rurales, siendo diferencial por municipio. Presenta una tasa de crecimiento exponencial, para el quinquenio 2005-2010 de 1.04%, la cual está por debajo del promedio nacional (1.18%) y del departamento de Antioquia (1.31%).

### Población por grupo de edad

La pirámide poblacional que actualmente presenta el Departamento del Valle del Cauca corresponde a una pirámide constrictiva, la cual hace referencia a que el Departamento se encuentra en transición demográfica, es decir que pasa de altos a bajos niveles de natalidad y mortalidad y que es evidencia de mejoría de las condiciones de la población en términos de necesidades básicas satisfechas e indicadores generales de desarrollo que influyen directamente sobre la salud de la población del Departamento (Figura 1).

**Figura 1: Pirámide poblacional del departamento del Valle del Cauca, años 2005. 2013. 2020**

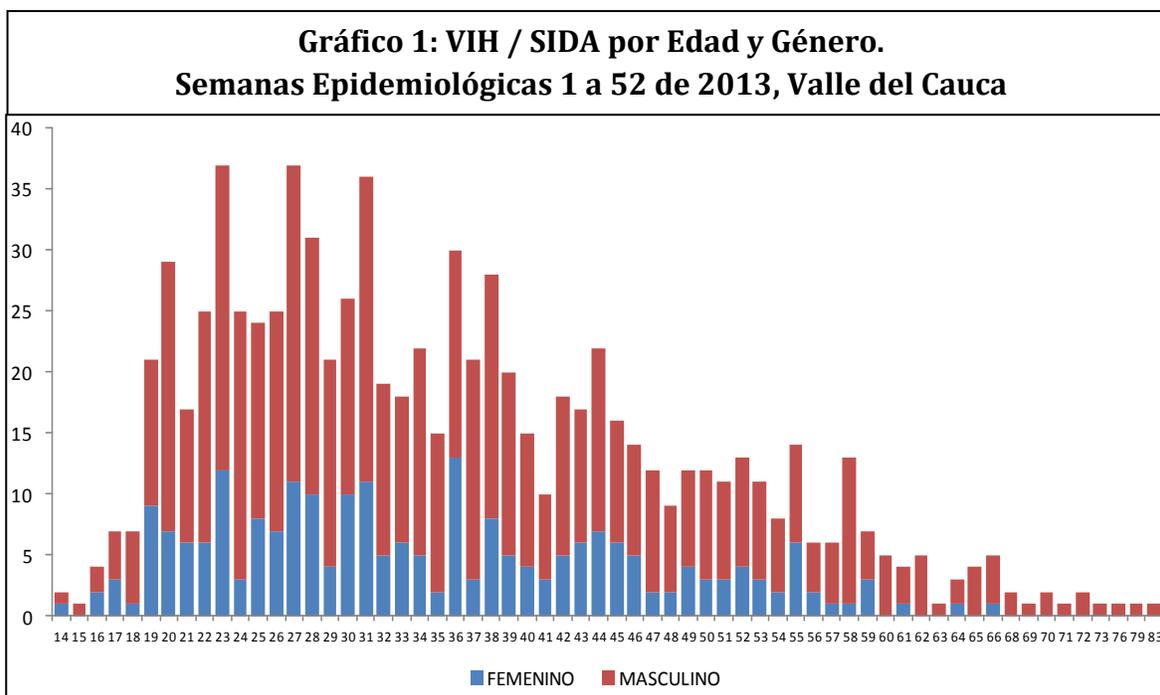


Fuente: DANE



## VIH / SIDA por Edad y Género

En el 2013, se diagnosticaron 3.8 casos por cada mujer, siendo una cifra similar a la Nacional; la epidemia continua concentrada en la población joven entre los 15 y 49 años (Gráfico 1), sin embargo hay una cifra importante de adultos mayores hasta los 83 años que empiezan a ser tamizados y diagnosticados, por lo tanto es de especial interés esta población ya que no es una población priorizada.



Fuente: SIVIGILA 2013 – SDS VALLE.

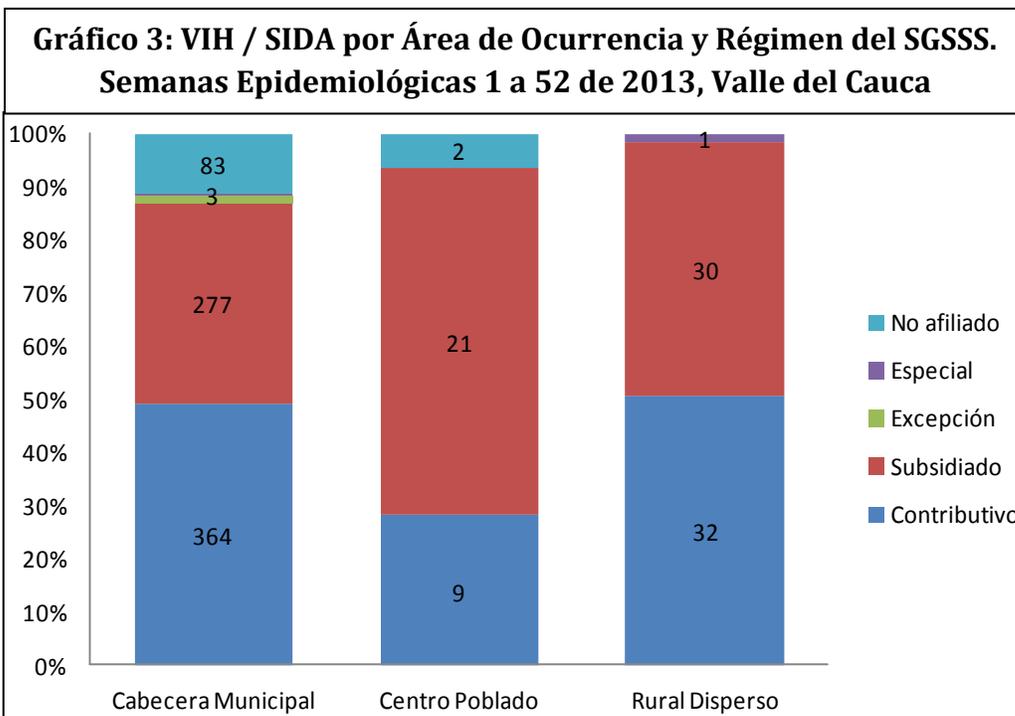
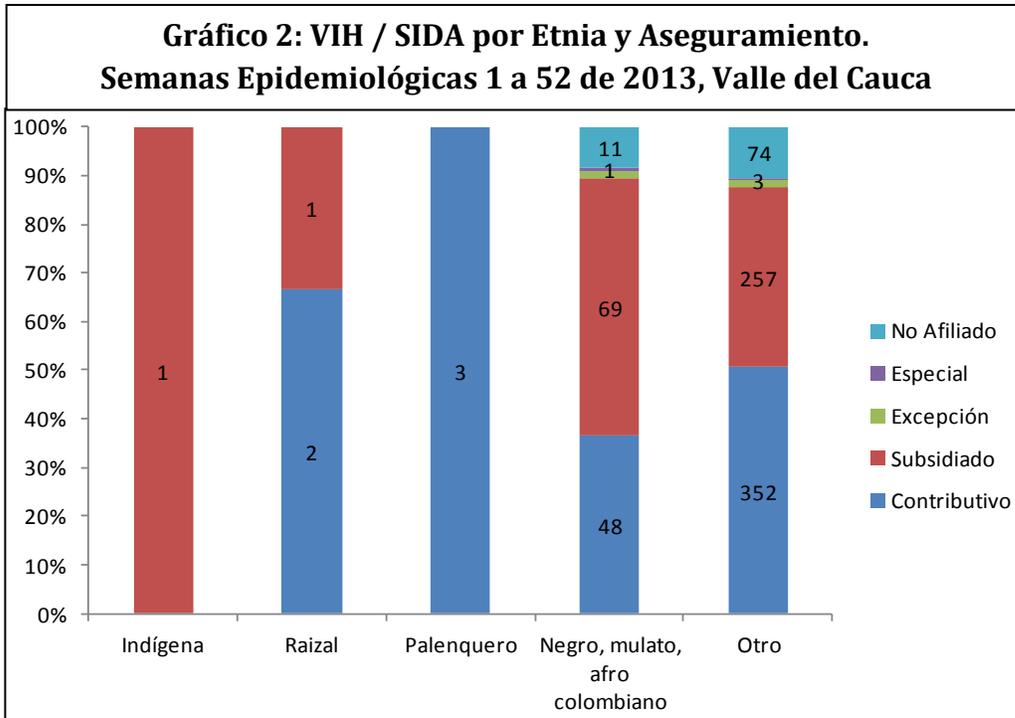
## VIH/SIDA por Etnia y Aseguramiento

El 88% de los casos de VIH/SIDA reportados pertenecen al régimen subsidiado y contributivo, la población mestiza, con un 16% y la etnia afrodescendiente con un 83%, son las más afectadas por la epidemia. (Gráfico 2).

## VIH / SIDA por Área de Ocurrencia y Régimen del SGSSS

El 87% de los casos reportados en el 2013, tienen como lugar de residencia las cabeceras municipales, en donde hay mayor accesibilidad a los servicios de salud; en el área rural disperso se identificó el 7% de los casos reportados (Gráfico 3), por esto se recomienda mayor tamizaje en esta población y se hace necesario capacitar a los promotores de salud y a todo el personal de salud que tiene acceso a esta población en el uso de pruebas rápidas según la normatividad vigente, la Resolución 2338 de 2013,

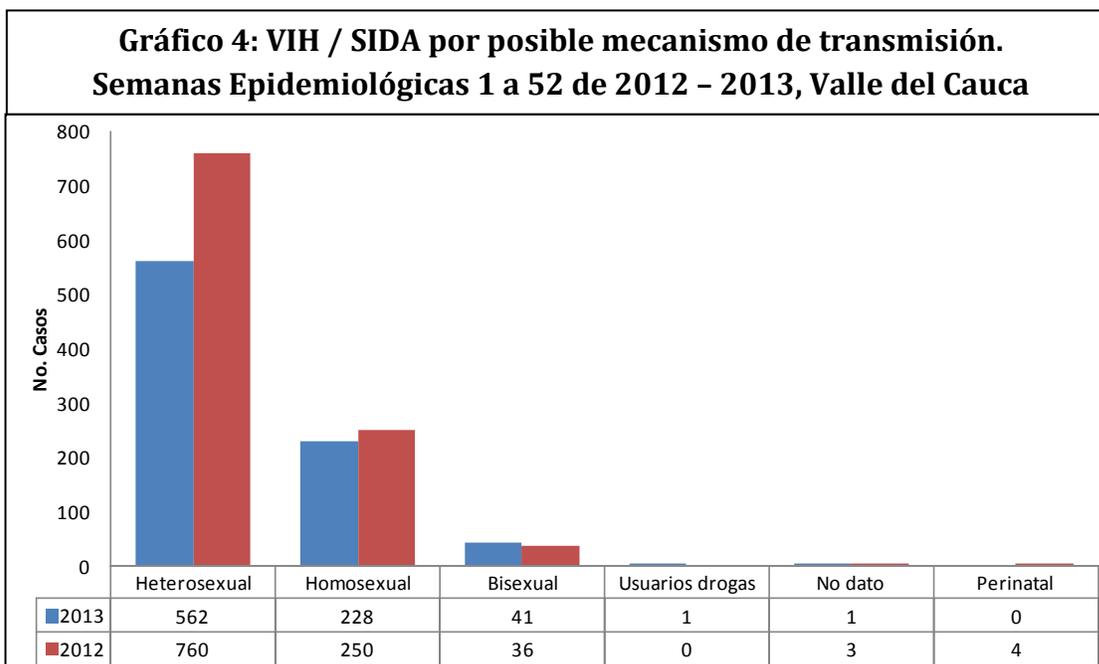
por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.



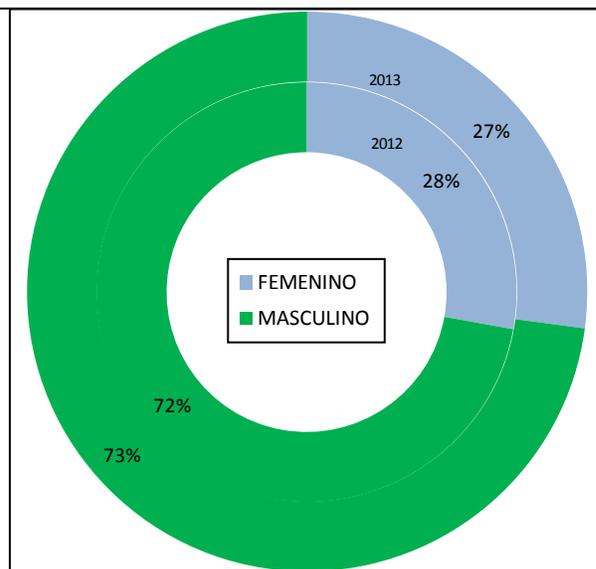
Fuente: SIVIGILA 2013 – SDS VALLE.

## VIH / SIDA por posible mecanismo de transmisión

El posible mecanismo de transmisión es heterosexual en un 67% y homosexual en un 27%. En el 2012 fueron reportados 4 casos de VIH perinatal, correspondiente a menores de 5 años; en el 2013 se cierra la corte de menores expuestos y a la fecha no se han reportado casos; sin embargo, la estrategia de eliminación continua fortaleciéndose así como el seguimiento del binomio Madre e Hijo (Gráfico 4).



**Gráfico 5: VIH/SIDA/MORTALIDAD por Genero. Semanas Epidemiológicas 1 a 52 de 2012 - 2013, Valle del Cauca**



Fuente: SIVIGILA  
2013 - SDS VALLE.

### **VIH/SIDA/MORTALIDAD por Género**

La distribución de la población total se mantiene en el 2013 igual que el año anterior, con una relación Hombre - Mujer de 3 -1, similar a la proporción Nacional (5), con una proporción de 73% en el grupo masculino. (Gráfico 5).

### **VIH / SIDA/MORTALIDAD por Área de Ocurrencia**

Es mayor la proporción de casos en las cabeceras municipales, sin embargo hay un reporte importante de casos en el área rural, donde las barreras geográficas son evidentes, generando que las personas no logren desplazarse a la ciudad de Cali para recibir la atención en salud, siendo en este municipio donde se concentra la alta complejidad; en los municipios categoría 4, 5 y 6 se deben desplazar periódicamente, además la confidencialidad se ve violentada y la presencia de grupos armados se convierte en otro factor de riesgo. (Tabla 1).

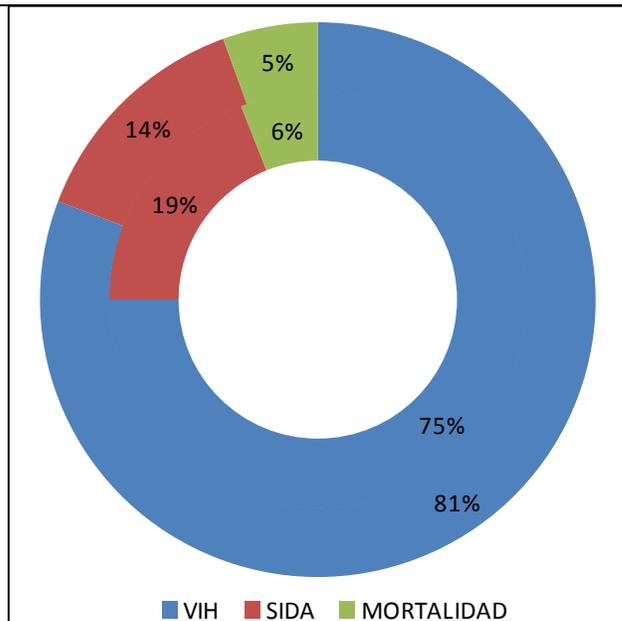
| <b>Tabla 1: VIH / SIDA/MORTALIDAD por Área de Ocurrencia.<br/>Semanas Epidemiológicas 1 a 52 de 2012 - 2013, Valle del Cauca</b> |             |              |             |              |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <b>AREA DE OCURRENCIA</b>  | <b>2012</b> | <b>2012%</b> | <b>2013</b> | <b>2013%</b> |
| Cabecera Municipal   | 809         | 86           | 738         | 88           |
| Centro Poblado   | 55          | 6            | 32          | 4            |
| Rural Disperso   | 79          | 8            | 63          | 8            |
| Sin Dato   | 2           | 0.2          | 0           | 0            |
| <b>TOTAL</b>   | <b>945</b>  | <b>100%</b>  | <b>833</b>  | <b>100%</b>  |

Fuente: SIVIGILA 2013 – SDS VALLE.

### **VIH / SIDA/MORTALIDAD por estadio Clínico**

En el 2013 fueron reportados 57 casos de Tuberculosis meníngea y de estas el 33% fue por coinfección, por otro lado en el Valle del Cauca fueron reportados 1.576 casos de Tuberculosis Pulmonar, donde el 11% corresponde a Coinfección VIH – TB y el 16% fallecieron (Gráfico 6). Respecto al año anterior ha aumentado la notificación de coinfección, lo anterior es el resultado de la sensibilización del personal de salud desde la práctica de la asesoría para la prueba voluntaria, para que en todo caso positivo deba hacerse tamizaje para VIH y TB y viceversa.

**Gráfico 6: VIH / SIDA/MORTALIDAD por estadio Clínico.  
Semanas Epidemiológicas 1 a 52 de 2012 - 2013, Valle del Cauca**



Fuente: SIVIGILA 2013 - SDS VALLE.

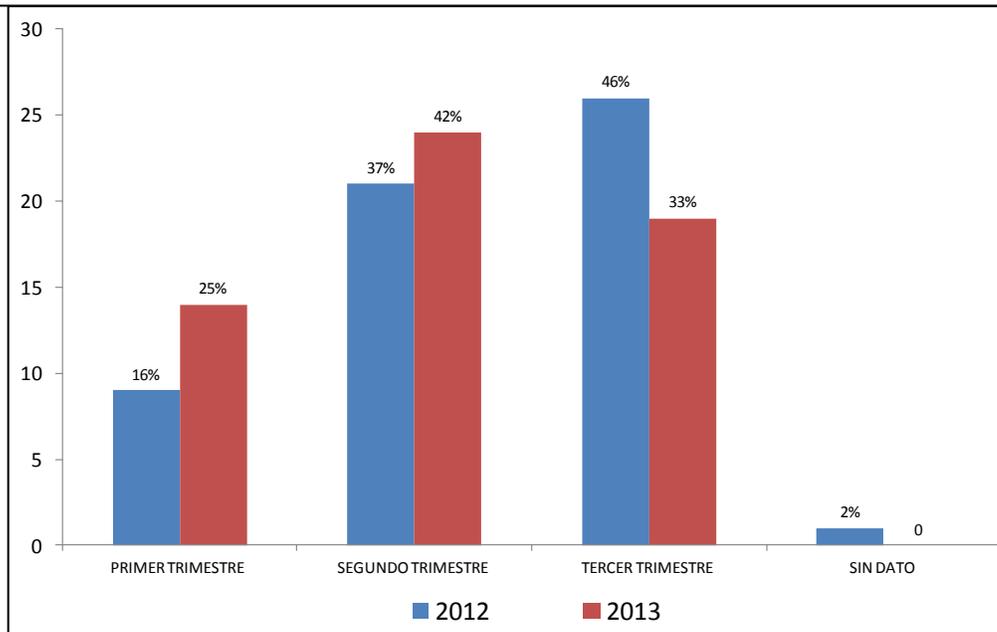
### **VIH Gestacional**

Con base en SIVIGILA se encuentran 61 gestantes diagnosticadas y confirmadas con Western Blot.

Según el gráfico 7, se sigue haciendo intervenciones tardías con acceso a diagnóstico y notificación en el segundo y tercer trimestre, aumentando esto el riesgo de infecciones perinatales. El 55,7% pertenece a población del régimen subsidiado y el 13,1% a la PPNA, por lo cual se debe fortalecer los equipos de las EPS del régimen subsidiado y el programa VIDA del Hospital Universitario del Valle, quienes atienden este grupo poblacional.

Se hace necesario fortalecer el trabajo de capacitación a los equipos de los municipios, debido a la rotación de personal y el volumen de pacientes que tienen las ESE e IPS que atienden esta población.

**Gráfico 7: VIH Gestacional y Acceso a Diagnostico en el CPN.  
Semanas Epidemiológicas 1-52. n=64 2012 - n=61 2013, Valle del Cauca**



Fuente: SIVIGILA 2013 – SDS VALLE.

### Indicadores VIH/SIDA 2103

| INDICADOR   | NUMERADOR  | DENOMINADOR   | COEFICIENTE | RESULTADO |
|---|--|---|-------------|-----------|
| <b>Incidencia de la infección por VIH/SIDA/MORTALIDAD</b> | Número de casos de VIH nuevos confirmados por unidad de tiempo y lugar | Población DANE en el Valle del Cauca – Dato oficial | 100.000     |           |
| <b>2013</b>   | 833  | 4.520.480   | 100.000     | 18.4      |

| INDICADOR  | NUMERADOR                                   | DENOMINADOR                           | COEFICIENTE | RESULTADO |
|--|---|---------------------------------------|-------------|-----------|
| <b>Porcentaje de casos de co-infección TB pulmonar /VIH-sida</b> | Casos de co-infección tuberculosis/VIH/sida | Total de casos nuevos de tuberculosis | 100         |           |
| <b>2013</b>  | 166   | 1398                                  | 100         | 11.8      |

| INDICADOR                                 | NUMERADOR                                     | DENOMINADOR                            | COEFICIENTE | RESULTADO |
|---|---|--|-------------|-----------|
| <b>Mortalidad por Co-infección TB/VIH</b> | Número de casos de muerte Co-infección TB/VIH | Número de casos de Co-infección TB/VIH | 100         | %         |
| <b>2013</b>                               | 30  | 166                                    | 100         | 18        |

Fuente: SIVIGILA SDS VALLE 2013.

| INDICADOR   | NUMERADOR  | DENOMINADOR  | COEFICIENTE | RESULTADO |
|---|--|--|-------------|-----------|
| <b>Incidencia de VIH/ SIDA/ MORTALIDAD EN POBLACIÓN DE 15 A 49 AÑOS</b> | Número de casos de VIH / SIDA/ MORTALIDAD confirmados en población de 15 a 49 años | Población DANE oficial 15 a 49 Años para la unidad de tiempo y lugar | 100.000     |           |
| <b>2013</b>   | 691  | 2.419.789  | 100.000     | 28.5      |

Fuente: SIVIGILA – DANE 2013

## 2. MARCO NORMATIVO

### 2.1 Marco Normativo Internacional

El marco de la respuesta frente al VIH/Sida puede rastrearse en el escenario internacional desde el Programa de Acción planteado a veinte años, acordado en la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, en la cual se reconoció la relación entre población y desarrollo, y las necesidades de dotar de mayor poder a la mujer y de identificar las necesidades de la gente en educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como aspectos fundamentales para el desarrollo balanceado. Dentro de las acciones incluidas en dicho programa de acción, se incluyó la prevención de las ITS –incluido el VIH/Sida, la reducción de su incidencia y proceder a su tratamiento (31).

Del mismo modo, como parte de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, acordados en el año 2000 en la Declaración de los países miembros de las Naciones Unidas, el objetivo 6 se orienta a Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades, incluyendo como metas:

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida en 2015.

- Lograr para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/Sida de todas las personas que lo necesiten.

La estrategia global aprobada por los países se denomina “Llegar a cero”, la cual tiene tres componentes estratégicos:

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

En el año 2001, ante la Asamblea de las Naciones Unidas, se suscribió la Declaración de compromiso en VIH/Sida (UNGASS). En el año 2011, los países renovaron este compromiso mediante la Declaración Política que definió los objetivos y compromisos de erradicación, conocidos como los diez objetivos de la reunión de alto nivel (HLM):

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015.
2. Reducir la transmisión del VIH entre personas usuarias de drogas inyectables en un 50% para 2015.
3. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH entre niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Llevar a los 15 millones de personas que viven con el VIH el tratamiento antirretrovírico de socorro para 2015.
5. Reducir las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH en un 50% para 2015.
6. Reducir las diferencias mundiales en los recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000 - 24.000 millones de dólares en países de renta baja y media.
7. Eliminar las desigualdades de género, el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de mujeres adultas y jóvenes, para protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por este, a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminación de las restricciones relacionadas con el VIH sobre entrada, estancia y residencia.
10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH, con el fin de fortalecer la integración de la respuesta al sida en la salud global y en las iniciativas de desarrollo, así como para fortalecer los sistemas de protección social.

Por otra parte, es necesario tener presente la estrategia promovida por ONUSIDA desde el año 2003, más conocida como los ‘tres unos’, la cual está basada en tres principios fundamentales aplicables a todas las partes interesadas en la respuesta al Sida a nivel nacional (32):

- Un marco de acción sobre el SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados.
- Una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio.
- Un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel nacional.

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

## **2.2 Marco normativo Nacional y Departamental**

Dentro de la Constitución Política de Colombia, se establece la vida como un derecho fundamental inviolable. Del mismo modo en el artículo 15 se reconoce el derecho de todas las personas a la intimidad personal y familiar.

En este marco, la Ley 100 de 1993 estableció el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo la seguridad social como un servicio público esencial a ser prestado sujeto a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (14).

Dicho sistema define las reglas de juego que garantizan la atención en salud a través de la vinculación de la población a uno de los dos regímenes de atención conocidos como régimen contributivo y subsidiado, de acuerdo a la situación laboral de las personas o la capacidad para efectuar el pago de la cotización. El paquete de beneficios, que es garantizado por el sistema como parte de la atención en salud, mejor conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS), ha venido actualizándose de manera periódica, de tal manera que tome en cuenta situaciones de importancia en salud pública como el VIH/Sida. El tema de la prestación de servicios, se enmarcó luego, en el año 2005 en la Política Nacional de prestación de servicios de salud, la cual se formuló con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los

recursos y mejorar la calidad de los servicios a través de los ejes de accesibilidad, calidad y eficiencia.

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007, reformó parcialmente a la Ley 100 de manera que, entre otras disposiciones, fueron reducidos los tiempos exigidos de cotización para los usuarios y se facilitó el acceso a medicamentos no incluidos en el POS para las enfermedades de alto costo, mediante la aprobación por Comités Técnico Científicos, al tiempo que incorporaron las obligaciones de las aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de servicios, de acuerdo a la complejidad de las patologías de los usuarios (33). Adicionalmente la Ley 1438 de 2011 instauró la obligación de formular un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social, intersectorial y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, el cual se concretó por medio de la resolución 1841 de 2013 como una política pública de gran impacto social, que orientará la salud pública del país en los próximos diez años. El Plan Decenal de Salud Pública a través de la Dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos representa el marco estratégico desde el cual se fundamenta el presente plan de respuesta al VIH.

Lo relacionado con la respuesta del país a la epidemia de VIH/Sida, se enmarca en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003), la cual define las ITS y el VIH/Sida como una de sus líneas de acción. Así mismo el Decreto 1543 de 1997, reconociendo los derechos de las personas que conviven con VIH/Sida, expresó la necesidad de expedir las normas correspondientes en desarrollo de la función de control y prevención, y el esfuerzo a nivel intersectorial y multidisciplinario requerido para su afrontamiento, al tiempo que sirvió de marco en el manejo de los casos de Infección por VIH/Sida.

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

De igual manera, la Resolución 3442 de 2006 permitió adoptar las recomendaciones contenidas en el “Modelo de Gestión Programática” cuyo planteamiento esquemático incluye las acciones para el desarrollo de programas, planes y proyectos necesarios para dar respuesta a la epidemia de VIH/Sida, por parte de todos los actores del SGSSS, según los recursos y competencias establecidas por la ley. Esta norma a su vez

adopta la Guía de Atención Integral en VIH/Sida, la cual se encuentra en fase de actualización mediante la metodología de Medicina Basada en la Evidencia.

En un sentido similar, la Ley 1482 de 2011 busca garantizar la protección de los derechos de las personas o grupos que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación.

Los compromisos adquiridos por Colombia frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ratificado en los encuentros internacionales se encuentran formalizados en el Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES 140 de 2011 “Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015”. De acuerdo a este importante documento, las metas nacionales para el control de la epidemia fueron ajustadas y quedaron formando parte del Plan Nacional de Desarrollo 2011 y 2014 de la siguiente manera:

1. Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.0%.
2. Reducir la mortalidad por causa del Sida tras haber establecido la línea de base en 2010.
3. Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales a un 88.5%.
4. Disminuir el porcentaje de casos de transmisión perinatal a menos de un 2% sobre el total de niños(as) expuestos.

De otro lado, como herramienta importante para el monitoreo a la atención en salud del VIH/Sida, deben mencionarse la Resolución 4725 de 2011 y 783 de 2012, que define la periodicidad, forma y contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a compensar a la Cuenta de Alto Costo, esta cuenta incorpora la información relacionada con la infección por VIH y el SIDA.

Respecto a la discriminación contra las mujeres, la Ley 1257 de 2008 adopta los conceptos de violencia y daño contra la mujer y a través de unos principios, promulga una serie de medidas para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado y el ejercicio de sus derechos. Estas medidas abarcan la sensibilización y prevención, la protección y la atención de las mujeres en relación a la violencia y la discriminación de las que son víctimas.

En el campo de la equidad de género y los derechos de las mujeres, la Alta Consejería para la Equidad de la mujer viene dando respuesta a los Autos 385 y 092 de la Corte Constitucional respecto al fortalecimiento de la respuesta del Estado de los programas para las mujeres en situación de desplazamiento. Igualmente el CONPES 161 de 2013

desarrolla lineamientos para la política pública nacional de equidad de género para las mujeres y prioriza acciones estratégicas sectoriales para la superación de la discriminación y el goce efectivo de los derechos de las mujeres a través del Plan Integral para garantizar una vida libre de violencias.

Del mismo modo, no deben desconocerse que la Ley 360 de 1997 (artículo 15) estableció el derecho de las personas víctimas de los delitos contra la libertad sexual y dignidad humana, al examen y tratamiento para la prevención de ITS-VIH/Sida.

Dentro de la normatividad, se presenta la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Ministerio de la Protección Social, esta Política plantea mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población colombiana, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

En cuanto a la normatividad departamental, las políticas, leyes, decretos y otros reglamentarios mencionados a nivel nacional son adaptados y adoptados al departamento.

En el marco de esta dinámica se crea el Comité Departamental de Prevención y Control de ETS/SIDA, en Junio de 1994, con la finalidad de coordinar y articular acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la promoción de una salud sexual responsable, a la prevención de nuevas infecciones y a la reducción del impacto socioeconómico de las personas afectadas directa e indirectamente; contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de la población vallecaucana, además en cumplimiento del mandato posterior legal según decreto 1543 de 1997 en su artículo 54 que crea con carácter permanente los Comités Departamentales de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

Lamentablemente, en el año 2000 bajo el mandato del Secretario de Salud Departamental Doctor Carrasquilla, el Comité Departamental de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, en el Valle del Cauca desaparece.

Entre el año 2000 y 2004 las ONG's y activistas que hacen parte del Comité se dan a la tarea de posicionarse organizadamente para la realización de un trabajo de incidencia y veeduría sobre las acciones estatales y en consecuencia se crea la ASOCIACIÓN RED VALLECAUCANA DE PERSONAS QUE VIVEN Y CONVIVEN CON VIH/SIDA "REDVALLE-SIDA". Conformada en su totalidad por organizaciones de la sociedad civil y activistas

con el acompañamiento de la Secretaría de Salud Municipal de Cali y la Secretaría Departamental del Valle del Cauca.

Mediante Decreto No. 0610 de mayo 27 de 2008, se crea el Comité Departamental de Promoción y Prevención de las enfermedades de Transmisión Sexual, ETS y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

Posterior a esto, por necesidad identificada en los representantes de la sociedad civil, se modifica este decreto incluyendo nuevos actores sociales involucrados en la dinámica, mediante el decreto 1630 de 2012, cuyo objeto indica:

“El Comité Departamental de Promoción de la Salud y Prevención de las infecciones de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, tiene el objetivo de fomentar y respaldar las acciones intersectoriales que se lleven a cabo en el departamento para la promoción, prevención y control de las ITS/VIH/SIDA y asesorar a la Secretaria Departamental de Salud, en las decisiones en el tema. Es de carácter intersectorial, permanente y ad honorem”.

### **3. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA DEPARTAMENTAL FRENTE AL VIH/SIDA 2009 2012 (ANEXO 1)**

Para el año 2009, se dio la formulación de un Plan de Respuesta Intersectorial estructurado alrededor de cuatro ejes temáticos y una diversidad de acciones, en cuya elaboración participaron otros sectores y actores clave en el logro de los objetivos, los cuatro ejes temáticos son:

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

La evaluación de estos cuatro ejes temáticos involucra a los diferentes actores con el fin de generar intercambio de saberes y experiencias de los sectores participantes, posibilitando la integralidad y efectividad en el abordaje desde la perspectiva general, aplicando valores de calificación entre bajo, medio y alto que pretenden cualificar las estrategias y acciones implementadas en cada uno de estos ejes.

El resultado del ejercicio que proyecto evaluar el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de respuesta Vallecaucana arroja un promedio de calificación MEDIO BAJO, permitiendo identificar una respuesta positiva en la creación y fortalecimiento de los servicios amigables en salud sexual y reproductiva SSYR- en jóvenes y

grupos especiales de la población con énfasis en ITS, VIH/SIDA, y en la actualización a población, funcionarios y funcionarias como estrategias de promoción para el abordaje de VIH/SIDA, de acuerdo a los lineamientos departamentales, nacionales e internacionales.

Se observa como factor común, que incide en la baja calificación de la evaluación de los cuatro ejes temáticos del Plan de Respuesta Vallecaucana 2009 – 2013, la falta de socialización de todas las acciones, avances y logros alcanzados, en el desarrollo de las actividades realizadas, por lo que se considera un aspecto importante, que debe tenerse en cuenta para mejorar.

Dentro de los principales avances que pueden resaltarse de este Plan, se destacan las acciones desarrolladas directamente con grupos de mayor vulnerabilidad a través de líderes comunitarios y organizaciones que trabajan con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH/Sida.

El desarrollo de mejores herramientas de vigilancia en salud pública a nivel nacional por parte del Ministerio de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas permitió una mejor caracterización de la epidemia en las regiones, incluido el Valle. La implementación de estudios que aportan a la vigilancia de segunda generación ha facilitado examinar el comportamiento sexual en conjunto con la determinación de prevalencias en sectores de población en contextos de vulnerabilidad, han orientado la focalización de acciones y han propiciado el diseño de estrategias específicas para escenarios de epidemias concentradas como sucede en el caso colombiano.

En el campo de la prevención, es importante destacar el diseño, la elaboración, distribución y uso de las cartillas dirigidas a las poblaciones en contexto de vulnerabilidad (HSH, Mujeres transgénero, Jóvenes, Mujeres biológicas), con perspectivas de derechos, género y enfoque diferencial y de vulnerabilidad, diseñadas por el Departamento en articulación con organizaciones de la sociedad civil capacitando al personal de las entidades territoriales y ONG en los últimos años.

Así mismo, frente al acceso al condón, se ha promovido la entrega de preservativos para las personas con VIH o ITS.

El departamento ha comprado y distribuido condones masculinos para apoyar el desarrollo de acciones colectivas y complementarias, de igual manera, se recibió apoyo a nivel nacional, con entrega de condones, los cuales se distribuyeron a través de los servicios de salud y organizaciones de la sociedad civil.

En cuanto a la transmisión madre-hijo del VIH, es necesario mantener y fortalecer los esfuerzos para lograr el cumplimiento de la meta de reducción de niños que adquieren la infección al ser expuestos a través de sus madres infectadas, a un porcentaje inferior al 2%. A tal efecto, el departamento ha logrado avances sustanciales en el acceso al Control Prenatal, la realización de la prueba, el conocimiento del resultado y la implementación de medidas como el suministro de terapia, la elección de cesárea y la provisión de fórmula láctea. Con una proporción de transmisión materno infantil a nivel nacional del 4.9%, el 3.3% corresponde al departamento. Según ENDS del año 2010, el 83.5% de las mujeres gestantes han accedido a prueba voluntaria para el VIH durante el control prenatal y han recibido el resultado. (34)

Por otra parte, el departamento ha logrado avanzar en la atención integral en VIH/Sida mediante la capacitación a diferentes actores del SGSSS, la capacitación a equipos de salud sobre la Asesoría para la prueba voluntaria (APV) y la capacitación a los trabajadores de salud participantes en la atención prenatal en el tema del ofrecimiento de la APV y prueba para las mujeres gestantes. Según el primer reporte de la Cuenta de Alto Costo, del total de registros de pacientes vivos confirmados entre 15 y 49 años de edad que tienen criterios de inicio de tratamiento, el 98.15% se encuentra recibéndolo. No obstante, debe tenerse en cuenta que si bien es cierto se ha ampliado la cobertura en afiliación en salud y esta llega casi a un 98% de la población, aún se identifican dificultades que limitan la garantía en la continuidad en el tratamiento, principalmente en escenarios donde existe movilidad de los usuarios al interior del sistema en el régimen subsidiado.

Respecto a la atención en salud de la población no asegurada, se encuentra dificultad para su registro en los programas de identificación, ya que dicha población tiende a distribuirse irregularmente y a concentrarse en mayor medida en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social, sin vinculación a la institucionalidad formal, sin estabilidad laboral, de ingresos y con alta movilidad, adicionalmente se cuentan otros aspectos a superar, como lo son las inequidades geográficas y de régimen de afiliación frente al acceso y calidad de atención entorno al VIH/Sida y a la continuidad de la asistencia (36).

Si bien el país ha realizado esfuerzos por avanzar frente a la afiliación de la población, el histórico de la cobertura de afiliación en salud, revela que en los últimos años, el porcentaje de población afiliada se ha mantenido alrededor de un 90%, llegando a un porcentaje de 91,03% para el año 2011 (35), sin que se alcance aún el logro de una cobertura universal.

## **Costo efectividad**

Entendiendo como eficiencia programática el evento en que las decisiones estratégicas adoptadas han sido informadas por la evidencia disponible y son implementadas de forma coordinada, la evaluación encontró que aunque el departamento ha tenido avances en el conocimiento de la epidemia y existe un marco jurídico y de políticas claves definidas, la evidencia no alimenta de manera suficiente las decisiones estratégicas, además que existe eficacia limitada para determinar en la práctica una respuesta centralizada al VIH/Sida y existe cierta falta de liderazgo local para la aplicación del marco programático territorial. Se reconoce la existencia de un mecanismo de financiación de los servicios individuales y colectivos, que procede principalmente del sector público a través del sistema de aseguramiento y que concentra la mayor parte del gasto en la categoría de atención y tratamiento. Debido a que el presupuesto asignado al VIH/Sida no está diferenciado y a que no existe una contabilidad que identifique los flujos presupuestarios y de gasto, no es posible concluir sobre la necesidad de un aumento o una reducción del gasto para el VIH/Sida o si el dinero llega oportunamente a los servicios y si es invertido de acuerdo con lo presupuestado. En el campo de la eficiencia en la provisión de servicios, aunque existe una red de servicios y se ha aumentado la cobertura y la percepción de calidad, la eficiencia en la provisión de servicios se ve afectada por la ausencia de coordinación programática, así como por inequidades geográficas y de aseguramiento, problemas en la disponibilidad, acceso y calidad de tratamiento con TAR y en la continuidad, particularmente para los pacientes afiliados al régimen subsidiado.

## **4. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA**

Atendiendo a la necesidad de evaluar la respuesta departamental al VIH-Sida, enmarcada en el Plan de Respuesta 2009-2012, la Secretaria Departamental de Salud, con el apoyo de Global Communities y la Unión Temporal Compromiso por el Valle, realizaron un taller de evaluación departamental teniendo en cuenta el plan nacional 2008 - 2011, el modelo de gestión programática y el marco de respuesta y líneas de acción en Colombia como insumos importantes a tener en cuenta.

Los productos obtenidos en la evaluación, constituyeron un aporte en la planeación de la respuesta, permitiendo iniciar la estructuración de acciones a partir de un conjunto de objetivos estratégicos y metas, organizados a su vez de acuerdo a su relación con las temáticas específicas y los grupos poblacionales más afectados.

Durante los días 30 y 31 de enero de 2014 tuvo lugar en Cali el encuentro departamental que contó con la participación de diferentes actores sociales

involucrados con la respuesta al VIH/Sida, asistieron representantes de la Sociedad Civil, prestadores de servicios de salud, personas viviendo con VIH, funcionarios de las direcciones locales de salud, entidades de cooperación internacional, así como diversos representantes y personal relacionados con los grupos poblacionales en contextos de mayor vulnerabilidad listados en la parte inicial de este documento.

Este encuentro permitió la evaluación de las actividades y metas del plan departamental 2009 -2012, cuya implementación se llevó hasta el año 2013. Se trabajó por mesas, por afinidad de temas y con enfoque diferencial, haciendo énfasis en lo actuado con poblaciones clave en el departamento.

También se evidenciaron los avances y dificultades en la realización de las acciones, acceso y calidad del tratamiento.

El principal avance que permitió este encuentro estuvo representado en las intervenciones realizadas por los asistentes sobre cada uno de los temas, los cuales quedaron registrados en los textos y presentaciones elaborados por grupos organizados, para discutir y proponer líneas de acción y metas entorno a las necesidades de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad frente a ITS-VIH/Sida. Estos grupos de trabajo abordaron las respuestas desde la perspectiva de las siguientes poblaciones: personas que viven con VIH, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad, jóvenes (incluidos aquellos en contextos de vulnerabilidad), mujeres trans, habitantes en situación de calle, mujeres, usuarios de drogas inyectables, personal uniformado, mujeres gestantes y recién nacidos de madres con VIH. Adicionalmente la jornada del segundo día estuvo centrada en temáticas específicas de la problemática de ITS-VIH/Sida, los diferentes grupos abordaron entre otros aspectos los temas de sangre segura, bioseguridad y violencia sexual.

Los aportes registrados en cada uno de los resultados esperados propuestos en el documento preparatorio, fueron ajustados y sistematizados a partir de la re-lectura de las líneas de acción recopiladas en el documento de Marco de Resultados (bajo los títulos Plan de respuesta, Modelo de Gestión, Glosario de Onusida, Directrices Prácticas de Onusida, Intervenciones de experiencia internacional, sesiones de lluvia de ideas, entre otros).

Asimismo, los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 se articularon con todos los aportes a la planificación estratégica de la respuesta nacional a la epidemia, mencionados anteriormente, dando lugar a la conformación del plan departamental de respuesta ante las ITS y el VIH/ Sida, estructurado en cuatro ejes: Eje de promoción y prevención, en el que se reflejan las acciones

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

De acuerdo a las metas propuestas en el plan departamental de respuesta VIH/SIDA 2009 – 2012, las mesas de trabajo del equipo intersectorial reunidos en la jornada del 30 y 31 de enero de 2014, evaluaron el cumplimiento de las acciones estipuladas según los logros y debilidades con los indicadores Alto Medio y Bajo, dando respuesta a las preguntas: ¿que se alcanzó? y ¿que quedó faltando? en cada uno de los ejes.

Teniendo presentes los avances que representaron las estructuras de la acción contenida en el Modelo de Gestión Programática, así como los avances elaborados frente a las líneas estratégicas de la dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública, se lidera la elaboración de la propuesta de estructura del Plan de respuesta que permitiera la inclusión de aquellos aspectos que no se encontraban suficientemente desarrollados en el plan anterior. Entre estos aspectos se hallaron: el apoyo y protección social, la prevención de la exclusión, la vigilancia en salud pública y los sistemas de información.

## **5. ESTRUCTURA DEL PLAN 2014- 2017**

El plan frente a ITS-VIH/Sida debe responder a las particularidades del departamento y sus regiones, dar continuidad de aquellos avances que necesitan consolidarse en el tiempo, fortalecer aquellos elementos que requieren de mayor atención y renovar los compromisos de respuesta a las poblaciones de mayor vulnerabilidad. Por otra parte, a nivel local es necesario tener presente que la inversión para obtener resultados en VIH/Sida se debe basar en los principios de equidad, evidencia y eficiencia.

La equidad en salud, usualmente es entendida como la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales que son consideradas innecesarias, evitables e injustas. Estas diferencias son determinadas por las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven y envejecen. La evidencia, en el ámbito científico, se refiere a los resultados divulgados en publicaciones científicas bajo la revisión de pares y eficiencia, entendida como la capacidad de impactar acertadamente en la problemática de acuerdo al costo de las intervenciones definidas (37).

El Plan 2014-2017 es adoptado y adaptado del plan nacional en coherencia con sus objetivos, ejes y resultados esperados.

Se plantea el logro de 10 objetivos organizados alrededor de cuatro ejes temáticos, los cuales pretenden la materialización de 16 resultados esperados (tabla 4). Del mismo modo, el Plan propone una organización de todas las acciones que componen la respuesta a través de un conjunto de estrategias.

Para la implementación a nivel local, los tomadores de decisiones deben orientar las inversiones de tal manera que estén adaptadas al contexto, dirigidas al logro de resultados y sean apropiadas a la población, en el propósito de aportar al cumplimiento de las metas del país.

### **5.1. Promoción y Prevención**

Este eje está orientado a promover la salud sexual y reproductiva incorporando el enfoque de vulnerabilidad con énfasis en poblaciones claves frente al estigma y discriminación y la transmisión de ITS-VIH/Sida. Incorporar este enfoque implica tener como referente la vulnerabilidad, vista como consecuencia de diversos determinantes (sociales, políticos, físicos, medioambientales y relaciones de género, entre otros) que influyen negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud, así como la necesidad de entender la salud sexual y reproductiva como el bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Incluye además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, en el marco del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Las actividades que componen este eje se organizan a su vez en cinco objetivos:

- Reducción del estigma y la discriminación hacia las PVV y poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad.
- Eliminación de la transmisión materno-infantil de ITS-VIH
- Prevención de la transmisión de ITS-VIH con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad.
- Prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA a víctimas de violencia sexual.
- Prevención y control del riesgo biológico y bioseguridad.

### **5.2. Atención integral en salud**

La atención integral es la piedra angular que permite disminuir la progresión de infección; tiene implicaciones para la vida de las personas, en términos de nuevas infecciones en recién nacidos, morbilidad, discapacidad, muerte y aparición de

fármaco-resistencias del VIH y todas sus implicaciones. Por tanto, este eje recoge las acciones de mejora y desarrollo que deben darse en el ámbito de la prestación de servicios, pudiendo ofrecer la atención integral de las ITS y el VIH/Sida. Aporta a la detección temprana de la infección mediante las acciones necesarias para responder a la demanda de asesoría y pruebas voluntarias, así como la disposición de los elementos para el seguimiento efectivo de guías y protocolos vigentes de atención y las demás acciones que permiten acceder con oportunidad, calidad y calidez a los servicios de salud para las personas que viven con VIH, incluyendo también la atención de las gestantes para eliminar la transmisión madre-hijo. Los objetivos de este eje apuntan a:

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

### **5.3. Apoyo y protección social**

Las personas que viven con VIH ven afectadas sus condiciones de vida, no sólo por su condición de salud sino por otras condiciones sociales relacionadas con el estigma y discriminación que genera exclusión social, lo cual limita en muchas ocasiones su capacidad de participación y sus condiciones de vida. Este eje incluye el desarrollo de iniciativas que generen capacidades organizativas, formativas y participativas de las personas que viven con VIH, la inclusión de esta población en la respuesta institucional así como la facilitación de las condiciones que promuevan su involucramiento como agentes de acompañamiento para otras personas que viven con VIH mediante grupos de apoyo y acompañamiento. El eje por tanto se orienta a:

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

### **5.4. Seguimiento y evaluación**

Este eje se orienta a fortalecer la toma de decisiones para optimizar la respuesta nacional desde la generación de evidencia, mediante la organización de las condiciones que permitan el flujo oportuno y completo de la información, que se genera a través de los diversos subsistemas que registran datos relacionados con

todos los aspectos que caracterizan la epidemia y la respuesta nacional. Este seguimiento debe basarse también en la evidencia proveniente del desarrollo y divulgación de investigaciones, que permitan profundizar la caracterización de la epidemia en cada uno de los grupos poblacionales. Implica a su vez la consolidación y el análisis del seguimiento al Plan, así como la incorporación del enfoque diferencial en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y en la respuesta nacional. Los objetivos que integran este eje son:

- Fortalecimiento del sistema de información de la respuesta.
- Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de ITS-VIH/Sida.

## **6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN**

### **6.1. Metas y Responsables**

Como fue mencionado anteriormente, el plan se enmarca en los compromisos internacionales alrededor de los Objetivos de Desarrollo del milenio, así como en el cumplimiento de los resultados del Plan Nacional de Desarrollo y en las políticas nacionales descritas. De esta manera el plan está orientado a la disminución de la prevalencia de VIH entre la población de 15 a 49 años, la eliminación de la transmisión materno-infantil y de la mortalidad por VIH/Sida, como principales metas de impacto en el país

Adicionalmente el plan ha definido una serie de metas distribuidas en cada uno de los cuatros ejes componentes, las cuales reflejan el enfoque poblacional mediante el énfasis en las acciones dirigidas a prevenir la infección y detener la progresión de poblaciones específicas como los niños, niñas y diversas poblaciones clave.

### **Seguimiento al plan**

El grado de éxito que arroje el desarrollo del Plan depende en buena medida del nivel de apropiación que se tenga de este por parte de los diversos actores involucrados. El plan incluye como una de sus estrategias su propio monitoreo y evaluación, por lo que se pretende que esta estrategia esté adaptada a las dinámicas propias de las entidades territoriales y de los demás actores. Dicho monitoreo y evaluación incluye dos mecanismos: Apropiación y monitoreo del Plan.

## 6.2. Indicadores

Considerando el carácter estratégico que determina el presente plan, el cual se basa en once estrategias de acción, se desarrollará el monitoreo de dichas estrategias a partir de los siguientes indicadores:

| <b>Estrategia</b> |  | <b>Indicador avance del Plan</b>  | <b>Periodicidad</b> |
|-------------------|--|---|---------------------|
| E-1               | Desarrollo de una estrategia departamental de educación y movilización social en ITS-VIH/Sida. | Número de personas de poblaciones clave beneficiarias o participantes de acciones de educación o movilización social en ITS-VIH/Sida.                                     | Anual               |
| E-2               | Coordinación Intersectorial.   | Número de personas de poblaciones clave priorizadas e incluidas en programas y proyectos del Estado y protección integral para niños y niñas huérfanos o afectados.       | Anual               |
| E-3               | Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas.   | Número de OBC aliadas para la prevención del VIH/SIDA e ITS, promoción de DSR, SSR y promoción de la demanda de APV.  | Anual               |
| E-4               | Fortalecimiento institucional para mejorar la atención de las ITS-VIH/Sida.                    | Número de modelos de atención integral e integrada en ITS-VIH/Sida con enfoque de género, vulnerabilidad y derechos humanos en fase de pilotaje, desarrollo o evaluación. | Bienal              |
| E-5               | Adquisición y distribución de condones para el suministro a las poblaciones clave.             | Proporción de entidades que adelantan procesos sistematizados de compra y distribución de condones.   | Anual               |
| E-6               | Fortalecimiento del talento humano para la atención de las ITS-VIH/Sida.                       | Número de personal de salud capacitado en APV, pruebas presuntivas y pruebas confirmatorias.  | Anual               |
| E-7               | Fortalecimiento de la coordinación inter-programática.   | Indicador de avance del Plan Nacional de Actividades colaborativas  |                     |
| E-8               | Fortalecimiento de la  | Se cuenta con guías de atención   | Bienal              |

|      |   |  |        |
|------|---|--|--------|
|      | rectoría en salud.  | integral del VIH con una actualización menor a 3 años.   |        |
| E-9  | Fortalecimiento de las OBC, redes y ONG que trabajan por los derechos de las PVV. | Número de Entidades territoriales que han priorizado a PVV o afectadas por el VIH en sus programas / año y nivel (nacional-territorial). | Anual  |
| E-10 | Fortalecimiento e integración de la información en ITS-VIH/Sida.                  | Se cuenta con indicadores de ITS-VIH/Sida actualizados (tiempo menor a 2 años).  | Bienal |
| E-11 | Gestión del conocimiento en ITS-VIH/Sida.   | Número de estudios realizados / programados (incluidos todos Vigilancia de segunda generación y estudios complementarios).               | Anual  |

### **Evaluaciones del plan**

El plan incluye la realización de una evaluación externa a mediano plazo de acuerdo a unos términos que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Del mismo modo, el departamento avanzará en la gestión que permita realizar la evaluación final del plan centrada en los resultados y logros alcanzados. Las evaluaciones serán divulgadas a nivel territorial.

## Referencias

1. Kenrad N. Epidemiology of Infectious Disease: General Principles. Infectious Disease Epidemiology. Second ed: Jones and Barlett; 2007. p. 46.
2. WHO. Prevalence and Incidence. WHO Bull. 1966;35:785-7.
3. Last J. A Dictionary of Epidemiology. Fourth ed: Oxford University Press; 2001. 47 p.
4. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
5. ONUSIDA. Hoja informativa. Estigma y la discriminación. Diciembre de 2003. Available from: [http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs\\_stigma\\_discrimination\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs_stigma_discrimination_es.pdf).
6. Lohr KN FM. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. . Guidelines for clinical practice From development to use Washington D.C. : National Academy Press; 1992.
7. Ministerio de Protección Social, Grupo de Apoyo a la Reforma en Salud. Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida-Colombia Colección Publicaciones PARS; 2006.
8. Cuenta de Alto Costo. ¿Qué es la Cuenta de Alto Costo? [Octubre 2012]; Available from: <http://www.cuentadealtocosto.org/>.
9. OPS. Guía de implementación de los indicadores de alerta temprana para la prevención de la farmacoresistencia del VIH en Colombia: Documento en prensa.
10. DANE. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020. 2012 [Octubre 2012]; Available from: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/Edades Simples 1985-2020.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Edades Simples 1985-2020.xls).
11. DANE. Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020. 2012 [Octubre 2012]; Available from: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/Municipal\\_area\\_1985-2020.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls).
12. DANE. La Visibilización Estadística de los Grupos Étnicos Colombianos. 2012. p. 27.
13. DANE. Información estadística de personas captadas en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD. 2012 [Octubre 2012]; Available from: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=807Itemid%3D120&Itemid=120](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=807Itemid%3D120&Itemid=120).

14. Senado de la República. Constitución Política de Colombia. 1991 [Noviembre 2012]; Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html).
15. DANE. Codificación de la División Político-Administrativa Sivipola. 2012 [Noviembre 2012]; Available from: <http://190.25.231.237/dvpbuscar/dvpbuscar.html>
16. Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial por país - Colombia 1960-2011. 2012 [Octubre 2012]; Available from: <http://datos.bancomundial.org/pais/colombia?display=graph>.
17. Profamilia. Fecundidad. Encuesta Nacional en Demografía y Salud 2010. Bogotá2011. p. 101-18.
18. Profamilia. Colombia: Tendencias Económicas y Sociales. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá,2011.
19. Ministerio de Salud y Protección Social - Observatorio de la Gestión Programática en ITS y VIH/Sida. Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 1983 a 2011 25 de mayo 2012.
20. Profamilia. Conocimiento del VIH/Sida y otras ITS. Formas de Prevención. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 20102011.
21. Ministerio de Salud y Protección Social, ASAP/ONUSIDA. Marco de Resultados y líneas de acción para la construcción del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, Colombia, 2012 - 2016 2011.
22. MSPS-UNFPA. Panorama del VIH/Sida en Colombia, 1983-2010. Un análisis de Situación. . Bogotá D.C.2012.
23. Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
24. Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011.
25. Proyecto VIH Colombia Fondo Mundial Ronda 9. Resumen Estudios de Comportamiento Sexual y Evaluación Rápida, Líneas de base de prevalencia de VIH y comportamiento sexual. Informe preliminar 2012.
26. Berbesi D, Montoya L, Segura A MP, Montoya L, . Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Universidad CES; 2011.
27. SDS, UNFPA FHA, LCLCS, ASSUR, Fundación Procrear,. Los matices de la vulnerabilidad. Bogotá2007.
28. INS. VII Estudio Nacional Centinela de VIH en gestantes. Informe de Resultados 2009. 2009.

29. INS. Vigilancia Centinela de VIH en personas con Tuberculosis en Barranquilla, Bucaramanga, Medellín y Cali, 2009 - 2010. 2011.
30. DANE. Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS) Año 2010. 2012 [Octubre 2012]; Available from: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun\\_2010/cuadro5\\_jun12.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun_2010/cuadro5_jun12.xls).
31. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
32. UNAIDS. Los “Tres Unos” Principios Fundamentales. 2004; Available from: [http://data.unaids.org/pub/BrochurePamphlet/2004/threeones\\_keyprinciples\\_flyer\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/BrochurePamphlet/2004/threeones_keyprinciples_flyer_es.pdf).
33. Senado de la República. Ley 1122 de 2007. 2007 [Noviembre 2012]; Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1122_2007.html).
34. Profamilia. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá2011. p. 71-99.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de Cobertura en Afiliación en Salud Año 2004-2011. 2012 [Noviembre 2012]; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>.
36. Moreno A ÁA. Análisis basado en la evidencia de la eficiencia en la implementación de la Respuesta Nacional al VIH/Sida en Colombia. Informe Final. 2011.
37. UNAIDS. Investing for results. Results for people A people-centred investment tool towards ending AIDS2012.
38. Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services. 1992;22:429-45.
39. ONUSIDA. Orientaciones metodológicas de Onusida. Versión revisada. 2011.